

**La psychiatrie
légale aujourd'hui**

**Session
"Jeunes Psychiatres"**

Les Échos du CPNLF



Post Scriptum, ce mois-ci comme chaque mois, rapporte dans la rubrique "Les Échos du CPNLF" une partie des interventions communiquées dans le cadre du 110e congrès du CPNLF.

Nous avons choisi ce mois-ci de braquer les projecteurs sur la "Psychiatrie légale aujourd'hui", avec notamment un article du Dr Mathias Russik, de l'Unité des Malades Difficiles (UMD) du CH Paul-Guiraud de Villejuif, qui fait un point très complet sur le grave problème que posent ces patients, tant du point de vue administratif que médical. Puis sessions thématiques encore, avec des interviews organisées par les "Jeunes Psychiatres" de l'association et le point sur "Exclusion sociale et dépression" chez des patients atteints de schizophrénie et de troubles de l'humeur.

C'est dans le cadre d'une session thématique sous l'égide de la commission "Médicolégale" de l'association du CPNLF qu'a été évoquée la **Psychiatrie légale aujourd'hui**, avec pour modérateurs le **Dr Cyril Manzanera (Montpellier) et Me Brice Robin, procureur du Tribunal de Grande Instance de Montpellier**. Le **Dr Mathias Russik** de l'Unité des Malades Difficiles (UMD) du CH Paul-Guiraud de Villejuif, fait pour nous un point précis sur les problèmes **du sécuritaire aux soins intensifs psychiatriques**.

Pendant de longs siècles les soins et la médecine ont été calqués sur des références que seule l'histoire et la sociologie permettent de comprendre. Le mercantilisme de la fin du XV^e siècle est une théorie économique mais aussi une pratique politique visant à réguler les flux monétaires, de marchandises et l'activité productrice de la population. Avec l'urbanisation, depuis la fin du Moyen âge, un plan d'urgence, calqué sur un modèle militaire, s'appliquait lorsqu'une épidémie, en particulier la peste, se répandait dans une ville. Au XVIII^e siècle, une véritable organisation sanitaire se met en place dans la cité, dont la quarantaine constitue l'idéal politico-médical. Avec l'épidémie de choléra de 1832 à Paris, on distingue les quartiers contaminés des quartiers indemnes, séparés par un cordon sanitaire. En pratique, il s'agit des quartiers pauvres et des quartiers riches.

Ainsi envisagée, l'organisation de la médecine française et donc de la psychiatrie, nous vient du modèle anglais qui superpose trois niveaux : une médecine d'assistance destinée aux plus pauvres, une médecine administrative chargée des problèmes généraux comme les épidémies, la vaccination... et une médecine privée à laquelle n'ont accès que les plus riches.

En 1900, le principe de création d'un service "d'aliénés vicieux" est adopté par le parlement français. Dix ans plus tard, Henri Colin ouvre le quartier de sécurité de Villejuif qui porte désormais son nom. Aux 48 lits d'hommes initialement créés s'ajoutent 16 lits de femmes en 1933. A la Libération, on crée trois autres unités du même type : Montfavet, Cadillac et Sarreguemine. Ce n'est qu'en 1986 qu'un décret définit les unités pour malades difficiles (UMD).

Actuellement, plusieurs autres UMD ouvrent pour atteindre prochainement le nombre de 10. L'unité Henri Colin comporte 69 lits et le pôle "soins intensifs psychiatriques" qu'elle constitue est porteur d'un projet d'unité de soins intensifs psychiatriques de 30 lits à vocation régionale.

Le dispositif sectoriel actuel qui a vu le jour dans les années 60, a abouti à un grand mouvement de désaliénation. Les structures extra-hospitalières, alternatives à l'hospitalisation, ont été créées ; de nombreux lits d'hospitalisations ont été supprimés sans que jamais les moyens attribués à l'extra-hospitalier comme à l'intra-hospitalier ne permettent un fonctionnement optimal de ces structures. On note cependant que pour un établissement comme le Groupe Hospitalier Paul Guiraud, environ 75% des patients de sa file active ne sont jamais hospitalisés. Seuls les patients atteints des pathologies les plus graves et les plus bruyantes le sont. Les secteurs sont soumis à une double contrainte : ils reçoivent essentiellement des patients sous le régime de l'hospitalisation libre à qui ils doivent la liberté de circulation alors même qu'ils doivent contenir des patients hospitalisés sous contrainte.

