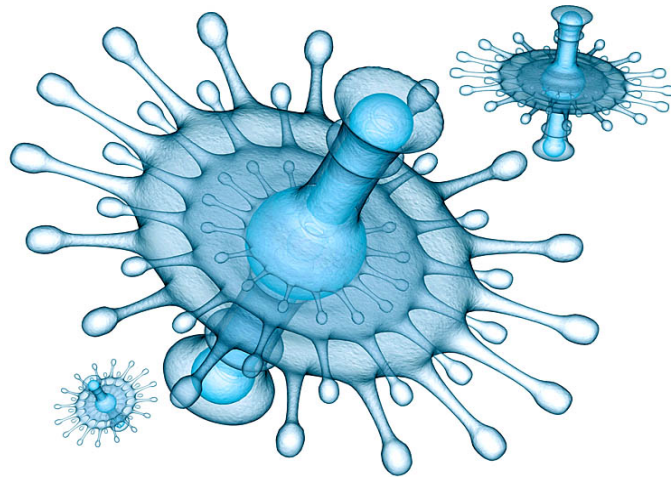


Atelier SVT-Philosophie

Lycée Henri IV



Journal 2012/2013

Les nanotechnologies
Les psychopathologies

Sommaire

Présentation de l'Atelier 2012-2013	2
Des nano-aimants pour manipuler le vivant	4
Du Bon Usage du Principe de Précaution	6
Le traitement des maladies psychiatriques dans les hôpitaux	10
Si può fare	11
Faut-il systématiquement lier suicide et psychopathologie ?	
La réponse chiffrée des sociologues.	13
Injonctions paradoxales : les contradictions nous rendent-elles nécessairement malades ?	16

Présentation de l'Atelier 2012-2013

L'atelier SVT-Philosophie du lycée Henri IV a poursuivi ses activités, cette année autour de 2 thèmes choisis par ses participants: « les nanotechnologies» au cours du 1er semestre, puis dans un tout autre registre... « les psychopathologies» au 2nd semestre. Vous trouverez donc dans ce journal des articles relevant de l'un ou l'autre de ces 2 thèmes, liés aux activités de l'atelier, et à diverses réflexions de leurs participants.

La base du fonctionnement de l'atelier est restée la même : il accueille les élèves qui le souhaitent, de la seconde aux terminales littéraire et scientifique, voire aux classes préparatoires, pour une à deux heure(s) de réflexion et de discussion autour d'une tasse de thé et d'un double regard philosophique et scientifique autour des thèmes choisis. Nous avons aussi eu l'occasion, grâce à l'INSERM, que nous remercions ici, d'inviter une chercheuse, Florence Gazeau, pour une soirée passionnante sur "Des nanoaimants pour manipuler le vivant" (voir le compte-rendu par Anaïs Roussel et Plotine Jardat, élèves de TS5, dans ce journal).

Au cours de l'année nous avons étudié divers textes, certains proposés par les élèves, d'autres par les professeurs animateurs de l'atelier, Isabelle Patriarche et Agnès Crétual-Meyer : un texte de Florence Gazeau sur "les nanoparticules magnétiques au coeur des cellules: des outils pour les thérapies cellulaires", divers articles sur les nanoparticules extraits du numéro hors série de Sciences et Vie de Décembre 2010: "Quel est l'impact des nanotechnologies sur l'environnement?" et "Mangerons-nous bientôt des nano-aliments?", divers articles extraits également du magazine Biofutur de Juin 2012 sur les nanomédicaments. Nous avons ensuite étudié un texte passionnant de Dominique Lecourt sur "L'étrange fortune du principe de précaution", dont vous trouverez une analyse dans ce journal par Pierre Liscia et Anna Cros, élèves de TS5; puis, permettant une transition entre nos 2 thèmes, nous avons étudié un article du journal Le Figaro, daté du 25 Mai 2010, sur des essais thérapeutiques contre la dépression... grâce à l'usage d'aimants!

Nous avons ensuite abordé le thème des psychopathologies en commençant par "Eléments pour une histoire de la psychiatrie" du docteur G. Lantéri-Lanta, puis un extrait de "Phèdre" de Platon, sur "Les espèces du délire". Nous avons lu des extraits du livre "Petite histoire du suicide", de Martin Monestier et nous avons été vivement intéressés par les différentes définitions du suicide proposées par les sociologues au cours du temps. Nous avons eu grand plaisir à visionner le film "Si puo fare" de Giulio Manfredonia, où il est question d'antipsychiatrie, en Italie, dans les années 1980; tirée d'une histoire vraie, ce film met en scène une cooperative créée des malades d'un hopital psychiatrique de Milan (vous trouverez un peu plus loin un article d'Anne-Laure et Mathilde Lesage, élèves de TL1ES, sur ce film). Juliette Guichardet, Sophie Guy et Louis Baktash, élèves de TL1ES, ont rédigé un article sur "Le traitement des maladies psychiatriques dans les hôpitaux". Nous avons également lu la lettre d'Adieu de Kurt Cobain, chanteur du groupe Nirvana qui s'est suicidé en 1994, à l'âge de 27 ans...

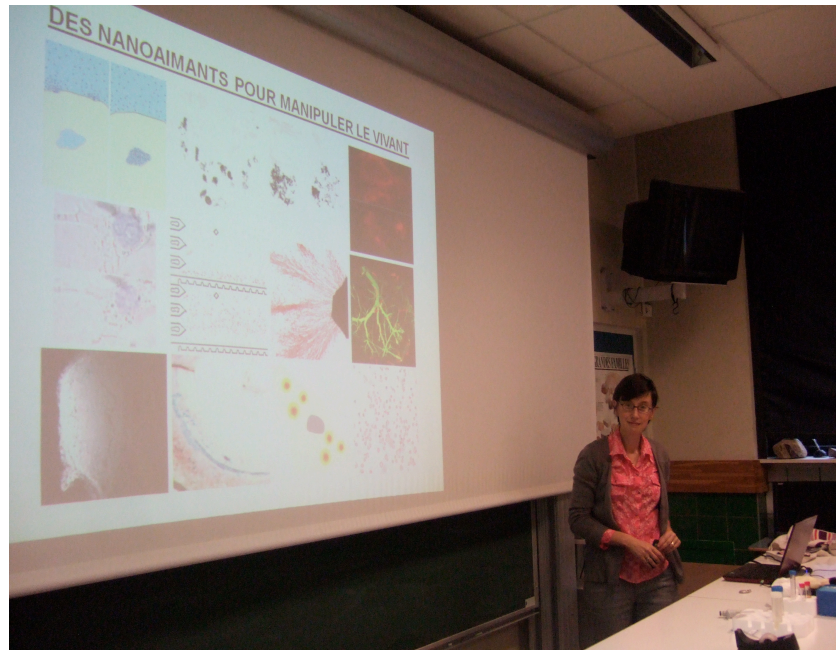
Bref, vous voyez que nos activités, sujets de discussions et d'intérêt ont été variés, riches... et que ces 2 thèmes auraient pu nous occuper, nous intéresser encore bien des mois, voire des années... nous n'avons clairement pas fini d'en faire le tour. Il y a là de multiples sources de lecture et d'intérêt, autour de travaux de recherches dont il sera passionnant de suivre l'évolution dans les années à venir, et des réflexions éthiques à prévoir sur ce que la société s'autorisera à faire des découvertes à venir. En effet, si Florence Gazeau nous a présenté des applications fort prometteuses de l'utilisation de nanotechnologies (thérapie contre les cancers, reconstruction de vaisseaux sanguins, de cartilage à l'intérieur même de l'organisme...), d'autres font un peu frémir (est-on informé de la présence de nanoparticules dans nos crèmes hydratantes, dans nos aliments, nos médicaments? Quelle est la législation en cours? Quels sont les dangers à court et à long terme pour le consommateur?...). Nous avons également évoqué la publication du DSM-5, 5ème édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie, en Mai 2013. Dans cet ouvrage de référence, le nombre de maladies mentales répertoriées a été multiplié par 8 par rapport au DMS-I, 1ère mouture datant de 1952. Sommes-nous tous devenus fous? s'interrogent les auteurs de divers articles du journal La Recherche de Juin 2012 à ce propos, puisque si l'on en croit la classification des maladies mentales du DSM-5, un tiers des européens seraient atteints d'une maladie mentale. En effet, y sont intégrés des troubles allant de l'insomnie à la difficulté de prendre la parole devant un groupe, en passant par l'hyperactivité des enfants... notons qu'à ce propos un nombre toujours croissant d'enfants est suivi médicalement pour hyperactivité, aux Etats-Unis, avec traitement médicamenteux.

