

Psy



au sud, les psy causent

Cause

- Éthique et psychiatrie
- Le séminaire
- Horizons

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Éthique et psychiatrie	3
Des psychiatres à Nuremberg ? Jérôme Bobo	4
L'architecture symptôme en psychiatrie Didier Bourgeois.....	16
Visibilité du travail et travail invisible en psychiatrie Martine Fournier, Hervé Hénin, Christian Réginal, Estelle Baille, Domitille Gougne, Catherine Sicard, Antoine Aguila	21
Entre Soins et création Christelle Estévan	27
PsyCause II – Le séminaire	30
Un avatar des troubles du narcissisme : les « NEET » Stanislas Struczyk, Didier Bourgeois.....	31
PsyCause III – Horizons	36
Syndrome de lenteur obsessionnelle et bipolarité ; à propos d'un cas Majda Cheour, Afef Louati, Faten Ellouze, Hedi Aboub, Amel Hassairi, Moufida Khaloui.....	37
Evaluation du risque de comportement violent par la HCR20 dans deux groupes de sujets schizophrènes Faten Ellouze, Wissal Cherif, Fériel Jaoua, Cherouk Allouch, Mohamed Fadel M'rad	40
Mauvaise observance thérapeutique dans la schizophrénie : facteurs impliqués Olfa Dakhlaoui, Rym Zéramdini, Fakhreddine Haffani	45
Actualité scientifique méditerranéenne et occitane	50



De l'évidence à l'evidence

Le mot anglais *evidence* est actuellement à l'honneur dans le courant de pensée dominant EBM (evidence based medicine). Il est vis-à-vis de la langue française un faux ami : l'évidence ne constitue pas une preuve (*evidence*). Lorsque l'on applique cela à la psychiatrie, principalement dans le contexte universitaire, cela favorise un renversement méthodologique qui exorcise la question du désir inconscient et axe le travail thérapeutique sur le symptôme et le comportement. Toute une batterie d'échelles d'évaluation dont les résultats sont scientifiquement analysés selon des modèles statistiques, donne accès à une connaissance de la maladie mentale qui rompt définitivement avec les propos obscurantistes d'un Couthon déclarant à Pinel : « fou que tu es de vouloir t'occuper de pareils animaux, je te les abandonne ». L'EBM psy va au-delà des preuves de leur désir affichées sur leur corps par les hystériques de jadis, disparues du DSM. Ces phénomènes objectivables seront corrélés avec des facteurs éducatifs, familiaux, des traits particuliers de personnalité et accessibles à l'action prouvée de telle molécule accompagnée d'une psychothérapie comportementale.

Différente fut la démarche inaugurée par un médecin austro-hongrois qui avait cru dans les vertus thérapeutiques de la cocaïne avant de se tourner, désillusionné, vers la face obscure de l'esprit humain comme ressort incontournable de la destinée humaine. Vous aurez reconnu Sigmund Freud et l'invention de la psychanalyse. *L'evidence* s'efface devant l'évidence, cette vérité singulière propre à chaque sujet qui surgit de l'inconscient, ce fantasme qui ne peut constituer une preuve, même auprès de la justice quoiqu'elle en pense. Cette méthodologie, de *l'evidence* à l'évidence, a marqué toute une génération de psychiatres français, tous à présent proches de la retraite. Cette génération est née juste après un massacre dont l'ampleur et l'abomination morale avaient de quoi faire douter que l'on puisse avoir une vision simplement positiviste de l'être humain. C'est ainsi que notre dossier sur l'éthique a dans ce numéro pour point de départ le procès de Nuremberg.

Bien entendu, dans le cadre de notre revue, nous acceptons toute la diversité des approches et des idées sans anathème. Justement parce que notre ligne éditoriale refuse la pensée unique quelle qu'elle soit, parce que l'être humain est d'une telle complexité que le soin psy ne peut être qu'un art. Nous ne contestons pas l'intérêt de l'approche actuelle basée sur *l'evidence*, dans la mesure où elle n'est pas hégémonique et instrumentalisée par les pouvoirs économiques et politiques via la Santé Mentale. Ce sera l'un des thèmes de notre congrès national au Mans, le 6 juin prochain.

Montfavet le 30 mai 2009
Jean-Paul Bossuat

Éthique et psychiatrie

Nous avons réuni dans ce dossier quatre textes qui ont en point commun leur rapport à l'éthique. Le premier, de Jérôme Bobo psychiatre à Uzès, nous fait revivre le débat sur l'éthique médicale au procès de Nuremberg au lendemain de la défaite de l'Allemagne nazie. Karl Brandt, le médecin personnel d'Hitler, demanda aux autorités américaines, par l'intermédiaire de son avocat, qu'on lui fasse subir une expérience médicale n'offrant aucune chance de survie. Son objectif, dit-il, est de transformer le sens de sa condamnation, de la faire passer du niveau de la simple exécution d'un principe juridique à celui d'un acte délibéré, dans l'intérêt de l'humanité. Cette demande fut rejetée.

Ce procès déboucha sur la promulgation d'un code de déontologie sur les expérimentations médicales : « le code de Nuremberg ». Il était apparu indispensable de légiférer sur des repères moraux au vu de l'égarement de nombreux médecins dont beaucoup croyaient agir en toute honnêteté selon l'idéologie communément admise dans leur pays.

Le second article, de Didier Bourgeois, poursuit cette réflexion sur l'éthique en la déclinant au niveau de l'architecture en psychiatrie. Les soignants de Saint-Alban-sur-Limagnole, confrontés aux conséquences délétères de l'occupation nazie inventèrent, avec leurs patients, pour survivre, les prémisses de la thérapie institutionnelle. Celle-ci fut suivie par l'invention du secteur. On passa d'une institution à vocation contenante, ségrégative, à une institution structurante, intégrative. Les murs tombèrent, les portes s'ouvrirent et surtout, la mixité s'installa. Mais en ce début du XXI^e siècle, faute de moyens et aussi parce qu'on confie désormais à la psychiatrie des tâches normalisantes supplémentaires vis-à-vis de toutes les déviances sociales, on retourne à l'asile. Le retour à l'asile se traduit dans les mentalités puis dans les faits. Il peut se traduire dans l'architecture si on n'y prend pas garde et ce ne serait que logique. L'auteur met en garde contre des dérives éthiques, dans une société qui, avec la disparition de la génération qui a connu les atrocités nazies, met en avant de nouvelles certitudes, une nouvelle idéologie.

Le troisième texte est le fruit du travail collectif de l'équipe pluri-professionnelle d'un hôpital de jour à Marseille, présenté lors du colloque annuel de l'AMPI (association marseillaise de psychothérapie institutionnelle). Elle met en avant le travail invisible auprès des patients, qui s'articule avec la mise au travail de la problématique toute autant invisible du sujet. Cette publication peut être lue comme un acte de résistance contre les exigences de l'*evidence* dominantes aujourd'hui.

Le quatrième texte est une communication lors de la journée scientifique du 12 mars 2009 sur l'art en psychiatrie organisée au centre hospitalier de Montfavet par Psy Cause. Christelle Estévan est psychologue au Forum intersectoriel des psychothérapies à médiation créatrices du centre hospitalier de Montfavet. Elle présente les principes de l'équipe dans laquelle elle travaille : montrer, se montrer à l'Autre, être reconnu, nommé, se détacher, se séparer de sa création, entre œuvres exposées et vendues, représentation, publication... Réintégrer les auteurs dans un circuit d'échange, permettant alors de perdre « ce statut de fou ». Donner une autre image de ce que peut être la folie, s'inscrire en tant qu'artiste, se faire un nom, et ne pas oublier d'exister. De nombreux établissements psychiatriques investissent ou ont encore récemment investi dans ce type d'atelier : il s'agit de leur part d'un positionnement éminemment éthique à défendre. C'est ainsi que l'art en psychiatrie sera le thème de notre congrès national du 22 octobre 2010 à Béziers.

Jean-Paul Bossuat



Jérôme Bobo

Des psychiatres à Nuremberg ?

Résumé : dix neuf mois après la seconde guerre mondiale est mise en place le 9 Décembre 1946 une juridiction internationale à NUREMBERG : « le Medical Case » ou procès des médecins accusés d'avoir participé au génocide.

Le monde entier est encore sous le choc de l'ampleur de la gravité des crimes perpétrés par les nazis, et prend conscience de l'horreur de la Shoah.

L'accusation met en évidence la dimension particulièrement atroce des expérimentations médicales réalisées sur des êtres humains dans les camps de concentration.

Ce qui se joue dans ce procès dépasse largement les actions criminelles de quelques médecins dévoyés. Il s'agit du fondement même du nazisme et de sa prétention à ériger un autre code de comportement que celui que les hommes ont finalement privilégié, au moins à titre d'horizon souhaitable.

Au-delà d'une prise de conscience de la nature des actes commis sur les déportés et des dérives induites par une conception dénaturée de la science, les quatre juges du tribunal militaire américain estiment indispensable d'élaborer un code de droit international permettant de qualifier les bonnes pratiques de la recherche menée sur l'homme.

Le code de Nuremberg, adopté en août 1947, repris par la suite dans la déclaration d'Helsinki, constitue l'acte fondateur de l'éthique médicale moderne [1]. Ce code, dont la portée historique est fondamentale sur le plan juridique et médical, définit la légitimité des expériences médicales et le statut des personnes participant à une expérimentation. Il annonce ainsi la naissance de la bioéthique médicale.

Introduction

Le 19 août 1947, le juge Walter Beals, qui préside le procès des médecins de Nuremberg depuis 139 jours, établit les critères qui permettent de définir les « expériences médicales licites ».

L'énoncé de ces principes, qui ont pris par la suite le nom de « Code de Nuremberg », constitue un événement d'une portée historique fondamentale à la fois sur le plan juridique et médical. Cet acte qui annonce la naissance de la bioéthique moderne fixe la légitimité des expériences médicales, tout en mettant en place des limites destinées à protéger les sujets qui y participent grâce à l'instauration du « consentement éclairé ».

Le Code de Nuremberg est le fruit d'un processus de réflexion élaboré en tenant compte, d'une part, des questions d'ordre éthique qui ont été soulevées par les experts médi-

caux de l'accusation et, d'autre part, des réponses qu'ils ont apportées aux arguments des accusés et de leurs avocats. Pour la première fois dans l'histoire de la médecine, il a été proposé un cadre réglementaire offrant une protection juridique aux sujets soumis aux expérimentations.

La notion d'« hygiène raciale » en Allemagne à cette époque

Pour comprendre le procès des médecins de Nuremberg, il faut revenir quelques années avant la guerre et aborder la notion d'eugénisme.

La naissance de l'eugénisme en Allemagne est classiquement attribuée à deux médecins darwinistes : Alfred Ploetz et Wilhelm Schallmayer.

Alfred Ploetz a jeté les bases d'une doctrine en 1895, dans un ouvrage intitulé « La valeur de votre race et la protection des faibles » [2], doctrine qu'il désigne par l'expression d'« hygiène raciale » et définit comme « la tentative de maintenir l'espèce en bonne santé et de perfectionner ses dispositions héréditaires ».

Psychiatre

Centre Hospitalier Le mas Careiron, 30700 Uzès.
Jerome.bobo@wanadoo.fr

Cette idéologie suscite un fort enthousiasme dans une partie de l'intelligentsia qui redoute les conséquences des problèmes sociaux engendrés par l'industrialisation et les nombreuses guerres menées par l'Allemagne qui ont coûté la vie à des jeunes gens considérés comme « la fine fleur de la nation ». Les partisans de l'hygiène raciale accusent les « hommes réformés » en raison de leurs « tares » d'en avoir profité pour fonder des familles dont la nombreuse descendance présente les mêmes troubles. Ils craignent de voir se multiplier les « dégénérés » qui constitueraient un fardeau financier pour l'ensemble de la collectivité.

Selon Paul Wendling, l'eugénisme fait partie intégrante de la « politique sanitaire du pays ». Dans un tel contexte il n'est pas difficile de comprendre l'adhésion des principaux partisans de l'eugénisme Allemand, comme von Vershuer, Fritz Lens ou Eugen Fischer à l'idéologie national-socialiste [3]. Le III^e Reich répond à leur attente par la mise en place autoritaire de mesures eugénistes en s'appuyant sur la *Gleichshaltung* (même doctrine [5]) médicale, comme l'expliquent G. Lemaire et B. Matalom par : « l'eugénisme nazi stérilisateur et raciste n'est en fait rien d'autre que la doctrine orthodoxe des années 1920 prise au sérieux par un pouvoir centralisé et autoritaire » [4].

Dès 1925, au congrès de l'association des psychiatres allemands, le professeur Robert Gaupp (1870-1953) de l'université de Tübingen se fait acclamer par la salle quand il recommande de stériliser les criminels récidivistes et les retardés mentaux pour « épurer le peuple de ses éléments inférieurs ». En 1932, un an avant l'arrivée au pouvoir d'Adolf Hitler, la ligue de l'Association des médecins allemands et le principal syndicat professionnel des médecins exigent du gouvernement une loi de stérilisation forcée [1].

A la même période, la question de la stérilisation fait l'objet de débats au sein de la classe politique Allemande.

C'est donc tout naturellement qu'est promulguée, le 14 juillet 1933, une loi pour la prévention d'une descendance héréditairement malade, élaborée par deux médecins, les docteurs Gütt et Ernst Rüdin, et par un juriste, Falk Ruttke. Ce projet de loi avait été élaboré sous la république de Weimar mais n'avait jamais été adoptée [2].

Pourtant les individus souffrant de « faiblesse mentale », de folie, les aveugles et les sourds héréditaires, les handicapés physiques et les alcooliques [6] sont soumis à des stérilisations forcées. On estime que près de 350 000 à 400 000 Allemands ont été stérilisés avec un quasi-consensus au sein de la communauté médicale allemande [7].

Les psychiatres, mais aussi les gynécologues, les chirurgiens et les urologues sont directement impliqués dans ce dispositif [1].

En dehors de ce programme de stérilisation dans un cadre légal, est effectuée la castration des criminels sexuels, des homosexuels et des « bâtards nègres », nés de l'union de femmes allemandes et de soldats noirs des troupes françaises d'occupation de la rive gauche du Rhin et de la Ruhr.

Les tziganes font également l'objet d'un programme de stérilisation dès 1938 « pour des raisons de santé publique et parce que les tziganes ont une hérédité notoirement chargée, que ce sont des criminels invétérés qui constituent des parasites au sein du peuple ». Ce programme de stérilisation prend fin avec la promulgation du sixième décret d'application en date du 31 août 1939.

En 1939, le Führer charge son médecin personnel, Karl Brandt, d'un projet d'euthanasie des enfants sous couvert d'une commission du Reich pour l'étude scientifique des affections héréditaires et constitutionnelles graves.



Les premières exterminations ont lieu à partir d'octobre 1939 dans le centre de Görden en entraînant la mort d'environ 5000 enfants [8], à qui des médecins administrent des doses croissantes de sédatifs.

Une étape supplémentaire est franchie en octobre 1939 avec la promulgation d'un décret signé par Adolf Hitler, chargeant le Reichsleiter Bouhler et le docteur en médecine Brandt de mettre en place un programme d'euthanasie désigné sous le nom de code « T4 ».

Dix jours après l'interruption officielle de l'élimination des malades mentaux (24 août 1941), les premières opérations de gazage débutent à Auschwitz. Tout le personnel impliqué dans l'« Aktion T4 » s'investira désormais dans un nouveau programme : l'extermination des juifs.

Commentaires :

Parler du procès des médecins à Nuremberg, impose d'exposer ce qu'il se passait avant la guerre en Allemagne.

Les juges chargés d'instruire la procédure ont eu d'énormes difficultés car il leur fallait juger des hommes qui avaient commis des actions individuelles terribles tout en étant soutenus par une partie de la société de leur pays. Dans ces conditions, qu'en était-il de leur responsabilité individuelle ? Cette responsabilité individuelle pouvait-elle être atténuée par cette « sociopathie sous-jacente » ?

Toutes les spécialités médicales semblent impliquées à cette époque dans un processus de « nazification » du corps médical. Les expérimentations pseudo-scientifiques des médecins nazis pendant la deuxième guerre mondiale apparaissent comme un prolongement d'un courant de pensée exterminateur « en vogue » à cette époque.

Le procès des médecins à Nuremberg

La préparation du procès :

L'organisation du procès des médecins à Nuremberg débute avant la fin du procès des dignitaires nazis. Une poignée de médecins, de juristes et de spécialistes du renseignement activent la libération des camps de concentration pour collecter des documents et des témoignages sur les expérimentations criminelles qui y ont été réalisées. L'objectif est de pouvoir réunir suffisamment d'informations afin d'établir « l'innocence ou la culpabilité » des médecins criminels présumés.

Ce travail colossal est coordonné par le colonel Clio Straight au sein de l'office des crimes de guerre de Wiesbaden.

Au terme de l'enquête il arrive à établir une liste de 140 médecins et scientifiques impliqués dans les expérimentations médicales.

Que savait-on au juste avant la capitulation du III^e Reich ?

Les services de renseignement alliés étaient informés des essais de recherche réalisés par les savants allemands en vue de découvrir le secret de la pénicilline. Ils étaient au courant de la réalisation d'expériences de gangrènes expérimentales sur les déportées polonaises de Ravensbrück. Un éditorial du

Lancet de décembre 1943 [9] fait état des essais vaccinaux d'Erwin Schuller sur des êtres humains qui avaient fait l'objet d'une publication dans un journal de bactériologie allemand. A la même époque, les autorités russes informent les alliés du massacre systématique des malades psychiatriques sous juridiction allemande [10].

Très rapidement, la découverte des horreurs commises au nom de la science conduit à prendre conscience de la nécessité de procéder le plus rapidement possible aux arrestations des coupables avant de les juger.

Les autorités alliées se lancent à leur recherche et parviennent à mettre la main sur un certain nombre d'entre eux. Redoutant le piège qui se referme sur eux, nombreux sont les médecins et les responsables administratifs qui choisissent de se suicider et échappent ainsi à tout châtement.

Commentaires

Les deux médecins responsables des expérimentations les plus abjectes ne sont pas déférés : Sigmund Rascher a été tué et Josef Mengele a pris la fuite [1].

Les experts

Lors de la préparation du procès, les membres du ministère public sont confrontés à de nombreuses interrogations sur la responsabilité des médecins impliqués dans les expériences criminelles. La dimension inattendue des questions qui se posent sur les conditions légales et éthiques selon lesquelles doivent être réalisées les expérimentations sur l'homme, les amène à faire appel à l'avis de trois médecins, d'origine et de religion très différentes.

Le premier, Léo Alexander, est professeur de Neuropsychiatrie à la Duke University School of Medicine aux Etats-Unis depuis 1941. Il est issu d'une famille juive originaire d'Europe centrale. Après avoir fait ses études à l'université de Vienne, il est devenu assistant à l'institut de recherche sur le cerveau Wilhem Kaiser en 1928 puis à l'institut neurologique de Francfort. A l'avènement du nazisme, il a d'abord émigré en Chine en 1933 puis aux Etats-Unis.

A la déclaration de guerre, il est mobilisé dans les services de renseignement de l'US Army où il est chargé de collecter des informations sur l'avancée des travaux scientifiques réalisés par les médecins allemands et autrichiens. Dès les premiers jours de la capitulation allemande, il est chargé de récupérer et d'identifier les lettres, les rapports et les documents en prévision de la préparation du procès des dignitaires nazis.

A cette occasion, il se rend compte de la dimension exceptionnelle des crimes commis par des médecins qui avaient suivi comme lui leurs études dans les facultés de médecine les plus prestigieuses d'Allemagne et d'Autriche. Sa fonction le conduit à interroger les différents protagonistes des expérimentations sur l'homme. Léo Alexander mène cette tâche avec rigueur, précision et opiniâtreté, ainsi que le prouve l'importance des informations collectées qui constitue la trame des 7 rapports qu'il a adressés au procureur général du procès des grands criminels de guerre.

Au cours du procès des médecins, le rôle de Léo Alexander est de conseiller le ministère public sur les questions médicales, de coordonner les témoignages des témoins et d'évaluer l'importance des souffrances physiques et psychiques infligées aux victimes qui sont appelées à témoigner.

Le deuxième expert, Andrew Ivy, est un américain issu d'une famille protestante. C'est un physiologiste de l'université de l'Illinois, mondialement reconnu. A ce titre, il a assuré la mise en place de nombreuses expériences sur des êtres humains dans le domaine de la digestion, mais aussi dans celui de la vie en haute altitude [11].

Le troisième protagoniste, Werner Leibbrand, est un psychiatre allemand professeur d'histoire de la médecine à l'université d'Erlanger. Il a été victime du processus de *Gleichschaltung* (traduction littérale = même doctrine [5]) médical qui s'est traduit, dès l'accession au pouvoir des nazis, non seulement par la nomination des militants du parti nazi aux postes clés de l'administration, mais aussi par la ségrégation et l'expulsion des médecins juifs et de ceux dont le conjoint était juif. Werner Leibbrand a été renvoyé de son poste de chef de service de l'hôpital parce que sa femme, Anne Marie Wettley, également historienne de la médecine et psychiatre était juive.

Commentaires

Force est de constater que la psychiatrie tient une place d'honneur dans le comité des experts. Quand on réfléchit à l'atrocité des pseudo-expériences réalisées sur l'homme, il nous semble logique de faire appel à des médecins capables de comprendre la science du psychisme, ses dysfonctionnements et ses déviances.

Ce qui s'est passé dépasse l'entendement et c'est bien à la « folie de l'homme » que nous avons affaire. Le choix de deux psychiatres de confessions et de formations différentes est donc logique.

En ce qui concerne Andrew Ivy, éminent physiologue, le choix de cette spécialité illustre la nécessité de la recherche de compétence dans une matière fondamentale de la médecine. De plus, bon nombre d'expérimentations humaines réalisées par les médecins nazis concernent la physiologie (survie en altitude, hypothermie, eau de mer rendue potable). Mais il fallait aussi apprécier la justification de ces expérimentations sur le plan médical puisqu'il s'agissait pour les accusés de leur principal moyen de défense.

Ce comité d'experts était donc au fait du fonctionnement humain qu'il soit psychique ou somatique.

Les accusés

Une copie de l'acte d'accusation est remise à chacun des 23 accusés le 5 novembre 1946. Le tribunal les a invités à prendre position : ils plaident non coupables.

La défense est assurée par 19 avocats dont 13 étaient membres du parti national-socialiste et appartenaient à la SS.

Il y a 20 médecins, parmi lesquels 4 chirurgiens, 3 dermatologues, 4 bactériologues, 1 spécialiste de médecine interne,

2 médecins généralistes, 1 généticien, 1 radiologue, et 4 chercheurs. Il n'y a qu'une seule femme.

Le plus jeune des accusés a 35 ans, le plus âgé 62 ans. Ils ont tous adhéré au parti nazi sauf 4 d'entre eux. 10 étaient membres des SS, ils ont occupé tous les échelons de la hiérarchie et la plupart occupaient les plus hauts postes dans l'administration de la santé allemande.

Il y avait Karl Brandt, médecin personnel d'Adolf Hitler et commissaire du Reich pour la santé, Karl Gebhardt, médecin personnel de Himmler, Karl Genzken, chef du service de santé des Waffen-SS, plusieurs appartenaient à l'institut de recherche aéronautique de Berlin ou de Munich et travaillaient ainsi pour la Luftwaffe à la mise au point des combinaisons pour leurs pilotes d'avions.

4 civils sont au banc des accusés : un chirurgien, chef du conseil de science médicale et de recherche de Berlin, le chef des médecins du Reich aussi chef des médecins du parti, un dermatologue à Prague et la seule femme du procès, médecin dans le camp de concentration de Ravensbrück.

Commentaires

Parmi les accusés ne figurent aucun psychiatre, pourtant ceux-ci ont participé à un certain nombre d'expérimentations [12].

En 1978, la presse révèle le rôle du psychiatre Heinrich Gross dans le processus d'euthanasie des malades mentaux au cours de la seconde guerre mondiale. Les poursuites contre ce médecin, alors âgé de 85 ans, accusé de complicité de meurtre de neuf enfants handicapés, hospitalisés dans la clinique dont il était le directeur par intérim en 1944, sont ajournées sine die en mars 2000 en raison de son incapacité mentale fondée sur deux expertises médicales [12].

Quelques psychiatres allemands impliqués dans « l'Aktion T4 » sont chargés après la guerre d'évaluer l'importance du « traumatisme psychique » chez les anciens déportés juifs dans le cadre du processus d'indemnisation [1].

Certains médecins poursuivent leurs travaux en bénéficiant d'appuis, en échange des informations qu'ils ont pu collecter.

Le Docteur Kurt Ploetner bénéficie de la protection des services secrets américains, bien qu'il soit recherché par la France qui avait demandé son extradition en 1946 afin de le juger pour ses expériences sur la mescaline administrée à des déportés français de Dachau. La CIA est particulièrement intéressée par les résultats de ses travaux sur les effets du cannabis, de la mescaline, du LSD sur l'organisme et notamment le psychisme [1].

Cependant la spécialité semble moins présente parmi les accusés. Cette science de l'esprit permet-elle un questionnement plus important sur l'éthique et la condition humaine ?

Il s'agit d'une vaste question mais la communauté internationale y répond en partie en nommant deux psychiatres parmi les trois experts.

L'acte d'accusation

Le 9 décembre 1946, le chef du conseil pour les crimes de guerre, le brigadier général Telford Taylor, prononce le discours d'ouverture. Il évoque les millions de victimes inconnues, et, pour ceux qui ne croyaient pas encore que ces crimes aient pu avoir lieu, il prononce des propos extrêmement prophétiques :

« Pour ces victimes, il est surtout important que ces incroyables événements soient clairement démontrés et prouvés en public, afin que nul jamais ne puisse mettre en doute que ce sont des faits et non des affabulations et que cette cour, qui représente la voix de l'humanité toute entière, imprime à jamais ces actions et les idées qui les engendrèrent du sceau du crime et de la barbarie [1] ».

À la droite de Taylor, 23 personnes sont assises au banc des accusés. Ils font l'objet de poursuites pour 4 chefs d'accusation.

Le premier concerne l'intention commune et le complot en vue de commettre les délits constituant les deuxième et troisième chefs d'accusation.

Le deuxième chef retient les crimes de guerre dans les prisons du Reich, sur des civils ou des militaires, et sans leur consentement. Il s'agit de « meurtres, brutalités, cruautés, tortures, atrocités et actes inhumains », en violation des règlements de La Haye, des conventions de Genève, des lois et coutumes de guerre, des lois des nations civilisées.

Onze crimes perpétrés dans le cadre des camps de concentration sont retenus :

1. Les expériences réalisées de mars à août 1942 à Dachau pour la Luftwaffe, afin d'évaluer les limites de la résistance et de la survie des êtres humains à des hautes altitudes.
2. Les expériences menées d'août 1942 à mai 1943 à Dachau, pour déterminer les méthodes les plus efficaces afin de traiter les personnes victimes de refroidissements thermiques.
3. Les expériences visant à étudier la meilleure de deux méthodes permettant de rendre l'eau de mer potable qui ont eu lieu de juillet à septembre 1944 à Dachau, au bénéfice de la Luftwaffe et de la Kriegsmarine.
4. Les expériences conduites à Dachau de février 1942 à avril 1945, dans le but de rechercher une vaccination contre le paludisme.
5. Les expériences sur le typhus, menées de décembre 1941 à février 1945 à Buchenwald et à Natzweiler au bénéfice de la Wehrmacht, ainsi que des expériences sur des maladies infectieuses (fièvre jaune, variole, choléra, diphtérie) conduites à Natzweiler.

