

- INTÉRÊT DE L'ENTRAÎNEMENT À LA PLEINE CONSCIENCE \ MINDFULNESS DANS LE TRAITEMENT DES SÉQUELLES DE HARCÈLEMENT MORAL : UNE ÉTUDE PILOTE
- L'ATTRIBUTION ET LE LIEU DE CONTRÔLE EN RELATION AVEC L'ABSENTÉISME ET L'ABANDON DANS UN SERVICE DE SANTÉ MENTALE
- L'ABUS SEXUEL INTRAFAMILIAL : DISCUSSION MÉDICO-PSYCHO-JURIDIQUE SUR LA PERTINENCE DU MODÈLE DE PRISE EN CHARGE
- A-CÔTÉ DE LA PSYCHIATRIE. COMMENT, FAIRE PARTIE D'UN COLLECTIF CRÉATIF PROCURE UNE INSCRIPTION SOCIALE ?
- ÉVALUATION DE LA RÉFORME « VERS DE MEILLEURS SOINS EN SANTÉ MENTALE » – RÉSULTATS 2014.



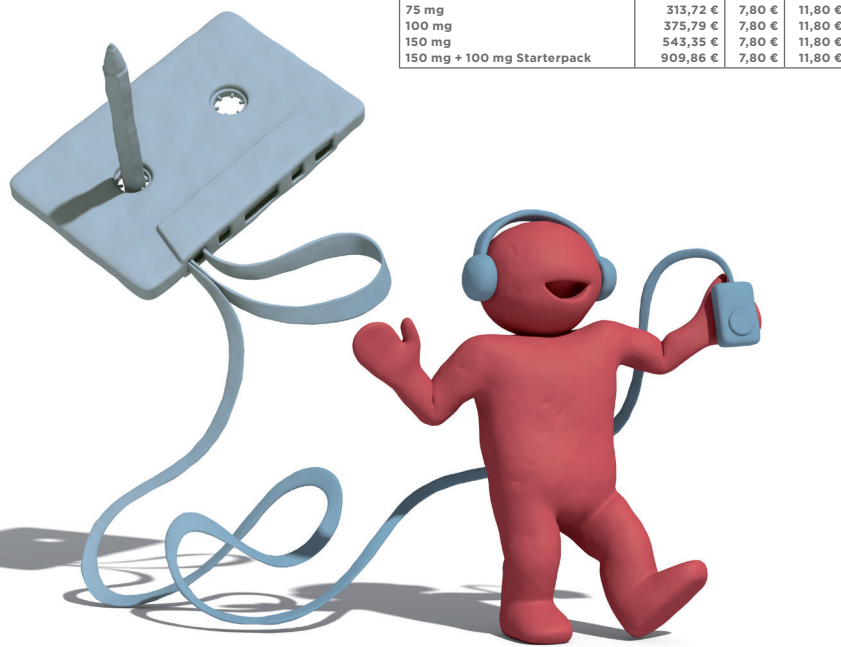
ACTA

PSYCHIATRICA
BELGICA

1

Xeplion®

Prenez soin de l'avenir de votre patient 1,2,3,4



Xeplion seringue préremplie	PP incl. TVA	BIM	BO
25 mg	127,81 €	7,80 €	11,80 €
50 mg	238,88 €	7,80 €	11,80 €
75 mg	313,72 €	7,80 €	11,80 €
100 mg	375,79 €	7,80 €	11,80 €
150 mg	543,35 €	7,80 €	11,80 €
150 mg + 100 mg Starterpack	909,86 €	7,80 €	11,80 €

SHAPING A



DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT: XEPLION 25 mg, suspension injectable à libération prolongée. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** Chaque seringue préremplie contient 39 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 25 mg de paliperidone. **FORME PHARMACÉUTIQUE:** Suspension injectable à libération prolongée. La suspension est de couleur blanche à blanc cassé. La suspension est de pH neutre (environ 7,0). **Indications thérapeutiques:** XEPLION est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes stabilisés par la paliperidone ou la rispéridone. Chez les patients adultes sévèrement atteints de schizophrénie et ayant précédemment répondu à la paliperidone ou à la rispéridone orale, XEPLION peut être utilisé sans stabilisation préalable par un traitement oral si les symptômes psychotiques sont légers à modérés et si un traitement injectable à action prolongée est nécessaire. **Posologie et mode d'administration:** Posologie: Les doses initiales de XEPLION recommandées sont de 150 mg au jour 1 du traitement et de 100 mg une semaine plus tard (jour 8), les deux doses étant administrées dans le muscle deltoïde afin d'atteindre rapidement des concentrations thérapeutiques. La dose d'entretien mensuelle recommandée est de 75 mg, certains patients peuvent bénéficier de doses plus faibles ou plus élevées dans l'intervalle recommandé allant de 25 à 150 mg en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. Les patients en surpoids ou obèses peuvent avoir besoin de doses comprises dans l'intervalle supérieur. Après la seconde dose, les doses d'entretien mensuelles peuvent être administrées soit dans le muscle deltoïde soit dans le muscle fessier. Un ajustement de la dose d'entretien peut être effectué mensuellement. Lors des ajustements de dose, les propriétés de libération prolongée de XEPLION doivent être prises en compte, car l'effet complet des doses d'entretien peut ne pas être observé avant plusieurs mois. **Substitution de la paliperidone orale ou de la rispéridone orale par XEPLION:** La paliperidone orale ou la rispéridone orale précédemment administrée peut être arrêtée au moment de l'instauration du traitement par XEPLION. XEPLION doit être instauré comme décrit au début de la rubrique Posologie et mode d'administration ci-dessus. **Substitution de l'injection de rispéridone à action prolongée par XEPLION:** Lors de la substitution de l'injection de rispéridone à action prolongée, initier le traitement par XEPLION à la place de l'injection suivante programmée. XEPLION doit ensuite être poursuivi à intervalles mensuels. Le schéma posologique d'instauration de la première semaine incluant les injections intramusculaires (jour 1 et 8, respectivement) décrit en rubrique Posologie et mode d'administration ci-dessus n'est pas nécessaire. Les patients précédemment stabilisés par différentes doses de rispéridone injectable à action prolongée peuvent attendre une exposition à la paliperidone similaire à l'état d'équilibre lors d'un traitement d'entretien par des doses mensuelles de XEPLION comme suit: **Doses de rispéridone injectable à action prolongée et de XEPLION requises pour atteindre une exposition à la paliperidone similaire à l'état d'équilibre** (Dose précédente de rispéridone injectable à action prolongée / injection de XEPLION) : 25 mg toutes les 2 semaines / 50 mg tous les mois, 37,5 mg toutes les 2 semaines / 50 mg tous les mois, 50 mg toutes les 2 semaines / 100 mg tous les mois. L'arrêt des médicaments antipsychotiques doit être effectué conformément aux informations de prescription associées. Si XEPLION s'est interrompu, ses propriétés de libération prolongée doivent être prises en compte. Comme avec les autres médicaments antipsychotiques, il est recommandé de réévaluer périodiquement la nécessité de poursuivre le traitement contre les symptômes extrapyramidaux (SE). **Oubli de doses:** Évitez l'oubli de doses: Il est recommandé que la seconde dose d'instauration de XEPLION soit administrée une semaine après la première dose. Afin d'éviter un oubli de doses, les patients peuvent recevoir la seconde dose 4 jours avant ou après l'échéance de la première semaine (jour 8). De même, il est recommandé que la troisième injection et les injections suivantes après le schéma d'instauration soient administrées mensuellement. Pour pallier à un oubli d'une dose mensuelle, les patients peuvent recevoir l'injection jusqu'à 7 jours avant ou après l'échéance mensuelle. Si la date de la seconde injection de XEPLION (jour 8 + 4 jours) est oubliée, la recommandation d'instaurer à nouveau le traitement dépend de la durée qui s'est écoulée depuis la première injection reçue par le patient. **Oubli de seconde dose d'instauration (< 4 semaines après la première injection):** Si moins de 4 semaines se sont écoulées depuis la première injection, alors le patient devra recevoir la seconde injection de 100 mg dans le muscle deltoïde dès que possible. Une troisième injection de 75 mg de XEPLION dans le muscle deltoïde ou le muscle fessier devra être administrée 5 semaines après la première injection (quelle que soit la date de la seconde injection). Par la suite, le cycle mensuel normal des injections dans le muscle deltoïde ou le muscle fessier de doses allant de 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité, sera poursuivi. **Oubli de la seconde dose d'instauration (4 à 7 semaines après la première injection):** Si 4 à 7 semaines se sont écoulées depuis la première injection de XEPLION, reprendre le traitement par deux injections de 100 mg comme suit: 1. une injection dans le muscle deltoïde dès que possible; 2. une autre injection dans le muscle deltoïde une semaine plus tard; 3. reprise du cycle normal mensuel des injections dans le muscle deltoïde ou le muscle fessier de doses allant de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. **Oubli d'une dose d'entretien mensuelle (1 mois à 6 semaines):** Après l'instauration, le cycle d'injection de XEPLION recommandé est mensuel. Si moins de 6 semaines se sont écoulées depuis la dernière injection, alors la dose précédemment stabilisante devra être administrée dès que possible, suivie par des injections à intervalles mensuels. **Oubli d'une dose d'entretien mensuelle (> 6 semaines à 6 mois):** Si plus de 6 semaines se sont écoulées depuis la dernière injection de XEPLION, la recommandation est la suivante: Pour les patients stabilisés par des doses allant de 25 à 100 mg: 1. une injection dans le muscle deltoïde dès que possible de la même dose que celle par laquelle le patient était précédemment stabilisé; 2. une autre injection dans le muscle deltoïde (même dose) une semaine plus tard (jour 8); 3. reprise du cycle mensuel normal des injections dans le muscle deltoïde ou dans le muscle fessier de doses allant de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. **Oubli d'une dose d'entretien mensuelle (> 6 mois):** Si plus de 6 mois se sont écoulés depuis la dernière injection de XEPLION, recommencez le traitement comme décrit ci-dessus dans le schéma d'instauration de XEPLION. **Populations particulières: Patient âgé:** L'efficacité et la sécurité chez les patients âgés de plus de 65 ans n'ont pas été établies. En général, la posologie de XEPLION recommandée pour les patients âgés présentant une fonction rénale normale est la même que celle des patients adultes plus jeunes dont la fonction rénale est normale. Toutefois, certains patients âgés peuvent avoir une fonction rénale diminuée, un ajustement posologique peut être nécessaire (voir l'insuffisance rénale ci-dessous pour les recommandations posologique chez les patients présentant une insuffisance rénale). **Insuffisance rénale:** XEPLION n'a pas été étudié de manière systématique chez les patients présentant une insuffisance rénale. Chez les patients présentant une insuffisance rénale légère (clairance de la créatinine ≥ 30 à < 80 ml/min), les doses initiales de XEPLION recommandées sont de 100 mg au jour 1 du

traitement et 75 mg une semaine plus tard, les deux doses étant administrées dans le muscle deltoïde. La dose d'entretien mensuelle recommandée est de 50 mg dans un intervalle allant de 25 à 100 mg en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. XEPLION n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance rénale modérée ou sévère (clairance de la créatinine < 50 ml/min). **Insuffisance hépatique:** D'après l'expérience acquise avec la paliperidone orale, aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. La paliperidone n'ayant pas été étudiée chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, la prudence est recommandée chez ces patients. **Autres populations particulières:** Aucune adaptation posologique de XEPLION n'est recommandée du fait du sexe, de l'origine ethnique ou chez les fumeurs. **Population pédiatrique:** La sécurité et l'efficacité de XEPLION chez les enfants de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. **Mode d'administration:** XEPLION est destiné à l'administration intramusculaire uniquement. Il doit être injecté lentement, en profondeur dans le muscle. Chaque injection doit être administrée par un professionnel de santé. L'administration doit être effectuée par une injection unique. La dose ne doit pas être administrée par des injections séparées. La dose ne doit pas être administrée par voie intrasculaire ou sous-cutanée. Les doses d'instauration des jours 1 et 8 doivent chacune être administrées dans le muscle deltoïde afin d'atteindre rapidement des concentrations thérapeutiques. Après la seconde dose, les doses d'entretien mensuelles peuvent être administrées soit dans le muscle deltoïde soit dans le muscle fessier. Un changement du muscle fessier au muscle deltoïde (et vice versa) doit être envisagé en cas de douleur au site d'injection et si la gêne associée n'est pas bien tolérée (voir rubrique Effets indésirables). Il est également recommandé d'alterner entre les côtés gauche et droit (voir ci-dessous). Pour les instructions relatives à l'utilisation et la manipulation de XEPLION, voir la notice (information destinée aux professionnels de santé). **Administration dans le muscle deltoïde:** La taille de l'aiguille recommandée pour les administrations initiales et d'entretien de XEPLION dans le muscle deltoïde est déterminée par le poids du patient. Pour les patients ayant un poids > 80 kg, l'aiguille de 1" pouce 22 Gauge (38,1 mm x 0,72 mm) est recommandée. Pour ceux ayant un poids < 80 kg, l'aiguille de 1" pouce 23 Gauge (25,4 mm x 0,64 mm) est recommandée. Les injections dans le muscle deltoïde doivent être alternées entre les deux muscles deltoïdes. **Administration dans le muscle fessier:** La taille de l'aiguille recommandée pour l'administration d'entretien de XEPLION dans le muscle fessier est l'aiguille de 1 1/2 pouce 22 Gauge (38,1 mm x 0,72 mm). L'administration doit être faite dans le quadrant supéro-externe de la fesse. Les injections dans le muscle fessier doivent être alternées entre les deux muscles fessiers. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la substance active, à la rispéridone ou à l'un des excipients. **Effets indésirables:** Résumé du profil de sécurité d'emploi. Les effets indésirables (EI) les plus fréquemment rapportés au cours des essais cliniques ont été: insomnie, céphalée, anxiété, infection des voies respiratoires supérieures, réaction au site d'injection, parkinsonisme, prise de poids, akathisie, agitation, sédation/somnolence, nausée, constipation, sensation vertigineuse, douleur musculo-squelettique, tachycardie, tremblement, douleur abdominale, vomissement, diarrhée, fatigue et dystonie. Parmi ces effets indésirables, l'akathisie et la sédation/somnolence sont apparues dose-dépendantes. Liste récapitulative des effets indésirables (Classes de Systèmes Organes): **Fréquence:** Effet indésirable: Les effets suivants sont tous les EI rapportés avec la paliperidone par catégorie de fréquence estimée à partir des essais cliniques XEPLION. Les termes et fréquences suivants sont utilisés: **très fréquent** (≥ 10 %), **fréquent** (≥ 1 à < 10 %), **peu fréquent** (≥ 1 à < 10 %), **très rare** (< 1 à < 10 %) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Effets indésirables:** **Fréquent:** Infection des voies respiratoires supérieures, infection des voies urinaires, grippe. **Peu fréquent:** pneumonie, bronchite, infection des voies respiratoires, sinusite, cystite, infection urinaire, infection oculaire, amygdalite, cellulite, acrodermatite, abcès sous-cutané. **Rare:** onychomycose. **Affections hémologiques et du système lymphatique:** **Peu fréquent:** diminution de la numération de globules blancs, anémie, diminution de l'hématocrite, augmentation de la numération des éosinophiles. **Rare:** agranulocytose, neutropénie, thrombocytopénie. **Affections du système immunitaire:** **Peu fréquent:** hypersensibilité. **Rare:** réaction anaphylactique. **Affections endocriniennes:** **Fréquent:** hyperprolactinémie. **Rare:** sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique. **Indéterminée:** présence de glucose urinaire. **Troubles du métabolisme et de la nutrition:** **Fréquent:** hyperglycémie, prise de poids, perte de poids, augmentation des triglycérides sanguins. **Peu fréquent:** diabète, hyperinsulinémie, augmentation de l'appétit, anorexie, diminution de l'appétit, augmentation du cholestérol sanguin. **Rare:** intoxication à l'eau, acidocétose diabétique, hypoglycémie, polyypsie. **Affections psychiatriques:** **Très fréquent:** insomnie. **Fréquent:** agitation, dépression, anxiété. **Peu fréquent:** trouble du sommeil, manie, état de confusion, diminution de la libido, nervosité, cauchemar. **Rare:** amoussement affectif, anorgasmie. **Affections du système nerveux:** **Très fréquent:** céphalée. **Fréquent:** parkinsonisme*, akathisie*, sédation/somnolence, dystonie*, sensation vertigineuse, dyskinésie*, tremblement. **Peu fréquent:** dyskinésie tardive, convulsion*, syncope, hyperactivité psychomotrice, vertige orthostatique, perturbation de l'attention, dysarthrie, dyspepsie, hypoesthésie, parésie/hésie. **Rare:** syndrome main des neuropathiques, ischémie cérébrale, non réponse aux stimuli, perte de la conscience, diminution du niveau de la conscience, coma diabétique*, trouble de l'équilibre, coordination anormale*, titubation céphalique*. **Affections oculaires:** **Peu fréquent:** vision trouble, conjonctivite, sécheresse oculaire. **Rare:** glaucome*, trouble du mouvement oculaire, révision oculaire, photophobie, augmentation du larmoiement, hyperémie oculaire. **Affections de l'oreille et du larynx:** **Peu fréquent:** vertiges, acouphènes, douleur auriculaire. **Affections cardiaques:** **Fréquent:** bradycardie, tachycardie. **Peu fréquent:** fibrillation auriculaire, bloc auriculo-ventriculaire, allongement de l'intervalle QT, syndrome de tachycardie orthostatique posturale, électrocardiogramme anormal, palpitations. **Rare:** arythmie sinusale. **Affections vasculaires:** **Fréquent:** hypertension. **Peu fréquent:** hypotension, hypotension orthostatique. **Rare:** embolie pulmonaire*, thrombose veineuse, ischémie*, bouffées de chaleur. **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales:** **Fréquent:** toux, congestion nasale. **Peu fréquent:** dyspnée, congestion pulmonaire, sifflements, douleur pharyngolaryngée, épistaxis. **Rare:** syndrome d'apnée du sommeil*, hyperventilation*, pneumonie d'aspiration*, encombrement des voies respiratoires, dysphonie. **Affections gastro-intestinales:** **Fréquent:** douleur abdominale, vomissement, nausée, constipation, diarrhée, dyspepsie, douleur dentaire. **Peu fréquent:** effet abdominal, gastro-entérite, sécheresse buccale, flatulence. **Rare:** pancréatite, occlusion intestinale*. **Effets indésirables de la langue:** décoloration de la peau, dermatite séborrhéique*, pellicules. **Affections musculo-squelettiques et systémiques:** **Fréquent:** douleur musculo-squelettique, douleur dorsale. **Peu fréquent:** spasmes musculaires, raideur articulaire, douleur au niveau du cou, arthralgie. **Rare:** rhabdomyolite*, augmentation de la créatine phosphokinase sanguine, posture anormale*, enflure des articulations, faiblesse musculaire. **Affections du rein et des voies urinaires:** **Peu**

fréquent: incontinence urinaire, pollakiurie, dysurie. **Rare:** rétention urinaire. **Affections gravidiques, puerérales et périnatales:** **Rare:** syndrome de sevrage médicamenteux néonatal. **Affections des organes de reproduction et du sein:** **Peu fréquent:** dysfonctionnement érectile, trouble de l'éjaculation, aménorrhée, menstruation retardée, trouble menstruel*, gynécomastie, galactorrhée, dysfonctionnement sexuel, écoulement vaginal. **Rare:** priapisme*, douleur mammaire, gêne mammaire, engorgement mammaire, accroissement mammaire, écoulement mammaire. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration:** **Fréquent:** pyrexie, asthénie, fatigue, réaction au site d'injection. **Peu fréquent:** œdème de la face, œdème, démarche anormale, douleur thoracique, gêne thoracique, malaise, induration. **Rare:** hyperthermie, diminution de la température corporelle*, frissons, augmentation de la température corporelle, soif, syndrome de sevrage médicamenteux*, abcès au site d'injection, cellulite au site d'injection, kyste au site d'injection, hématoème au site d'injection. **Lésions, intoxications et complications liées aux procédures:** **Peu fréquent:** chute. (* Se référer à « Hyperprolactinémie » ci-dessus. * Se référer à « Symptômes extrapyramidaux » ci-dessus. * Dans les essais contrôlés versus placebo, un diabète a été rapporté chez 0,32 % des sujets traités par XEPLION comparé à un taux de 0,39 % dans le groupe placebo. L'incidence globale de tous les essais cliniques était de 0,47 % chez tous les sujets traités par XEPLION. * L'insomnie inclut: insomnie initiale, insomnie du milieu de la nuit, la convulsion induite, crise de Grand mal. [L'édème inclut: œdème généralisé, œdème périphérique, œdème qui prend le godet; les troubles menstruels incluent: menstruation irrégulière, oligoménorrhée. * Non observé lors des études cliniques XEPLION mais observé dans l'environnement post-commercialisation avec la paliperidone.] **Effets indésirables observés avec les formulations à base de rispéridone:** La paliperidone est le métabolite actif de la rispéridone; par conséquent, les profils des effets indésirables de ces composés (incluant les deux formulations orale et injectable) s'appliquent l'un à l'autre. En plus des effets indésirables ci-dessus, les effets indésirables suivants ont été observés lors de l'utilisation de produits à base de rispéridone et peuvent être attendus avec XEPLION. **Affections du système nerveux:** troubles vasculaires cérébraux. **Affections oculaires:** syndrome de l'iris hypotonique (propretarole). **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales:** râles. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration** (observés avec la forme injectable de la rispéridone): nécrose au site d'injection, ulcère au site d'injection. **Description de certains effets indésirables.** **Réaction anaphylactique:** Raremment, des cas de réaction anaphylactique après l'injection de XEPLION ont été rapportés depuis le début de la commercialisation chez les patients ayant précédemment toléré la rispéridone orale ou la paliperidone orale. **Réactions au site d'injection:** L'effet indésirable lié au site d'injection le plus fréquemment rapporté a été la douleur. La majorité de ces réactions a été rapportée comme étant de sévérité légère à modérée. L'évaluation par les sujets de la douleur au niveau du site d'injection en s'appuyant d'une échelle analogique visuelle tendait à diminuer en fréquence et en intensité durant toute la période des effets indésirables rapportés. Les injections dans le muscle deltoïde ont été perçues comme légèrement plus douloureuses que les injections dans le muscle fessier. Les autres réactions au site d'injection ont été principalement d'intensité faible et ont inclus induration (fréquente), prurit (peu fréquent) et nodules (rare). **Symptômes extrapyramidaux:** Les symptômes extrapyramidaux incluent une anxiété accrue, une contraction musculaire involontaire, parkinsonisme, troubles musculéo-squelettiques, parkinsonisme, salivation, phénonème de la roue dentée, bradykinésie, hypokinésie, fascic, rigidité, tension musculaire, akathisie, rigidité de la langue, rigidité musculaire, démarche parkinsonienne, réflexe palpébral anormal et tremblement parkinsonien de repos), akathisie (incluant akathisie, impatience, hyperkinésie et syndrome des jambes sans repos), dyskinésie (dyskinésie, contractions musculaires, choroathétose, athétose et myoclonie), dystonie (incluant dystonie, hypertonie, torticolis, contractions musculaires involontaires, contracture musculaire, biphosphorose, oculogyration, paralysie de la langue, spasme facial, laryngospasme, myotonie, opisthotonus, spasme oropharyngé, pleurothotonus, spasme de la langue et trismus) et tremblement. Il est à noter qu'un spectre plus large de symptômes est inclus, qui n'ont pas nécessairement une origine extrapyramidale. **Prise de poids:** Dans l'étude de 13 semaines comprenant la dose d'initiation de 150 mg, la proportion de patients présentant une prise de poids anormale > 7 % a montré une tendance dose-dépendante, avec un taux d'incidence de 5 % dans le groupe placebo comparé à des taux de 6 %, 8 % et 13 % dans les groupes traités par XEPLION 25 mg, 100 mg et 150 mg respectivement. Pendant la période de transition/entretien de 33 semaines en ouvert de l'essai de prévention de rechute à long terme, 12 % des patients traités par XEPLION répondaient à ce critère (prise de poids > 7 % depuis la phase 2 et 3). Les injections dans la fin de l'étude); le changement de poids moyen (EN) à partir du début de l'étude en ouvert était +0,7 (4,79) kg. **Hyperprolactinémie:** Dans les essais cliniques, des augmentations médianes de la prolactine sérique ont été observées chez les patients des deux sexes qui ont reçu XEPLION. Des effets indésirables pouvant suggérer une augmentation du taux de prolactine (par exemple aménorrhée, gynécomastie) ont été rapportés. **Insomnie:** L'insomnie a été rapportée au total chez < 1 % des patients. **Effets de classe:** Un allongement de l'intervalle QT, des arythmies ventriculaires (fibrillation ventriculaire, tachycardie ventriculaire), une mort subite inexpliquée, un arrêt cardiaque et des torsades de pointes peuvent survenir avec les antipsychotiques. Des cas de thromboses veineuses, incluant des cas d'embolies pulmonaires et de thromboses veineuses profondes, ont été rapportés avec les médicaments antipsychotiques (fréquence indéterminée). **Déclaration des effets indésirables suspectés:** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via: Belgique: Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, EUROSTAT, 1 Place Victor Horta, 40/40 - 1060 Bruxelles, Site internet: www.afmps.be, e-mail: adversedrugreactions@afmg-atmcp.be. Luxembourg: Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny - Allée Marconi, L-2120 Luxembourg, Site internet: http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html. **Nature et contenu de l'emballage extérieur:** Seringue préremplie (copolymère d'oléfine cyclique) munie d'un bouchon et d'un capuchon (caoutchouc bromuré) avec une aiguille de sécurité de 11/2 pouce 22 Gauge (0,72 mm x 38,1 mm) et une aiguille de sécurité de 1 pouce 23 Gauge (0,64 mm x 25,4 mm). Présentation: Le conditionnement contient 1 seringue préremplie et 2 aiguilles. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgique. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** EU/1/11/116/2/001. **MODE DE DELIVRANCE:** Médicament soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE:** 03/12/2013. **Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.**

Références:
1. Pandina GJ et al. *Journal of Clinical Psychopharmacology* (2010) 30 (3) 235-244.
2. Hough D et al. *Schizophrenia Research* (2010) 116: 107-117.
3. Gopal S et al. *Journal of Psychopharmacology* (2011) 27 (8): 303-311.
4. Nicholl D et al. *Curr Med Res Opin* 2010; 26 (6): 1471-1481

Janssen-Cilag NV

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

Comité de Direction :

Julien MENDLEWICZ
Arlette SEGHERS
Marc ANSSEAU
Emmanuel BRASSEUR

Comité de Rédaction :

Rédacteur en chef : William PITCHOT
Daniel SOUERY
Michel FLORIS
Eric CONSTANT
Charles KORREICH

Comité Scientifique :

Per BECH (Hillrod)
Jean BERTRAND (Liège)
Pierre BLIER (Gainesville)
Louis BOTTE (Manage)
Michel CAZENAVE (Paris)
Paul COSYNS (Antwerp)
Francis CROUFER (Liège)
Vincent DUBOIS (Bruxelles)
Jean-Luc EVRARD (Charleroi)
Benjamin FISCHLER (Leuven)
Michel HANSENNE (Liège)
Jean-Yves HAYEZ (Bruxelles)
Pascal JANNE (Mt Godinne)
Lewis JUDD (San Diego)
Siegfried KASPER (Wien)
Rachel KLEIN (New York)
Olivier LE BON (Bruxelles)
Paul LIEVENS (Bruxelles)
Paul LINKOWSKI (Bruxelles)
Juan LOPEZ-IBOR (Madrid)
Isabelle MASSAT (Bruxelles)
Jean-Paul MATOT (Bruxelles)
Christian MORMONT (Liège)
Patrick PAPART (Liège)
Eugene PAYKEL (Cambridge)
Isy PELC (Bruxelles)
Pierre PHILIPPOT (Louvain la Neuve)
Charles PULL (Luxembourg)
Giorgio RACAGNI (Milano)
Philippe ROBERT (Nice)
Jean Paul ROUSSAUX (Bruxelles)
Luc STANER (Rouffac)
Willy SZAFRAN (Brussel)
Herman VAN PRAAG (Maastricht)
Myriam VAN MOFFAERT (Ghent)
Guy VAN RENYNGHE DE VOXVRIE (Brugge)
Paul VERBANCK (Bruxelles)
Nadine VERMEYLEN (Bruxelles)
Jean WILMOTTE (Charleroi)
Nicolas ZDANOWICZ (Mont-Godinne)



PSYCHIATRICA BELGICA

Organe officiel de la Société Royale de Médecine Mentale
de Belgique (SRMMB)

SOMMAIRE

INTÉRÊT DE L'ENTRAÎNEMENT À LA PLEINE CONSCIENCE \ MIND-FULNESS DANS LE TRAITEMENT DES SÉQUELLES DE HARCÈLEMENT MORAL : UNE ÉTUDE PILOTE Veeser Johannes, Vandriette Yun, Kornreich Charles, Brevers Damien, Ammendola Sarah, Corten Philippe, Verbanck Paul	5
L'ATTRIBUTION ET LE LIEU DE CONTRÔLE EN RELATION AVEC L'ABSEN-TÉISME ET L'ABANDON DANS UN SERVICE DE SANTÉ MENTALE Stéphanie Adam, Serge Dalla Piazza	12
L'ABUS SEXUEL INTRAFAMILIAL : DISCUSSION MÉDICO-PSYCHO-JURI-DIQUE SUR LA PERTINENCE DU MODÈLE DE PRISE EN CHARGE M. Beague, N. Chatelle, E. de Becker	24
A-CÔTÉ DE LA PSYCHIATRIE. COMMENT, FAIRE PARTIE D'UN COLLECTIF CRÉATIF PROCURE UNE INSCRIPTION SOCIALE ? Noémie Cuissart de Grelle, Denis Hers,	32
EVALUATION DE LA RÉFORME « VERS DE MEILLEURS SOINS EN SANTÉ MENTALE » – RÉSULTATS 2014. Grand Adeline, Nicaise Pablo, Lorant Vincent	40

Les ACTA PSYCHIATRICA BELGICA
paraissent trimestriellement
Abonnement annuel 2014 :
Belgique : 90 € - Étranger : 90 €

Abonnement : docteur Benoit Gillain
benoitgillain@hotmail.com
Tél. : 081 30 05 02
Fax : 081 31 23 38

Régie Publicitaire : J.P. Felix
jean.pierre.felix@skynet.be
GSM : 0475 28 39 63

Edit. resp. : W. PITCHOT, Prés. SRMMB
Siège social SRMMB : 205, rue de Bricgnot,
B-5002 Saint-Servais/Namur
ISSN : 0300-8967, dépôt légal dès parution

Œuvre de couverture :
PsycArt - Kristien HEYMANS

Le droit de copie de tous nos articles
originaux est *strictement* réservé.
Les articles n'engagent que la responsabilité
de leurs auteurs.

Illustration
de couverture : *PsycArt*

NOUVEAU

ONCE-MONTHLY
Abilify Maintena
(aripiprazole) for extended release injectable suspension

	Prix public	Intervention patient VIPO	Intervention patient actif
1 x 400 mg (2 ml)	330,61 €	7,80 €	11,80 €

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Abilify Maintena 400 mg, poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Chaque flacon contient 400 mg d'aripiprazole. Après reconstitution, chaque millilitre (ml) de suspension contient 200 mg d'aripiprazole. **FORME PHARMACEUTIQUE** Poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES** Abilify Maintena est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes stabilisés sous aripiprazole oral. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** Chez les patients n'ayant jamais pris d'aripiprazole, la tolérance de l'aripiprazole oral doit être établie avant l'instauration du traitement par Abilify Maintena. La posologie initiale et d'entretien recommandée d'Abilify Maintena est de 400 mg. La titration de la posologie de ce médicament n'est pas nécessaire. Il doit être administré une fois par mois en une seule injection (avec un délai minimal de 26 jours entre deux injections). Après la première injection, le traitement par 10 mg à 20 mg d'aripiprazole oral doit être poursuivi pendant 14 jours consécutifs de façon à maintenir une concentration thérapeutique d'aripiprazole pendant l'instauration du traitement. Si des effets indésirables surviennent à la dose de 400 mg, une réduction de la dose à 300 mg une fois par mois doit être envisagée. Oubli de doses: En cas d'oubli de la 2e ou de la 3e dose et lorsque le délai écoulé depuis la dernière injection est: < 5 semaines: L'injection doit être administrée dès que possible; reprendre ensuite le schéma d'une injection mensuelle. > 5 semaines: Le traitement concomitant par aripiprazole oral doit être repris pendant 14 jours à partir de la date de l'injection suivante; reprendre ensuite le schéma d'une injection mensuelle. En cas d'oubli de la 4e dose ou de doses ultérieures (c.-à-d. après atteinte de l'état d'équilibre) et lorsque le délai écoulé depuis la dernière injection est: < 6 semaines: L'injection doit être administrée dès que possible; reprendre ensuite le schéma d'une injection mensuelle. > 6 semaines: Le traitement concomitant par aripiprazole oral doit être repris pendant 14 jours à partir de la date de l'injection suivante; reprendre ensuite le schéma d'une injection mensuelle. Populations particulières: Patients âgés: La sécurité et l'efficacité d'Abilify Maintena dans le traitement de la schizophrénie chez les patients âgés de 65 ans ou plus n'ont pas été établies. Insuffisance rénale: Aucune adaptation posologique n'est requise pour les patients présentant une insuffisance rénale. Insuffisance hépatique: Aucune adaptation posologique n'est requise pour les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. Chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, les données disponibles sont insuffisantes pour établir des recommandations. Chez ces patients nécessitant une administration avec prudence, préférer la forme orale. Métaboliseurs lents connus du CYP2D6: Chez les patients connus pour être des métaboliseurs lents du CYP2D6, la posologie initiale et d'entretien doit être de 300 mg. En cas d'utilisation concomitante avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4, la posologie doit être réduite à 200 mg. Adaptations posologiques liées aux interactions: Une adaptation posologique est nécessaire chez les patients prenant de façon concomitante des inhibiteurs puissants du CYP3A4 ou du CYP2D6 pendant plus de 14 jours. Lorsque l'inhibiteur du CYP3A4 ou du CYP2D6 est arrêté, il peut être nécessaire d'augmenter la dose jusqu'à la dose antérieure. En cas de réaction indésirable en dépit des ajustements posologiques d'Abilify Maintena, la nécessité d'utiliser un inhibiteur du CYP3A4 ou du CYP2D6 de façon concomitante doit être réévaluée. L'utilisation concomitante d'inducteurs du CYP3A4 et d'Abilify Maintena pendant plus de 14 jours doit être évitée, en effet, dans ce cas, la concentration sanguine d'aripiprazole diminue et peut être inférieure à la concentration efficace. Adaptation posologique d'Abilify Maintena chez les patients prenant des inhibiteurs puissants du CYP2D6, des inhibiteurs puissants du CYP3A4 et/ou des inducteurs du CYP3A4 pendant plus de 14 jours: Patients prenant 400 mg d'Abilify Maintena: Inhibiteurs puissants du CYP2D6 ou inducteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 300 mg. Inhibiteurs puissants du CYP2D6 et inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 200 mg. Inducteurs du CYP3A4: Utilisation d'aripiprazole à éviter. Patients prenant 300 mg d'Abilify Maintena: Inhibiteurs puissants du CYP2D6 ou inducteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 200 mg. Inhibiteurs puissants du CYP2D6 et inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 160 mg. Inducteurs du CYP3A4: Utilisation d'aripiprazole à éviter. Population pédiatrique: La sécurité et l'efficacité d'Abilify Maintena chez les enfants et les adolescents âgés de 0 à 17 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. Mode d'administration: Abilify Maintena doit uniquement être utilisé en injection intramusculaire et ne doit pas être administré par voie intraveineuse ou sous-cutanée. Il doit être administré uniquement par un professionnel de santé. La suspension doit être injectée immédiatement après reconstitution mais peut être conservée dans le flacon pendant 4 heures maximum à une température inférieure à 25 °C. La suspension doit être injectée lentement en une seule injection (les doses ne doivent pas être divisées) dans le muscle fessier. La prudence est recommandée afin d'éviter toute injection accidentelle dans un vaisseau sanguin. Les injections doivent être alternées entre les deux muscles fessiers. Il est recommandé d'utiliser une aiguille hypodermique sécurisée 21 Gauge de 38 mm (1,5 pouce). Chez les patients obèses (indice de masse corporelle > 28 kg/m²), utiliser une aiguille hypodermique sécurisée 21 Gauge de 50 mm (2 pouces). Les flacons de poudre et de solvant sont à usage unique. **CONTRE-INDICATIONS** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **EFFETS INDÉSIRABLES** Résumé du profil de sécurité: Les effets indésirables les plus fréquemment observés, rapportés chez au moins 5 % des patients dans deux essais cliniques contrôlés et en double aveugle et en double aveugle avec Abilify Maintena, sont la prise de poids (9,0 %), l'akathisie (7,9 %), l'insomnie (5,8 %) et la douleur au point d'injection (5,1 %). Liste des effets indésirables: L'incidence des effets indésirables associés au traitement par aripiprazole est présentée ci-dessous. La liste est basée sur les effets indésirables rapportés pendant les essais cliniques et/ou l'utilisation après commercialisation. Tous les effets indésirables sont énumérés par classe de système d'organe et fréquence; très fréquents (≥ 1/10), fréquents (≥ 1/100 à < 1/10), rares (≥ 1/1000 à < 1/100), très rares (< 1/10000 à 1/10000), très rares (< 1/10000) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). À l'intérieur de chaque classe de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre de gravité décroissante. La fréquence des effets indésirables rapportés pendant une utilisation après commercialisation ne peut pas être déterminée puisqu'ils sont dérivés de rapports spontanés. En conséquence, la fréquence de ces effets indésirables est qualifiée d'« indéterminée ». Affections hématologiques et du système lymphatique: Peu fréquent; neutropénie, anémie, thrombopénie, neutrophiles diminués, globules blancs diminués. Fréquence indéterminée: leucopénie. Affections du système immunitaire: Peu fréquent; hypersensibilité. Fréquence indéterminée: réaction allergique (par exemple réaction anaphylactique, œdème de Quincke comprenant gonflement de la langue, œdème de la face, prurit ou urticaire). Affections endocriniennes: Peu fréquent; prolactinémie diminuée. Fréquence indéterminée: coma diabétique, hyperosmolaire, acidocétose diabétique. Troubles du métabolisme et de la nutrition: Fréquent; prise de poids, diabète, perte de poids. Peu fréquent; hyperglycémie, hypercholestérolémie, hyperinsulinémie, hyperlipidémie, hypertriglycéridémie, trouble de l'appétit. Fréquence indéterminée: anorexie, hyponatémie. Affections psychiatriques: Fréquent; agitation, anxiété, impatiences, insomnie. Peu fréquent; idées suicidaires, trouble psychotique, hallucination, idée délirante, hypersexualité, réaction de panique, dépression, labilité affective, apathie, dysphorie, trouble du sommeil, bruxisme, diminution de la libido, altération de l'humeur. Fréquence indéterminée: suicide, tentative de suicide, jeu pathologique, nervosité. Affections du système nerveux:

