



N° 5-6, 2017, Vol. 60
Issue 5-6, 2017, Vol. 60

JOURNAL DE
MEDECINE LEGALE
DROIT MEDICAL
VICTIMOLOGIE
DOMMAGE CORPOREL
Expertise - Déontologie - Urgences
JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

N° 3-4, 2017, Vol. 4
Issue 3-4, 2017, Vol. 4

DROIT, SANTÉ ET SOCIÉTÉ
SÉRIE "E" DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE
A SERIES "E" OF THE FRENCH JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE
LAW, HEALTH & SOCIETY

SOMMAIRE
CONTENTS

ÉDITORIAL

3

ÉDITORIAL

Armelle GRENOUILLOUX et Michel BOTBOL

5

DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE
À LA RUPTURE DE LIENS :
LES PARADOXES DU PASSAGE
VERS L'AUTONOMIE

*Transition to adulthood paradoxes:
from therapeutic alliance to the breaking
of bonds*

France NADEAU

13

LES SORTIES DE DÉLINQUANCE
DES MINEURS ET JEUNES
MAJEURS : COHÉRENCE,
INCOHÉRENCE ET PARADOXES
DES POLITIQUES PÉNALES

*The giving up of delinquency by
minors and young adults: coherence,
incoherence and paradoxes of the penal
policies*

Hervé HAMON

21

LE REGARD DES ÉTUDES
ET DES PROGRAMMES
CRIMINOLOGIQUES SUR
LA RÉCIDIVE ET LA DÉSISTANCE

*The perspective of criminological studies
and programs on re-offending and
desistance*

Luc-Henry CHOQUET

LA RÉCIDIVE DES MINEURS DÉLINQUANTS / REPEAT OFFENCES BY DELINQUENT MINORS

AVANCÉES DU NUMÉRIQUE
EN PSYCHIATRIE

ADVANCES IN DIGITAL TECHNOLOGY
IN PSYCHIATRY

31

LES PROMESSES DE LA
PSYCHIATRIE DE PRÉCISION

The promises of precision psychiatry

Maël LEMOINE

35

ANTICIPER LES USAGES
ET LES CONSÉQUENCES
DES TECHNOLOGIES CONNECTÉES
EN SANTÉ MENTALE. UNE ÉTUDE
DE « CAS FICTIF »

*Foreseeing usages and consequences of e-mental
health technologies. A "fictional" case study*

Xavier BRIFFAULT et Margot MORGIEVE

47

ANALYSE DE DONNÉES TEXTUELLES
EN PSYCHIATRIE

Text analysis applications to psychiatry

Louis FALISSARD

LA PERSONNE DANS LES SOINS
PSYCHIATRIQUES À L'ÈRE DU NUMÉRIQUE
THE INDIVIDUAL IN PSYCHIATRIC CARE
IN THE AGE OF DIGITAL TECHNOLOGY

54

LES ENJEUX SOCIAUX DE LA
MÉDECINE PRÉDICTIVE. L'EXEMPLE
DE L'ÉMERGENCE DU DIAGNOSTIC
DE LA DÉMENCE PRÉCOCE ET DE LA
SCHIZOPHRÉNIE DANS LA PREMIÈRE MOITIÉ
DU XX^E SIÈCLE

*The social stake of predictive medicine. A
focus on the development of the diagnostic of
dementia praecox and schizophrenia during the
first half of the XXth century*

Hervé GUILLEMAIN

DONNÉES DE SANTÉ ET PSYCHIATRIE / HEALTH DATA AND PSYCHIATRY



SOMMAIRE CONTENTS

N° 5-6, 2017, Vol. 60
Issue 5-6, 2017, Vol. 60

JOURNAL DE
MÉDECINE LÉGALE
DROIT MÉDICAL
VICTIMOLOGIE
DOMMAGE CORPOREL
Expertise - Déontologie - Urgences
JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

N° 3-4, 2017, Vol. 4
Issue 3-4, 2017, Vol. 4

DROIT, SANTÉ ET SOCIÉTÉ
SÉRIE "E" DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE
A SERIES "E" OF THE FRENCH JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE
LAW, HEALTH & SOCIETY

DONNÉES DE SANTÉ ET PSYCHIATRIE / HEALTH DATA AND PSYCHIATRY

61

LES ENJEUX JURIDIQUES DE
L'EXPLOITATION DES DONNÉES
MASSIVES EN PSYCHIATRIE :
L'EXEMPLE DE L'ANALYSE
TEXTUELLE ET DES ÉTUDES
PANGÉNOMIQUES

*Legal issues of the exploitation of big
datas in psychiatry: the examples of text
mining and genome wide association
studies*

Mathias COUTURIER

72

PLACE DE LA PERSONNE
EN MÉDECINE PERSONNALISÉE :
APPORT CRITIQUE
DE LA PSYCHIATRIE
PHÉNOMÉNOLOGIQUE

*Person-centered medicine within
personalized medicine: critical views from
phenomenological psychiatry*

Armelle GRENOUILLOUX

80

BIG-DATA ET DIAGNOSTIC
INTÉGRÉ CENTRÉ
SUR LA PERSONNE (PID)

*Big data and person centered integrative
diagnosis*

Michel BOTBOL

VARIA

86

DU DROIT D'ÊTRE UNE
PERSONNE EN SOUFFRANCE
MENTALE : DE LA SÉCURISATION
À LA PARTICIPATION ?