6. Les expériences sur l'ictère infectieux, conduites de juin 1943 à janvier 1945 à Sachsenhausen et à Natzweiler.
7. Les expériences sur l'ypérite, réalisées de septembre 1939 à avril 1945 à Sachsenhausen, Natzweiler et dans d'autres camps de concentration au bénéfice de la Wehrmacht ; les expériences menées de décembre 1943 à octobre 1944 à Buchenwald, afin d'étudier les conséquences sur les êtres humains des différents poisons ; les expériences sur les bombes incendiaires menées de novembre 1943 à janvier 1944 à Buchenwald, afin d'étudier les conséquences des effets des brûlures au phosphore.
8. Les expériences menées de juillet 1942 à décembre 1943 à Ravensbrück au bénéfice des armées allemandes, pour évaluer l'efficacité thérapeutique des sulfamides et la régénération des os, des muscles et des nerfs.
9. Les expériences de stérilisation réalisées de mars 1941 à janvier 1945 à Auschwitz et Ravensbrück, en vue de la mise en place d'un procédé efficace pour stériliser des millions de personnes.
10. Est également retenu le meurtre de 112 déportés juifs choisis pour compléter une collection de squelettes de l'université allemande de Strasbourg et un projet de mise à mort de dizaines de milliers de civils polonais considérés comme tuberculeux.

Quatre inculpés sont en outre accusés d'avoir participé au programme d'euthanasie (« Aktion T4 »).



Le troisième chef d'inculpation concerne les crimes contre l'humanité.

Le dernier chef d'inculpation concerne l'appartenance à la SS après le premier septembre 1939, en violation de l'article II de la loi N° 10. Cette accusation concerne dix accusés.

Commentaires :

Sous couvert d'expérimentations médicales, un certain nombre de crimes cachaient en fait des expériences au bénéfice direct de l'armée allemande notamment celles concernant les conditions de survie des pilotes de la Luftwaffe dans des conditions extrêmes comme les hautes altitudes, le froid et l'hydratation par l'eau de mer.

Si on se réfère au futur code de Nuremberg en gestation pendant le procès, les atrocités pratiquées par les médecins nazis pendant la seconde guerre mondiale, sont toutes en désaccord avec chaque article point par point, sauf un !

L'article N° 8 concerne les compétences des médecins et stipule :

« les expériences ne doivent être pratiquées que par des personnes qualifiées. La plus grande aptitude et une extrême attention sont exigées tout au long des expériences, de ceux qui la dirigent ou y participent ».

Au cours de ce procès sont présents les plus grands dignitaires des institutions médicales civiles et militaires de l'Allemagne nazie, ceux-ci sont parmi les plus compétents et les plus respectés du pays [1].

Il ne s'agit pas d'actions isolées de médecins devenus « fous » et travaillant pour leur propre compte, mais bien d'une action d'état programmée et organisée à mille lieues de toute éthique et de toute considération humaniste.

Le programme T4

À l'automne 1939, la chancellerie allemande met discrètement en place le programme « Aktion T4 ». Officiellement, T4 consiste à accorder une mort miséricordieuse à des patients incurables.

Des listes de patients à éliminer sont établies, l'organisation est implacable. Rien n'est laissé au hasard. Trois groupes de patients sont constitués afin d'organiser les priorités :

- **le groupe 1** est constitué des patients souffrant de schizophrénie, d'épilepsie, de troubles mentaux, de syphilis.
- **Le groupe 2** compte tous les patients « internés » depuis plus de 5 ans sans discontinuité.
- **Le groupe 3** inclut les patients ayant un passé criminel, les étrangers et tous ceux qui tombent sous le coup des lois de Nuremberg, y compris les Juifs.

Les premières « campagnes de désinfection » commencent dès la chute de la Pologne, en Poméranie et aussi en Prusse orientale. Rien que pour les dernières semaines de l'année 1939, le bureau de l'« Aktion T4 » annonce dans une note confidentielle au Führer le « règlement définitif de 8765 cas ». Les « sujets » sont gazés par du Monoxyde de Carbone puis leurs corps brûlés.

Avec l'indignation de la population, les plaintes du clergé et celles d'officiers de haut rang dont l'as de la Luftwaffe Werner Mölders, la chancellerie décide officiellement le 23 août 1941 de mettre fin à l'« Aktion T4 ». Mais encouragés dans leurs actions, les responsables de l'« Aktion T4 » poursuivent clandestinement leur liquidation. La partie du programme portant sur les nouveaux-nés et les enfants de moins de 3 ans, est quant à elle totalement maintenue....

Le bilan de l'« Aktion T4 » est lourd, très lourd : de décembre 1939 à 1945, environ 250 000 patients dont environ 5000 enfants, sont assassinés par le gaz, les injections mortelles ou les privations alimentaires [1].

Commentaires

À la lecture de ces dernières lignes, il devient évident que les « pseudo-expérimentations scientifiques » des médecins nazis s'inscrivent dans un double but :

1. *Réaliser des études sur l'être humain au profit de l'armée allemande et de sa puissance industrielle pour gagner la guerre et garder sur les autres nations une supériorité scientifique et technologique sans aucun bénéfice pour l'humanité en totale contradiction avec le futur code de Nuremberg.*
2. *Poursuivre l'extermination à grande échelle des « races inférieures », des malades soit disant incurables, des malades mentaux, des handicapés, des alcooliques et des syphilitiques afin de « purifier » la race et satisfaire ainsi à une doctrine en vogue dans les années qui précéderont la guerre : « l'eugénisme ».*

La psychiatrie semble être absente du débat. D'une part la « nazification » du corps médical Allemand a rendu plus difficile la contestation mais d'autre part l'élimination systématique et à grande échelle des malades mentaux a réduit « le problème à sa plus simple expression ».

Les défenses

Au cours du procès de Nuremberg, les juges comprennent très rapidement qu'ils vont devoir se prononcer sur des actes de barbarie réalisés non pas par des montres mais par des médecins qui ont puisé dans le vivier des camps de concentration les sujets dont ils avaient besoin pour mener à bien leurs projets de recherches expérimentales. Conscients de la dimension éthique particulière de ce procès, ils mesurent l'importance du jugement qu'ils vont être amenés à rendre, non seulement pour les victimes des expérimentations nazies mais surtout pour les générations à venir.

L'aplomb et l'assurance dont font preuve les accusés et leurs avocats dans leur argumentation contribuent fortement à accroître le trouble au sein du ministère public [1]. Les avocats de la défense, qui disposent d'une entière liberté de parole, exposent avec brio une argumentation qui déstabilise à de nombreuses reprises les experts médicaux [1].

Plus de 60 ans après, cette argumentation n'a jamais fait l'objet d'une analyse complète, comme le souligne Arthur Caplan [13] qui évoque à ce propos le « silence relatif » des spécialistes de l'éthique médicale : « il est difficile d'accepter

l'idée selon laquelle ceux qui sont jugés pour leurs actions soient en mesure de présenter des arguments d'ordre moral pour leur défense. Il est plus facile et moins dérangeant de rattacher les expérimentations médicales criminelles nazies à des actes de perversion menés par un petit groupe d'individus lunatiques, déviants et de second ordre. C'est plus facile, mais c'est faux » [13].

Leur défense s'articule autour de sept axes :

1. La pensée Hippocratique est obsolète et n'est pas applicable aux médecins expérimentateurs

Hippocrate a jeté les bases conceptuelles de la médecine d'observation, en rupture totale avec la conception magique de la maladie, il préconise le principe de ne pas nuire aux malades ce qui le porte à proposer l'adoption de traitements uniquement dans le but de les guérir. Hippocrate ne fait aucune allusion directe au problème de l'expérimentation humaine, en revanche, il rappelle que l'administration d'un traitement est assimilable à une expérimentation en raison de la réaction singulière de chaque malade. En conséquence, il considère que la confiance accordée à son médecin par le patient le place implicitement dans la situation d'un sujet d'expérimentation presque volontaire. La pensée hippocratique établit ainsi le principe du consentement implicite du patient.

Le système de défense des médecins expérimentateurs nazis s'articule sur le caractère obsolète du serment d'Hippocrate élaboré vingt-cinq siècles auparavant [1].

Commentaires

Léo Alexander déclara qu'il convient de regrouper sous le terme de « malade » toute personne en contact professionnel avec un médecin, quel que soit son mode d'exercice. En conséquence il estima que les accusés ont violé le serment d'Hippocrate qui stipule que le médecin n'agira que dans l'intérêt du malade et qu'il s'abstiendra de tout acte volontaire nuisible, comme de tout acte sans rapport avec le bien du malade.

Andrew IVY partira du principe que le serment d'Hippocrate constitue la règle d'or de la profession médicale.

2- La responsabilité du régime Hitlérien

Les accusés et leurs avocats se défendent en incriminant le rôle du système hiérarchique mis en place par le régime totalitaire Hitlérien. La plupart des accusés rejettent la responsabilité des expériences médicales sur celui qui était au sommet de la hiérarchie organisationnelle des camps de concentration : Heinrich Himmler.

Karl Gebhardt, son médecin personnel, en dresse un portrait peu flatteur et le décrit comme un « inventeur dilettante ». Cette passion l'a conduit à multiplier les recherches dans des domaines aussi variés que l'alimentation, l'habillement, la porcelaine, les voitures amphibies et la médecine. L'importance de son implication dans les expériences humaines ne fait pas de doute [1].

Comment expliquer l'absence de conscience chez les mé-

decins qui ont réalisé les expériences dans les camps de concentration ?

Arthur GUETT dans son livre intitulé : « Structure de la santé publique sous le IIIème Reich » constitue l'ouvrage princeps de la pensée médicale de l'Allemagne Nazie. GUETT soulignait que « l'amour mal fondé du prochain devait disparaître, particulièrement vis à vis des créatures inférieures et asociales » mais aussi que « le sacrifice de l'existence individuelle est nécessaire pour assurer la conservation de la race »...

Commentaires

Ce mode de pensée mis en place sous le IIIème Reich a contribué à gommer la conscience humaine du médecin mais aussi à la multiplication des expériences puisqu'il transformait les relations entre le médecin et son patient, lequel était devenu un simple objet avec lequel il n'existe plus de relations humaines.

3. Analogie avec les expérimentations des chercheurs américains

Le Docteur Siegfried Ruff médecin expert de la défense se montre extrêmement circonspect sur la méthodologie des expériences américaines en rappelant que dans l'armée de l'air américaine, les mêmes tests d'entraînement, à 12 000 mètres, furent effectués sur des soldats, exactement comme dans l'armée de l'air allemande. « Ils eurent plusieurs morts, alors que nous n'en avons pas eu, parce que les américains maintenaient leurs équipages à 12 000 mètres pendant une heure, alors que nous ne les gardions que 15 minutes » [14].

La défense rappela aussi que les expériences sur le froid aux Etats-Unis ont occasionné la mort de 6 personnes et qu'elles ont ensuite fait l'objet de publications qui ont été exploitées par l'US Air Force.

Il est aussi rappelé qu'un article publié dans le journal de l'Association médicale américaine le 27 avril 1947 fait état d'expériences destinées à étudier les effets de l'administration du haschisch ou de la marijuana sur 77 prisonniers.

La revue Life du 4 juin 1945 fait état d'une expérimentation sur le paludisme dans 3 établissements carcéraux où « des gens incarcérés comme ennemis de la société aident à combattre d'autres ennemis de la société ».

Face à cette argumentation « solide » des avocats de la défense, le ministère public fait appel aux 2 experts Américains Léo Alexander et Andrew Ivy.

Le 15 avril 1947, Léo Alexander estime que les expériences sur le paludisme réalisées en Allemagne ne peuvent être comparées à celles qui l'ont été aux Etats-Unis pour la simple raison que celles-ci n'ont occasionné aucun décès et que les seules protestations enregistrées émanaient de prisonniers qui n'avaient pas été retenus pour y participer.

Le professeur Andrew Ivy explique, le 12 juin 1947, que les expérimentations menées aux Etats-Unis ont permis de déterminer les conditions de vol à haute altitude au moyen de simulations mathématiques sans utiliser l'être humain. Il insiste sur le fait que les résultats des expériences humaines

menées à Dachau auraient pu être obtenus en utilisant des modèles animaux et en se fondant sur des modèles mathématiques [1].

Commentaires

Les avocats de la défense très habilement tentent de déplacer le débat sur « l'orientation culturelle » de deux modes d'expérimentations : le modèle américain et le modèle allemand. A ce propos, il est dommage que les deux premiers experts de la partie civile soient américains et le troisième allemand, il aurait peut être été intéressant de nommer des experts appartenant à d'autres nationalités ou cultures afin d'éviter ce genre d'écueil.

Les expérimentations allemandes aboutissaient toutes ou presque toutes à une mise à mort, mais que peut-on dire de la notion du libre consentement quand les détenus américains acceptent le rôle de sujets contre une réduction de peine ?

4. Des expérimentateurs sérieux et désintéressés

Le quatrième axe de défense consiste à souligner la qualité morale et l'excellente réputation des médecins expérimentateurs allemands. Pour mieux souligner leur implication, sont mises en avant les expérimentations qu'ils ont pratiquées sur eux-mêmes. Ils insistent sur le caractère désintéressé de leur personnalité afin de faire oublier les actes dont ils se sont rendus coupables.



Commentaires

Les avocats déclinent alors les curriculum vitae des inculpés rendus tous exemplaires en insistant sur les périodes de bénévolat et leurs missions sur le plan humanitaire.

5. Les médecins allemands souhaitent améliorer le sort de l'humanité

Le cinquième point de l'argumentation s'articule autour de la motivation première des médecins allemands dont le seul objectif était d'apporter des connaissances scientifiques susceptibles d'améliorer le sort de l'humanité.

L'avocat de la défense pose au Docteur Andrew Ivy une délicate question éthique [1] : « prenez le cas suivant : vous êtes médecin dans une ville où la peste fait rage et vous avez un médicament susceptible de la combattre. Cependant, vous devez l'essayer sur quelqu'un et le chef de la ville, mettons le maire, vient vous trouver et vous dit : « voici un criminel condamné à mort, sauvez nous en effectuant l'expérience sur cet homme ». Refuseriez-vous de le faire ? » [14].

Andrew Ivy répond qu'il refuserait, arguant du fait qu'une telle contrainte compromet des règles morales auxquelles il est attaché et qui l'ont conduit à proposer des principes d'éthique médicale qui ont été adoptés par l'association médicale américaine, en précisant : « on ne saurait justifier la mise à mort de 5 personnes pour en sauver 500 » [14].

Commentaires

La formulation de la question est extrêmement ambiguë car elle établit un parallèle insidieux avec la situation dans laquelle étaient plongés les expérimentateurs allemands [1]. La défense des accusés ramène le débat à des questions d'éthique pure en omettant les milliers de morts au cours des expérimentations.

Deux experts médicaux sur trois de l'accusation sont psychiatres et ce n'est pas un hasard, la thèse de la défense selon laquelle les expérimentations nazies basées sur l'extermination systématique des sujets pouvaient apporter une avancée pour l'humanité n'est-elle pas la construction délirante d'une néo-réalité à laquelle une partie du corps médical allemand a adhéré ?

6. La limite des modèles expérimentaux animaux

Karl Brandt (médecin personnel d'Hitler) rappelle à l'audience tous les efforts qu'il a déployés afin de promouvoir, quand cela était possible, des expériences sur des animaux. C'est ainsi qu'il a pris la décision, alors que la guerre faisait rage, d'importer clandestinement d'Afrique des « singes qui ont coûté 200 000 francs suisses », afin de permettre aux chercheurs de poursuivre leurs expériences sur la guerre chimique. Il explique que néanmoins, dans certaines circonstances, « la comparaison biologique entre les humains et les animaux n'est plus possible », car il estime que «

chez certains malades et dans certaines conditions, les expériences humaines sont absolument essentielles pour assurer le progrès des recherches scientifiques » [14].

L'avocat de MRUGOWSKY (chef de l'institut d'hygiène des Waffen-SS) rappelle qu'il n'existe pas de modèles expérimentaux animaux pour des maladies comme la scarlatine ou le paludisme [14].

Commentaires

L'expert Léo ALEXANDER souligne le paradoxe qui a conduit le gouvernement Hitlérien à promulguer une loi sur la protection des animaux, le 24 novembre 1933, afin de prévenir la cruauté et l'indifférence de l'homme envers l'animal. Il explique que si ces principes avaient été appliqués aux être humains, « aucun crime ne serait jugé au cours de ce procès » [1].

7. Participer à une expérimentation est un moyen de se racheter

Le septième point de l'argumentation repose sur l'idée selon laquelle la participation des détenus aux expériences leur fournit l'occasion de se racheter pour les délits qu'ils ont commis.

Il s'agit d'un principe ancien, comme le souligne l'avocat Fritz Flemming.

Sigfried RUFF (chef de la section médicale du centre aéronautique expérimental de Berlin) estime qu'il n'est pas immoral d'utiliser des criminels en temps de guerre alors que « chaque jour et chaque nuit, des hommes, des femmes et des enfants sont exposés à la mort, et des millions de gens doivent faire au front le sacrifice de leur vie » [14].

Joachim Mrugowsky (chef de l'institut d'hygiène des Waffen-SS) estime que l'état en guerre est autorisé à utiliser ses citoyens comme il l'entend, y compris les détenus, tandis que les médecins sont placés dans l'obligation d'obéir à un ordre donné par les plus hautes autorités de l'état, tel que celui de réaliser des expériences « avec un but précis et une définition exacte du genre de personnes à utiliser » [14]. Il rappelle qu'à ce titre « en Allemagne, le service militaire est considéré comme un service honorable, ainsi une condamnation pénale rend inapte au service militaire. C'est dans ce milieu que l'état doit choisir ses sujets d'expériences » [14].

Dans le même ordre d'idée, le médecin général Oskar Schröder (chef du conseil des inspecteurs du service médical de la Luftwaffe) établit un parallèle entre les sujets d'expérimentation et les jeunes soldats enthousiastes qui acceptent en temps de guerre des missions dangereuses au cours desquelles ils risquent à coup sûr de trouver la mort.

Commentaires

Beaucoup d'inculpés plaident l'ignorance sur la nature des actes qui ont valu l'internement aux sujets d'expérimentation. Karl Gebhardt (médecin personnel d'Himmler) explique également qu'il ne s'est jamais préoccupé de l'origine des sujets d'expérience, ni de leur devenir, ni des conditions des camps, sous prétexte qu'Himmler lui avait déclaré que ces

expériences « étaient correctes » [1].

Le débat tournera autour de la validité du consentement libre et légal des prisonniers de droit commun.

Léo Alexander n'y est pas opposé; en revanche, il est formellement contre l'utilisation des condamnés à mort au motif que cela ne cadre pas avec les bases morales qui ont conduit les jurés à prononcer la peine capitale. Il est contre « l'admission légale de la grâce d'un condamné à mort qui s'est offert volontairement à subir une expérience dangereuse. Le médecin qui réaliserait cette expérience serait susceptible d'une sanction grave » [1].

Le Professeur Andrew Ivy qui dans sa carrière a déjà réalisé des expériences sur des détenus [1], plonge le tribunal dans le trouble en se prononçant pour les expériences sur les prisonniers et en déclarant qu'il n'est pas opposé aux expériences dangereuses sur les condamnés à mort à partir du moment où ceux-ci sont volontaires.

À ce moment de la procédure les avocats de la défense parviennent à nouveau à déplacer les débats sur des questions d'éthique afin de tenter de masquer la barbarie et les exterminations de masse commises par les nazis avec la complicité d'un certain nombre de médecins.

Au cours des audiences certains médecins impliqués dans les expériences expriment les doutes qui les ont assaillis au moment où ils les réalisaient. Le 18 avril 1947 le Professeur Gerhard Rose (dermatologue, vice-président de l'institut Robert Koch) déclare : « c'est notre devoir d'exposer avec la clarté du cristal les idées et les raisons qui ont conduit les inculpés à faire ce qu'ils ont fait » [1]. Il rappelle aussi que le principe de la réalisation d'expériences l'a révolté émotionnellement malgré les énormes avantages des expériences humaines » [14]. Enfin il considère comme immoral le choix de volontaires dans certaines expériences car « on n'a pas le droit d'accepter une offre de suicide ».

Il émet le souhait qu'à l'avenir l'état n'impose plus jamais aux médecins cet « amer devoir », d'autant que le corps médical doit rester neutre au milieu de la « plus sauvage hystérie de la guerre »...

Le verdict

Les 23 accusés plaident pour chacun des quatre chefs d'accusation, « non coupable » (« *nicht schuldig* » [5]).

Après le réquisitoire et les plaidoiries de la défense, au terme du jugement rendu les 20 et 21 août 1947, sept accusés sont acquittés en application du principe de la « *common law* », selon laquelle la culpabilité doit être établie « au delà d'un doute raisonnable ». L'attendu de l'acquittement des 3 médecins responsables d'expériences sur les hautes altitudes, a une valeur exemplaire : « Avant qu'un tribunal puisse, en toute certitude, prononcer un verdict de culpabilité en s'appuyant seulement sur une preuve tirée des circonstances, cette preuve doit démontrer une chaîne bien connectée et ininterrompue de faits de nature à exclure toute autre hypothèse raisonnable que celle de la culpabilité de l'accusé. Aucune définition générale ne peut établir quelles circonstances peuvent constituer une preuve. En dernière



analyse, l'élément légal de détermination repose sur l'affirmation que la preuve suffit pour satisfaire, au delà d'un doute raisonnable, l'intelligence et la conscience des juges qui, engagés par leur serment solennel, doivent assumer la responsabilité dans l'établissement des faits ».

16 accusés sont reconnus coupables ; 5 sont condamnés à la réclusion à perpétuité, 4 à de longues peines d'emprisonnement. Aucun appel n'est possible [1].

7 accusés sont condamnés à mort, ils étaient tous membres de la SS.

4 médecins : Karl Brandt, médecin personnel d'Hitler ; Karl Gebhardt, médecin personnel d'Himmler, médecin chef de l'institut d'Hohenlychen et président de la Croix Rouge allemande ; Joachim Mrugosky, chef de l'institut d'hygiène de la Waffen-SS et Waldemar Hoven, médecin du camp de Buchenwald.

Les 16 condamnés adressent une demande de grâce à Lucius CLAY, gouverneur de la zone américaine. Les exécutions ont lieu dans la prison de Landsberg le 2 juin 1948, dans le même lieu où, 24 ans auparavant, Hitler avait été emprisonné après le putsch manqué de Munich.

Commentaires :

Karl Brandt demandera aux autorités américaines, par l'intermédiaire de son avocat, qu'on lui fasse subir une expérience médicale n'offrant aucune chance de survie. Son objectif, dira-t-il, est de transformer le sens de sa condamnation, de la faire passer du niveau de la simple exécution d'un principe juridique à celui d'un acte délibéré, dans l'intérêt de l'humanité.

Cette demande sera rejetée.

Avant d'être exécuté il dira : « ce prétendu jugement d'un tribunal militaire américain est l'expression formelle d'un acte de vengeance politique. Abstraction faite de la compé-

tence de la cour elle-même, il ne sert ni la vérité ni le droit. Comment la nation qui se trouve à la pointe de toutes les expériences humaines imaginables peut-elle oser accuser et juger des gens qui l'ont tout au plus imitée ? ».

Dans un premier temps, le médecin d'Hitler, en reprenant les thèmes de la défense concernant les cas des prisonniers ayant « le souhait de se racheter », se retrouverait-il pratiquement dans la même situation, ou du moins le pense-t-il, que les milliers de gens exterminés ? En tous les cas les victimes n'ont pas eu ce choix.

Dans un deuxième temps sont renvoyées, dos à dos, deux visions des expériences humaines,

chacun développant les qualités et les mérites de leurs civilisations respectives comme si le choix d'une culture plutôt que l'autre permettait légalement d'exterminer des populations sous le couvert d'expérimentations médicales.

Les experts psychiatres ne s'y sont pas trompés, cette « vision délirante » de la science ne sera pas validée. « Entre ces juges d'un « autre monde » et la plus haute personnalité de la médecine nazie, le dialogue n'était pas possible » [1].

« J'essaie de déterminer qui est responsable des crimes commis » disait le procureur général Mac Haney à Karl Brandt. « Lui, s'en moquait bien. Rongé par le mal nazi, il semblait incurable, beaucoup plus dangereux pour une civilisation que les hommes dont la mort lui paraissait souhaitable » [13].

Discussion

Les expériences médicales réalisées dans les camps de concentration l'ont été avec l'aval des autorités qui en ont subventionné un certain nombre, sous prétexte qu'elles servaient l'effort de guerre allemand. Les membres des plus grandes institutions de recherche d'Allemagne ont travaillé en collaboration étroite avec les médecins des camps de concentration.

Ainsi le Professeur Kurt Gutzeit, gastro-entérologue à l'université de Breslau, a injecté du sang de porteur d'hépatite virale à des enfants juifs d'Auschwitz; Kurt Heissmeyer, collaborateur de Karl Gebhardt à Hohenlychen, a administré des bacilles de Koch à des enfants du camp de Neuengamme.

De prestigieux praticiens ont assisté à des conférences au cours desquelles étaient présentés les résultats préliminaires des expérimentations.

C'est ainsi que les principaux responsables de la médecine aéronautique allemande assistèrent en 1942, à Berlin, à la

conférence du froid où furent présentés les expériences menées à Dachau.

Au colloque où ont été exposées les expériences sur les sulfamides conduites à Ravensbrück, des médecins prestigieux étaient présents, tels le professeur Ferdinand Sauerbruch, le plus célèbre chirurgien allemand, et Wolfgang Heubner, le directeur de l'institut pharmacologique de l'université de Berlin.

En 1989, Richard Toellner, historien de la médecine à Münster, a insisté sur la participation active ou passive de la majorité des médecins allemands aux crimes médicaux et à la sélection des malades mentaux : « un corps médical qui accepta le meurtre de masse de personnes malades comme une normalité et qui, à une majorité, l'approuva explicitement comme un acte nécessaire justifié dans l'intérêt de la communauté, a échoué et trahi sa mission ».

Ce qui s'est passé n'est pas le fait de médecins « fous et isolés » totalement dévoués à la cause nazie, mais bien la mise en oeuvre d'une terrible « machine de guerre » facilitée par la « nazification du corps médical » puisque tous les hauts dignitaires des institutions médicales allemandes pendant la guerre soutenaient le régime.

C'est bien là la difficulté des juges, la légitimité des crimes ne pouvait-elle pas être mise en avant du fait du soutien des plus hautes autorités de l'état ?

Le procès des médecins ne pouvait pas se résumer à un choix entre deux cultures où deux visions éthiques différentes de la recherche biomédicale s'affrontaient.

Ceci aurait été une insulte à la mémoire de millions de morts.

La psychiatrie n'est pas non plus épargnée, la publication en 1995 du livre : « Les psychiatres : les hommes derrière Hitler » explique le rôle joué par certains psychiatres dans la création du programme d'extermination nazie. Il aura fallu attendre août 1999 pour que la société des psychiatres allemands admette publiquement que certains d'entre eux avaient participé directement aux campagnes d'euthanasie [14].

Au procès des médecins de Nuremberg, la psychiatrie est absente du banc des accusés, elle est toutefois bien représentée dans la partie civile en raison du caractère criminel et de l'extrême cruauté des expérimentations seulement explicable par la « folie » de l'homme.

Après le procès des dignitaires nazis, le jeune psychiatre américain de 34 ans, Léon Goldensohn est chargé de consigner les entretiens qu'il mène jour après jour auprès des principaux accusés ou témoins du procès. Il notera méthodiquement les questions et les réponses qui lui sont faites et constituera un témoignage sans précédent sur la psychologie des nazis [15].

Les médecins emprisonnés après leur procès n'ont pas reçu la visite de psychiatres, cela est peut-être regrettable car leurs personnalités et leur vision de l'expérimentation humaine aurait mérité d'être étudiées.