Leurs files actives sont pléthoriques, comportant des patients atteints de troubles psychotiques mais aussi un nombre important de patients, autrefois suivis par les psychiatres libéraux qui, pour des raisons essentiellement économiques, ont recours au service public. On note la fréquence des comorbidités somatiques, des addictions, des résistances aux traitements et des situations de désinsertion sociale et familiale. Enfin, les services d'hospitalisation MCO (médicaux, chirurgicaux et obstétricaux) des hôpitaux et des cliniques sont peu enclins à recevoir des patients présentant des troubles mentaux, même stabilisés.

Dans les unités pour malades difficiles, les pathologies sont essentiellement représentées par les troubles psychotiques mal ou non stabilisés. Les schizophrénies ou les troubles schizo-affectifs constituent environ 60% des patients en UMD. Les motifs principaux d'admission sont : violences ou menaces envers les soignants et/ou les autres patients, les séjours prolongés en chambre d'isolement, les résistances aux traitements, l'impulsivité et les refus de soins.

Si 75 à 85% des patients viennent des secteurs, seul un petit nombre de personnes incarcérées est adressé en UMD par les structures de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire (SMPR, UPH, CSPJ...) au sein desquelles la prise en charge s'est beaucoup améliorée. C'est dire que la dimension antisociale et psychopathique des pathologies est désormais peu fréquente en UMD et donc, que les patients qui y sont admis sont avant tout des malades présentant des pathologies graves.

Il est essentiel comme, nous le voyons, de différencier, d'articuler et de rendre complémentaires le dispositif intra-pénitentiaire et le dispositif de soins intensifs en établissement psychiatrique, de façon à éviter le risque de judiciarisation et de pénitentiarisation des troubles du comportement sans distinction de nature.

C'est ici qu'il convient d'être attentif aux conditions précises de la mise en place de "la quarantaine" et du "cordon sanitaire" évoqués en introduction.



Le Dr Mathias Russik

On distingue donc un dispositif de défense sociale impliquant l'intervention de soignants et un dispositif de soins psychiatriques entièrement organisé autour du soin. Le premier est organisé par l'administration pénitentiaire tandis que le second l'est par les autorités sanitaires qui mettent à la disposition des patients, les secteurs psychiatriques, les UMD et, plus récemment les USIP. Il existe cependant une exception à cette dichotomie : il s'agit des patients pour lesquels l'incarcération et les soins sont incompatibles (art. D398 du CPP). Les structures de soins psychiatriques sont alors tenues de les recevoir.

L'arrêté du 14 octobre 1986, relatif aux UMD, précise que le patient admis dans une telle structure doit présenter un état dangereux majeur, certain ou imminent rendant impossible son maintien dans une unité d'hospitalisation classique, que cet état nécessite des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés dans un milieu spécialement organisé à cet effet. Il précise enfin les modalités réglementaires de cette hospitalisation : prononcé de l'admission par le préfet du lieu d'hospitalisation, engagement de reprise et sortie sur avis de la commission du suivi médical, composée de psychiatres, indépendante de l'UMD.

La répartition des UMD sur le territoire nécessite une évaluation des besoins capacitaires en fonction de la démographie et de mise en réseau de ces structures. C'est

dire que le dispositif doit évoluer, il est d'ailleurs en cours d'évolution. L'ouverture des nouvelles UMD en témoigne. Pourtant, un palier supplémentaire doit être franchi, pour assurer la rapidité, la proximité et la gradation de la réponse faite aux secteurs. Cette évolution est constituée par les USIP (Unités de soins intensifs psychiatriques). Mais la création de cette étape intermédiaire permettant aux patients et aux équipes de psychiatrie qui leur apportent des soins une réponse plus rapide et plus adaptées quand leur capacité est dépassée doit impérativement s'accompagner d'un effort de coordination de ce dispositif et notamment de régionalisation du recrutement. Le maintien du contact des patients avec leurs familles et les équipes qui les soignent et qui continueront ensuite à les prendre en charge à proximité de leur domicile est une exigence qui devrait être impérative en ce début de XXI^e siècle ouvert sous les auspices d'une amélioration des droits des patients.