*About the right to be a person in
mental suffering: from the safety to the
participation?*

**Cyril HAZIF-THOMAS, David JOUSSET
et Michel WALTER**

96

RECOMMANDATIONS
AUX AUTEURS

Instructions to authors

3^e de couverture / 3rd of Cover
BULLETIN D'ABONNEMENT

Subscription form

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© FÉVRIER 2018 / ÉDITIONS ESKA – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Serge KEBABTCHIEFF

Imprimé en France





Ce numéro présente la particularité de comporter deux parties très différentes.

La première réunit trois contributions sur le thème de **la désistance**, c'est-à-dire sur les processus de sortie de la délinquance, chez les adolescents et jeunes adultes. Ces contributions sont issues d'un colloque qui s'est tenu à Québec autour des questions que posent le devenir adulte. On y trouvera, autour des paradoxes, d'accès à l'autonomie (F Nadeau), une réflexion sur les politiques pénales concernant les mineurs et les jeunes adultes en France (H Hamon) et des données probantes sur les études et programmes criminologiques (L H Choquet) qui ont été développés dans ce contexte. Elles sont révélatrices des enjeux actuels de la justice des mineurs, en France, comme dans beaucoup d'autres régions du monde.

La seconde, concerne les *big data* et les questions que pose leur application à la médecine en général et à la psychiatrie en particulier. Celles-ci sont issues d'une journée scientifique organisée à Nantes autour de cette question originale, partie du constat que le numérique et, avec lui, l'accès à des données hétérogènes en grand nombre (*big data* : terme dont la première occurrence relèverait d'une présentation au Congrès de l'*Econometric Society* en 2000) se répandent dans des domaines aussi divers que l'industrie, le commerce, l'assurance, la santé, contribuant à la « promotion et aux crispations de l'individu hypermoderne » (S Charles 2006).

Tandis que la définition même des *big data* ne trouve pas de consensus, leur usage en santé avance, mobilisant espoirs et fantasmes. La désignation de cet usage évolue très vite : d'abord popularisé sous le terme de médecine personnalisée, ou celui de médecine des 4P (« prédictive, préventive, personnalisée et participative »), on parle aujourd'hui de médecine de précision, pour l'essentiel en lien avec les acquis du séquençage du génome humain. Préalables à cet usage, les avancées technologiques portées par la numérisation accentuent également leur implantation en clinique quotidienne (chirurgie par ordinateur, immersion dans des mondes virtuels éducatifs et/ou thérapeutiques – autisme, Alzheimer, phobies, télémedecine...) comme autant de médiations entre soignants et soignés. Aujourd'hui médecine de précision et technologie numérique avancée se rencontrent, se croisent, s'interpellent sans que les tenants et les aboutissants de ces nouveaux savoirs soient clairement circonscrits.

Si l'usage des technologies et plus fondamentalement encore des données hétérogènes en grand nombre vient changer le rapport au savoir, donc à l'exercice de la relation thérapeutique, que va-t-il advenir de l'accueil, de la rencontre, du soin et de l'accompagnement, particulièrement en psychiatrie qui a pour cœur l'intersubjectivité ? Les psychiatres cliniciens, qui situent depuis des décennies en un horizon lointain les découvertes des neurosciences, doivent-ils s'attendre ici à un changement véritable des pratiques voire des paradigmes ?

La succession des différentes réflexions contenues dans ce dossier, faisant dialoguer Sciences Humaines et Sociales et Médecine, plus particulièrement psychiatrie, aborde des aspects clés de l'actualité de ce paysage, actualité mouvante et, à certains égards, plus rapide que les délais éditoriaux traditionnels. Ces réflexions souhaitent donc aussi réintroduire une temporalité humaine en tant que nécessaire à la préservation du sens du progrès, lorsque progrès il y a.

La place de la génomique en psychiatrie (M Lemoine), celle des objets connectés (X Briffault, M Mogiève), ainsi que l'appréhension technologique des données textuelles (L Falissard) seront donc interrogées en vis-à-vis des dimensions humaines et sociales que ces savoirs et techniques mobilisent au service de la personne : l'histoire (H Guillemain), le droit (M Couturier), l'épistémologie et l'éthique (A Grenouiloux) et enfin le cadre conceptuel (nouveau paradigme ?) de la Médecine de la Personne (M Botbol).