A-t-on le droit de publier des données non éthiques ?

En 1947, le *British Medical Journal* résume la question de l'exploitation des résultats des expérimentations médicales réalisées dans les camps de concentration : « si les allemands avaient découvert un traitement contre le cancer, qui aurait exigé de détruire cette information en raison de la façon dont les résultats ont été obtenus ? » [16].

En 1990, le *New England Journal of Medicine* publie un article sur les travaux du Docteur Rascher, dans lequel sont pointées toutes les irrégularités méthodologiques commises. L'éditorial rappelle que le comité de rédaction s'engage à ne plus jamais publier d'articles portant sur des « recherches non conformes à l'éthique » et précise que cette décision est irrévocable et qu'elle ne tiendra pas compte, si tel était le cas des « mérites scientifiques » du travail.

Entre 1945 et 1989 les expérimentations médicales dans les camps de concentration ont été mentionnées dans 45 publications internationales [1].

Conclusion

Quand Léo Alexander a siégé au tribunal de Nuremberg, en 1946, il s'est aperçu qu'il serait difficile de prouver la culpabilité des médecins nazis ayant participé aux expérimentations humaines dans les camps de concentration.

Le jeune psychiatre américain, qui était conseiller de l'accusation a constaté qu'aucune règle professionnelle n'interdisait formellement cette pratique.

« Paradoxalement la médecine nazie a contribué à l'élaboration des règles encadrant aujourd'hui la recherche », expliquait récemment Michael Shevell [17], pédopsychiatre à l'hôpital pour enfants de Montréal, lors d'une conférence sur l'héritage de cette époque troublée. « A Nuremberg, Léo Alexander a dû écrire une série d'interdits découlant des règles normales de pratique de la médecine, puisqu'il n'y avait pas, à l'époque, de liste officielle traitant de points comme le consentement éclairé du patient. Juste avant l'avènement des nazis en 1933, la république de Weimar avait mis au point des règles sur la recherche médicale, mais la légalité de ce document n'était pas claire. C'est dommage, parce qu'il s'agissait de règles plus sévères que ce qui se faisait ailleurs en occident à ce moment ».

Nous avons tenté dans ce travail de reprendre les éléments du procès des médecins nazis à Nuremberg qui ont amené les juges, les experts mais aussi les avocats de la défense à mettre en évidence l'existence d'un vide juridique autour des expérimentations humaines.

Deux experts médicaux sur trois étaient psychiatres, il fallait bien essayer de comprendre « quelle folie » avait poussé l'homme à commettre des actes d'une telle cruauté ?

La réflexion du Dr Alexander a mené au code de Nuremberg qui est le fondement des règles modernes de recherche médicale.

Un an après la rédaction du code de Nuremberg, l'Assemblée générale des Nations Unies approuve en 1948 la Déclaration Universelle des droits de l'homme. Dans son préambule,

la notion de liberté est indissociable du respect de valeurs inconditionnelles. Elles justifieraient une pédagogie de la responsabilité partagée au sein des organismes de recherche et des institutions hospitalières qui soutiennent de nos jours la recherche clinique.

Les accusés du procès des médecins nazis ont très souvent tenté de justifier leurs exactions par une soumission à l'autorité légale, mais également en assimilant leurs expérimentations à celles menées dans d'autres pays sans pour autant susciter la moindre réprobation.

Le devoir de vigilance tient à la capacité de discernement et parfois de dissidence, indispensable aux pratiques exposant la personne aux risques de l'indignité et de l'irrespect.

Bibliographie

- [1] Halioua B., le procès des médecins de Nuremberg, éditions Vuibert, mai 2007, Paris.
- [2] Bachelard-Jobart C., l'eugénisme, la science et le droit, presse universitaire française, 2000, p. 64, Paris.
- [3] Ambroselli C., l'éthique médicale, presse universitaire de Paris, 1988, p. 63, Paris.
- [4] Lemaire G., Matalon, hommes supérieurs, hommes inférieurs, Armand Colin, 1985, p. 43.
- [5] Larousse Allemand, Dictionnaire de poche, mai 2007, Paris.
- [6] Nathanson J. A., Grodin M. A., « eugenic sterilization and a nazi analogy », *Ann Intern Med*, n° 132, 2000, p. 1008.
- [7] Massin B., « L'euthanasie sous le IIIème Reich », *L'information psychiatrique*, n°8, octobre 1996, p. 812.
- [8] Viallard A., « de la cure individuelle à la cure de masse des gènes », *L'information psychiatrique*, n° 8, octobre 1996, p.108.
- [9] Typhus Vaccine. A crucial experiment, *lancet*, 18 december 1943, p. 770.
- [10] Weindling P. J., *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials*, Palgrave Macmillan, 2006, p.31.
- [11] Grossman M. L., *Andrew Conway Ivy (1893-1978), physiologist*, n° 21, 1978, p.11-12.
- [12] « Autriche : les cerveaux d'enfants victimes du nazisme inhumés », *le quotidien du médecin*, n° 6900, 2001.
- [13] Ternon Y., Helman S., le massacre des aliénés. Des théoriciens nazis aux praticiens, Casterman, 1971, p. 310.
- [14] Dudlez M., Gale F., « Psychiatrists as a moral community ? Psychiatry under the Nazis and its contemporary relevance », *aust NZJ Psychiatry*, n° 36, 2002, p. 585-594.
- [15] Goldenshon L., *Entretiens de Nuremberg*, Flammarions, 2005.
- [16] « Doctors on trials », *British Medical Journal*, n° 143, 25 janvier 1947.
- [17] Perreault M., « les médecins nazis ont grandement influencé la médecine moderne », *La Presse*, Août 2007.

NDLR : cet article est une version courte d'un mémoire de psychiatrie : le lecteur peut recevoir une copie de la version complète sur demande à l'auteur par courriel : jerome.bobo@wanadoo.fr

Le code de Nuremberg

1. Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir : qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contraintes ou de coercition. Il faut aussi qu'elle soit suffisamment renseignée, et connaisse toute la portée de l'expérience pratiquée sur elle, afin d'être capable de mesurer l'effet de sa décision. Avant que le sujet expérimental accepte, il faut donc le renseigner exactement sur la nature, la durée, et le but de l'expérience, ainsi que sur les méthodes et moyens employés, les dangers et les risques encourus; et les conséquences pour sa santé ou sa personne, qui peuvent résulter de sa participation à cette expérience. L'obligation et la responsabilité d'apprécier les conditions dans lesquelles le sujet donne son consentement incombent à la personne qui prend l'initiative et la direction de ces expériences ou qui y travaille. Cette obligation et cette responsabilité s'attachent à cette personne, qui ne peut les transmettre à nulle autre sans être poursuivie.
2. L'expérience doit avoir des résultats pratiques pour le bien de la société impossibles à obtenir par d'autres moyens : elle ne doit pas être pratiquée au hasard et sans nécessité.
3. Les fondements de l'expérience doivent résider dans les résultats d'expériences antérieures faites sur des animaux, et dans la connaissance de la genèse de la maladie ou des questions de l'étude, de façon à justifier par les résultats attendus l'exécution de l'expérience.
4. L'expérience doit être pratiquée de façon à éviter toute souffrance et tout dommage physique et mental, non nécessaires.
5. L'expérience ne doit pas être tentée lorsqu'il y a une raison a priori de croire qu'elle entraînera la mort ou l'invalidité du sujet, à l'exception des cas où les médecins qui font les recherches servent eux-mêmes de sujets à l'expérience.
6. Les risques encourus ne devront jamais excéder l'importance humanitaire du problème que doit résoudre l'expérience envisagée.
7. On doit faire en sorte d'écarter du sujet expérimental toute éventualité, si mince soit-elle, susceptible de provoquer des blessures, l'invalidité ou la mort.
8. Les expériences ne doivent être pratiquées que par des personnes qualifiées. La plus grande aptitude et une extrême attention sont exigées tout au long de l'expérience, de tous ceux qui la dirigent ou y participent.
9. Le sujet humain doit être libre, pendant l'expérience, de faire interrompre l'expérience, s'il estime avoir atteint le seuil de résistance, mentale ou physique, au-delà duquel il ne peut aller.
10. Le scientifique chargé de l'expérience doit être prêt à l'interrompre à tout moment, s'il a une raison de croire que sa continuation pourrait entraîner des blessures, l'invalidité ou la mort pour le sujet expérimental.



Didier Bourgeois

L'architecture symptôme en psychiatrie

On sait depuis longtemps que les conceptions architecturales des hôpitaux psychiatriques reflètent l'idéologie du soin. L'hôpital fut un outil incontournable du soin en psychiatrie. Il en a longtemps été l'unique lieu géométrique puis le centre, mais tout cela a considérablement évolué.

L'hôpital psychiatrique d'aujourd'hui correspond, en tant que dispositif spatial, à la mise en acte de principes et de programmes thérapeutiques issus des années 60-90, ces «trente glorieuses» de la psychiatrie française. Cette époque avait vu un formidable mouvement d'ouverture théorique et autorisé des modifications radicales des pratiques qui se sont traduites, notamment, par des tentatives de dé-stigmatisation de la maladie mentale allant jusqu'à un processus de désinstitutionnalisation «antipsychiatrique militant» qui culmina par exemple, en Italie par l'adoption de la loi 180 sous l'impulsion de Franco Basaglia.

Les Asiles psychiatriques ont été construits en France à l'occasion de la mise en œuvre de la loi de 1838. Fruits d'une politique volontariste, ils ont été disséminés sur tout le territoire de la république en un archipel de bâtisses reconnaissables à leurs hauts murs concrétisant les mentalités d'alors animées d'un double mouvement: Exclusion et prise en compte médicale du fou, devenant l'aliéné puis peu à peu, le malade mental. Les hauts murs étanches protégeaient autant la cité des fous que les fous du monde.

À l'intérieur de cet espace clos, mais donc relativement protégé des aléas externes, les médecins aliénistes érigèrent peu à peu une nosographie adaptée à leur travail, inventèrent des thérapeutiques nouvelles, certes datées aujourd'hui (isolement, cure de Sakel, lobotomie, mais aussi sismothérapie et plus tard, introduction des psychothérapies institutionnelles et des médications psychotropes). Cet espace spécifique avait été conçu en référence aux grandes institutions connexes qu'il remplaçait dans certaines de leurs missions. L'architecture asilaire est directement inspirée de celle de ces institutions. Par ailleurs, du point de vue strictement écono-

mique, il s'agissait parfois des mêmes bâtiments, transférés d'un Domaine à l'autre. On y retrouve donc :

- L'architecture carcérale pour ce qui était la dimension répressive et contensive de la prise en charge de malades réputés dangereux par essence, placés aux mains des «garde fous»¹.
- L'espace conventuel puisqu'on admettait une dimension morale au soin. Les infirmières n'existaient pas et les congrégations religieuses charitables avaient un rôle déterminant dans la prise en charge.

On peut dire que l'infirmière psychiatrique, métaphoriquement, est née de l'union d'un maton et d'une bénédictine !

Ces deux architectures avaient en commun qu'elles étaient contenantes, déclinant de façon dichotomique un «dedans» et un «dehors» et qu'elles offraient en outre des espaces d'isolement : de la cellule carcérale à la cellule monacale jusqu'à la chambre d'isolement actuelle, dépouillée de toutes tentation à se suicider et de tous moyens de le faire, capitonnée. Toujours juguler la tentation !

À l'intérieur, soignants et soignés, tous prisonniers des murs, cohabitaient et se côtoyaient. Même les médecins résidaient alors dans l'enceinte de l'asile². On trouvait: Les garde-fous (des errants embauchés ou des malades stabilisés chargés contre rétribution de surveiller leurs compagnons d'infortune), les «malades travailleurs» employés aux tâches domestiques de l'institution³, puis les infirmières laïques, célibataires par contrat (comme les religieuses) avant que ne se mettent en place des dynasties infirmières souvent issues de souches paysannes déstabilisées au début du XX^e siècle par l'exode rural⁴.

1. On y mettra quelques bémols: «la suppression des cellules, des grilles, des sauts de loup, etc., veut abolir la confusion ou les traces généalogiques entre le détenu et l'aliéné, le châtement et le traitement» in «L'Asile», G. LAMARCHE-VADEL, G. PRELLI, Recherches N° 31, février 1978.p 117.

2. Maintenant, la plupart des médecins n'habitent plus à l'hôpital, ils ont été remplacés par les administratifs dans les logements de fonction.

3. Le sommet d'une carrière de malade, preuve de confiance, était d'être employé comme nounou des enfants du médecin-chef ou du directeur.

4. À l'hôpital de Montfavet par exemple, les premières dynasties de garde-fous se constituèrent parmi les ouvriers agricoles d'origine cévenole ou italienne capables de faire double journée : travailler aux champs et garder les fous.

Autrefois, les infirmières quittaient peu l'espace asilaire et pouvaient même bénéficier, l'âge de la retraite venue, d'un logement gratuit dans l'enceinte. Marguerite Bottard, ancienne surveillante, entrée toute jeune fille comme soignante à l'asile, termina sa carrière comme surveillante chez Charcot à la Salpêtrière, y finit ses jours au nom du droit de « pied de lit » après y avoir passé près de 70 ans en tout. C'est de cette cohabitation forcée mais intrinsèquement socialisante que sont nées certaines des pratiques thérapeutiques ultérieures comme la thérapie institutionnelle.

Progressivement s'imposa l'idée d'une porosité à visée thérapeutique de l'institution. L'asile est alors inclus dans l'urbanisme. Edouard Toulouse osa le service libre⁵ alors qu'auparavant, l'hospitalisation en psychiatrie ne pouvait être qu'un internement doublé d'une incapacitation juridique (aliénation sociale supplémentaire). Dix ans plus tard, les soignants de Saint-Alban-sur-Limagnole, confrontés aux conséquences délétères de l'occupation nazie inventèrent, avec leurs patients, pour survivre, les prémisses de la thérapie institutionnelle mais surtout, après les « années soixante », profitant de l'essor des psychothérapies, de l'appoint décisif des psychotropes et de l'augmentation générale du niveau de vie en France, germa l'idée du secteur en psychiatrie.

Insensiblement mais logiquement, ces nouveaux fonctionnements soignants eurent des conséquences sur l'architecture hospitalière. On passa d'une institution à vocation contenante, ségrégative, à une institution structurante, intégrative. Les murs tombèrent, les portes s'ouvrirent et surtout, la mixité s'installa⁶.

Durant les années quatre-vingt, l'institution essaima en une multitude de lieux de soin externes (CMP, hôpitaux de jours, CATT, appartements associatifs, Accueil Familial Thérapeutique...). Là encore, on est aux antipodes du projet asilaire haussmannien qui prévoyait de créer de l'asile hors

5. Dès 1894, E. Toulouse proposa de créer des hôpitaux ouverts dans les asiles. Cela se concrétisa par la création de l'hôpital Henri Rousseau au sein même de l'Asile parisien de Sainte-Anne. Là aussi, c'est par différenciation territoriale que se créa « l'hôpital ouvert ». Ce jeu d'espaces restait ségrégatif dans la mesure où les internés et les autres malades restaient séparés, ne se côtoyaient pas. À l'intérieur même du territoire des aliénés, une ségrégation sociale était instituée entre ceux qui payaient leur pension et les autres. À Montfavet, Camille Claudel, elle-même une délocalisée asilaire, était au Grand Pensionnat car sa famille pouvait payer. La politique de secteur fut au contraire une pratique intégrative dans la mesure où elle prévoyait la cohabitation, dans la cité, de « citoyens non malades psychiatriques », de citoyens internés (en congé d'essai) et de citoyens librement pris en charge. On passait d'une logique géographique de secteur à une logique de réseau. Voir Recherches, N° 17, 1975. « Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ».

6. Je me souviens, alors jeune assistant avoir introduit en 1983 la mixité dans un service. Il y restait encore deux pavillons spécifiques, un pour hommes, avec des soignants hommes, un pour femmes, avec des soignantes femmes. La plus grande difficulté fut de faire accepter par les époux des infirmières, eux-mêmes souvent des soignants, que des infirmiers mâles se retrouvent en équipe avec leurs femmes.

de l'asile (par le biais des asiles-colonies par exemple), de transporter et de transposer le système asilaire hors les murs⁷.

Dans la psychiatrie de secteur⁸, au contraire, lorsque l'équipe soignante quitte les murs, elle change de nature et de logique, elle introduit de la discontinuité dans la prise en charge, position structurante qui se situe à mi-chemin entre l'abandon et la contention. De même, alors que l'idée asilaire était hospitalo-centrique, plaçant l'hôpital au cœur du dispositif, instaurant à l'occasion de l'hospitalisation une rupture existentielle, un saut qualitatif et une contiguïté des prises en charge, en pratique sectorielle, l'hôpital n'est théoriquement qu'un des lieux, non privilégié, de la prise en charge psychiatrique : il y a continuité de la prise en charge en plusieurs lieux.

Le nouveau dispositif architectural institué par la psychiatrie de secteur correspondait à la pratique mais aussi aux attentes du corps social. Il eut naturellement des conséquences fortes sur l'architecture des équipes et sur la relation soignants-soignés. Réciproquement, l'évolution des mentalités d'équipe s'est traduite par une évolution du dispositif de soin dont l'architecture n'est qu'un symptôme.

Aujourd'hui, se pose avec acuité la question d'un retour de la violence en psychiatrie. Des drames affectent les services de soin psychiatrique et les malades psychiatriques en sont tour à tour considérés comme victimes (de la violence sociale qui leur est faite) et comme agresseurs potentiels. Cette violence affecte, bien sur, l'hôpital lui-même, par ailleurs étrangement déspecialisé⁹ et on a vu réapparaître en réaction, en dix ans, des instruments contondants disparus; contentions, entraves, camisoles, chambres d'isolement. Mais elle affecte aussi, naturellement, les postes avancés de l'institution d'autant plus qu'ils ne sont plus intégrés dans la cité mais vécus par les populations comme des pseudopodes de l'institution honnie : urgences psychiatriques en hôpital général, CMP, pompiers. Situées aux avant-postes, parmi la poignée des lieux ouverts, les urgences comme les pompiers en intervention ou les CMP doivent maintenant être « défendues » : On installe des vidéo-surveillances, des DATI¹⁰, on poste des vigiles dans les CMP, on escorte les pompiers.

Le sort fait aux patients qui se retrouvent « externés », confinés dans un lieu de vie précaire et stigmatisés par leur maladie, à ceux qui deviennent des « sans domicile fixe » ou

7. De nos jours, on dit délocaliser. Le processus renaît au début du XXI^e siècle avec la notion de foyer ou de lits à double tarification, de création de filières transversales pour la prise en charge des chroniques.

8. C'est dans les années 1930 qu'apparaît la notion de prophylaxie mentale dans les OPHS (Offices Publics d'Hygiène Sociale), précurseurs des CMP et des CMS.

9. L'évolution de la dénomination officielle des lieux est parlante. On a vu successivement les Asiles psychiatriques devenir des hôpitaux psychiatriques (années 30), des Centres psychothérapeutiques (années 70), des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS des années 80) puis perdre y compris leur spécialisation soit en prenant un nom propre, soit en perdant leur S.

10. Dispositif d'Assistance aux Travailleurs Isolés.



sont incarcérés est aussi une violence extrême. Ces sujets sont victimes d'une logique ségrégative, la société ne veut plus (ne peut plus les voir). Elle les confinait jadis en asile (asile de nuit/ asile psychiatrique), elle va bientôt les reléguer et peut-être un jour rêver de les faire disparaître. Le passage à l'acte nazi inaugural est édifiant, rappelons que les premières victimes des projets d'extermination nazis furent les malades mentaux et on les extermina *in situ*, dans leurs propres hôpitaux psychiatriques (avec l'aide et l'avis de certains médecins-directeurs), avant que ne soient inventés les camps d'extermination; là aussi l'architecture joua un grand rôle dans la «réussite» du processus («Die Aktion»¹¹).

Aujourd'hui, renaissent certains lieux: Le camp de transit, le centre de rétention. L'architecture qui s'y déploie redécouvre les méthodes inventées quelques décennies plus tôt. Il existe des lieux sans statut, hors limites. Le phénomène est mondial: Guantanamo est le lieu de rétention le plus emblématique du début du siècle mais on retient aussi sur des bateaux militaires, hors des eaux territoriales, dans des avions survolant le monde entre deux aéroports militaires, on délocalise aussi la détention dans des pays tiers (comme la torture)¹². La mondialisation touche même les lieux de rétention.

Le début du XXI^e siècle, du point de vue des peurs collectives qui l'animent et des solutions qui sont (re)trouvées, tend à ressembler à la fin du XIX^e siècle. C'est comme si le XX^e siècle, avec ses erreurs monstrueuses (nazisme, stalinisme) mais ses avancées libératrices (confiance dans les sciences, laïcité, solidarité) avait été gommé. En psychiatrie, faute de

moyens et aussi parce qu'on confie désormais à la psychiatrie des tâches normalisantes supplémentaires vis-à-vis de toutes les déviances sociales, on retourne à l'Asile.

Le retour à l'asile se traduit dans les mentalités puis dans les faits. Il peut se traduire dans l'architecture si on n'y prend pas garde et ce ne serait que logique.

- On reparle d'une organisation par «quartiers»¹³, par pathologies et filières (entrants, psychoses infantiles vieilles, géronto-psychiatrie), démantelant inéluctablement les fondements de la psychiatrie de secteur. L'intersectorialité conjuguée au manque de moyen a abouti à l'affaiblissement de l'idée de secteur. Les fédérations spécialisées dans des types de pathologie ou dans des types de prise en charge ont concrétisé ce retour à l'asile, cette balkanisation qui pour se justifier use d'artifices.
- On reparle de contrôler les enceintes hospitalières. Mettre à nouveau une barrière à l'entrée de l'hôpital. Là encore, la topographie prend sens, structure et focalise les conflits : on parle beaucoup des patients en Congé d'essai de HO lorsqu'ils commettent un passage à l'acte. La mise en Congé d'Essai, «Sortie d'essai», d'un patient hospitalisé sans consentement est un acte fort, impliquant une responsabilité médico-administrative en cas de problème puisqu'une sortie est ainsi actée. Actuellement, il existe un no man's land institutionnel : entre la porte de l'unité fermée où il est soigné (clairement intramuros) et la porte de l'hôpital se trouve le territoire de l'hôpital. Là, sont situées un certain nombre de structures de soins et de réhabilitation: cafétéria, ateliers d'ergothérapie, banque des malades...L'ensemble renvoie au concept

11. D. Bourgeois: Criminologie politique et psychiatrie. Ed. L'harmattan, Paris 2002.

12. Il y a même des lieux de rétention nomades et sans limite: la jungle (cf. Ingrid Béteencourt) et le désert remplacent l'ilot d'Alcatraz. Le bracelet électronique contrôle et contient à domicile.

13. La psychiatrie de quartier n'est pas la psychiatrie sociale susceptible d'intervenir au plus près de la population, «comme un poisson dans l'eau» (concept maoïste) mais la psychiatrie créant des quartiers «par pathologie»: Quartier des agités, des déficitaires. Ce fonctionnement ségrégatif néo-asilaire fait écho aux Quartiers de Haute Sécurité (QHS) d'antan comme au «Pavillon des cancéreux» d'A. Soljenitsyne.

d'hôpital-village cher à la thérapie institutionnelle. Dans les processus de réhabilitation sociale, il est toujours un temps, fragile et subtil, où l'équipe doit affranchir le patient de sa surveillance et cet espace, intra-hospitalier, à l'image de la cité, est un lieu privilégié d'essai. Mais il peut logiquement arriver qu'un patient enfreigne le contrat et, alors qu'il est seulement autorisé à sortir dans l'enceinte hospitalière, s'arroge le droit de sortir hors de cette enceinte sous divers prétextes.

Pour l'administration hospitalière, un sujet est réputé devoir être placé en Congé d'Essai lorsqu'il est dans l'enceinte de l'hôpital et hors de son unité fermée mais les autorités de tutelles (DDASS et préfecture) considèrent que ce qui se passe dans l'enceinte de l'hôpital ne les concerne pas, donc ne justifie pas de leur responsabilité mais de celle du directeur de l'hôpital.

C'est toujours le patient qui fait les frais du bras de fer entre ces deux logiques auto-protectrices en dépit des discours, des lois et des principes concernant les droits des patients et leur insertion sociale.

- On déspecialise le soin: les infirmiers de secteur psychiatrique laissent la place aux IDE. Faute d'IDE, on engage des aides-soignants et maintenant, face à la montée de la violence, on parle d'introduire des vigiles dans l'hôpital. La peur collective et l'exaspération sont telles que plus personne ne proteste. Va-t-on un jour demander à des patients de garder d'autres patients, comme au XIX^e siècle? Vous avez dit Kapo?
- On peut craindre alors que de vieux fonctionnements resurgissent comme la délocalisation des malades. Les Asiles de la Seine, surchargés, délocalisaient jadis leurs patients en périphérie parisienne puis en province éloignée dans des Asiles secondaires et les colonies asilaires. De l'éloignement thérapeutique (envoyer les patients à la campagne, organiser un séjour de rupture), au bannissement des incurables il y a peu; la colonie pénitentiaire de Kafka n'est pas loin.

Un jour, à l'heure de la mondialisation, quelqu'un, au Ministère, imaginera bien de délocaliser nos patients chroniques surnuméraires à l'étranger, là où le personnel soignant est moins cher¹⁴. A bien y réfléchir, ce qu'a dû vivre un schizophrène parisien relégué dans un asile de la Creuse en 1905 doit être proche de ce que pourrait vivre un schizophrène français exporté en Inde ou en Tunisie en 2012 au nom de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

14. Cela se fait déjà pour les personnes âgées: Celles qui ont de confortables retraites peuvent maintenant aller vivre et se faire soigner au soleil tunisien.

L'évolution actuelle

Regardons nos hôpitaux, regardons l'évolution programmée du dispositif.

1. Un peu partout s'ouvrent des lits psychiatriques en hôpital général. Le rapport Massé¹⁵, le rapport Piel-Roelandt¹⁶, le lobbying de Psygé¹⁷ n'y sont pas pour rien.

L'idée de départ était de réintégrer la psychiatrie dans le dispositif ordinaire, ce qui pouvait être de nature à déstigmatiser d'avantage les malades mentaux. Dans le contexte d'une psychiatrie dotée, cela pouvait être de nature à permettre à la dynamique de la politique de secteur de s'exprimer dans une intersectorialité mais dans le contexte pénurique actuel, ne pouvant se faire que par redéploiements, cela aboutit à fermer encore des lits psychiatriques, vider les hôpitaux psychiatriques de leur substance, accélérer leur déconstruction, leur désarchitecture.

2. Le secteur médico-social prospère (Foyer Occupationnel, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé...) sur les ruines du secteur psychiatrique sans pour autant, faute de moyens, pouvoir répondre aux besoins, ce qui laisse sur le carreau (confiés aux familles) nombre de patients rebaptisés usagers. Entre l'usager et le client, plus d'espace pour le patient. La paupérisation ambiante nivelle par le bas: malade mental, SDF, ex-taulard...

3. On pense à ouvrir des hôpitaux-prisons. L'idéal sécuritaire imagine et met en place une post-peine comme on avait imaginé une post-cure. Il y avait déjà des exceptions: les Unités pour Malades Difficiles, les SMPR et les UCSA, point de rencontre et parfois de conflit entre la logique soignante et la logique carcérale. Les UHSA (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagées) ont été créées par la Loi du 9 septembre 2002.