Il s'agit de s'émanciper du nécessaire mais lourd appareillage réglementaire de l'UMD pour permettre des admissions rapides et des séjours relativement brefs - un mois renouvelables une fois. Les objectifs sont cliniques, simples et lisibles : la prise de conscience des troubles, des actes violents et de leur sens, de la nécessité des soins, du respect des autres, des règles de vie, la recherche des facteurs favorisant la survenue de la violence, le repérage des conduites alternatives, les moyens individuels de prévention et le sevrage en substances toxiques.

L'analyse des facteurs statiques et dynamiques des troubles du comportement doit permettre la mise en place rapide d'un projet thérapeutique mené par une équipe pluridisciplinaire après une éventuelle fenêtre thérapeutique, en collaboration avec les structures d'amont, et donc d'aval et l'entourage du patient. La réhabilitation des proches comme des soignants des secteurs d'origine doit permettre un retour progressif dans le milieu ouvert.

Le Groupe Hospitalier Paul Guiraud de Villejuif est porteur d'un projet de pôle de soins intensifs psychiatriques, comportant l'UMD Henri Colin, une USIP à vocation régionale et une unité d'électroconvulsivothérapie. Il s'agit d'un pôle régional de compétences et de références intégré dans le dispositif public de soins, adapté aux besoins régionaux selon les données de santé publique et épidémiologiques. La création d'une USIP d'une capacité totale de 30 lits, 10 pour le GH et 20 pour la région Ile de France, correspond aux nécessités d'une réponse rapide et graduée aux secteurs de psychiatrie générale. Une équipe de liaison doit permettre de différer, voire d'éviter des séjours dans cette unité.

L'objectif est de restaurer, dans les structures traditionnelles de soins, les capacités de prise en charge de tous les patients dont les équipes ont la charge en proposant pour les patients présentant les troubles du comportement les plus graves, une hospitalisation transitoire, brève mais intense dans des conditions optimales de sécurité. C'est ainsi que le retour dans le secteur d'origine pourra s'effectuer une fois les troubles amendés.

Puis le **Pr Franck Baylé** a abordé le thème "**Violence et agressivité : les fondamentaux**".

Dans son intervention, le Pr Franck Baylé a proposé une réflexion autour des thèmes de la violence et de l'agressivité. En psychiatrie, l'agressivité est mieux définie que ne l'est la violence sur un mode opératoire. Il existe de nombreuses échelles de mesure de l'agressivité, la plus intéressante, selon le Pr Baylé, étant l'échelle mesurant l'impulsivité agressive établie par Stanford et Barrat, qui a la volonté de faire la part



Le Pr Franck Baylé

entre les différentes modalités d'agressivité. On distingue en effet l'agressivité prédatrice, l'agressivité impulsive (la plus fréquemment rencontrée en psychiatrie et en prison, souvent associée à des comorbidités de type addictif), l'agressivité instrumentale, par exemple l'agressivité de la femelle qui protège ses petits, etc.

Ce qui rend la violence plus compliquée à définir vient du fait qu'au-delà de différentes modalités à envisager, il s'agit de différentes violences à part entière à distinguer : la guerre, la violence de masse, le terrorisme, la violence de groupe, la délinquance au quotidien, la violence individuelle, mais aussi la violence des sentiments, qui conduit à la passion, qui conduit à la prison... Le concept est plus flou, il n'existe d'ailleurs pas d'échelle de mesure.