Peut-être profiterez-vous des vacances, certainement bien méritées et que nous vous souhaitons excellentes, pour lire des articles sur le très controversé DSM-5, pour découvrir les ouvrages d'Oliver Sacks (neurologue et psychiatre à l'origine de nombreux livres tous passionnants, notamment "L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau", "L'oeil de l'esprit")... A septembre prochain, pour ceux qui le souhaitent, pour ceux qui le peuvent, probablement autour du thème de la plasticité cérébrale.

Agnès Crétual-Meyer, Professeur de SVT



Des nano-aimants pour manipuler le vivant



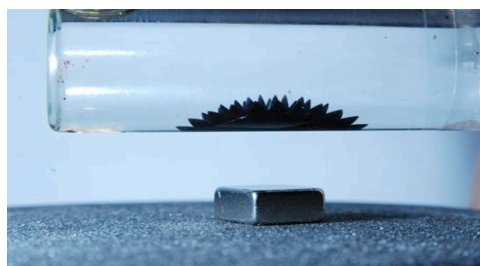
Contrairement à certains animaux qui possèdent un sixième sens magnétique, l'être humain n'est pas sensible aux fluctuations magnétiques de son environnement. Récemment, des chercheurs ont eu l'idée d'intégrer des aimants de taille nanométrique (de l'ordre de 10^{-9} mètres) dans le corps humain, afin d'en manipuler certaines parties par le biais de champs magnétiques extérieurs.

Le 9 octobre 2012, nous avons eu l'opportunité d'assister à la conférence intitulée « Des nano-aimants pour manipuler le vivant » présentée par Florence Gazeau, chercheur au laboratoire Matière et Systèmes complexes (CNRS, Université Paris Diderot).

Quatre objectifs principaux justifient l'utilisation des nano-aimants : manipuler les cellules, observer des cellules à l'intérieur du corps, chauffer des cellules tumorales dans le but de les détruire, et mieux cibler les traitements.

Les nano-particules possèdent de nombreuses qualités. On peut citer leur taille (nanométrique) qui leur permet de franchir certaines barrières, le rapport surface/volume très élevé : 1g de nanoparticules possède une surface d'interaction équivalente à celle d'un terrain de tennis.

Les nano-aimants sont synthétisés à partir d'oxydes de fer. Mme Gazeau nous a présenté des tubes contenant des suspensions colloïdales de nano-aimants, c'est-à-dire où toutes les particules ont une même distance entre elles. Ces suspensions avaient la surprenante propriété de former des pics lorsqu'on les plaçait à proximité d'un aimant, comme le montre la photographie suivante (il s'agit d'interactions entre champs magnétiques).



Grâce aux nano-aimants, on peut manipuler le vivant de diverses manières. D'une part, on peut intégrer des nano-aimants à des cellules par endocytose (invagination de particules extérieures à l'intérieur d'une vésicule membranaire). Les cellules sont alors aimantées et facilement manipulables. Par exemple, on peut manipuler à distance des cellules aimantées en suspension colloïdale : en approchant un aimant de la solution, les cellules se rapprochent de celui-ci. On peut noter que, selon les propriétés du milieu, le déplacement des cellules varie : dans un milieu visqueux les cellules se déplacent plus lentement que dans un milieu plus fluide.

D'autre part, on peut manipuler les cellules afin de reproduire l'architecture des tissus du corps humain. Sous l'influence d'un champ magnétique, les cellules aimantées se regroupent, on peut alors donner au groupe cellulaire la forme que l'on veut. C'est notamment très utile en médecine régénérative, qui consiste à réparer des tissus lésés. Les trois exemples les plus marquants sont ceux de la création de cartilages, de vaisseaux sanguins, et de cellules cardiaques.

La principale condition pour que des cellules souches se différencient en cartilage est qu'elles soient condensées. Grâce aux nano-aimants, on a pu former du cartilage au bout de 28 jours. Concernant les vaisseaux sanguins, il faut une structure tridimensionnelle constituée de plusieurs couches. À l'aide d'un aimant cylindrique, on a pu mettre en place successivement ces différentes couches et obtenir un vaisseau sanguin. La particularité du muscle cardiaque est que ses cellules se contractent spontanément. Pour créer ce battement artificiellement, les chercheurs ont d'abord rapproché des cellules puis les ont stimulées grâce à un champ magnétique. Nous avons vu une vidéo impressionnante qui présentait des cellules isolées en train de battre.

Outre la manipulation du vivant, l'utilisation des nano-aimants permet d'observer des cellules à l'intérieur du corps. L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) permet de repérer des éléments qui ont des propriétés magnétiques. Actuellement, on observe surtout les molécules d'eau, qui présentent des propriétés magnétiques du fait de leur polarité. Cependant depuis peu, on est en mesure de faire des observations bien plus précises grâce aux nano-aimants, qui sont bien plus aimantés que les molécules d'eau. Par exemple, on peut suivre le cheminement des cellules du système immunitaire, qui accumulent les nano-aimants présents dans l'organisme.



On peut également utiliser les nano-aimants dans le traitement des cellules tumorales. Pour cela, on injecte des nano-aimants dans le sang du patient. Ensuite, on guide ceux-ci jusqu'à la tumeur grâce à un champ magnétique externe. Enfin, on applique un champ magnétique alternatif aux nano-aimants, toujours de l'extérieur. Le mouvement des nano-aimants entraîne alors une augmentation de la température des cellules ciblées, ce qui provoque leur mort. Des essais cliniques sont en cours de réalisation pour soigner des tumeurs du cerveau grâce à cette méthode, à l'Hôpital de la Charité à Berlin.

La dernière utilisation des nano-aimants, évoquée par Mme Gazeau, consiste à cibler des traitements. Par exemple, l'aimantation d'une molécule médicamenteuse pourra permettre de guider celle-ci avec précision vers sa cible. On peut ainsi encapsuler un principe actif, qui sera alors préservé jusqu'à sa cible.

Durant cette conférence, nous avons donc pu découvrir diverses utilisations des nano-aimants, du traitement des cellules cancéreuses à la création de cellules cardiaques. Restent les questions de l'élimination des nano-aimants de l'organisme une fois leur but atteint, ainsi que les effets des champs magnétiques plus ou moins puissants sur le corps humain.