On a récemment ouvert à Fresne un premier Centre Socio-Médico Judiciaire de Sureté destiné à accueillir par tranches renouvelables d'un an, *ad vitam aeternam*, des détenus susceptibles d'être toujours dangereux à l'issue de leur peine. Sont ciblés principalement au titre de la loi du 25 février 2008¹⁸, les sujets jugés en risque de récidive pour des crimes médiatiquement sensibles, viol ou acte pédophile¹⁹.

15. Le rapport Massé (1992) a pointé la disparité des moyens sur le territoire et constaté «l'essoufflement du dispositif de secteurs». Il a préconisé le recentrage de la psychiatrie sur l'hôpital général. En constatant l'inadéquation de certains malades, il a ouvert la voie à la création de structures médico-sociales d'aval. Mais si on a fermé des lits, on n'a pas ouvert assez de structures alternatives, d'où l'engorgement actuel des hôpitaux.

16. Le rapport Piel-Roelandt : De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission 2001.

17. Association pour la Promotion de la Psychiatrie à l'hôpital Général. Le thème de l'un de ses derniers colloques est éloquent: XIV^e assises de la psychiatrie générale 23 mars 2007: La psychiatrie dans la société post-moderne : La santé mentale va-t-elle tuer la psychiatrie?

18. LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

19. Une pétition a rapidement rassemblé les opposants à ce nouvel arsenal répressif.

D'autres structures doivent permettre l'accueil des détenus souffrant de troubles mentaux avec ou sans consentement, condamnés ou en attente de jugement. 450 lits doivent être créés entre 2008 et 2010. L'hôpital-Prison, nouveau lieu de renfermement hors limites peut être considéré comme une néo-Bastille. Avant 1789 on embastillait des insensés comme des déviants sociaux, sur lettre de cachet.

Ces trois directions ont des conséquences fortes sur l'espace du soin qu'elles organisent. Elles relèvent de logiques discutables certes mais elles nécessitent des choix architecturaux comme gestionnaires. Elles assignent au soin psychiatrique une nouvelle place dans la cité...hors de la cité plutôt! Hors ces choix, programmes d'investissement, projet architectural d'établissement, se retrouvent aujourd'hui ralentis ou écrêtés par la faible réactivité de l'institution. Entre un projet et sa réalisation, du fait de la complexification des procédures d'appel d'offre, de la prégnance de protocoles sécuritaires et des difficultés de financement, il se passe souvent plusieurs années. Et les délais s'allongent. La nouvelle politique hospitalière, calquée pour partie sur la notion d'hôpital-entreprise se veut réactive, à l'image du marché et du rythme médiatico-social. Hors, tout décalage entre projet et réalisation suscite des tensions fortes dans l'institution. L'origine du malaise dans les hôpitaux tient aussi à cela. La crise gestionnaire se transforme en crise idéologique.

Conclusion

La question de l'architecture en psychiatrie se pose. On pense aux murs lorsque les hommes ne sont plus là pour poser des limites structurantes, les seules qui tiennent sur la durée en psychiatrie. Cette déshumanisation du soin a atteint un point critique, faute de moyens et la violence qui déferle sur l'institution psychiatrique en est le prix. Elle est une déclinaison de la violence qui s'exprime dans l'ensemble de la société. Des crédits ont été promis à la psychiatrie au nom du Plan de santé mentale annoncé après le drame de Pau. La nature de leur usage n'aura été que sécuritaire et gadgétisée. Pourtant, on est à la croisée des chemins.

S'il s'agit de promouvoir des investissements dans la pierre (le rêve de tout gestionnaire car il n'y aurait pas de frais de fonctionnement et de coût en personnel sur la durée), ou dans l'informatique²⁰, le retour à l'asile, la tentation sécuritaire et ségrégative aura marqué des points. On pourra espérer faire revenir le calme dans les hôpitaux, c'est-à-dire le silence dans les Asiles.

S'il s'agit d'investir dans des hommes (le cauchemar de tout gestionnaire car engager un agent supplémentaire c'est devoir le payer pendant trente ans), c'est l'architecture des équipes qu'il sera possible de rénover, c'est l'idée même d'une psychiatrie dans la cité renouant avec les idéaux humanistes fondateurs du secteur qu'il sera possible d'entrevoir à nouveau.



20. La pierre, c'est du patrimoine, l'informatique, c'est du consommable. Mais ni la pierre ni l'informatique ne sont syndiqués.



L'équipe de l'hôpital de jour Emera. De gauche à droite : Estelle Baille, Hervé Héning, Christian Réginal, Catherine Sicard, Christine Gonzalvès, Martine Fournier, Domitille Gougne, Antoine Aguila.

Visibilité du travail et travail invisible en psychiatrie

Fil à suivre : travail invisible des patients / le pas - tout / l'homme invisible / rencontre – interstices / petits riens / encre invisible / chiffrer - déchiffrer.

Travail invisible, travail vivant

Martine Fournier

L'intitulé de la proposition de cette journée nous a plu, tirés que nous sommes entre l'exigence d'une formalisation protocolaire « d'establishment » et celle, décidée, de l'urgence continue qu'il y a à soutenir une praxis orientée par notre désir de travail et **notre travail sur le désir** : un tenir-compte des personnes qui nous sont confiées et un engagement de notre responsabilité dans le sens de E.Lévinas : « responsabilité pour autrui » (et non pas responsabilité d'autrui).

Nous avons préparé cette journée en quatre réunions, chacun ayant travaillé et écrit son intervention chez « soi ». Nous avons lu ensemble nos textes et chacun a gardé

Martine Fournier, patricien hospitalier – psychiatre

Hervé Henin, psychologue clinicien

Antoine Aguila, cadre de santé

Christian Réginal, Estelle Baille, Domitille Gougne, infirmier(ères) D.E.

Catherine Sicard, infirmière psychiatrique ;

Christine Gonzalves, A.S.H.

Hôpital de jour EMERA (Secteur 13-G-07-Pôle 7-Marseille).

Intervention prononcée à l'Astronef-ch E.Toulouse lors de la journée organisée par l'Interrégionale de Psychothérapie institutionnelle : 23 juin 2008.

l'engagement de son écriture et de son dire, son style, et « sa patte ».

Pour ce qui me concerne, je rappellerai simplement la définition courante du « travail invisible ».

Le travail invisible selon l'OMS est le travail non rémunéré ; c'est aussi ; ce que K. MARX appelait « le travail vivant » avec une part de « jeu » (Spiel) et de non évaluable.

Ces définitions mettent en évidence que les personnes que l'on nomme « les patients » effectuent dans l'inter-action des échanges humains, dans les institutions, une part du « travail invisible » : non rémunéré et de plus méconnu et nié. Cette méconnaissance se retrouve dans des expressions couramment entendues dans les services de psychiatrie, comme par exemple « soi-nié », « le patient est au centre du soin », « on les soigne », « on les sort », « ça leur fait du bien » etc....

C'est Michel, musicien à ses heures, à qui je demandais un peu d'aide pour m'expliquer ce que pouvait être selon lui la mise en forme d'une partition (j'avais en tête le mot de polyphonie pour présenter ce texte) qui, dans le tourbillon de ses mots, s'est posé un instant et avec patient-ce, m'a dit : « la musique, c'est l'art des sons, pas des bruits et la résonance c'est la sympathie réciproque ».

Voici le travail présenté au cours de cette journée, sur la « visibilité du travail et travail invisible en psychiatrie ».

De l'iceberg au « pas tout »

Hervé Hénin

Je serai assez bref afin de laisser la parole aux infirmiers, à leurs témoignages ; à celles et ceux qui tous les jours sont dans le soin, l'accueil, l'accompagnement. Autant de points déjà traités dans des journées comme celles-ci.

Parler du visible et de l'invisible risque de nous mener bien loin, soit à Dieu, soit à la science comme un TOUT, un tout en Un.

Je commencerai mon propos par le titre visibilité et travail invisible en psychiatrie.

La visibilité, pensons déjà à ce que Freud en disait avec la **métaphore de l'iceberg**. Seule 1/6 de la totalité est émergée et donc visible.

Mais dans ce titre « visibilité » il y a comme une sorte **d'ambiguïté portant sur l'existentiel et l'objet**. Le rapport à l'objet est-il à lire seulement dans la visibilité ? Celle de la **vision humaine autrement dit ce passage de l'œil au regard et sa fonction**, par exemple celle du trou de structure ou encore de la pulsion qui y est rattachée.

Cet œil ne fonctionne-t-il pas à partir d'un « point aveugle » ?

Il n'est donc plus question de tout voir ou de voir du « tout ». Nous sommes tous pris dans du plus ou moins bien voyant, bien entendant ou bienveillant etc...

J'ai tenté de poser cette histoire de tout voir sur un plan logique comprenant quatre propositions.

Partons de « tout travail est visible » on pourrait aussi avancer « tout travail se doit d'être visible ». Proposition dite universelle et affirmative.

Vous entendrez que cette proposition est non seulement fautive mais risque de placer le sujet dans une position folle. Pourtant il y a un quinzaine d'années de cela, dans une journée de psychiatrie, un certain professeur de psychiatrie qui a passé une bonne partie de son existence à filmer les mères et leurs bébés nous disait « Maintenant pour que la psychiatrie soit lisible et transparente, il faudrait que les soignants acceptent d'être filmés dans leur travail ». « Ceux qui refuseraient cette proposition ne seraient alors que des paranoïaques ».

Vous voyez donc à quel point les choses peuvent être perverties.

« Pas tout travail est visible » ou « tout travail n'est pas visible » serait plus exact et respectueux de la clinique du sujet. Comme le rappelle J. Oury lorsqu'il nous dit « il faut quand même être sérieux dans ce travail » ; la seule façon de passer d'une proposition universelle et affirmative à une proposition particulière donc singulière c'est d'en passer par une négation et non d'en rester au leurre du filmé, vu ou lu.

S'appuyer sur cette négation, « je ne peux pas tout ... » est aussi une façon de dire non aux sirènes de la gestion en bon ordre, transparente et sans faille.

Dessine-moi un mouton

Christian Réginal

Définition du petit Larousse 2003

Travail : *Activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose. Travail manuel, intellectuel.*

Effort que l'on doit soutenir pour faire quelque chose, activité déployée pour accomplir une tâche parvenir à un résultat.

En philosophie : activité de transformation de la nature propre aux hommes, qui les met en relation et qui est productrice de valeur.

Dans les premières définitions, le travail est directement lié à du visible, du mesurable, du quantifiable.

En revanche, dans la définition philosophique, une notion de travail invisible apparaît « production de valeur ».

En lisant ces deux définitions dans le contexte de « visible / invisible » on peut se poser une première question.

Travail visible / invisible pour qui ? Les personnes qui sont concernées par l'action ne se posent pas la question. Le travail elles le fournissent.

On peut également se référer à un autre exemple. Un exemple cinématographique. L'homme invisible.

Quant-on enroule la bande sur la personne, le point de départ est de l'ordre de l'invisible.

On étoffe le corps de l'autre et l'on accède ainsi à du visible. On peut alors dire que cela est du travail visible.

A l'inverse, quant on déroule la bande le point de départ est du visible. On accède à l'invisible, à la personne elle-même. Peut-on alors dire que ce travail est invisible ?

Peut-on en conclure, que la notion de travail visible / invisible prend tout son sens pour les « autres » ?

Si on évoque la notion de « tierce personne » cela implique qu'il existe alors des limites entre le travail visible et invisible.

Prenons l'exemple du travail effectué par une personne seule dans une pièce. Seul le résultat sera alors visible par une personne extérieure à cette pièce. Ceci sous entend que le visible / invisible englobe des données de lieu et de distance.

Visible : *Qui peut être vu. Facilement perceptible, évident, manifeste. Ensemble du monde, des choses, tels qu'ils se présentent à l'œil.*

Invisible : *Qui ne peut pas être vu ou se voit très peu. Qui par sa nature, sa taille, son éloignement, échappe à la vue.*

Ces deux définitions font référence à un de nos cinq sens, la vue. On ne peut plus donc s'éloigner de cette notion.

En conclusion et en tenant compte de ces quatre définitions un premier axe de recherche en découle.

Visibilité du travail et travail invisible aux yeux de qui ?

Pour « corser » l'histoire : Antoine de St Exupéry. Lorsque le petit prince lui demande de lui dessiner un mouton, après trois tentatives infructueuses l'aviateur lui griffonne une caisse en précisant, « le mouton que tu veux est dedans ».



Le petit prince est ravi, car il le sait, « l'essentiel est invisible pour les yeux ».

Aurions-nous oublié que nous avons tous été des petits princes !

Oublions un peu notre enfance et revenons à nos moutons.

Visibilité du travail et travail invisible en psychiatrie aux yeux de qui ? Pour nous même les soignants, pour les patients ou pour tous les autres protagonistes extérieurs au soin ?

Il serait bon de recentrer le sujet et de rester dans notre domaine celui du soin.

L'encre sympathique

Estelle Baille

J'ai voulu travailler dans un hôpital de jour pour pouvoir penser mon travail, et penser : est-ce visible ?

Je me souviens des bandes dessinées où les pensées des personnages sont matérialisées par des bulles...

Mais en réalité, les réflexions, les idées, et autres « petits rien », sont invisibles aux yeux des « Quantitateurs ». Oui, vous savez, le nouveau fléau juste derrière Prédator et Terminator. Les Quantitateurs ont pour obsession de vouloir tout quantifier, tout noter dans des tableaux bien faits. Mais à Emera, comme dans tous les hôpitaux de jour je pense, le travail effectué n'est pas toujours quantifiable. **Cette partie-là représente le travail invisible mais non inexistant.**

Je parlais des « petits rien », ces petites choses qui se passent, sans qu'elles soient nécessairement répertoriées ou archivées mais qui font tellement avancer...

Le magicien qui fait rêver, grâce à des procédés invisibles à des yeux non avertis, n'est pas inquiet d'avoir recours à un travail invisible ; une partie de son entreprise reste dans l'ombre (invisible) et c'est tant mieux. Me dira t'on, le magicien n'est pas un soignant. Certes.

Notre travail quotidien est fait d'accueils, de rencontres,

d'échanges (verbaux ou non), d'une vie institutionnelle riche en événements et en surprises où chacun prend sa place.

Tout cela « tient » car il existe une volonté de considérer le travail invisible ; il en appelle justement à la volonté (de voir), mais aussi à l'imagination, à l'invention et à la création.

Tant de projets peuvent naître dans nos têtes à partir de concepts invisibles et de petits riens mis bout à bout... Quelques uns de ces projets se réalisent, c'est à ce moment là que je vois que l'essentiel est hors de portée de vue.

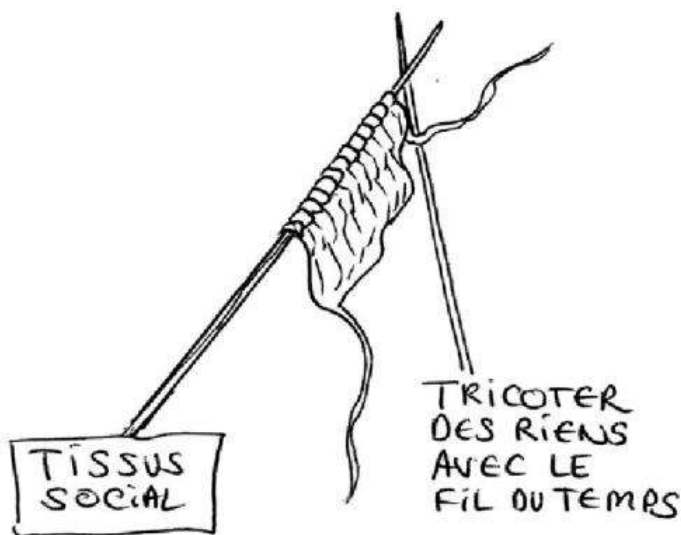
Rarement, un patient pour lequel il arrive d'improviser des ateliers peinture lorsque l'angoisse est trop grande ou tout simplement lorsque le besoin s'en ressent, a dit : « je travail sur l'encre invisible et c'est pas évident ».

L'encre invisible, également appelée encre sympathique, est invisible à la lecture mais visible à la chaleur... Voyez-y ce que vous voudrez, mais pour moi il est clair que ce patient, au travers des bateaux qu'il aime tant peindre, a sans doute jeté une ancre à Emera.

L'essence des soins et de l'invisibilité des soins : l'art de tricoter les riens

Domitille Gougne

Les soins que l'on dit « petits » sont en réalité d'une importance capitale. Signes de l'attention portée à la personne, à ses valeurs, de la considérer comme un sujet qui sait ce qui est bien pour lui, et de tenter de construire un échange ou une série d'interactions qui a pour but de l'aider à atteindre des objectifs communs (ex : rechercher un logement est très difficile, nous aidons le patient à faire différentes démarches : remplir des papiers administratifs ; rencontrer l'assistante sociale, des élus ; établir des courriers ...) Il faut stimuler et encourager le patient dans les moments difficiles et surtout ne pas perdre espoir. Les petits soins permettent aussi de prévenir ou d'adoucir les actes de soins plus agressifs (ex : faire une injection en y mettant un sourire, une



parole, de la plaisanterie, pour décontracter le patient) ce qui permet de faire ces actes dans de bonnes conditions.

Parfois, ils envahissent tout le champ de la relation ou de la prise en charge : nous échouons alors à saisir le sens de notre présence et nous sommes souvent saisis de culpabilité et de questions sur notre travail. Dans ces moments – là, la question que pose toujours J. Oury : « Qu'est – ce que je fous là ? » nous arrive de façon aiguë et douloureuse.

Les riens sont invisibles en tant que tels, ou alors ils ne représentent quelque chose qu'aux yeux de celui qui les remarque : peut-être sont-ils les indices du lien (de la relation, du transfert). Ou peut-être sont-ils une manière de tenir compte de l'invisible et de ne pas réduire au visible le monde dans lequel nous allons avec le patient.

C'est peut-être le détail qui change tout, qui se trouve dans l'ombre, que l'on ne voit plus ; c'est naturel, c'est rien, c'est infime, c'est quelque chose d'inattendu ; un sourire, un peu de confort, une considération qui fait que l'on est toujours quelqu'un, avec une dimension humaine, qui redonne confiance et espoir. Ce quelque chose est essentiel, c'est l'axe principal de l'empathie, la relation d'aide, l'attention à la personne. C'est donner du sens au temps, de la valeur utile à l'un et à l'autre, et qui procure un enrichissement mutuel depuis cette approche relationnelle.

Cette personne soignée est sujet porteur de projet, avec des désirs, et non objet de soin. Ce qui signifie qu'il faut créer une relation avec la personne ; une façon de concevoir cette relation, de la vivre, dans le but de développer les ressources de la personne.

Ces petites choses du quotidien, de ces petits riens, ces mille choses dont on ne parle jamais, qui n'entrent dans aucune case, et qui pourtant sont si importantes pour le soin (les matins à l'accueil des patients, avoir un petit mot pour chacun d'eux, se préoccuper si la soirée ou le week-end s'est bien passée...). Ne jamais oublier « les petites choses », anodines en apparence, si peu sophistiquées et si peu spectaculaires. Elles sont parfois de même voire de plus haute technicité que des actes compliqués. Par exemple à l'occasion de douleurs

musculaires, le patient vient me demander la possibilité de faire un massage. Tout en massant, un dialogue s'établit et il repart soulagé et satisfait. Sont-ce les mains, la parole ou les deux qui ont agi ?

Dans les pavillons de chroniques, lors des moments de vie communautaire, tout se passe comme si le rapport aux êtres et aux choses était dans une telle nudité (sans les intermédiaires que représentent la politesse, ou la civilité) que la crudité arrive vite, « pour un rien ». Pour peu que l'on soit attentif à ce genre de moment, on se dit alors que « ce qui fait tenir les choses ensemble » c'est un rien, et qu'un rien (un regard, une parole, un mouvement, une incompréhension, une pensée...) les défait, les délie.

Les riens nous permettent de sortir du visible. Ils exigent de nous une attention extrême parce qu'à la fois ils existent et n'existent pas. Ils permettent de faire un détour et de marquer une absence dans la présence.

Les riens c'est de l'art. L'art de raccommode, de reprendre, de tricoter ou de redonner de la tenue au tissu du quotidien sur lequel d'ancre le sujet social et psychique. C'est l'art de réinstaurer une continuité et une cohésion à la suite du jour et des jours.

Tout un art qui repose sur ces savoir-dire précieux, ces savoir-dire discrets, tellement discrets qu'ils restent invisibles à des yeux inexpérimentés.

Comment rester ces soignants créatifs et suffisamment fantaisistes, capables de mettre de la vie dans leur art et de l'art dans la vie de leurs patients ?

La rencontre

Catherine Sicard

Notre travail d'infirmier en psychiatrie se situe entre la visibilité et l'invisibilité, extériorité (ce que l'on voit) et intériorité (ce que l'on ne voit pas), les différents modes d'être du discours inconscient et de sa structure complexe. A nous soignants de repérer, de voir ce que l'autre veut bien nous montrer.

EMERA, l'hôpital de jour où nous travaillons et dont le nom signifie en grec « jour-lumière », est un lieu d'accueil, une auberge espagnole comme se plaît à nous le souligner notre médecin. Je me souviens à mon arrivée dans ce lieu, lors d'une sortie dans la ville, une patiente m'avait parlé de cette « lumière » au bout du tunnel, de son tunnel, comment elle avait été accueillie dans ce lieu après avoir vécu une période particulièrement douloureuse. **Tout travail n'est pas visible ou tout travail est invisible.**

Ce qui est efficace c'est la rencontre, c'est ce qui se marque sur le visage d'un patient, dans la façon de se présenter, d'observer, de voir : ces **instants interstitiels** (ces petits riens) difficiles voire impossibles à exprimer. Notre rencontre avec l'autre, celui que l'on voit, à qui l'on parle, du moins c'est ce que l'on croit, on ne sait jamais vraiment qui est l'autre, on ne sait pas non plus qui on est vraiment.

Le travail infirmier est en rapport avec l'autre, son conscient mais aussi son inconscient « avec ses associations d'idées qui

naissent de plus d'une idée » dit Freud.

Cet espace ouvert qu'est Emera permet au personnel soignant d'accueillir dans un collectif de vie quotidienne, l'individualité, la parole qui sont pris en compte et comment cela peut s'ouvrir, certainement pas dans un rapport dit quantifiable ou quantifié. L'ouverture ne se force pas, ne se compte pas.

Un certain rapport du visible et de l'invisible où l'invisible n'est pas seulement non visible mais où son absence compte. Il est derrière le visible, visibilité éminente ou imminente (précise Merleau Ponty).

Ce qui fait tenir, c'est le rapport de la parole et du silence. Ce passage continu de la parole à l'être et de l'être à la parole nous permet d'évoluer dans ce chemin sinueux qui est l'inconscient. Lors d'un entretien, un patient demande une hospitalisation : « ça fait un an que je n'ai pas été hospitalisé ». Le médecin lui demande pourquoi ? « J'ai besoin de trouver mes repères ». L'équipe du service d'hospitalisation d'entrants demande pourquoi est-il là, il va bien. On en revient à cette notion du visible et de l'invisible. **Actuellement en psychiatrie, souvent on ne tient pas compte de la demande du patient, on ne tient compte que du symptôme.** A Emera, depuis un an, un groupe de soignants-soignés participe à l'atelier théâtre animé par un réalisateur et des comédiens extérieurs à l'institution.

Le théâtre, c'est une scène au premier sens, le but est de faire parler aussi bien la voix que le corps. C'est du spectacle du côté de l'image, à travers des supports comme le corps : le regard de chacun peut décider d'y entrer, de le quitter et d'y revenir.

Il y a une libre circulation et des rencontres qui créent l'ambiance. L'intérêt c'est qu'on travaille ensemble.

Le désir d'inventer est plus fort que la peur de se dévoiler.

J'ai à l'esprit une patiente qui était très angoissée au début, avant les improvisations. « Je n'ai pas d'idée, j'ai peur » mais elle restait malgré tout. Maintenant elle est dans un processus où l'imaginaire est plus fort que son appréhension. Comme le dit si bien J. Oury : « être là, attentif, vigilant ». Mais comment expliquer de manière visible cette approche particulière de notre travail.

Les riens permettent d'accomplir un chemin pour que la circulation soit possible et construire à partir du rien, un rien qui n'est pas opérant aux yeux de tous ceux qui ont une vision plus comptable de la psychiatrie.

Bris-collage et dé-chiffrage

Antoine Aguila

Être cadre de santé, quelle prétention comme si la question de l'être se posait à cet endroit.

Quant à la question de cadre de santé j'opterai davantage pour l'énoncé suivant : cadre soignant garant d'un projet thérapeutique. *(Le projet a été orienté par le psychiatre responsable, discuté et réfléchi en équipe pour sa mise*

en place : vous l'avez compris nous parlons de la psychothérapie institutionnelle avec comme appui les concepts analytiques).

En fait il s'agit d'un bricolage de tous les instants, créer des pleins, des creux **des temps collectifs** aux travers des ateliers, des différentes activités, **des moments plus singuliers** au détour des entretiens ou de moments informels. Créer du liant dans tous les espaces que constitue l'hôpital de jour.

Il me revient en mémoire la rencontre avec une patiente qui régulièrement vient me parler dans mon bureau tantôt une histoire avec la tutelle, ses angoisses ou autre chose les raisons ne manquent pas ; cette patiente est dépendante au sens large du terme. Un jour elle vient me voir et dit en pleurs : « il faut que ça s'arrête », je lui demande ce à quoi elle fait allusion, elle me parle du néocodium de l'énergie que cela lui demande tous les jours ; elle s'arrête net et me demande l'adresse d'un addictologue, pris au dépourvu je lui griffonne sur un papier le nom et le téléphone d'une personne que je connais : voilà qu'un tricotage commence pourvu que le nœud du départ soit bien fait. Suite à son RDV je la reçois tous les jours : on parle du sevrage, de sa vie, ses projets, il me semble que le tricot prend forme, sa plainte s'atténue puis patatras rien ne va plus, hospitalisation en clinique suivi d'une hospitalisation dans notre unité d'entrants ; le tricot se défait, difficile de faire un nœud qui tienne, un pull qui tienne.....on reprendra le tricot à son retour, je pense à cette araignée qui chez moi n'a de cesse que de faire sa toile, moi de lui ôter, elle de la recommencer.

Il est évident qu'occuper une fonction accompagnée de beaucoup de glissements, **m'amène dans le monde du comptable, à la question du chiffre, il s'agit pour moi de l'articuler à un déchiffrage, c'est-à-dire articuler notre travail à une lecture recevable par une logique comptable qui si elle est nécessaire ne se suffit pas en elle-même, et doit s'articuler à un rendre compte qui, pour nous, lie le chiffre au sens.**

Il s'agit d'être vigilant et de savoir se débarrasser de la jouissance d'un pseudo pouvoir, d'un fantasme du savoir, de ne pas mettre de côté mon intérêt pour la clinique ; **je suis toujours surpris du comment au fil du temps au détour d'une rencontre, d'une question, d'une situation, je me retrouve encore et toujours pris la main dans le sac.**

Mon travail consiste à me positionner dans un jeu (je) d'aller retour, avec la direction, médecins, psycho, équipe infirmières, A.S.H, et moi-même.

En écrivant cela je me dis : « *quel boulot ! Serais-je un brin dans le masochisme ?* » Bref si l'on regarde cette histoire de près, je suis solitaire comme Robinson et ce, sans Vendredi. Dans la réalité, ma préoccupation consiste à veiller à l'ambiance avec quelques fumées d'encens, si possible, si l'on veut faire dans le luxe.

Ma tentative est de faire en sorte que mes partenaires de travail puissent exercer leurs fonctions dans le confort psychique et physique afin qu'ils se sentent libérés pour être à l'écoute à l'accroche de ses petits bouts qui forment un tout, de ce tout qui ne mène à rien, mais de ces petits

riens qui construisent l'humain.

