

B. Rousset

Centre de santé mentale Angevin (CESAME), 49130
Sainte-Gemmes-Sur-Loire

Mots clés : Off-label prescribing ; Off-label drug ; Risk-benefit ratio ; Legal framework

L'AMM est un concept relativement récent datant de la deuxième moitié du xx^e siècle. Une AMM est délivrée après des études établissant l'efficacité et la tolérance d'une molécule à doses données pour une indication donnée dans des conditions physiopathologiques données pour un individu. L'AMM donne un cadre de prescription aux praticiens et d'exécution de la prescription par le pharmacien et l'infirmier le cas échéant. Si le respect de l'AMM doit être une règle de base, aucun texte réglementaire n'interdit la prescription hors AMM si le prescripteur le juge indispensable. La loi du 29 décembre 2011 définit mieux le cadre juridique de la prescription hors AMM notamment avec la RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation). La prescription hors AMM représente environ 20–25 % des prescriptions, touche surtout les âges extrêmes de la vie, la psychiatrie, la cancérologie. Les psychotropes sont souvent concernés. La prescription hors AMM est aussi bien une absence d'indication qu'un dépassement de posologie, un non-respect des contre-indications. Plusieurs molécules sont régulièrement utilisées hors AMM en psychiatrie dont baclofène (bénéfice d'un RTU), clozapine associée à d'autres neuroleptiques, quétiapine à plus de 800 mg/jour, neuroleptiques injectables en pédiatrie. Plusieurs causes conduisent à la prescription hors AMM : ignorance de l'AMM, pathologies rares, habitudes de prescription, conférences de consensus, décalages entre données scientifiques et délai administratif de modification d'AMM ou refus de demande d'AMM par l'industrie. Les risques encourus sont nombreux. Pour les prescripteurs, se cumule la responsabilité ordinaire disciplinaire à la responsabilité civile et pénale. La responsabilité du pharmacien et des infirmiers est aussi engagée. La prescription hors AMM impose donc au prescripteur d'en connaître les risques, de valider les prescriptions vis-à-vis de données acquises et actualisées, d'apporter une information de qualité au patient sur le caractère « hors AMM » de la prescription et son rapport bénéfice-risque, de l'informer du non-remboursement, de le notifier dans le dossier du patient ainsi que sur l'ordonnance. En milieu hospitalier, elle doit faire l'objet de consensus validés au travers des commissions du médicament rassemblant praticiens médecins et pharmaciens.

Pour en savoir plus

Mithani Z. Informed consent for off-label use of prescription medications. *Virtual Mentor* 2012;14(7):576–81.

LOI n° 2011–2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (1). JO 30 décembre 2011

Wittich CM, Burkle CM, Lanier W. Ten common questions (and their answers) about off-label drug use. *Mayo Clin Proc* 2012; 87(10):982–90.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.246>

FA17C

Les prescriptions hors AMM chez l'enfant et l'adolescent

V. Venel, C. Petron-Bardou

Centre de santé mentale Angevin (CESAME), 49000 Angers, France

Mots clés : Autorisation de mise sur le marché ; Recherche biomédicale ; Indications thérapeutiques pédopsychiatriques
La littérature actuelle fait état d'une prescription de psychotropes hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) chez l'enfant importante. Le faible nombre d'AMM des psychotropes pour une population pédiatrique complique la prescription en pratique quotidienne pédopsychiatrique. La prescription hors AMM engage la responsabilité du prescripteur et secondairement du pharmacien devant vérifier la présence de l'âge sur l'ordonnance afin de

pouvoir délivrer le produit. Malgré cette contrainte légale, les psychotropes sont prescrits à un âge de plus en plus jeune. La prescription hors AMM a également un impact sur la relation thérapeutique non négligeable. De même, depuis ces dernières années, les indications sont de plus en plus en lien avec des symptômes et non un diagnostic syndromique. Cette évolution entraîne une modification dans le choix des molécules par rapport à leur indication initiale. Le traitement médicamenteux, souvent en seconde ligne dans la prise en charge pédopsychiatrique, reste indispensable dans certains cas. Le peu d'AMM pour la population pédopsychiatrique fait l'objet de plusieurs hypothèses : le schéma de prise en charge de l'enfant diffère du schéma classique diagnostic-indication-prescription observé chez l'adulte et la recherche clinique pédiatrique, en cours d'évolution, est soumise à une législation propre, notamment sur le plan éthique, autour de la recherche biomédicale chez l'enfant. Enfin, l'absence d'AMM chez l'enfant pour une molécule n'est pas obligatoirement liée à un risque spécifique pour la population pédiatrique. Bien souvent, l'absence de données pharmacologiques objectivées par la recherche biomédicale empêche l'AMM dans cette population. Aujourd'hui, les indications cliniques de traitement psychotrope chez l'enfant et l'adolescent sont nombreuses et nécessitent une recherche approfondie concernant l'efficacité et la tolérance de ces molécules afin de fournir des règles de prescription adaptées.