Plotine Jardat et Anaïs Roussel, TS5



Du Bon Usage du Principe de Précaution

Lorsque le *Deutsche Oper* de Berlin décide, au nom du principe de précaution, d'interdire une mise en scène de l'*Idoménée* de Mozart parce que celle-ci présentait au public les têtes coupées de Jésus, Mahomet, Bouddha et Poséidon, il est indéniable que le Principe invoqué pour justifier une telle décision a été, sinon mal compris, tout du moins employé pour éviter toute prise de risque. Tant le grand public que les institutions et administrations usent et abusent du Principe de Précaution ; celui-ci, malgré son importance fondamentale et toujours grandissante dans la vie quotidienne comme dans la recherche scientifique, reste relativement mal compris. D'où la nécessité de définir quel serait le "Bon usage" du Principe de Précaution.

Si la langue Française ne contient aucun synonyme parfait, alors Précaution et Prévention n'ont pas la même signification. C'est pourtant l'association de ces deux termes qui souvent induit en erreur ceux qui évoquent et usent du Principe de Précaution ; d'où les nombreux mésusages dont ce Principe est victime. Dans les cas où il est question de prévention comme de précaution, il y a incertitude. Tout

dépend de la connaissance scientifique se rapportant à ces incertitudes. Prenons l'exemple d'une urne contenant des boules de couleur. Si je sais que cette urne contient dix boules, trois rouges et sept vertes, il y a incertitude quand à la couleur de la boule que je tirerai de l'urne, mais pas sur la probabilité d'obtenir telle couleur ou l'autre. En revanche, si l'on me place face à une urne dont la composition m'est inconnue, l'incertitude porte tant sur la probabilité d'obtenir telle couleur que sur la présence de telle couleur dans l'urne. Imaginons qu'une boule rouge représente un risque. Lorsque je pioche dans cette urne dont le contenu m'échappe, j'ignore absolument s'il y a un risque (au moins une boule rouge), et s'il y a une forte probabilité qu'il advienne (plus le nombre de boules rouges est élevé sur le total de boules). Je ne sais pas à quoi je m'expose en tirant à l'aveugle. D'où la nécessité de SE prévenir du risque (ici SE PREVENIR signifie S'INFORMER d'un risque qu'on ne connaît pas encore). Et c'est dans ce cas (et seulement dans celui-ci) que l'on peut invoquer la précaution. Ainsi, fermer une autoroute pour cause de risque de chute de neige ne relève aucunement de la précaution ; le risque existe, et j'en suis conscient, je vais donc LE prévenir (ici, PREVENIR le risque signifie prendre des dispositions afin que le risque connu n'ait pas de conséquences nuisibles).

Formulé en tant que tel, le Principe de Précaution est relativement récent, puisqu'il naît en Allemagne sous le nom de *Vorsorgeprinzip* dans les années 1970. Dès ses origines le principe est un principe qui exhorte à l'action, puisqu'on pourrait le résumer par l'idée que si en observant une dégradation de l'environnement, j'attends d'avoir la certitude que des risques existent, il peut être déjà trop tard ; c'est pourquoi une réponse immédiate aux dégradations de l'environnement est impérative. Après le Congrès de Rio de 1992 qui donne au Principe une notoriété internationale, ce dernier devient une composante essentielle des principaux textes juridiques, Traité de Maastricht en 1992, loi Barnier en France en 1995, il est finalement inséré dans le Préambule de la Constitution Française en 2005. Rien d'étonnant à ce que les problèmes d'environnement aient les premiers invoqués la nécessité d'un "principe de précaution" à valeur juridique ; les problèmes environnementaux (rapidement relayés par les questionnements autour des OGM ou des nanotechnologies) sont le premier exemple concret dans lequel l'absence de certitudes concernant d'éventuels risques se fait ressentir. L'apparition et le développement plutôt rapide du Principe de Précaution n'est pas sans rapport avec la prise de conscience écologiste qui suit la Seconde Guerre Mondiale ; la conception moderne de la science semble en effet être restée sourde au discernement d'Auguste Comte, qui distinguait la prévision (qui suppose une attitude passive alors même qu'on a anticipé des risques) de la prévoyance (qui consiste, au contraire, à prendre activement les devants une fois qu'on a anticipé des risques) ; cette conception de la science a fait comme si la prévision impliquait la prévoyance, et c'est bien le cas qui pose problème. Le Principe de Précaution pourrait ainsi sauver la science de l'impasse dans laquelle cette conception l'a jetée.

De plus, la nécessité d'un principe nouveau se voit réaffirmée par la situation de notre monde contemporain, qu'il ne serait pas invraisemblable de considérer comme soumis au régime du risque, et du risque global, c'est-à-dire concernant la Terre entière et non de petites sphères privées. Force est de constater que la prudence aristotélicienne ne suffirait plus à un tel univers, car contrairement au monde d'Aristote, le risque n'évolue aujourd'hui plus dans un cadre lui-même fixe et certain ; lorsqu'Aristote pouvait se demander si l'hiver prochain sera froid ou sec, nos scientifiques se posent plutôt la question de savoir s'il y aura encore des hivers.

Mais ce n'est pas là la seule différence entre le Principe de Précaution et son lointain homologue aristotélicien. La *phronèsis* d'Aristote se distingue en cela de la science qu'elle concerne la partie calculative de l'âme ; celle que Kant nomme *Klugheit* correspond finalement à "l'habileté dans le choix des moyens qui nous conduisent à notre plus grand bien-être". La précaution, associée à de tels principes, ne peut que s'y réduire ; la prudence évoque l'incertitude du savoir sur un risque avéré ce qui n'est pas le cas de la précaution. De plus, contrairement au précepte d'Aristote, la dimension morale n'est pas absente du Principe de Précaution. Ce dernier n'est en effet pas sans rapport avec le "principe responsabilité" de Jonas. Philosophe contemporain, celui-ci a tout à fait perçu que "nulle éthique

antérieure n'avait à prendre en considération la condition globale de la vie humaine ainsi que l'avenir lointain et l'existence de l'espèce elle-même". Le Principe de Précaution est moral, puisque fondé sur une prise de conscience (qui concerne tant le souci de l'avenir que l'irréversibilité des risques) qui va changer l'agir humain.

Bien que l'opinion commune accepte aujourd'hui bien volontiers le principe de précaution (en particulier parce que l'idée selon laquelle l'innovation technique est forcément synonyme de progrès et de bienfaits a disparu de l'esprit des gens, à cause notamment de la catastrophe nucléaire de Tchernobyl...), le principe reste victime de nombreuses attaques ; en particulier, l'Académie de Médecine est à l'origine d'une sévère critique du principe de Précaution ; ce dernier est jugé irrationnel, et ceux qui le soutiennent vivent dans une "risquophobie" totale. Une telle critique, portée en 1999, a évidemment été révisée par l'Académie de Médecine ; néanmoins elle perdure et persiste encore jusqu'à nos jours. Nous concevons bien volontiers que l'essor du Principe de Précaution (et son utilisation souvent systématique et extrémiste) traduise la peur des politiques et des scientifiques d'assumer leurs responsabilités, et illustre la difficulté de la question de la maîtrise intellectuelle collective des risques à prendre. En cela, le Principe de Précaution menacerait, à terme, de paralyser la vie publique. La simple définition que donne Rio en 1992 permet de remettre en cause les accusations de "risquophobie" ; "En cas de risques, de dommages graves, ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives servant à prévenir la dégradation de l'environnement". Les mesures adoptées, justement "effectives", sont bien le contraire de l'irrationnel. La définition que donne la charte Constitutionnelle de l'Environnement de 2005 échappe également aux accusations d'irrationalité, puisqu'elle précise que le Principe de Précaution consiste en l'adoption de mesures "provisoires et proportionnées" ; car l'application du principe s'effectue après un travail de recherche, d'évaluation des risques, à la plausibilité desquels sont proportionnées les mesures préventives. De plus, l'Homme interagit avec son milieu, et donc nécessairement le transforme, en cela qu'il est un être vivant ; c'est un faux dilemme que de dire qu'il doit y renoncer pour le préserver. Les défenseurs du Principe de Précaution sont évidemment conscients de cela, et se posent la seule question valable, à savoir, dans quelle mesure l'Homme maîtrise cette transformation.