Il s'agit d'être surpris par chaque rencontre et se laisser prendre par le **transfert**.

Je n'hésite pas à négliger, reporter tout ce qui est paperasserie afin d'accueillir la parole, le dépôt d'un dire. Je suis toujours surpris de cette confiance que m'attribue l'autre, (un autre moi-même ?), l'autre que l'on pourrait entendre aussi du côté de l'équipe soignante.

Mes engagements cliniques peuvent être subversifs et parfois déstabilisants pour ce qui est du côté administratif, c'est cela qui permet de mettre du jeu dans les textes qui souvent nous embarrassent quelque fois nous empêchent de mettre en place les stratégies de soins issues de la réflexion de l'équipe en son entier.

Il s'agit de Faire en sorte que la parole circule dans l'équipe, de ne pas occulter une question, une difficulté personnelle et/ou professionnelle mais plutôt de s'en saisir afin de la traiter du mieux possible pour que le travail puisse s'effectuer dans une certaine sérénité.

J'aime travailler au singulier quelque soit la situation, créer du liant sans maïzena mais avec des arguments cliniques. Non je ne vous parle pas du monde de Candy mais de la tentative de maintenir voire de développer notre optique clinique, de se poser en tant que sujet désirant et être encore et toujours subversif comme l'a été la découverte Freudienne.

J'en terminerai en disant : passez il n'y a rien a voir mais à entendre.....





Christelle Estévan

Entre Soin et création

Dans les ateliers de psychothérapie à médiation créatrice de Montfavet, il s'agit d'offrir un lieu de création à toute personne en faisant la demande, ou adressée par un tiers. Que cette personne ait connu ou non la psychiatrie, il pourra lui être proposé un lieu où se mêle création et soin. Ici, nous ne nous posons pas en interprète des œuvres et des auteurs, comme certains sont tentés de le faire. Ici, nous ne faisons pas de connaissance du parcours de vie, pas de connaissance du parcours de soin de la personne, ici pas de présupposé savoir, pas de dossier.

Et ce qui nous questionne en tout point, c'est de savoir ce qui rend ces ateliers thérapeutiques. L'art est thérapeutique, et c'est ce que vient nous dire des noms connus comme Salvatore Dali, Joyce, Van Gogh entre sublimation et suppléance.

Joyce, ou « la jouissance de la lettre » :

C'est là que nous rencontrons Joyce, qui réussit avec la littérature, par l'écriture ; il se fait un nom, il a trouvé un moyen de jouir sans en passer par son corps propre, ni par le corps de l'Autre, ni par le Nom-du-père. Par la création, « endiguer cette jouissance mortifère », en y plaçant une limite. Entre psychose, névrose, dépression, addiction, et puis « normopathie » : Quelle fonction l'art permet-il de remplir pour l'un ou pour l'autre ?

Dans ces ateliers à médiation créatrice, est-ce l'art lui-même qui est thérapeutique, est-ce le processus de création : ce qui se passe au moment de la réalisation de l'œuvre, le contexte dans lequel cela est réalisé, les personnages, les échanges, et puis l'adresse possible ?

Des personnes se rendent aux ateliers avec leurs angoisses, leurs symptômes, leurs inhibitions, leurs délires, et puis parfois passage à l'acte, logorrhée, souffrance, solitude, et puis il faut faire avec tout cela. Ce qui s'y passe, c'est le tout et le vide permettant l'émergence de la création. Et dans ce lieu, c'est accueillir l'expression d'un symptôme, entendre cela, accueillir cela, donner à entendre la douleur d'un écrit.

Un va et vient entre présence de l'autre, absence, manque à être, et acceptation d'une impuissance au pluriel.

Partager avec d'autres une histoire, être pris par la chaleur d'un groupe, faire lien social, s'enrichir de la différence de chacun, repousser l'indifférence et l'intolérance.

Et puis, il va falloir se poser devant une feuille, une toile, et puis déposer, créer, recréer quelque chose qui pourra être vu, entendu, partagé, et puis Et puis des paroles prises au vol, des échanges qui naissent, des sourires, des émotions partagées, mais aussi créer, se recréer, se réaliser selon ses propres valeurs, exister aussi. Tant de choses se passent à l'intérieur, de l'intérieur, mais il sera question de faire sortir tout cela, faire même sortir au dehors des murs de l'hôpital.

Montrer, se montrer à l'Autre, être reconnu, nommé, se détacher, se séparer de sa création, entre œuvres exposées et vendues, représentation, publication Réintégrer les auteurs dans un circuit d'échange, permettant alors de perdre « ce statut de fou ».

Donner une autre image de ce que peut être la folie, s'inscrire en tant qu'artiste, se faire un nom, et ne pas oublier d'exister.

Des participants disent alors de ces ateliers :

« Une découverte, du bien être, chasser la mélancolie, l'ennui, se rencontrer. »

« Combattre la timidité, le trac, aussi le fait d'être ensemble m'apporte beaucoup et permet de communiquer avec des personnes que je ne connaissais pas. »

« Travailler sur le personnage, sortir d'un carcan. »

« Pouvoir s'exprimer, s'exprimer à nouveau ».

D'autres ne nous disent rien, mais nous laissent voir, entrevoir un semblant d'évolution, moins de souffrance, moins de solitude, moins de délire

Une réflexion commune est rendue possible, des temps et des lieux où nous nous posons la question du sens, du lien entre soin et création, des effets de cette démarche de création. Et puis, un lieu nouveau proposé à chaque participant, où une parole peut s'éprouver sur la démarche de création, « des entretiens de suivi de création » où chacun peut dire ce qu'il vit dans ces lieux, ce qu'il a pu y trouver,



parler du sens même de ces ateliers dit thérapeutiques. Pour l'un, ce sera un moyen d'expression (« *pouvoir sortir tous ses tourbillons* »), ou encore une recherche de reconnaissance ; pour d'autres, c'est le lien qui se crée, ou encore c'est la publication, l'exposition, cette place à prendre, ou un moyen d'évasion ; et puis cela pourra être encore tant de choses pour chacun.

Tout cela m'a donné à penser à un exemple clinique, celui d'une participante de l'atelier Marie-Laurencin, une artiste telle qu'elle se définit elle-même. Nous pensons aujourd'hui que le processus de création a pu jouer un rôle dans le maintien de son équilibre psychique, en lui assignant un nom (« Un nom de jouissance »).

Lors de moments de rencontres, cette personne me parlait des effets de la création, mais essentiellement d'un nom, un nom qu'elle signe sur toute création, un nom dont elle cherche à être appelée, nommée, un nom d'artiste peut être, mais au-delà de ça une existence par ce nom, dont elle jouit. Lorsqu'elle devait parler d'elle auparavant, elle se désignait par « *la malade* », une malade avec ses problèmes, ses symptômes, elle ne pouvait qu'être cette malade.

Aujourd'hui, elle se nomme elle-même par « l'artiste », elle ne se présente pas par ce qu'elle fait, elle n'apporte pas de témoignage de ce qu'elle produit. *Elle parle simplement d'un nom*, et ce nom apparaît à chaque rencontre : « Je suis I.C., l'artiste ». Sa dernière exposition a donné du sens à ce nom, elle l'a organisée dans sa région à N., un lieu où elle n'était pas reconnue en tant qu'artiste, personne ne pouvait dire qui elle était, personne ne pouvait la nommer en tant que « I.C., l'artiste ».

Ce jour là, après avoir été reconnue, nommée par les personnes de sa région, elle a pu devenir « I.C., artiste de N. ». Ce nom a pris cette valeur de jouissance à part entière, lorsqu'elle a pu être reconnue par cet Autre, et lorsqu'elle est venue se nommer dans son discours en tant que tel, « *je suis I.C., artiste de N.* ». A plusieurs reprises, elle me parla

dans l'entretien de l'oubli de son nom lors d'une publication : « *on aurait mis I. ?* », « *C'est qui I.* ? » me dit elle, ou encore du fait de ne pas mettre son nom sur les affiches qui annoncent une exposition. Comme si en oubliant son nom, on l'avait empêchée d'exister.

Elle a réussi à se maintenir dans un lien à l'autre, car elle est parvenue à s'imposer au monde comme artiste, c'est-à-dire qu'elle a réussi à faire exister son nom de jouissance. Elle ne supporte le regard de l'autre que lorsqu'elle apparaît au titre de peintre, « un peintre parmi d'autres ». Elle a réussi à instaurer et à se maintenir dans un lien social : elle est devenue, « l'artiste ». L'impossibilité à être, une structuration où l'autre parfois n'a pas de place. Etre cette femme malade, cette malade des pavillons que personne ne connaît, ne reconnaît. Un lieu où l'existence prend du sens, un lieu pour éprouver cette existence en groupe.

Ces ateliers s'organisent autour d'une situation de rencontre susceptible de favoriser un certain plaisir à fonctionner ensemble, et à lutter contre cette crainte perpétuelle d'effondrement qui peut envahir certaines personnes. Le sentiment d'appartenance à un groupe, que l'on peut retrouver dans chaque atelier permet cette continuité de liens sociaux, une possibilité d'ouverture et de reconnaissance.

La maladie contribue à cet isolement, enfermant le patient dans sa souffrance, le dépossédant de cette place sociale. L'atelier peut être le révélateur qui permet d'évoluer vers ces changements, dans un système relationnel différent de celui qui l'enfermait auparavant.

Des paroles de patients me viennent alors :

« *c'est toute ma vie* », « *c'est ce qui me fait vivre* », « *je ne serais plus là aujourd'hui, je sentais que je glissais* », « *je ne pourrais pas m'en passer* », ou alors « *ces personnes sans le savoir m'ont sauvé la vie* » Ils ne peuvent envisager une fin à ces ateliers ; un besoin d'être là, un besoin de revenir est exprimé, et si c'était possible de venir plus.

Une autre vignette clinique me vient alors, celle d'un homme qui a participé à l'atelier Marie-Laurencin durant plus de dix ans, et qui a pu trouver par la démarche de création une manière de dépasser sa souffrance, et d'y substituer un état d'esprit créateur.

À la mort de l'un de ses proches, ce participant a commencé à présenter des conduites addictives, associées à des troubles dépressifs par la suite, ce qui lui valut d'être hospitalisé à Montfavet. A la même période, il commença l'atelier Marie-Laurencin, sans formuler de demande particulière, autre que pour occuper son temps. Et puis, il a passé dix ans à l'atelier à exprimer par son art sa souffrance, et à se révéler à travers des capacités insoupçonnées.

J'ai rencontré ce participant lors d'un entretien de suivi de création, où il a pu me témoigner toute l'importance de ce lieu pour lui. Depuis cette perte qu'il n'a pu élaborer, il se trouvait envahi par un sentiment de culpabilité qui aurait pu le conduire à un acte suicidaire. Il me parla de sa souffrance, et du rôle que l'atelier avait eu pour lui : il lui permis de retrouver une estime de lui-même, une ouverture possible vers l'extérieur. Et puis il a trouvé une utilité à continuer d'être là. « *Je n'ai pas de projet, j'ai plus rien dans ma vie. Le boulot, je ne peux plus, je compense par la création* », me dit-il.

Son narcissisme altéré, blessé par la souffrance s'est restauré petit à petit dans ce lieu de création. Un lieu où il s'est autorisé à créer, à jouer avec sa créativité et à exister au-delà des pertes. Les œuvres créées n'ont été que l'expression de sa souffrance et de sa pathologie. L'atelier a pu lui redonner

une place sociale, une existence ; et de se sentir exister peuvent surgir des projets, dont parfois celui de vivre, qu'il y a des choses à faire, à créer. Ce lieu lui a permis de se protéger de lui-même, contre un éventuel passage à l'acte suicidaire. « *Si j'arrête, je suis foutu* », me dit-il.

Des liens ont pu s'instaurer avec les autres participants, contribuant à ce sentiment d'existence, et ont permis de développer un attrait nouveau pour la relation à soi et aux autres.

Pour clore cette présentation, je reviendrai sur mon questionnement de départ, à savoir qu'est ce qui peut être thérapeutique ?

À cela, je répondrais : c'est de permettre à chacun de venir dans ces ateliers, de partager avec nous des choses, d'éprouver, de créer et si cela est possible, c'est par la présence du soignant. Certains soignants évoquent cette impression de ne rien faire de particulier, et pourtant de ces petits riens, des effets peuvent être produits. Être soignant, c'est se laisser surprendre car des choses intéressantes peuvent surgir, c'est créer, inventer quelque chose dans la relation à l'autre, c'est permettre que tout cela s'éprouve, s'exprime, se crée, se recrée. C'est mettre en place les conditions nécessaires à l'émergence de la création, et puis faire de ces lieux, des lieux où ils se sentent libres dans la création, libres de s'exprimer, entre absence et présence de l'Autre. Ce qui est thérapeutique, n'est ce pas aussi de continuer à se poser la question du sens, de ces petits riens, de ces détails et de ce que pourtant tant de choses nous sont données à voir ?



Le séminaire

Cette rubrique est consacrée au séminaire que Didier Bourgeois anime au Centre Hospitalier de Montfavet sur les états limites. Le lecteur se reportera au N°51 de Psy Cause pour les précédentes publications. Rappelons que Didier Bourgeois est l'auteur de plusieurs ouvrages sur ce champ « limite » de la clinique, et fut expert à la Haute Autorité de la Santé sur la psychopathie.

Le texte présenté ici nous transporte au pays du soleil levant pour étudier des aménagements nouveaux de l'économie psychique, des aléas du narcissisme qui s'affichent en réaction à des bouleversements culturels et économiques. Les deux auteurs se penchent sur les « NEET » (Not in Education, Employment or Training) qui élisent domicile dans les cybercafés. Un parallèle avec la France permet une réflexion sur une cybertemporalité qui est une temporalité circulaire auto-référente et asociale.





Stanislas Struczyk¹



Didier Bourgeois²

Un avatar des troubles du narcissisme : les « NEET »

À la limite de la sociopathie et de la psychopathologie, les bouleversements culturels et économiques actuels introduisent des mutations psycho-comportementales constituant à la fois des faits de société et de nouveaux tableaux cliniques. Il ne s'agit pas de maladie mentale au sens néo-kreapelinien mais plutôt d'aménagements nouveaux de l'économie psychique à décrypter. Dans ces fonctionnements que le corps social pourrait vite qualifier de déviance, la question des aléas du narcissisme comme souffrance est à l'ordre du jour ainsi que l'usage d'une temporalité non-typique. La psychiatrie se trouve convoquée au chevet de faits de société.

Vignette socio-clinique : La précarité nouvelle des jeunes au Japon

Le système éducatif et social japonais fut longtemps un modèle et un exemple de compétitivité. Après le miracle de sa renaissance économique après une guerre perdue et une humiliation sans précédent, l'essor économique des années 90 a véhiculé l'image d'un Japon fort, soudé en une communauté active, industrielle et conquérante. Pourtant, tous les Japonais ne correspondent pas à ce stéréotype¹.

Parmi eux, les neet et les freeters :

Les neet et les freeters sont l'un des symptômes du malaise d'une société devenue féroce compétitive à laquelle il sont foncièrement inadaptés. Ils n'ont pas pu, su ou voulu entrer dans la norme. Ils constituent la face sombre du miracle économique et culturel nippon.

Condamnés à l'opprobre, à l'invisibilité, génération considérée comme perdue car arrivée sur le monde du travail en pleine récession, après l'éclatement de la bulle financière qui a sous-tendu le miracle économique du pays, ils errent dans les marges de la société nipponne, structurée et performante,

1. Des fourmis jaunes avait dit E. CRESSON, alors Premier ministre français.

1. Psychiatre contractuel

2. Psychiatre, chef de pôle

Pôle Avignon-Est – C H de Montfavet – BP 92 84143 Montfavet cedex.

qu'ont construit en deux générations leurs pères mais sur des bases qui ne les concernent pas : dévouement à l'entreprise, culte du travail, sens collectif. Il en sont l'antithèse et cela se traduit parfois par l'idée qu'ils n'ont pas droit à l'existence, ni aux yeux de la société, ni à leurs propres yeux. Le nombre de tentatives de suicide parmi ces jeunes est important. Ces bases parentales s'étaient substituées à ce qui structurait la société d'avant-guerre : dévouement aveugle à l'Empereur, à la Nation. Ce qui avait suscité la génération des kamikazes.

«Les neet² forment une bonne partie des jeunes qui se suicident. Comme eux, beaucoup de freeters³ ont le sentiment d'être pris dans une nasse».⁴

Métaphoriquement, cette génération perdue de clandestins puisque invisibles, d'exilés de l'intérieur, se réfugie dans les cybercafés, lieux paradoxaux de replis et d'ouverture, refuges ou tanières hors du monde dont ils sont exclus, «entre deux mondes». Comme en France certains travailleurs pauvres (sur)vivent en foyer d'hébergement, sont sans domicile fixe parfois, les neet n'ont plus à eux que ces lieux. Ils les hantent. Ce type de fonctionnement s'apparente à une sociopathie mais mime parfois une authentique psychopathologie, la psychose.

Avec des particularités, les neet et freeters ont maintenant **leurs équivalents en France**, souvent considérés par leurs proches comme malades mentaux lorsqu'ils développent une symptomatologie dérangement, parfois considérés comme délinquants⁵.

2. Neet: Not in Education, Employment or Training. Ni étudiants, ni employés, ni en formation. Jeunes n'ayant pas pu s'intégrer dans le système scolaire japonais. Ils seraient 0, 8 millions.

3. Freeter: mot composé de l'anglais free et de l'allemand arbeiter, celui qui fait des petits boulots, jeune en situation précaire. Il y aurait 1,8 million des freeters au Japon.

4. Ph. PONS: Le japon, l'île des enfants perdus. Article dans Le Monde, 17 mai 2008.

5. Neet et freeters sont nombreux en France. En quartiers défavorisés, culturellement et sociologiquement différents des jeunes Japonais, ils adoptent un mode de souffrance narcissique et de déviance psycho-comportementale spécifique bien repéré et pour lequel le corps social a déjà déployé tout un arsenal: «le Djeun's de banlieue». Ce fonctionnement noue des rapports avec les aléas du narcissisme et admet une psychopathologie et une sociodynamique singulière, cf. D. BOURGEOIS

Vignette clinique

Omar, jeune homme de 27 ans est signalé par sa mère, femme seule, travaillant en milieu hospitalier. Elle s'inquiète pour lui car depuis qu'il a perdu son travail de commercial (il l'est resté durant trois ans) depuis quelques mois, il ne quitte plus sa chambre. Il y vit en permanence, il s'isole. Lorsque nous pénétrons dans cette chambre, en visite à domicile exploratoire, elle est plongée dans une semi-obscurité. Les volets sont fermés. Omar ne se lève que pour aller sur son ordinateur, à un mètre du lit. L'ordinateur est devenu son seul lien avec le monde. L'appareil est entouré de dizaines de mégots, de gobelets de café, de reliefs de repas. Omar ne fait pas son ménage et refuse que sa mère pénètre dans sa chambre. Les horaires de vie dans la famille sont inversés. Omar nous dira qu'il attend que sa mère se couche, ou parte au travail, pour se lever et oser sortir de sa chambre. Il s'agit pour lui de ne pas croiser son regard ou d'esquiver les inévitables reproches qu'elle peut lui faire dès qu'elle le peut : ne pas travailler, être sale, ne pas quitter sa chambre, être à sa charge. Alors que le diagnostic de psychose avait été évoqué, en particulier en raison d'une ébauche de délire de persécution, après plusieurs mois d'évolution, y compris à travers une hospitalisation en HDT qui a permis une mise sous traitement anti-psychotique, la dimension narcissique du trouble est apparue prédominante. Pour Omar, son objet le plus vital est son ordinateur. Il y joue durant des heures à des jeux de guerre, époque seconde guerre mondiale. Il connaît toutes les batailles de cette période et se passionne en particulier pour l'histoire de l'armement de cette guerre.

Territoire et souffrance psychique

Dans la psychose, l'identité a force d'hermétisme, de précarisation du narcissisme et de dissociation, est parfois réduite à une territorialité. Le territoire aux limites figées⁶ est la seule façon de s'identifier, le territoire se situe alors comme une quasi-entité corporelle⁷ qui doit rester inviolable sous peine de réaction clastique (cf. la chambre de l'adolescent, la bulle du schizophrène). Pour ces jeunes neet, qui ne sont pas toujours dans la maladie psychotique, pas de révolte possible; les cybercafés sont des havres, équivalents des foyers d'hébergement en France, ils sont leurs territoires, répartis en un archipel⁸ sur tout le Japon. Par analogie, les sujets sans domicile fixe défendent «bec et ongles» leur bout de territoire, parfois réduit à un bout de trottoir.

⁶ «Comprendre et soigner les états limites», Dunod, 2005.

Ce qui est nouveau c'est que le phénomène neet gagnant des couches de populations jusque-là épargnées par le chômage, les jeunes qui en sont issus, armés d'autres codes transgressifs ou défensifs, adoptent une symptomatologie narcissique de type japonais. Il nous paraît important de les repérer au plus vite.

⁷ Sur un terrain de sport, les schizophrènes utilisent classiquement une portion congrue du territoire.

⁸ J-D LECCIA: Le voyage: psychose et transterritorialité. Empan Erès N° 54-2002/2.

⁹ Ceci fait écho à «l'archipel du goulag» Seuil 1974, de A. SOLJE-NISTINE.

La notion de sanctuaire corporel, territorial, psychique

Chaque individu doit avoir un sanctuaire. Idéalement, celui-ci devrait être à la fois psychique, corporel et territorial. La complexité de la démarche psychothérapique et de réhabilitation tient au fait qu'elle doit prendre en considération ces trois paramètres : il ne s'agit pas seulement d'offrir au sujet un espace de réparation psychique (la psychothérapie), il s'agit de le réinstaller (de l'installer parfois) dans ces sanctuaires gigognes. D'où l'importance des soins psycho-corporels et de la psychoéducation, de la réhabilitation sociale dans la prise en charge des sujets carencés narcissiquement, quelque soit leur structure psychique sous-jacente. La réhabilitation sociale des psychotiques chroniques tire sa difficulté que parfois, lieux de vie et lieux de soin sont devenus confondus, à force de marginalisation. Le territoire du soin est devenu territoire de vie, ce qui signe la dépendance institutionnelle.

- Le corps d'un individu devrait être sanctuaire, sous peine de «viol». Il ne l'est plus parfois en raison de violences intrafamiliales (subies ou vécues par identification lorsque le sujet en est le témoin), de maladies intercurrentes, de toxicomanie (la prise de toxiques, par voie parentérale rejoue au quotidien cette effraction) ou d'ordalie. Les victimes d'abus sexuel, qui ont expérimenté tôt cette désappropriation et cette objectalisation, peuvent avoir tendance à répéter ce viol sur eux-même directement ou sur leurs proches. Cela peut aller jusqu'au syndrome de Münchhausen direct ou par procuration.
- Le psychique devrait être sanctuaire: L'intrusion anxieuse parentale (lire un journal intime, lire les mails ou le courrier, pénétrer sans limites dans la chambre de l'enfant) comme l'intrusion d'un délire à mode hallucinatoire (syndrome d'influence) sont des facteurs de fragilisation narcissique. Face à cela, les solutions sont maigres et peuvent être lues comme autant de symptômes : passage à l'acte, hétéro ou auto-agressif, ordalie, dromomanie, toxicomanie.
- Le territoire devrait être sanctuaire : dans un processus analogue, les jeunes de banlieue s'approprient eux-aussi un territoire (par les tags y compris) et vont jusqu'à s'y identifier. Celui-ci peut être l'enjeu de luttes contre tout intrus potentiel: l'establishment sous uniforme (police, pompiers), les bandes rivales. Ce phénomène est bien décrit du point de vue sociologique⁹. Dans cette perspective, l'incurie débordante de certains sujets (cf. Omar) ou de psychotiques avérés peut être lue comme une expérimentation de la porosité des limites du territoire dans une dialectique morbide.

⁹ Sylvain Aquatias (1997): «Jeunes de banlieue, entre communauté et société», *Socio-Anthropologie*, N°2, Communauté et/ ou Ensemble populationnel, 1997. URL : <http://socioanthropologie.revues.org/document34.html>.

Vignette clinique

XX, femme âgée, délirante chronique, a été signalée pour amoncellement d'ordures: elle ne jetait rien depuis des années, accumulait les déchets dans des sacs poubelles, vivait chez elle dans un espace réduit à une sorte de grotte sous les couches de sacs. Ce n'est que lorsqu'elle a commencé à envahir son palier de sacs malodorants que le voisinage s'est résolu à la signaler aux services municipaux d'hygiène. On découvre plus tard qu'elle possédait un autre appartement et l'avait déjà comblé d'immondices.

Parfois, la trans-territorialité peut être une issue, le plus souvent elle est un symptôme. Le nomadisme, le philobathisme des chemineaux, le déracinement (chez certains, les routards des années soixante¹⁰), certains voyages pathologiques psychotiques illustrent ce paradoxe.

Vignette clinique

B. 59 ans va d'hôpital en hôpital. Il n'a pas de domicile depuis des années. Bien que sous tutelle, il tourne trop vite, sur toute la France, pour que son tuteur ait le temps de le rencontrer, ce qui lui permet de dire que celui-ci ne fait rien pour lui. Il fait quotidiennement la manche et sa longue et belle barbe blanche ainsi que sa façon un peu insistante parfois de tendre la main font qu'il n'est jamais sans argent. Il sait aussi comment quérir l'hospitalité, dans le sens ancien du terme, évoquant aux urgences hospitalières, de préférence le soir, des hallucinations ou des idées suicidaires, son angoisse et une rupture de traitement. Il ne dort jamais dehors, et jamais à l'hôtel non plus. La France est son territoire qu'il sillonne en train, sans payer les amendes, sans aller au poste non plus car il sait se montrer trop mal psychiquement. Il dort parfois dans le train, entre deux hospitalisations. Son sanctuaire se limite à son corps. Il est un «voyageur sans bagage». Il ne veut pas laisser couper sa barbe, certes utile pour faire la manche. Il fait tout pour échapper à sa fixation potentielle en appartement, ce qui pourrait limiter son errance.

Là encore, le narcissisme précarisé s'incarne en un mouvement : être en mouvement ou ne pas être. Les neet japonais inaugurent une autre ère lorsqu'ils balancent entre leur antre-sanctuaire-bulle et l'échappée virtuelle mondialisée du net. Entre les deux, pas de nuance.

Urgences hospitalières et commissariats sont en France les derniers lieux «où il y a de la lumière la nuit», lieux institutionnels reconnus où convergent toutes les solitudes et les misères humaine; le 15 et le 17 (et SOS Amitié aussi) sont des numéros de téléphone où l'on est certain d'être accueilli. Et certains en usent et abusent.

Au Japon, les cybercafés organisés en une juxtaposition de



boxes, et la toile dont ils sont la porte d'entrée pour qui ne peut pas (plus) se payer un ordinateur, les gigantesques communautés virtuelles qui y foisonnent, sont les nouveaux lieux d'accueil.

Il y a même des douches dans certains cybercafés, mondes clos. On peut y vivre¹¹. Autrefois, les gares ferroviaires et routières étaient les lieux traditionnels de fixation de certains malades, à la fois parce qu'ils restaient ouverts en permanence et aussi parce qu'ils sont eux aussi des lieux immobiles de passage, des portes ouvertes vers la trans-territorialité.