Pour en savoir plus

Auby P. Nouveaux enjeux de la recherche clinique en psychopharmacologie chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60:62–8.

Dumortier G, et al. Prescription des psychotropes en pédopsychiatrie : limite des indications officielles et perspectives thérapeutiques. *Encephale* 2005;31:477–89.

Lafortune D, Gagné MP, Blais E. De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments psychotropes auprès des enfants. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60:69–76.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.247>

SFRP - Les processus de changement au cours des relaxations psychothérapeutiques

Président : P. Nubukpo, centre hospitalier Esquirol, 87000 Limoges

FA21A

Trances et états modifiés de conscience dans le training autogène de Shultz

P. Nubukpo

Centre hospitalier Esquirol, 87000 Limoges, France

Mots clés : Relaxation ; Psychothérapie ; Changement ; État modifié de conscience ; Trances

Les techniques de relaxation psychothérapeutique inspirées de méthodes orientales pour la plupart, et réaménagées par les différentes écoles (physiologie, psychanalyse, cognitivo-comportementalisme) opèrent des transformations chez le sujet qui le pratique grâce aux bénéfices d'un État Modifié de Conscience (État Autogène, État hypnoïde, etc.). Schultz, père du Training Autogène, aborde les liens entre État Autogène et transe ainsi : « une méthode comme celle du T.A. aussi générale et qui touche aux problèmes multiples de la vie de l'âme, présente de par sa nature même une foule de rapports avec les manifestations les plus diverses de l'ethnologie et de la psychologie religieuse... ». Pour cet auteur, les trances sont des « expériences de plongées intérieures » dont il distingue quatre formes. Il pense que cette expérience renferme une foule de réalisations : « néocréation, décision, caractère

normatif. . . ». Nous postulons que ce qui est à la base de la catharsis induite par la transe, c'est l'instauration d'un État Modifié de Conscience qui favorise la guérison ou la régénérescence du sujet qui la pratique.

Pour en savoir plus

Nubukpo P. États modifiés de conscience, rites, cultures, relaxations. In: Renaissance des relaxations dans le dispositif des psychothérapies. Penta Ed.; 2013. p. 77–102.

Shultz JH. Le training autogène, 11^e éd. Paris: Éditions presses universitaires de France; 1991, 338 p.

Ranty Y. Le training autogène progressif, une relaxation psychothérapeutique. Paris: Édition Presses Universitaires de France; 1990, 338 p.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.248>

FA21B

Identité et enracinement en relaxations : à propos d'un cas clinique

I. Charent

Société française de relaxation psychotérapie, 75020 Paris, France

Mots clés : Identité ; Migration ; Corps territoire ; Contracté/lâché-Chute libre

La trajectoire identitaire, au cœur de cette reprise du développement que constitue toute psychothérapie, comporte des difficultés particulières chez les descendants de migrants. La relaxation, dans son travail des points d'ancrage, de l'exploration originale du schéma corporel, permet ce retour au soi, démultiplié dans le temps et dans l'espace, en particulier lors d'un état de conscience modifiée. Le travail du corps, soutient, ou fonde, la formulation d'un sens propre à soi, quant aux origines du sujet. En relaxation staticodynamique, le travail corporel commence par la main dominante, puis l'avant-bras puis le bras, l'épaule, ainsi pour chaque membre et le tronc, exploration en détail sinon en profondeur, dans la dissociation de chaque segment les uns par rapport aux autres. Ce travail segmentaire est induit soit en statique, soit en dynamique de chute libre ou de chute ralentie. Ce ralentissement affine la perception et approfondit la détente mentale, il accentue également la conscience de la dissociation, dans son évidence comme dans son impossible réalisation parfaite. Aux confins des limites physiques de soi, des parts de soi reliées en tout, se trouve alors suggéré symboliquement, un autre possible dans ce qui, présent à l'esprit à ce moment même, restait aussi limité, insu ou refoulé. Cette géographie corporelle conduit métaphoriquement à une géographie plus matérielle. Pour les migrants, se trouvent ainsi convoquées l'histoire familiale et la culture du pays d'origine en un autre lieu, au propre et au figuré. Dans le même temps, se remobilisent les enjeux identitaires et les perceptions corporelles nouvellement mais sûrement appropriées. La mobilisation symbolique du « corps territoire » offre ainsi un espace d'intégration et d'enracinement en soi, relié aux périples de l'histoire familiale, au fil des séances et des verrouillages levés.