Si le Principe de Précaution fut à la base défini pour les seules questions environnementales, il mériterait de s'étendre à tous les domaines scientifiques ; les récents scandales autour du "médiateur" ou de l'amiante montrent bien à quel point une exécution rigoureuse du principe de précaution serait salvatrice.

De nos jours, le problème se situe également au niveau de l'application même du principe de précaution. Celle-ci est en effet rigoureusement définie, et son exécution distingue trois étapes : dans un premier temps, des recherches sont lancées afin d'évaluer la gravité et la probabilité du risque redouté ; puis, des mesures préventives sont prises en fonction des résultats ; enfin, il est très important d'entrer en communication auprès des citoyens afin de leur faire part, tant du risque redouté que des mesures qui lui sont associées. L'exemple récent de la probable épidémie de grippe aviaire met bien en évidence ce besoin de communication, de toute manière essentiel à la bonne marche de la société. Si ces trois étapes sont appliquées rigoureusement, il ne faut pas se penser "pieds et poings liés" après l'adoption des mesures préventives, comme certaines critiques le soulignent ; il va de soi que les mesures de prévention adoptées pourraient être revues en fonction de l'évolution de la situation. C'est surtout au niveau de la troisième étape (la communication) que se situe le défaut dans l'application du principe de précaution. L'exemple de la polémique autour des ondes électromagnétiques dans les écoles est ici révélateur : face aux mères qui réclamaient l'absence d'antennes dans les écoles, les experts ne se sont qu'assez peu exprimés, eux qui détenaient les preuves que la couche de béton des murs des écoles était suffisamment protectrice pour éliminer les risques les plus graves. Peut-être est-ce aujourd'hui un lien un peu trop lâche entre chercheurs et citoyens qui conduit à détourner le Principe de Précaution ? Pour en revenir à notre thématique principale (les nanotechnologies), on se rend compte dans ce cas qu'une certaine forme de rejet de la part du grand public, que cause sans doute une crainte alimentée par des scandales antérieurs, tels que les affaires de la vache folle ou du sang contaminé, entretient le doute, voire le

discrédit, sur les publications scientifiques. De même la parution des résultats des recherches en cours semble-t-elle parfois manquer d'ampleur dans sa diffusion.

La définition du principe donnée par la *Charte de l'Environnement* remet bien en tête les aspects de ce sur quoi il se fonde. « Lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veillent, par application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attributions, à la mise en oeuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage ». Ainsi, il n'a certainement pas pour but d'entraver les actions humaines, particulièrement dans les domaines de la recherche scientifique et de ses applications technologiques, ou plus généralement dans tout ce qui est susceptible de toucher une société. En effet, s'il faut effectivement considérer qu'il est invoqué dans le cadre d'une politique commune, au nom d'une ambition morale de n'exposer personne à des risques, y compris dans l'avenir, il ne constitue pas en lui-même une solution définitive devant l'inconnu. Il n'est que le point de départ, certes nécessaire, d'un processus qui conduit si besoin est à des mesures préventives éclairées. Il reste de plus ouvert à la modulation de cette prévention selon des risques qui peuvent être mis en lumière. D'où la nécessité de sa législation, au vu de l'importance de sa mise en oeuvre dans les règles de sa stricte définition pour le bien commun.

Pierre Liscia-Beaurenaut, TL1 & Anna Cros, TS5.

BIBLIOGRAPHIE :

- L'étrange fortune du principe de précaution*, article de Dominique Lecourt, 2007.
- Ethique à Nicomaque* (Aristote) notion de KAIROS (il y a un bon moment pour faire la chose, il n'y a pas de véritable de prudence si il n'y a pas l'expérience) => on doit entrer dans une éthique de la discussion car la vérité n'est pas détenue par un seul homme.
- Qu'est-ce que le principe de précaution?* (Denis Grison ,VRIN)
- Regards critiques sur le principe de précaution : le cas des OGM* (Coll. VRIN)

Le principe de précaution



Le traitement des maladies psychiatriques dans les hôpitaux

Le terme de « psychiatrie », activité qui se distingue de la psychologie et de la psychanalyse, en ce qu'elle est une véritable branche de la médecine (étymologiquement, ce mot signifie le fait de soigner -iatreuo- l'âme -psuchè), a été introduit pour la première fois par Johann Christian Reil, en 1808.

La première loi concernant le traitement des maladies psychiatriques dans les hôpitaux, en France, remonte à 1838. Ce n'est qu'en 1990 qu'elle a été modifiée pour la première fois, pour s'adapter aux normes du droit européen. Il s'agissait également de lutter contre les abus menés lors des traitements, qui faisaient obstacle au droit des patients et opéraient une restriction abusive de leur liberté dans la plupart des cas. En 2011, une nouvelle réforme de la loi s'inscrit dans cette voie, en limitant les détentions forcées et en systématisant le recours aux juges de la liberté et de la détention, afin de définir un traitement mieux approprié.

Il existe actuellement trois catégories de traitements psychiatriques dans les hôpitaux:

- 1) l'hospitalisation libre (le patient a libre choix de partir et de rester)
- 2) l'ADRE: l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, qui est un mode d'admission décidé par un arrêté du préfet ou du maire au vu d'un certificat médical.
- 3) L'ADT ou « admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers », qui intervient lorsque le patient n'est pas en état de consentir aux soins en raison de ses troubles mentaux.

Cependant, le fonctionnement du système psychiatrique français connaît de nombreuses contestations. En effet, malgré l'existence d'une Charte du Patient, censée garantir les droits des patients, leur intégrité physique et leur dignité, de nombreuses associations dénoncent des diagnostics souvent très flous et des discriminations qui s'apparentent à des formes de racisme. Les professionnels du secteur psychiatrique adoptent parfois une position d'autorité, au nom de laquelle ils refusent catégoriquement toute remise en cause à leurs diagnostics. Un film documentaire réalisé par Sandrine Bonnaire, en 2007, intitulé « Elle s'appelle Sabine », décrit âprement le parcours de la jeune fille atteinte d'une forme d'autisme, dans un hôpital psychiatrique, où l'abus du traitement médicamenteux lui fait perdre un grand nombre d'aptitudes fonctionnelles, notamment sa mémoire. Le film dénonce également en filigrane la déficience de structures d'accueil pour les handicapés et les conséquences irréversibles d'un traitement non véritablement adapté à la spécificité de chaque patient. En France, plusieurs associations de patients et leurs proches, ainsi que des professionnels du secteur médical, tentent de lutter contre ces carences structurelles. Cependant, la faiblesse de couverture médiatique rend leur combat ardu.