Au Japon, le net et les jeux de rôle (vidéo, cartes) sont devenus pour nombre de jeunes à la fois une addiction et un mode de vie, une contre-culture revendiquée efficace dans la mesure où elle s'appuie sur un modèle créé par la culture dirigeante (Nintendo, Sony, Sega etc. ont construit leur fortune à partir de cette neo-industrie), et le détourne en en faisant un univers de non productivité. Toute la contradiction de cette génération est là. Cette addiction dérange l'ordre établi car si elle est toute aussi aliénante que les autres, elle n'est consommatrice que de temps. Les toxicomanes traditionnels nourrissent et activent une lucrative économie souterraine, les neet, volontairement ou non, sont placés en dérivation du monde social, n'ayant plus même besoin de posséder un ordinateur, ils sont désormais hors du monde économique.

Liberté ou précarité. Ces deux termes n'ont de sens qu'en adoptant les référentiels matérialistes et/ou spiritualistes. Mais si on en sort, quelles valeurs portent-ils? On retrouve

11. L'histoire dramatique de ce sans papier iranien resté confiné durant 16 ans dans la zone de transit de Roissy I depuis des années est une autre métaphore de l'interstice. Voir le film « Le terminal » (2004) de S. SPIELBERG.

10. J. KEROUAC: Sur la route, 1957, Viking Press.

la philosophie existentielle de certains vagabonds ou post-beatniks des années soixante-dix. Ce monde, les neet le nient et y dysfonctionnent en mésusant grossièrement de ses bases et de ses valeurs sur un mode masochiste.

«On a pu voir en eux l'expression des valeurs individualistes d'une génération plus orientée vers des satisfactions personnelles que ses parents dévoués à l'entreprise, ... leur situation est moins synonyme de liberté que de précarité. cf.4»

Matérialisme, spiritualisme et virtualisme apparaissent comme trois voies incompatibles.

Les neet et les freesters sont à jamais situés en marge de la bulle économique dont ils ont refusé les codes. Ils auraient pu se réclamer d'un spirituel revanchard sous toute ses formes dont les intégrismes issus des trois religions du livre, entre autres, sont des exemples; non, ils explorent d'autres sphères, à proprement parler dématérialisées, virtuelles.

Narcissisme et temporalité

La réussite matérielle comme l'immersion dans la spiritualité (l'acmé mystique) sont des facteurs très narcissisants induisant chacun un être au monde spécifique, bien identifiable maintenant. Leurs temporalités s'opposent : à l'immédiateté et la répétitivité du matérialisme qui nécessitent l'accumulation au sens marxiste, s'opposent l'idée d'éternité et l'intemporalité du spiritualisme.

- Le matérialisme s'épanouit dans un temps social, artificiellement socialisé : aujourd'hui chacun peut vivre à l'heure universelle (GMT) et synchroniser son fonctionnement à l'aide d'une horloge atomique. La mondialisation est très matérialiste et relève d'un temps linéaire avec l'idée de progression (donc celle de régression/récession). La conscience d'un futur ne peut produire qu'une intention, une visée, un but, un objet.
- Le spiritualisme s'accommode d'un temps dilaté jusqu'à l'intemporel ou de la répétition rituelle, retour circulaire du temps, retour du même. De même, la nature fonctionne selon des cycles : menstruation, reproduction et générations, saisons, ères climatiques. La philosophie a depuis longtemps travaillé à intégrer ces deux expériences originelles de la temporalité.
- La cyber-temporalité est d'un autre ordre. Le *game over* introduit une temporalité circulaire auto-référente, une rythmique asociale (non antisociale) désafférentée et calquée sur les rythmes propres du sujets et non sur les biorythmes collectifs. Il n'est pas étonnant que les cyber-addicts comme tous les toxicomanes, se retrouvent très vite dans une temporalité nyctémérale personnelle, un peu analogue à celle qu'avait illustré Michel SIFFRE dans son expérience princes. ¹² Plonger dans un univers virtuel ou plonger dans une grotte, c'est le même «voyage au bout de la nuit».

Le narcissisme des neet est une condensation temporelle, il

12. Michel SIFFRE: Expérience d'isolement volontaire dans une grotte, sans repère temporel. Septembre 1962.

est nostalgie. Pour eux, le temps est comme retenu (et non revenu) à une période souvent prépubère¹³. Cette immaturité affective se traduit par un attrait pour les petits objets, les peluches (fétiches existentiels d'un temps où tout était possible, comme le fétiche sexuel représente le dernier moment où la différence des sexes pouvait être niée). Cet attrait noue des liens de contiguïté psychodynamique avec le collectionnisme d'essence plus névrotique obsessionnelle en tant que tentative de maîtrise du temps et incarnation de l'immuable.

Ces diverses temporalités peuvent se décliner en fonctionnements identitaires :

- identité réduite au territoire chez le psychotique (cf. supra) ;
- identité exprimée dans la trajectoire, avec l'idée de fin du voyage, la mort, l'angoisse de mort dans la névrose ;
- identité incarnée ou réduite à la possession d'un objet, d'une collection (totalité), de l'argent et son équivalent (analité) dans la psychonévrose obsessionnelle ;
- identité réduite à une histoire, un lignage, une communauté avec la notion de narcissisme collectif prothétique¹⁴. Ce positionnement se retrouve dans certains fonctionnements sectaires. Il est intéressant de voir l'éclosion des communautés sur le net : de Facebook à Hi5 ;
- identité réduite à une nostalgie. C'est le cœur du problème.

Le point de fracture est l'instant où le narcissisme ne pouvait plus s'étayer sur l'image du père. On a rapporté la constitution du syndrome de Peter Pan au fait que ces individus étaient issus de familles au sein desquelles la mère critiquait le père et où celui-ci réagissait de façon passive.

Ces sujets sont décrits comme ayant un fonctionnement émotionnel de type adolescent. Dénier et impulsivité se retrouvent, les émotions les guident, soit dans le sens du passage à l'acte, auto ou hétéro-agressif, soit dans le sens des investissements, affectifs ou sociaux. Cela se traduit cliniquement par un décalage par rapport aux impératifs du réel ce qui est aliénant au sens propre car coupant le sujet du monde réel mais cautérisant comme un avatar du faux-self protégeant d'un effondrement narcissique (cf. J. BERGERET¹⁵).

La dimension abandonnique n'est pas absente: «bien qu'ils soient prompts à blâmer les autres, ils demeurent extrêmement sensibles au rejet. Les relations avec les femmes sont d'autant plus difficiles du fait d'attitudes généralement machistes. Ils pensent que l'amour d'une compagne doit

13. Le syndrome de Peter Pan (personnage littéraire de James Matthew Barrie) Cf. le livre de Dan Kiley (1983) «Le syndrome de Peter Pan, ces hommes qui refusent de grandir» traduit en français chez Robert Laffont coll. Réponses santé. 1985. Sujets décrits comme immatures, fuyant les responsabilités, très carencés du point de vue narcissique. Dans un autre registre, voir aussi : Le tambour de G. GRASS Ed. Française (1980) Le Seuil, Paris.

14. D. BOURGEOIS, A. HAYEK, M. DJEDJLI: perversion et perversité. Communication EPU. Février 2008.

15. J. BERGERET (1996):La pathologie narcissique: transfert, contre-transfert, technique de cure. Ed. Dunod.

être comme un amour maternel inconditionnel et positif. De fait ils vont avoir tendance à pousser les limites au-delà du raisonnable afin de « tester » cet amour. Ce besoin est tel qu'ils ressentent beaucoup de vide sauf quand ils sont entourés et au centre de l'attention.» Tout cela s'accompagne d'une culpabilisation «de n'avoir rien fait de leur vie», ce qui renvoie alors à des positionnements d'allure névrotique et/ou à d'une décompensation dépressive anaclitique. La balance culpabilisation/sensitivité paranoïaque est fragile, ce qui sous-tend la clinique et le matériel restitué en psychothérapie.

Son manque de confiance en lui et la crainte du rejet le rendent impulsif, sensitif ce qui fait qu'il peut être pris par son entourage pour caractériel ou paranoïaque et traité en conséquence, ce qui alimente le processus. Il veut paraître sûr de lui, ce qui le dessert, mais il est en difficulté pour s'adapter. Confronté à ses erreurs, il peut se sentir persécuté, mis sous pression, ce qui l'angoisse. Et cette angoisse le pousse à se réfugier dans un univers préférentiellement répétitif qu'il juge maîtrisable car structuré, réglé. Il se refermera sur lui-même, esquivant le réel, privilégiant le monde des idées (les siennes), à travers une tendance à l'abstraction: l'intelligible s'opposant au sensible.

Souvent de sexe masculin, longtemps célibataires comme refusant de s'engager ou inconsciemment de reproduire les schémas parentaux, ces sujets gardent des difficultés d'attachement : soit une angoisse à s'attacher au partenaire, ce qui renvoie à des ruptures affectives itératives, soit un attachement au conjoint mal maîtrisable, ce qui peut aller jusqu'à une mise en complémentarité relationnelle avec un(e) conjoint(e) maltraitant(e) génératrice de dépendance et de souffrance. Métaphoriquement, cet attachement-dépendance peut se jouer non contradictoirement dans d'autres sphères existentielles. Celles-ci peuvent être socialisées (work-addiction, mise en situation de harcèlement professionnel, hyper-investissement domestique, sex-addiction) ou plus intimes : sexualité masochiste, alcoolisme. Tout ceci peut se travailler en thérapie conjugale ou familiale. Une dynamique narcissisante sera le préalable à toute aide au changement. Une approche psychothérapique individuelle peut s'appuyer sur les travaux de S. STONE¹⁶

Les forums consacrés au syndrome de Peter Pan foisonnent sur le net, ce qui est aussi une ébauche de narcissisation collective, à travers le sentiment d'appartenance au groupe. Sociologiquement, la visibilité actuelle du syndrome peut correspondre à cette génération pétrie de principes post-féministes dans laquelle, après des

siècles de pouvoir absolu, la violence du père (contre la mère ou envers ses enfants) s'étaient trouvée enfin interdite. Au cours de différents conjugaux dont peuvent être témoins les enfants, la passivité paternelle apparente face aux critiques et la fuite (du conflit) ont pris le relais de la violence. Dans certaines sphères sociales non encore imprégnées de post-féminisme, dans lesquelles la violence paternelle existe encore, on constate que les neet ou équivalents restent marqués par un fonctionnement addictif (les substances remplacent l'usage d'Internet) mais plus violent, dans lequel l'intolérance à la frustration et l'explosivité dessinent un tableau évocateur de psychopathie.

Chez les neet et freeters japonais et leurs avatars européens, c'est cette passivité, fuite en arrière, qui est reproduite, à opposer à la fuite en avant contra-phobique. Il n'était plus «le fils de» et pas encore lui : cela renvoie aussi, pour partie, à la dynamique présente dans le complexe du homard¹⁷(DOLTO). Il refuse de ne plus être fils, il est dans la nostalgie de ce temps où tout était possible.

On voit que cette stratégie existentielle s'oppose presque point à point à la socio-dynamique de bande que l'on retrouve en banlieue, faite d'expressivité, de passage à l'acte d'allure psychopathique, de violence collective, de révolte, de matérialisme outrancier. Pourtant le support psychodynamique est le même : dépendance, dialectique entre liberté et précarité. Neet solitaires, accros du net et jeunes en bande des banlieues défavorisées sont deux facettes psycho-comportementales singulières qui renvoient à une souffrance psychique intense dans la sphère du narcissisme : ces déviances pour lesquelles la psychiatrie se voit interpellée sont en fait des faits de société parlant pour une sociopathie. En l'espèce, la psychiatrie se devrait d'être une sociatrie, donc relevant aussi d'une action politique.



16. S. STONE, H. STONE (1997): Embracing our selves; Le dialogue intérieur. Ed. Le souffle d'or. Approche thérapeutique jungienne.

17. F. DOLTO, C. DOLTO-TOLICH, F. PARCHEMINIER: Paroles pour adolescents ou le complexe du homard. Lgf/Livre de poche (2001).

HORIZONS

Deux articles tunisiens transmis par notre correspondante à Tunis Faten Ellouze, nous proposent un regard centré sur la clinique. Le premier est une réflexion à partir du syndrome de **lenteur obsessionnelle**. Les auteurs l'articulent avec la bipolarité et confrontent leurs observations avec les effets constatés de la chimiothérapie qui plaident en faveur d'un même fonctionnement pathologique, surtout lorsqu'on prend en compte l'apparition paradoxale de symptômes compulsifs sous antidépresseurs.

Le second article est à situer dans la dynamique de recherche insufflée par la psychiatrie universitaire tunisienne lors du congrès de Sousse en avril 2009 dont nous publions plus loin dans ce numéro un compte-rendu. Plus globalement aussi, **l'évaluation des risques de violence** répond à une demande de la société très présente aujourd'hui en France et ailleurs. Ici ce travail d'évaluation concerne les « **sujets schizophrènes** » et est un argument en faveur de l'échelle HCR 20.

Un troisième article de Tunis nous a été transmis par Olfa Dakhlaoui, lui aussi dans la dynamique du congrès de Sousse : il étudie les facteurs de la mauvaise observance thérapeutique dans la schizophrénie.



Mosaïque romaine. El Jem, Tunisie.



Syndrome de lenteur obsessionnelle et bipolarité ; à propos d'un cas

Majda Cheour¹, Afef Louati²,
Faten Ellouze³, Hedi Aboub⁴,
Amel Hassairi⁵, Moufida Khaloui⁵

Résumé : la lenteur obsessionnelle reste encore un phénomène peu exploré classiquement ce syndrome est associé à la dépression plutôt qu'au trouble bipolaire. A travers un cas clinique de comorbidité trouble bipolaire et syndrome de lenteur obsessionnelle chez un patient avec des traits de personnalité obsessionnelle, les auteurs s'interrogent sur le rapport entre syndrome de lenteur obsessionnelle, trouble bipolaire et obsession compulsive.

Mots clefs : syndrome de lenteur obsessionnelle, trouble bipolaire, dépression.

Summary :

Syndrome of obsessional slowness and bipolarity: a case report.

Obsessional slowness still remaining a less explored phenomenon. Classically this syndrome is associated to the depression rather than with the bipolar disorder. Through a clinical case of comorbidity bipolar trouble and obsessional slowness syndrome with a patient with features of obsessional personality, authors wonder about the syndrome link of obsessional slowness, bipolar disorder and obsession compulsive.

Key words : obsessional slowness syndrome, bipolar disorder, depression

Introduction

La lenteur obsessionnelle reste encore un phénomène peu exploré, sujet de plusieurs controverses. Depuis le rapport de Rachman en 1974, certains auteurs soutiennent l'hypothèse d'un syndrome de « lenteur obsessionnelle primaire », d'autres avancent qu'il s'agit d'une entité secondaire aux obsessions compulsives.

Quoi qu'il en soit, le syndrome de lenteur obsessionnelle (SLO) est classiquement associé à la dépression unipolaire plutôt qu'au trouble bipolaire (3).

Le cas clinique que nous rapportons dans ce travail est l'illustration de la comorbidité du SLO et du trouble bipolaire chez un patient qui présente des traits de personnalité obsessionnelle s'accroissant au cours de l'épisode maniaque.

Le cas clinique

Présentation

Mr S nous a été adressé par son médecin gastroentérologue devant la suspicion de l'origine psychologique de ses plaintes somatiques. Il avait, à l'époque, 17 ans et était scolarisé en 6ème année secondaire. De père infirmier et de mère surveillante dans un Lycée, Mr S est le benjamin d'une fratrie de 5 composée de 4 garçons et une fille. Il a grandi dans une famille nombreuse dont le fonctionnement est marqué par l'irritabilité et la fréquence des conflits.

La mère de Mr S rapporte que son fils a beaucoup de qualités le distinguant de ses frères et sœur. Il est réservé, très impliqué dans ses études et passionné par la lecture. Il est perfectionniste, particulièrement attentif à ce que tout soit bien fait dans le moindre détail. Il est très organisé, sa chambre est toujours bien ordonnée, ses affaires scolaires sont bien rangées. En revanche la famille reproche à Mr S sa lenteur et ses nombreuses hésitations. En fait, il est toujours le dernier à être prêt pour sortir, le dernier à se mettre à table pour manger et a du mal à prendre une décision. En plus, selon la mère, la rigidité et l'obstination de Mr S sont parfois gênantes pour son entourage. Il se trouve qu'il argumente fermement ses points de vue, s'efforce à démontrer que sa

1. Professeur en psychiatrie, chef de service des urgences psychiatriques de l'hôpital Razi, Tunisie

2. Psychologue au service des urgences et des consultations de l'hôpital Razi, Tunisie

3. Assistante hospitalo-universitaire en psychiatrie, hôpital Razi, Tunisie

4. Assistant hospitalo-universitaire en psychiatrie, hôpital Razi, Tunisie

5. Médecins spécialistes en psychiatrie, hôpital Razi, Tunisie

Auteur correspondant : Ellouze faten

10 rue ahmed tlili rades 2040

E mail :dr_ellouze_faten@yahoo.fr



manière est la bonne, jusqu'à lasser son interlocuteur. Mr S était un élève brillant. Sous l'influence de la famille, il a dû s'orienter vers la branche des mathématiques; une matière dans laquelle il n'est pas spécialement doué. Depuis, il a commencé à éprouver des difficultés à gérer son temps et à préserver son sens de l'ordre et de l'organisation. En effet, face à la complexité des tâches scolaires et dans un souci exagéré de perfectionnisme, Mr S se retrouve souvent en retard dans l'exécution des tâches à accomplir. Il perd beaucoup de temps dans les vérifications et se noie dans les détails. Ses devoirs sont à moitié faits, sa chambre est complètement désordonnée, il est tous les jours en retard pour aller au lycée. Un fléchissement scolaire a eu lieu, décevant les attentes du patient et celles de sa famille. La même période a été marquée par la présence chez le patient d'une insomnie d'endormissement, d'une demande de réassurance auprès de la mère et d'une attitude inhibée.

L'examen psychiatrique a conclu à un état dépressif majeur associé à un syndrome de lenteur obsessionnelle.

L'évaluation psychologique

Le test de Rorschach a révélé un fonctionnement obsessionnel prévalent, en faveur d'un profil de personnalité obsessionnelle plutôt qu'une névrose obsessionnelle structurée. Le registre névrotique dans lequel s'est inscrit notre patient, ajouté à l'adaptation à la réalité était d'emblée rassurant. En revanche l'anxiété massive et la coloration dépressive soulignées tant à l'entretien clinique qu'au Rorschach étaient plutôt inquiétantes.

Conduite thérapeutique

Le patient a été mis sous 20 mg de fluoxétine et 7,5 mg de bromazépam par jour. En parallèle, une thérapie cognitivo-comportementale a été entamée. Elle a porté essentiellement sur la réduction des pensées obsédantes sous-jacentes à la lenteur et sur l'apprentissage de la gestion du temps et la planification des activités.

Évolution

Nous avons assisté à un meilleur investissement dans les tâches scolaires, à une meilleure qualité d'intégration sociale et à un renforcement de la confiance en soi.

L'amélioration et la stabilisation de l'humeur ont motivé l'arrêt du traitement au bout de 12 mois de suivi. Après sept mois d'intervalle libre, le patient a fait une première rechute dépressive occasionnée par les examens du bac. Il a été alors mis sous les mêmes traitements antérieurement prescrits, à la même posologie et ce pendant huit mois.

Après quatre mois d'intervalle libre, une deuxième rechute dépressive avec des idées suicidaires a eu lieu à l'approche des examens Universitaires. Il a été mis encore une fois sous les mêmes traitements antidépresseur et anxiolytique à la même dose. Mais deux mois plus tard il a présenté un premier virage maniaque. La mère a rapporté qu'il est devenu hyperactif, passait ses journées en dehors de la maison et multipliait les visites aux voisins et amis.

Se présentant à notre consultation, il était excité, euphorique, logorrhéique, il saluait avec familiarité tous les médecins et infirmiers du service et distribuait les invitations aux concerts musicaux.

En outre, Mr S s'est mis à collectionner des articles de journaux, de magazines et d'affiches publicitaires de toutes manifestations culturelles. Il traînait avec lui de nombreuses listes manuscrites portant les noms de personnes rencon-

trées, les divers sujets de conversations et les courses à faire. Pendant cette même période, Mr S a présenté une exacerbation de ses préoccupations liées au système politique, à ce qui est juste et à ce qui est injuste relevant d'un sens de morale exagéré.

Il a été mis sous 1500 mg d'acide valproïque, 10 mg d'olanzapine et 6 mg de bromazépam par jour. L'amélioration n'a été constatée qu'après quatre mois de traitement.

Discussion

Selon Hantouche, la majorité des SLO sont secondaires aux phénomènes d'obsessions compulsions (3). Chez Mr S le SLO a caché un souci exagéré de perfectionnisme, une tendance à la vérification et à l'accrochage aux détails comme étant des traits de personnalité obsessionnelle plutôt que des symptômes obsessionnels compulsifs structurés.

Les cas de SLO sont majoritairement associés aux dépressions. Notre patient, traité pendant 3 ans pour dépressions récurrentes associées à un syndrome de lenteur obsessionnelle, a fait un virage maniaque et nous a révélé une association SLO-bipolarité.

Dans la littérature, on décrit surtout les cas de patients présentant un TOC et développant un trouble bipolaire (accès maniaque en réponse au traitement antidépresseur) (4,5). Dans le présent cas de SLO, le traitement par IRS a non seulement déclenché la manie, mais a aussi engendré l'apparition, sinon l'exacerbation de quelques symptômes compulsifs.

Si le virage maniaque sous IRS est compréhensible, l'apparition de symptômes compulsifs semble être paradoxale dans la mesure où les antidépresseurs sont indiqués dans le traitement des obsessions-compulsions.

La relation entre SLO, troubles bipolaires et obsessions-compulsions semble être très étroite; s'agirait-il, chez certains patients, de troubles relevant du même spectre et du même fonctionnement pathologique? La question n'étant pas relevée dans la littérature, à notre connaissance, il serait intéressant dans les recherches futures d'explorer cette association SLO-bipolarité et d'en préciser l'incidence des obsessions-compulsions.

Références

1. ANGEST J. TOC : une épidémie invisible. Revue du prat.2001; 1:4-6
2. BOUVARD M. Les troubles obsessionnels compulsifs. Masson, Paris ; 2003.
3. HANTOUCHE E.G. Syndrome de lenteur obsessionnelle. Ann. Méd-psychol. 2000;158 (1) :33-42.
4. HANTOUCHE E.G, Kochman F, Démonfaucon, Barrot I. TOC bipolaire : confirmation des résultats de l'enquête « ABC-TOC » dans deux populations de patients adhérents versus non adhérents à une association. L'Encéphale. 2002;28:21-28.
5. PERUGI G, AKISKAL HS, PFANNERER C et al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. J Affect Disord.1997;46:15-23.



Daniel maîtrisant les lions.
Musée de Carthage, époque byzantine.



Faten Ellouze¹, Wissal Cherif²,
Fériel Jaoua², Cherouk Allouch²,
Mohamed Fadel M'rad³

Evaluation du risque du comportement violent par la HCR20 dans deux groupes de sujets schizophrènes

Résumé :

Le psychiatre est de plus en plus confronté à l'évaluation du risque de violence parmi les patients malades mentaux. L'échelle HCR20 a déjà prouvé ses vertus dans ce domaine. Le but de ce travail, le premier en Tunisie, est de comparer les différents paramètres de la HCR20 entre schizophrènes violents et non violents. Les schizophrènes violents se caractérisent dans notre étude par des scores et des sous scores de la HCR20 plus élevés comparativement aux patients non violents. La différence est significative. Ce résultat nous encourage à généraliser l'utilisation de la HCR20 parmi nos patients psychotiques.

Mots clés : violence, schizophrénie, HCR20.

Summary : Violent risk evaluation by HCR20 among two schizophrenic populations : a Tunisian study

The psychiatrist was asked more and more to evaluate the risk of violence among psychiatric patients. The HCR20 scale has also proved its qualities in this prediction. The purpose of this study was to compare several HCR 20 parameters among violent schizophrenic patients and non violent schizophrenic ones. Violent schizophrenic patients have greater HCR20 scores and subscores. This result allows us to generalize the HCR20 use to other psychotic patients.

Key words : violence, schizophrenia, HCR20.

Introduction

L'état dangereux se définit par une manière d'être, une condition, une position dans laquelle se trouve un individu à un moment donné de son existence et où il sera considéré comme nuisible. C'est au début du XX^e siècle que le concept de dangerosité est devenu un concept établi aussi bien dans la législation criminelle que dans la psychiatrie (8).

Le concept de dangerosité implique une prédiction dont le degré de survenue est aléatoire. Celle-ci suppose d'intégrer des facteurs du milieu et de la réaction d'un individu placé dans une situation donnée, et à un moment donné.

Il importe d'insister sur le caractère dynamique et évolutif de l'état dangereux (8).

Plusieurs auteurs insistent sur l'impossibilité de réaliser une prédiction valable au-delà de quelques jours ou semaines (9). Les prévisions doivent en effet laisser une place à l'inattendu en matière d'activités humaines et aux circonstances. Plusieurs instruments d'évaluation ont vu le jour depuis les années 50. Actuellement, deux grands courants de recherche s'opposent. Le premier s'attache à l'évaluation de la dangerosité par le biais de échelles dites actuarielles. Ce type d'instrument structuré vise à documenter et à qualifier tous les facteurs de risque à partir de données anamnestiques ou sociodémographiques mesurables (3). Cette estimation aboutit à une probabilité quantitative statistique du risque s'appliquant à des circonstances données et à une période donnée. Ils sont principalement utilisés dans les milieux pénitenciers.

Un autre courant se base sur des méthodes d'évaluation se fondant sur un jugement clinique utilisant des instruments semi structurés ou des critères formalisés. Elles associent

1. assistante hospitalo-universitaire en psychiatrie

2. résidente en psychiatrie

3. professeur en psychiatrie, chef de service

Service de psychiatrie "g", hôpital Razi, Tunisie.

Adresse de l'auteur correspondant :

Ellouze faten, 10 rue ahmed tlili, rades, 2040, Tunisie – Tel 21622755573

– E mail :dr_ellouze_faten@yahoo.fr

connaissances empiriques concernant la violence et évaluation clinique inspirées des connaissances scientifiques actualisées, pour aboutir à une estimation qualitative tenant également compte de façon beaucoup plus spécifique du contexte individuel (3).

La HCR 20 en particulier est une échelle d'évaluation du risque et de gestion du risque. Elle apparaît comme la plus prometteuse (10). Dans ce travail les auteurs se proposent d'évaluer le potentiel de passage à l'acte agressif parmi un échantillon de patients schizophrènes Tunisiens.

Matériel et méthode

Population de l'étude

Nous avons procédé dans un premier temps à l'identification de tous les patients schizophrènes violents hospitalisés au service de psychiatrie « g » de l'hôpital Razi durant la période de 1 septembre 2006 à 30 Novembre 2006.

Nous avons ensuite comparé cet échantillon de patients schizophrènes violents à un groupe témoin formé de sujets schizophrènes non violents hospitalisés durant la même période. Ces deux groupes ont été appariés selon l'âge et le sexe. Nous nous sommes en particuliers intéressés aux risques de passage à l'acte violent évalué par l'échelle HCR20. Nous avons donc procédé à la passation de cette échelle pour les 2 groupes.

Ont été considérés schizophrènes violents les patients ayant été l'auteur au moins d'un acte de violence, comprenant coups et blessures ou agressions physiques. L'acte de violence est rapporté par le patient lui-même ou par la famille.