Abilify Maintena[®]

400 mg
UNE FOIS PAR MOIS

**SUSPENSION INJECTABLE À LIBÉRATION
PROLONGÉE POUR LE TRAITEMENT D'ENTRETIEN
DE LA SCHIZOPHRÉNIE CHEZ L'ADULTE**

Fréquent: trouble extrapyramidal, akathisie, tremblement, dyskinésie, sédation, somnolence, sensation vertigineuse, céphalée. Peu fréquent: dystonie, dyskinésie tardive, parkinsonisme, perturbation des mouvements, hyperactivité psychomotrice, syndrome des jambes sans repos, rigidité pallidale, hypertension, bradycinésie, hypersalivation, dysgueusie, parosmie. Fréquence indéterminée: syndrome malin des neuroleptiques, état de grand mal épileptique, syndrome sérotoninergique, trouble du langage. Affections oculaires: Peu fréquent; crise oculogire, vision trouble, douleur oculaire. Peu fréquent; extrasystoles ventriculaires, bradycardie, tachycardie, onde T d'amplitude diminuée à l'électrocardiogramme, électrocardiogramme anormal, onde T inversée à l'électrocardiogramme. Fréquence indéterminée: mort subite inexpliquée, arrêt cardiaque. Torsades de pointes, arythmies ventriculaires, QT allongé. Affections vasculaires: Peu fréquent; hypertension, hypotension orthostatique, pression artérielle augmentée. Fréquence indéterminée: syncope, thromboembolie veineuse (y compris embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde). Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales: Peu fréquent; toux. Fréquence indéterminée: spasme oropharyngé, laryngospasme, pneumonie de déglutition. Affections gastro-intestinales: Fréquent; bouche sèche. Peu fréquent; reflux gastro-œsophagien, dyspepsie, vomissement, diarrhée, nausées, douleur abdominale haute, gêne abdominale, constipation, selles fréquentes, pyalisme. Fréquence indéterminée: pancréatite, dysphagie. Affections hépatobiliaires: Peu fréquent; anomalie du bilan hépatique, enzymes hépatiques augmentées, alanine aminotransférase augmentée, gamma glutamyl transférase augmentée, bilirubinémie augmentée, aspartate aminotransférase augmentée. Fréquence indéterminée: déficience hépatique, icterre, hépatite, phosphatase alcaline augmentée. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: Peu fréquent; alopecie, acné, rosacée, eczéma, induration de la peau. Fréquence indéterminée: rash, réaction de photosensibilité, hyperhidrose. Affections musculo-squelettiques et systémiques: Fréquent; raideur musculo-squelettique. Peu fréquent; rigidité musculaire, contractures musculaires, contractures fasciculaires, tension musculaire, myalgie, extrémités douloureuses, arthralgie, dorsalgie, amplitude articulaire diminuée, rigidité de la nuque, trismus. Fréquence indéterminée: rhabdomyolyse. Affections du rein et des voies urinaires: Peu fréquent; néphrolithiase, glycosurie. Fréquence indéterminée: rétention urinaire, incontinence urinaire. Affections gravidiques, puerpérales et périnatales: Fréquence indéterminée: syndrome de sevrage médicamenteux néonatal. Affections des organes de reproduction et du sein: Fréquent; dyspareunie. Peu fréquent; galactorrhée, gynécomastie, hypersensibilité mammaire, sécheresse vulvo-vaginale. Fréquence indéterminée: syncopisme. Troubles généraux et anomalies au site d'administration: Fréquent; douleur au point d'injection, induration au point d'injection, prurit au point d'injection, soif, indolence. Fréquence indéterminée: trouble de la thermorégulation (par exemple hypothermie, fièvre), douleur thoracique, œdème périphérique. Investigations: Fréquent; créatine phosphokinase sanguine augmentée. Peu fréquent; glycémie augmentée, glycémie diminuée, hémoglobine glycosylée augmentée, circonférence de taille augmentée, cholestérolémie diminuée, triglycéridémie diminuée. Fréquence indéterminée: fluctuation du glucose sanguin. Description d'effets indésirables sélectionnés: Réactions au site d'injection: Pendant les phases contrôlées, en double aveugle, de deux essais, des réactions au site d'injection ont été observées; elles étaient généralement d'intensité légère à modérée et ont disparu avec le temps. La douleur au point d'injection (incidence 5,1%) survient dans un délai médian de 2 jours après l'injection et persiste pendant une durée médiane de 4 jours. Leucopénie: Des cas de neutropénie ont été rapportés au cours du développement clinique d'Abilify Maintena, elle commence généralement vers le 16e jour après la première injection et persiste pendant une durée médiane de 18 jours. Symptômes extrapyramidaux: Dans les essais réalisés chez des patients présentant une schizophrénie stable, Abilify Maintena a été associé à une fréquence de symptômes extrapyramidaux supérieure (18,4%) à celle observée avec l'aripiprazole oral (11,7%). L'akathisie était le symptôme le plus fréquemment observé (8,2%), elle apparaît généralement vers le 10e jour après la première injection et persiste pendant une durée médiane de 56 jours. Les patients atteints d'akathisie ont généralement reçu un traitement par un anticholinergique, notamment le mésylate de benztropine et le trihexphénidyle. Des médicaments tels que le propranolol et les benzodiazépines (clonazépam et diazépam) ont également été administrés pour contrôler l'akathisie, mais à une fréquence moindre. En termes de fréquence, le parkinsonisme arrivait en seconde position (respectivement 6,9% dans le groupe Abilify Maintena, 4,15% dans le groupe aripiprazole comprimés 10 à 30 mg et 3,0% dans le groupe placebo). Dystonie: Effet de classe: des symptômes de dystonie, contractions anormales prolongées d'un groupe musculaire, peuvent survenir pendant les premiers jours de traitement chez les patients qui y sont prédisposés. Les symptômes dystoniques incluent un spasme des muscles du cou qui peut progresser vers une oppression de la gorge, des difficultés de déglutition, des difficultés respiratoires et/ou une protrusion de la langue. Bien que ces symptômes puissent survenir à faibles doses, ils apparaissent plus fréquemment et avec une plus grande sévérité avec les antipsychotiques de première génération, puissants et fortement dosés. Un risque élevé de dystonie aiguë est observé chez les hommes et les patients jeunes. Poids: Pendant la phase en double aveugle contrôlée versus produit actif (aripiprazole comprimé 10 à 30 mg) de l'essai de 38 semaines, l'incidence d'une prise de poids ≥ 7% entre l'inclusion et la dernière visite a été de 9,5% dans le groupe Abilify Maintena et de 11,7% dans le groupe aripiprazole comprimé oral (10 à 30 mg). L'incidence d'une perte de poids ≥ 7% entre l'inclusion et la dernière visite a été de 6,4% pour Abilify Maintena et de 4,5% pour les comprimés d'aripiprazole oral (10 à 30 mg). Pendant la phase en double aveugle contrôlée versus placebo de l'essai de 52 semaines, l'incidence d'une prise de poids ≥ 7% entre l'inclusion et la dernière visite a été de 6,4% dans le groupe Abilify Maintena et de 5,2% dans le groupe placebo. L'incidence d'une perte de poids ≥ 7% entre l'inclusion et la dernière visite a été de 6,4% dans le groupe Abilify Maintena et de 6,7% dans le groupe placebo. Pendant le traitement en double aveugle, la variation du poids corporel entre l'inclusion et la dernière visite a été de -0,2 kg pour Abilify Maintena et de -0,4 kg pour le placebo (p = 0,812). Prolactine: Dans la phase en double aveugle contrôlée versus produit actif (aripiprazole comprimé 10 à 30 mg) de l'essai de 38 semaines, une réduction moyenne du taux de prolactine de -0,33 ng/ml a été observée dans le groupe Abilify Maintena, contre une augmentation moyenne de 0,79 ng/ml dans le groupe aripiprazole comprimés 10 à 30 mg (p < 0,01). L'incidence d'un taux de prolactine supérieur à 1 fois la limite supérieure de la normale (LSN) constaté lors d'un dosage effectué à n'importe quelle visite était de 5,4% chez les patients ayant reçu Abilify Maintena, contre 3,5% chez les patients ayant reçu des comprimés de 10 à 30 mg d'aripiprazole oral. Dans chaque groupe de traitement, l'incidence était généralement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Dans la phase en double aveugle contrôlée contre placebo de l'essai de 52 semaines, une réduction moyenne du taux de prolactine (-0,38 ng/ml) a été observée entre l'inclusion et la dernière visite dans le groupe Abilify Maintena, contre une augmentation moyenne dans le groupe placebo (1,67 ng/ml). L'incidence d'un taux de prolactine supérieur à 1 fois la limite supérieure de la normale (LSN) était de 1,9% chez les patients sous Abilify Maintena, contre 7,1% chez les patients sous placebo. Déclaration des effets indésirables suspects: La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via les systèmes nationaux de déclaration: Belgique: Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé – Division Vigilance, EUROSTATION II – Place Victor Horta, 40/40, B-1060 Bruxelles, Site internet: www.afmps.be, E-mail: adversereactions@afmps.be, Luxembourg: Direction de la Santé – Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny – Allée Marconi, L-2120 Luxembourg, Site internet: http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd. **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** EU/1/13/882/002. **DELIVRANCE** Sur prescription médicale. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 06/2014. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments (<http://www.ema.europa.eu>).

 Otsuka

 Lundbeck 

BE-ABIM-2014.10-00001351

ÉDITORIAL

LE TRAITEMENT PERSONNALISÉ DES TROUBLES DE L'HUMEUR : MYTHE OU RÉALITÉ ?

La pratique de la *médecine personnalisée* consiste en l'utilisation de données biologiques, génétiques et/ou génomiques d'une personne pour lui proposer le traitement et/ou la posologie du médicament qui paraissent les mieux adaptés en termes d'efficacité et de sécurité. La prise en charge est ainsi individualisée.

Le traitement des troubles de l'humeur et en particulier de la dépression est généralement basé sur une démarche empirique amenant le clinicien à essayer différentes options thérapeutiques appliquées avec une séquence souvent déterminée par son expérience et ses préférences. L'obtention d'une rémission complète est alors différée chez bon nombre de patients. Il en résulte une prolongation de la souffrance du patient et de ses proches, une augmentation du risque suicidaire, un accroissement des doses de psychotropes (anxiolytiques et somnifères) et des coûts associés à la maladie. La succession des échecs thérapeutiques augmente le désespoir du patient, diminue l'observance thérapeutique et favorise l'inertie clinique.

Dans ce contexte, il est déterminant dans le traitement de la dépression de découvrir des indices cliniques, biologiques ou génomiques susceptibles de mieux orienter nos choix thérapeutiques. Un des plus grands espoirs de la recherche dans le domaine des troubles affectifs est de pouvoir déterminer des facteurs de vulnérabilité ou de protection, mais également des indices prédictifs de la réponse au traitement basés sur des changements géniques. En effet, de nombreux arguments sont en faveur du rôle de facteurs génétiques dans la pathophysiologie de la dépression (l'héritabilité de la dépression majeure varie entre 40 et 70%) et dans le mécanisme d'action des antidépresseurs, mais ils ne permettent pas de préciser leur nature exacte (mécanismes génétiques sous-jacents et mécanismes pathophysiologiques menant à la maladie). De plus, les analyses de ségrégation ne mettent pas en évidence un mode de transmission mendélien simple impliquant un gène unique de vulnérabilité pour les troubles affectifs qui doivent dès lors être considérés comme des maladies à déterminisme complexe. Les progrès considérables de la génétique moléculaire ces quinze dernières années ont permis l'identification et la localisation précise des gènes impliqués dans la dépression. Les méthodes modernes permettent notamment d'identifier un gène responsable de la résistance au traitement sans en connaître la fonction et le produit protéinique correspondant. Cependant, les maladies psychiatriques et en particulier les troubles affectifs présentent des difficultés spécifiques qui rendent difficile l'application des techniques classiques de génétique. En effet, l'absence d'outil de validité externe du phénotype, l'existence d'une hétérogénéité clinique et pathophysiologique sont autant de facteurs limitants.

Sur base des hypothèses physiologiques de la dépression, la plupart des études de vulnérabilité se sont focalisées sur plusieurs polymorphismes impliquant le système sérotoninergique et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA). Cet intérêt spécifique s'explique par le rôle majeur joué par le système sérotoninergique dans l'action des antidépresseurs et par les études mettant en évidence des perturbations au niveau de plusieurs éléments de ce système sérotoninergique. Il est aussi logique de cibler l'axe HPA. En effet, depuis 5 décennies, on sait que les sujets déprimés présentent une hyperactivité de l'axe HPA. Les produits finaux de l'axe du stress, les glucocor-

ticoïdes, exercent un rôle important dans l'état dépressif en influençant plusieurs systèmes de neurotransmission comme la sérotonine et la noradrénaline.

Malheureusement, aujourd'hui, dans le domaine des troubles de l'humeur, les facteurs prédictifs biologiques et génétiques ne sont pas assez fiables pour être recommandés dans la pratique quotidienne. Le défi reste important. Par contre, nous disposons d'éléments cliniques prédictifs relativement crédibles qui nous guident déjà dans notre démarche thérapeutique. L'évolution vers une psychiatrie plus personnalisée est un projet réaliste auquel nous devons tous adhérer. Cet avenir va nécessiter des remises en questions et des adaptations de nos pratiques. Nous serons sans doute également amenés à modérer nos attentes face aux progrès de la recherche dans le domaine de la psychiatrie biologique et génétique. Nous sommes loin de maîtriser la complexité de la clinique psychiatrique. La personnalisation des traitements en psychiatrie passera d'abord par une prise en charge la plus individualisée possible sur le plan clinique. Nous devons vraisemblablement développer plus encore les collaborations entre les différents intervenants du domaine de la santé mentale et favoriser les partages d'expérience. En fait, l'objectif le plus crédible dans l'immédiat est de construire une psychiatrie véritablement « collaborative ».

William PITCHOT

DENOMINATION DU MEDICAMENT : Sedistress comprimés enrobés • **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** chaque comprimé enrobé contient 200 mg d'extrait natif de *Passiflora incarnata* L., parties aériennes (équivalent à 700 mg - 1000 mg de passiflore). • **FORME PHARMACEUTIQUE :** Comprimés enrobés. • **DONNEES CLINIQUES :** Indications thérapeutiques : médicament traditionnel à base de plantes

utilisé pour diminuer les symptômes modérés du stress mental, tels que la nervosité, l'inquiétude ou l'irritabilité et pour faciliter l'endormissement. Sedistress est indiqué chez les adultes et les adolescents de 12 ans et plus. Ce médicament est un médicament traditionnel à base de plantes, à utiliser dans ces indications spécifiques, basées exclusivement sur une utilisation de longue

date. • **Posologie et mode d'administration :** Posologie : Adultes et adolescents de 12 ans et plus : - Pour diminuer le stress mental passager : 1 à 2 comprimés matin et soir. Sur conseil du médecin ou du pharmacien, la posologie peut être augmentée (maximum 8 comprimés par jour). - Pour faciliter l'endormisse-

ment : 1 à 2 comprimés le soir une demi-heure avant le coucher. Population pédiatrique : En l'absence de données suffisantes, l'utilisation chez les enfants de moins de 12 ans n'est pas recommandée sauf avis médical.

Durée du traitement : Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 21 jours, il y a lieu de consulter un médecin ou

42 tabs
PP € 13,50

98 tabs
PP € 24,90

un pharmacien. Mode d'administration : Les comprimés sont à avaler avec un grand verre d'eau. • **Contre-indications :** hypersensibilité à un des constituants de la préparation. • **Effets indésirables :** à ce jour, un cas d'hypersensibilité (vasculite) et un cas de nausée et tachycardie ont été mentionnés. La fréquence de ces manifestations n'est pas connue.

Il est conseillé au patient de mentionner tout effet inattendu, autre que ceux mentionnés ci-dessus à son médecin ou pharmacien pendant la prise de Sedistress.

• **TITULAIRE DE L'ENREGISTREMENT :** Tilman s.a., Zoning Industriel Sud 15, 5377 Baillonville, Belgique. • **NUMERO DE L'ENREGISTREMENT :** BE-TU392777 • **STATUT DE DELIVRANCE :** délivrance libre. • **DATE D'APPROBATION DU TEXTE :** 15/02/2013.

Inquiétude, nervosité, endormissement difficile...



SediStress[®]
comprimés enrobés
Extrait sec de passiflore

haute concentration
2 comprimés / jour



sans dépendance - sans accoutumance*

* Anseau M, Seidel L, Crosset A, Dierckxsens Y, Albert A. A dry extract of *Passiflora incarnata* L. (Sedanxio[®]) as first intention treatment of patients consulting for anxiety problems in general practice. Acta Psychiatrica Belgica 2012;112:5-11



Votre santé par les plantes

TILMAN SA • Z.I. Sud 15 • B-5377 Baillonville

SEDI_08/03/2013

 **Seroquel** **XR**[®]
quetiapine *extended release tablets*

Extended-Release Tablets

AstraZeneca 
Health Connects Us All

INTÉRÊT DE L'ENTRAÎNEMENT À LA PLEINE CONSCIENCE \ MINDFULNESS DANS LE TRAITEMENT DES SÉQUELLES DE HARCÈLEMENT MORAL : UNE ÉTUDE PILOTE

MINDFULNESS TRAINING AS PART OF A TREATMENT FOR PSYCHOLOGICAL TRAUMA CAUSED BY MOBBING - A PILOT STUDY

Veeseer Johannes, Vandriette Yun, Kornreich Charles, Brevers Damien, Ammendola Sarah, Corten Philippe, Verbanck Paul

BACKGROUND: MINDFULNESS TRAINING IS BECOMING MORE AND MORE POPULAR IN PSYCHOTHERAPY.

IMPORTANT APPLICATIONS ARE STRESS REDUCTION, PREVENTION OF RUMINATIONS AND DEPRESSIVE RELAPSE. HOWEVER LITTLE RESEARCH HAS BEEN DONE TO TEST THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS AS A TREATMENT FOR PSYCHOLOGICAL TRAUMA. IN OUR STUDY WE EXAMINED MINDFULNESS TRAINING AS PART OF A TREATMENT FOR PATIENTS WITH PSYCHOLOGICAL TRAUMA CAUSED BY MOBBING AT WORK.

METHOD: 10 PATIENTS, TREATED AT THE STRESS CLINIC (CHU BRUGMANN) FOR PSYCHOLOGICAL TRAUMA CAUSED BY MOBBING AT WORK, AGREED TO PARTICIPATE TO A 8-WEEK MINDFULNESS TRAINING MODULE. TREATMENT PACKAGE INCLUDED 2 HOURS PER WEEK OF GUIDED TRAINING WITH ADDITIONAL TRAINING DONE BY PATIENTS AT HOME. THE PATIENTS COMPLETED THE FOLLOWING QUESTIONNAIRES BEFORE AND AFTER TRAINING:

FFMQ (MINDFULNESS) MEASURING THE CAPACITY TO OBSERVE AND DESCRIBE EXPERIENCE OF THOUGHTS, EMOTIONS AND PHYSICAL SENSATIONS WITHOUT JUDGMENT AS WELL AS THE CAPACITY FOR CONSCIOUS, NON-REACTIVE BEHAVIOR, AAQ2 (MENTAL FLEXIBILITY), PCL-S (DEGREE OF PTSD), BDI, HAD AND STAI-A (DEPRESSION AND ANXIETY).

RESULTS: WE FOUND A SIGNIFICANT INCREASE OF MINDFULNESS ABILITIES AND A DECREASE OF TRAUMA SCORES AFTER TRAINING. ONE PATIENT DEVELOPED SUICIDE IDEAS DURING A MEDITATION EXERCISE.

LIMITATIONS: THE SMALL SAMPLE OF PATIENTS AND THE ABSENCE OF A CONTROL GROUP LIMIT GENERALIZATION OF RESULTS.

CONCLUSION: MINDFULNESS TRAINING MAY BE AN INTERESTING SUPPLEMENT FOR TRAUMA TREATMENTS.

Key-words : mindfulness, trauma, mobbing

INTRODUCTION

A) MINDFULNESS (MF)

L'entraînement à la pleine conscience/ mindfulness (MF) a été introduit en 1982 par Jon Kabat-Zinn dans le champ psychothérapeutique et connaît un engouement certain comme méthode de traitement dans plusieurs conditions psychopathologiques.

D'après Jon Kabat Zin (1994) « la pleine conscience/mindfulness » correspond à pouvoir diriger son attention de manière spécifique, délibérément et sans jugement de valeur envers le moment présent.

Cette approche vise à l'acceptation des réalités externe et interne, sans pour autant favoriser une attitude passive.

La pleine conscience s'opposerait ainsi au « pilote automatique » et semblerait aider à vivre plus profondément sa vie, à diminuer la vulnérabilité aux spirales négatives des émotions et des pensées.

Dans les cultures asiatiques, la MF est associée à une compassion bienveillante par rapport à son objet (les termes pour «

cœur » et « esprit » (mind) sont identiques dans les langues asiatiques).

Cette capacité est supposée pouvoir être atteinte par un entraînement de l'esprit notamment via différentes formes de méditation, des exercices cognitifs (notamment autour des pensées et de la perception de la réalité intérieure et extérieure), des exercices qui visent la conscience des expériences sensorielles et des exercices de yoga..

Plusieurs études utilisant des techniques d'exploration du cerveau et des processus biologiques ont montré un effet réel de ces techniques. Sans vouloir être exhaustifs, mentionnons des études électroencéphalographiques montrant une augmentation significative d'activité alpha et thêta pendant la méditation (Chisea, Seretti 2010), une activation du système immunitaire (Davidson, Kabat-Zin 2003) et des changements fonctionnels

dans les réseaux cérébraux liés à l'attention et aux processus sensoriels et émotionnels suite à un entraînement à la méditation (Kilpatrick et al 2011).

L'entraînement fréquent à la méditation pourrait même être associé à des changements neuroanatomiques, notamment

une augmentation de densité du cortex préfrontal, d'une partie de l'insula, région associée à la représentation de soi (Lazar et al. 2005) et une diminution de densité de la matière amygdalienne, associée aux alertes émotionnelles (Hölzel et al 2010). La MF a été initialement introduite en Occident dans le cadre de programmes s'adressant à des patients souffrant de douleurs chroniques, programmes appelés « *mindfulness based stress reduction programs* » ou *MBSR*.

Aujourd'hui la pleine conscience est intégrée dans plusieurs domaines thérapeutiques et fait partie de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Il s'agit de la *mindfulness based cognitive therapy* /MBCT qui vise à la prévention de la rechute dépressive (Teasdale, Segal & Williams 1995), de la *dialectal behavior therapy*/DBT dans la thérapie des troubles de la personnalité borderline (Marsha Linehan 1992, de l'*acceptance and commitment therapy*/ACT (Hayes et al 1999), de thérapies de l'anxiété et de la panique (Brantley 2004) et de la prévention de la rechute dans la dépendance alcoolique (Marlatt, 1994).

B) SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La grande majorité des personnes confrontées à des situations potentiellement traumatisantes

ne gardent pas de séquelles psychiques persistantes au-delà de quelques semaines.

Chez certaines personnes il s'installe néanmoins un complexe de symptômes repris sous la dénomination de « syndrome de stress post traumatique » persistant, caractérisé d'après le DSM 4 par une activation neurovégétative (hypervigilance, troubles de sommeil, irritabilité), un revécu constant de la situation traumatisante (souvenirs envahissants, cauchemars, flash-back) et un évitement (évitement de pensées, émotions, personnes et lieux associés avec le trauma) mais aussi amnésie, émoussement des affects, isolement social, sentiment d'avenir compromis.

Le développement du syndrome de stress post traumatique est influencé par des caractéristiques du trauma comme sa sévérité, son caractère répétitif, mais aussi par des facteurs de vulnérabilité et de résilience de la victime elle-même.

Au niveau neurobiologique ces symptômes semblent associés à une dysrégulation hormonale, une perturbation fonctionnelle des réseaux neurologiques et des changements structuraux dans différentes régions cérébrales, notamment une diminution de volume hippocampique et une hyperactivité amygdalienne (Nutt et Mazilla, 2004).

D'après O'Donnell et al (2004), la dysfonction hippocampique pourrait perturber un processus adéquat de mémorisation, tandis que l'augmentation d'innervation noradrénergique amygdalienne pourrait augmenter l'hypervigilance anxieuse (arousal) et faciliter l'encodage et la réactivation automatique des mémoires traumatiques.

C) EFFET DE LA MF DANS DES CONTEXTES DE TRAUMATISMES

Il existe peu de recherche sur de potentiels effets secondaires négatifs voire même de dangers d'application des techniques de pleine conscience dans un contexte clinique.

Il semble néanmoins exister un accord parmi les experts sur l'idée que le stress post-traumatique représente une contre-indication pour l'entraînement à la méditation dans un contexte non thérapeutique (Philippot 2008).

Les séquelles psychologiques d'abus physiques, émotionnels ou sexuels pourraient activer des risques de dissociation, de réactualisation du trauma, d'aggravation des symptômes ou même d'apparition ou d'aggravation des idées suicidaires lors de la méditation, en raison de la confrontation des patients à leurs émotions, pensées et mémoires.

Les techniques psychothérapeutiques de traitement du PTSD passent cependant majoritairement par l'exposition (TCC ou EMDR) (Bradley et al 2005). En effet la réactivation du trauma pourrait représenter une fenêtre d'opportunité pour diminuer son impact émotionnel.

Batten, Orsillo et Walser décrivent en 2010 dans leur livre "acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety" que l'évitement expérientiel semble être à la base de plusieurs pathologies psychiques y compris le PTSD. Cet évitement peut être défini comme un processus dans lequel les individus emploient des stratégies ayant pour but de changer la fréquence ou l'expérience de pensées, d'émotions ou de sensations corporelles. (Hayes et al, 1996).

Les différents types d'évitements expérientiels associés au PTSD sont d'après Thompson et Waltz (2009) l'alexithymie, la suppression de pensées et un mode d'adaptation évitant.

Selon Frewen et al (2008) le trauma psychique peut détruire la capacité d'interpréter la

relation entre les expériences corporelles et celles de l'esprit.

Un concept clé dans la recherche autour de la suppression des pensées (comme des mémoires et des émotions) est qu'elle produit justement une augmentation et une aggravation de celles-ci. Cet effet est décrit par Shipherd et Beck (2005) comme un effet rebond.

Le mode d'adaptation évitant peut être défini comme l'évitement de toute situation, de lieu, et de personnes qui pourraient réactualiser le trauma, ce qui semble une stratégie adéquate dans son discours immédiat, mais qui aggrave souvent les symptômes à plus long terme, via l'isolement social qui en découle, et peut favoriser l'apparition de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances.

Batten et Orsillo décrivent le lien entre des stratégies évitantes, l'augmentation des symptômes de PTSD (effet rebond) et le renforcement consécutif des stratégies évitantes. Ils suggèrent que la MF pourrait influencer positivement ce cercle vicieux

favorisant l'acceptation en améliorant la régulation et la tolérance des émotions, en facilitant l'engagement émotionnel dans des relations personnelles et thérapeutiques et en augmentant la flexibilité mentale.

Benson décrit déjà en 1993 la « réponse relaxante » déclenchée par la méditation, une réponse antagoniste au stress et qui pourrait avoir un effet positif sur l'hyperactivité neurovégétative décrite dans le PTSD.

Hayes et al soulignent l'importance de voir le stress post-traumatique comme un dysfonctionnement plus vaste que celui mesuré par les symptômes repris dans le DSM IV et de tenir compte des conséquences de celui-ci, telles que les comorbidités, les relations interpersonnelles perturbées, l'impact négatif sur le fonctionnement occupationnel et la qualité de vie.

D) PTSD ET HARCÈLEMENT

L'existence d'un événement traumatisant est centrale dans la définition du PTSD reprise par le DSM 4 (menace de l'intégrité physique ou celle d'autrui avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur).

Le même tableau clinique semble néanmoins pouvoir être déclenché par des événements intrinsèquement moins catastrophiques, mais survenant de manière répétée (succession de microtraumatismes).

Corten et al (2005) proposent par exemple un élargissement de la notion de PTSD afin d'inclure les traumatismes résultant d'un harcèlement au travail.

En 1993, Leyman a décrit dans son essai "Mobbing" que ce terme décrit une situation communicative qui menace d'infliger à l'individu de graves dommages, psychiques et physiques. Le mobbing est un processus de destruction, constitué d'agissements hostiles qui, pris isolément, pourraient sembler anodins, mais dont la répétition constante a des effets pernicieux. Le concept de mobbing définit l'enchaînement sur une assez longue période, de propos, d'agissements hostiles, exprimés ou manifestés par une ou plusieurs personnes envers une tierce personne (la cible). Par extension, le terme s'applique aussi aux relations entre les agresseurs et leurs victimes. Les caractéristiques du mobbing sont les suivantes: confrontation, brimades et sévices, dédain de la personnalité et répétition fréquente des agressions sur une assez longue durée."

D'après la loi belge le harcèlement moral au travail est constitué de « conduites abusives et répétées de toute origine, externes ou internes à l'entreprise ou à l'institution, qui se produisent pendant un certain temps et qui se manifestent notamment par des comportements, des paroles, des intimidations, des actes, des gestes et des écrits unilatéraux, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à la personnalité, la dignité ou l'intégrité physique et psychique de la personne lors de l'exécution du travail, de mettre en péril son emploi ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant."

Le harcèlement est le fruit d'un processus répétitif qui s'opère généralement en cinq étapes:

isoler, paralyser, discréditer, humilier et détruire. La plupart des faits ou attitudes incriminées sont anodins pris isolément et difficilement objectivables. C'est l'accumulation par effet de microtraumatismes qui use moralement la victime.

Dans un premier temps ce type de violence déclenche des symptômes non spécifiques

comme de l'anxiété généralisée, de la fatigue chronique, de l'insomnie, des maux de tête, des douleurs multiples ou des troubles psychosomatiques (hypertension artérielle, eczéma, ulcère

gastro-duodéal...) ainsi que des conduites de dépendance (boulimie, alcoolisme, toxicomanie). Le tableau clinique décomposé peut aller jusqu'à une dépression majeure et ou un syndrome de stress post-traumatique.

Corten et al(2005) montrent que le harcèlement moral a des conséquences psychiques sévères.

En effet, les conséquences répertoriées sont des incapacités de travail de long terme (environ 9 mois) pour la plupart des patients (76%) et une nécessité de traitement par antidépresseur (60 %) et de psychothérapie spécifique (50%).

A peine 27 % des patients retournent à leur travail précédent et 33 % sont licenciés.

43% des patients montrent tous les symptômes de PTSD.

MÉTHODE

A. CONTEXTE CLINIQUE :

Notre recherche a été menée avec des patients d'un module thérapeutique ambulatoire pour personnes atteintes d'un trauma psychique causé par harcèlement moral. Ils participaient à un entraînement de type mindfulness classique basé sur le programme MBCT pendant huit semaines.

Notre recherche clinique s'est déroulée dans la clinique du stress de l'hôpital Brugmann à Bruxelles. L'activité clinique de cette institution consiste en des mises au point diagnostiques (par des entretiens psychiatriques, bilans somatiques et des testing psychologiques). Elle offre par ailleurs des suivis ambulatoires et des « modules thérapeutiques » consistant en des journées entières de thérapies diverses une fois par semaine pendant 3 mois.

B. QUESTIONS DE RECHERCHE :

1. Est-ce qu'un entraînement à la pleine conscience\mindfulness de 8 semaines aboutit à une augmentation des capacités de pleine conscience et à une augmentation de flexibilité mentale ?

2. Est-ce que cet entraînement a un impact clinique favorable sur les symptômes de type PTSD, la dépression et l'anxiété ?
3. Est-ce que l'augmentation de la capacité MF et l'amélioration de la flexibilité mentale sont liées d'une manière significative à l'évolution clinique
4. Est-ce que ces techniques sont associées à des effets secondaires significatifs dans un contexte d'utilisation dans le décours d'un traumatisme ?

C. PARTICIPANTS :

Recrutement :

10 patients adultes (8 femmes et 2 hommes) ont été recrutés par entretien clinique semi-structuré.

critères d'inclusion :

- traumatisme psychique causé par harcèlement moral avec symptomatologie clinique
- demande de traitement (participation au module thérapeutique et engagement pour l'entraînement à la méditation)
- signature de consentement éclairé

critères d'exclusion :

- Psychose active
- Trouble bipolaire non stabilisé
- Idées suicidaires actives

Leur niveau socioéconomique était très varié (une participante était femme de ménage et une autre médecin ...)

Patients non inclus : deux participants des modules thérapeutiques ont refusé de participer à l'étude.

Un patient a dû être exclu suite à un remplissage incomplet des questionnaires.

D. PROCÉDURE :

Les patients ont participé à huit séances d'entraînement à la MF de deux heures une fois par semaine pendant deux mois. Ils recevaient de surcroît des « devoirs » pour l'entraînement à la maison : il leur était demandé de faire ces exercices quotidiennement pendant quarante-cinq minutes.

Les patients ont rempli les questionnaires au début et à la fin de l'entraînement et on les a interrogé sur leurs expériences subjectives .

E. QUESTIONNAIRES :

Five Facet Mindfulness Questionnaire FFMQ (Mindfulness) :

Ce questionnaire de Baer et al (2006) avec 39 items (à scorer entre 1/jamais ou très rarement vrai et 5/très souvent ou toujours vrai) quantifie 5 sous-échelles de MF : observer, décrire, agir avec conscience, ne pas juger son expérience intérieure et ne pas réagir à l'expérience intérieure.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist PCL-S (PTSD) :

Ce questionnaire de Weathers et al (1993) comporte 17 items (à scorer entre 1/pas du tout et 5/très souvent) se basant sur le DSM IV et permettant de mesurer la gravité des symptômes et leurs changements. Il comporte des sous-échelles pour les symptômes intrusifs, l'évitement et l'hyperstimulation (un changement de 10 points ou plus signifie une amélioration clinique significative)

Beck Depression Inventory (Depression) :

Créé par Beck (1961) avec 13 items (à scorer entre 0 et 3), il permet de mesurer la sévérité d'une dépression

Hospital Anxiety and Depression Scale HAD (Anxiété, Dépression) :

Developé par Zigmond et Snaith (1983) ce questionnaire mesure anxiété et dépression avec 14 items (à scorer entre 0 et 3)

State-Trait Anxiety Inventory STAI –A (Anxiété) :

Créé par Spielberger et al (1970) ce questionnaire mesure l'anxiété état avec 20 items à scorer entre 1 et 4.

Acceptance and Action Questionnaire AAQ2 (Flexibilité mentale) :

Ce questionnaire développé par Bond, Hayes et al mesure l'acceptation et la flexibilité mentale et est basé sur le concept d' « évitement expérientiel ». Il comporte 10 items à scorer entre 1 et 7.