L'Italie, quant à elle, a adopté un modèle psychothérapeutique différent, dès les années 1970, en initiant un vaste mouvement de désinstitutionnalisation de son système psychiatrique. Les objectifs visés étaient de favoriser la protection de l'intérêt de la personne, en limitant les hospitalisations forcées, en fermant progressivement les hôpitaux psychiatriques ou en réduisant leurs effectifs, pour se tourner davantage vers des modèles d'insertion progressive des patients dans la société active. Cela passe notamment par des partenariats avec des coopératives sociales, qui prennent en charge les malades à temps partiel, en leur proposant un travail rémunéré adapté à leurs capacités. C'est ce que l'on peut observer à travers le film de Giulio Manfredonia, intitulé « Si può fare », réalisé en 2008, et dédié aux 2500 coopératives similaires présentes en Italie. Ce film relate le parcours de plusieurs internés psychiatriques, auxquels un bénévole propose de s'associer dans une coopérative de construction de parquets. Malgré le suicide de l'un d'entre eux, cette expérience leur est globalement bénéfique, en ce qu'elle leur permet de tisser de réels liens de solidarité, et de revaloriser leur image à leurs propres yeux et vis-à-vis de la société en général.

L'Italie, qui a multiplié ces initiatives, est considérée comme un modèle à suivre par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). C'est l'une des instigatrices du mouvement international de la « psychiatrie citoyenne », lancé en 2010, dans le but de favoriser les initiatives de type ESTAT

(Etablissement au Service d'Aide par le Travail). Le système vise à lutter contre la stigmatisation dont sont victimes les patients et à faire sortir les professionnels de leur « ghetto », pour les rendre « fréquentables ». Une des figures de ce mouvement, Jean-Luc Roelandt, affirme que « C'est un pari, car la "folie" a toujours été traitée hors de la cité ».

L'Italie a même installé un musée dans un de ses anciens hôpitaux psychiatriques, où elle expose entre autres certaines méthodes « archaïques » de traitement des patients, comme l'utilisation d'électrochocs. Celle-ci est de même dénoncée dans le film « Nos meilleures années », réalisé par Marco Tullio Giordana, en 2003, où l'un des personnages, la jeune Silvia, subit ce traitement. Le film témoigne également du premier procès intenté contre un psychiatre italien, pour cet emploi abusif d'électrochocs. C'est alors la première fois que des patients sont autorisés à témoigner devant un tribunal.

La France, qui semble en retard par rapport à un pays comme l'Italie, saura-t-elle marcher sur ses pas, et prendre en compte les nombreuses remises en cause dont son système psychiatrique fait aujourd'hui l'objet ?

Sophie GUY et Juliette GUICHARDET, TL/ES



Si può fare

Si può fare est une comédie italienne réalisée par Giulio Manfredonia en 2008. Elle a pour thème principal la réhabilitation des malades d'un asile psychiatrique dans la société et ses difficultés - la réticence, notamment du personnel médical, est flagrante.

C'est un sujet polémique et qui a souvent été traité au cinéma dans des films qui ont contribué à remettre en cause l'isolement des malades, qui, loin de contribuer à les soigner, ne contribue qu'à renforcer leurs troubles mentaux (voir notamment le film *Vol au-dessus d'un nid de coucou*). C'est une thèse qui a fini par se répandre au vingtième siècle et est désormais monnaie courante, bien qu'elle soit sans cesse débattue. Ainsi, un écrivain américain, Jim Fergus, a-t-il écrit dans son roman *Mille femmes blanches* « L'asile d'aliénés : un lieu où l'on crée les fous ».

Mais si notre monde contemporain semble remettre en cause le système de l'hôpital psychiatrique, son bienfondé n'en demeure pas moins : c'est à la renaissance que des médecins, Jean Wier et Juan Luis Vives s'insurgent contre la pratique du bûcher pour les fous. Ils estimaient que ces derniers méritaient un traitement médical et d'être pris en charge, non plus comme des fous, mais comme des malades. La naissance historique des hôpitaux psychiatriques était ainsi louable. Comment expliquer que ce qui avait été pensé comme un moyen de guérison se soit retourné contre les patients ?

Le film que nous avons étudié ensemble raconte l'histoire de Nello, un homme d'affaire milanais récemment renvoyé de son travail et qui décide de devenir manager d'une coopérative constituée des patients d'un hôpital psychiatrique. Ce projet est notamment une conséquence de la Loi Basaglia (1978) qui refonde les hôpitaux Psychiatriques d'Italie : dans tout le pays, il avait été décidé que les hôpitaux psychiatriques devraient dorénavant réduire leurs effectifs et promouvoir la réhabilitation pour les malades. Cependant, dans le film, nous pouvons voir que les médecins ne portaient pas cette réforme et doutaient de son bienfondé : la « réhabilitation » était minimale. Il s'agissait, par exemple, avant l'arrivée de Nello dans l'hôpital psychiatrique où se déroule l'intrigue, de familiariser les malades avec un travail manuel : leur tâche était de coller des timbres sur des enveloppes.

Tout le long du film nous est ainsi donné à voir les divergences d'opinion entre Nello qui croit en le potentiel des malades et les psychiatres qui considèrent leurs patients inaptes à tenir un rôle dans la société (ils ne s'aperçoivent même pas, dans le film, que les malades collent les timbres de travers dans un esprit d'autodérision et pour exaspérer le corps médical).

Dans le film, les médecins semblent paradoxalement ne pas s'intéresser à l'évolution psychologique de leurs patients. Par exemple, un des malades au physique imposant demeure dans l'esprit des médecins un individu violent et dangereux aussi bien pour lui-même que pour les autres. Ainsi, les médecins se contentent de lui prescrire des calmants et d'autres substances actives afin de le maintenir dans un état d'apathie. Au contraire, Nello voit dans ce patient un bon employé disposé à travailler et fiable. Il sera difficile pour Nello de convaincre le corps médical de laisser ce patient sortir de l'hôpital.

Si le film ne remet pas entièrement en cause le jugement du médecin, un poète français, Alphonse Allais ira jusqu'au bout de cette idée : « Les asiles d'aliénés comportent dans leur personnel des internes et des internés. Entre ceux-ci et ceux-là ne se dresse que l'épaisseur d'un accent aigu ». L'opinion publique remet ainsi peu à peu en cause l'obstination des médecins à prôner l'isolement. L'asile n'est plus une solution et pour guérir, les malades doivent reprendre contact avec la civilisation. Le monde du travail comporte par ailleurs un double intérêt : en plus de permettre de se réintégrer progressivement dans la société, il permet aux malades de se sentir utile et donc, de reprendre confiance en soi et d'améliorer leur estime de soi.

Cependant, *Si può fare* ne prend pas vraiment parti. Si la première moitié du film semble prôner la réhabilitation et montrer le bonheur des malades une fois sortis de l'hôpital psychiatrique, la deuxième partie est plus pessimiste.

En effet, dans la première partie, tout semble sourire à la coopérative et le film ne se contente pas de louer l'efficacité du travail des patients qui doivent poser du parquet, mais insiste sur leur ingéniosité : Nello s'étant absenté, les patients doivent surmonter seuls un problème de taille. Ils doivent finir de poser le parquet dans un délai des plus courts... sans parquet. N'ayant plus de planches de parquet, ils décideront alors d'utiliser les chutes et de les disposer en mosaïque, un travail des plus minutieux et difficiles mais cependant très peu onéreux. Ce travail s'avère être un succès et la coopérative voit augmenter ses profits.

Pourtant, cela ne dure pas. L'un des patients tombe amoureux de la propriétaire d'une maison en chantier où il pose le parquet. Étant d'abord reçu chaleureusement par la jeune femme, il est ensuite repoussé. Ses anciennes angoisses refont alors surface et il se suicide. Cet échec sur lequel insiste le film témoigne d'un fossé insurmontable entre les patients de l'hôpital psychiatrique et le reste de la société. Ce malade ne pouvait pas encore se comporter « normalement », accepter avec nonchalance ce qui lui arrivait. Mais qu'appelle-t-on une attitude « normale » ? Et était-il si évident que ce patient replongerait dans la dépression ? Ne pouvait-on pas espérer qu'il serait peu à peu guéri de ses troubles psychiques ? N'était-ce pas qu'une question de temps ?