Le Pr Baylé est revenu sur une partie des découvertes concernant la violence en psychiatrie. Dès 1974, Asberg rapportait l'existence d'un déficit en sérotonine chez des patients qui se suicident violemment. Quoique la définition de la violence reste pauvre dans ses études, il démontre quelque chose de fort : des phénomènes neurobiologiques sous-tendent la violence. La même année, en Australie, le Dr Sherd, en donnant du lithium à des prisonniers, montre que les actes brutaux s'effondrent rapidement – là aussi, la sérotonine se retrouve impliquée. Les articles se sont ensuite multipliés pour localiser les zones cérébrales et les voies impliquées dans la violence impulsive.

Aujourd'hui, la violence et l'agressivité sont notamment traitées dans cadre du trouble déficitaire de l'attention. Les chiffres actuels indiquent que le risque pour un enfant atteint de TDA de se retrouver un jour en prison est bien plus élevé que pour un enfant non atteint de TDA.

Enfin, le Pr Baylé a rappelé la forte stigmatisation qui associe, encore aujourd'hui, certaines pathologies psychiatriques, notamment la schizophrénie, à l'agressivité et la violence. Notre intervenant a rappelé le rôle important joué par les médias dans cette stigmatisation et a insisté sur la nécessité de diffuser une image plus juste de ces malades.

Lors de la matinée organisée en partenariat avec la Société Française de Neurologie a eu lieu la session thématique sous l'égide de la commission "Jeunes Psychiatres" de l'association du CPNLF avec pour président/modérateur les **Prs Patrice Boyer (Paris), et Frank Bellivier (Créteil)**.

En premier lieu, le **modèle de l'apathie comme paradigme d'une clinique "à deux compétences"** fut évoqué par le **Pr Marc Vérin (neurologue à Rennes)** interviewé par le **Dr Gabriel Robert (psychiatre à Rennes)**.

Au cours de son intervention, le Pr Marc Vérin a expliqué comment neurologues et psychiatres du CHU de Rennes en sont venus à collaborer pour faire avancer la connaissance au sujet d'un trouble qui se situe à la charnière entre les deux disciplines : l'apathie.

L'apathie est classiquement admise comme une réduction de la motivation qui se décline au niveau comportemental, cognitif et émotionnel. Au quotidien, les patients ne présentent plus d'activité spontanée ou orientée vers un but. Ce comportement découle d'un appauvrissement de la sensation de motivation ou de l'énergie interne, de l'intérêt pour la nouveauté, de la persévérance à l'effort, de la spontanéité, mais aussi de la réactivité émotionnelle aux événements extérieurs. Cette description pourrait



de g. à dte : le Dr Gabriel Robert et le Pr Marc Vérin

de g. à dte : les Prs Patrice Boyer et Frank Bellivier



correspondre à la rupture observée lors d'un épisode de dépression, mais l'effondrement thymique et le négativisme des cognitions dépressives manquent, la souffrance laissant la place au vide.

Expérimentalement, c'est en tentant de soigner des patients atteints de la maladie de Parkinson par stimulation cérébrale profonde que les neurologues du CHU de Rennes ont, pour la première fois, rencontré l'apathie chez leurs patients.

En effet, outre les bénéfiques moteurs évidents apportés par la stimulation à haute fréquence des noyaux subthalamiques des patients parkinsoniens, les chercheurs ont vite réalisé que la stimulation profonde engendrait des effets secondaires quasi systématiques : soit de type maniaque, soit de type apathique (selon la localisation précise de l'électrode dans le subthalamus).

Grâce à l'utilisation du PET-scan, et au cours de nombreuses études décrites par le Dr Vérin et le Dr Gabriel Robert lors de cette conférence, les neurologues ont pu petit à petit visualiser les bases anatomo-cliniques et expliquer l'émergence des effets secondaires.

En parallèle, une notion plus phénoménologique de l'apathie était développée par les psychiatres de Rennes sur des modèles de la maladie d'Alzheimer.

Aujourd'hui, ces deux modèles en sont venus à se recouvrir : les dimensions phénoménologiques de la psychiatrie ont retrouvé leur corrélat anatomo-clinique.