RÉSULTATS

1 Evolution des capacités de MF et changement des capacités de flexibilité mentale :

L'évolution de la capacité de MF entre le temps 1 et le temps 2 est significative : Un test t pour échantillons appariés a été réalisé pour comparer les moyennes des scores de la FFMQ avant et après l'entraînement à la méditation (voir moyennes et écarts types Table 1) : $t(10) = -2.918$; $p = 0.015$. Par contre l'évolution de la flexibilité mentale est non significative : scores à la AAQ (moyennes et écarts types voir table 1) : $t(7) = 0.41$; $p = 0.743$

2 Evolution clinique :

L'échelle de PTSD (PCL) montre une amélioration significative entre le temps 1 et temps 2 : $t(9) = 3.194$; $p = 0.011$

Les scores de dépression reflétés par le HAD ne montrent pas d'évolution significative : $t(10) = 1.738$; $p = 0.113$. Par contre l'évolution à l'échelle de Beck montre une tendance : $t(10) = 1.942$; $p = 0.081$. L'évolution des scores d'anxiété à la STAIA est non significative : $t(10) = 0.906$; $p = 0.386$.

Table 1

	M(DS) Temps 1	M(DS) Temps 2
FFMQ	-11.64 (24.16)	11 (22.03)*
AAQ	44(3.55)	42.88(8.32)
PCL	61.6 (12.13)	50.1 (15.65)*
HAD	21.73(7.14)	18.45(8.5)
Beck	13.73(5.8)	10.82(6.97)
STAI	52.45(13.21)	47.82(17.15)

$p < 0.05$

3. Effet de MF sur les scores de PTSD :

Nous avons calculé le coefficient de corrélation entre les différences entre le temps 1 et le temps 2 des scores aux échelles FFMQ et PCL. Il existe une corrélation significative : $r = -0.757$; $p = 0.011$, montrant une évolution parallèle de ces scores.

4. Présence d'effets secondaires :

Les participants exprimaient dans la majorité des cas une expérience très positive.

Une patiente a toutefois développé des idées suicidaires durant un exercice de méditation qui avait pour but une confrontation aux expériences négatives.

DISCUSSION

Les participants ont montré une augmentation de la capacité de MF, mesurée par le questionnaire FFMQ, suite à l'entraînement de 8 semaines.

Les scores de flexibilité mentale, mesurée par le questionnaire AAQ, ne montraient pas de changement significatif entre le début et la fin du traitement.

Les scores de PTSD (mesuré avec l'échelle PCL) diminuaient d'une manière significative

alors que les scores de dépression (Beck) montraient une tendance à diminuer.

Les scores d'anxiété (STAI) et d'anxiété-dépression (HAD) ne montraient pas de changement significatif.

Il apparaissait par ailleurs une corrélation significative entre l'augmentation du score de MF (FFMQ) et la diminution des symptômes de PTSD (PCL).

L'augmentation de la capacité de MF était attendue et représentait le but de l'entraînement.

L'absence du changement du score de flexibilité mentale n'était pas attendue et pourrait éventuellement être expliquée par le fait qu'un changement sur cette échelle demande plus de temps et d'exercices qu'une introduction aux techniques de méditation durant 8 semaines.

La corrélation significative entre l'augmentation de la capacité à méditer et la diminution des symptômes de PTSD ne prouve évidemment pas de lien causal, mais ce résultat est en faveur d'un effet positif de cette technique dans un contexte de trauma psychique causé par le harcèlement moral. Les participants faisaient état majoritairement d'une expérience très positive.

Une patiente a développé des idées suicidaires pendant un exercice de méditation. Ceci met en évidence l'importance d'un suivi thérapeutique en parallèle et incite à la prudence dans l'utilisation de cette technique.

Plusieurs mécanismes nous semblent jouer un rôle important dans l'effet de la méditation sur le trauma psychique :

L'entraînement attentionnel centré sur la sensation corporelle de la respiration semble déclencher souvent (mais pas obligatoirement) la réponse de relaxation décrite par Benson. L'ancrage dans l'« ici et maintenant » semble pouvoir offrir un « lieu secours » à partir duquel le patient peut observer ses pensées, émotions, sensations corporelles et mémoires traumatiques sans culpabilité et auto-dévalorisation et sans être surmonté par eux. Cette faculté pourrait diminuer l'évitement et l'effet rebond qui en découle. Il existe donc des points communs avec la thérapie classique d'exposition en TCC ou avec l'EMDR.

La confrontation avec le corps et les exercices qui visent directement à la confrontation avec les expériences et les mémoires pénibles nous semble présenter le risque le plus important pour une réactualisation du trauma psychique, associée au risque d'aggraver les symptômes de PTSD et de développer des idées suicidaires.

Il semble important de ne pas forcer l'exposition aux expériences intérieures mais de respecter les résistances qui nous signalent que le moment n'est pas encore venu.

Parmi les limitations, on retrouve la petite taille du groupe de patients et l'absence de groupe contrôle. D'autres facteurs peuvent avoir influencé les résultats comme le traitement pharmacologique parallèle, les événements de vie survenus durant les deux mois de traitement et les autres interventions thérapeutiques.

Des études contrôlées avec davantage de patients, ainsi que des recherches sur les effets spécifiques de la MF dans un contexte de traumatisme semblent nécessaires avant de généraliser ce type d'approche.

CONCLUSION

L'entraînement à la pleine conscience/mindfulness pourrait représenter un apport utile dans le traitement des traumatismes psychiques. Certains dangers liés à la réactivation des traumatismes méritent une attention particulière.

RÉSUMÉ

Background : L'entraînement à la pleine conscience/mindfulness (MF) est devenu populaire dans le champ psychothérapeutique. MF est principalement destiné à la réduction du stress, la prévention des rechutes dépressives et des ruminations anxieuses. Il existe peu de données sur leur utilisation dans un contexte de trauma psychique. Notre étude porte sur l'effet d'un entraînement à la MF dans une population de patients traumatisés suite à un harcèlement au travail.

Méthode : 10 patients venus à la clinique du stress du CHU Brugmann consécutivement à un harcèlement au travail ont accepté de participer à un entraînement à la méditation durant 8 semaines à raison de 2 heures par semaine ainsi qu'à un entraînement régulier seul à la maison entre les séances.

Les échelles suivantes ont été remplies avant et après entraînement : FFMQ, mesurant la capacité d'observer et de décrire des expériences corporelles, émotionnelles et cognitives sans jugement

et d'adopter un comportement conscient et non réactif ; AAQ2, mesurant la flexibilité mentale ; PCL-S mesurant un score de PTSD, BDI, HAD et STAI-A, mesurant des scores de dépression et d'anxiété.

Résultats : Les patients ont montré une amélioration significative de leur capacité de pleine conscience/mindfulness, et une diminution des scores de PTSD. Une patiente a présenté des idées suicidaires au cours d'une séance de méditation.

Limitations : la petite taille du groupe et l'absence de groupe contrôle ne permettent pas de généraliser les résultats.

Conclusion : Les techniques de méditation pourraient représenter un apport intéressant dans le traitement des traumatismes psychiques.

MOTS-CLÉS : mindfulness, trauma, harcèlement moral

RÉFÉRENCES

- Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Tony L** « using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness » (2006) *Assesment*, 13, 27-45
- Baegby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994)** « The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross validation of the factor structure » *Journal of Psychosomatic Research*, 38,23-32
- Batten SV, Orsillo SM et Walsler RD,** « acceptance and mindfulness-based approaches to the treatment of posttraumatic stress disorder » (2010) « Acceptance and mindfulness-based approaches to Anxiety » Springer p241-271
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961)** « an inventory for measuring depression » *Arch.Gen. Psychiatry* (6) 561-71
- Benson H** « the relaxation response » *Mind Body Medicine Goleman and Gurin Consumer record books* 1993
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, et al** « preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire »
- Bradley R, Green J, Russ E, Dutra L, Westen D,** «a multidimensional meta-analysis of psychotherapie for PTSD» *American Journal of Psychiatrie* 71:97-104
- Chiesa A, Serretti A,** « a systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations » *Psychol Med.* 2010 Aug ; 40 (8) 1239-52 Epub 2009 Nov 27
- Corten, P. (2009)** « le harcèlement » travaille et psychiatrie www.cliniquedustress.be
- Corten P, Van Driette Y, Dewell P, FrommL., Friedrich A., Tiv Ph, Pelc I. (2005)** « psychiatric impacts and psycho-social outcomes » *Clinique du Stress*
- Brantley Jeffrey** « calming your anxious mind : how mindfulness and compassion can free you from anxiety, fear, and panic, Oakland, CA : New Harbinger Publications, Inc 2007
- Cohen S, Williamson G (1988)** « perceived stress in a probability sampel of the united states »
- Spacapan et Oskamp (Sage) Davidson, R.J., J. Kabat-Zinn, J.Schumacher, M.Rosenkranz, D.Muller, S.F. Santorelli, F.Urbanowski, A.Harrington, K.Bonus, J.F. Sheridan** « alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation » (2003) *Psychosomatic Medecine* 65 564-570
- Edel Maex** « Mindfulness in de maalstroon van je leven » Lannoo (2006) p233
- Frewen PA, Lanius RA, Dozois DJA, Patridge K, et al (2008)** « clinical and neural correlates of alexythymia in posstraumatic stress dissorder » *Journal of Abnormal Psychologie*, 117 (1), 171-181
- Hayes SC, Silson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl KG (1996)** « experiential avoidance and behavioral disorders : a functional dimensional approach to diagnosis and treatment » *Journal of Consulting and Clinical Psychologie*, 64, 1152-1168
- Hölzel BK, Carmody J, Evans KC, Hoge EA, Dusek JA, Morgan L, Pitman RK, Lazar SW,** « Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala » (2010) *Soc Cogn Affect Neurosci mar* ; 5(1). 11-7. Epub 2009 Sep 23
- Kabat -Zinn J** « Full Catastrophe living using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness » *Pantam Dell* 1990 « Wherever you go, there you are: mindfulness mediation in everyday life » *Nyw York: Hyperion* 1994

Kilpatrick LA, Suyenobu BY, Smith SR, Bueller JA, Goodman T, Creswell JD, Tillisch K, Mayer EA, Naliboff BD (2011) " impact of mindfulness-based stress reduction training on intrinsic brain connectivity" *NeuroImage* 56 290-298

Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, Mc Garvey M, Quinn BT, Benson JA, Rauch SL, Moore CI, Fischl B (2005) "meditation experience is associated with increased cortical thickness" *NeuroReport* 16 1893-1897

Leymann H « mobbing » *Seuil* 1996

Nutt D, Malizia AL (2004) « structural and functional brain changes in posttraumatic stress disorder » *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 11-17

O'Donnell T, Hegadoren KM, Coupland NC (2004) « noradrenergic mechanisms in the pathophysiology of posttraumatic stress disorder » *Neuropsychobiology*, 50, 273-83

Philippot P. "contre indications mindfulness" www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness/Contents.htm 2008

Shipherd JC, Beck JG (2005) « the role of thought suppression in posttraumatic stress disorder » *Behavioral Therapy*, 36, 277-287

Sielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE Vagg PR, Jacobs GA (1983) « Manual for the state-trait anxiety inventory » consulting psychologists Press, Inc.

Tara Brach « Radical Acceptance embracing your life with the heart of a buddha » *Pantam Dell New York*

Thompson BL, Waltz (2010) « mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity » *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 409-415

Vujanovic AA, Youngwrith NE, Johnson KA, Zvolensky MJ « Mindfulness-based acceptance and posttraumatic stress symptoms among trauma-exposed adults without axis I psychopathologie » (2009) *Journal Anxiety Disord.* , 23 (2), 297-303

Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM (1993) « The PTSD Checklist (PCL) : reliability, validity and diagnostic utility » paper presented at the 9th annual conference of the ISTSS, San Antonio, TX

Zigmond AS, Snaith RP (1983) « the hospital anxiety and depression scale » *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 (6) 361-370

Auteur correspondant :

Veese Johannes

CHU Brugmann U.L.B./V.U.B- Service de Psychiatrie
4 Place Arthur Van Gehuchten – 1020 Bruxelles Belgique

Tel : 0032(0)2/4772741

johannes.veeser@chu-brugmann.be

L'ATTRIBUTION ET LE LIEU DE CONTRÔLE EN RELATION AVEC L'ABSENTÉISME ET L'ABANDON DANS UN SERVICE DE SANTÉ MENTALE

THE LOCUS OF CONTROL IN RELATION TO ABSENTEEISM AND / OR
ABANDONMENT IN A MENTAL HEALTH SERVICE

Stéphanie Adam, Serge Dalla Piazza

MENTAL HEALTH SERVICES ARE INVOLVED IN A SECOND LINE OF TREATMENT. THEIR ORGANIZATION IS COMPLEX AND EXTENDS THROUGHOUT THE WALLOON REGION IN BELGIUM. THEY ESSENTIALLY HAVE THERAPEUTIC FUNCTION, BUT ALSO ACTIONS FOR PREVENTING HOSPITALIZATIONS IN A PSYCHIATRIC SETTING. CONSULTATIONS ARE NOW AND MORE OFTEN OPERATING IN A CONTEXT OF CRISIS. FOR VARIOUS REASONS, THE ABSENTEEISM RATE IS STILL TOO HIGH, OF THE ORDER OF 15%. THAT ABSENTEEISM BLOCKS FROM THE BEACHES OF CONSULTATION AT THE EXPENSE OF RESPONSE TIME. DIFFERENT EXPLANATORY TRACKS ARE MADE. THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CONSULTANTS CAN REFER TO THE CONCEPT OF LOCUS OF CONTROL. THE NATURE OF THE ASSIGNMENT OF THE ORIGINS OF A DISEASE OR ILLNESS ALTERS PERCEPTION AND THERAPEUTIC ENGAGEMENT. WE HYPOTHEZIZE THAT THE CONSULTANTS WITH AN EXTERNAL ATTRIBUTION ABANDON EASIER CONSULTATION. DESPITE THE SMALL SAMPLE, PEOPLE OF BOTH SEXES WHO HAVE ABANDONED HAVE A EXTERNAL LOCUS OF CONTROL.

Key-words : Locus of control – Mental health service – Absenteeism – External attribution

INTRODUCTION

La question de l'absentéisme aux rendez-vous et de l'abandon précoce de la prise en charge par les usagers est une préoccupation récurrente au sein des Services de Santé Mentale (SSM) depuis de nombreuses années. Ce phénomène n'est pas l'apanage de tels services : 28 millions de consultations médicales sont annulées ou ratées chaque année en France. En moyenne, les médecins perdent 6 à 8 rendez-vous chaque semaine, soit 2 heures de consultations (France info, 13 juin 2013). Différentes pistes explicatives sont avancées : délais de prise en charge trop longs, imperfection de l'accueil, importance du tiers demandeur, etc. Plusieurs adaptations ont été tentées afin de remédier au problème, avec des succès variables. Dans le cadre de la réflexion à ce sujet au SSM de Soumagne, il nous est apparu que la plupart des hypothèses posées pointaient des causes liées à l'organisation (disponibilité des intervenants, par exemple), mais très peu de facteurs liés à l'usager. Le problème se pose de la façon suivante : existerait-il des caractéristiques psychologiques des consultants susceptibles de favoriser un décrochage rapide de la prise en charge et l'absence aux rendez-vous ? Dans cette perspective, le lieu de contrôle (locus of control) est apparu comme une caractéristique psychologique intéressante à étudier » (S. Adam, 2012 in Cognitio).

Notre recherche vise à mieux comprendre l'origine du taux important d'absentéisme dans un SSM de la région liégeoise, à l'est de la Belgique. Ce service dispense des soins de santé mentale, mais tient compte également de la santé physique et de la santé sociale des patients. Il utilise les appuis communautaires de ces personnes et cherche à cibler au mieux les besoins d'une population bigarrée.

CONTEXTE THEORIQUE

Il revient à Heider (1944 et 1958) d'avoir formulé un ensemble cohérent de propositions dans le domaine de l'**attribution**. Selon cet auteur, on cherche régulièrement des explications aux événements et, pour cela, on infère de nouvelles informations à partir de celles disponibles. Le processus d'attribution consiste à rechercher la cause d'un événement ou d'un état, en distinguant les causes liées aux personnes des causes liées à l'environnement.

L'émergence du concept complémentaire de **lieu de contrôle** (*locus of control* ou *LOC*) vient de l'intérêt de Rotter (1954) pour le rôle du renforcement dans les situations d'apprentissage social. Il est rapidement devenu l'enjeu de nombreuses recherches. Il concerne les comportements sociaux humains et permet de comprendre pourquoi l'individu réalise tel comportement plutôt qu'un autre parmi la variété de comportements potentiels. Selon Rotter (*op. cit.*), « si une personne perçoit un renforcement comme contingent de son propre comportement, alors l'apparition d'un renforcement positif ou négatif consolidera ou affaiblira le potentiel que ce comportement se renouvelle dans une situation identique ou similaire. S'il perçoit le renforcement comme étant en dehors de son propre contrôle ou non contingent..., alors il est moins probable que le comportement précédent soit renforcé ou affaibli ». Selon la façon dont la personne interprète la relation de causalité entre son comportement et diverses situations considérées comme des renforcements, elle se crée des attentes généralisées quant à ce qui la contrôle. L'échelle I-E (interne-externe) de Rotter mesure les dispositions générales selon lesquelles l'individu qui croit fermement pouvoir contrôler

en grande partie ce qui lui arrive est considéré comme ayant un lieu de contrôle interne. Celui qui au contraire croit que ce qui lui arrive est en grande partie le résultat de facteurs extérieurs à lui-même aurait un lieu de contrôle externe.

Au début, l'individu aurait tendance à se représenter le lien entre son comportement et le renforcement comme étant conséquente à la situation et non pas comme une disposition personnelle. Toutefois, dans d'autres situations plus ambiguës, les individus savent faire preuve d'une représentation spontanée du lien entre conduites et renforcements. Cela a introduit la notion de « lieu de contrôle de renforcement ». La conduite d'un individu est donc déterminée non seulement par la valeur (positive ou négative) du renforcement, mais également par une variable cognitive : la représentation que l'individu se fait du rapport entre son comportement et le renforcement.

Certains théoriciens de l'apprentissage social se sont également interrogés quant à l'échec de toutes tentatives de thérapie avec certains patients. Ils ont observé que ces patients n'établissaient aucun lien entre leurs comportements et ce qui leur arrivait de positif et de négatif. Ces patients ne tireraient pas non plus de profit de leurs succès ou échecs antérieurs. Les conséquences des succès et des échecs sur le comportement des individus ne sont pas automatiques, mais dépendent de la perception ou de la non-perception par ces individus de l'existence d'un lien entre leur comportement et un renforcement. Cette perception/non-perception est une notion importante dans la prédiction des comportements. L'intérêt des chercheurs s'est alors porté vers les explications causales que les individus donnent à ce renforcement suivant le comportement.

Le concept de lieu de contrôle voit le jour afin de rendre compte « des différents degrés de relation causale que les gens établissent entre l'obtention d'un renforcement donné et leur propre comportement. » (Dubois, 1998, p.229) Le lieu de contrôle se réfère ainsi au « jugement exprimé par un individu sur l'origine des renforcements qu'il reçoit. Soit ce jugement conduit à un contrôle interne lorsque l'individu perçoit une relation de causalité entre ses propres actions et les résultats qui en découlent, soit ce jugement conduit à un contrôle externe lorsque l'individu ne perçoit pas l'existence d'un tel rapport et attribue les renforcements à l'action de la chance, du hasard ou d'une force extérieure. » (Dubois, 1985)

Ainsi, le comportement n'est pas uniquement déterminé par la présence de renforcements, mais aussi par les croyances à propos des résultats de nos comportements. Une attitude innée chez l'être humain consiste à attribuer à un événement une cause particulière.

Une certaine confusion terminologique peut être observée entre différents concepts. En effet, des concepts tels que ceux de l'attribution causale, de contrôle perçu et de contrôle personnels peuvent être confondus ou pris comme synonyme, à tort ou à raison, avec celui du lieu de contrôle. La distinction entre attribution causale et LOC varie selon les auteurs mais trois différences peuvent être soulignées.

Lieu de contrôle	Attribution causale
Une anticipation générale, une attente a priori, indépendante du renforcement obtenu dans une situation précise.	Une inférence, une explication <i>a posteriori</i> sur un événement particulier.
Renvoie à la perception vs non-perception de l'existence d'un lien entre un comportement ou trait de l'acteur et un renforcement.	Renvoie aux lieux de causalité : causes perçues comme étant internes au sujet ou extérieures au sujet.
Concerne les renforcements (nature des événements).	Concerne les comportements ou les états émotionnels des individus (nature des événements).

Tableau N° 1 : Locus Of Control vs Attribution causale.

Pour Jones et Davis (cités dans Bourhris 1999, p. 103), « le processus d'attribution se déroulerait en trois étapes :

- Le sujet observateur repère les effets d'une action.
- Il compare ces effets aux effets des actions possibles mais non effectuées par le sujet acteur afin de déterminer les effets communs et les effets spécifiques.
- Enfin, le sujet observateur attribue, c'est-à-dire établit une correspondance entre l'action, une intention et une disposition en se basant sur les effets spécifiques de l'action choisie et l'action rejetée.

En 1994, Dubois détaille davantage cette distinction « LOC/ attribution causale » :

LOC = attribution des renforcements	Attribution causale = attribution des comportements
Le lieu de contrôle « étudie une variable de personnalité qui concerne le degré de relation causale que les individus établissent entre leurs conduites et/ou leurs caractéristiques personnelles (traits, aptitudes, attitudes) et les renforcements positifs ou négatifs qu'ils reçoivent, c'est-à-dire ce qui leur arrive ou doit leur arriver dans la vie ». Exemple : Vous venez de recevoir, une fois de plus, une réponse négative à une demande d'emploi. Lieu de contrôle externe : le contrôle sur la conjoncture difficile se trouve à l'extérieur de moi. Lieu de contrôle interne : le contrôle sur ma capacité à me vendre se trouve à l'intérieur de moi.	Le concept d'attribution causale « vise à décrire le processus par lequel les individus expliquent et interprètent les conduites et les états émotionnels (qu'il s'agisse des leurs ou de ceux des autres) ». Exemple : Pierre, votre voisin de palier, aide sa femme à monter les sacs de courses qu'elle est allée faire au supermarché. L'attribution causale vise donc à expliquer pourquoi Pierre aide sa femme à monter ses sacs. Attribution causale interne : explication du comportement de Pierre basée sur des dispositions internes pour faire preuve de serviabilité, pour se montrer agréable. Attribution causale externe : explication du comportement de Pierre basée sur des facteurs situationnels explicatives (fragilité de l'épouse de Pierre, ascenseur en panne).

Tableau N° 1 bis : précisions quant aux différences entre Locus Of Control et attribution causale.

Par la suite, Hanna Levenson (1973) a contribué de façon significative à l'élargissement de la dichotomie interne/externe en proposant un *construct* tridimensionnel du lieu de contrôle ainsi qu'un instrument de mesure. Selon Levenson, le lieu de contrôle recouvre trois dimensions : l'internalité, l'externalité associée au pouvoir d'autrui et l'externalité associée au hasard. Levenson n'est pas la seule à avoir élaboré un modèle multidimensionnel du lieu de contrôle (voire par exemple Lefcourt, Von Baeyer, Ware et Cox, 1979).

Les travaux de Levenson sont probablement ceux qui ont eu le plus d'impact à ce sujet. De nombreuses recherches

ont utilisé l'échelle de Levenson (IPAH, mesurant le lieu de contrôle tridimensionnel) dans le cadre de préoccupations fort variées : alcoolisme, emprisonnement, cancer, perception de la douleur, activité cognitive, performance scolaire, engagement sociopolitique, préoccupation écologique... » Selon elle, le lieu de contrôle recouvre donc trois dimensions : l'internalité (I), l'externalité associée au pouvoir d'autrui (PA) et l'externalité associée au hasard (H). (voir aussi Jutras S., 1987).

- | | |
|---|---|
| 1. (I) Que je puisse ou non être un leader dépend surtout de ma capacité. | opposition avec ceux de groupes puissants de notre société. |
| 2. (H) Dans une large mesure ma vie est contrôlée par des événements qui arrivent au hasard. | 14. (H) Il n'est pas toujours sage pour moi de faire des projets trop longtemps à l'avance parce que souvent c'est plutôt le hasard qui décide du cours des événements. |
| 3. (PA) Il me semble que ce qui m'arrive dans la vie est surtout déterminé par des gens qui ont du pouvoir. | 15. (PA) Pour obtenir ce que je veux, il me faut plaire à ceux qui sont au-dessus de moi. |
| 4. (I) Etre impliqué ou non dans un accident de voiture dépend surtout de ma qualité de conducteur. | 16. (H) Lorsque je mène une situation, c'est parce que j'ai été assez chanceux pour être au bon endroit au bon moment. |
| 5. (I) Le fait que mes projets se réalisent ou pas dépend essentiellement de moi. | 17. (PA) S'il arrive, dans un milieu, que des gens qui ont de l'influence décident qu'elles ne m'aiment pas, je ne serais probablement pas très estimé dans ce milieu. |
| 6. (H) Il arrive souvent qu'il n'y a aucun moyen de protéger mes intérêts personnels contre la malchance. | 18. (I) Les choses qui m'arrivent dans la vie arrivent généralement parce que j'en ai décidé ainsi. |
| 7. (H) Quand j'obtiens ce que je veux, c'est généralement parce que je suis chanceux. | 19. (I) Je suis habituellement capable de protéger mes intérêts personnels. |
| 8. (PA) Quelle que soit ma compétence, le seul moyen que l'on me confie des responsabilités importantes est de faire appel à ceux qui détiennent le pouvoir de décision . | 20. (PA) Que je sois ou non impliqué dans un accident de voiture dépend surtout des autres conducteurs. |
| 9. (I) C'est essentiellement le fait que je sois aimable ou pas qui détermine si je suis ou non estimé. | 21. (I) Le fait que j'obtienne ou non ce que désire dépend essentiellement des efforts que je fais pour l'avoir |
| 10. (H) J'ai souvent constaté dans ma vie que ce qui doit arriver va m'arriver. | 22. (PA) Afin que mes projets puissent se réaliser, je m'assure qu'ils cadrent avec les désirs des gens qui exercent un certain pouvoir sur moi. |
| 11. (PA) Ma vie est contrôlé principalement par des personnes qui ont du pouvoir. | 23. (I) Ce sont mes propres actions qui déterminent ce qui m'arrive d'agréable et de désagréable dans la vie. |
| 12. (H) Que je sois impliqué ou non dans un accident de voiture est surtout une question de chance ou de malchance. | 24. (H) C'est surtout le destin qui fait de moi une personne estimée ou non par l'ensemble des gens. |
| 13. (PA) Il est presque impossible à des gens comme moi de protéger leurs intérêts lorsque ces derniers sont en | |

Tableau 2 : Questionnaire IPAH de Levenson – Echelle de Locus de Contrôle Multidimensionnelle.

I : attribution interne (internal scale)

H : attribution au hasard (chance scale)

PA : attribution externe (Powerfull others scale)

Pour chaque item, le sujet doit attribuer un score entre -3 et + 3 selon qu'il est fortement, moyennement ou faiblement en désaccord ou en accord avec son contenu.

Selon la perspective unidimensionnelle des premiers travaux sur le lieu de contrôle, l'internalité est un atout et l'externalité, une déficience. Le modèle de Levenson (1973) s'inscrit dans une approche multidimensionnelle et s'oppose à la linéarité des premiers travaux. Cette échelle permet donc de déterminer l'internalité ou l'externalité du lieu de contrôle d'un sujet. Elle permet également de discriminer parmi les sujets présentant un lieu de contrôle externe, une externalité liée à la « chance » ou à un « autre plus puissant ».

CONTROLE INTERNE ET CONTROLE EXTERNE

Les personnes ayant un lieu de contrôle externe auraient tendance à attribuer aux événements extérieurs un pouvoir sur ce qui leur arrive. Par exemple, un vendeur qui connaît une baisse des ventes dans le mois aura tendance à attribuer sa piètre performance à la récession économique, au manque d'argent de ses clients ou à la malchance.

Les personnes présentant un lieu de contrôle interne pensent avoir une bonne maîtrise de leur vie, croyant qu'elles peuvent intervenir pour en changer le cours. Par exemple, un vendeur qui n'obtient pas de bons résultats pendant le mois attribuera cette situation au fait qu'il n'a pas fourni assez d'efforts, qu'il n'a pas su convaincre ses clients ou qu'il a été nonchalant.

Bien souvent, l'individu « interne » présente un portrait plus avantageux que l'individu « externe ». En effet, l'interne serait mieux adapté socialement, aurait un meilleur moral, jouirait d'une meilleure santé, ferait davantage d'exercices physiques, fumerait moins... Toutefois, certains chercheurs comme Lefcourt (1984) affirment que l'internalité n'est pas toujours un atout et l'externalité, une déficience. Reconnaître avoir du contrôle sur les événements permet d'aller de l'avant, mais croire que tout ce qui nous arrive est dû directement à notre propre comportement n'apparaît certainement pas comme une conception saine et réaliste.

Il a été montré que les personnes ayant un lieu de contrôle interne peuvent mieux s'adapter au stress et à ses conséquences que celles qui ont un lieu de contrôle externe. En effet, les personnes présentant un lieu de contrôle interne ont davantage tendance à, par exemple, se documenter sur la maladie et ses causes et à adopter un style de vie plus sain que ceux qui ont un lieu de contrôle externe. Des chercheurs ont également avancé le fait qu'un lieu de contrôle interne correspond à une des meilleures protections contre le stress.

Beaucoup d'études ont été réalisées en rapport avec la thématique de contrôle interne vs externe.

Dans les cultures occidentales, les personnes avec un locus de contrôle interne constituent le privilège des classes favorisées et qui réussissent. Les croyances en un contrôle externe sont associées à des positions sociales peu valorisées (appartenance à certaines minorités, profil psychologique peu gratifiant ou

même pénalisant). Cela peut coïncider avec une classification opposant les membres d'un groupe dominant (les autochtones, les cadres) aux membres d'un groupe dominé (les immigrés, les ouvriers). La culture occidentale tend à valoriser les individus présentant un lieu de contrôle interne plutôt que ceux avec un lieu de contrôle externe. Ils montreraient davantage de capacité à prendre une distance vis-à-vis des événements extérieurs et, par conséquent, à moins réagir émotionnellement face à une situation. Il existerait ainsi une corrélation positive entre l'internalité (forte motivation, fort besoin de réussite, recherche de performance) et la réussite scolaire (bonne capacité d'adaptation).

L'intérêt pour le lieu de contrôle s'est manifesté dans de nombreux domaines : santé, développement organisationnel, relations de couple, gérontologie, activisme social, environnement, etc.

LES DETERMINANTS DU LOCUS OF CONTROL

L'évolution de l'internalité tend à croître avec l'âge. Il est toutefois important de reconsidérer l'allure de cette évolution car d'autres facteurs peuvent interagir en plus de cette variable. En effet, le lieu de contrôle de chaque personne peut varier en fonction de plusieurs éléments :

L'âge : Un rapport entre le LOC et l'âge peut être établi. En effet, l'enfant évoluerait progressivement vers l'internalité ; cette évolution serait à rattacher au développement des compétences. Lorsqu'il s'agit d'adolescents, les résultats varient en fonction de la nature des renforcements, du sexe, du niveau socio-économique, de l'intelligence et des processus socio-éducatifs. Globalement, on constaterait toutefois une augmentation significative de l'internalité, les jeunes évoquant de moins en moins la chance, mais ne modifiant pas ou très peu leurs croyances dans les autres tout-puissants, desquels ils dépendent encore fortement.

Le sexe : Au départ, cette différence était considérée comme très faible (Rotter, 1966). Par la suite, un autre constat apparaît laissant place au fait que les filles présenteraient des scores d'externalité plus grands que les garçons (Feather, 1967a, 1968). L'idée que cet écart pourrait être attribué à une différence dans les rôles d'identification sexuelle a été avancée par la suite.

La culture/groupes ethniques/classes sociales : les sujets qui se sentent soumis à des obstacles de l'environnement et limités dans les possibilités matérielles qu'ils peuvent avoir, se trouveront plus du côté d'un lieu de contrôle externe.

L'éducation reçue : dans un milieu social attentif, la responsabilité et l'esprit critique sont mis en avant, favorisant ainsi le développement d'un LOC interne. Inversement, un milieu peu attentif à l'enfant crée un climat de fatalisme et d'abandon, influençant nettement le LOC. Les pratiques maternantes, stables et cohérentes sont positivement liées au

développement de l'internalité. Les parents distants, punitifs, hostiles, autoritaires, dominants, imprévisibles au niveau des sanctions et surprotecteurs paraissent favoriser chez leurs enfants des croyances en un contrôle externe.

L'histoire de vie : le lieu de contrôle est propre à chaque personne et à son histoire de vie.

La personnalité : les sujets qui ont un lieu de contrôle externe peuvent être généralement perçus comme anxieux (la question est de savoir lequel de ces deux concepts est la cause de l'autre), méfiants, agressifs, manquant de confiance en eux et ayant peu ou pas besoin d'approbation sociale. Les sujets qui ont un lieu de contrôle interne peuvent être décrits comme des individus moins anxieux, plus constructifs dans leurs réponses et davantage concernés par la réussite. Les individus qui présentent un lieu de contrôle externe ont tendance à fournir moins d'effort et à prendre moins d'initiatives pour aboutir à leurs objectifs. Ils n'arrivent pas à avoir un contrôle personnel sur leur environnement ou à rechercher des informations.

Les troubles mentaux : plusieurs études ont exploré les liens entre le profil de lieu de contrôle et le maintien d'un traitement médicamenteux dans la schizophrénie ou la poursuite d'un régime alimentaire dans l'obésité, par exemple. Les sujets présentant un lieu de contrôle externe auraient une plus grande propension à arrêter leur traitement ou à abandonner leur régime.

L'alcool-dépendance : « Les sujets alcooliques chroniques recherchent moins en eux-mêmes les causes de leur alcoolisation. Cette position leur permettrait de se dégager de leur malaise, de leur culpabilité en les plaçant en victime de la génétique ou du produit (manque) qu'ils ne peuvent que subir... sans remettre en cause leur personnalité, leur fonctionnement. Leur comportement semble, en quelque sorte provoqué par des éléments qui les dépassent. Comme ils ne sont pas responsables, ils ne peuvent agir, changer, ce qui expliquerait l'échec fréquent des prises en charge thérapeutiques. Il est donc important de les situer et de leur faire prendre conscience de l'importance d'être acteur de leur comportement. Il est également essentiel de briser cet automatisme mortifère. Le travail devrait donc s'orienter sur le réaménagement de la réalité externe, tout en réintroduisant une appréhension plus subjective du trouble. Les sujets alcooliques intermittents s'accusent de leur trouble en cherchant et trouvant en eux-mêmes les causes de leur alcoolisation. Leur comportement semble en quelque sorte induit par des éléments qui leur sont propres. Dès lors, ils sont en mesure d'agir sur eux même mais paraissent débordés, désordonnés (à l'image de leur conduite). Le facteur social est primordial dans le déterminisme de l'alcool-dépendance, ce qui devrait nous pousser à considérer cette dimension dans les programmes de prévention. » (Smaniotto et Lighezzolo-Alnot, 2008)

LA RECHERCHE

Nous avons soumis à une série de consultants adultes du SSM le questionnaire IPAH. Nous avons eu dans le service, en 2012, 171 consultants adultes, se répartissant en 1/3 d'hommes et 2/3 de femmes, soit une différence classique dans ce genre de consultation. Parmi eux, durant l'année de référence 2012, nous avons soumis le questionnaire IPAH à 41 patients, d'un âge moyen de 37 ans, soit 24 % de la population adulte consultante. Cette prise de données a été réalisée uniquement par les deux auteurs. Cela explique le nombre relativement faible, car il y a eu les abandons après inscriptions, le premier entretien social et les suivis sociaux. Ce biais méthodologique aura des répercussions sur l'interprétation des résultats. Les protocoles ont été corrigés par une seule personne.

Sexe	n	%	Age moyen
F	30	73.1	37.5
H	11	26.9	36.4

Tableau N° 3 : Répartition du sexe des consultants soumis à l'échelle IPAH.

L'HYPOTHESE ET LES ETAPES DE MISE A L'EPREUVE

Nous avons cherché à établir si, d'une manière significative, les attitudes après l'inscription étaient modifiées par le trait de personnalité en question. Autrement dit, y a-t-il un profil de personnalité, selon le mode d'attribution, qui

- abandonne après l'inscription sans donner de suites aux rendez-vous proposés (**abandon**);
- refuse la prise en charge proposée (arrêt décidé par le patient ou **arrêt spontané**);
- débute la prise en charge mais l'abandonne peu après de commun accord (**arrêt en accord**);
- arrête à la suite d'une orientation vers un autre thérapeute ou une autre structure de soins (**réorientation**);
- poursuive le traitement proposé durant 3 mois (**suivi en cours**).