Ce décès jette un trouble dans l'esprit du spectateur qui, à ce moment du film, commence à douter. Et si les médecins avaient eu raison ? Et si la réhabilitation des malades était impossible ? Dans le reste du film, la coopérative connaît des problèmes : l'entreprise manque d'effectifs, les employés demandent

plus de droits, de congés-payés et plus libertés. Peu à peu, les succès du début font place à des difficultés à la chaîne. Pourtant, le film se clôt sur une lueur d'espoir : Nello, entouré des patients, pourtant retournés à l'hôpital. Ce tableau où la sympathie de Nello pour les malades est évidente peut susciter en nous de nombreuses questions. Un véritable rapport humain s'est établi entre les employés et leur manager. Au fond, ces patients ne sont plus « fous » aux yeux de Nello, mais « différents ». Mais ce dénouement de *Si Può fare* nous laisse sur notre faim. La question de sa signification reste ouverte au débat. Ces images sont-elles le symbole de leur amitié ou la promesse d'un avenir pour la coopérative ? Pour ou contre la réhabilitation des malades ? C'est au spectateur de trancher.

Anne-Laure et Mathilde LESAGE, T°L/ES

Faut-il systématiquement lier suicide et psychopathologie ?

La réponse chiffrée des sociologues.

Drôle d'idée de s'intéresser au suicide, et à sa définition tellement elle est évidente : il s'agit de l'acte de se donner la mort. Simple me direz-vous... et pourtant ! Les définitions varient selon les époques et les chercheurs, qu'ils soient psychiatres, sociologues ou philosophes. En effet, au début du XIXème siècle, le suicidé est vu comme un dément. Telle est la vision de Jean-Étienne Dominique Esquirol, père de l'hôpital psychiatrique français qui fit voter en 1838 la loi obligeant chaque département français à se doter d'un hôpital psychiatrique. Selon lui, « tous les candidats au suicide sont des aliénés ». Cependant, la perception du suicide comme fait social se développe à la fin du siècle, notamment grâce à Émile Durkheim, l'un des fondateurs de la sociologie moderne française. En 1897, dans son ouvrage *Le suicide*, étude sociologique empirique où il défend le fait que le suicide puisse être analysé par la sociologie, Durkheim tente d'expliquer les causes du suicide et de proposer une typologie des suicides. Pour lui, un suicide est un acte volontaire, « accompli par la victime elle-même et qu'elle sait devoir produire ce résultat ». Bien que Durkheim nous montre que tous les suicidés ne sont pas fous, que le suicide est un acte omniprésent dont les taux évoluent peu dans chaque société, cette définition peut être considérée comme floue. 33 ans plus tard, Maurice Halbwachs définit le suicide en se démarquant de Durkheim. En effet, dans *Les Causes du Suicide*, en 1930, Halbwachs confirme le côté volontaire du suicide, mais inclut un détail très important... Selon lui, le sacrifice n'est pas un suicide. Bien que l'individu se sacrifiant a conscience qu'il se donne la mort, il ne se suicide pas : le suicide est un acte négatif, le sacrifice un acte visant à protéger autrui. Achille Delmas adopte le même point de vue : pour lui, « tout homme lucide qui, pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir en dehors de toute obligation éthique » est un suicidé. Ainsi, le sacrifice, acte qui obéit à une éthique, n'est pas un suicide.

Cependant, cet apport notable à la définition du suicide n'est pas unanimement accepté. En 1947, Gabriel Deshaies, dans *la Psychologie du suicide*, définit le suicide comme un acte conscient, « en prenant la mort comme moyen ou comme fin » : le sacrifice comme moyen est donc un suicide.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui étudie entre autres le suicide à l'échelle planétaire et qui le considère comme l'une des dix premières causes de mortalité dans les pays dits développés, a adopté en 1968 la définition suivante : « L'acte de se suicider est un attentat contre sa propre personne, avec un degré variable dans l'intention de mourir. Le suicide est un acte suicidaire avec une issue fatale ». L'individu a donc conscience de l'acte suicidaire qu'il effectue : le choix est pris seul quelle que soit la violence du suicide. Le sacrifice étant un acte suicidaire et l'individu ayant conscience de son acte, il est donc considéré par l'OMS, mais aussi en France par l'Institut national de prévention et

d'éducation pour la santé (INPES) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), comme un suicide.

On constate bien que quelles que soient les définitions, toute personne qui se tue sans s'en rendre compte ne se suicide pas. Les comportements addictifs ne sont pas à proprement parler des comportements suicidaires. Les refus de se nourrir et les auto-mutilations ne sont pas non plus considérés comme des actes de suicide en tenant compte des définitions étudiées.

Connaissant les définitions utilisées par les instituts nationaux dans les pays développés, instituts qui suivent la définition de l'OMS, nous pouvons alors nous intéresser aux chiffres du suicide. Il y a plus de cent ans, Émile Durkheim nous a montré que les taux de suicide évoluaient peu. Cependant, on observe des différences assez sensibles selon les périodes : le nombre de suicides dépendrait-il donc de conditions socio-économiques ? Prenons l'exemple de la France : alors qu'entre 1900 et 1913 le pays comptait 8000 à 9000 suicides par an, il en connaissait approximativement 6000 par an au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et le double à l'aube du troisième millénaire. Il est également intéressant de constater que pendant les deux guerres mondiales, le nombre de suicides annuels était particulièrement bas : Est-ce par absence de données fiables ? Est-ce parce que de nombreux hommes étaient mobilisés (c'est le cas lors de la Première Guerre Mondiale) ? Ou est-ce que l'être humain connaît une tendance à ne pas se tuer soi-même en temps de guerre ou d'urgence ?

Il est à noter que cette baisse a même été constatée en Suisse et en Suède, des pays qui pourtant n'étaient pas en guerre ! Cependant, rien de tel n'a été constaté en Espagne neutre et dans un Danemark occupé où de nombreuses libertés politiques étaient malgré tout permises par le III^{ème} Reich.

Le suicide apparaît donc comme pouvant être influencé par les conditions socio-économiques, voire politiques, d'une époque donnée. On constate qu'au Québec, au lendemain de la Révolution tranquille du début des années 1960 marquant une émancipation du peuple québécois des tutelles anglophone et catholique, les suicides ont augmenté. De même, après le NON au référendum de 1980 sur l'indépendance de la Belle Province, on a également constaté une hausse des suicides, particulièrement chez les jeunes hommes francophones : on appelle cela le « syndrome post-référendaire », marquant une montée de l'individualisme, l'émergence d'un capitalisme francophone, l'abandon de nombreuses pratiques culturelles québécoises et d'une chute du taux de natalité. Ainsi, le Québec fut la province canadienne avec le plus fort taux de suicide pendant 30 ans.