Le Dr Marc Vérin a conclu sa présentation en rappelant que les compétences cliniques nécessaires pour le repérage et la prise en charge de l'apathie dans les troubles neuropsychiatriques requièrent bien plus une double compétence qui associe une approche scientifique à une approche médicale globale du patient dans son environnement, plutôt qu'une complémentarité de compétences neurologues-psychiatres bien délimitées.

Puis le **Dr Eric Fakra (Marseille)** a interviewé le **Pr Bertrand de Toffol (Tours)** sur le thème : **La psychopathologie interictale dans l'épilepsie : un éclairage de la physiopathologie des pathologies mentales ?**

Certaines psychoses ne se rencontrent que chez les patients épileptiques – dans un sous-groupe de 7 à 10% de patients épileptiques très graves.

Etonnamment, ces psychoses épileptiques sont très peu connues des psychiatres, elles sont d'ailleurs traitées par des neurologues. Ainsi, le Pr Bertrand de Toffol, neurologue spécialiste de l'épilepsie à Tours, a présenté les particularités de deux formes de psychoses épileptiques : les psychoses post-ictales et les psychoses inter-ictales brèves. Nous résumerons ici son intervention concernant les psychoses post-ictales.

de g. à dte : le Pr Bertrand de Toffol et le Dr Eric Fakra



Les psychoses post-ictales concernent des patients presque exclusivement atteints d'une épilepsie partielle pharmacorésistante évoluant depuis plusieurs années, le plus souvent d'origine temporale. Les troubles psychotiques apparaissent avec un intervalle libre après une salve de crises partielles complexes. Pendant toute la phase psychotique, aucune activité critique épileptique n'est enregistrée sur le tracé EEG. Le tableau psychiatrique est marqué par des idées délirantes de persécution, des hallucinations acoustico-verbales et visuelles, ainsi que des troubles du comportement (agitation, agressivité). Les troubles de l'humeur sont variables, souvent fluctuants chez un même patient. Dans la majorité des cas, l'évolution à court terme est favorable sous traitement antipsychotique. À plus long terme, le risque principal est la récurrence. Cependant, une évolution vers des troubles de l'humeur avec tentatives de suicide ou vers une psychose inter-ictale chronique est possible.

Selon le Pr de Toffol, la raison pour laquelle les psychiatres voient peu souvent ou presque jamais ce type de patient est que la durée de ces psychoses post-ictales est généralement brève : la moyenne étant de moins de 10 jours dans les 3/4 des cas.

La physiopathologie des psychoses post-ictales demeure aujourd'hui inconnue. Des IRMs volumétriques ont révélé que des patients épileptiques à psychoses post-ictales avaient des anomalies au niveau de leurs structures cérébrales : ils possédaient des noyaux amygdaliens plus gros que ceux des contrôles de même gravité pour l'épilepsie mais n'ayant jamais manifesté de trouble post-ictales. Par analyses SPECT réalisées avant et au cours d'épisodes psychotiques : on observe un phénomène positif, une augmentation de débit dans des régions variables selon les auteurs.

Le Pr de Toffol a terminé son exposé en présentant les hypothèses fonctionnelles et structurelles qui tentent d'expliquer l'émergence des troubles schizophréniques chez les patients épileptiques.

Le travail de compréhension de la psychose post-ictale a besoin de l'apport de la neurologie et de la psychiatrie, et le Pr de Toffol a conclu son exposé en plaidant pour que les deux disciplines puissent travailler plus fréquemment de concert.

Enfin, **quels sont les atouts d'une formation spécifique en gérontopsychiatrie ?** s'interrogeait le **Pr Vincent Camus (Tours)** interviewé par le **Dr Cécile Hanon (Antony)**.

A l'instar de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ce n'est que récemment que la gérontopsychiatrie a été reconnue comme sous-discipline, ou sur-spécialisation de la psychiatrie générale. Lors de son intervention, le Pr Vincent Camus, psychiatre à Tours, a présenté les atouts d'une formation spécifique en gérontopsychiatrie.