Étape I : les consultants et leur profil

		Femmes (n=30)	Hommes (n=11)	Total
Attribution Interne	n	17	7	24
	%	56.6	63.6	
Attribution Autrui	N	4	2	6
	%	13.3	18.2	
Attribution Hasard	n	9	2	11
	%	30	18.2	
Total	n	30	11	41

Tableau N° 4 : Profil IPAH des 41 consultants testés.

Etape 2 : test des hypothèses concernant le sexe qui, pour rappel, annoncerait un plus grand taux d'abandon chez les personnes avec une attribution externe.

On peut donc ici tester l'hypothèse 0 : la distribution observée n'est pas différente de la distribution supposée (théorique). **Le test de Khi2 permet de déterminer si deux questions qualitatives sont indépendantes ou non, ou autrement dit, si les réponses de l'une conditionnent les réponses de l'autre.** On obtient une note de 0,616, inférieure à la valeur de la table de 5 % : 3,841. Il y a donc 5 % de chance que le Khi2 dépasse cette valeur ou 95 % de chance qu'il soit inférieur. Etant donné que le Khi2 est inférieur à cette valeur, on ne peut rejeter l'hypothèse nulle. On considère que les 2 variables (le sexe) sont indépendantes. Le sexe n'influence pas le résultat

Etape 3 : attribution et situation d'arrêt du traitement

Elle a consisté à étudier la population répartie dans chaque profil d'attribution et à voir leur réaction à la suite de l'inscription dans le service.

	En cours	Abandon	Arrêt en accord	Arrêt spontané*	Réorien-tation	Totaux
At. Interne	10 (3H-7F) (7,3 %H-17,1%F)	4 (1H-3F) (2,4%H-7,3%F)	4 (2H-2F) (4,9%H-4,9%F)	3 (0H-3F) (0%H-7,3%F)	3 (1H-2F) (2,4%H-4,9%F)	24 (7H-17F) (17,1%H-41,5%F)
At. Ext autrui	3 (1H-2F) (2,4%H-4,9 %F)	3 (1H-2F) (2,4%H-4,9 %F)	0	0	0	6 (2H-4F) (4,9%H-9,8%F)
At. Ext hasard	2 (0H-2F) (0%H-4,9%F)	5 (2H-3F) (4,9 %H-7,3 %F)	1 (0H-1F) (0%H-2,4%F)	0	3 (0H-3F) (0%H-7,3%F)	11 (2H-9F) (4,9%H-22%F)
Totaux	15 (4H-11F) (9,8H-26,8%F)	12 (4H-8F) (9,8H-19,6%F)	5 (2H-3F) 4,9%H-7,3%F)	3 (0H-3F) (0%H-7,3%F)	6 (1H-5F) (2,4%H-12,2%F)	41 (11H-30F) (26,8%H-73,2%F)

Tableau N° 5 : Situation des patients en fonction de l'attribution

* Pour rappel, arrêt décidé par le patient seul, mais annoncé au thérapeute.

Le Khi2 est de 10,141 > 8 dl pour 0,05 à 15,507. Il n'y a pas de lien de dépendance entre les situations d'attribution et la situation du patient 6 mois après son inscription.

Etape 4 : Précision quant aux abandons.

On cible plus ici la situation des personnes qui ont abandonné la prise en charge sans prévenir.

	Abandon	Autre	Totaux
AI	4 1H-3F 2,4%-7,3%	20 6H-14F 14,6%-34,1%	24
AA	3 1H-2F 2,4%-4,9%	3 1H-2F 2,4%-4,9 %	6
AAH	5 2H-3F 4,9%-7,3%	6 0H-6F 0%-14,6%	11
Totaux	12	29	41

Tableau N° 6 : nombre d'abandon selon l'attribution

Ici, le calcul du Xhi2 est de 4,479 < 5,991 pour 2dl à 0,005.

Il n'y a donc pas de lien significatif, avec 5 chances sur 100 de me tromper, entre le style d'attribution et les abandons. Les échantillons ne permettent pas d'en dire plus, même si les taux sont très différents. Notons cependant que seules 4 personnes dans le groupe des 24 consultants à attribution interne ont abandonné, alors qu'ils sont équivalents dans les deux autres groupes. Par ailleurs, soulignons aussi le fait que, dans notre échantillon, 24 consultants sur 41, soit 58,5 %, ont une attribution interne. Cela voudrait-il dire que la majorité de nos consultants ont en quelque sorte l'habitude de se poser des questions sur la nature de leurs difficultés et de se remettre en question ?

A contrario, si on prend en compte la poursuite de la prise en charge après 6 mois, on le tableau N° 7.

	Prise en charge en cours	Abandon	Totaux
AI	10 (3H-7F) (11,1%H-25,9%F)	4 (1H-3F) (3,7%-11,1%)	14
AA	3 (1H-2F) (3,7%H-7,4 %F)	3 (1H-2F) (3,7%-7,4 %)	6
AAH	2 (0H-2F) (0%H-7,4%F)	5 (2H-3F) (7,4%-11,1%)	7
Totaux	15 (4H-11F) (14,8%H-40,7%F)	12 (4H-8F) (14,8%-29,6%)	27

Tableau N° 7 : taux de poursuite de la prise en charge vs autres situations

L'hypothèse nulle ici est qu'il n'y a pas de différence entre la fréquence du taux d'abandon vs taux de prise en charge et la courbe théorique. Les différences sont insignifiantes. Ici, le Khi carré est de 3,568 < 5,991 pour 2 dl dans la table des probabilités, au seuil de .05. On peut donc dire que la différence est non significative. Notons qu'elle l'est à P.10.

Par contre, si nous regroupons les AA et les AAH Vs AI, nous obtenons un Khi carré de 2,968 pour 1dl > à 2,706 pour p.10 aussi.

Etape 5 : analyse de la variable attribution

Il s'agit ici de préciser l'attribution des patients dans différentes situations, selon une approche plus qualitative vu la faiblesse des échantillons.

ATTRIBUTION INTERNE

Attribution Interne : n = 24									
Suivi en cours		Abandon		Arrêt en accord		Arrêt spontané		Réorientation	
N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10	41.6	4	16.6	4	16.6	3	12.5	3	12.5

Tableau N° 8 : Réactions selon le nombre et le pourcentage de personnes à attribution interne

Hommes à AI : n = 7 (63.6% des hommes)									
Suivi en cours		Abandon		Arrêt en accord		Arrêt spontané		Réorientation	
N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	42.8	1	14.3	2	28.5	0	0	1	14.3

Tableau N° 9 : Proportion d'hommes à AI qui continuent, abandonnent, arrêtent en accord, arrêtent spontanément et sont réorientés

Femmes à AI : n = 17 (56.6% des femmes)									
Suivi en cours		Abandon		Arrêt en accord		Arrêt spontané		Réorientation	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7	41	3	17.6	2	11.7	3	17.6	2	11.7

Tableau N° 10 : Proportion de femmes à AI qui continuent, abandonnent, arrêtent en accord, arrêtent spontanément et sont réorientés

Ces tableaux nous montrent que 41,6 % des patients à AI ont continué leur traitement durant au moins 6 mois. A contrario, 58,4 % ont arrêté pour diverses raisons dont l'abandon (16,6 %). Il n'y a guère de différence entre les hommes et les femmes. Les effectifs sont en tout cas trop faibles pour en tirer des conclusions généralisables.

ATTRIBUTION EXTERNE AUTRUI

Attribution Externe Autrui : n = 6									
Suivi en cours		Abandon		Arrêt en accord		Arrêt spontané		Réorientation	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	50	3	50	0	0	0	0	0	0

Tableau N° 11 : Réactions selon le nombre et le pourcentage de personnes à attribution externe autrui.

Hommes AEA : n = 2 (18.2% des hommes)									
Suivi en cours		Abandon		Arrêt en accord		Arrêt spontané		Réorientation	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	50	1	50	0	0	0	0	0	0

Tableau N° 12 : Proportion d'hommes à AA qui continuent, abandonnent, arrêtent en accord, arrêtent spontanément et sont réorientés

Femmes AEA : n = 4 (13.3% des femmes)									
Suivi en cours		Abandon		Arrêt en accord		Arrêt spontané		Réorientation	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	50	2	50	0	0	0	0	0	0

Tableau N° 13 : Proportion de femmes à AA qui continuent, abandonnent, arrêtent en accord, arrêtent spontanément et sont réorientés

Sur les 6 patients, la moitié a abandonné, avec une équivalence entre hommes et femmes.

ATTRIBUTION EXTERNE CHANCE

Attribution Externe Chance : n = 11									
Suivi en cours		Abandon		Arrêt en accord		Arrêt spontané		Réorientation	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	18.2	5	45.4	1	9	0	0	3	27.2

Tableau N° 14 : Réactions selon le nombre et le pourcentage de personnes à attribution externe chance.

Hommes AEC : n = 2 (18.2% des hommes)									
Suivi en cours		Abandon		Arrêt en accord		Arrêt spontané		Réorientation	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	2	100	0	0	0	0	0	0

Tableau N° 15 : Proportion d'hommes à AC qui continuent, abandonnent, arrêtent en accord, arrêtent spontanément et sont réorientés

Femmes AEC : n = 9 (30% des femmes)									
Suivi en cours		Abandon		Arrêt en accord		Arrêt spontané		Réorientation	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	22.2	3	33.3	1	11.1	0	0	3	33.3

Tableau N° 16 : Proportion femmes à AC qui continuent, abandonnent, arrêtent en accord, arrêtent spontanément et sont réorientés

Ici, 1/4 des consultants est concerné. Cela montre en tout cas que le style de personnalité s'oriente plus fréquemment vers une attribution au hasard plutôt qu'à autrui. Il y a plus de femmes que d'hommes. Tous les hommes ont abandonné et seulement 1/3 des femmes.

DISCUSSION

Avec des moyens internes très réduits, nous avons voulu mieux connaître la population consultante, notamment au niveau du lien entre un facteur de personnalité et le style d'arrêt de la prise en charge. Tout d'abord, l'échantillon de la population est biaisé. Il ne représente qu'une partie des consultants et il est difficile d'inférer des conclusions pour l'ensemble de la population consultante. Par contre, environ 1/3 d'hommes pour 2/3 de femmes représentent un échantillon classique pour ce genre de consultations.

Nous sommes partis de l'hypothèse que nous devrions retrouver plus d'abandons et/ou d'arrêts de la prise en charge chez des individus dont la personnalité les oriente vers une attribution externe de leurs troubles ou problèmes. Il n'y a pas de différence significative entre homme et femme et style d'attribution. Il n'y a pas de différence significative non plus entre le style de personnalité et le style d'arrêt ou la poursuite de la prise en charge.

Les différences entre les attributions ne permettent pas de tirer des conclusions significatives à p.05 quant à l'abandon. Par contre, on retrouve une tendance à P.10 si on regroupe les attributions externes. Autrement dit, les personnes avec attribution externe abandonnent effectivement plus souvent que les autres.

L'analyse qualitative ne révèle pas plus d'éléments, vu la faiblesse des échantillons.

CONCLUSION

Le taux d'abandon dans les services de consultations médicales ou médico-psychologiques représente un volume non négligeable. Non seulement, elle représente une perte de temps importante, représente un coût social important pour les services subventionnés et monopolise des plages horaires potentielles pouvant servir à d'autres patients.

Les pouvoirs organisateurs de ces services ont tendance à mettre en cause des défauts de procédure ou d'engagement des professionnels. Nous nous sommes posé la question d'une possible explication chez les consultants eux-mêmes. N'y aurait-il pas des facteurs internes de personnalité explicatifs de ces abandons ou arrêts ? A noter que cette hypothèse n'empêche en rien de se poser des questions sur l'organisation du service.

Sur la base d'un échantillon de 41 consultants représentant 24 % des consultants adultes en 2012, et selon une répartition classique entre hommes et femmes de un tiers/deux tiers, nous n'avons pas trouvé de différence clairement significative. Une tendance est cependant constatée si on compare les abandons et si on regroupe les personnalités à attribution externe (autrui et hasard). Autrement dit, les personnalités à attribution interne pourraient moins abandonner et répondre plus favorablement aux prises en charge.

Si ces données demandent précisions et confirmations, elles sont suffisamment importantes pour la gestion de services et justifier l'engagement d'autres études.

RÉSUMÉ

Les services de santé mentale sont impliqués dans les traitements de seconde ligne. Leur organisation est complexe et s'étend sur toute la région wallonne en Belgique. Ils ont essentiellement une fonction thérapeutique, mais aussi des actions pour prévenir les hospitalisations en milieu psychiatrique. Des consultations actuelles s'opèrent dans un contexte de crise. Pour diverses raisons, le taux d'absentéisme reste encore trop élevé, de l'ordre de 15% et bloque des plages de consultation, au détriment des temps de réponse. Différentes pistes explicatives sont avancées. Les caractéristiques psychologiques des consultants peuvent se référer à la notion de lieu de contrôle. L'attribution quant à l'origine d'une maladie altère la perception et l'engagement thérapeutique. Nous émettons l'hypothèse que les consultants ayant une attribution externe abandonnent plus facilement la consultation. Malgré le faible échantillon, les personnes des deux sexes qui ont abandonné ont plutôt un locus de contrôle externe.

MOTS-CLÉS : locus de contrôle - service de santé mentale - l'absentéisme - attribution externe

SAMENVATTING

De werkzaamheden in de geestelijke gezondheidszorg vallen onder de tweedelijns diensten. Hun organisatie is van complexe aard en ze zijn verspreid over het gehele Waalse Gewest in België. Hun functie is voornamelijk therapeutisch maar ze voeren ook preventieve acties uit ter voorkoming van ziekenhuisopname in het psychiatische bereik. Momenteel vindt consultatie voornamelijk plaats in een crisissituatie. Door diverse redenen is het verzuim te hoog, namelijk 15%. Dit zorgt voor langere wachttijden en gaat ten koste van een snelle beantwoording van de klachten. Verschillende verklaringen hieromtrent zijn naar voren gebracht. De psychologische karakteristieken van de consulente kunnen verwijzen naar het beeld dat men heeft van de plaats waar de controle plaatsvindt. Het diagnostiseren van de oorsprong van een ziekte verandert de therapeutische inzet en perceptie. Wij gaan uit van de hypothese dat consulente met een externe toewijzing makkelijker hun consult opgeven. Ondanks het zwakke voorbeeld lijkt het dat personen, die ermee zijn ophouden, ongeacht hun sexe, van buitenaf komen.

Trefwoorden : locus of control - Geestelijke gezondheidszorg - ziekteverzuim - externe attributie

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adam, S. (2012). Evaluation du lieu de contrôle de Levenson (IPAH) in Cognito.
- Heider F. (1944) Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358-374.
- Heider F. (1958) *The psychology of interpersonal relations*. New York : Wiley.
- Herbert, M., Lefcourt., Jerry Wine (1969). Internal versus external control of reinforcement and the deployment of attention in experimental situations. *Canadian Journal of Behavioral Science*. Vol 1 (3), 167-181.
- Jutras, S. (1987). L'IPAH, version canadienne-française de l'Echelle de Levenson mesurant le lieu de contrôle tridimensionnel. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, Vol. 19, n°1, pp. 74-85.
- Loas, G., Dardennes, R., Dhee-Perot, P., Leclerc, V., Fremaux, D. (1994). Opérationnalisation du concept de « lieu de contrôle » : traduction et première étude de validation de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC : The internal powerful other and chance scale). *Annales Médico-Psychologiques*, 152, 466-469.
- Levenson, H. (1973 a). Multidimensional Locus of Control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 41, 397-404.
- Levenson, H. (1973 b). Perceived parental antecedents of internal, Powerful others and Chance Locus of Control Orientations. *Developmental Psychology*, 9, 260-265.
- Levenson, H., & Miller, J. (1976). Multidimensional locus of control in sociopolitical activists of conservative and liberal ideologies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 199-208.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the Locus of Control Construct*. New York: Academic Press, pp. 15-63.
- Plancherel, B., Schattenburg, L. (1992). Les performances des enfants sont-elles jugées en fonction de leur sexe ? *L'année psychologique*. Vol 92, n°1, pp. 81-104.
- Rossier, J., Rigozzi, C., Berthoud, S. (2002). Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC), influence de variables démographiques et de la personnalité. *Annales Médico-Psychologique*, 160, 138-148.
- Rotter, J. (1990). Internal Versus External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable. *American Psychological Association*. Vol. 45, n°4, 489-493.
- Russo, T. (2001). L'estime de soi et le locus of control chez les adolescentes délinquantes. Mémoire en vue de l'obtention du grade de licenciée en Sciences Psychologiques, Université de Liège, Liège, Belgique.
- Smaniotto B. & Lighezzolo-Alnot J. (2010) Alcoolodépendance et modalités d'appréhension de la réalité externe. Approche exploratoire comparative. *L'Information Psychiatrique*, Volume 86, Numéro 4, 347-56.
- Vandeput, D. (2002). Etude du rapport entre le concept de « Qualité de Vie » et les concepts de « Sense of coherence », « Locus of Control » et « Coping » chez des adolescents de 16 à 18 ans fréquentant des Maisons de Jeunes en périphérie liégeoise. Mémoire en vue de l'obtention du grade de licenciée en Sciences Psychologiques, Université de Liège, Liège, Belgique.

Auteurs correspondants :

Stéphanie Adam, Psychiatre
Serge Dalla Piazza, Docteur en Psychologie

Service de Santé Mentale
250, rue de l'Egalité
4630 Soumagne, Belgique
04/377 46 65
04/377 46 65
ssm.soumagne@aigs.be

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT INVEGA 3 mg, comprimé à libération prolongée, INVEGA 6 mg, comprimé à libération prolongée, INVEGA 9 mg, comprimé à libération prolongée. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE.** Chaque comprimé à libération prolongée contient 3 mg, 6 mg ou 9 mg de paliperidone. **Excipient à effet notoire :** Chaque comprimé contient 13,2 mg de lactose. **FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimé à libération prolongée. Comprimés blancs en forme de gélule de 11 mm de longueur sur 5 mm de diamètre, constitués de trois couches portant l'inscription « PAL 3 ». Comprimés blancs en forme de gélule de 11 mm de longueur sur 5 mm de diamètre, constitués de trois couches portant l'inscription « PAL 6 ». Comprimés roses en forme de gélule de 11 mm de longueur sur 5 mm de diamètre, constitués de trois couches portant l'inscription « PAL 9 ». **Indications thérapeutiques** INVEGA est indiqué dans le traitement de la schizophrénie chez l'adulte. INVEGA est indiqué dans le traitement des symptômes psychotiques ou maniaques des troubles schizo-affectifs chez l'adulte. L'effet sur les symptômes dépressifs n'a pas été démontré. **Posologie et mode d'administration** Posologie Schizophrénie La posologie recommandée d'INVEGA dans le traitement de la schizophrénie est de 6 mg une fois par jour, administrée le matin. Une adaptation posologique initiale n'est pas nécessaire. Certains patients peuvent bénéficier de doses plus faibles ou plus élevées dans l'intervalle de doses recommandées allant de 3 mg à 12 mg une fois par jour. L'adaptation posologique, lorsqu'elle est nécessaire, ne doit intervenir qu'après réévaluation clinique. Lorsqu'une augmentation posologique est nécessaire, des paliers de 3 mg par jour sont recommandés et doivent généralement être espacés de plus de 5 jours. **Trouble schizo-affectif** La posologie recommandée d'INVEGA dans le traitement des troubles schizo-affectifs est de 6 mg une fois par jour, administrée le matin. Une adaptation posologique initiale n'est pas nécessaire. Certains patients peuvent bénéficier de doses plus élevées dans l'intervalle de doses recommandées allant de 6 mg à 12 mg, une fois par jour. L'adaptation posologique, lorsqu'elle est nécessaire, ne doit intervenir qu'après réévaluation clinique. Lorsque des augmentations de posologie sont nécessaires, des augmentations de 3 mg par jour sont recommandées et doivent généralement être espacées de plus de 4 jours. Le maintien de l'efficacité n'a pas été étudié. **Passage à d'autres médicaments antipsychotiques** Il n'a pas été recueilli systématiquement de données permettant d'établir spécifiquement les modalités de passage des patients traités par INVEGA à d'autres médicaments antipsychotiques. Du fait des différences de profils pharmacodynamiques et pharmacocinétiques des divers médicaments antipsychotiques, le suivi par un médecin est nécessaire lorsque le passage à un autre antipsychotique est jugé médicalement justifié. **Sujet âgé** Les recommandations posologiques chez les patients âgés ayant une fonction rénale normale (≥ 80 ml/min) sont identiques à celles des adultes avec fonction rénale normale. Toutefois, certains patients âgés pouvant avoir une fonction rénale diminuée, des adaptations posologiques peuvent être nécessaires en fonction de l'état de la fonction rénale (voir l'insuffisance rénale ci-dessous). INVEGA doit être utilisé avec prudence chez les patients âgés démentés ayant des facteurs de risque d'accident vasculaire cérébral. La sécurité et l'efficacité d'INVEGA chez les patients de plus de 65 ans souffrant de troubles schizo-affectifs n'ont pas été étudiées. **Insuffisance hépatique** Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. INVEGA n'ayant pas été étudié chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, la prudence est recommandée chez ces patients. **Insuffisance rénale** Chez les patients présentant une insuffisance rénale légère (clairance de la créatinine > 50 et < 80 ml/min), la dose initiale recommandée est de 3 mg une fois par jour. La dose peut être augmentée à 6 mg en une prise par jour en fonction de la réponse clinique et de la tolérance. Pour les patients présentant une insuffisance rénale modérée à sévère (clairance de la créatinine > 10 et < 50 ml/min), la dose initiale recommandée d'INVEGA est de 1,5 mg tous les jours, et peut être augmentée à 3 mg une fois par jour après réévaluation clinique. INVEGA n'ayant pas été étudié chez les patients présentant une clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min, son utilisation n'est pas recommandée chez ces patients. **Population pédiatrique** Schizophrénie et troubles schizo-affectifs : Il n'y a pas d'utilisation justifiée d'INVEGA chez les enfants âgés de moins de 12 ans. La sécurité et l'efficacité d'INVEGA chez les enfants âgés de 12 à 17 ans n'ont pas été établies. **Autres populations particulières** Aucune adaptation posologique d'INVEGA n'est recommandée du fait du sexe, de l'origine ethnique, ou chez les fumeurs. **Mode d'administration** INVEGA est destiné à l'administration orale. Il doit être avalé en entier avec une boisson, et ne doit être ni mâché, ni divisé, ni écrasé. La substance active est contenue dans une enveloppe non absorbable destinée à libérer la substance active de façon contrôlée. L'enveloppe du comprimé, ainsi que les composants insolubles du noyau du comprimé, est éliminée de l'organisme, les patients ne doivent pas s'inquiéter s'ils observent occasionnellement dans leurs selles quelque chose ressemblant à un comprimé. L'administration d'INVEGA doit être standardisée par rapport à la prise de nourriture. Le patient doit être informé de toujours prendre INVEGA à jeun ou de toujours le prendre avec le petit déjeuner et de ne pas alterner administration à jeun et administration avec le petit déjeuner. **Contre-indications** Hypersensibilité à la substance active, à la rispéridone ou à l'un des excipients. **Effets indésirables** **Résumé du profil de sécurité d'emploi** Les effets indésirables (E) les plus fréquemment rapportés au cours des essais cliniques ont été céphalée, insomnie, sédation/somnolence, parkinsonisme, akathisie, tachycardie, dystonie, tremblement, infection des voies respiratoires supérieures, anxiété, sensation vertigineuse, prise de poids, nausée, agitation, constipation, vomissement, fatigue, dépression, dyspepsie, diarrhée, sécheresse buccale, douleur dentaire, douleur musculo-squelettique, asthénie, hypertension, douleur dorsale, allongement de l'intervalle QT. Les E qui sont apparus dose-dépendants incluaient céphalée, sédation/somnolence, parkinsonisme, akathisie, tachycardie, dystonie, sensation vertigineuse, tremblement, infection des voies respiratoires supérieures, dyspepsie, et douleur musculo-squelettique. Dans les études chez des patients atteints de trouble schizo-affectif, une plus grande proportion de sujets dans le groupe recevant INVEGA dose totale et un traitement concomitant comme un antidépresseur ou un thymorégulateur a présenté des effets indésirables par rapport aux sujets traités en monothérapie par INVEGA. Liste récapitulative des effets indésirables. Les effets suivants sont tous les E rapportés au cours des essais cliniques et de l'expérience après commercialisation avec la paliperidone par catégorie de fréquence estimée à partir des essais cliniques INVEGA.

Les termes et fréquences suivants sont utilisés : très fréquent ($\geq 1/10$), fréquent ($\geq 1/100$, $< 1/10$), peu fréquent ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), rare ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$), très rare ($< 1/10000$) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Au sein de chaque fréquence de groupe, les effets indésirables doivent être présentés suivant un ordre décroissant de gravité. **Infections et infestations** Fréquent : bronchite, infection des voies respiratoires supérieures, sinusite, infection des voies urinaires, grippe Peu fréquent : pneumonie, infection des voies respiratoires, cystite, infection auriculaire, amygdalite Rare : infection oculaire, onychomycose, cellulite, acarodermatite **Affections hématologiques et du système lymphatique** Peu fréquent : anémie, diminution de l'hématocrite Rare : agranulocytose, neutropénie, diminution de la numération de globules blancs, thrombocytopénie, augmentation de la numération des éosinophiles **Affections du système immunitaire** Rare : réaction anaphylactique, hypersensibilité **Affections endocriniennes** Rare : sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique, présence de glucose dans les urines, hyperprolactinémie **Troubles du métabolisme et de la nutrition** Fréquent : prise de poids, augmentation de l'appétit, perte de poids, diminution de l'appétit Peu fréquent : diabète, hyperglycémie, anorexie, augmentation des triglycérides sanguins Rare : intoxication à l'eau, acidocétose diabétique, hypoglycémie, polydipsie, augmentation du cholestérol sanguin Indéterminée : hyperinsulinémie **Affections psychiatriques** Très fréquent : insomnie Fréquent : manie, agitation, dépression, anxiété Peu fréquent : trouble du sommeil, état de confusion, diminution de la libido, anorgasme, nervosité, cauchemar Rare : érousement affectif **Affections du système nerveux** Très fréquent : parkinsonisme, akathisie, sédation/somnolence, céphalée Fréquent : dystonie, sensation vertigineuse, dyskinésies, tremblement Peu fréquent : convulsion, syncope, hyperactivité, psychomotricité, vertige orthostatique, perturbation de l'attention, dysarthrie, dysgueusie, hypoesthésie, paresthésie Rare : syndrome main des neuropathiques, dyskinésie tardive, accident cérébrovasculaire, ischémie cérébrale, non réponse aux stimuli, perte de conscience, diminution du niveau de la conscience, coma diabétique, trouble de l'équilibre, coordination anormale, titubation céphalique **Affections oculaires** Fréquent : vision trouble Peu fréquent : conjonctivite, sécheresse oculaire Rare : glaucome, trouble du mouvement oculaire, révision oculaire, photophobie, augmentation du larmoiement, hyperémie oculaire **Affections de l'oreille et du labyrinthe** Peu fréquent : vertiges, acouphènes, douleur auriculaire **Affections cardiaques** Fréquent : trouble de la conduction, allongement de l'intervalle QT, bradycardie, tachycardie Peu fréquent : bloc auriculo ventriculaire, arythmie sinuale, électrocardiogramme anormal, palpitations Rare : fibrillation auriculaire, syndrome de la tachycardie orthostatique posturale **Affections vasculaires** Fréquent : hypertension orthostatique, hypertension Peu fréquent : hypertension Rare : thrombose veineuse, embolie pulmonaire, ischémie, bouffées de chaleur **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales** Fréquent : douleur pharyngolaryngée, toux, congestion nasale Peu fréquent : dyspnée, sifflements, épistaxis Rare : syndrome d'apnée du sommeil, hyperventilation,

pneumonie d'aspiration, congestion des voies respiratoires, dysphonie Indéterminée : congestion pulmonaire **Affections gastro-intestinales** Fréquent : douleur abdominale, gêne abdominale, vomissement, nausée, constipation, diarrhée, dyspepsie, sécheresse buccale, douleur dentaire Peu fréquent : gonflement de la langue, gastro-entérite, dysphagie, flatulence Rare : pancréatite, occlusion intestinale, iléus, incontinence fécale, fécalome, chéolie **Affections hématoïtiques** Fréquent : augmentation des transaminases Peu fréquent : augmentation des gamma-globulines/transférases, augmentation des enzymes hépatiques Rare : jaunisse **Affections de la peau et du tissu sous-cutané** Fréquent : prurite, rash Peu fréquent : urticaire, alopecie, acné Rare : angioedème, toxicodermic, hyperkératose, eczéma, sécheresse cutanée, érythème, dyschromie cutanée, dermatite séborrhéique, pellicules **Affections musculo-squelettiques et systémiques** Fréquent : douleur musculo-squelettique, douleur dorsale, arthralgie Peu fréquent : augmentation de la créatine phosphokinase sanguine, spasmes musculaires, raidir articulaire, tuméfaction articulaire, faiblesse musculaire, douleur au niveau du cou Rare : rhabdomyolycose, posture anormale **Affections du rein et des voies urinaires** Peu fréquent : incontinence urinaire, pollakiurie, rétention urinaire, dysurie **Affections gravidiques, puerérales et périnatales** Rare : syndrome de sevrage médicamenteux néonatal **Affections des organes de reproduction et du sexe** Fréquent : aménorrhée Peu fréquent : dysfonctionnement érectile, trouble de l'éjaculation, trouble menstruel, galactorrhée, dysfonction sexuelle, douleur mammaire, gêne mammaire Rare : priapisme, menstruation retardée, gynécomastie, engorgement mammaire, accroissement mammaire, écoulement mammaire, écoulement vaginal Indéterminée : priapisme **Troubles généraux et anomalies au site d'administration** Fréquent : pyrexie, asthénie, fatigue Peu fréquent : œdème de la face, œdème, frissons, augmentation de la température corporelle, démarche anormale, soif, douleur thoracique, malaise Rare : hyperthermie, diminution de la température corporelle, gêne thoracique, induration, syndrome de sevrage médicamenteux **Lésions, intoxications et complications liées aux procédures** Peu fréquent : chute. a Se référer à « Hyperprolactinémie » ci-dessous. b Se référer à « Symptômes extrapyramidaux » ci-dessous c Non observé lors des études cliniques INVEGA mais observé dans l'environnement post-commercialisation avec la rispéridone. d Dans les essais pilotes contrôlés versus placebo, un diabète a été rapporté chez 0,05 % des sujets traités par INVEGA comparé à un taux de 0 % dans le groupe placebo. L'incidence globale de tous les essais cliniques était de 0,14 % chez les sujets traités par INVEGA. e L'insomnie inclut : insomnie initiale, insomnie du milieu de la nuit ; la convulsion inclut : crise de Grand mal ; l'œdème inclut : œdème généralisé, œdème périphérique, œdème qui prend le godet ; les troubles menstruels incluent : menstruation irrégulière, oligoménorrhée. **Effets indésirables observés avec les formulations à base de rispéridone** La rispéridone est le métabolite actif de la rispéridone, par conséquent, les profils des effets indésirables de ces composés (incluant les deux formulations orale et injectable) s'appliquent l'un à l'autre. En plus des effets indésirables ci-dessus, les effets indésirables suivants ont été observés lors de l'utilisation de produits à base de rispéridone et peuvent être attendus avec INVEGA. **Affections du système nerveux** : trouble cérébrovasculaire **Affections oculaires** : syndrome de l'iris hypotonique (peroprotatoire) **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales** : râles **Description de certains effets indésirables Symptômes extrapyramidaux** Dans les essais cliniques dans la schizophrénie, il n'a pas été observé de différence entre le placebo et les doses de 3 et 6 mg d'INVEGA. Un effet dose-dépendant a été observé pour les SEP aux 2 doses les plus élevées d'INVEGA (9 et 12 mg). Dans les études dans les troubles schizo-affectifs, l'incidence des SEP a été observée à un taux plus élevé dans tous les groupes de doses par rapport au placebo, sans corrélation claire avec la dose. Les symptômes extrapyramidaux incluaient une analyse poolée des termes suivants : parkinsonisme (incluant hypersecretion salivaire, raidir musculo-squelettique, parkinsonisme, salivation, phénotype de la roue dentée, bradykinésie, hypokinésie, facies figé, tension musculaire, akathisie, rigidité de la nuque, rigidité musculaire, démarche parkinsonienne et réflexe palpébral anormal, tremblement parkinsonien de repos), akathisie (incluant akathisie, impatience, hyperkinésie et syndrome des jambes sans repos), dyskinésie (dyskinésie, contractions musculaires, choréoathétose, athétose et myoclonie), dystonie (incluant dystonie, hypertonie, torticolis, contractions musculaires involontaires, contracture musculaire, bipharyngospasme, oculogrylaxie, paralysie de la langue, spasme facial, laryngospasme, myotonie, opisthotonus, spasme oropharyngé, pleurothotonus, spasme de la langue et trismus) et tremblement. Il est à noter qu'un spectre plus large de symptômes sont inclus, qui n'ont pas nécessairement une origine extrapyramidale. **Prise de poids** Dans les essais cliniques dans la schizophrénie, les pourcentages de patients atteignant le critère de prise de poids $\geq 7\%$ ont été comparés, montrant une incidence comparable de prise de poids pour INVEGA aux doses de 3 mg et 6 mg par rapport au placebo, et une incidence plus élevée de prise de poids pour INVEGA à 9 mg et 12 mg par rapport au placebo. Dans les essais cliniques dans les troubles schizo-affectifs, un pourcentage plus élevé de patients traités par INVEGA (5%) a présenté une prise de poids $\geq 7\%$ par rapport au groupe placebo (1%). Dans l'étude portant sur deux groupes de doses la prise de poids $\geq 7\%$ était de 3% dans le groupe à la dose la plus faible (3-6 mg), de 7% dans le groupe à la dose la plus élevée (9-12 mg) et de 1% dans le groupe placebo. **Hyperprolactinémie** Dans les essais cliniques dans la schizophrénie, des augmentations de la prolactine sérique ont été observées avec INVEGA chez 67% des sujets. Des effets indésirables pouvant suggérer une augmentation du taux de prolactine (par exemple, aménorrhée, galactorrhée, troubles menstruels, gynécomastie) ont été rapportés au total chez 2% des sujets. Les augmentations maximales moyennes des concentrations sériques de prolactine ont généralement été observées au Jour 15 du traitement, mais restaient au dessus des valeurs initiales à la fin de l'étude. **Effets de classe** Un allongement du QT, des arythmies ventriculaires (fibrillations ventriculaires, tachycardies ventriculaires), une mort subite inexpliquée, un arrêt cardiaque et des torsades de pointes peuvent survenir avec les antipsychotiques. Des cas de thromboembolies veineuses, y compris des cas d'embolies pulmonaires ainsi que de thromboses veineuses profondes, ont été rapportés avec les antipsychotiques - Fréquence inconnue. La paliperidone est un métabolite actif de la rispéridone. Le profil de tolérance de la rispéridone peut être pertinent. **Sujet âgé** Dans une étude réalisée chez des sujets âgés schizophréniques, le profil de sécurité était similaire à celui observé chez des sujets non âgés. INVEGA n'a pas été étudié chez les sujets âgés déments. Dans des essais cliniques avec certains autres antipsychotiques atypiques, une augmentation des risques de décès et d'accidents cardiovasculaires a été rapportée. **Population pédiatrique** Dans une étude clinique à court terme avec la paliperidone orale en comprimé à libération prolongée conduite chez des enfants de 12 à 17 ans souffrant de schizophrénie, le profil de sécurité était similaire à celui observé chez l'adulte. **Nature et contenu de l'emballage extérieur** Flacons : Flacon polyéthylène blanc haute densité (PEHD) avec scellage par induction et bouchon polypropylène sécurité-enfant. Chaque flacon contient deux sachets de dessiccant (sachets en polyéthylène de qualité alimentaire) de 1 g de gel de silice (dioxyde de silicose). Conditionnement de 30 et 350 comprimés à libération prolongée. Plaquettes thermoformées : Chlorure de polyvinyle (PVC) laminé avec couche en polychloro-trifluoroéthylène (PCTFE)/aluminium pour extraction du comprimé. Conditionnements de 14, 28, 30, 49, 56, et 98 comprimés à libération prolongée. Ou Chlorure de polyvinyle (PVC) laminé blanc avec couche en polychloro-trifluoroéthylène (PCTFE)/aluminium pour extraction du comprimé. Conditionnements de 14, 28, 30, 49, 56, et 98 comprimés à libération prolongée. Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgique. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** 14 comprimés 3 mg : EU/1/07/395/001-005, 28 comprimés 3 mg : EU/1/07/395/021-025, 49 comprimés 3 mg : EU/1/07/395/041-044, 56 comprimés 3 mg : EU/1/07/395/057-058, 98 comprimés 3 mg : EU/1/07/395/065-067, 14 comprimés 6 mg : EU/1/07/395/006-010, 28 comprimés 6 mg : EU/1/07/395/026-030, 49 comprimés 6 mg : EU/1/07/395/045-048, 56 comprimés 6 mg : EU/1/07/395/059-060, 98 comprimés 6 mg : EU/1/07/395/068-070, 14 comprimés 9 mg : EU/1/07/395/011-015, 28 comprimés 9 mg : EU/1/07/395/031-035, 49 comprimés 9 mg : EU/1/07/395/049-052, 56 comprimés 9 mg : EU/1/07/395/061-062, 98 comprimés 9 mg : EU/1/07/395/071-073. **MODE DE DELIVRANCE** Médicament soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 26/08/2013 *Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.*

Prix public	
INVEGA 3 MG	
28 tabl.	103,07 €
56 tabl.	196,87 €
INVEGA 6 MG	
28 tabl.	110,72 €
56 tabl.	212,15 €
INVEGA 9 MG	
28 tabl.	110,72 €
56 tabl.	212,15 €

Puissant pour l'esprit. Doux pour le corps.!