En France, entre 2009 et 2010, une « vague de suicides » telle que décrite par les médias a touché l'entreprise publique France Télécom. Le changement de stratégie initié par les PDG Thierry Breton et Didier Lombard après la privatisation en 2004 de l'entreprise est alors pointé du doigt. Or, entre 2000 et 2002, entre 28 et 29 salariés se suicidaient chaque année. Ils n'étaient plus que 12 en 2008. Cependant, en 2009 et en 2010, l'entreprise de télécommunications a retrouvé des chiffres plus proches de ceux de 2000, d'où la forte médiatisation, également exacerbée par les témoignages de salariés, les revendications syndicales, et les lettres de suicidés. Un salarié suicidé le 14 juillet 2009 à Marseille écrivit d'ailleurs « Je me suicide à cause de mon travail à France Télécom. C'est la seule cause. Urgence permanente, surcharge de travail, absence de formation, désorganisation totale de l'entreprise. Management par la terreur ! ». Le stress et des conditions défavorables de travail favorisent ainsi les suicides et les tentatives.

Mais qui se suicide en France ? La France est l'un des pays où l'on se suicide le plus. Contrairement à des idées reçues, les Suédois ne se suicident pas plus que les Français, bien au contraire ! Ces dernières années, les suicides en Suède sont 30 % moins nombreux que les suicides en France. De plus, bien que le Japon soit l'un des pays où l'on se suicide le plus au monde (24,4 suicides pour 100 000 habitants contre 16,2 en France), les adolescents français, apparemment parmi les plus malheureux au monde, se suicident en moyenne plus que les adolescents japonais. La France est ainsi

l'un des pays d'Europe occidentale où le taux de suicide est le plus fort, derrière la Finlande (18,8 pour 100 000 habitants), mais loin devant la Suisse (14,4), le Royaume-Uni (6,8) ou encore l'Italie (5,2).

Approximativement deux tiers des suicides sont masculins. Cela s'expliquerait entre autres par la testostérone, hormone mâle en cause dans les phénomènes d'agressivité. On constate également que lorsque deux personnes en couple décident de se suicider, c'est l'homme qui donne la mort, pas la femme. Pour les hommes de 15-24 ans, le suicide est la deuxième cause de mortalité, et elle est la première pour les hommes de 25-34 ans. Chez les femmes de cette tranche d'âge, le suicide est la deuxième cause de décès. On constate ainsi plus généralement qu'en France, les taux de suicide augmentent en fonction de l'âge : pour les hommes, il passe de 10 pour 100 000 chez les 15-24 ans, à 40,1 pour 100 000 chez les 45-54 ans. Chez les plus de 85 ans, il atteint les 100,2 pour 100 000, la plus forte proportion. Chez les femmes, la progression est moins contrastée : elle passe de 3,2 chez les 15-24 ans, à 7,7 chez les 45-54 ans. On constate également de grandes disparités géographiques. Pour les hommes, la région Poitou-Charentes est la plus touchée avec un taux de 39,3, suivie de la Bretagne (37,7). Viennent ensuite la Picardie, les Pays de la Loire, et le Nord-Pas-de-Calais. En revanche les régions du Sud de la France ont des taux de décès par suicide inférieurs à la moyenne nationale.

Le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison (46 %), suivi de la prise de médicaments (16 %) et les armes à feu (15 %). Pour les hommes, les suicides par armes à feu arrivent en deuxième position, tandis que pour les femmes, la prise de médicament est le premier mode de suicide, suivi par la pendaison. Chez les moins de 25 ans, le saut d'un lieu élevé arrive en première position, tout comme chez les plus de 85 ans.

La Drees a mis en lumière des situations à risque. Ainsi, les séparations de couple sont facteurs de passage à l'acte. Les veufs ont les taux de décès par suicide les plus élevés (87) suivis des divorcés (55,1) et des célibataires (52,3). Chez les femmes, les divorcées sont les plus touchées (20,4). On constate également une incidence du milieu socioprofessionnel sur le taux de suicide. L'INPES comptabilise le nombre de suicides de manière différentes que l'OMS. Il établit ainsi que le taux de suicide dans la population générale est beaucoup plus élevé, à 33,4. L'institut constate ainsi que les salariés se suicident moins que la moyenne nationale (25,4), bien qu'en fonction du secteur d'activité, les taux varient sensiblement : 15,5 pour 100 000 dans les secteurs de la production d'électricité, de gaz et d'eau mais 34,3 pour 100 000 dans le secteur de la santé. Le taux est cependant le plus élevé chez ceux qui n'ont aucune activité salariée (58,1). De manière générale, les employés et les ouvriers se suicident trois fois plus que les cadres.

Pour conclure, la définition du suicide n'est pas inscrite dans le marbre : elle varie en fonction de l'évolution des sciences sociales qui étudient désormais ce phénomène comme un fait social. Le suicide ne doit pas être systématiquement associé à la maladie mentale, alors qu'il témoigne d'une souffrance psychologique relevant de la santé mentale. En effet, les schizophrènes et les hallucinés se suicideraient plus que la moyenne nationale. De plus, les psychopathes, déséquilibrés et les épileptiques ont tendance à présenter des symptômes suicidaires. Cependant, alors qu'Esquirol affirmait que les suicidés étaient déments, les études montrent aujourd'hui que le suicide chez les déments serait rare, voire inexistant chez les arriérés mentaux.

De manière plus globale, on constate que les hommes ont plus tendance que les femmes à se suicider et que cette tendance augmente avec l'âge et en fonction des conditions socio-économiques de l'individu, qu'elles soient liées au travail, à la société ou encore à sa famille.

Louis Baktash, TL/ES

Injonctions paradoxales :

les contradictions nous rendent-elles nécessairement malades ?

La popularisation de la notion batesonienne d'*injonction contradictoire* a contribué à répandre largement l'idée selon laquelle les contradictions devraient nous rendre toujours malades. Cependant, Bateson lui-même a montré que toute contradiction n'est pas nécessairement pathogène. Par ailleurs, la philosophie mais aussi la logique et les mathématiques pensent précisément la positivité et la fécondité des contradictions, motrices des efforts de rationalisation, voire motrices de la réalisation du réel lui-même.



On attribue à l'anthropologue et psychologue américain Gregory Bateson (1904-1980), un spécialiste de la communication et de ses effets sociaux, la paternité du concept de *double bind*, traduit en français par « double contrainte » ou encore « injonction paradoxale ». La « double contrainte » est, dans sa définition batesonienne, un système d'impératifs ou de demandes contradictoires ayant des conséquences pathogènes puisque susceptible de déclencher certaines schizophrénies quand ce type de demandes ou injonctions deviennent la norme de communication d'un groupe humain. Ce concept, très populaire aujourd'hui, a été admiré dans les années 60 à l'égal d'une découverte, voire d'une révélation. Inspirés notamment par Bateson, Gilles Deleuze et Félix Guattari écriront ainsi en 1972 *Capitalisme et schizophrénie. L'Anti-Œdipe* et *Capitalisme et schizophrénie. Mille Plateaux*¹.

En 1956, Bateson et Jackson, qui travaillent pour l'hôpital militaire des vétérans situé à Palo Alto, en Californie, publient l'article *Vers une théorie de la schizophrénie*, qui popularise l'idée que la schizophrénie pourrait avoir pour origine une communication sociale perturbée par des ordres ou des demandes contradictoires ayant pour résultat de profondément diviser la conscience réceptrice de ces ordres ou demandes, c'est à dire de la laisser dans des états aigus de scission mentale et d'incertitude angoissée pouvant prendre un caractère irréversible selon la durée de l'exposition à ce type de communication. Dans leur article, Bateson et Jackson distinguent 6 conditions pour constituer une situation de double contrainte pathogène :

- 1. « Deux personnes ou plus. Pour les besoins de l'exposé, nous en désignerons une comme la «victime». Nous précisons également que, suivant notre hypothèse, la double contrainte n'est pas toujours imposée par la mère seule, mais aussi bien par la mère plus le père et/ou les frères et sœurs. »
- 2. « Une expérience répétée. Nous affirmons que la double contrainte est un thème récurrent dans l'expérience de la «victime». Notre hypothèse prend en considération non pas une expérience traumatique unique, mais une expérience dont la répétitivité fait que la double contrainte revient avec régularité dans la vie de la «victime». »
- 3. « Une injonction négative primaire. Celle-ci peut prendre deux formes: «Ne fais pas ceci ou je te punirai»; «Si tu ne fais pas ceci, je te punirai». Nous avons choisi ici un contexte d'apprentissage fondé plutôt sur l'évitement de la punition que sur la recherche de la récompense. Il n'y a peut-être aucune raison théorique à ce choix.