Tout d'abord, a-t-il souligné, les pathologies de l'esprit rencontrées chez le sujet âgé peuvent être particulièrement complexes à appréhender. En effet, il apparaît de plus en plus évident dans la littérature, qu'au sein des grandes pathologies

psychiatriques, des formes cliniques distinctes peuvent être établies selon que la première manifestation de la maladie émerge à l'âge adulte, de manière tardive, ou à un âge précoce, menant ainsi à une manifestation récurrente du trouble. Une même pathologie doit donc être abordée de plusieurs manières chez le sujet âgé.

Deuxième raison qui légitime la mise en place d'une formation spécifique en gérontopsychiatrie : l'évolution actuelle des dispositifs de soins, sous l'influence politique, pour mieux répondre aux attentes de sous-groupes de la population, notamment la population vieillissante.

Cependant, il reste certaines barrières à franchir, a noté le Pr Camus, des freins idéologiques notamment, une mentalité de représentation qui reste à faire évoluer autour de la santé mentale et de la psychiatrie.

La cible de ces formations peut dépasser le cadre de la psychiatrie. Le Pr Camus a pris l'exemple des diplômes universitaires mis en place à Tours, Angers et Poitiers, où l'enseignement n'est pas exclusivement réservé aux psychiatres mais ouvert aux médecins généralistes, médecins gériatres, médecins coordinateurs de maisons de retraites, mais aussi aux paramédicaux, psychologues, etc. Ainsi l'accent est mis sur l'interactivité et la multidisciplinarité.

Le Pr Camus en a profité pour terminer son intervention sur l'importance de cette notion de multidisciplinarité dans la prise en charge des sujets vieillissants. Pour en revenir au thème du symposium "psychiatrie du sujet âgé et/ou neuropsychiatrie", selon lui, si la neuropsychiatrie permet d'offrir des objets d'intérêt et d'étude communs entre neurologues et psychiatres, il est indispensable de garder une pluralité d'approches : que le regard du psychiatre se confronte à celui du gérontologue et du neurologue, chacun avec ses propres compétences, pour avancer de concert dans la prise en charge des sujets vieillissants.

de g. à dte : le Dr Cécile Hanon et le Pr Vincent Camus



Autre session thématique : **Perception des signaux sociaux dans la schizophrénie et les troubles de l'humeur**, avec pour président le **Pr Philippe Fossati (Paris)** et pour modérateur le **Dr Fabienne Cyprien (Montpellier)**. A cette occasion, le **Dr Cédric Lemogne (Paris)** a traité du rapport entre **"Exclusion sociale et dépression"**.

L'exclusion sociale, au sens du rejet social actif par un ou des tiers, constitue l'un des facteurs de risques d'épisode dépressif ultérieur. Lors de sa communication, le Dr Cédric Lemogne a présenté en détail certaines des études de neurosciences ayant permis d'explorer le sentiment de rejet social au niveau cérébral, et la relation qu'entretiennent exclusion sociale et dépression.

le Dr Cédric Lemogne (Paris)