INVEGA®
PALIPERIDONE
Prolonged-Release Tablets

1 Canuso M. Expert Opin. Pharmacother. 2010; 11(15): 2557-2567.

5^{ème} Congrès
des équipes mobiles en psychiatrie



10 & 11 Septembre 2015

Equipes mobiles, une mise en tension de la psychiatrie ?

Auditoire Roi Baudouin
Avenue Mounier
1200 Bruxelles
Belgique

Organisation :

Equipes mobiles du projet 107 développé sur l'Est de Bruxelles

Centre hospitalier Jean-Titeca - Belgique
Cliniques universitaires Saint-Luc - Belgique
Association des équipes mobiles en psychiatrie - France



www.congres-emf.be

L'ABUS SEXUEL INTRAFAMILIAL : DISCUSSION MÉDICO-PSYCHO-JURIDIQUE SUR LA PERTINENCE DU MODÈLE DE PRISE EN CHARGE

THE LOCUS OF CONTROL IN RELATION TO ABSENTEEISM AND / OR
ABANDONMENT IN A MENTAL HEALTH SERVICE

M. Beague¹, N. Chatelle², E. de Becker³

OBJECTIVES: DISCUSSION ON THE EVALUATION OF A MODEL OF INTERVENTION ABOUT THE SITUATIONS OF INTRAFAMILY SEXUAL ABUSE IN THE SPECIFIC CONTEXT OF FRENCH-PART OF BELGIUM. UNTIL NOW, THE INFORMED HEALTH PROFESSIONALS OF A SITUATION OF SEXUAL ABUSE ON NEWBORN ARE NOT HELD IPSO FACTO TO TRANSMIT INFORMATION TO THE LEGAL AUTHORITIES.

METHOD: THE AUTHORS SPECIFY THE CONTEXTUAL FRAMEWORK BY DEVELOPING THE HISTORICAL ASPECTS OF THE INSTALLATION OF TEAMS SPECIALIZED IN THE EVALUATION AND THE TREATMENT OF SITUATION OF SEXUAL ILL-TREATMENT CHILDREN. THE PRINCIPAL PROSPECT IS TO DEVELOP THE ELEMENTS WHICH ARGUE THE REASONS TO BE OF THE LEGAL FRAMEWORK WHO SURROUNDS THE TYPICAL LOCATIONS AS WELL AS COMPLEXITY OF THE STRUCTURES WHICH ARE IMPLIED THERE.

RESULTS: THE ARTICLE FOCUSES ON THE REPERCUSSIONS AS WELL POSITIVE AS DETRIMENTAL ON THE CHILD AND HIS SOCIO-FAMILY ENTOURAGE OF WHAT WE CALL A "NOT SYSTEMATIC JUDICIALIZATION". WE HAVE THE RESULTS IN THE SHAPE OF A BRIEF ENUMERATION OF THE ADVANTAGES AND SHELVES OF A POSITIONING SOCIÉTAL.

CONCLUSIONS: THE AUTHORS INVITE THE PROFESSIONALS CONCERNED WITH AN UNCEASINGLY RENEWED CREATIVITY AND HANDING-OVER IN QUESTION WITH A VIEW TO BRINGING TO THE SEXUALLY MALTREATED CHILD AND TO HIS ENTOURAGE THE BEST POSSIBLE ACCOMPANIMENT.

Key-words : Sexual abuse – "Not" judicialization – Protection – Professional secrecy – Trauma

INTRODUCTION

Depuis 30 ans, le modèle en vigueur en Belgique francophone en matière de prise en charge et de protection de l'enfance est considéré comme précurseur, souvent cité en exemple. En effet, il se démarque par rapport aux pratiques et au cadre légal des pays limitrophes comme la France. Notre modèle résulte d'un long travail de réflexion pluridisciplinaire qui a débuté dans les années septante. Il répondait aux constats des répercussions sur la victime et son environnement socio-familial de mesures judiciaires ne prenant pas suffisamment en compte les dimensions biopsychosociales des individus concernés. Ce modèle, s'appuyant, comme le souligne Nouwynck, sur la base juridique de la confidentialité des soins et de l'assistance à personne en danger dans le respect du secret professionnel, a clairement choisi de privilégier la prise en charge des enfants suspectés victimes de maltraitance et de leur famille par des équipes médico-psycho-sociales, sans obligation de transmettre ces situations aux autorités judiciaires (Nouwynck, 2001).

Aujourd'hui, force est de constater que, de notre place de professionnels membres de ces équipes spécialisées, émerge progressivement et subtilement une série de questions sur la pertinence de ce modèle, et plus particulièrement dans les situations d'abus sexuel intrafamilial.

Nous proposons de discuter ces aspects à partir d'une réflexion menée par trois cliniciens, de disciplines différentes, à savoir, une juriste, une psychologue clinicienne et un pédopsychiatre. Tous trois appartiennent à une équipe SOS-Enfants, pluridisciplinaire dans sa composition, qui intègre également des assistants sociaux et une pédiatre.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La discussion proposée n'est pas nouvelle ; la réflexion sur la prise en charge adéquate et efficace de la maltraitance sexuelle est certainement l'une des plus épineuses qui se pose aux

(1) Maité BEAGUE, juriste

(2) Nathalie CHATELLE, psychologue clinicienne, psychothérapeute

(3) Emmanuel de BECKER, pédopsychiatre

disciplines concernées (de Becker, 2006 ; Hayez et al., 2006) . Elle est en effet au cœur de valeurs essentielles et divergentes, et par ailleurs, touche aux sensibilités les plus intimes. Evoquons simplement les débats passionnés autour des multiples effets du placement de l'enfant, situation pouvant se présenter dans les suites d'une maltraitance sexuelle de l'enfant. Autant nous pouvons entendre les arguments des séparations à but thérapeutique, autant nombre de cliniciens optent pour les ressources des familles veillant à les mobiliser sans éloigner l'enfant de ses parents (Berger, 2008, Ausloss, 1995). .

L'expérience clinique montre que l'évolution de la société, des modèles familiaux et des pratiques des professionnels exige un questionnement continu du modèle de prise en charge des situations d'abus sexuel intrafamilial, au risque sinon de tomber dans l'arbitraire et de reproduire des manières d'agir stéréotypées, susceptibles de conduire à une autre forme d'inadéquation, nommée maltraitance institutionnelle. Aujourd'hui plus que jamais, la pratique clinique montre que la place du tiers et du rapport à l'autorité sont au cœur de la problématique.

L'évolution des lois reflète habituellement une adaptation à un état de fait ; la société et les mentalités évoluent et contraignent le législateur à adapter le cadre légal. Les deux dernières décennies ont été sans conteste marquées par une mutation importante du statut de l'enfant : ce dernier a pris une place fondamentale dans les préoccupations de la société conduisant à l'avènement de ses droits (Convention Internationale des Droits de l'Enfant de 1989). Considéré comme un sujet à part entière, sa parole est écoutée, légitimée. L'analyse de sa parole devient alors aussi l'enjeu de nombreuses situations complexes dans lesquelles le bien-être de l'enfant est lui aussi « en jeu ». Des auteurs comme Hayez et de Becker abordent ces questions et soulignent la complexité tant de l'accueil que de l'évaluation de cette parole (Hayez et al., 2010) .

Or, dans les situations de maltraitance sexuelle, la parole revêt une importance capitale : bien souvent, en l'absence de preuves physiques, l'allégation est la seule modalité tangible de dénoncer les faits. D'après notre expérience, corroborée par celle de nombreux collègues, une majorité des situations d'abus sexuel intrafamiliaux ne laissent aucune trace, aucune lésion visible. La prise en compte de la parole de l'enfant a donc permis que de nombreuses situations d'abus soient révélées. Le premier constat très positif de cette « libération » de la parole de l'enfant étant posé, il restait à la société à savoir comment agir et quels dispositifs mettre en place. C'est dans ce cadre que les réflexions ont été menées et ont abouti au modèle développé ci-après.

CONTEXTUALISATION SOCIO-JURIDIQUE

LES TEXTES LÉGAUX RÉGISSANT LES ÉQUIPES SOS-ENFANTS

Retraçons succinctement l'évolution des textes juridiques en ce domaine depuis l'adoption du premier décret sur la protection des enfants maltraités jusqu'à ce jour . Cette évolution permet en effet de comprendre l'objectif initialement recherché par le législateur pour s'interroger ensuite sur le bien-fondé ou non de la non-judiciarisation de ces situations.

En 1979, des équipes universitaires des facultés de médecine et de droit de Bruxelles (UCL et ULB), de Liège et d'Anvers ont entrepris ensemble une « recherche-action » centrée sur la problématique de la maltraitance. Cette « recherche-action » a été financée et soutenue par l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) et s'est étalée de 1979 à 1984. Cette recherche portait sur les conséquences physiques des maltraitements, la prévention périnatale et les aides thérapeutiques aux enfants et à leurs familles. Dès 1983, des actions locales se sont créées et le 29 avril 1985, le premier décret relatif à la protection des enfants maltraités, fondé sur les conclusions de la recherche, a été adopté par la Communauté française. Ce décret institue officiellement les équipes « SOS Enfants », en précisant les missions.

L'objectif du législateur communautaire a été d'offrir aux victimes et aux auteurs de maltraitance un lieu de paroles et de soins hors du cadre judiciaire. La perspective poursuivie par la proposition de décret initiale étant d'assurer le dépistage et le suivi d'enfants maltraités, trois pistes d'action possibles furent envisagées. La première visait la création de la fonction de « médecin-confident » qui devrait être averti par toute personne en contact avec l'enfant et inquiétée par sa situation. Son rôle s'étendrait à informer le comité de protection de la jeunesse et dans les cas graves, la justice. La deuxième envisageait la prise en charge de ces situations par des travailleurs sociaux médicaux et paramédicaux existants comme le comité de protection de la jeunesse, les services sociaux des tribunaux de la jeunesse, les hôpitaux, l'ONE, etc. Enfin, la troisième option s'orientait vers la création de nouvelles structures médico-sociales spécialisées.

C'est cette dernière option qui fut retenue puisque le décret aboutit à la création d'équipes pluridisciplinaires spécialisées dans le dépistage et le traitement des enfants victimes de mauvais traitements, de privations ou de graves négligences. Notons donc que lors de l'adoption de ce premier décret, les maltraitements sexuels ne sont pas expressément envisagés. La composition pluridisciplinaire de ces équipes fut instaurée (un médecin pédiatre ou généraliste ; un pédopsychiatre ou un psychologue ; un docteur ou licencié en droit ; un infirmier gradué social ou un assistant social et un secrétaire administratif).

Le 16 mars 1998, le décret du 29 avril 1985 a été remplacé par un nouveau décret. Plusieurs constats et objectifs ont justifié l'abrogation du décret de 85, notamment la carence

dans certaines collaborations de services, la nécessité de mieux prendre en compte la parole de l'enfant et la clarification des missions des équipes.

Retenons que ce nouveau décret instaure : un élargissement des missions des équipes ; une responsabilisation de l'ensemble des intervenants qui contribue à l'éducation des enfants d'apporter de l'aide à l'enfant victime de maltraitance ; un élargissement de la définition de la maltraitance, étant entendue comme la maltraitance psychique, physique ou sexuelle ; la référence à l'article 458 du Code pénal instituant le secret professionnel et sans préjudice de ce dernier, la nécessité d'informer le conseiller ou le directeur de l'Aide à la jeunesse (voir ci-dessous), l'équipe SOS-Enfants, un centre psycho-médico-social ou un centre d'inspection médicale scolaire si l'intervenant est dans l'impossibilité d'agir personnellement.

Enfin, Le décret du 16 mars 1998 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance contenant certaines incertitudes par rapport à l'autorité de tutelle des équipes SOS Enfants, par rapport au rôle problématique de la commission permanente de l'enfance maltraitée et par rapport à la composition pluridisciplinaire des équipes (psychologue et pédopsychiatre), il fut abrogé et remplacé par le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance. Retenons que ce décret reprend, dans ses principes, la majorité des dispositions adoptées en 1998, tout en apportant des modifications concernant les incertitudes et les dysfonctionnements constatés. La composition des équipes a ainsi été précisée comme devant intégrer un psychologue et un pédopsychiatre.

LA PHILOSOPHIE GÉNÉRALE DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Si des dispositions légales spécifiques régissent l'instauration d'équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la prévention et le traitement des situations de maltraitance, celles-ci s'insèrent logiquement dans la philosophie globale du législateur en ce qui concerne le mineur en danger . La loi du 8 avril 1965 sur la protection de la jeunesse a introduit le principe de la collaboration des parents. Autrement dit, pour qu'une aide réelle soit apportée au mineur, elle doit se baser sur la collaboration des deux parents du mineur aux mesures d'aide proposées. Dans certains cas toutefois, des mesures seront imposées par le Juge de la Jeunesse.

L'évolution institutionnelle du pays a mené les communautés à être compétentes pour les mesures relatives à l'Aide à la Jeunesse. La communauté française a ainsi adopté, le 4 avril 1991, un décret sur l'aide à la jeunesse. Ce décret a spécifiquement été complété, en ce qui concerne Bruxelles, par l'ordonnance du 29 avril 2004 relative à l'aide à la Jeunesse. Concrètement, le législateur communautaire, dans la droite ligne de la législation relative à la protection de la jeunesse, a fait sortir du champ judiciaire toute situation dans laquelle un accord du jeune et de sa famille à l'égard d'une mesure d'aide peut être obtenu. Dès lors, la priorité est donnée à toute forme d'aide négociée

avec le jeune et sa famille. Ce n'est que lorsqu'une telle solution ne peut être mise en place qu'une aide contrainte peut être imposée par le judiciaire. On différencie ainsi l'aide négociée et acceptée (instauration du Service de l'Aide à la Jeunesse – dénommé ci-après SAJ) et l'aide contrainte (instauration du Service de Protection judiciaire – dénommé ci-après SPJ). Dans la pratique, on peut donc distinguer trois niveaux de cadre dans l'aide apportée au mineur d'âge et à son entourage : le premier niveau s'établit à l'amiable entre la personne concernée et les professionnels contactés tels un particulier ou une équipe clinique. Les deux autres niveaux de cadre impliquent le champ social ou autorité au sens large du terme. C'est le cas habituellement lorsque le premier niveau de cadre s'avère insuffisant ou impuissant pour établir le plan d'aide et le soin.

Le SAJ s'occupe donc de toute les situations pour lesquelles une aide individuelle au mineur de moins de 18 ans s'avère nécessaire parce qu'il est en difficulté ou en danger. Le jeune de 14 ans doit donner son accord à cette mesure d'aide, parallèlement aux deux parents et/ou représentants légaux de l'enfant. Si cette mesure d'aide ne peut être négociée, ne recueillant pas l'accord des protagonistes concernés, et si le jeune est en danger, le SAJ en informe les autorités judiciaires (procureur du Roi) qui peuvent saisir le tribunal de la jeunesse. Le Procureur du Roi garde toute marge d'appréciation quant à l'opportunité de saisir le tribunal de la jeunesse. Le tribunal de la jeunesse peut alors imposer une mesure, au contraire du SAJ qui la négocie.

En deçà de ce processus, le texte légal a prévu qu'en cas de nécessité urgente, lorsque l'intégrité physique et/ou psychique du jeune est exposée directement et actuellement à un péril grave, et lorsqu'il est démontré que l'intérêt du jeune ne permet pas d'attendre l'organisation et la mise en œuvre de l'aide volontaire, le tribunal de la jeunesse peut prendre, à l'égard du jeune une mesure provisoire d'une durée de trente jours. On qualifie cette mesure de « mesure urgente ». Dans ce cas, le SAJ est également avisé de la situation et peut négocier une aide avec la famille. Si une aide volontaire peut se mettre en place (délai de deux fois trente jours), le dossier reste alors entre les mains du SAJ qui met alors en œuvre les mesures négociées.

Retenons donc que la philosophie générale du système de protection de la jeunesse est basée sur la collaboration des parents et la négociation de l'aide à apporter au jeune et à sa famille. Le conseiller de l'aide à la jeunesse peut, en cas de danger et de non collaboration, renvoyer la situation vers les instances judiciaires. Si ce système a de nombreux avantages, il souffre également de certains écueils. D'une part, il laisse une grande marge d'appréciation au conseiller de l'aide à la jeunesse. D'autre part, il a pour effet de laisser planer sur les parents la menace du judiciaire s'ils optent pour le refus des mesures d'aide proposée puisque dans ce le conseiller peut alors décider de transmettre la situation aux autorités judiciaires (procureur du Roi).

Sans remettre en question la philosophie générale de la protection de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse, notre réflexion se porte toutefois sur l'opportunité de ce système

en ce qui concerne spécifiquement les maltraitements sexuelles intrafamiliales. En effet, les équipes SOS-Enfants assurent la prévention et la prise en charge de situations de maltraitements sexuelles intrafamiliales, conformément à nos missions, en offrant donc un espace de soins en dehors du cadre judiciaire. Dans certaines situations, l'intervention du Tiers (SAJ) comme mandant est essentielle afin de permettre notre intervention en négociant l'aide et le soin avec les parents de l'enfant en obtenant leur accord, ainsi que l'accord du jeune s'il a plus de 14 ans. La question se pose alors, tant dans notre travail avec ou sans cadre SAJ, de l'opportunité réelle du maintien de ces situations sans signalement aux autorités judiciaires. D'autres interrogations suivent inéluctablement : Que penser du fait même qu'un père qui abuse de sa fille depuis plusieurs années, ait à donner son accord auprès du Conseiller du SAJ sur le principe même de sa participation aux entretiens d'évaluation à SOS-Enfants ? Que penser également du fait que sa fille, si elle est âgée de 14 ans, ait elle-même à donner son accord auprès du SAJ ? Qu'est-ce qui, dans ce cadre, fait autorité et rappel de la Loi auprès de ce père ? À l'inverse, que penser de l'autorité que peut prendre une équipe SOS-Enfants, en imposant à ce père de quitter le domicile le temps de l'évaluation ? De quelle place et au nom de quelle autorité s'énonce-t-on ? Tel est l'objet des réflexions qui suivent.

L'ARTICLE 458BIS DU CODE PÉNAL OU LE SECRET PROFESSIONNEL EN MATIÈRE DE MALTRAITANCE INFANTILE

Comme le souligne Nouwynck, le secret professionnel constitue un outil de travail dans le positionnement professionnel (Nouwynck, 2005). Les règles en matière de secret professionnel sont clairement définies par la loi ainsi que par la doctrine et la jurisprudence. Développons succinctement les articles 458 et 458bis du Code pénal qui concernent tous deux le secret professionnel, le second portant toutefois spécifiquement sur le secret professionnel en matière de maltraitance infantile (Colette-Bazecq, 2002).

La violation du secret professionnel, régie par l'article 458 du Code pénal, est sanctionnée pénalement. Le secret professionnel consiste en une *obligation de se taire* et non pas en une *simple droit de le faire*. Cette règle poursuit deux objectifs : la protection des personnes d'une part, et la protection de la confiance que le citoyen est en droit d'attendre de la part des confidents auxquels ils s'adressent d'autre part. Différents cas ont toutefois été prévus par la loi, dans lesquels il est peut être fait exception au principe du secret professionnel : les cas où la loi prévoit expressément l'obligation ou l'autorisation de révéler les secrets ; le cas du témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire et enfin, l'état de nécessité. L'état de nécessité constitue une cause de justification en vertu de laquelle le dépositaire du secret professionnel, estimant qu'un intérêt plus impérieux doit être sauvegardé et qu'il ne peut l'être sans commettre la violation du secret professionnel, déroge à l'obligation de se taire. Autrement dit, « l'état de nécessité renvoie à un conflit de valeurs : respecter

la loi, la relation de confiance, donc se taire, ou la transgresser pour sauvegarder un intérêt plus impérieux » (Nouwynck, 2001). Mais la violation du secret ne se justifie que si un péril futur est à craindre en cas de respect du secret professionnel.

L'article 458bis du Code pénal, inséré par la loi du 28 novembre 2000 relative à la protection pénale des mineurs, a consacré cette cause de justification dans des circonstances précises de maltraitance d'enfants mineurs, tout en érigeant des conditions bien précises pour pouvoir s'appliquer. En effet, toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une quelconque maltraitance infantile (notamment sexuelle) qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose la non-assistance à personne en danger, en informer le procureur du Roi si plusieurs conditions sont réunies. Premièrement, il faut soit qu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée soit, qu'il y ait des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités. Ensuite, que l'on soit dans la première ou la deuxième situation, il faut que la personne qui informe le procureur du Roi ne soit pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

Comme nous le voyons, il s'agit donc bien d'une faculté de dénoncer au procureur du Roi, et non d'une obligation. De plus, les conditions précises reprise dans l'article doivent être respectées. À l'inverse du droit français sur ce point, le droit belge n'instaure pas d'obligation de dénoncer l'auteur suspecté d'avoir commis des infractions sexuelles sur un mineur d'âge, tout en ayant institué la possibilité de prise en charge de ces situations au sein d'équipes pluridisciplinaires spécialisées elles-mêmes soumises au secret professionnel.

La balance entre d'une part, l'aide et les soins dans le cadre de la confidentialité se basant sur ce que l'acte thérapeutique inclut implicitement voire explicitement le rappel de la loi, et d'autre part, l'action juridique impliquant la mise en place de la lourdeur de l'appareil juridictionnel, se pose en permanence.

Le législateur a la responsabilité de poser un cadre légal qui va garantir les intérêts des uns et des autres, mais également, qui va réguler et protéger. Aujourd'hui à nouveau, l'expérience clinique repose sans cesse la question au sein de nos pratiques : faudrait-il imposer une levée du secret professionnel ? Ne pourrait-on pas, à l'inverse, estimer que le système existant, à savoir celui qui a été choisi par le législateur de créer des équipes spécialisées en matière de prise en charge des enfants maltraités, sans obligation de transmettre la situation aux autorités judiciaires, est suffisant ?

DISCUSSION

Abordons d'abord les aspects positifs de ne pas faire appel aux autorités judiciaires et ensuite les répercussions négatives de cette « non-judiciarisation ».

A. LES BONNES RAISONS DE NE PAS JUDICIARISER

Si, tant le législateur que les intervenants de terrain ont opté pour garder la prise en charge des situations d'abus sexuel intrafamilial dans la sphère non-judiciaire, c'est sur base de différents arguments. Nous reprendrons ci-dessous un certain nombre de ceux-ci de manière non-exhaustive. Ces éléments varient selon le point de vue de chacun, qu'il soit l'enfant victime, l'auteur des faits, membre de la famille, professionnel ou un tiers.

a.1. La théorie du moindre mal

Evoquons d'abord ce que nous pourrions nommer la « théorie du moindre mal ». En effet, l'intervenant peut légitimement s'interroger : « pourquoi rajouter à cet enfant et à ses proches des démarches judiciaires alors qu'ils sont déjà en proie à un état de crise majeure aux multiples répercussions dans l'intimité de leur famille ». La non-judiciarisation évite les retombées d'une exposition sociale et économique dans le domaine public (Hasevoets, 2003). Concrètement, il n'est pas rare que par la judiciarisation, les adultes soient fragilisés dans leur activité professionnelle et, qu'outre les blessures narcissiques, une véritable atteinte de l'identité sociale touche les protagonistes concernés. Soulignons que la judiciarisation rajouterait une dimension encore plus dramatique à la problématique. Il s'agit presque d'un choix dans la dramaturgie des événements.

a.2. La recherche de vérité

Un autre aspect touche la question de la vérité. Nous savons que la vérité du sujet et la vérité sur le plan de la justice ne se superposent pas nécessairement, que beaucoup de situations dénoncées aux autorités judiciaires sont « classées sans suite » faute de preuve... Quelques questions illustrent la réflexion : « Quelles sont les conséquences pour un enfant de la non-reconnaissance juridique des faits subis ? Est-il à même de comprendre pourquoi la société estime, sans doute au regard de la protection de la présomption d'innocence, ne pas avoir assez d'éléments pour poursuivre ou condamner l'auteur ? Quelle est la portée symbolique de termes juridiques tels que « classé sans suite » ou « non-lieu » ? Peut-il ne pas se sentir remis en cause, ne pas penser qu'on ne le croit pas et plonger alors dans un sentiment profond d'impuissance et de désespoir ? » La croyance générale concernant l'appel à la Justice est que celle-ci vous reconnaîtra comme victime et condamnera automatiquement l'auteur, dans la perspective d'une réparation, laquelle permet d'atténuer les dommages causés par le trauma. Se tourner vers la justice conduit le sujet à connaître un processus de régression ou d'infantilisation dans le sens qu'on attend de l'autorité judiciaire qu'elle se comporte

telle une mère bienveillante et protectrice ou tel un père vengeur (Barudy, 2007 ; Berger, 2008).

a.3. La parole de l'enfant

Comme il est extrêmement rare que l'auteur soit pris en flagrant délit, la démarche de plainte se base habituellement sur les révélations de l'enfant. L'effet revers de la considération de la parole de l'enfant est qu'il constitue l'élément clé du dossier judiciaire. La jeune victime peut avoir l'impression de porter seule la responsabilité des conséquences de son énonciation (explosion de la cellule familiale, incarcération, ...). Etant donné les liens affectifs qui unissent auteur et victime, les risques de sentiment de culpabilité sont d'autant plus grands. Les réactions des autres membres de la famille renforceront ou pas ce sentiment par un phénomène de culpabilisation, en fonction de leur ambivalence et du degré de leur soutien à l'enfant (de Becker, 2008).

a.4. Les phénomènes de stigmatisation

Sur un autre plan, nous sommes invités à une grande prudence par rapport aux retombées sur l'adulte de ce type d'allégations. Pour un parent, se voir être accusé d'abuseur sexuel n'a pas le même impact que d'être taxé de maltraitance psychologique, de négligence ou de maltraitance physique. Ces dernières décennies, et surtout depuis août 1996 (déclenchement de l'affaire Dutroux), la « délinquance sexuelle » s'est vue connotée encore plus négativement et des phénomènes de « chasses aux sorcières » ont pu être observés. Autant la mise en lumière de ces problématiques était importante et nécessaire, autant les écueils que celle-ci a impliqués n'ont pas été sans conséquence pour la sérénité des prises en charge. Des phénomènes de stigmatisation et de désignation de bouc-émissaire de la société ont été retrouvés tant dans les écrits scientifiques que dans la presse générale. Notons que les tenants de la non-judiciarisation n'ont pas souhaité permettre aux familles et en particulier aux auteurs de maintenir un huis clos dans lequel ils entretiendraient leurs dysfonctionnements. L'intervention même de professionnels au courant de l'abus est considérée comme garante de l'ouverture au tiers, de l'abandon de la dynamique du secret au profit d'une mise au travail, d'un questionnement des interactions pathologiques (Hayez et al., 1997).

Ce choix de non-judiciarisation s'inscrit également parfaitement dans une mouvance très répandue de « l'idéologie du lien », dont les partisans défendent à tout prix le maintien de la relation parents-enfants quand bien même celle-ci serait toxique. Soulignons qu'il s'agit aussi souvent du désir de l'enfant de maintenir le contact avec les parents, si pas dans un premier temps, du moins après le moment de crise. A ce propos, nous observons que ce mouvement de l'enfant vers le parent sera d'autant plus présent que ce dernier reconnaît les faits et donne, de facto, du poids à la parole du jeune sujet. Dans le cas contraire, l'enfant connaîtra régulièrement des processus de rétractation dans le fantasme de dénier la réalité.

B. LES ÉCUEILS DE LA NON-JUDICIARISATION

Comme on peut le constater, l'option prise par les décrets successifs n'est pas sans fondements et se justifie à bien des égards. Néanmoins, dans notre pratique quotidienne, nous constatons un certain nombre d'écueils. Ceux-ci peuvent être envisagés à différents niveaux.

b.1. La Loi et l'Autorité

Un aspect central concerne l'absence de la Loi et la déliquescence de « l'Autorité ». L'abus sexuel intrafamilial représente la transgression de lois fondamentales : celle de l'interdit de l'inceste et plus particulièrement celle de l'interdiction des relations sexuelles entre un adulte et un enfant. Dans le domaine de la transgression, on ne peut faire fi des notions d'autorité et de sanction. La société en général, et le monde psycho-social en particulier, n'ont eu de cesse de répéter les enjeux fondamentaux de la manifestation claire d'une autorité « incarnée » dans toute une série de domaines et l'ont instituée en tant que garante d'un développement individuel et sociétal harmonieux (Lebrun, 2011).

Mais, qu'en est-il de cette incarnation de la Loi ? Il y a trente ans, quand se sont développés en Belgique ces modèles d'intervention soutenant la non-judiciarisation, la société était encore très « sensible » aux représentations symboliques de l'autorité et de la Loi. Force est de constater que notre société actuelle relativiste et individualiste a fait tomber plus d'un repère de son piédestal. A la suite de Lebrun, soulignons combien ce qui fait autorité horizontale a remplacé l'autorité verticale : en d'autres termes, les principes et valeurs des anciens, de l'histoire, des savoirs et des structures les représentant, sont facilement contestés. Actuellement, l'individu qui fait ses preuves acquiert une légitimité et peut se faire entendre.

Par ailleurs, notre société est de plus en plus attentive à la place de la victime, à sa reconnaissance par le monde judiciaire. A travers la victimologie et les expertises de reconnaissance des impacts de tout traumatisme ou agression, la justice elle-même pourrait fragiliser une position de référence et donc d'autorité (Mugnier, 2003).

A l'heure où les figures d'autorité normalement les plus investies et les plus « réelles » que sont les magistrats ou les forces de l'ordre ont perdu, pour beaucoup d'individus, leur fonction symbolique, peut-on vraiment attendre d'un professionnel médico-psycho-social qu'il incarne cette autorité, au risque de l'amener d'une fonction thérapeutique vers une fonction de contrôle ? Si la présence d'un juriste au sein d'une équipe SOS-Enfants a toute sa pertinence et peut représenter symboliquement pour les parents ou l'enfant la Loi et les règles juridiques établies en matière de maltraitance sexuelle, il ne s'agira jamais d'une autorité telle qu'un juge qui tranche et prend position dans la dynamique auteur / victime. La fonction de juriste est d'ailleurs souvent mal vécue par le protagoniste qui se voit remis en question et considéré comme potentiel auteur de maltraitance sexuelle.

b.2. La déviation du système

Le système, tel qu'il est pensé et instauré actuellement, peut s'adresser relativement adéquatement à des personnalités dont le fonctionnement interne reste sensible à l'énonciation de la Loi et au respect du cadre. En d'autres termes, à des auteurs qui ne retirent pas de plaisir à la manipulation et la transgression de la dite-Loi (pervers). Or, les auteurs d'agression sexuelle ayant plutôt ce « traits pervers » sont bien présents dans la clinique de la transgression sexuelle intrafamiliale et le modèle tel qu'il existe actuellement leur fournit un très « jouissif terrain de jeu ».

b.3. L'Absence de sanction : pas de réparation pour l'enfant et toute-puissance de l'auteur

La plupart des enfants intègre les règles et les lois notamment à travers le principe des sanctions : « si tu fais une bêtise, tu seras puni ». Ils acquièrent progressivement les notions de bien et de mal et le jugement moral via les limites qui leur sont posées. De nombreux pédagogues insistent d'ailleurs sur le bien fondé de ces « sanctions », quand elles sont justes et proportionnées et qu'elles s'accompagnent d'un dialogue avec l'enfant. Bien qu'une évaluation diagnostique revêt une dimension « rappel de la loi », l'enfant victime pris en charge avec sa famille, et donc l'auteur de l'abus, passe souvent très vite à une étape de « type » thérapeutique dans laquelle il n'y a pas de « sanction » en tant que telle, en tout cas pas une marquée du sceau de la société. On peut donc s'interroger sur le message ainsi véhiculé à l'enfant.

Dans le même ordre d'idées, mais en se plaçant du point de vue de l'auteur, cette absence de sanction peut renforcer un sentiment d'impunité et dès lors de toute puissance, susceptible de favoriser la récidive.

b.5. L'intervenant ne peut être garant de la non-récidive

De leur côté, les intervenants deviennent d'une certaine façon, les dépositaires d'une information de « menace potentielle » pour la société (tel adulte est un prédateur potentiel pour d'autres enfants). Ce qu'ils mettent en place devrait être garant de la non-récidive. Comme déjà mentionné plus haut, cela place l'intervenant psycho-social dans une fonction de « contrôle social » qui n'est pas forcément la sienne.

b.6. L'évolution des modèles familiaux

L'évolution de la société et des modèles familiaux repose autrement la question de la judiciarisation des situations d'abus intrafamilial. D'une part, les séparations, souvent conflictuelles, et les recompositions familiales, amènent plus facilement et plus systématiquement des démarches de plainte (justifiées ou non), d'un parent, à l'encontre de « l'autre » parent. Les intervenants ne sont plus confrontés à un « bloc » familial soudé, désireux de « protéger » à tout prix le système et ses membres. D'autre part, les mécanismes de protection qui pouvaient être mis en place au niveau intra-familial (vigilance, communication, ...), lorsque les familles restaient « unies » ne peuvent plus automatiquement être implémentés (Godelier, 2004).

b.7. Le manque de moyens

Enfin, au-delà de considération cliniques et psychopathologiques, le modèle actuel est confronté à une limite majeure : le manque de moyens. Si comme nous l'avons vu plus haut, un certain nombre d'arguments plaident en faveur du principe de non-judiciarisation, elle n'a d'efficacité réelle que si elle se dote des moyens concrets nécessaires à sa bonne application. Or, nous manquons cruellement de moyens : lieux adéquats d'hébergement à court, moyen et long termes ; services

d'accompagnement à domicile ; services de prise en charge thérapeutique ; etc. La réalité du terrain nous oblige à construire, bricoler devrait-on dire, des modèles bancals, incertains et parfois insuffisamment efficaces. Ces modèles peu performants augmentent par ailleurs le risque de victimisation secondaire par maltraitance institutionnelle (par exemple ces enfants hospitalisés pendant des semaines en milieu hospitalier et qui finissent par demander un retour à domicile, faute d'alternative adéquate).

CONCLUSION

Si l'axe de l'engagement « politique » et de la dénonciation du manque de moyens doit rester une priorité, il n'en demeure pas moins que les cliniciens doivent, dans l'ici et maintenant, pouvoir trouver, inventer, créer des solutions les plus adaptées possibles aux besoins de l'enfant. Nous sommes convaincus que cette créativité passe notamment par l'établissement de collaborations étroites au sein du réseau : les liens privilégiés entre les différents acteurs permettent, dans les situations complexes ou de crises, de s'entendre plus rapidement sur les interventions à privilégier.

La créativité passe également par la possibilité que se donnent les intervenants de trouver des solutions « originales » que ce soit dans les modalités de rencontres (individuelle, de famille, de fratrie, transgénérationnelle mais aussi à domicile ou en institution) ou dans les « outils » utilisés (médias, jeux, ateliers, groupe, ...). Ces différents settings introduisent du mouvement dans les prises en charge et évitent aux professionnels de s'essouffler dans une certaine routine.

Enfin, tels des funambules, les professionnels doivent aussi sans doute trouver un équilibre précaire entre aide, soutien mais aussi contrôle social et expertise, endossant pour les individus et leur famille, tantôt la fonction d'Autorité, tantôt celle de contenance ou de soin sans devenir pour autant un intervenant tout puissant [6].

Tout cela ne peut se faire que si l'intérêt de l'enfant et au-delà, celui de sa famille, reste le fil rouge de notre travail, non pas un intérêt « théorique » mais bien un engagement réel et profond des cliniciens dans chaque situation.