¹ Le titre même de ce livre double (...et aussi écrit à deux) semble pourtant nous autoriser à nous demander si la découverte de Bateson ne consiste pas seulement dans le fait d'appliquer au système particulier des communications sociales ce que Hegel avait déjà conçu comme opérant de manière éventuellement aliénante à l'échelle plus générale du système des échanges humains, et que Marx avait étudié plus particulièrement dans le domaine des échanges économiques.

Nous supposons, néanmoins, que la punition peut signifier la perte de l'amour ou l'expression de la haine et de la colère, ou bien encore – et c'est là chose plus grave – cette sorte d'abandon qui survient lorsque les parents expriment leur profonde impuissance. »

- 4. *« Une injonction secondaire, qui contredit la première à un niveau plus abstrait tout en étant, comme elle, renforcée par la punition ou par certains signaux menaçant la survie. Cette injonction secondaire est plus difficile à décrire que la première pour deux raisons: d'abord, parce qu'elle est transmise à l'enfant par des moyens non verbaux. Attitudes, gestes, ton de la voix, actions significatives, implications cachées dans les commentaires verbaux, tous ces moyens peuvent être utilisés pour véhiculer le message plus abstrait. Ensuite, parce que l'injonction secondaire peut se heurter à l'un des éléments de l'interdiction primaire. La verbalisation de l'injonction secondaire pourra ainsi revêtir une grande variété de formes, par exemple: «Ne considère pas ça comme une punition»; «Ne me ressens pas comme l'agent de la punition»; «Ne te sou mets pas à mes interdictions»; «Ne pense pas à ce que tu ne dois pas faire»; «Ne doute pas de mon amour, dont l'interdiction première est (ou n'est pas) une preuve», etc. Cette situation connaît des variantes quand la double contrainte est exercée non pas par une personne, mais par deux. Un des parents peut ainsi contredire, à un niveau plus abstrait, les injonctions de l'autre. »*



- 5. *« Une injonction négative tertiaire, qui interdit à la victime d'échapper à la situation. En principe, il ne serait peut-être pas nécessaire d'isoler cette injonction, puisque le renforcement (par la menace de punition) aux deux niveaux précédents comporte déjà une menace pour la survie et que, si la double contrainte survient durant l'enfance, la fuir est de toute évidence impossible. Il semble néanmoins que, dans certains cas, fuir la situation soit rendu impossible par des stratagèmes qui ne sont pas entièrement négatifs: promesses d'amour fantasques, etc. »*
- 6. *« Pour finir, il convient de noter qu'il n'est plus nécessaire que ces éléments se trouvent réunis au complet lorsque la «victime», a appris à percevoir son univers sous la forme de la double contrainte. À ce stade, n'importe quel élément de la double contrainte, ou presque, suffit à provoquer panique et rage. Le modèle des injonctions contradictoires peut même être repris par des hallucinations auditives. »²*

Les conditions qui rendent une contradiction pathogène sont donc, selon les auteurs, très précises. On peut noter que Bateson et Jackson les restreignent au cadre des communications familiales, alors qu'aujourd'hui d'autres cadres pathogènes ont été étudiés par les psychiatres et les chercheurs en prévention des risques psychosociaux (ces derniers ont notamment beaucoup étudié le cadre des communications professionnelles dans les environnements de travail, pour déjouer les facteurs de stress). Par ailleurs, contrairement à l'idée reçue et véhiculée par la vulgarisation du concept d'injonction contradictoire, dans leur article Bateson et Jackson prennent bien soin de noter que tout jeu de contradiction dans le domaine de la communication n'est pas nécessairement pathogène : l'humour, la falsification de messages, les situations d'apprentissage peuvent produire délibérément des contradictions dont les conséquences ne seront pas nécessairement pathogènes.

L'utilisation plaisante des contradictions (dans les situations où les sujets font de l'humour mais aussi - cas non évoqué par Bateson - de la poésie, avec l'usage des oxymores : la « clarté sombre » - Baudelaire, l'« obscure clarté » - Corneille, le « soleil noir » - Nerval, etc.) oblige à reconsidérer la valeur

² *Vers une théorie de la schizophrénie*, G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley et J. H. Weakland. Publié dans *Behavioral Science*, vol. I, n° 4, 1956. Publication française dans Gregory BATESON. *Vers une écologie de l'esprit*. Ed du SEUIL, 1980

des contradictions elles-mêmes : faut-il vraiment les accuser systématiquement de rendre malade la raison ? Cette dernière ne pourrait-elle y trouver quelque positivité ?

A ces questions, la philosophie, la logique et les mathématiques ont d'ores et déjà répondu : lorsque la raison sait les repérer, les contradictions ne la mettent plus en danger mais au contraire peuvent devenir source d'avancées positives. Pour ce qui regarde la logique et les mathématiques, Jean-Paul Delahaye le montre fort bien dans l'article *Le statut mathématique des contradictions*, paru en novembre 1997, dans le n° 241 de *Pour la science*³. Les crises de la rationalité logique et mathématique déclenchées dans l'Antiquité par la découverte de l'irrationalité de la diagonale du carré, au XVIIIème siècle par la contradiction inhérente à la notion de quantité évanouissante utilisée dans le calcul infinitésimal, à la fin du XIXème siècle par les paradoxes de la première théorie des ensembles développée par Frege, ont sollicité hautement la créativité théorique des mathématiciens et logiciens et permis de trouver de nouveaux cadres rationnels levant ce qui semblait de prime abord être des contradictions insurmontables risquant de ruiner toutes les bases formelles de la rationalité. Pour ce qui regarde la philosophie, rappelons que, selon Hegel, la contradiction constitue le moteur et la loi non seulement de constitution mais de production du réel, et non pas seulement de la pensée : « Toute chose est en soi-même contradictoire » (*Science de la Logique, I*). Le réel se produit dynamiquement dans et par l'effort de relève et de résolution de ses contradictions internes constitutives. La philosophie doit aider à repérer le négatif présent au cœur des contradictions afin de produire le positif à même de se manifester à partir de tout rapport contradictoire. Il est donc possible de repérer dans les recherches de Bateson une véritable inspiration philosophique, même si cet auteur ne se réclame pas de Hegel mais plutôt de Russell et de la théorie des types logiques. Dans l'article *Vers une théorie de la schizophrénie*, il s'agit bien de repérer le potentiel négatif et pathogène de communications contradictoires pour produire des modifications des situations de communication permettant positivement d'éviter malaises et maladies.

Isabelle Patriarche, professeur de philosophie



Très bonnes vacances !

**Rendez-vous à la rentrée, avec pour thèmes de réflexion pressentis :
la plasticité cérébrale et la perception !**

³ Cet article est téléchargeable ici : <http://www2.lifl.fr/~delahaye/dnalor/Contradictions.pdf>