Pour en savoir plus

Hissard MJ. Le corps intermédiaire idéal du corps à corps en relaxation. Rev Fr Relax Psychother 1997, [L'esprit du temps] an au VII^e colloque de la SFRP « Corps et Identité » 22–23 octobre 1999.

Winnicott DW. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. NRF Gallimard; 2000.

Suzzoni F. Relaxation, biofeedback, corps, identité, communication.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.249>

FA21C

Évaluation de la psychothérapie de type RSD : illustration par des cas cliniques

M. Warnery

CSAPA Victor-Segalen, 92110 Clichy, France

Mots clés : Relaxation statico-dynamique ; Psychothérapie ; Changement ; Échelle d'évaluation

L'évaluation des effets de la relaxation envisagée comme psychothérapie à médiation corporelle est une tâche complexe. Il s'agit d'apprécier les interactions et les liens entre corps et psychisme comme les deux pôles d'une seule et même entité. Nous cherchons à estimer un point de départ (le test) et, puisque le thème de notre forum concerne les processus de changement au cours des relaxations psychothérapeutiques, un point d'évolution (le retest). Nous avons trouvé dans la littérature consacrée au sujet des méthodologies ou des échelles d'évaluation permettant de mesurer des données psychologiques, physiologiques, émotionnelles, comportementales, mentales de la réponse relaxation. L'appréciation se fait majoritairement, sous forme de questionnaire, d'autoquestionnaire ou de monitoring en « bio-feedback ». De plus, en tant que psychomotricienne et thérapeute en relaxation Statico-Dynamique, nous nous sommes particulièrement intéressés à l'évaluation de la proprioception, du schéma corporel, et de la tonicité musculaire en lien avec le facteur émotionnel. Nous avons donc intégré dans notre pratique clinique une évaluation psychomotrice de la relaxation. Nous vous présenterons notre protocole. Puis, nous exposerons les résultats d'évaluations menées auprès de patients suivis en CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Nous discuterons des cas cliniques en réfléchissant à la pertinence de notre outil comme indicateur de changement.

Pour en savoir plus

Dovero M. Évaluation de la relaxation : aspects cliniques et intérêts thérapeutiques. J Ther Comport Cogn 1998;8:26–32.

Evers L, Verbanck P. Création d'un questionnaire de satisfaction corporelle et de perception globale de soi : le QSCPGS. Recherche de normes et début de validation. Encephale 2010;36:21–7.

Pitteri F. Influence du toucher sur la représentation que se fait un sujet de son état tonique dans une situation de relâchement à partir d'un tonus d'action. Étude chez un groupe témoin et un groupe de sujet schizophrènes par l'épreuve des bras tendus. Evol Psychomot 2009;21(86):210–8.

Smith JC. Advances in ABC relaxation, Applications and inventories. Springer Publishing Company; 2001.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.250>

Rencontre avec l'expert

R5

Une version spécifique de la thérapie interpersonnelle pour les troubles bipolaires : la TIPARS

L. Jacquesy

74000 Annecy, France

Mots clés : Thérapie interpersonnelle ; Troubles bipolaires ; Prévention des rechutes ; Rapport coût/efficacité

En 1984, sortait le premier manuel de thérapie interpersonnelle, écrit par G. Klerman, M. Weissman et al. [4], pour laquelle l'indication préférentielle de la thérapie se situait dans la sphère dépressive. Pendant près de 20 ans, c'est autour de ce manuel, et de quelques adaptations pour les adolescents notamment, qu'a continué de se développer cette thérapie dans le monde anglo-saxon essentiellement. Ellen Frank [2] a proposé en 2005 une version se centrant cette fois sur le trouble bipolaire, l'InterPersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) traduite dès 2005 en français par Thierry Bottai sous le nom de Thérapie InterPersonnelle et d'Aménagement des Rythmes Sociaux (TIPARS) [1]. Cette thérapie brève tient compte des exigences de santé publique en termes de psychoéducation, de respect du meilleur rapport coût/efficacité et de la nécessité de traiter mais aussi de prévenir la récurrence