RÉSUMÉ

Objectifs : Discussion sur l'évaluation d'un modèle d'intervention auprès des situations d'abus sexuel intrafamilial dans le contexte spécifique de la Belgique francophone. Jusqu'à présent, les professionnels de la santé informés d'une situation d'abus sexuel sur enfant ne sont pas tenus de transmettre ipso facto l'information aux autorités judiciaires.

Méthode : Les auteurs précisent le cadre contextuel en développant les aspects historiques de la mise en place d'équipes spécialisées dans l'évaluation et le traitement de situation de maltraitance sexuelle d'enfants. La perspective principale est de développer les éléments qui argumentent les raisons d'être du cadre légal qui entoure les situations particulières ainsi que la complexité des structures qui y sont impliquées.

Résultats : L'article met l'accent sur les retombées tant positives que dommageables sur l'enfant et son entourage socio-familial de ce que nous appelons une « non judiciarisation systématique ». Nous présentons les résultats sous la forme d'une énumération succincte des avantages et des écueils d'un positionnement sociétal.

Conclusions : Les auteurs invitent les professionnels concernés à une créativité sans cesse renouvelée et remise en question dans la perspective d'apporter à l'enfant maltraité sexuellement et à son entourage le meilleur accompagnement possible.

MOTS-CLÉS : « Non » judiciarisation – Protection – Secret professionnel – Traumatisme

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] AUSLOOS G., *La compétence des familles*, Eres, 1995.
- [2] BARUDY J., *De la bientraitance infantile*, France, Fabert, 2007.
- [3] BERGER M., *Voulons-nous des enfants barbares?*, Paris, Dunod, 2008.
- [4] BERGER M., *les séparations à but thérapeutique*, Paris, Dunod, 2^e édition, 2011.
- [5] Centre de Documentation et de Coordination sociales ASBL, « L'aide à la jeunesse à Bruxelles », *Bruxelles sous la loupe*, Juin 2004, n°2, 96 p.
- [6] CIRILLO S., *Mauvais parents: comment leur venir en aide?*, France, Fabert, 2006
- [7] COLETTE-BASECQZ N., « Le secret professionnel face à l'enfance maltraitée », *Annales de Droit de Louvain (A.D.L.)*, vol. 62, 2002, n° 1-2, pp. 3-30.
- [8] DE BECKER E., Allégations d'abus sexuel: entre mensonge et vérité ?, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54, pp. 240-247, 2006.
- [9] DE BECKER E., Transmission, loyauté et maltraitance de l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 1, 1, pp. 43-72, 2008.
- [10] FERENCZI S., *La confusion de langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. Analyse d'enfants avec des adultes en psychanalyse*, Œuvres complètes, Tome IV, Paris, Payot, pp. 125-135, 1982.
- [11] GODELIER M., *Métamorphoses de la parenté*, Fayard, 2004.
- [12] HAESVOETS Y-H., *Regard pluriel sur la maltraitance des enfants*, Belgique, Ed. Kluwer, 2003.
- [13] HAYEZ J-Y., DE BECKER E., *La parole de l'enfant en souffrance: accueillir, évaluer et accompagner*, Paris, Dunod, 2010
- [14] HAYEZ J-Y., DE BECKER E., *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille. Evaluation et traitements*, Paris, PUF, 1997
- [15] LEBRUN J.-P., *Un monde sans limite*, Paris, Eres, 2^e éd., 2011
- [16] MUGNIER J-P. (2003). *Les stratégies de l'indifférence*, Paris, Fabert
- [17] NOUWYNCK L., « La position des intervenants psycho-médicosociaux face au secret professionnel dans le travail avec les justiciables », *Rev.dr.pén.crim.*, 2001, pp. 3 à 28; *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, 2002, Cahier numéro 23, 2^{ème} trimestre.
- [18] NOUWINCK L., « Secret professionnel, protection de la vie privée et communication d'informations entre acteurs de la protection de la jeunesse », in. *Actualités en droit de la jeunesse*, sous la coordination de MOREAU T., Commission Université Palais, Larcier, 2005, 328 p.
- [19] Textes légaux :
- Loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse, à la prise en charge des mineurs ayant commis un fait qualifié infraction et à la réparation du dommage causé par ce fait, *M.B.*, 15 avril 1965.
- Articles 458 et 458bis du Code pénal belge.
- Décret du parlement de la communauté française du 29 avril 1985 relatif à la protection des enfants maltraités, *M.B.*, 12 juin 1985.
- Décret du parlement de la communauté française du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse, *M.B.*, 12 juin 1991.
- Décret du parlement de la communauté française du 16 mars 1998 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitances, *M.B.*, 23 avril 1998, p. 12451.
- Décret du parlement de la communauté française du 12 mai 2004 relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance, *M.B.*, 14 juin 2004.
- Ordonnance de la commission communautaire commune de la Région de Bruxelles capitale du 29 avril 2004, *M.B.*, 1^{er} juin 2004.

Auteurs correspondants :

Maité BEAGUE, juriste, équipe SOS-Enfants, Service de Psychiatrie Infanto-juvénile, Cliniques universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10 / Bte 2090 B – 1200 Bruxelles

Nathalie CHATELLE, psychologue clinicienne, psychothérapeute, équipe SOS-Enfants, Service de Psychiatrie Infanto-juvénile, Cliniques universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10 / Bte 2090 B – 1200 Bruxelles

Emmanuel de BECKER, pédopsychiatre, Cliniques universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10 / Bte 2090 B – 1200 Bruxelles
emmanuel.debecker@uclouvain.be

A-CÔTÉ DE LA PSYCHIATRIE. COMMENT, FAIRE PARTIE D'UN COLLECTIF CRÉATIF PROCURE UNE INSCRIPTION SOCIALE ?

THE LOCUS OF CONTROL IN RELATION TO ABSENTEEISM AND / OR
ABANDONMENT IN A MENTAL HEALTH SERVICE

Noémie CUISSART de GRELLE, Denis HERS,

STARTING WITH THE ASSUMPTION THAT THE QUALITY OF SOCIAL RELATIONS DETERMINES THE FUTURE OF PSYCHIATRIZED PEOPLE, THIS FIELD SURVEY AIMS TO SUPPORT THE EFFORTS OF HUMANIZATION, IN A PSYCHIATRY TORN BETWEEN MEDICAL AND SOCIAL CARE. FACING A NEW WAVE OF DESINSTITUTIONNALIZATION MY INTERESTED WILL FOCUS ON AN CENTER THAT FOSTERS CREATIVITY AND FACILITATES SOCIAL LINKS; THE COLLECTIVE CALLED « ATELIER CÔTÉ COUR ». THIS CENTER FOR EXPRESSION AND CREATIVITY WELCOMES PEOPLE WITH PSYCHIATRIC DISORDERS. AS A LEGACY OF THE THERAPEUTIC CLUBS, THE ASSOCIATIVE MODEL OF « ATELIER CÔTÉ COUR » PROMOTES THE RESPONSIBILITY AND RESOCIALIZATION OF THE PARTICIPANTS. THE DISCUSSION EXPLORES THE ASPECTS OF PSYCHIATRIC CARE, RESISTANCE TO SOCIAL INSECURITY, AND ARTISTIC CREATIVITY IN A COLLECTIVE PRACTICE. IT SHOWS HOW THE REVERSAL OF THE STIGMATIZATION WORKS AND HELPS TO RE-ESTABLISH DIGNITY, A SOCIAL RECOGNITION AND CONTINUITY IN SOCIAL RELATIONS.

Key-words : Social link – Socialization – Artistic creativity

INTRODUCTION

Le sujet qui m'anime, a trouvé son origine au cœur de l'actualité de la psychiatrie belge. Sous la dénomination d'Article 107, la loi du 10.07.2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins en Belgique a comme objectif « le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine ». Cette nouvelle réforme des soins de santé mentale vise à intensifier le mouvement de dé-hospitalisation et de sectorisation déjà présent depuis les années 70, à travers la mise en place de circuits et réseaux de soins. En tant que psychiatre en formation, ces nouveaux mouvements de désinstitutionnalisation/dépsychiatriation me poussent à rechercher une juste place de soignant. Le remaniement de l'organisation des soins, vers toujours plus de prises en charge hors les murs -en ambulatoire et à domicile-, suppose d'essayer d'éviter les hospitalisations tant que possible. Dans les hôpitaux psychiatriques, nous rencontrons des patients souffrant de désinsertion sociale et de perte de repères dans la société. Or, on constate aujourd'hui une grande précarité du lien social dans la ville. Comment dès lors accompagner ces patients, quelles sont leurs ressources, et quelles sont les nôtres, à nous, professionnels ? Dans une « psychiatrie tiraillée entre la tentation médicale et la tentation sociale¹ », comment exploiter les pistes à la marge ?

Mon souci (comme professionnel de la santé) est d'être attentive à soutenir des démarches d'humanisation. Dans un modèle historiquement hospitalo-centré, à une époque où la folie a du mal à élire domicile, ma réflexion tourne autour de lieux facilitant le lien social et de leurs bénéficiaires. Le type de

lieux qui m'intéresse ici est à l'interface du soutien social et de la psychiatrie. A côté de leur fonction d'accueil, ils misent sur la créativité pour reprendre le pas sur la vie, des initiatives souvent humbles mais audacieuses... Les professionnels de la santé sont à leur tour invités à être subversifs, se laisser déformer par ce *paysage*, dans un souci de subjectivation, relation et (ré)insertion de leur public. Nous imaginons que le regard du clinicien soit enrichi et modifié par la prévalence de tels projets communautaires.

On peut faire l'hypothèse que la qualité des relations sociales est déterminante dans le devenir des personnes *psychiatisées*. Comment dès lors ces liens se tissent-ils, tant avec les professionnels qu'avec l'entourage ? Comment la communauté soutient-elle ses « fous » ? Nous explorerons cet à-côté de la psychiatrie au travers de l'exemple d'un centre d'expression et de créativité accueillant des personnes ayant été aux prises avec la psychiatrie.

MÉTHODOLOGIE

Cette réflexion a pris la forme d'une enquête de terrain, au travers d'une observation participante lors de sorties d'été et de groupes de réflexion, avec discussion à bâtons rompus sur les thèmes de la normalité et ses marges, le lien social et la créativité.

L'Atelier Côté Cour est le lieu de l'enquête. Ce Centre d'Expression et de Créativité (CEC) accueille des adultes qui ont été aux prises avec la psychiatrie. En mai 2010, avant la suspension des activités du CEC pendant l'été, la possibilité que les participants puissent gérer un projet autonome émerge. Auparavant, ils organisaient des rencontres informelles, de leur

¹ Bonnet C. 2010 Evolution de la place des usagers en santé mentale », dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, ères, pp 71-86

propre initiative, des ateliers d'écritures *pirates* « *et ça n'allait pas, nous dit Michel, je n'étais pas satisfait* ». Des sorties d'été seront instaurées pour que l'été ne soit pas « *trop long* ». Pour Colette « *il faut des choses pareilles pour garder la tête hors de l'eau* ». La création d'un collectif de participants au sein du CEC, offre alors un cadre à la poursuite d'activités durant les congés d'été. Ainsi naît le Conseil de la Cour. Après une année d'existence, l'initiative a abouti. Le Conseil prend de l'ampleur et donne notamment à ses participants une figure d'acteur social. Ce terrain est propice à mon enquête, pour explorer les questions, « en chantier », de lien social, créativité et psychiatrie. Me tournant vers les participants du Conseil de la Cour, je leur propose de se rencontrer pour réfléchir ensemble sur la vie sociale hors les murs de la psychiatrie. Ces rencontres prennent la forme de groupe de réflexion, avec la méthode d'enregistrement et retranscription. Elles ont lieu à l'Espace Senghor la première fois (espace investi par l'atelier théâtre), ensuite dans le garage de l'ACC. Ces moments de discussion avec les membres du Conseil de la Cour furent d'une grande richesse, toujours basée sur l'écoute et l'échange, dans une ambiance très décontractée. D'une rencontre à l'autre il s'agissait de faire un retour de la discussion précédente, afin d'en ressortir certaines thématiques. Il a fallu ensuite dégager les idées principales ressortant de ces rencontres, classer les extraits choisis sous rubriques et en donner une interprétation, en dialogue avec différents référents théoriques.

De leur côté, les participants m'ont invitée à les accompagner aux activités d'été, « Art en balade », ce que j'ai fait à deux reprises. Cette observation participante a été l'occasion de me plonger et m'intégrer dans le groupe, d'évoluer avec eux. Les sorties sont organisées par deux participants qui choisissent un médium artistique pour s'exprimer (écriture, dessin, peinture,...) et un lieu vert de la ville comme source d'inspiration. Lors d'une première sortie, j'accompagne le groupe dans la Forêt de Soignes pour une session de Land Art², une autre fois au Parc Royal pour du dessin.

CLIMAT D'AMBIANCE

« *Ici il n'y aura pas de malades, pas d'anormaux, juste des hommes et des femmes fragiles, sans même te comprendre, on t'accepte tel que tu es... un être humain* »³

Entrer dans l'Atelier Côté Cour (ACC), c'est une véritable bouffée d'air. Ce lieu m'a de maintes fois accueillie, de façon plus ou moins formelle. Le foyer de l'ACC c'est le « garage ». La plupart des réunions se font là, mais c'est surtout l'écrin des ateliers, d'écriture et d'illustration. Pour s'annoncer, on frappe à la porte du garage. Une fois dans l'antre, c'est l'occasion de découvrir, affiché aux murs, le travail passé ou en cours de

l'atelier d'illustration. Des projets de l'atelier multimédia « Art and the city » s'y mêlent souvent. Lors du Parcours d'artistes⁴ organisé par la Plateforme belge pour la santé mentale, le garage et ses dépendances se transforment en un lieu d'exposition, de projection et de performances, à la rencontre des participants et des animateurs, de leurs créations.

A l'été 2011, je suis là dans un tout autre contexte. Dans le cadre du certificat universitaire en Santé Mentale en Contexte Social⁵, je viens rencontrer le Conseil de la Cour. Viviane, la coordinatrice de l'ACC, m'a conviée à leur réunion mensuelle, qui se tient dans le garage. Un peu en retard, je frappe à la porte. Viviane vient m'ouvrir. Une chaise m'attend, autour de la grande table de travail. Nous sommes une dizaine. Mon arrivée interrompt la programmation des activités d'été. D'emblée, on m'invite à me présenter. Chacun s'introduit ensuite à son tour. D'abord Lionel, assidu de l'ACC à ses heures, est un photographe passionné. Todor, que j'ai déjà croisé, dit « *faire semblant de faire du théâtre* ». Christine se présente comme fondatrice de l'ACC et du Conseil, elle participe surtout à l'atelier d'illustration. Encore « *en transition* », Colette s'annonce comme nouvelle dans l'aventure. Michel, lui est là depuis longtemps, il est investi dans l'écriture, et dans le théâtre comme musicien. Alberta est la présidente « *mais c'est la vice-présidente (Françoise) qui fait tout, à mon plus grand bonheur* ». Elle participe à l'ACC depuis le début, et a pris part à différents ateliers. Françoise, est à aussi à l'origine du Conseil de la Cour, très active à l'ACC, elle a découvert le théâtre un an auparavant.

« Au départ, écrit Denis Hers dans le recueil *Passages*, publié par l'ACC en 2010, il y eut la volonté d'offrir un lieu d'accueil à ceux qui avaient trouvé à l'hôpital un espace de rencontre et de création, et que la ville anonyme renvoyait à leur solitude. »

« *Ici, on ne parle pas trop de psychiatrie* » précise Viviane. Viviane est comédienne de formation et a également un diplôme d'infirmière psychiatrique. Depuis 2005, elle est à l'origine de l'Atelier Côté Cour, en collaboration avec Denis Hers. L'Atelier Côté Cour est reconnu comme CEC par le Ministère de la Culture, comme Atelier Créatif bruxellois et Initiative Santé à la Cocof. L'ACC a le statut d'asbl depuis 2009. L'ACC a un peu plus de cinq ans au moment des réflexions, « *c'est jeune mais il y a de l'eau qui a coulé sous les ponts* » nous dit Françoise. Et Colette de renchérir « *oui on est même un exemple pour d'autres institutions* ».

DISCUSSION ET ENSEIGNEMENTS

« *Notre fragilité intime, ce lieu où nous sommes le plus nous-mêmes, est la source d'où s'origine toute création.* » Denis Hers

2 (d'après le Larousse) tendance de l'art contemporain apparue aux Etats-Unis vers 1967 et caractérisée par un travail dans et sur la nature.
3 Extrait de la charte du groupe d'entraide La Graine à Bruxelles.

4 <http://www.artiestenparcoursdartistes.com/fr/index.html>

5 Santé mentale en contexte social : multiculturalité et précarité, Formation continue, Université Catholique de Louvain, sous la direction de Pascale Jamouille et Emmanuel Nicolas

IL ETAIT UNE FOIS...

• Une filiation : Le centre d'expression et de créativité, l'Atelier Côté Cour, tel qu'il existe aujourd'hui, se situe dans la lignée des clubs thérapeutiques apparus au sein du mouvement de la psychothérapie institutionnelle. A l'époque de la seconde guerre mondiale, l'expérience de Saint-Alban relève d'une nécessité vitale de s'organiser pour survivre aux conditions très précaires dans l'asile psychiatrique. Nombres d'initiatives « ont révélé des capacités insoupçonnées de créativité, d'humanité et de prise de responsabilités chez des patients maintenus à l'hôpital psychiatrique dans un état de passivité et chronicité majeure.⁶ » La psychothérapie institutionnelle a une vocation d'humanisation de l'hôpital psychiatrique, notamment au travers de ses clubs thérapeutiques. Ceux-ci proposent un fonctionnement associatif tourné vers la responsabilisation des malades, la créativité et la resocialisation⁷. Ce sont des lieux où l'on retrouve de la convivialité et de la connivence. A la proposition d'un journaliste belge de *labordiser* le monde, Jean Oury répond qu'« en effet souvent il y a plus d'humanité dans des groupes de malades que dans le monde. Il y a moins de résistances cognitives, on est plus en prise directe.⁸ » Et cela il le fait valoir sur un plan général mais aussi dans le cadre de la création esthétique. « En mettant toutes les résistances intellectuelles ou rationalisantes de côté, c'est comme si le travail de la psychose avait éliminé toutes ces formes aliénatoires, et paradoxalement ils sont moins aliénés que les normopathes ». Le Centre d'Expression et de Créativité a cette même fonction, mais va au-delà du club thérapeutique dans le sens d'un détachement de l'institution, notamment par son statut d'asbl (association sans but lucratif) à part entière. En effet, il n'y a pas de lien direct avec l'hôpital, avec ses soignants. Les participants sont issus d'un parcours psychiatrique, et dans leur processus de désaliénation, ils se présentent volontairement, s'inscrivent et participent à un ou plusieurs ateliers artistiques. Dans les dynamiques actuelles, on observe que du club thérapeutique, on en vient aux groupes d'entraide mutuelle et à la parole aux usagers. Ces initiatives sont inspirées en partie des réunions des alcooliques anonymes apparues en Belgique en 1953. Colette souligne bien la spécificité de l'ACC par rapport à ces autres lieux « j'ai eu des groupes de soutien, on est anonyme, maintenant j'ai rencontré une famille, des gens qui ont souffert comme moi, des gens qui savent ce que c'est de se casser la pipe dans la vie, de souffrir et de rebondir quand on est au fond de la piscine. Nous avons tous en nous cette force qui nous différencie de la normalité ». L'ACC ce n'est pas un centre de jour, ce n'est pas un groupe d'entraide mutuelle, ce n'est pas un groupe de parole.

• Des acteurs : Comme l'indique Jean Oury, toujours à propos des clubs thérapeutiques, « pour avoir de la liberté, il faut que cela soit structuré ». Les garants de la structure de l'ACC

sont pour la plupart des *non-psys*. La coordinatrice de l'ACC est comédienne et infirmière psychiatrique. Elle est la cheville ouvrière du projet, lui donne une structure, une pensée. A ses côtés, des artistes animent les différents ateliers (illustration, écriture, théâtre, graphisme et média). Michel souligne l'importance du cadre « *institutionnel, qui permet d'être plus libre, l'institution joue un rôle sécurisant* ». Micheline remarque « *l'ACC n'est pas une structure de soins, on est tous responsable de la convivialité* ». Les relations sont riches, de personne à personne, rappelant que les bases de l'intégration sociale reposent sur « l'existence de liens affectifs non rationnels, chaleureux, qui relient les individus entre eux avec la société dans son ensemble⁹ ». Ensuite il y a les membres adhérents, qui n'ont pas de « *pouvoir décisionnel* », explique Michel, mais bien participatif et d'initiative ce qu'il appelle « *la stratégie du bottom-up* ». Et cela d'autant plus à travers le Conseil de la Cour, bien structuré par ses membres. Les participants de l'ACC ont aussi un rôle actif dans le réseau. Ils ont été mis à contribution dans la recherche de subsides, notamment dans cadre de réunions à la Fondation Roi Baudouin. Ou encore, Colette s'est exprimée en tant qu'expert usager à la table de la journée de la Plateforme Francophone de Concertation en Santé Mentale en 2012¹⁰.

• Un nouveau venu, le collectif : « *De jadis jusqu'à naguère nous vivions d'appartenances (...) ces collectifs ont à peu près tous explosés* » Michel Serres

Les participants de l'ACC ont fait émerger un collectif au sein du CEC, le *Conseil de la Cour*. La notion de collectif comporte une part d'expérimentation, aussi bien dans l'organisation du travail en interne que dans l'invention de formes artistiques. Par définition, le collectif évolue en fonction des individus qui le constituent et des projets autour desquels ils se retrouvent. Tous les témoignages montrent que cette notion comporte des applications différentes et demeure très mouvante.

Le collectif *Conseil de la Cour* « rassemble et fédère (ses membres) pour prendre en mains leur destin commun. On a vu naître des voies nouvelles et de belles solidarités »¹¹.

Pour Françoise « *Le Conseil a donné l'occasion à certaines personnes de vraiment bien s'investir dans Côté Cour, de connaître tout le monde, d'avoir des projets à concrétiser* » Ils sont bien organisés, il y a une présidente, (Alberta à l'époque, aujourd'hui c'est Michel), une vice-présidente, Françoise. Chacun peut y mettre du sien avec ses compétences, « *tous des talents qui font que ça marche* » Françoise insiste « *Je me sens de plus en plus impliquée. Ça fait plaisir, on a l'impression d'exister parce que partout ailleurs, dès qu'on a valsé en psychiatrie c'est fini. Je peux mettre une croix sur un vrai boulot. L'appartenance et le fait que*

6 Supligeau M.-O., Clubs thérapeutiques et « groupes d'entraide mutuelle » : héritage ou rupture ? dans *VST – Vie sociale et traitements*, 2007/3 – n°95 pp 54 à 63

7 Luong C., 2010, Soigner la psychose. Le cadre de soin extra hospitalier : un objet à utiliser. *L'Évolution psychiatrique* 75, pp 485-497

8 Oury J., Atelier de la vie quotidienne

9 d'Hostingue E. et Monrange P., 2010, Sans lien social, quelle place pour le sujet ? » dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, ères, pp125-138

10 PFCSM / Parcours d'Artistes 2012 - Présentation du débat, Santé mentale, environnement et resocialisation : et l'art dans tout ça ?

11 Mot du président du Conseil dans l'Écho de la Cour, journal du collectif, paru en 2012

les personnes aient aussi de problèmes impliquent qu'on forme un groupe. Ca fait du bien, c'est une force. »

Côté PSY

UN REGARD DE SOIGNANT

Dans un parcours psychiatrique, on peut distinguer différentes étapes pour la personne en soins¹². Une première est marquée par l'intensité des symptômes, faite de ruptures et de désinvestissements. C'est un moment très à risque de déliaison, de sortie de la sphère relationnelle. La prise en charge se fait alors en psychiatrie, le plus souvent à l'hôpital, de façon intensive et plus ou moins prolongée. La psychiatrie tend à devenir seul interlocuteur qu'ils leur restent¹³, à faire de ces patients des « êtres sans » pour qui « la solitude n'est plus associée à un comportement esthétisant de quelqu'un qui se met hors du jeu des interactions entre individus, mais relève de plus en plus d'une force institutionnelle qui condamne un perdant à une solitude discriminatoire¹⁴ ». Françoise en témoigne en ces mots : « Quand on sort de la psychiatrie on se sent très seul et les autres nous fuient »

Une deuxième étape serait une phase de traitement moins intensif, en ambulatoire, un accompagnement, avec la reprise de certaines activités. Bernard décrit très bien le processus : « J'ai connu des hospitalisations, mais j'ai connu aussi un centre thérapeutique de jour. Pendant deux ans, je me suis senti pris en charge par ce centre de jour. » Il poursuit « Après, je me suis dit que c'était à moi de prendre des initiatives si je voulais remettre un pas, un pied dans la société. Fréquenter l'ACC a été ce pas. J'ai rencontré des gens en dehors d'une institution psy avec une activité comme support. »

On pourrait ajouter, troisièmement, la notion de stabilisation, reflétant un retour à une vie plus autonome avec des prises d'initiatives et des projets personnels. Une continuité du lien, avec une même équipe, est nécessaire, ce que Hélène Chaigneau a appelé la « fidélité ». Cette continuité est primordiale dans ce que la rechute peut représenter de discontinuité. Colette rappelle « Il ne faut pas oublier que nous sommes des gens malades qui nous soignons. D'une heure à l'autre on peut changer. » Les participants de l'ACC ont ce souci de continuité à l'égard du groupe, Michel explique : « Grâce au fait qu'on est à plusieurs, il existe quelque chose de nos relations, acquises petit à petit » Cela leur permet de « prendre des responsabilités » avec une certaine prise de risque amortie par le groupe. Comme dit Michel « c'est important qu'on soit plusieurs et qu'on se comprenne pour assurer la continuité »

Dans le groupe certains nomment leur maladie d'autres préfèrent ne pas en parler.

Au travers de ces différentes étapes, non linéaires, le patient acquiert ce que Michel appelle le statut de « psychiatrisé ». D'abord vécu comme une stigmatisation, cette étiquette peut prendre une toute autre tournure. Il en témoigne ainsi : « J'ai connu beaucoup d'hospitalisations. J'ai eu besoin de la psychiatrie et j'ai encore besoin de médicaments, de beaucoup de médicaments, je suis susceptible d'être encore hospitalisé, je suis donc un psychiatrisé. Ce n'est pas du tout un jugement normatif. » Todor, un autre participant, souligne « Il y a aussi d'autres personnes, qui ne sont pas dans notre cas, qui prennent des médicaments mais pour de l'hypertension ou autre chose. » Et alors doucement peut s'amorcer le retournement du stigma. Michel « c'est une souffrance d'être marginalisé, en même temps je connais des questions que les autres ne connaissent pas. »

UN REGARD SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE

Bien des malades sont exposés aux processus de désaffiliation décrits par Robert Castel¹⁵. Ces processus mènent à des mouvements de déliaison sociale et cela renforce l'incertitude d'avoir une place quelque part, on parle alors de désinsertion.

Dans une société qui souffre de désaffiliation - déliaison - désinsertion, où chacun lutte pour sa place¹⁶, comment peuvent s'en sortir les psychiatrisés ? On parle de trouble du lien social en santé mentale, or on peut dire que la société est malade du lien social, l'entraide est brisée conduisant à toujours plus de précarité, jusqu'à la désignation de groupes boucs émissaires¹⁷. Quels sont dès lors les soutiens pour ces allocataires sociaux, dévalorisés et isolés ?

L'ACC peut être envisagé comme une initiative de soutien social d'un certain public qui « recompose » des espaces de subjectivation, de solidarité, de régulation des relations familiales et en société. On est dans une dynamique tant artistique que sociale. Le fonctionnement du CEC permet de faire partie d'un groupe, tisser des liens à partir d'un horizon commun de la psychiatrie entre personnes de classes sociales et d'âges différents. Tout cela aboutissant sur une entraide et une solidarité importante. Ce type d'institution permet aussi de dialoguer avec des professionnels, le politique, d'autres milieux artistiques, voire de développer des partenariats - artistiques et sociaux. A travers ces initiatives, il devient possible de renouer avec la communauté, retrouver une place, une dignité sociale¹⁸. Ces effets pourraient expliquer le succès de l'ACC.

12 Odier B., 2010, Mutations anthropologiques, transformations de la clinique et évolution des traitements psychiatriques, dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, ères, pp 353-370
 13 Azoulay J., 2010, Soins et traitements des psychotiques, dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, ères, pp 153-163
 14 Paquot T., 2007, Petit manifeste pour une écologie existentielle, Bourin éditeur

15 Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Gallimard folio essai.
 16 De Gaujelac V., Taboada Leonetti I., 1994, *La lutte des places*, Desclée De Brouwer/sociologie clinique
 17 Jamouille P., 2011, *Processus de précarisation, Enjeux et définitions*, notes de cours du Certificat Universitaire Santé Mentale en Contexte Social, Université Catholique de Louvain
 18 Thelen L., 2006, *L'exil de soi. Sans abri d'ici et d'ailleurs*. Facultés Universitaires Saint-Louis

A l'ACC, on trouve un cercle de relations chaleureuses, protectrices et utiles, grâce aussi à la figure de la coordinatrice et des animateurs. Un lieu de rencontre.

Ce n'est pas contre le malade qu'il faut lutter, mais contre l'isolement (social). Le malade au sein d'une association a l'opportunité de devenir acteur social, là où auparavant la maladie l'excluait d'emblée du social. Cela nous amène à une notion très intéressante, le retournement du stigma.

LE RETOURNEMENT DU STIGMA.

« Le don / contre-don est la base de l'échange social, notre société a vite fait d'enfermer quelqu'un dans un rôle d'assisté et de l'exclure ainsi de cette dynamique. Qui aimerait, en effet, être qualifié par des termes comme inadéquats, chroniques ou inadaptés sociaux ? ¹⁹ »

Le fait d'être reconnu comme faisant partie d'un groupe renforce l'estime de soi. Cela permet d'être sur un pied d'égalité comme le souligne Colette, « *Ici je suis comme tout le monde* ». L'opportunité de parler d'autre chose que de la maladie paraît alors évidente.

L'ACC, au delà d'être ce « lieu de rencontre entre pression sociale et fonction d'accueil généralisé ²⁰ » donne une place à prendre dans la société en tant qu'adhérents d'une association. Ils « entrent dans le bal de la cité » en y assumant un rôle établi et reconnu, inversant dès lors le cycle de la stigmatisation. Avec l'épidémie du SIDA dans les années 80, le paysage sanitaire a vécu un grand bouleversement. L'efficacité et le dynamisme des associations de lutte contre la stigmatisation ont permis de modifier la perception de la maladie par le grand public. Cela renvoie à quel point le mouvement associatif est un bon support pour faire du lien entre les personnes malades, les professionnels du social, du sanitaire, et avec la société. Il fabrique du lien social et à ce titre participe à la lutte contre l'isolement et la stigmatisation²¹. Françoise l'a vécu tel quel, et elle décrit très bien ce retournement au travers de ce passage à l'ACC « *On ne nous met pas une étiquette. On n'est pas catalogué. J'ai mon étiquette depuis mes 14 ans et demi toxico. Maintenant, je fais marrer tout le monde parce que je revendique mon étiquette.* »

À un moment donné, dans un parcours de soin, le *psychiatrisé* peut manifester la volonté de prendre le large et fait le projet « à la marge » de s'investir dans une démarche personnelle (ici, artistique). Pour Michel retourner le stigma n'est pas diaboliser la psychiatrie « *Je ne pourrais pas participer à un mouvement qui se veut antipsychiatrique, j'ai besoin de la psychiatrie* ». Et cela suscite les réactions de ses acolytes, la psychiatrie nous dit Colette « *ce n'est même pas répréhensible !* Et Françoise de renchérir « *C'est même très conseillé* » C'est non sans émotions

que plusieurs participants racontent comment l'expérience de l'ACC leur aura permis de retrouver l'estime qui d'un mari, qui d'un voisin, qui de la famille. Très rapidement après son arrivée à Côté Cour, Colette décrit avoir pu prendre sa place et « *commencé à être autre par rapport à ma bipolarité. Tout d'un coup, je suis redevenue la femme combattive d'il y a très très très longtemps. Tout d'un coup, j'entrevois toutes mes possibilités.* » Pour Françoise, s'être investie dans les aspects administratifs du Conseil de la Cour « *c'est comme si je faisais un bénévolat, et ça me porte* »

D'après Michel, à l'ACC « *on a la place qu'on veut prendre* » et Colette ajoute « *c'est aussi une manière de reprendre sa place dans la vie, dans son couple, sa famille* »

A travers l'ACC c'est aussi un choix d'engagement artistique que fait chaque participant...

« *C'est important pour moi de savoir vivre en faisant une différence entre l'enthousiasme et l'exaltation, c'est tout un apprentissage. Est-ce que maintenant c'est simplement de l'enthousiasme ou bien je m'exalte ? Il ne faut pas juger directement négativement parce que c'est intense. Si c'est intense, c'est chouette, c'est bien, ça ne va pas nécessairement conduire au pire. La maladie mentale fait peur, les excès aussi, c'est très difficile familialement, j'ai été séparé à cause de ça.* » Michel

CÔTÉ ART

Incipit vita nova! s'exprime le créateur quand il crée. « Créer est cet évènement générateur et généreux, singulier et singularisant, vital et vivifiant, qui élève en plein de la vie comme une protestation de survie... »²²

L'EXPÉRIENCE DE LA CRÉATION

Du malade « hors norme », *psychiatrisé*, le participant de l'ACC s'achemine vers la création artistique. Pour Michel, « *la créativité, c'est la possibilité de vivre sainement de quelque chose d'exaltant* ». Il prend l'exemple du théâtre pour montrer que ce « *moment, incroyable de créativité et d'intensité, n'est absolument pas délirant* »

Frédéric Rolland, dans une réflexion sur les Hôpitaux de jours²³, souligne à quel point les pratiques artistiques mettent bénéficiaires et intervenants au même niveau face au médium et à ses contraintes. Au travers de ce nouveau statut, une certaine identification s'opère attestant d'une marginalité possible, valorisée et valorisante. Françoise nous dit « *Je crois qu'on est tous des artistes, c'est peut-être pour ça qu'on est tellement sensible, qu'on est tellement à fleur de peau parfois. On a tous un tempérament d'artiste, sinon on ne reste pas à l'ACC.* » L'ivresse de l'acte de création a fonction de libérateur. Il augmente le

19 Le Cardinal P., Ethuin C., Thibaut M.-C., Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation dans *L'Information psychiatrique* 2007 ; 83 : 807-14

20 Oury J., 2007, Chemins vers la clinique, *L'évolution psychiatrique* 72, pp3-14

21 Bonnet C. 2010 Evolution de la place des usagers en santé mentale », dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, ères, pp 71-86

22 Rudi P., 2010, Créer, introduction à l'esth/éthique, Verdier poche

23 Rolland F., 2012, Entre social et thérapeutique, quel modèle commun pour nos institutions ? « Des poupées russes, au fil à couper le beurre... » à paraître en 2013 dans la Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles.

sentiment d'exister. Là où se livrer, parfois trop, pourrait ne pas être bon, amener à une fragilisation, le *paysage commun*²⁴ et la *qualité de l'ambiance* (chère à Jean Oury) offerts par la structure de l'ACC donnent un climat contenant et bienveillant. Quand Michel questionne un animateur sur sa vocation thérapeutique la réponse est « *non, je ne suis pas thérapeute* » mais il ajoute « *les ateliers sont thérapeutiques de fait* ». On pourrait dire de « *surcroît* » comme en psychanalyse.

Des études en Amérique du nord montre à quel point « *L'exposition à l'art augmente fortement la reconnaissance par les pairs, l'engagement dans des activités bénévoles ou communautaires, la lecture quotidienne d'un journal et même la participation au vote.* »²⁵

LE « LABORATOIRE DU LIEN »

« Nos institutions sont des laboratoires du lien et des interfaces relationnelles. »²⁶

L'ACC est un Centre d'Expression et de Créativité, mais c'est avant tout, un lieu d'accueil. L'espace dédié à la création met en lien les participants, mais aussi les animateurs et les participants. Michel rappelle que « *si on fait le choix de l'ACC c'est justement pour autre chose que de parler de la psychiatrie, sinon on peut aller dans des groupes de parole* » l'important dans ces ateliers c'est de « *vivre collectivement un travail créatif, on s'écoute, on chemine, il y a une dynamique* » Pour Lionel la question de la fragilité se pose d'emblée, « *au fur et à mesure on tisse des liens avec les autres on se rend compte de la maladie, de la gravité que ça a pu être dans un parcours.* » Il évoque des échanges très forts et la puissance du lien au travers des ateliers. « *Moi avec la schizophrénie c'est souvent le retrait social, mais on peut s'intégrer dans le groupe, suivre des consignes pour s'orienter, se focaliser sur ce que l'on fait à l'atelier. Ca va tout seul.* »

« *Le lien fait du bien* »²⁷ Concernant les préparatifs de la pièce de théâtre en fin d'année, Colette témoigne « *plus la pièce se rapprochait plus on allait boire un café. On vivait tous le même truc, on affrontait le même événement, on faisait corps.* »

Mais les liens à l'œuvre ne s'arrêtent pas là. Le tissage qui s'amorce au sein de l'ACC croît au-delà. « *Maintenant... je vois régulièrement mes amies, je revois ma famille, je revois ma fille* » rapporte Françoise. Et dans de vifs échanges entre personnes qui se connaissent très bien, Micheline nous livre à quel point « *Il y a quelque chose d'extraordinaire, c'est l'humour, on rit ensemble... - Pourquoi tu me regardes...* », lui demande Todor, « *Parce que tu es roi, Todor. - Roi de quoi ? Je n'ai pas de royaume, je n'ai pas de terre je n'ai rien. Je suis roi de ma tête de temps en temps quand elle m'écoute.* »

24 Straus E., Du sens des sens : contribution à l'étude des fondements de la psychologie, paru en 1935, Editions Jérôme Millon, 2000

25 LeDevoir.com, mardi 22 octobre 2012, L'éducation aux arts est un facteur de réussite scolaire et sociale

26 Rolland F, 2012, Entre social et thérapeutique, quel modèle commun pour nos institutions ?. « Des poupées russes, au fil à couper le beurre... » à paraître en 2013 dans la Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles.