Instruments

1-HCR 20 : L'échelle des variables historiques, cliniques et de gestion du risque est un instrument d'évaluation du risque de violence qui comporte 20 items et qui étale les marqueurs du risque dans le passé, le présent et l'avenir. Ces items sont regroupés en variables historiques (H) au nombre de 10, permettant d'examiner les comportements et le fonctionnement du patient dans le passé; elles sont statiques ou immuables. Les cinq variables cliniques (C) correspondent à des éléments actuels et dynamiques liés à la violence. Enfin, les cinq éléments de gestion du risque (R) se rattachent à l'avenir, se concentrant sur les facteurs conjoncturels futurs qui peuvent aggraver ou atténuer le risque. Chaque item est évalué sur la base d'un score de 0,1 ou 2. Chaque sous échelle et l'échelle globale sont le résultat de la sommation des scores à chacun des items. Le risque estimé ne se définit pas uniquement sur la base du résultat à l'échelle ; le poids relatif de divers items est également pris en compte dans l'estimation finale du risque. En effet, l'évaluation finale exige une part de jugement clinique.

- Risque faible : pas d'intervention spéciale, pas de mesure d'interdictions pas de mesures de monitoring.
- Risque modéré : développement d'un plan de gestion du risque individuel avec au minimum des modalités de réévaluation périodiques.
- Risque élevé : développement en urgence d'un plan de gestion du risque individuel, avec instructions aux personnel chargés de la prise en charge, accentuation des mesures d'interdictions, priorité pour la mise en place de mesures thérapeutiques, planification de réévaluations régulières.



Analyse statistique

Le traitement des données a été fait par le logiciel SPSS version 11,5.

Nous avons eu recours au test de Mc Nemar.

Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p < 0,05$).

Résultats

Variables historiques (H)

Variabes historiques H	Schizophrènes violents	Schizophrènes non violents	p
H1 :violence antérieure	1,4+/-0,6	0,17+/-0,3	0,00001
H2:premier acte de violence durant la jeunesse	1,2+/-0,6	0,1+/-0,3	0,00001
H3:instabilité des relations intimes	1,6+/-0,4	0,8+/-0,5	0,00001
H4:problèmes d'emploi	1,4+/-0,6	0,6+/-0,6	0,00001
H5:problemes de toxicomanie	0,8+/-0,8	0,2+/-0,4	0,002
H6:maladie mentale grave	2	1,1+/-0,3	0,00001
H7:psychopathie	0,2+/-0,5	0,03+/-0,1	0,03
H8:inadaptation durant la jeunesse	1,1+/-0,5	0,6+/-0,4	0,003
H9:trouble de la personnalité	0,8+/-0,6	0,3+/-0,4	0,005
H10:échec antérieur de la surveillance	2,9+/-1,5	1,2+/-0,7	0,00001

Variables cliniques (C)

Variabes cliniques	Schizophrènes violents	Schizophrènes non violents	p
C1 :introspection difficile	1,7+/-0,4	0,8+/-0,4	0,00001
C2:attitudes négatives	1,6+/-0,4	0,9+/-0,5	0,00001
C3:symptômes actifs de maladie mentale grave	1,8+/-0,3	1+/-0,3	0,00001
C4:impulsivité	1,3+/-0,6	0,1+/-0,3	0,00001
C5:résistance au traitement	0,3+/-0,5	0	0,001

Gestion du risque (R)

Variabes gestion du risque	Schizophrènes violents	Schizophrènes non violents	P
R1 :plans irréalisables	0,5+/-0,6	0,2+/-0,4	0,05
R2:exposition à des facteurs déstabilisants	1,6+/-0,4	1	0,00001
R3:manque de soutien personnel	1,4+/-0,7	0,2+/-0,1	0,00001
R4:inobservation des mesures curatives	1,7+/-0,5	0,4+/-0,5	0,00001
R5:stress	1,2+/-0,6	0,8+/-0,4	0,002

Moyennes des scores HCR20

HCR 20	Schizophrènes violents	Schizophrènes non violents	p
Moyenne des H	13,3+/- 2,7	5 +/-2,2	0,0001
Moyenne des C	6,9 +/- 1,3	2,9 +/- 1,1	0,0001
Moyenne des R	6,5 +/- 1,7	2,8 +/- 1,2	0,0001
Moyenne des scores HCR 20	25,3+/-4	10,13+/-3	0,0001

Les schizophrènes violents se caractérisent par des sous scores et un score total plus élevés à la HCR 20.

Discussion

Plusieurs instruments de prédiction de la violence du malade mental ont vu le jour depuis les années 50, cependant la majorité des auteurs restent prudent quand à pertinence de ces instruments. Ils insistent en effet sur la part de l'imprévisibilité dans le comportement humain, pour nuancer le jugement porté par ce type d'évaluation. Deux types d'échelles en particulier sont actuellement employées : les

échelles actuarielles et celles se fondant sur une évaluation clinique.

Les échelles actuarielles présentent certaines limites qui sont : le manque de précision, le manque de sensibilité aux changements, ces échelles ne permettent pas de prendre en compte chaque situation individuelle, elles sont assimilées à des formules, à des équation qui ne permettent qu'une prédiction passive, sans proposer d'ouvertures préventives (6).

La HCR 20 est une échelle basée sur un jugement clinique structuré. Elle est composée à la fois de facteurs statiques et de facteurs dynamiques, incluant des facteurs environnementaux, sociaux, et situationnels. Cela explique qu'elle soit prometteuse à la fois sur le plan méthodologique, et éthique. Différentes études lui confèrent une bonne qualité prédictive de la récurrence violente (1,3).

Son principal avantage est celui de susciter la discussion et la confrontation des points de vue plutôt que de donner une vision univoque du patient. Elle favorise un meilleur usage des informations à disposition et permet de prendre une certaine distance par rapport aux biais susceptibles d'affecter le clinicien (5).

Dans notre étude, on trouve que les patients schizophrènes violents présentent des sous scores plus importants pour les variables historiques comparativement aux patients schizophrènes non violents. Ces variables historiques englobent : la violence antérieure, le premier acte de violence durant la jeunesse, une instabilité des relations intimes, des problèmes d'emploi, des problèmes de toxicomanie, la présence d'une maladie mentale grave, la psychopathie, l'inadaptation durant la jeunesse, un trouble de la personnalité et un échec antérieur de la surveillance. Dans la littérature tous ces facteurs ont déjà été identifiés comme étant des facteurs de risque de la violence chez les sujets schizophrènes. Ainsi, il apparaît que les antécédents de violence constituent le meilleur facteur prédictif de violence ultérieures (6), les antécédents de bagarres fréquentes à l'école, de maltraitance, de violence familiale au cours de l'enfance, (particulièrement si le sujet a fait l'objet d'abus sexuels), ont aussi pu être corrélés avec des actes de violence survenant plus tard au cours de la vie (11). Le célibat, la situation socio-économique précaire, le rejet familial et professionnel, la marginalisation sociale sont autant de facteurs de risque de violence chez le schizophrène (7,12).

La comorbidité avec un abus ou une dépendance à une substance a été soulignée par de nombreux auteurs. L'existence d'une personnalité de type antisociale ou borderline a aussi été rapportée à maintes reprises (4).

Les sous scores des variables cliniques de l'échelle HCR20 incluant introspection difficile, attitudes négatives, symptômes actifs de maladie mentale grave, impulsivité sont aussi plus élevés parmi les schizophrènes violents. De nombreuses études insistent sur l'importance du délire, des hallucinations impérieuses avec ordre de violence et automatisme mental dans le déclenchement de la violence chez les sujets schizophrènes. La survenue plus fréquente du passage à l'acte violent en phase aiguë est confirmée par la fréquence des signes positifs (délire, hallucinations) et par un score élevé à la PBRs .

L'impulsivité peut être définie comme une tendance à l'action et au recours au passage à l'acte. C'est l'incapacité à différer une réponse comportementale, à type d'agression (9). Elle est souvent associée à la violence chez le malade mental.

Plusieurs auteurs ont aussi souligné la fréquence des sentiments de désespoir et d'idées suicidaires dans les jours précédents le passage à l'acte violent (5, 10). Le sexe masculin a aussi été identifié comme facteur de risque de violence chez le schizophrène. Cependant on ne trouve pas dans la HCR20 d'items portant sur ces facteurs.

Concernant la gestion du risque, les sous scores sont aussi plus élevés chez les sujets violents comparativement aux non violents. Plans irréalisables, exposition à des facteurs déstabilisants, manque de soutien personnel, inobservance des mesures curatives, stress sont plus importants parmi les sujets violents.

Différentes études confirment que la non compliance ou la résistance à la chimiothérapie sont des facteurs importants de risque du passage à l'acte agressif chez le schizophrène (5,8). Par ailleurs, certains auteurs estiment que le stress et les réponses fournies par l'environnement sont déterminantes dans l'articulation des conduites agressives. Les situations de violence sont habituellement très spécifiques de chaque individu. Si la fuite s'avère impossible face à un danger vécu comme vital, la violence est inévitable. Dans la schizophrénie, la violence n'a pas toujours de mobile cohérent. Elle paraît immotivée et incompréhensible. Après l'acte, le schizophrène affiche son habituelle froideur affective. Le schizophrène agresse avec une forte propension un proche auquel il est lié affectivement. Ce paradoxe renvoie aux caractéristiques de l'ambivalence affective primordiale du schizophrène. (2,9).

Conclusion

L'utilisation de la HCR20 à plus grande échelle pour nos patients schizophrènes pourrait nous permettre une évaluation plus précise du risque de passage à l'acte agressif et nous aider ainsi à mieux prévenir sa survenue.

Bibliographie

1. CLAIXI A, PHAM. TH. 2004. "Evaluation of the HCR20 Violence risk assessment scheme in a Belgian forensic population", *L'encéphale*, n°15, p. 447-53.
2. DUBREUCQ LJ, JOYAL C, MILLAUD F. 2005. « Risque de violence et troubles mentaux graves ». *Ann méd psychol*, n°163, p. 852-65.
3. GRAVIER B, LUSTENBERGER Y. 2005. « l'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question ». *Ann med psychol*, n° 163, p.668-680.
4. KRAKOWSKI MI, CZOBOR P, CITROME L, BARK N, COOPER TB. 2006. "Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder". *Arch Gen Psychiatry*, n° 63, p.622-9.
5. LINDQVIST P, ALLEBECK P. 1990. "Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm". *Br J Psychiatry*, n°157, p. 345-50.

6. MILLAUD F, DUBREUCQ JL. 2005. « Evaluation de la dangerosité du malade mental psychotique ». *Ann med psychol*, n° 163, p. 846-51.
7. RIDHA R. 1995. *Les criminels « fous », étude clinique, médico-légale et institutionnelle*. Thèse de doctorat de médecine, Tunis.
8. ROURE L. 1991. *L'état dangereux : aspects sémiologiques et légaux*, Paris, Masson.
9. SENNINGER JL, FONTANA V. 1996. *Psychopathologie des malades dangereux*, Paris, Dunod.
10. SWANSON JW, BORUM R, SWQARTZ MS. 1996. "Psychotic symptoms and disorder and the risk of violent behaviour in the community". *Crim behav ment health*, n°6, p. 309-26.
11. SWANSON JW, SWARTZ MS, VAN DORN RA, et al. 2006. « A national study of violent behavior in persons with schizophrenia ». *Arch Gen Psychiatry*, n° 63, p. 490-9.
12. TIIHONEN J, ISOHANNI M, RASANEN P, KOIRANEN M, MORING J. 1997. « Specific major mental disorders and criminality: a 26 year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort ». *Am J Psychiatry*, n° 154, p. 840-5.



Repas de lions. Mosaïque romaine. El Jem, Tunisie.



Olfa Dakhlaoui¹, Rym Zéramdini²,
Fakhreddine Haffani³

Mauvaise observance thérapeutique dans la schizophrénie : facteurs impliqués

Résumé : l'observance thérapeutique est un objectif essentiel dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie. Elle dépend de plusieurs paramètres.

Dans le but de relever des facteurs prédictifs de mauvaise observance, nous avons mené une étude transversale comparant deux groupes de patients schizophrènes suivis en ambulatoire, distincts par la qualité de leur observance thérapeutique.

Il ressort de notre travail un taux de mauvaise observance de 54.1 % parmi les 61 patients colligés, et une corrélation positive entre le soutien familial, l'insight (échelle Q8), la perception subjective du traitement (DAI 10) et l'observance thérapeutique. Nos résultats confortent les données de la littérature. L'identification des facteurs de risque de mauvaise observance thérapeutique est d'une importance capitale, il en va de la prévention et du pronostic de la maladie.

Introduction

La mauvaise observance thérapeutique chez les patients schizophrènes constitue un problème majeur du fait de sa fréquence et de son impact délétère sur le cours évolutif de leur maladie et leur fonctionnement psychosocial. [5] L'adhésion au traitement constitue ainsi un objectif essentiel de la prise en charge de ces patients. Elle dépend de plusieurs facteurs, certains liés aux médicaments, d'autres aux patients, à leur environnement ou à leur relation aux médecins. [9]

Nous nous sommes proposés dans ce travail d'en étudier certains dont le niveau d'insight, la perception subjective du traitement et les effets indésirables des neuroleptiques, et ce afin de relever d'éventuelles corrélations avec la mauvaise observance thérapeutique.

Matériel et méthode

Nous avons mené une étude transversale dans laquelle nous avons inclus les patients atteints de schizophrénie (diagnostiqués selon les critères du DSM IV), traités par des neuroleptiques, ayant consulté à la post cure durant la période du 1^{er} novembre 2007 au 31 décembre de la même année et suivis depuis au moins cinq ans au service de psychiatrie E de l'hôpital Razi de Tunis.

Nous avons distingué deux groupes d'étude au sein de notre échantillon: le groupe des bons observants et le groupe des mauvais observants thérapeutiques.

Nous avons retenu comme critère de mauvaise observance thérapeutique un nombre de rendez-vous ratés à la consultation supérieur ou égal à 2 par an.

Nous avons relevé les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques de ces patients, évalué leurs perceptions subjectives du traitement par l'échelle DAI 10, leur insight par l'échelle Q8 et les effets indésirables du traitement par l'échelle UKU.

Nous avons comparé ces deux groupes en fonction de ces divers paramètres.

Étude statistique

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel statistique SPSS 12.0. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

1. Assistante hospitalo-universitaire, service de psychiatrie E.

2. Résidente en psychiatrie, service de psychiatrie E.

3. Professeur, chef de service de psychiatrie E.

Hôpital Razi, Tunis.

Correspondance : Olfa Dakhlaoui, assistante hospitalo-universitaire, service de psychiatrie « E » du P. Haffani, hôpital Razi, Rue des oranges, 2010 La Manouba, Tunisie. Tel : 00216 24 70 66 86, fax : 00216 71 287 400. E-mail : olfa.dakhlaoui@rns.tn

Résultats

Nous avons inclus 61 patients.

28 étaient bons observants (45,9%) et 33 mauvais observants (54,1%)

Plus des 2/3 de l'échantillon était de sexe masculin (70,5%).

Caractéristiques sociodémographiques

Les deux groupes étaient comparables concernant l'âge moyen, le statut marital, le statut professionnel et le niveau socio-économique.

Nous avons en revanche relevé une différence significative quant à la qualité du soutien familial, meilleure chez les observants. (85.7% versus 51.5%, $p=0.004$) (Tableau 1).

Caractéristiques cliniques

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les deux groupes se rapportant à l'âge de début, à la durée d'évolution de la maladie, au nombre d'hospitalisations et à la consommation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives. (Tableau 2).

Caractéristiques thérapeutiques

Les groupes des observants et des non observants n'étaient pas distincts par les paramètres thérapeutiques notamment le type, le nombre et la voie d'administration des neuroleptiques.

Nous avons constaté que la grande majorité de nos patients recevaient des neuroleptiques classiques sous la forme retard. (Tableau 3).

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques

	Groupe observant	Groupe non observant	P
Age moyen (an)	45.9	41.8	NS
Chômage (%)	78.6	75.75	NS
Célibataire (%)	78.6	72.7	NS
NSE bas (%)	50	5405	NS
Bon soutien familial (%)	85.7	51.5	0.004

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques

	Groupe observant	Groupe non observant	P
Addiction (%)			NS
Aucune	25	36.4	
Tabac	64.3	51.5	
Alcool	7.2	6.1	
Psychotropes	3.5	3	
Cannabis	0	3	
Age moyen de début (an)	29.2	27.1	NS
Durée d'évolution moyenne (an)	16.3	14.8	NS
Nombre d'hospitalisations moyen	4.28	4.63	NS

Tableau 3- Caractéristiques thérapeutiques

	Groupe observant	Groupe non observant	P
Nombre moyen de comprimé/j	4.1	5.5	NS
Nombre moyen de prise/j	1.9	2.9	NS
Nombre moyen de classe thérapeutique	3.25	3.7	NS
≥2 NLP (%)	46.5	60.6	NS
NLP classique (%)			NS
Retard	89.2	87.9	
Oral	10.7	6.1	
NLP atypique (%)			NS
Retard	0	0	
Oral	0	6	

Perception subjective du traitement (DAI 10)

La perception subjective du traitement évaluée par l'échelle DAI 10 était différente dans les deux groupes: les observants percevaient mieux leur traitement que les non observants. ($P < 0,001$). (Figure 1).

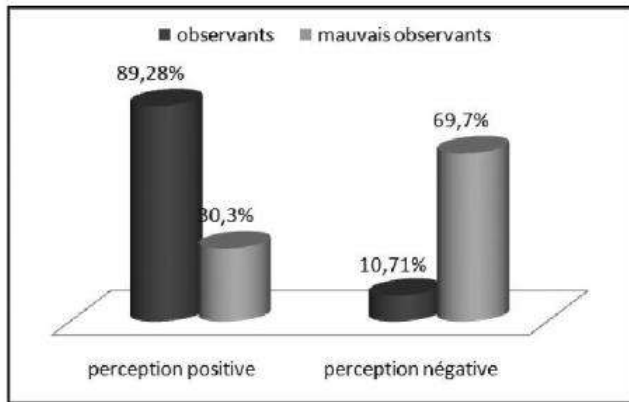


Figure 1- Perception subjective du traitement (DAI 10).
 $P < 0,001$

Insight (Q8)

Les patients observants avaient une meilleure conscience morbide que ceux mauvais observants et la différence était significative. ($P < 0,001$). (Figure 2).

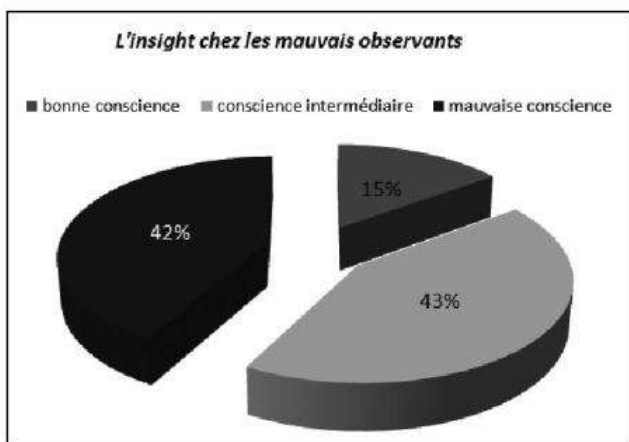
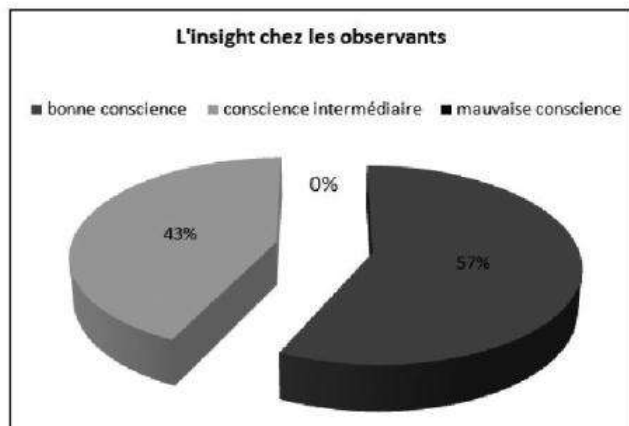


Figure 2- L'insight.
 $P < 0,001$.

Effets secondaires du traitement (UKU)

Les effets secondaires du traitement évalués par l'échelle UKU étaient comparables dans les deux groupes. (Figure 3).

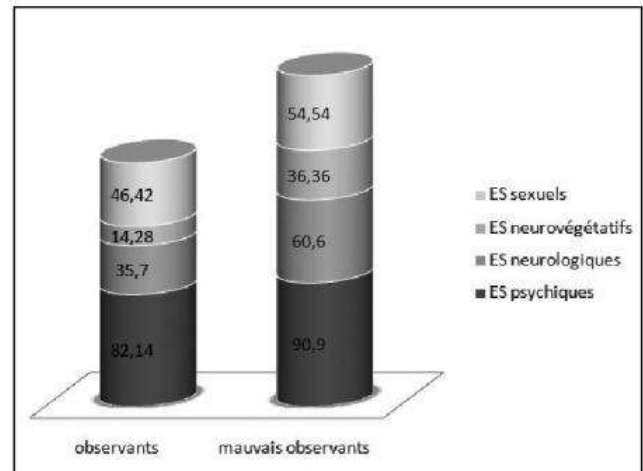


Figure 3- Effets secondaires du traitement (UKU).
 $P : ns$

Discussion

L'observance thérapeutique est un objectif essentiel dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie. Il s'agit d'un phénomène complexe dont la quantification demeure difficile. [16] Trois types de facteurs y sont impliqués: des facteurs liés au patient, ceux liés aux médicaments et ceux dépendants de la relation thérapeutique. La mauvaise observance demeure l'un des problèmes majeurs de la prescription des psychotropes. [16]

Fréquence de la mauvaise observance

Selon les études, 16 à 80% des schizophrènes sont non observants. [5, 6, 14, 16] Cette grande disparité dans les données de la littérature est expliquée entre autre par l'absence d'outil d'évaluation standardisé de l'observance. L'environnement joue également un rôle: le taux chez les patients hospitalisés varie de 5 à 37% alors que chez les patients suivis en ambulatoire, il varie de 20 à 65% [16] Dans notre étude, nous avons trouvé une fréquence de 54,1% parmi l'ensemble des schizophrènes ayant consulté pendant la période d'étude.

Facteurs prédictifs de la mauvaise observance

Facteurs socio-démographiques

L'environnement familial défavorable et les facteurs culturels semblent impliqués dans la mauvaise observance selon certains auteurs. [16, 18]. Diverses études ont montré l'effet positif d'un bon support familial et d'une bonne conscience familiale de la maladie sur l'adhésion au traitement, contrastant avec l'effet négatif d'une famille hostile. [3, 20].

Ceci abonde dans le sens de notre étude qui a montré que le bon soutien familial était corrélé à une bonne observance thérapeutique.

Par ailleurs, chez des personnes aux conditions socio-économiques défavorables, le coût du traitement peut intervenir si le remboursement est insuffisant ou nul [16].

Les deux groupes avaient un niveau socio-économique comparable, plutôt bas, ceci est lié au recrutement général de notre hôpital, qui draine essentiellement les patients aux conditions pécuniaires modestes.

Facteurs Cliniques

Conduites addictives : Selon certains auteurs dont Owen et al, les sujets schizophrènes qui présentent une comorbidité addictive forment un groupe à haut risque de non-observance [16, 19].

L'abus de substance notamment chez l'homme, l'alcoolisme et l'utilisation même isolée de cannabis sont des facteurs prédictifs importants de non-observance [13, 16]

Nous n'avons pas pu vérifier ces facteurs dans notre travail, et les taux relatifs aux conduites addictives retrouvés nous semblent largement sous-estimés. En effet, et du fait de son caractère illicite, la consommation de toxiques est souvent non rapportée voire niée par les patients et de ce fait sous diagnostiquée dans notre pays.

L'Insight est un phénomène complexe, multidimensionnel, qui peut être partiel et qui peut évoluer au cours du temps [8]. David identifie 3 dimensions: la reconnaissance d'avoir un trouble mental, la capacité à reconnaître les symptômes psychotiques, et l'observance du traitement. [7, 8]

Malgré des méthodes d'évaluation très variables, les différentes études suggèrent qu'il existe une relation entre le niveau de conscience du trouble des patients et leur observance du traitement ; un faible niveau d'insight serait prédictif d'une mauvaise observance médicamenteuse. [8, 17]

Corroborant ces résultats, notre étude a relevé que plus le niveau d'insight était faible, plus l'observance du traitement était mauvaise.

Facteurs thérapeutiques

La tolérance est considérée comme la raison principale expliquant une mauvaise observance thérapeutique [2, 16]. Elle serait meilleure avec les antipsychotiques de seconde génération [1, 16]

L'évaluation des effets secondaires du traitement par l'échelle UKU a montré une plus grande fréquence des effets indésirables neurologiques, psychiques, neurovégétatifs et sexuels chez les mauvais observants sans que la différence ne soit significative.

Il faut souligner que la grande majorité de notre échantillon et de manière comparable dans les deux groupes, recevait des neuroleptiques classiques.

Outre la tolérance, la *coprescription* de plus de trois médicaments, le *nombre de prises* quotidiennes et la *complexité* de la prescription médicamenteuses sont autant de facteurs

identifiés comme nuisibles à l'observance [12, 15, 16].

Dans notre étude, le groupe des non observants avait un nombre de comprimés, de prises par jour et de classes thérapeutiques plus élevé que le groupe des observants. Il recevait également plus souvent une association de plus de deux neuroleptiques. Toutefois, la différence n'était pas significative, ce qui pourrait être attribué à la taille réduite de notre échantillon.

Perception subjective du traitement

La perception que les schizophrènes ont subjectivement de l'effet de la médication neuroleptique qu'ils reçoivent exerce une influence considérable sur leur compliance à long terme et sur la qualité de leur vie. [4]

Plusieurs travaux ont relevé une meilleure perception subjective du traitement chez les patients compliants [10, 11], ce qui conforte les résultats de notre étude.

Limites de l'étude

Notre étude présente certains biais:

- un biais de sélection en rapport avec le recrutement des patients suivis en ambulatoire, qui seraient réputés d'emblée plus compliants,
- le non recours à une technique opérationnelle et l'absence d'instruments standardisés pour évaluer de façon la plus reproductible le taux de non-observance dans notre échantillon.

Conclusion

Malgré les progrès réalisés dans le traitement de la schizophrénie, la question de la compliance thérapeutique continue à nous interpeller.

Notre travail, à l'instar de plusieurs autres, a essayé de dégager des facteurs prédictifs de mauvaise observance thérapeutique chez les patients schizophrènes.

Néanmoins, la disparité de certains résultats de la littérature sur ce sujet nous amène à nous interroger sur la place et l'importance d'autres facteurs, notamment l'alliance et la relation thérapeutiques qui demeurent à notre sens le pivot de toute prise en charge du patient schizophrène.

Références

1. COLLABORATIVE WORKING GROUP ON CLINICAL TRIAL. "Evaluations adverse effects of the atypical antipsychotics". *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Supp 12): 17-22.
2. ATWOOD JR, HAASE J, REES-McGEE S. "Reasons related to adherence in community-based field studies". *Patient Educ Couns* 1992;19:251-9.
3. BEBBINGTON P, KUIPERS L. "The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia : an aggregate analysis". *Psychol Med* 1994; 24 :707-718.
4. BONSAC CH, CONUS PH, PHILIPPOZ R et al. « La perception subjective de l'effet des neuroleptiques chez des patients schizophrènes ambulatoires: une étude transversale ». *L'Encéphale*, 1998: XXIV: 315-23.