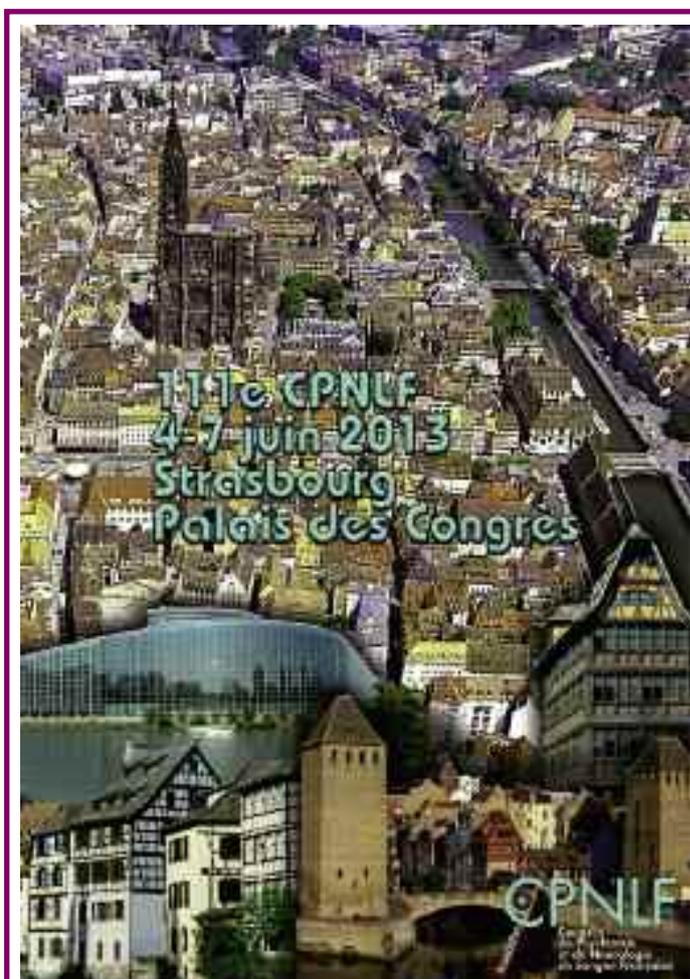


L'expérience du cyberball permet notamment d'étudier le sentiment d'exclusion. Il s'agit de générer une animation de jeu de ballon entre 3 joueurs. Le sujet choisit d'envoyer le ballon au joueur de gauche ou de droite, ces deux derniers étant simulés par le programme. L'expérimentateur programme le comportement des joueurs virtuels afin de mettre le sujet dans différentes conditions d'intégration/exclusion. Par exemple, le sujet est soudain exclu de l'échange - les deux joueurs continuent la partie sans lui.

Des études basées sur ce type d'expérience ont montré que, même lorsque le sujet est au courant du caractère totalement factice de la procédure, une certaine détresse sociale apparaît, quantifiable à l'IRM fonctionnelle. Ainsi, les bases cérébrales de la sensibilité au rejet social sont de mieux en mieux connues. Elles impliquent notamment la région du cortex cingulaire antérieur (CCA) et l'insula antérieure. Ces deux régions étant également impliquées dans la dimension affective de la douleur physique, cela laisse à supposer que douleur morale et douleur physique possèdent des racines biologiques en commun.

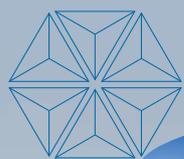
D'autres expériences plus poussées ont permis d'identifier la région précise du CCA impliquée dans la sensation de rejet social : il s'agirait de la région ventrale du CCA, ou subgénéral, qui s'avère également clé dans la physiopathologie de la dépression.

Cette région est en effet hyper-vascularisée au repos chez les sujets dépressifs. Au cours d'expériences de stimulation cérébrale profonde, des chercheurs ont montré qu'une diminution de l'activation de cette région, chez des patients dépressifs résistants, peut mener à une rémission. D'autres expériences, cette fois chez des adolescents, ont montré que le degré d'activation du cerveau subgénéral, lors d'un sentiment de rejet social, est susceptible de prédire l'occurrence de symptômes dépressifs dans l'année qui suit. A l'inverse, la dépression pourrait elle-même exposer, secondairement, à un risque accru de rejet social subi, voire recherché. Ainsi la relation entre rejet social et dépression semble établie ; reste à définir la nature de cette relation.



**Le 111e congrès de l'association
du CPNLF aura lieu
à Strasbourg du 4 au 7 juin 2013
inscrivez-vous via notre site
cpnlf.fr ou cpnlf.org**

Le CPNLF remercie ses partenaires 2012



Bristol-Myers Squibb



Otsuka

Otsuka Pharmaceutical France SAS

Lundbeck



AstraZeneca



EUTHÉRAPIE

Janssen



BIOCODEX



genzyme
A SANOFI COMPANY



GlaxoSmithKline

Lilly



Reckitt
Benckiser
Pharmaceuticals

Shire
T D A H



inomed



Mag2Health