27 Ibid.

CONCLUSION

« *Le but c'est le chemin* » Goethe

L'argument présenté ici a pour vocation de sensibiliser les collègues à l'interface entre les dimensions sociale et thérapeutique qu'offre un lieu comme l'ACC. En effet, un écueil possible du développement toujours plus gestionnaire des soins en santé mentale pourrait être (d'après Supligeau³) un clivage du sanitaire et du social, mais aussi que des structures comme l'ACC, deviennent le lieu pour pallier aux défaillances des instances publiques.

Notre intention ici est de redonner du bon au soin, dans ses intentions au delà du champ d'action de la psychiatrie classique. Nos patients, pour certains, font ce parcours « type » du *psychiatrisé*, hospitalisations, chronicisation, centre de jour, vers une stabilisation, « un retour acceptable dans la réalité ». L'initiative d'un pas hors de la psychiatrie, à la frontière du soin et du social est une nouvelle étape, sur la voie vers une continuité.

Pour la Plateforme Francophone de Concertation Santé Mentale, ces « structures (tel l'ACC) sont des espaces d'entre-soi qui créent du lien au milieu du monde » là où la « société demande de s'adapter et de fonctionner » et « l'individu demande à être accepté tel qu'il est. » A l'ACC la *qualité de l'ambiance*, à laquelle les animateurs veillent particulièrement, permet de véritables rencontres et un travail créatif de qualité.

Le collectif *Conseil de la Cour* est le projet commun des participants et de l'équipe qui soutient le CEC. On a vu, depuis son éclosion, l'ACC évoluer au rythme des nombreux projets des participants. Pour Micheline « *L'appartenance à un collectif redonne effectivement un confort social et le confort social c'est de pouvoir se retrouver ensemble dans une identité, dans une appartenance, dans différents ateliers.* » Michel « *Je sens une appartenance à l'ACC, comme quelque chose qui me construit et qui me permet d'être fier de ce que je fais.* ». Trois éléments semblent déterminants. Premièrement, le sentiment d'appartenance, à un collectif, un groupe structuré, amorce le réinvestissement de la subjectivité. Deuxièmement, la prise de responsabilités partagées par les participants au sein du collectif, est porteuse et narcissiquement constructive. Troisièmement, l'expérience de la création avec le groupe renforce une identification positive ici à l'artiste et des liens de qualité. Un souffle de vie est donné par l'acte de créer. Cette intégration de la marginalité artistique devient une nouvelle normalité. Le sentiment de dignité apparaît et une singularisation est possible. Un rayonnement social est alors à l'œuvre, d'abord par des phénomènes de néosocialisation, et non dans le tissu social d'origine, parce que selon les participants souvent « *c'est là que ça pose problème* ». L'étiquette psy s'amenuise et les liens sont de qualités, un sentiment de liberté peut être retrouvé. Sans minimiser la chronicité des affections psychiatriques et donc les possibles recrudescences symptomatiques et fragilisations, un lieu de continuité et de fidélité (sup)porte les rechutes et n'en fait pas des ruptures.

Sur le chemin des *psychiatrisés*, portons attention aux à-côtés.

Epilogue : Des nouvelles des participants...

J'ai revu Lionel dans une expo photo, il a trouvé une formation et imaginait retravailler. Il était là envoyé par Bruxelles-Formation qui l'encourage à participer à des expo en tant que photographe.

Michel était à des Master classes de musique classique l'été, au cœur de sa passion. En 2012 il est devenu président du Conseil de la Cour.

Lors de la journée de la Plateforme en octobre 2012, Colette s'est exprimée en tant qu'expert usager et a participé à la table ronde réunissant les différents acteurs de cette journée.

J'ai recroisé Bernard à l'ACC lors du Parcours d'artiste qui semblait bien investi dans les activités.

Et l'Atelier Côté Cour fait toujours plus de projets, de partenariats, de rencontres

RÉSUMÉ

Si l'on fait l'hypothèse que la qualité des relations sociales est déterminante dans le devenir des personnes psychiatisées, cette enquête de terrain vise à soutenir les démarches d'humanisation, dans une psychiatrie tiraillée entre le médical et le social. Face à une nouvelle vague de désinstitutionalisation, je m'intéresse ici à un lieu qui mise sur la créativité et facilite le lien social ; le collectif de participants de l'Atelier Côté Cour. Ce centre d'expression et de créativité accueille des personnes aux prises avec la psychiatrie. En héritage des clubs thérapeutiques, le modèle associatif de l'ACC favorise la responsabilisation des malades et la resocialisation. La discussion explore les aspects des soins psychiatriques, de la résistance à la précarité sociale et de la créativité artistique dans l'expérience du collectif. Elle montre comment le retournement du stigma opère et conduit à trouver une dignité, une reconnaissance sociale, de la continuité dans les relations.

MOTS-CLÉS : Lien social – Resocialisation – Créativité artistique

SAMENVATTING

Indien we de veronderstelling maken dat de kwaliteit van de sociale relaties de toekomst van de geesteszieken bepaalt, dan streeft dit veldonderzoek tot ondersteuning van de inspanningen tot humanisering in het psychiatrisch domein dat wordt verscheurd tussen de medische en de sociale aspecten. Geconfronteerd met een nieuwe golf van deinstitutionalisering, interesseer ik me hier in een plek die zich richt op creativiteit en die de sociale banden vergemakkelijkt ; het collectief van deelnemers aan « Atelier Côté Cour ». Dit brandpunt van uitdrukking en creativiteit verwelkomt mensen met psychiatrische problemen. De vereniging ACC bevordert de verantwoordelijkheid en de resocialisatie van de deelnemers, zoals een nalatenschap van de therapeutische clubs. De discussie onderzoekt de aspecten van de psychiatrische zorgverlening, van de weerstand tegen de sociale onzekerheid en de artistieke creativiteit in de collectieve praktijk. Het toont aan hoe de omkering van het stigma werkt, en leidt tot het vinden van waardigheid, sociale erkenning en continuïteit in de relaties.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Azoulay J., 2010, Soins et traitements des psychotiques, dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, ères, pp 153-163

Bonnet C. 2010 Evolution de la place des usagers en santé mentale », dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, ères, pp 71-86

Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*,

Gallimard folio essai

De Gaujelac V., Taboada Leonetti I., 1994, *La lutte des places*, Desclée De Brouwer/sociologie clinique

d'Hostingue E. et Monrange P., 2010, Sans lien social, quelle place pour le sujet ? » dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, ères, pp125-138

Jamoulle P., 2011, *Processus de précarisation, Enjeux et définitions*, notes de cours du Certificat Universitaire Santé Mentale en Contexte Social, Université Catholique de Louvain

Le Cardinal P., Ethuin C., Thibaut M.-C., Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation dans *L'Information psychiatrique 2007 ; 83 : 807-14*

LeDevoir.com, mardi 22 octobre 2012, L'éducation aux arts est un facteur de réussite scolaire et sociale

Luong C., 2010, Soigner la psychose. Le cadre de soin extra hospitalier : un objet à utiliser. *L'Evolution psychiatrique 75*, pp 485-497

Odier B., 2010, Mutations anthropologiques, transformations de la clinique et évolution des traitements psychiatriques, dans *Le Souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie*, ères, pp 353-370

Oury J., Atelier de la vie quotidienne

Oury J., 2007, Chemins vers la clinique, *L'évolution psychiatrique 72*, pp3-14

Paquot T., 2007, Petit manifeste pour une écologie existentielle, Bourin éditeur

PFCSM / Parcours d'Artistes 2012 - Présentation du débat, Santé mentale, environnement et resocialisation : et l'art dans tout ça ?

Rolland F., 2012, Entre social et thérapeutique, quel modèle commun pour nos institutions ? « Des poupées russes, au fil à couper le beurre... » à paraître en 2013 dans la Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles.

Rudi P., 2010, Créer, introduction à l'esth/éthique, Verdier poche

Straus E., Du sens des sens : contribution à l'étude des fondements de la psychologie, paru en 1935, Editions Jérôme Millon, 2000

Supligeau M.-O., Clubs thérapeutiques et « groupes d'entraide mutuelle » : héritage ou rupture ? dans *VST – Vie sociale et traitements*, 2007/3 – n°95 pp 54 à 63

Thelen L., 2006, *L'exil de soi. Sans abri d'ici et d'ailleurs*. Facultés Universitaires Saint-Louis

Auteurs correspondants :

Noémie CUISSART de GRELLE, Psychiatre,
noemie.cuissart@gmail.com

Denis HERS, Psychiatre, chef du service de psychiatrie aux cliniques de l'Europe (St Michel),
denis.hers@uclouvain.be

EVALUATION DE LA RÉFORME « VERS DE MEILLEURS SOINS EN SANTÉ MENTALE » – RÉSULTATS 2014.

EVALUATION OF THE REFORM
« TOWARDS BETTER MENTAL HEALTH CARE » – 2014 RESULTS.

Grard Adeline¹, Nicaise Pablo, Lorant Vincent

SINCE 2011, BELGIUM HAS BEEN IMPLEMENTING A NATION-WIDE REFORM OF ITS MENTAL HEALTH CARE DELIVERY ORGANISATION (KNOWN AS « TITLE 107 »). IN 2014, 19 PROJECTS OF SERVICE NETWORKS WERE ESTABLISHED ACROSS THE THREE REGIONS OF THE COUNTRY. DATA WERE COLLECTED ON 1,199 CHRONIC AND COMPLEX PSYCHIATRIC USERS WITHIN THESE NETWORKS, AS WELL AS ON 542 SERVICES. THIS ARTICLE SUMMARISES THE MAIN FINDINGS OF THE FIRST PHASE OF THE EVALUATION PROCESS. THESE FINDINGS SHOW THE EFFECTIVITY OF THE IMPLEMENTATION PROCESS AND THE DOMAINS TO ADDRESS IN ITS SUBSEQUENT DEVELOPMENT. IN PARTICULAR, RESULTS ILLUSTRATE TOPICS SUCH AS THE DEVELOPMENT OF COMMUNITY-BASED SERVICES, THE NEED OF FORMALISATION TOOLS FOR COLLABORATION AND CONTINUITY OF CARE, AND SUPPORT FOR SOCIAL RECOVERY OF USERS. FINDINGS ALSO SHOW THE WIDE VARIETY OF LOCAL SETTINGS FROM A COMMON POLICY PROGRAMME.

Key-words : Health care reform ; Mental health services ; Organisational model ; Deinstitutionalisation ; Delivery of health care, integrated ; Community health networks

INTRODUCTION

A l'instar des autres pays occidentaux, la Belgique fait face aux profonds changements qui affectent la délivrance des soins psychiatriques. Conformément aux orientations soutenues par l'Organisation Mondiale de la Santé (Organization 2013), il s'agit de favoriser, autant que faire se peut, le maintien des personnes concernées dans leur milieu de vie et d'éviter ainsi les ruptures sociales qui résultent d'un placement prolongé en institution. Il s'agit en même temps de mieux prendre en compte la diversité et la complexité des situations vécues par ces personnes en facilitant une meilleure intégration des soins, c'est-à-dire une approche cohérente et coordonnée des réponses que les professionnels des soins et de l'assistance offrent aux problématiques rencontrées. Enfin, il s'agit de soutenir l'insertion sociale des personnes concernées, qui doivent, pouvoir bénéficier d'opportunités sociales et professionnelles (OCDE, 2013). La poursuite simultanée de ces grands objectifs représente cependant un défi (Nicaise, Dubois et al. 2014).

Pour répondre à ces finalités, la Belgique met en œuvre, depuis 2011, une importante réforme de l'organisation des soins de santé mentale. Cette réforme, « Vers de meilleurs soins en santé mentale », également connue sous le nom d'« Article 107 », s'appuie sur la mise en place de réseaux de services et de circuits de soins. Conformément aux grandes orientations énoncées ci-dessus, elle vise prioritairement le renforcement de l'offre de soins ambulatoire, l'amélioration de la continuité des soins intersectorielle, l'intensification des soins hospitaliers et la réhabilitation sociale des usagers. Les réseaux doivent, en coordination, offrir cinq fonctions de soins :

(1) La prévention, la promotion des soins en santé mentale, la détection précoce, le dépistage et le diagnostic ;

- (2) La mise en place d'équipes mobiles de traitement intensif (aigus et chroniques) ;
- (3) La réhabilitation, la réinsertion et l'inclusion sociales ;
- (4) La mise en place d'unités intensives de traitement résidentiel pour problèmes aigus et chroniques quand une hospitalisation est indispensable ;
- (5) La mise en place de formules résidentielles spécifiques lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

Pour la fonction 2 en particulier, la réforme soutient la création d'un nouveau type de services : les équipes mobiles de soins à domicile.

En parallèle à la mise en œuvre de la réforme, un dispositif d'évaluation a été commandité par les autorités politiques auprès de trois équipes universitaires, à la KULeuven (LUCAS), à la VUB et à l'UCL (IRSS). Une telle évaluation constitue également un défi, étant donné les nombreux objectifs et dispositifs suggérés par le programme de réforme, ainsi que les divers niveaux organisationnels qui peuvent être affectés par celle-ci : le niveau des usagers, le niveau des aidants proches, le niveau des soignants et autres professionnels, le niveau des services et des réseaux interservices, voire le niveau du système de soins dans son ensemble. Après une période préparatoire qui a été consacrée à déterminer les priorités d'un dispositif d'évaluation en concertation avec les multiples autorités politiques et les acteurs de terrain, puis une phase d'étude de faisabilité, le dispositif d'évaluation définitif a été mis en œuvre à partir de 2014. Dix-neuf projets-pilotes de réseaux ont été impliqués dans cette évaluation : onze en Flandre, six en Wallonie et deux dans la région de Bruxelles-Capital.

⁽¹⁾ Auteur pour la correspondance

L'objectif de cet article est de présenter un résumé des résultats de l'évaluation en 2014. Le lecteur intéressé trouvera le rapport d'évaluation complet sur le site www.psy107.be. A ce stade, il s'agit principalement de décrire la mise en œuvre effective du programme de réforme. Deux questions principales sont ainsi abordées :

1. Quelles sont les caractéristiques des usagers concernés par le processus de réforme et quelles difficultés peuvent-ils rencontrer dans leurs parcours de soins ?
2. Quels sont les services impliqués dans les projets-pilote de réseaux, et comment se mettent en place les processus de collaboration et les cinq fonctions de soins au sein des réseaux ?

MÉTHODE

Le dispositif d'évaluation mis en place concerne plusieurs niveaux d'action. Cet article porte sur les deux niveaux spécifiquement examinés par les équipes de l'IRSS (UCL) et de LUCAS (KULeuven) : le niveau des usagers et le niveau des services.

Le volet « usagers »

Suite aux résultats de l'étude de faisabilité (Lorant, Leys et al. 2014), l'évaluation de la réforme au niveau des usagers a été centrée sur un groupe spécifique de la clientèle dont le besoin d'intégration des soins est plus important : les usagers psychiatriques chroniques et complexes. Il s'agit d'usagers répondant à trois critères : avoir un diagnostic psychiatrique, être en contact avec la psychiatrie depuis au moins deux ans, et manifester des difficultés de fonctionnement dans la vie de tous les jours. Chacun des dix-neuf réseaux devait sélectionner 80 usagers répondant aux critères énoncés ci-dessus et stratifiés par fonction de soins : 20 usagers recrutés dans les services de la fonction 1, 20 usagers recrutés dans les services de la fonction 2, 10 usagers recrutés dans service de rééducation fonctionnelle (fonction 3), 20 usagers recrutés dans les services de la fonction 4, et 10 usagers recrutés dans les services de la fonction 5. En outre, 120 usagers ont été recrutés dans des zones géographiques non-couvertes par les projets-pilote de la réforme à titre de groupe de contrôle. Ainsi, au total, l'échantillon visé concernait 1640 usagers.

Chacun de ces usagers a été soumis à un questionnaire composé de plusieurs échelles validées. Outre des données socio-démographiques et cliniques de base, le questionnaire contenait : l'échelle HoNOS de mesure de la sévérité des troubles rencontrés par l'utilisateur (Wing, Beevor et al. 1998, Wing, Lelliott et al. 2000) ; l'échelle Alberta de mesure de la continuité des soins perçue par l'utilisateur (Adair, McDougall et al. 2005) ; le SIX, qui mesure le niveau d'intégration sociale des usagers sur l'activité professionnelle, la situation de logement, et la situation sociale et familiale (Priebe, Watzke et al. 2008) ; l'échelle MANSa d'évaluation de la qualité de vie (Priebe, Huxley et al. 1999) ; et enfin, une mesure de l'utilisation de services de soins

et d'accompagnement social au cours des 6 mois précédant l'enquête grâce à une version adaptée du Client Service Receipt Inventory (CSRI) (Chisholm, Knapp et al. 2000).

Le volet « services »

L'enquête destinée aux services a été adressée à l'ensemble des services inclus dans les dix-neuf réseaux, soit 990 services, en ce compris des services de santé mentale, des services ambulatoires de santé générale, des équipes mobiles, des services sociaux, des services de rééducation fonctionnelle, des centres de jour et des hébergements de nuit, des hôpitaux psychiatriques et des services psychiatriques en hôpital général, des Maisons de Soins Psychiatriques, des habitations protégées et des associations d'usagers et de familles. L'enquête a également couvert 24 services dans des zones géographiques non-couvertes par la réforme à titre de groupe de contrôle, soit au total, 1014 services.

Les services ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire en ligne. Outre quelques éléments descriptifs du service en termes de personnel disponible et de modalités d'accès, le questionnaire contenait une échelle de mesure de la qualité de la collaboration au sein du projet de réseau (D'Amour, Goulet et al. 2008). Cette échelle permet d'évaluer dix indicateurs de collaboration entre services de santé regroupés en quatre domaines-clés : la vision partagée, l'internalisation (connaissance mutuelle et confiance entre partenaires), l'existence d'outils formels de collaboration, et la gouvernance du réseau. Pour chacun des dix indicateurs, chaque service devait attribuer un score. Ensuite, le questionnaire destiné aux services contenait une mesure de la mise en œuvre d'outils suggérés dans le programme de la réforme (Nicaise, Dubois et al. 2014) : l'utilisation de plans de soins individualisés, l'existence de référents de soins, l'attribution nominale de soignants à chaque patient, l'organisation de réunions cliniques d'équipe et l'activité clinique des responsables du service. Un score à trois points a été calculé pour chaque service selon le nombre de ces outils qui ont été déclarés mis en œuvre. D'autres modalités de mise en œuvre ont également été collectées en ce qui concerne spécifiquement les nouvelles équipes mobiles de traitement à domicile. Les items collectés à ce niveau ont été adaptés à partir des échelles de fidélité à la mise en œuvre du modèle d'Assertive Community Treatment (ACT) validées dans la littérature scientifique (Teague, Bond et al. 1998).

Enfin, les liens développés entre services d'un même réseau ont été investigués selon la méthode de Milward (Milward and Provan 1998) sur quatre relations : l'envoi et la réceptions de patients de/vers d'autres services, l'échange d'informations à propos de patients, et les relations de contact dans le cadre de l'organisation du projet-pilote de réseau. Pour chacune de ces relations, chaque service devait déclarer s'il avait des contacts (rares ou fréquents) avec chacun des autres services partenaires de son réseau. En outre, chaque service devait choisir ses trois partenaires privilégiés pour la mise en œuvre de chacune des 5 fonctions de soins. Les données obtenues dans cette section ont permis d'analyser la structure des réseaux par des indicateurs

de *Social Network Analysis* (SNA). Notamment, ces données ont permis de mesurer la densité des liens dans les réseaux (rapport entre le nombre de liens déclarés et le nombre de liens possibles), le niveau de centralisation des réseaux (tendance du réseau à être centré sur un service principal), et le niveau d'homophilie (tendance des services à développer prioritairement des liens avec des services de même type ou attachés à la même fonction de soins).

Pour la présentation des résultats, nous avons calculé deux indicateurs de variance : une variance inter-projets et une variance inter-fonctions. La variance inter-projets mesure la part des différences mesurées entre services qui est attribuable au projet (ou à son contexte local particulier). Si cette variance est élevée, cela signifie que les mesures obtenues diffèrent de manière importante entre réseaux. La variance inter-fonctions mesure la part des différences attribuables aux fonctions de soins au travers de l'ensemble des réseaux. Si cette variance est élevée, cela signifie que les mesures obtenues diffèrent de manière importante entre fonctions. En quelque sorte, ces deux indicateurs de variance permettent d'estimer la mesure dans laquelle un résultat est lié à des caractéristiques au niveau des fonctions de soins et des types de services (lorsque la variance inter-fonctions est élevée), au niveau local des réseaux (lorsque la variance inter-projets est élevée), ou au niveau de la réforme dans son ensemble (lorsque les variances sont faibles).

RÉSULTATS

PARTICIPATION

Au total, 1 199 usagers ont participé au volet « usagers » de l'enquête, dont 120 recrutés dans le groupe de contrôle. Cela représente un taux de participation global de 71%. Ce taux de participation varie selon les fonctions de soins : de 50.5% (fonction 1) à 86.2% (fonction 5). La participation au volet « services » a été plus variable, de 25 à 96% selon les projets. Elle est néanmoins globalement satisfaisante : 542 services (53%) ont effectivement répondu à cette enquête dont 519 services au sein des réseaux et 23 services recrutés à titre de groupe de contrôle. Quinze des 19 projets ont eu un taux de participation supérieur à 50%. La participation des services varie également significativement selon la fonction à laquelle ils sont attachés : de 43% pour les services de la fonction 3 à 79% pour les services de la fonction 2.

RÉSULTATS RELATIFS AUX USAGERS

Les caractéristiques sociodémographiques des usagers sont reprises dans la table I.

Table I. Données sociodémographiques et cliniques des usagers interrogés : scores moyens, variance inter-projets et variance inter-fonctions. Evaluation de la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale », 2014, 1 199 usagers.

Variable	Score moyen	Variance inter-projets (%)	Variance inter-fonctions (%)
Variabes sociodémographiques			
Sexe (% d'hommes)	48.3%	0.9	3.4
Age	45,70	3.0	1.3
Nationalité (% de belges)	94.6%	2.8	0.0
Avoir terminé les études secondaires	62.2	0.3	0.5
revenu du ménage (classe) (en euros)	1370,58	4.6	4.3
Niveau d'intégration sociale : score sur l'échelle SIX (/6)			
Avoir une activité effective et autonome	14.52	10	1.0
Vivre dans un logement autonome	66.90	3.9	22
Vivre en couple ou en famille	35.60	1.9	7.3
Avoir eu un contact avec un ami la semaine précédente	68.06	1.3	0.1
Variabes Cliniques			
Niveau de continuité des soins : score total sur l'échelle ALBERTA (/155)			
Intervenant connaît services disponibles	84.2%	2.1	1.0
Le professionnel encourage prise responsabilité	79.8%	0.5	0.4

L'utilisateur est capable de payer médicaments hors hôpital	77.3%	0.7	1.0
la prise en charge répond aux besoins de l'utilisateur	75.4%	1.5	3.7
On a téléphoné pour confirmer (absence) rdv	59.5%	1.7	5.7
Intervenant a appelé pour prendre des nouvelles	47.8%	1.5	12
L'utilisateur ne doit pas répéter son histoire	46.8%	4.7	1.6
Les nouveaux professionnels semblent avoir le dossier de l'utilisateur	46.0%	2.3	0.7
Le traitement est discuté avec généraliste	45.3%	0.9	1.9
Niveau de sévérité des troubles : score HoNOS (/48)	12,46	5.2	6.7
Niveau de qualité de vie : score sur l'échelle MANSÀ (% de satisfaction)			
Satisfaction santé psychologique	35.5%	0.2	2.9
Satisfaction activité des usagers inactifs	37.4%	0.1	6.6
Satisfaction état financier	37.7%	0.4	4.4
Satisfaction générale avec la vie	38.4%	0.9	4.5
Satisfaction santé physique	39.6%	0.4	2.7
Satisfaction des usagers qui vivent seuls	42.1%	0.7	1.8
Satisfaction activité des usagers actifs (formation, atelier, bénévolat)	55.3%	2.4	2.0
Satisfaction des usagers qui vivent avec d'autres	64.0%	0.6	1.7

L'échantillon d'utilisateurs a une moyenne d'âge d'environ 46 ans, et est composé d'un peu plus de femmes (52%). Seul un cinquième de l'échantillon a fait des études supérieures. Le revenu moyen des ménages des utilisateurs est de 1371 euros, et 95% des utilisateurs interrogés ont la nationalité belge. 26% des utilisateurs ont un diagnostic principal de schizophrénie ou d'autre trouble psychotique, 22% ont un diagnostic de trouble de l'humeur, 16% un trouble liés à des substances, 12% un trouble de la personnalité, et 6% un trouble anxieux. Dans l'ensemble, les services attachés aux différentes fonctions ont recruté le même type de clientèle. Néanmoins certaines différences apparaissent : les services de la fonction 1 et de la fonction 2 ont une proportion plus élevée d'utilisateurs souffrant de troubles de l'humeur et une proportion plus faible d'utilisateurs souffrant de troubles psychotiques en comparaison avec les trois autres fonctions.

La continuité des soins perçue par les utilisateurs est valorisée de manière différente en fonction de ses dimensions. Ainsi, l'accessibilité financière aux traitements et l'accès aux services recueillent des pourcentages de satisfaction élevés : plus de trois utilisateurs sur quatre déclarent que leur psychiatre peut les hospitaliser si nécessaire et sait où s'adresser en cas de besoin. En revanche, les dimensions qui concernent la continuité de l'information entre professionnels et l'implication d'un médecin généraliste sont moins bien valorisées : seuls 47% des utilisateurs n'ont pas dû répéter leur histoire devant un nouvel intervenant, et seuls 45% des utilisateurs ont un médecin généraliste qui est impliqué dans le suivi de leur traitement. Les variances inter-projets et inter-fonctions sont très faibles à propos de la continuité

de soins, ce qui semble indiquer que les enjeux en matière de continuité de soins sont généralisés, en Belgique, pour ce type de clientèle.

En matière d'intégration sociale, 15% des utilisateurs interrogés ont une activité professionnelle effective et autonome. 63% n'ont aucun emploi. En revanche, ils sont 67% à vivre dans un logement autonome, bien que seuls 35% des utilisateurs vivent en couple ou en famille. L'isolement des utilisateurs se confirme lorsqu'on observe que 32% des utilisateurs déclarent n'avoir eu aucun contact avec un ami au cours de la semaine précédant l'enquête. La variance inter-projets est faible, sauf en ce qui concerne la situation professionnelle : la proportion d'utilisateurs ayant une activité professionnelle atteint 27% dans certains projets, alors qu'elle est proche de 0 dans d'autres projets.

En ce qui concerne la qualité de vie des utilisateurs, seuls 38% des utilisateurs se déclarent globalement satisfaits de leur vie. On peut observer que 37% des utilisateurs inactifs se disent satisfaits de leur situation, alors que le taux de satisfaction est de 55% chez les utilisateurs actifs. De même, en matière de conditions de logement, si 42% des utilisateurs qui vivent seuls se disent satisfaits, ils sont 64% chez les utilisateurs vivant avec d'autres personnes. Il semble donc que ces deux aspects de l'intégration sociale ont des effets sur la satisfaction avec la vie. En outre, moins de 40% des utilisateurs se déclarent satisfaits avec leur situation financière ou leur état de santé physique. En matière de qualité de vie, la variance inter-projets est négligeable.

En ce qui concerne le recours aux services de soins, on constate que plus de 90% des usagers interrogés ont été sous médication pour leurs troubles psychiatriques et que 82% ont eu recours à un psychiatre. En outre, 76% des usagers ont vu un médecin pour leur santé physique au cours des 6 mois précédant l'enquête. Plus de la moitié des usagers a fréquenté un psychologue. 37% des usagers ont été hospitalisés en psychiatrie, et 35% ont fréquenté une équipe mobile. Un cinquième des usagers a fréquenté un service résidentiel de longue durée (habitation protégée, Maison de Soins Psychiatriques ou communauté thérapeutique). Enfin, 80% des répondants bénéficient du régime préférentiel BIM/VIPO, et 44% bénéficient du maximum à facturer. On peut cependant noter que le nombre important de données manquantes sur cette dernière question. Par ailleurs, l'utilisation de services entraîne une variance inter-projets assez élevée. C'est notamment le cas pour la fréquentation d'un psychiatre, la fréquentation d'un service d'aide et de soins à domicile, et le fait de bénéficier du régime préférentiel BIM/VIPO.

Il est important de souligner les résultats obtenus à propos du recours aux services sociaux et de soutien à l'intégration sociale. La fréquentation de tels services durant les 6 mois précédant l'enquête reste globalement faible, puisque seuls 16% des usagers ont fréquenté un service d'activation à l'emploi, 15.5% un service d'aide au logement, et 6.7% seulement a suivi une formation. La variance inter-projets est faible sur ces résultats (0,2% à 1,9%).

On doit enfin souligner qu'il y a peu de différences entre les usagers en provenance des projets-pilote de réseaux et les usagers recrutés en dehors des projets à titre de groupe de contrôle sur le plan sociodémographique et en matière de continuité de soins. Sur le plan clinique, les usagers recrutés à titre de groupe de contrôle ont plus souvent un diagnostic principal de schizophrénie ou autre trouble psychotique que les usagers des réseaux, et moins souvent un diagnostic de trouble lié aux subs-

tances. En outre, les usagers du groupe de contrôle ont des troubles psycho-sociaux plus sévères, déclarent plus recourir à des médicaments pour leurs troubles psychiatriques et fréquentent plus souvent un psychiatre, mais ont également moins fréquemment rendu visite à un médecin pour un problème de santé physique. Par ailleurs, les scores d'intégration sociale et de qualité de vie des usagers sont supérieurs à la moyenne dans les projets de réseau en comparaison avec le groupe de contrôle. Les usagers des projets de réseaux ont aussi plus souvent fréquenté un service de soutien à l'intégration sociale : activation à l'emploi, aide au logement ou service culturel.

RÉSULTATS RELATIFS AUX SERVICES

Les principaux résultats relatifs aux services partenaires des projets-pilote de réseaux concernent, d'une part, la qualité de la collaboration au sein des réseaux, et d'autre part la mise en œuvre des outils suggérés par le programme de la réforme. En ce qui concerne la qualité globale de la collaboration au sein des réseaux, on observe que le score total moyen (0=absence de cet élément de collaboration à 10=présence et consensus autour de cet élément de collaboration), pour l'ensemble des réseaux et des dimensions de collaboration, est égal à 6/10, ce qui témoigne d'une qualité de collaboration en cours de construction (Cf. table II). Le domaine qui obtient le meilleur score de collaboration est celui de la vision partagée, avec une moyenne de 7/10. A l'inverse, la formalisation, qui concerne l'existence d'outils formels de collaboration, est la dimension qui recueille la moyenne la plus faible (5.2/10). On constate globalement que les indicateurs qui reflètent le niveau interpersonnel de la collaboration (objectifs partagés, confiance, connaissance mutuelle) obtiennent des scores plus élevés que les indicateurs reflétant le niveau inter-organisationnel de la collaboration (gouvernance et formalisation). En outre, la variance inter-projets est plus élevée pour l'existence d'outils formels et pour le leadership reconnu, traduisant ainsi une plus grande variété de pratiques au sein des 19 réseaux.

Table II. Dimensions de la qualité de la collaboration, et mise en œuvre des outils de la réforme : scores moyens, variance inter-projets et inter-fonctions. Evaluation de la réforme « Vers de meilleurs soins en santé mentale », 2014, 542 services

Indicateurs de la qualité de la collaboration	Score moyen	Variance inter-projets (%)	Variance inter-fonctions (%)
Qualité de la collaboration			
Formalisation – Outils formels facilitant la collaboration (/10)	4,3	15	1.6
Gouvernance – Leadership reconnu (/10)	5,0	13	0.0
Gouvernance – Orientation claire et explicite (/10)	5,7	3.5	1.0
Gouvernance – Soutien à l'innovation (/10)	5,7	7.0	3.0
Formalisation –Échange d'informations (/10)	6,0	3.8	0.0
Internalisation – Connaissance mutuelle (/10)	6,0	1.8	0.7
Gouvernance – Espaces d'échange et connectivité (/10)	6,3	4.0	1.2
Internalisation –Confiance entre partenaires (/10)	6,7	1.1	0.1

Vision partagée – Partage des objectifs (/10)	6,7	5.2	1.1
Vision partagée – Priorité aux intérêts de l'utilisateur (/10)	7,3	7.7	1.0
Score Total (/10)	6,0	3.5	0.3
Mise en œuvre des outils de la réforme			
Score de la mise en œuvre des outils de la réforme (/3)	1.9	7.9	11
Le responsable a une activité clinique avec les usagers (%)	50%	2.1	7.1
Désigner un référent de soins (%)	50%	12	5.7
Utiliser un plan de soins individualisé (%)	60%	11	9.9
Attribution nominale de cliniciens à chaque usager (%)	60%	3.4	2.0
Discuter régulièrement en équipe de la situation des usagers (%)	80%	1.7	3.0
Mise en œuvre des équipes mobiles			
Présence d'un Expert d'Expérience (%)	19%	1.9	-
Présence d'un psychiatre qui se déplace à domicile (%)	61%	5.0	-
Définition explicite des cas de non-intervention (%)	62%	22	-
Accompagnement de l'utilisateur à la sortie de l'hôpital (%)	85%	5.9	-
Définition explicite des cas d'intervention (%)	85%	9.8	-
Présence d'un infirmier psychiatrique (%)	86%	0.1	-
Définition explicite des critères d'inclusion (%)	87%	52	-
Présence d'un psychologue (%)	90%	0.3	-
Accompagnement de l'utilisateur lors de l'hospitalisation (%)	94%	18	-
Présence d'un travailleur social (%)	94%	14	-

En ce qui concerne la mise en œuvre d'outils suggérés par le programme de la réforme, le score moyen est de 1.9/3. Ainsi, en moyenne, la moitié des services déclarent utiliser les outils prévus par la réforme. Les réunions d'équipe à propos de la situation d'un usager est l'outil le plus répandu : 80% des services y ont recours. L'utilisation de plans de soins individualisés est mentionnée par 60% des services, et 50% déclarent utiliser des référents de soins. Cependant, il faut souligner à cet égard les niveaux élevés de variance inter-projets et inter-fonctions. La variance inter-projets pour les plans de soins individualisés est de 11% et de 12% pour les référents de soins. Ces pratiques sont donc développées dans certains projets et non dans d'autres. De même, la variance inter-fonctions est de 11% pour la mise en œuvre des outils du programme de réforme : 9.9% pour les plans de soins individualisés, 7.1% pour l'activité clinique du responsable de service, et 5.7% pour l'utilisation de référents de soins. Ces variances traduisent des différences au niveau des types de service : par exemple, le plan de soins individualisés est moins utilisé dans les services sociaux et plus fréquemment dans les maisons de soins psychiatriques.

Un dispositif spécifique instauré par le programme de la réforme est la mise en œuvre d'équipes mobiles de traitement à domicile. La grande majorité de ces équipes incluent des psychologues, des travailleurs sociaux et des infirmiers psychia-

triques, et elles accompagnent les usagers lors d'un épisode d'hospitalisation. Les pratiques sont plus variables en ce qui concerne la définition explicite des critères d'inclusion et des cas où l'équipe mobile s'estime habilitée ou non à intervenir, de même que l'inclusion d'un psychiatre qui intervient à domicile. Peu d'équipes mobiles ont opté pour la présence d'un expert d'expérience.