5. CORRIGAN PW, LIBERMAN RP, ENGEL JD. « From non compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia ». *Hosp Commun Psychiatry* 1990; 41 : 1203-11.
6. DAMOND RJ. "Enhancing medication use in schizophrenic patients". *J Clin Psychiatry* 1983; 44:7-14.
7. DAVID AS. "Insight and psychosis". *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.
8. DROULOUT T, LIRAUD F, VERDOUX H. "Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis". *Encephale* 2003; 29: 430-437.
9. FENTON WS, BLYLER CR, HEINSENK. "Determinants of medication compliance in schizophrenia : empirical and clinical findings". *Schizophr Bull* 1997; 23: 637-651.
10. GARAVAN J, BROWNS S, GERVIN M, LANE A. "Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia : relationships to subjective response to neuroleptics ; attitudes to medication and insight". *Compr Psychiatry* 1998; 39: 215-219.
11. GARCIA C, SANZ AMADOR M. "Subjective response to antipsychotics in schizophrenic patients : clinical implications and related factors". *Schizophr Researh* 2000; 41: 349-355.
12. GILLIS LS, TROLLIP D, JAKOET A et al. « Non-compliance with psychotropic medication ». *S Afr Med J* 1987; 72: 602-6.
13. KAMPMAN O, LEHTINEN K. « Compliance in psychoses ». *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 167-75.
14. KANE JM. « Problems of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia ». *J Clin Psychiatry* 1983; 44:3-6.
15. LITTRELL RA, MAINOUS AGd, KAREM FJ et al. « Clinical sequelae of overt non-compliance with psychotropic agents ». *Psychopharmac Bull* 1994; 30: 239-44.
16. MISDRAHI D, LLORCA P-M, LANCON C, BAYLE F-J. "L'observance dans la schizophrénie: facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques ». *L'Encephale*, 2002; XXVIII: 266-72, cahier 1.
17. MUTSATSA SH, JOYCE EM, HUTTON SB et al. « Clinical correlates of early medication adherence : West London First episode schizophrenia study ». *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 439-446.
18. OLFSON M, MECHANIC D, HANSELL S et al. "Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia". *Psychiatr Serv* 2000; 51:216-22.
19. OWEN RR, FISCHER EP, BOOTH BM et al. "Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia". *Psychiatr Serv* 1996; 47: 853-8.
20. SMITH CM, BARZMAN D, PRISTACH CA. "Effect of patient and family insight on compliance of schizophrenic patients". *J Clin Pharmacol* 1997; 37: 147-154.

FÉDÉRATION D'AIDE À LA SANTÉ MENTALE « CROIX MARINE »

**58^{èmes} Journées nationales de formation continue
les 28 et 29 septembre 2009 à Béziers (Hérault)**

Prendre soin : continuité des soins, partage des savoirs et lien social :

- *violence et discontinuité des soins*
- *comment ça circule dans nos institutions ?*
- *institutions sanitaires et médico-sociales*
- *partage du savoir et «nouvelles » institutions*
- *« l'enfant éparpillé »*

Face à l'évolution actuelle de l'accompagnement et le soin de la souffrance psychique, à nous d'inventer du « trans » articulant concrètement le « médico » et le « social » pour en faire un lien, non pas de clivage, mais de « transduction », c'est-à-dire facteur de continuité au travers du « différent ».

Ainsi pourrions-nous constituer un vrai « paysage » qui offre la cohérence diversifiée nécessaire à l'accueil et au cheminement du singulier.

Renseignements :

Association « Béziers 2009 Croix marine », Structure Henri Wallon, 285 rue Robert Koch, 34080 Montpellier.
mentor.jch@numericable.fr

Actualité scientifique

méditerranéenne et occitane

Béziers le 30 janvier 2009 : inauguration du centre « Anne Franck »*

ENFIN !! Le Centre de Pédopsychiatrie « Anne Franck » a ouvert ses portes aux enfants en nécessité de soins à l'hôpital de Béziers.

Le rêve et le combat du Docteur Paul MARCIANO (fondateur des Rencontres de Périnatalité) et de tous les soignants depuis des années ont pris forme : **réunir en un lieu unique les différentes structures disséminées en ville** (CMP, CATT, la périnatalité, le service de soins à domicile et RESADOS). La finalité de ce projet vise à offrir une gamme thérapeutique diversifiée tout en étant groupée. Une grande originalité est de respecter la spécificité de chaque unité tout en assurant une meilleure coordination entre les équipes pour la prise en charge des enfants et des adolescents.

Les nouveautés de ce centre sont :

- à l'extérieur : une piste cyclable, un préau, des terrasses, 45 places de parking, un accès piétonnier direct avec le Centre Hospitalier Montimaran,
- à l'intérieur : un accueil unique, des structures différen-

ciées mais reliées par une galerie couverte, un espace d'eau avec piscine pour les soins d'hydrothérapie et des salles d'activité :

- psychomotricité
- relaxation
- poterie
- conte et vidéo
- éveil corporel
- salle de classe
- atelier de marionnettes (les enfants peuvent identifier parmi elles les différents membres de leur famille, ce qui favorise l'expression de leur mal-être au sein du cercle familial. Certaines de ces marionnettes sont confectionnées par les élèves du lycée Jean Moulin, section LEP Couture, en partenariat avec le Centre).

Prochainement, une cérémonie aura lieu au site « Anne Franck » avec le **Lion's Club**, qui soutient la pédopsychiatrie.



Le coup de ciseau inaugural du centre pédopsychiatrique Anne Franck. De gauche à droite : Dr Callamand, pédiatre, (en arrière) Dr Paul Marciano, initiateur du projet, M. Elie Aboud, adjoint au Maire aux affaires culturelles, M. Raymond Couderc, Maire de Béziers, Mme Agnès Ulrich, future directrice du C.H. de Béziers, M. Juncas, DGRH, Directeur par intérim, Mme Leroy, secrétaire-générale de la sous-préfecture, (en arrière) M. Vilalta, ancien directeur, M. Aiguesvives, médecin chef de la pédopsychiatrie, Mme Réjane Galy, chef de pôle.

* Compte-rendu de Mila Ramon.

Sousse les 16-17-18 avril 2009 : facteurs de risque et facteurs de protection en psychiatrie*

Pour la première fois notre rubrique rend compte d'une manifestation scientifique des rives sud de la Méditerranée, à Sousse en Tunisie. Le Professeur Béchir Ben Hadj Ali, Président de la Société Tunisienne de Psychiatrie Hospitalo-Universitaire (STPHU), titulaire de la chaire de psychiatrie de l'unité de recherche 02/UR/08-04 de la faculté de médecine de Sousse, médecin chef du service de psychiatrie du CHU Farhat Hached de Sousse, en fut l'organisateur. Il avait invité le directeur de la revue *Psy Cause* à ce colloque. Il est donc tout naturel à ce titre qu'un écho en soit donné ici.

La première Journée fut centrée sur un atelier de formation intitulé : « *Facteurs de risque associés au suicide et interventions efficaces* », animé par Monique Séguin, une psychologue canadienne Professeur dans le département de psychoéducation et de psychologie de l'université du Québec en Outaouais. Elle reprendra en séance plénière le lendemain son argumentation par une analyse à l'aide d'enquêtes auprès des familles et de l'entourage, des éléments permettant d'évaluer des trajectoires de suicidants décédés dans la Province du Nouveau Brunswick. Ce travail avait été commandé à son laboratoire de recherche par le coroner en vue de mettre en place des mesures de prévention. Ses interventions, sollicitées par la STPHU en particulier pour l'enseignement des résidents du CHU, s'intégraient dans le cadre de travail de ces Journées.

Les travaux furent ponctués en soirée par un symposium Bristol-Myers-Squibb sur les facteurs de risque somatiques dans les troubles schizophréniques.

La seconde Journée était en fait la première du congrès proprement dit. Après les discours d'ouverture protocolaires, l'équipe du Professeur Béchir Ben Hadj Ali introduit le thème du colloque : « *dès la fin des années 1970, l'institut national américain de la santé mentale a défini le facteur de risque comme toute caractéristique associée avec une probabilité augmentée d'avoir une maladie mentale* ». Cet institut américain a donné le coup d'envoi à de larges études épidémiologiques de par le monde qui ont permis de promouvoir plusieurs aspects de la recherche en psychiatrie, de faire évoluer la nosologie psychiatrique pour une définition plus précise des troubles ainsi qu'une évaluation et une mesure plus pointues des variables. Parmi les facteurs de risques, le stress occupe une place importante. C'est l'étude de ce facteur qui a amené le concept de facteur de protection ou de facteur de résilience. Le phénomène de résilience désigne la capacité qu'ont certains individus soit

à s'adapter avec succès à l'adversité soit à fonctionner de façon compétente face à une situation traumatique.

Le Professeur Henri Lôo, co-président de la séance, appelle à la prudence quant à l'interprétation des facteurs de stress : la perte du conjoint, par exemple, peut être un drame terrible anéantissant toute une vie, mais aussi une occasion inespérée de mettre une fin à une relation épouvantable.

La communication suivante, intitulée « *Facteurs de risque et facteurs de protection des troubles mentaux chez la femme* », fut un grand moment de ses Journées. Elle fut présentée par la Pr Saïda Douki qui partage son activité entre l'hôpital du Vinatier à Lyon et l'hôpital Razi à Tunis. En tant que présidente de la Société Tunisienne de Psychiatrie, elle avait fait une forte impression en 2001 lors de la première rencontre organisée dans le monde arabe pour débattre des pathologies mentales des femmes arabo-musulmanes, qui s'était déroulée à Tunis. Le Nouvel Observateur en dressa un portrait haut en couleur : « *Toutes deux sont psychiatres. L'une en Arabie Saoudite, l'autre en Tunisie. L'une est voilée jusqu'aux yeux. Elle ne se nourrit ni ne se désaltère en public, et semble être une ombre aux côtés des hommes qu'elle accompagne. L'autre est élégante, apprécie les bons vins, fume comme un pompier et n'a pas la langue dans sa poche quand il s'agit de fustiger l'asservissement de ses sœurs.(...) La première, anonyme et silencieuse, servait manifestement d'alibi à une délégation masculine de médecins saoudiens. Tandis que la seconde, Saïda Douki, (...) était la star de ce rassemblement de près de 600 psychiatres, venus débattre ensemble et pour la première fois de la santé mentale des femmes arabo-musulmanes. Par leur apparence et leur comportement si opposés, en dépit d'un niveau d'éducation et d'un statut professionnel similaire, ces deux cliniciennes illustrent parfaitement les deux extrêmes de la condition de la femme dans le monde arabe* ».

Lors de sa communication co-rédigée avec Fathy Nacef, Saïda Douki passe en revue des situations qui accroissent la vulnérabilité des femmes aux troubles mentaux : la surcharge de travail par cumul d'un métier et du travail domestique, l'analphabétisme, le mariage polygamique, la répudiation, la stérilité et la ménopause. Elle illustre par des graphiques convaincants la différence de la vulnérabilité des femmes entre la Tunisie et d'autres pays tels que l'Arabie saoudite, les Émirats arabes unis ou le Pakistan. La Tunisie par exemple n'accorde aucune circonstance atténuante à l'auteur du meurtre d'honneur d'une femme qui, parce qu'elle a été violée, salit sa famille. Elle évoque aussi le bienfait des interventions chirurgicales restaurant la virginité en vue du mariage. Elle salue l'action de son Pays quant au statut de la femme et rappelle que le Coran prône

* Compte-rendu de Jean Paul Bossuat.



l'égalité entre l'homme et la femme : ce sont des coutumes pré-islamiques qui font la différence. Cette intervention fut très chaleureusement applaudie.¹

Cette première séance s'acheva par une présentation des facteurs de protection des maladies mentales *chez l'enfant*, en insistant sur l'importance d'un contexte sécurisé dans le développement de l'enfant (M.B. Helayem et A. Bouden, de l'hôpital Razi à Tunis).

La seconde séance débuta une communication rédigée par le Pr Massaoui de Casablanca traitant des facteurs de risque et des facteurs de protection chez *les migrants*. Elle mit en parallèle la migration réussie des ministres français Rama Yade et Rachida Dati avec l'histoire d'un pauvre hère sans papiers en Italie qui végétait depuis des années mais ne pouvait rentrer au Pays tant qu'il n'avait pas réussi. La solution passe par la création de vraies perspectives attractives sur place pour la jeunesse du Maroc.

La communication suivante était celle du directeur de la revue *Psy Cause*, Jean Paul Bossuat. Elle a proposé une réflexion sur *la dialectique risque et protection dans les soins aux malades mentaux à travers l'histoire de la psychiatrie française*. Partant du discours prononcé à Antony par le Président de la République, elle a passé en revue le mythe fondateur de la psychiatrie (la rencontre Couthon-Pinel), la loi de 1838, Parchappe et l'asile centré sur la classification des malades mentaux, l'open door, l'asile village, la psychothérapie institutionnelle, le secteur et les orientations actuelles centrées sur le positivisme et le management allant de pair avec les psychothérapies à visée éducative. La prise en compte de l'inconscient et du transfert n'est plus au premier plan. En ce sens, le discours d'Antony qui, au-delà des propos sécuritaires qui font à juste titre débat, est le premier depuis très longtemps à parler des soins en hôpital psychiatrique centrés sur la relation, ne serait-il pas un appel du pied de la société, au moyen de ses élus, susceptible, par les prises de conscience qu'il entraîne, de conduire à un retour au pacte qui a fondé la clinique française ?

1. L'auteur de ce compte-rendu remercie le Pr Béchir Ben Hadj Ali de l'avoir honoré de la co-présidence d'une séance avec la Pr Saïda Douki.

L'après-midi de cette seconde Journée nous permit d'écouter un travail de psychiatres de l'hôpital Razi à Tunis (Haïfa Zalila, Leïla Zaghdoudi et Raja Labbane) sur les facteurs de risque et les facteurs de protection dans *les addictions*. Ce travail mit l'accent sur l'intérêt de la détection des facteurs de risque pour la mise en place d'une stratégie de prévention.

Suivit l'intéressante étude de psychiatres de l'équipe du Pr Lôo à Sainte Anne sur le *dépistage précoce des troubles schizophréniques*. Un temps fort de cet exposé richement illustré par des bibliographies principalement anglo-saxonnes, fut une présentation par l'imagerie médicale des dégâts occasionnés dans le cortex par l'usage à long terme des neuroleptiques classiques.

La présentation d'une étude sur *le stress* par Mejda Chéour (co-rédigée avec Anissa Bouasker et Hédi Aboub) permit d'apprécier le niveau de réflexion de cette excellente équipe du service de psychiatrie de l'hôpital Razi à Tunis qui évoqua au cours de son exposé aussi bien Sigmund et Anna Freud que la génétique.

Trois équipes de pédopsychiatrie intervinrent ensuite. La première était de Sfax et évoqua la *cyberaddiction* chez les adolescents scolarisés, qui est un phénomène de société constaté par une enquête dans les lycées publics des zones communales de Sfax.

La seconde, de Tunis, s'intéressait aux antécédents neurologiques précoces chez les enfants avec *trouble envahissant du développement*. Sa méthodologie est une étude transversale statistique sur un échantillon de 44 enfants sur lesquels le diagnostic a été porté. L'idée est de mettre ainsi en évidence la possibilité d'une prévention des troubles envahissants du développement.

La troisième équipe exerce à l'office national de la famille et de la population (ONFP) à Tunis. Sa recherche a eu pour but d'évaluer *l'approche participative de l'enfant et de l'adolescent* dans les espaces ado et jeunes relevant de cet organisme.

La dernière communication de l'après-midi fut également une étude statistique épidémiologique sur le modèle de celles l'institut national américain de la santé mentale qui



ont servi de fil d'Ariane méthodologique à ces Journées de Sousse. Quatre psychiatres de l'hôpital Razi de Tunis (I. Séjil, H. Zalila, R. Ghachem et A. Boussella) ont fait le constat que *la maladie mentale et la violence semblent être intimement liés*. Ils ont recherché les comportements violents chez les patients hospitalisés du 1^o au 30 mars 2009 dans le service « D » de l'hôpital Razi. Cette étude permit de lister 13 facteurs de risque de violence et de conclure : « *les facteurs de risque qui sous-tendent ces comportements sont identifiables. Mais le problème de la protection aussi bien du malade mental lui-même que de son entourage, pour qui l'hôpital constitue l'ultime recours, reste posé* ».

La troisième et dernière Journée débuta avec le travail de trois psychiatres de l'hôpital Razi (Rim Ghachem-Attia, Haïfa Zalila et Afif Boussetta) sous la forme d'une étude transversale menée auprès d'un échantillon composé de 500 étudiants âgés de 19 à 26 ans en vue d'une prévention des troubles du *comportement alimentaire*.

Deux praticiens de l'hôpital Bourguiba de Monastir (Lofti Gaha et Sonia Hammami) communiquèrent ensuite sur les facteurs de protections et les facteurs de risque du vieillissement pathologique et de la *maladie d'Alzheimer*. Le faible environnement social et la dépression favorisent la démence tandis que le niveau d'éducation élevé qui augmente le réseau synaptique associé à l'apprentissage et les effets anti-oxydants de l'alimentation ont un rôle protecteur.

Les deux communications suivantes étaient complémentaires. La première (de Karim Tabbene, Olfa Ben Azouz et Lamia Dellagi, de l'hôpital Razi) traitait de *la prévention des récurrences dans les dépressions unipolaires*. La seconde (de Selma Ben Nasr, Ghanem Amara et Béchir Ben Hadj Ali, de Sousse) était intitulée : « *Sujets à risque et dépistage des troubles bipolaires* ». Dans ces deux exposés, la méthodologie déjà citée permit une analyse fine des facteurs en jeu. En cas de troubles bipolaires, l'utilisation de la « Check-list d'hypomanie d'Angst » facilite la tâche du clinicien.

Une présentation de travaux parisiens (M.A. Gorsane, A. Galinowski et M.O. Krebs, du CHU de santé mentale et de

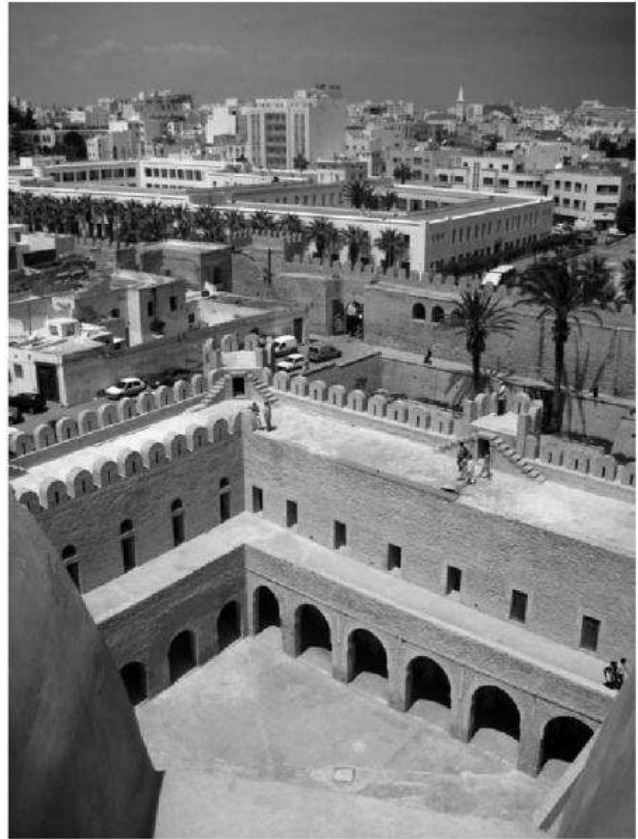
thérapeutique de l'hôpital Saint Anne, de l'unité INSERM U 894, et de l'université Paul Descartes pour les deux derniers) sur *les indices neurophysiologiques dans la schizophrénie et l'intérêt de l'étude de l'excitabilité corticale* nous a conviés à une visite dans l'étude éminemment scientifique des substratums neurobiologiques. Mais tous ces travaux quelque soit leur complexité laissent au final les chercheurs sur leur faim, à en juger par leur conclusion : « *bien que fortement associés à la schizophrénie, ces paradigmes neurophysiologiques nécessitent d'autres preuves attestant leur stabilité au cours du temps et de l'évolution du trouble, la fiabilité de ce qu'ils mesurent et leur héritabilité* ».

Une étude de l'équipe du Pr Béchir Ben Hadj Ali, intitulée : « *Évènements de la vie et décompensations schizophréniques : une étude comparative* », revisitait cette maladie en comparant le nombre et l'impact des événements de vie chez des patients atteints de schizophrénie, en période de décompensation comparés à des patients sains. La méthodologie a mobilisé des outils tels que le DSM, la BPRS, la PANSS, la SAPS, la SANS et la CGI. Le résultat est le constat que les schizophrènes ont moins bien vécu les événements de la vie que les sujets sains et que des désordres thyroïdiens seraient alors mobilisés.

Des psychiatres du laboratoire de recherche « vulnérabilité aux psychoses » du service de psychiatrie de Monastir (I. Ben Lamine, F. Zaafrane, I. Marrag et L. Gaha) et des praticiens du service de gynéco-obstétrique du CHU de Monastir (R. Slim, M. Sakouhi, R. Faleh), présentèrent leur étude sur *les facteurs de risque de la dépression du post-partum précoce*. Une enquête descriptive et comparative fut réalisée au service de gynécologie-obstétrique de Monastir incluant 600 femmes accouchées, évaluées par l'échelle de dépression du post-partum (EPDS) entre la première et la deuxième semaine du post-partum. La recherche des facteurs associés s'était basée sur l'étude comparative des populations déprimées avec les non déprimées, utilisant un seuil de signification fixé à 5%, et concernait les paramètres sociodémographiques, anamnétiques, gynéco-obstétricaux, néonataux et environnementaux. Les résultats consacrèrent l'existence de facteurs de risque de la dépression du post-

partum, relevant de divers facteurs liés à la mère, relatifs à l'enfant ou se rapportant à l'environnement conjugal, familial et social, qui appellent à des mesures de prévention en prénatal.

Ces trois Journées de Sousse se sont achevées par une étude de cinq psychiatres de l'unité de recherche « schizophrénie » de l'hôpital Razi à Tunis (M. M'solly, Y. Jones, S. Bouhlel, W. Melki, Z. El-Hechmi) sur *les facteurs associés aux tentatives de suicide dans la schizophrénie*. La schizophrénie présente un taux de mortalité 4,5 fois supérieur à celui de la population générale. Une des hypothèses avancées pour expliquer cette surmortalité est la vulnérabilité au suicide. Pour y voir plus clair, l'unité de recherche effectua une étude rétrospective, descriptive et comparative portant sur 100 patients atteints de schizophrénie selon le DSM IV et suivis à la post-cure de l'hôpital Razi. La population fut divisée en deux groupes, l'un n'ayant jamais effectué de tentative de suicide, l'autre en ayant effectué au moins une. Ce travail a confirmé certaines données de la littérature notamment un risque suicidaire plus important chez les patients schizophrènes ayant une prise en charge de mauvaise qualité et gardant des symptômes résiduels positifs entre les épisodes.



La ville de Sousse vue depuis la tour du Ribat, Tunisie.

COLLOQUE DE RENTRÉE, DE PSY CAUSE Le dit et l'entendu dans le couple

À l'hôtel d'Europe, place Crillon, Avignon, le 26 septembre 2009 de 9 heures à 12 h 30

- 9h à 9h30 : accueil et introduction par l'organisatrice, Brigitte Manivel
- 9h30 à 10h30 : Jean-Pierre Montalti, médecin chef de psychiatrie adultes au CHU La colombière – Montpellier : « *Le couple : une folie à deux* »
- 10h30 à 11h : pause
- 11h à 12h : Mathieu Lacambre, praticien hospitalier au CHU de Montpellier et Ève Montalti, psychologue clinicienne à Montpellier, à l'association « Via Voltaire » et au CHU : « *De la violence intime à la violence partagée* »
- 12h à 12h 30 : débat et conclusion

✂

Bulletin d'inscription au colloque de rentrée

À retourner avec un chèque à l'ordre de Psy Cause à l'Association Psy-Cause, à l'attention de Chantal Roose,
Secrétariat du Secteur 27, Pôle Avignon Sud Durance – Centre Hospitalier, 84143 MONTFAVET Cedex

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. : Courriel :

Prix de la formation : 50 € (abonnement découverte offert)
20 € pour les abonnés à jour

Agrément ANFH 93840166884

L'équipe de *Psy Cause*

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Evrard (Avignon)

Brigitte Manivel (Avignon)

Le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et des rédacteurs en chef.

■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

■ Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Afrique : Monique Wagner (Boulbon)

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)

Ashraf Amin (Toulon)

Michèle Anicet (Avignon)

Joëlle Arduin (Avignon)

Geneviève Ayach (Paris)

Nadia Benathzmane (Paris)

Rachel Bocher (Nantes)

Hervé Bokobza (Montpellier)

Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence)

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

René-Louis Fayaud (Thuir)

Jean-Yves Feberay (Pierrefeu)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Réjane Galy (Béziers)

Marie-Claude Gardone (Avignon)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Bernard Javellot (Pierrefeu)

Patrick Jouventin (Avignon)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Arles)

Jean-Baptiste Orler (Cannes)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Jacques Peyre (Montpellier)

Rémi Picard (Avignon)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

Pascal Schindelholz (Papeete, Polynésie)

Jeanie Schott (Uzès)

Béatrice Segalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Julien Starkman (Avignon)

Zhengyong Song (Draguignan)

Dominique Texier (Thonon)

Martin Tindel (Pierrefeu)

Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Tatiana Beregovaïa (Avignon)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Patrick Boyer (Uzès)

Ikrame Brando (Avignon)

Laurence Feller (Uzès)

Huguette Ferré (Martigues)

Thierry Fouque (Nîmes)

Marielle Fontaine (Avignon)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Alain Gavaudan (Marseille)

Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)

Carole Mitaine (Antibes)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Patricia Princet (Fains)

Mila Ramon (Béziers)

Anne Rivet (Avignon)

Sophie Sauzade (Martigues)

Gilbert Schott (Uzès)

Dominique Schneider (Strasbourg)

■ Correspondants étrangers

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Ahmed Benrqiq (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava,

Tchéquie)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Farid Bouchene (Alger, Algérie)

Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Mannouba, Tunisie)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)

Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie

Britannique, Canada)

Valère Nkelzok (Douala, Camérout)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott,

Mauritanie)

Maria Socolsky (Buenos Aires,

Argentine)

Gyöngyigy Szilagy (Budapest, Hongrie)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Saskatoon,

Saskatchewan, Canada)

Bertrand Tiret (Gatineau, Québec,

Canada)

Mathieu Tognidé (Bénin)

■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucheron (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Daniel Bley (Arles)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Stéphane Bourcet (Toulon)

Jean-Louis Champot (Aix)

Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)

Boris Cyrulnik (Toulon)

Françoise Deramond (Toulouse)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Martine Fournier (Marseille)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Claudine Fuya (Avignon)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Gérard Mosnier (Avignon)

Régis Polyverel (Martigues)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Yves Rousselot (Aix)

Nicole Vernazza (Arles)

■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (Pierrefeu)

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 50 € à partir du n° (sauf n° épuisés).

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer à :

PsyCause
Secrétariat du secteur 27 – A l'attention de Chantal Roose
Centre Hospitalier – 84143 Montfavet cedex

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal..... Ville.....

et Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée à : Dr J.-P. Bossuat, Centre hospitalier de Montfavet 84143 Montfavet cedex.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication.

Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :
- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (type photo d'identité)
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**

L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.

Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).

Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.

- **Bibliographie** :

Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière page de l'article.

Instructions techniques

Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).

Le dit et l'entendu dans le couple

Colloque de rentrée de PsyCause

Avignon, le 26 septembre 2009



**À l'hôtel d'Europe, place Crillon
de 9 heures à 12 h 30**

- Conférences de Jean-Pierre Montalti, Mathieu Lacambre et Ève Montalti
- Colloque organisé par Brigitte Manivel, Rédactrice en chef de Psy Cause

Renseignements :

Chantal Roose, secrétariat du Secteur 27, Pôle Avignon Sud Durance,
Centre Hospitalier, 84143 Montfavet cedex. Téléphone 04 90 03 92 76.

Et Brigitte Manivel : 06 25 99 81 18