Notons qu'il existe une corrélation significative entre le score total de la qualité de la collaboration et le score de mise en œuvre des outils de la réforme (Coefficient de Pearson = 0.17, $p < .001$), soit que ces outils sont effectifs pour soutenir une bonne collaboration, soit à l'inverse qu'une bonne collaboration facilite la mise en œuvre de ces outils. Par ailleurs, on observe des scores inférieurs pour les quatre dimensions de la qualité de la collaboration au sein des services du groupe de contrôle par rapport aux projets de réseau de la réforme. Cette différence n'est cependant pas significative sur un plan statistique. Notons en outre que l'utilisation d'un plan de soins individualisé et de référents de soins est déclarée également par 44% des services du groupe de contrôle.

RÉSULTATS RELATIFS AUX RÉSEAUX

Tous les projets de réseau incluent des services qui s'identifient comme actifs dans une ou plusieurs des cinq fonctions de soins, de sorte que les cinq fonctions sont bien présentes dans l'ensemble des réseaux. Il existe une très bonne correspondance entre l'auto-identification des services au sein d'une fonction et la fonction attendue : par exemple 84% des services de santé mentale se sont identifiés à la fonction 1 ; 73% des hôpitaux psychiatriques s'identifient à la fonction 4 ; et 93% des habitations protégées à la fonction 5. En revanche, la composition des réseaux est très variable. D'une part, la taille des réseaux varie fortement : de 11 à 118 services (taille médiane de 41 services, écart-type de 16 services). Les réseaux francophones sont généralement plus grands en termes de nombre de services que les réseaux néerlandophones. D'autre part, on observe une grande diversité de composition selon les fonctions de soins : dans 6 des 19 réseaux, la proportion de services appartenant aux diverses fonction est équilibré, mais la fonction 1 (santé mentale primaire) prédomine dans 5 réseaux, la fonction 3 (réhabilitation sociale) prédomine dans 4 réseaux, la fonction 4 (soins hospitaliers) prédomine dans 3 réseaux, et la fonction 5 (formules résidentielles de longue durée) dans 1 réseau.

L'analyse des partenaires considérés comme privilégiés indique les types de services qui devraient être actifs pour la mise en œuvre de chacune des cinq fonctions aux côtés des services principaux de ces fonctions. Ainsi, si les services de santé mentale et les maisons médicales sont les acteurs principaux de la fonction 1, une grande variété de services sont cités comme acteurs privilégiés pour cette fonction : les services sociaux, les hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques d'hôpitaux généraux, les équipes mobiles et les services psycho-socio-thérapeutiques ; ce qui témoigne du statut de santé mentale primaire de cette fonction. Pour la fonction 2, les services de santé mentale et les hôpitaux psychiatriques sont cités comme partenaires privilégiés avec les équipes mobiles. Pour la fonction 3, les hôpitaux psychiatriques et les habitations protégées sont cités aux côtés des services sociaux et de réhabilitation. Enfin, pour la fonction 5, les services sociaux et les hôpitaux psychiatriques sont cités aux côtés des habitations protégées et des Maisons de Soins Psychiatriques. On constate ainsi que les hôpitaux psychiatriques restent des partenaires privilégiés pour les cinq fonctions.

L'analyse de la structure des réseaux sur base des liens cliniques déclarés (envoi et réception d'usagers et échanges d'information à leur propos) révèle que, globalement, les services de la fonction 3 sont plus souvent cités, et ceux de la fonction 5 sont moins souvent cités. Toutefois, lorsqu'on examine la provenance de ces citations, on constate que majoritairement, les citations entre fonctions sont homophiles : les services de la fonction 1 sont cités principalement par d'autres services de la fonction 1. C'est également le cas pour les fonctions 3 et 4. Les services des fonctions 2 et 5 citent principalement des services de la fonction 4. L'analyse de la structure des liens organisationnels (contacts dans le cadre de la mise en œuvre

organisationnelle des réseaux) révèle des tendances proches, avec toutefois une densité de liens plus élevée pour un plus petit nombre de services concernés. Le résultat le plus notable à ce propos concerne la part plus faible de citations des services de la fonction 3, en particulier des services sociaux, en comparaison avec leur place dans les relations cliniques. En outre, la fonction 2 (équipes mobiles) est ici la plus fréquemment citée, ce qui témoigne de l'importance qui a été accordée, jusqu'à présent, au développement de cette fonction dans le cadre des relations organisationnelles.

DISCUSSION

Les résultats de cette première phase d'évaluation de la réforme « vers de meilleurs soins en santé mentale », résumés dans cet article, donnent à voir un état des lieux de la mise en œuvre effective de cette réforme, et en même temps les domaines de développement qui seront à prendre en compte dans la poursuite de ce processus de réforme. On rappelle que celle-ci a pour objectifs principaux de favoriser l'offre de soins dans le milieu de vie des usagers, d'améliorer l'intégration des soins, de réduire le recours à l'hôpital aux situations requérant des soins intensifs, et de soutenir la réhabilitation sociale des usagers.

Au niveau des usagers, les résultats montrent les caractéristiques principales de la population concernée par le processus de réforme et les besoins auxquels l'offre de soins devra pouvoir répondre. D'un côté, on constate que l'accessibilité aux dispositifs de soins et aux traitements est bonne, ce qui est positif vis-à-vis du premier objectif. En revanche, la continuité des soins, en matière d'échange d'informations et de liens entre médecine générale et psychiatrie, est moins bien valorisée, ce qui est une barrière à l'objectif d'amélioration de l'intégration des soins. D'un autre côté, l'intégration sociale des usagers est relativement faible : peu d'accès à l'emploi, isolement social et relationnel, et peu de recours aux services sociaux et culturels qui favoriseraient une plus grande intégration sociale. Cela s'ajoute à une très faible qualité de vie des usagers. On peut par ailleurs mettre ces résultats en lien avec ceux obtenus sur les services et les réseaux qui montrent l'importance des services sociaux dans la structuration des relations cliniques entre services, mais leur moindre place dans la structuration des relations organisationnelles. La question de la réhabilitation sociale des usagers et des dispositifs organisationnels qui peuvent la soutenir reste donc un des défis importants pour la mise en œuvre des réseaux.

Au niveau des services, on constate que le processus de mise en œuvre de la réforme est pleinement en cours et que divers outils de collaboration sont élaborés et utilisés. La collaboration est de bonne qualité, notamment dans le contexte d'un processus relativement jeune, ce qui semble témoigner de pratiques de collaboration existantes et sans doute antérieures à la réforme. Cependant, les résultats semblent indiquer que la qualité de la collaboration entre service est meilleure pour les aspects interpersonnels en comparaison aux aspects liés à la formalisa-

tion du réseau. Surtout, on constate de grandes variations dans la mise en œuvre de la réforme selon les projets locaux sur ce type de dispositifs. Cette variation se constate également en ce qui concerne la taille et la composition des réseaux, ainsi qu'en ce qui concerne la structuration des liens et la place relative occupée par les différentes fonctions de soins. Ainsi, on peut voir que les équipes mobiles, dispositif novateur du programme de réforme, prennent effectivement leur place dans le paysage des services de soins en santé mentale, notamment entre les services de santé mentale ambulatoire et les hôpitaux psychiatriques. En revanche, ceux-ci restent un acteur de premier plan pour l'ensemble des fonctions de soins. Ceci est consistant avec les données collectées sur les usagers chroniques et complexes : leur recours à l'hospitalisation reste élevé. Cette observation constitue sans doute un deuxième défi vis-à-vis de l'objectif de réduction du recours à l'hôpital. Enfin, pour soutenir l'objectif de réhabilitation sociale des usagers, la place des services sociaux, notamment dans les relations organisationnelles des réseaux, est sans doute à renforcer.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Au plan local, ces résultats donnent une image des points communs et des différences quant au développement des projets de réseau. Certes, le processus d'évaluation peut difficilement rencontrer les attentes de l'ensemble des acteurs engagés dans la réforme : coordinateurs de réseaux, cliniciens aux multiples disciplines et Ecoles de pensée, administrateurs et responsables d'un large éventail de types de services, etc. Une telle diversité d'acteurs, de secteurs, de professions et de services constitue à la fois une richesse et un enjeu de cette réforme. La variabilité de la mise en œuvre de celle-ci dans certains aspects peut témoigner, pour une part, d'une bonne réappropriation à l'échelle locale d'un processus global. Les adaptations peuvent en effet être liées à des conditions locales spécifiques.

Toutefois, au plan national, cette même variabilité peut témoigner du besoin de définir de manière plus détaillée les conditions et les modalités de mise en œuvre de la réforme. C'est ce qui semble apparaître notamment au niveau des dimensions formelles de la collaboration ou au niveau de la composition des réseaux. D'autant qu'un certain nombre de résultats obtenus quant à la patientèle concernée témoignent de problématiques communes par-delà les spécificités locales.

LIMITES

Bien entendu, la première limite des résultats présentés ici concerne le fait que tant le processus de réforme que le processus d'évaluation sont toujours en cours de développement. Il convient ainsi de ne pas conclure prématurément quant aux associations de résultats, ni quant à l'effectivité du programme de réforme. D'autres mesures sont à réaliser dans une logique longitudinale en vue d'appréhender les effets à moyen terme du

processus de réforme, tant sur les usagers que sur les services, les réseaux, et le système de soins dans son ensemble.

Deuxièmement, l'ampleur de la réforme et la complexité des effets attendus rendent son évaluation inévitablement partielle. Pour rappel, une période de deux ans a été nécessaire pour déterminer les objectifs qu'il était prioritaire d'évaluer, choisir les méthodes et les outils les plus appropriés et négocier avec tous les acteurs concernés les modalités pratiques de mise en œuvre du dispositif. Il a ensuite fallu encore un an pour tester la faisabilité du dispositif. Malgré tout cela, le dispositif d'évaluation ne permet que de rendre compte d'une partie des effets du processus de réforme. Par exemple, un groupe-cible d'usagers a dû être sélectionné (les patients dits chroniques et complexes), seules certaines relations entre services partenaires ont pu être investiguées, et les limites institutionnelles des réseaux (les partenaires à inclure dans l'étude, par exemple) ont été fixées avec une marge d'interprétation. En outre, on rappelle que le programme de réforme est en soi une politique innovante qui ne peut constituer un modèle de mise en œuvre : il n'existe pas de preuves scientifiques de l'effectivité d'une organisation de soins en réseau, ni de la capacité de réseaux de soins à répondre aux objectifs de la réforme (Nicaise, Dubois et al. 2014). *A fortiori*, la description d'une fidélité à ce programme, par exemple par la mise en œuvre d'outils suggérés par celle-ci tels que des référents de soins ou des plans de soins individualisés, traduit uniquement de possibles variations, mais ne saurait en aucune manière constituer une indication de mauvaise pratique.

Troisièmement, le calendrier de déroulement du processus d'évaluation ne permet pas, à ce stade, des analyses approfondies, notamment des relations entre les résultats obtenus sur les divers volets du dispositif d'évaluation. Les résultats résumés ici, et détaillés dans le rapport d'évaluation (disponible sur www.psy107.be), restent relativement descriptifs. Par ailleurs, comme dans toute recherche, la validité et la fiabilité des résultats est affectée par des impondérables pratiques : par exemple, les taux de participation varient selon le projet concerné, de sorte que si ce taux est faible, certaines analyses sont rendues fragiles ou impossibles. Toutefois, nous avons constaté que, dans chaque projet, les services n'ayant pas participé à l'enquête sont significativement moins cités dans les relations organisationnelles en comparaison avec les services ayant participé. Ceci semble donc confirmer une de nos hypothèses : la participation au processus d'évaluation est liée à l'implication dans le processus de réforme lui-même. En outre, les analyses de variance de l'échantillon d'usagers montrent que les patientèles sont comparables entre projets.

CONCLUSION

Le taux d'abandon dans les services de consultations médicales ou médico-psychologiques représente un volume non négligeable. Non seulement, elle représente une perte de temps importante, représente un coût social important pour les services subventionnés et monopolise des plages horaires potentielles pouvant servir à d'autres patients.

Les pouvoirs organisateurs de ces services ont tendance à mettre en cause des défauts de procédure ou d'engagement des professionnels. Nous nous sommes posé la question d'une possible explication chez les consultants eux-mêmes. N'y aurait-il pas des facteurs internes de personnalité explicatifs de ces abandons ou arrêts ? A noter que cette hypothèse n'empêche en rien de se poser des questions sur l'organisation du service.

Sur la base d'un échantillon de 41 consultants représentant 24 % des consultants adultes en 2012, et selon une répartition classique entre hommes et femmes de un tiers/deux tiers, nous n'avons pas trouvé de différence clairement significative. Une tendance est cependant constatée si on compare les abandons et si on regroupe les personnalités à attribution externe (autrui et hasard). Autrement dit, les personnalités à attribution interne pourraient moins abandonner et répondre plus favorablement aux prises en charge.

Si ces données demandent précisions et confirmations, elles sont suffisamment importantes pour la gestion de services et justifier l'engagement d'autres études.

RÉSUMÉ

Depuis 2011, la réforme de l'organisation des soins psychiatriques « Vers de meilleurs soins en santé mentale » (dite « article 107 ») est mise en œuvre. En 2014, 19 projets de réseaux de services ont été développés dans les trois régions du pays. Des données ont été collectées à propos de 1199 usagers psychiatriques chroniques et complexes au sein de ces réseaux, ainsi qu'auprès de 542 services. Cet article résume les principaux résultats de cette première phase d'évaluation. Ils témoignent à la fois de l'effectivité de sa mise en œuvre et des domaines à prendre en compte pour son développement ultérieur, notamment en matière de développement des soins dans le milieu de vie des patients, de formalisation de la collaboration et de la continuité des soins, et de soutien à la réhabilitation sociale des usagers. Ils témoignent aussi de la grande variété de dispositifs locaux issus d'une politique commune.

MOTS-CLÉS : Lien social – Resocialisation – Créativité artistique

SAMENVATTING

Sinds 2011 voert België een hervorming door binnen de geestelijke gezondheidszorg (beter gekend als "artikel 107"). In 2014 werden 19 zorgnetwerken opgericht, verspreid over de drie Belgische regio's. Er werden data verzameld bij 1.199 psychiatrische patiënten met een chronische en complexe aandoening binnen deze zorgnetwerken, evenals bij 542 diensten. Dit artikel geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten van de eerste fase van het evaluatieproces. De bevindingen laten de effectiviteit van het implementatieproces zien en tegelijkertijd ook de domeinen waaraan nog aandacht besteed moet worden in de verdere ontwikkeling. Met name tonen de resultaten enkele aandachtspunten, zoals de ontwikkeling van gemeenschapsgerichte diensten, de nood aan geformaliseerde tools voor samenwerking en zorgcontinuïteit, en ondersteuning voor het sociaal herstel van patiënten. De resultaten laten ook een grote verscheidenheid zien in de lokale implementaties van een gemeenschappelijk beleidsprogramma.

Trefwoorden : Hervorming gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, organisatiemodel, deinstitutionalisering, verstrekking van gezondheidszorg, geïntegreerd, gemeenschapsgerichte zorgnetwerken

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adair, C. E., G. M. McDougall, C. R. Mitton, A. S. Joyce, T. C. Wild, A. Gordon, N. Costigan, L. Kowalsky, G. Pasmenny and A. Beckie (2005). "Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness." *Psychiatric Services* **56**(9): 1061-1069.
- Chisholm, D., M. R. Knapp, H. C. Knudsen, F. Amaddeo, L. Gaité and W. B. van (2000). "Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory--European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs." *Br.J.Psychiatry Suppl*(39): s28-s33.
- D'Amour, D., L. Goulet, J. F. Labadie, L. S. Martin-Rodriguez and R. Pineault (2008). "A model and typology of collaboration between professionals in health-care organizations." *Bmc Health Services Research* **8**.
- Lorant, V., M. Leys, C. Van Audenhove, N. Gurnet, J. Costa Campos, P. Nicaise, G. De Roeck, T. Lodewyckx, E. Helmer, V. Dejaegere, L. Terlinden, I. Neyens, A. Sevenants and J. Vanderhaegen (2014). Etude de faisabilité : recherche évaluative du programme de réforme fédérale "Vers de meilleurs soins en santé mentale" - Haalbaarheidsstudie : wetenschappelijke opvolging en evaluatie van het hervormingsprogramma "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg" Brussels, Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) UCL - OPIH VUB - LUCAS KULeuven: 207.
- Milward, H. B. and K. G. Provan (1998). «Measuring network structure.» *Public Administration* **76**(2): 387-407.
- Nicaise, P., V. Dubois and V. Lorant (2014). "Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time." *Health Policy*(0).
- Organization, W. H. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva, World Health Organization: 50.
- OCDE (2013), *Santé mentale et emploi: Belgique*, Editions OCDE, 133.
- Priebe, S., P. Huxley, S. Knight and S. Evans (1999). «Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA).» *International Journal of Social Psychiatry* **45**(1): 7-12.
- Priebe, S., S. Watzke, L. Hansson and T. Burns (2008). "Objective social outcomes index (SIX): A method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care." *Acta Psychiatrica Scandinavica* **118**(1): 57-63.
- Teague, G. B., G. R. Bond and R. E. Drake (1998). "PROGRAM FIDELITY IN ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT: Development and Use of a Measure." *American Journal of Orthopsychiatry* **68**(2): 216-232.
- Wing, J. K., A. S. Beevor, R. H. Curtis, S. B. Park, S. Hadden and A. Burns (1998). "Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development." *Br.J.Psychiatry* **172**: 11-18.
- Wing, J. K., P. Lelliott and A. S. Beevor (2000). "PROGRESS ON HoNOS." *The British Journal of Psychiatry* **176**(4): 392-393.

Auteurs correspondants :

Grand Adeline, Assistante de recherche,
Institut de Recherche Santé et Société (IRSS),
Université catholique de Louvain, B1.30.15
Clos Chapelle-aux-Champs, 1200 Woluwe-Saint-Lambert.

Nicaise Pablo, Docteur en Santé Publique, Chercheur qualifié,
Institut de Recherche Santé et Société (IRSS),
Université catholique de Louvain, B1.30.15
Clos Chapelle-aux-Champs, 1200 Woluwe-Saint-Lambert.

Lorant Vincent, Professeur,
Institut de Recherche Santé et Société (IRSS),
Université catholique de Louvain, B1.30.15 Clos Chapelle-aux-Champs,
1200 Woluwe-Saint-Lambert.

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Les *Acta Psychiatrica Belgica* publient en français ou en anglais les annales de la *Société Royale de Médecine Mentale de Belgique* ainsi que des travaux originaux sélectionnés et des revues générales. En soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent qu'il n'a pas été soumis pour publication à une autre revue et n'a pas été publié auparavant.

Les manuscrits soumis pour publication seront adressés au
Prof William Pitchot,
Rédacteur en Chef,
Psychiatrie et Psychologie
médicale, 4020 Liège

uniquement par e-mail à :
wpitchot@chu.ulg.ac.be

Chaque article sera soumis à au moins deux rapporteurs. La réponse du Comité de lecture parviendra aux auteurs dans un délai de trois mois après réception du manuscrit.

Lors de la soumission, les auteurs fourniront une adresse électronique et une version informatisée de leur article en fichier WORD. Les figures doivent être classées à part, en format JPEG.

Les textes doivent être dactylographiés, sans mise en page personnalisée, en double interligne avec des marges de 3 cm et seulement au recto des feuilles qui seront numérotées.

1^{ère} page : Nom et prénom en toutes lettres, fonction, adresse précise des auteurs et de l'hôpital ou du laboratoire dans lequel le travail a été effectué.

2^{ème} page : Titre de l'article (français et anglais), un résumé en anglais, ainsi que quelques mots-clés repris dans l'Index Medicus.

Pour les pages suivantes : l'article, suivi d'un résumé en français et en néerlandais, et enfin, la bibliographie

Dans un **dossier séparé de l'article en word**, les figures (graphiques, photos) seront fournies uniquement en format JPEG.

Les tableaux et figures comporteront une légende courte et compréhensible sans référence au texte et seront désignés dans le texte par leur numéro en chiffres romains pour les premiers, en chiffres arabes pour les seconds.

Les résumés ne doivent pas dépasser dix lignes chacun et rappelleront les méthodes utilisées, les résultats et les principales conclusions.

Les abréviations seront explicitées lors de leur première citation dans le texte à l'exception des abréviations d'usage international. Tous les médicaments mentionnés doivent être cités selon leur dénomination commune internationale.

Les références bibliographiques seront appelées dans le texte par le nom de(s) auteur(s) et la date. Dans le cas où la référence comporte plus de deux auteurs, ne sera indiqué que le nom du premier suivi de «*et al*». Les références complètes seront regroupées en fin d'article par ordre alphabétique et pour un même auteur par ordre chronologique, les lettres a,b,c permettant de différencier dans le texte les articles parus la même année (1988a, 1988b,...).

Les références des articles et les citations de livres comporteront dans l'ordre : noms et initiales des prénoms des auteurs.

Pour les articles : titre intégral de l'article dans sa langue d'origine, nom du périodique abrégé selon la nomenclature de l'Index Medicus, volume, indication des pages et (année de parution).

Pour les livres : titre de l'ouvrage (souligné), nom de la maison d'édition, année de parution et indication des pages.

Pour les citations de chapitre : noms des auteurs et titre de l'article suivis de "in"; viennent ensuite les noms des Editeurs scientifiques - suivis de "(ed)" ou "(eds)", le titre du livre, la maison d'édition, la ville d'édition, l'année d'édition, et les pages du chapitre.

Pour les références Internet : titre général du site, adresse web complète de la page visitée, date de la consultation du site.

La reproduction des documents déjà publiés devra être accompagnée de la permission des auteurs et des éditeurs qui en ont le copyright.

Cymbalta[™]
duloxetine HCl

strattera[®]
atomoxetine HCl

ZYPAdhera[™]
Olanzapine Powder and Solvent for
Prolonged Release Suspension for Injection

Lilly

cns/elb/109-MARCH 2014

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT Efexor -Exel 37,5 mg gélules à libération prolongée, Efexor -Exel 75 mg gélules à libération prolongée, Efexor -Exel 150 mg gélules à libération prolongée. **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Efexor-Exel 37,5 mg : Chaque gélule à libération prolongée contient 42,43 mg de chlorhydrate de venlafaxine, équivalent à 37,5 mg de venlafaxine base. Efexor-Exel 75 mg : Chaque gélule à libération prolongée contient 84,85 mg de chlorhydrate de venlafaxine, équivalent à 75 mg de venlafaxine base. Efexor-Exel 150 mg : Chaque gélule à libération prolongée contient 169,7 mg de chlorhydrate de venlafaxine, équivalent à 150 mg de venlafaxine base. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **3. FORME PHARMACEUTIQUE** Gélule à libération prolongée. Efexor-Exel 37,5 mg : Gélule opaque avec tête grise claire et corps pêche, avec les inscriptions « W » et « 37,5 », marquées à l'encre rouge, gélule en gélatine, taille 3. Efexor-Exel 75 mg : Gélule opaque pêche, avec les inscriptions « W » et « 75 », marquées à l'encre rouge, gélules en gélatine, taille 1. Efexor-Exel 150 mg : Gélule opaque orange foncé, avec les inscriptions « W » et « 150 », marquées à l'encre blanche, gélule en gélatine, taille 0.

4.1 Indications thérapeutiques Traitement des épisodes dépressifs majeurs. Pour la prévention des récidives des épisodes dépressifs majeurs. Traitement du trouble d'anxiété généralisée. Traitement du trouble d'anxiété sociale. Traitement du trouble panique, avec ou sans agoraphobie. **4.2 Posologie et mode d'administration** **Episodes dépressifs majeurs** La posologie initiale recommandée de venlafaxine à libération prolongée est de 75 mg en une prise quotidienne. Les patients ne répondant pas à la posologie initiale de 75 mg/jour peuvent bénéficier d'une augmentation de posologie jusqu'à une posologie maximale de 375 mg/jour. Les augmentations posologiques peuvent être effectuées par paliers de 2 semaines ou plus. Si cela se justifie sur le plan clinique en raison de la sévérité des symptômes, la posologie peut être augmentée à intervalles de temps plus rapprochés, en respectant un minimum de 4 jours. En raison du risque d'effets indésirables dose-dépendants, la posologie ne devra être augmentée qu'après une évaluation clinique (voir rubrique 4.4). La posologie minimale efficace doit être maintenue. Les patients doivent être traités pour une durée suffisante, généralement de plusieurs mois ou plus. Le traitement doit être réévalué régulièrement au cas par cas. Un traitement à plus long terme peut également être justifié pour la prévention des récidives des épisodes dépressifs majeurs (EDM). Dans la plupart des cas, la posologie recommandée dans la prévention des récidives des EDM est la même que celle utilisée pendant l'épisode actuel. Le traitement antidépresseur doit être poursuivi pendant au moins 6 mois après la rémission. **Trouble d'Anxiété généralisée** La posologie initiale recommandée de venlafaxine à libération prolongée est de 75 mg en une prise quotidienne. Les patients ne répondant pas à la posologie initiale de 75 mg/jour peuvent bénéficier d'une augmentation de posologie jusqu'à une posologie maximale de 225 mg/jour. Les augmentations posologiques peuvent être effectuées par paliers de 2 semaines ou plus. En raison du risque d'effets indésirables dose-dépendants, la posologie ne devra être augmentée qu'après une évaluation clinique (voir rubrique 4.4). La posologie minimale efficace doit être maintenue. Les patients doivent être traités pour une durée suffisante, généralement de plusieurs mois ou plus. Le traitement doit être réévalué régulièrement au cas par cas. **Trouble d'Anxiété sociale** La posologie recommandée de venlafaxine à libération prolongée est de 75 mg en une prise quotidienne.

Il n'a pas été démontré que des posologies plus élevées permettraient d'obtenir un bénéfice additionnel. Cependant, chez certains patients qui ne répondent pas à la posologie initiale de 75 mg/jour, une augmentation de la dose peut être envisagée jusqu'à une posologie maximale de 225 mg/jour. La posologie peut être augmentée par paliers de 2 semaines ou plus. En raison du risque d'effets indésirables dose-dépendants, la posologie ne devra être augmentée qu'après une évaluation clinique (voir rubrique 4.4). La posologie minimale efficace doit être maintenue. Les patients doivent être traités pour une durée suffisante, généralement de plusieurs mois ou plus. Le traitement doit être réévalué régulièrement au cas par cas. Utilisation chez les patients âgés Aucun ajustement spécifique de la dose de venlafaxine n'est considéré comme nécessaire sur le seul critère de l'âge du patient. Cependant, la prudence s'impose au cours du traitement de patients âgés (par ex. : en raison du risque d'insuffisance rénale, de l'éventualité de modifications liées à l'âge de la sensibilité et de l'affinité des neurotransmetteurs). La posologie minimale efficace devra toujours être utilisée et les patients devront être attentivement surveillés lors de toute augmentation de posologie. **Utilisation chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans** La venlafaxine n'est pas recommandée chez les enfants et les adolescents. Les études cliniques contrôlées chez les enfants et les adolescents présentant un épisode dépressif majeur n'ont pas permis de démontrer l'efficacité de la venlafaxine et ne soutiennent pas son utilisation chez ces patients (voir rubriques 4.4 et 4.8). L'efficacité et la sécurité d'emploi de la venlafaxine dans d'autres indications chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans n'ont pas été établies. **Utilisation chez les patients présentant une insuffisance hépatique** D'une manière générale, une réduction de la posologie de 50% doit être envisagée chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. En raison de la variabilité interindividuelle de la clairance, une adaptation individuelle de la posologie paraît néanmoins souhaitable. Les données concernant les patients présentant une insuffisance hépatique sévère sont limitées. La prudence est recommandée et une réduction de plus de 50% de la posologie doit être envisagée. Le bénéfice potentiel devra être soupesé au regard du risque en cas de traitement de patients présentant une insuffisance hépatique sévère. **Utilisation chez les patients présentant une insuffisance rénale** Bien qu'aucune adaptation posologique ne soit nécessaire chez les patients présentant un taux de filtration glomérulaire (GRF) entre 30 et 70 ml/min, la prudence est conseillée. Chez les patients hémodialysés et chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (GRF < 30 ml/min), la posologie devra être réduite de 50%. Du fait de la variabilité interindividuelle de la clairance chez ces patients, il est souhaitable d'adapter la posologie au cas par cas. Symptômes de sevrage observés à l'arrêt de la venlafaxine L'arrêt brutal du traitement doit être évité. Lors de l'arrêt du traitement par la venlafaxine, la posologie devra être progressivement diminuée sur une durée d'au moins une à deux semaines afin de réduire le risque de survenue de réactions de sevrage (voir rubriques 4.4 et 4.8). En cas de symptômes mal tolérés après une diminution de dose ou lors de l'interruption du traitement, le retour à la posologie précédemment prescrite peut être envisagé. Par la suite, le médecin pourra reprendre la diminution de la posologie, mais à un rythme plus progressif. **Voie orale.** Il est recommandé de prendre les gélules à libération prolongée de venlafaxine au cours d'un des repas, si possible à heure fixe. Les gélules doivent être avalées entières avec un peu de liquide, et ne doivent être coupées, ni écrasées, ni croquées ou dissoutes. Les patients traités par des comprimés de venlafaxine à libération immédiate peuvent passer aux gélules à libération prolongée de venlafaxine, à la posologie quotidienne équivalente la plus proche. Par exemple, des comprimés à libération immédiate de 37,5 mg de venlafaxine en deux prises par jour peuvent être remplacés

Vous pensez
EFEXOR-EXEL® ?



SIMPLE!

Pour votre **profil***,
prescrivez
EFEXOR-EXEL®



*lorsqu'il s'agit
de produits remboursés
avec alternative générique



par des gélules à libération prolongée de 75 mg de venlafaxine en une prise quotidienne. Des ajustements posologiques individuels peuvent être nécessaires. Les gélules de venlafaxine à libération prolongée contiennent des sphéroïdes qui libèrent lentement le médicament dans l'appareil digestif.

A partir de mai 2015

37,5 mg	7 gél.	6,83€
75 mg	28 gél.	10,17€
	56 gél.	20,09€
	98 gél.	26,15€
150 mg	28 gél.	17,94€
	56 gél.	25,24€
	98 gél.	49,71€

La fraction insoluble de ces sphéroïdes est éliminée et peut être retrouvée dans les selles. **4.3 Contre-indications** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. L'association à un traitement par inhibiteurs irréversibles de la monoamine-oxydase (IMAO) est contre-indiquée en raison du risque de survenue d'un syndrome sérotoninergique, se manifestant notamment par une agitation, des tremblements et une hyperthermie. La venlafaxine ne doit pas être débutée dans les 14 jours suivant l'arrêt d'un traitement par un IMAO irréversible. La venlafaxine doit être arrêtée au moins 7 jours avant le début d'un traitement par un IMAO irréversible (voir rubriques 4.4 et 4.5). **4.8 Effets indésirables** Au cours des études cliniques, les réactions indésirables les plus fréquemment rapportées (> 1/10) ont été les nausées, la sécheresse buccale, les céphalées et l'hyperhidrose (incluant les sueurs nocturnes). Les réactions indésirables sont énumérées ci-après, par classe de systèmes d'organes et par fréquence. Les fréquences sont définies comme suit : très fréquent (≥1/10), fréquent (≥1/100, <1/10), peu fréquent (≥1/1000, <1/100), rare (≥1/10 000, <1/1000), fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Affections hématoLOGIQUES et du système lymphatique** **Fréquence indéterminée:** Thrombocytopénie, problèmes sanguins, incluant agranulocytose, anémie arégenerative, neutropénie, pancytopenie **Affections du système immunitaire** **Fréquence indéterminée:** Réaction anaphylactique **Affections Endocriniennes** **Fréquence indéterminée:** Syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique (SIADH) **Troubles du métabolisme et de la nutrition** **Fréquent:** Perte d'appétit **Fréquence indéterminée:** Hyponatrémie **Affections psychiatriques** **Fréquent:** Confusion, Dépersonnalisation, Anorgasmie, Diminution de la libido, Nervosité, Insomnie, Rêves anormaux **Peu fréquent:** Hallucinations, déréalisation, agitation, Trouble de l'orgasme (femmes), Apathie, Hypomanie, Bruxisme **Rare:** Manie **Fréquence indéterminée:** Idées et comportements suicidaires*, Délire, agressivité* **Affections du système nerveux** **Très fréquent:** Sensations vertigineuses, Céphalées** **Fréquent:** Sédatation, Tremblements, Paresthésies, Hypertonie **Peu fréquent:** Akathisie/Agitation, psychomotrice, Syncope, Myoclonies, **Troubles de la coordination et de l'équilibre** **Rare:** dysgueisie **Fréquence indéterminée:** Convulsions **Syndromes Neuroleptique Malin (SNM), Syndrome sérotoninergique, Réactions extrapyramidales** incluant dystonie et dyskinésie, Dyskinésie tardive **Affections oculaires** **Troubles visuels,** incluant vision troubles, Mydriase, **Troubles de l'accommodation** **Fréquence indéterminée:** Glaucome à angle fermé **Affections de l'oreille et du labyrinthe** **Fréquent:** Tinnitus **Fréquence indéterminée:** Vertiges **Affections cardiaques** Palpitations Tachycardie Fibrillation ventriculaire, Tachycardie ventriculaire (incluant torsades de pointes) **Affections vasculaires** **Fréquent:** Hypertension, vasodilatation (essentiellement bouffées de chaleur) **Peu fréquent:** Hypotension orthostatique **Fréquence indéterminée:** Hypotension, Hémorragie (saignement muqueux) **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales** **Fréquent:** Bâillements **Peu fréquent:** Dyspnée **Fréquence indéterminée:** Eosinophilie pulmonaire **Affections gastro-intestinales** **Très fréquent:** Nausées, sécheresse buccale **Fréquent:** Vomissements, Diarrhée, Constipation **Peu fréquent** Hémorragie gastro-intestinale **Fréquence indéterminée:** Pancréatite **Affections hépatobiliaires** **Fréquence indéterminée:** Hépatite, anomalie des tests de la fonction hépatique **Affections de la peau et des tissus sous-cutanés** **Très fréquent:** Hyperhidration (incluant sueurs nocturnes) **Peu fréquent:** Angio-œdème, Réaction de photosensibilité, Erythème polymorphe, Syndrome de Lyell, Prurit, Urticaire **Affections musculosquelettiques et systémiques** **Fréquence indéterminée:** Rhabdomyolyse **Affections du rein et des voies urinaires** **Fréquent:** Troubles urinaires (essentiellement retard mictionnel), Pollakiurie **Peu fréquent:** Rétention urinaire **Rare:** Incontinence urinaire **Affections des organes de reproduction et du sein** **Fréquent:** Troubles menstruels avec augmentation des saignements ou saignements irréguliers (par ex. ménorragies, métrorragies), Troubles de l'éjaculation, Trouble érectile Troubles généraux et anomalies au site d'administration **Fréquent:** Asthénie, fatigue, frissons **Investigations** **Fréquent:** Augmentation de la cholestérolémie **Peu fréquent:** Prise de poids, perte de poids **Fréquence indéterminée:** Allongement du QT à l'électrocardiogramme, Allongement du temps de saignement, Augmentation de la prolactinémie *Des cas d'idées suicidaires et de comportements suicidaires ont été rapportés pendant un traitement par la venlafaxine ou peu de temps après son arrêt (voir rubrique 4.4). ** Dans les essais cliniques poolés, l'incidence des céphalées dans le groupe venlafaxine contre le groupe placebo était similaire. L'arrêt de la venlafaxine (particulièrement lorsqu'il est brutal) conduit habituellement à des symptômes de sevrage. Les réactions les plus fréquemment observées sont : sensations vertigineuses, troubles sensoriels (y compris paresthésies), troubles du sommeil (incluant insomnie et rêves intenses), agitation ou anxiété, nausées et/ou vomissements, tremblements, vertiges, céphalées et syndrome gripal. Généralement, ces symptômes sont légers à modérés et disparaissent spontanément; cependant, chez certains patients, ils peuvent être sévères et/ou prolongés. Par conséquent, lorsque le traitement par la venlafaxine n'est plus nécessaire, il est conseillé de diminuer progressivement la posologie (voir rubriques 4.2 et 4.4). **5. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** Pfizer SA, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles. **8. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** Efexor-Exel 37,5 mg gélules à libération prolongée en plaquettes : BE239337, Efexor-Exel 75 mg gélules à libération prolongée en plaquettes : BE196524, Efexor-Exel 150 mg gélules à libération prolongée en plaquettes : BE196533, Efexor-Exel 37,5 mg gélules à libération prolongée en flacons : BE422003, Efexor-Exel 75 mg gélules à libération prolongée en flacons : BE422012, Efexor-Exel 150 mg gélules à libération prolongée en flacons : BE421994. **9. DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION** Date de première autorisation : Efexor-Exel 37,5 mg gélules à libération prolongée : 29/07/2002, Efexor-Exel 75 mg/150 mg gélules à libération prolongée : 16/11/1998. **Date du dernier renouvellement:** 20/10/2009. **10. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** 12/2014. Sur prescription médicale.



essentials
we do more than just copy

Original et parmi les "Moins Chers"*