A noter le neutre pluriel latin *data* (du singulier *datum*) perd régulièrement son genre et son nombre dans ce mouvement mondialisé à dominante anglo-saxonne et les traductions font parler de *la Data* ou *du Big data* selon des usages encore flottants. ■

Armelle GRENOUILLOUX et Michel BOTBOL
g.noux@wanadoo.fr mbotbol@icloud.com

DROIT, SANTÉ,
SOCIÉTÉ
est une série du
JOURNAL DE
MÉDECINE LÉGALE,
DROIT MÉDICAL





MA Éditions - ESKA

Maroc : la couverture médicale de base Deux décennies de réformes

Pierre Auffret

En 2002 le Maroc adoptait une loi visant à instaurer une couverture médicale de base (CMB) pour l'ensemble de la population. Pour ce pays où l'assurance santé ne concernait qu'environ 16,5 % de la population, ce fut un progrès social énorme. Progrès d'autant plus important qu'il visait aussi à remettre sérieusement de l'ordre dans la prise en charge des personnes les plus démunies. Pour faire fonctionner le tout, les institutions existantes furent alors réformées et de nouvelles furent mises en place. De son côté le Ministère de la Santé entreprit la mise à niveau des hôpitaux publics. Toutefois, l'élan initial allait s'essouffler et des retards apparaître : le régime d'assistance médicale aux personnes démunies (RAMED) restait concentré dans des zones pilotes, le régime des « Indépendants » tardait à être mis en place, les mutuelles d'entreprises rechignaient à rejoindre le régime général. La réforme stagnait. Le Roi Mohammed VI qui avait voulu cette loi se vit contraint d'intervenir. La mise en place de la CMB reprit. Quinze ans après l'adoption de la loi N° 65-00 instituant la CMB, la réforme est un succès qui sert maintenant de modèle pour de nombreux autres pays.

Fin 2016, c'était environ 60 % de la population qui bénéficiaient d'une prise en charge institutionnelle. Pourtant des nuages semblent se profiler à l'horizon. Les responsables marocains en sont d'ailleurs conscients. Ils reconnaissent que des efforts importants sont encore à faire pour adapter l'offre publique de soins aux attentes de la population, pour que la gestion administrative des hôpitaux publics soit modernisée, pour que l'accueil du patient soit amélioré, pour que l'équilibre financier des régimes d'assurance santé soit pérennisé. Ces responsables savent aussi que les mutations socio-économiques et démographiques, les changements politiques et la mise en place de la régionalisation vont changer profondément les bases sur lesquelles la couverture médicale de base a été organisée.

C'est l'histoire de ce formidable challenge technique et financier, parfois des échecs, souvent des retards, que ce livre retrace.

Pierre AUFFRET est diplômé de l'Institut d'Études Politiques de Paris – Section Économique et Financière et spécialiste en assurance santé, financement de la santé et protection sociale. Il a été Consultant France et international (1988-1990 et depuis 1992), Directeur Général (1990 à 1992) de la Mutuelle Nationale MCD (France) et Conseiller technique auprès du Ministre de l'Économie et des Finances de Côte d'Ivoire (1978 à 1983). Il a suivi depuis 2002 au Maroc, la mise en place de la Couverture médicale de base (assurance santé) dans le cadre de plusieurs projets financés par la Commission européenne et par l'Agence française de développement. Depuis cette date, il a effectué plus d'une vingtaine de missions de suivi ou d'assistance technique. Missions qui l'ont amené à rencontrer tous les responsables Marocains impliqués dans la mise en place de la couverture médicale de base et à participer à de très nombreuses réunions de travail avec ces autorités.

BON DE COMMANDE

☐ Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : « **Maroc : la couverture médicale de base** »
par **Pierre Auffret** - Code EAN 978-2-8224-0508-9

Prix : 24.90 € + 1,00 € de frais de port, soit € x exemplaire(s) = €

Je souhaite commander : ☐ 100 ex ☐ 200 ex ☐ 300 ex ☐ 400 ex ☐ 500 ex
remise de 5 % à partir de 100 exemplaires

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA : ☐ chèque bancaire

☐ Carte Bleue Visa n° ☐ Date d'expiration :
☐ Signature obligatoire :

☐ par Virement bancaire au compte des Editions ESKA
Etablissement BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36
IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPCE

☐ Je souhaite recevoir une Convention de formation

Société / Nom, prénom :

Adresse :

Code postal : **Ville :** **Pays :**

Tél. : **Fax :** **E-mail :**

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :

MA Editions - ESKA – Contact : adv@eska.fr

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Tél. : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35





DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE À LA RUPTURE DE LIENS : LES PARADOXES DU PASSAGE VERS L'AUTONOMIE

*TRANSITION TO ADULthood PARADOXES:
FROM THERAPEUTIC ALLIANCE TO THE BREAKING OF BONDS*

France NADEAU*

RÉSUMÉ

Dans cet article, l'auteure fait ressortir les principaux enjeux relatifs au passage à la vie adulte des jeunes qui reçoivent des services sociaux et de santé. Elle traite de l'évolution des services dans ce champ d'activités depuis les années 1990, au Québec, aborde le vécu des usagers, particulièrement celui des jeunes suivis par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), témoignages à l'appui, souligne les bonnes pratiques dans le domaine et fait connaître plusieurs initiatives qui ont vu le jour au cours des dernières années autour de cette thématique, certaines ayant été réalisées en collaboration avec des partenaires français.

MOTS-CLÉS

Transition à la vie adulte, Protection de l'enfance, Services sociaux et de santé.

ABSTRACT

In this article, the author highlights the main stakes pertaining to transition to adulthood among youth receiving health and social services. The author presents the evolution of services from the 1990's on in the province of Quebec, Canada, discusses youths' experiences, particularly for those youth who received youth protection services, highlights good practice with this population and presents various initiatives developed in recent years to help youth get through this difficult life period. Some of these initiatives result from a partnership with French colleagues.

KEYWORDS

Transition to adulthood, Youth protection, Health and social services.

* Chef de service aux affaires administratives et scientifiques de la recherche, Centre de recherche de l'Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec, Direction de la recherche (CIUSSS de la Capitale-Nationale)

2915, avenue du Bourg-Royal,
Québec (Québec) G1C 3S2
Téléphone : (418) 661-6951 poste 1717

La transition à la vie adulte des jeunes qui reçoivent des services sociaux suscite l'intérêt des chercheurs depuis près de 20 ans, au Québec. Se préoccuper du devenir des jeunes suivis sous la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) est primordial puisqu'il s'agit des jeunes les plus vulnérables de notre société. Problèmes de santé mentale, dépendance aux drogues et à l'alcool, décrochage scolaire, séquelles post-traumatiques, déficits cognitifs et émotionnels, réseau social limité, voire absent ou négatif, ne sont que quelques-unes des difficultés rencontrées par ces jeunes au cours de leur adolescence. Au tournant de l'âge adulte, loin d'être réglées, celles-ci sont exacerbées lorsqu'ils se retrouvent dans un vide de services. Sans ressources et sans soutien, ces derniers sont hautement à risque d'itinérance, d'incarcération et de parentalité précoce.

En 2015-2016, près de 30% des 22 486 jeunes suivis par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) québécoise étaient âgés de 16 ans et plus. Parmi ces jeunes, 11,6% étaient placés en centres de réadaptation ou en ressources intermédiaires. Soulignons que la Loi sur la protection de la jeunesse favorise le maintien de l'enfant dans son milieu familial. « Si le maintien auprès de l'un ou l'autre des parents n'est pas possible et si aucune personne significative ne peut ou ne veut prendre l'enfant en charge, le DPJ doit alors assurer à ce dernier un milieu de vie qui se rapproche, le plus possible, d'un milieu familial (LPJ, art. 4) ». Les jeunes hébergés en centres de réadaptation sont susceptibles d'avoir un parcours de vie chaotique et figurent parmi les plus vulnérables et les plus à risque de voir leur sécurité et leur développement compromis au cours de leur transition vers l'autonomie.

Le 31 mars 2016, dans la région de Québec, on dénombrait 555 jeunes âgés de 16 ans et plus suivis par la DPJ. De ce nombre, 142 étaient placés en centres de réadaptation ou en ressources intermédiaires, soit 9,5%. Cinquante-huit jeunes âgés de 16 ou 17 ans avaient une ordonnance de placement à majorité. En 2015-2016, 131 jeunes suivis par la DPJ sont devenus majeurs. Certains ont bénéficié d'une continuité de services, mais plus d'une centaine de jeunes ont vécu une cessation complète de services.

Les 26 et 27 novembre 2015, l'événement *Paradoxes-Colloque sur la transition à la vie adulte* qui s'est tenu à Québec rassemblait différents acteurs concernés par le devenir des jeunes vulnérables. Chercheurs, intervenants du secteur public et du secteur privé, gestionnaires et usagers étaient rassemblés pour faire le point sur les plus récentes connaissances dans le domaine,

partager leurs préoccupations et proposer des pistes de solution pour l'avenir. Un partenariat franco-québécois a vu le jour. Le Collège international droit et santé mentale, le Sociographe et l'IRTS Normandie-Caen figuraient parmi les membres du comité organisateur de cet événement. Ce colloque a même été l'occasion de rassembler autour d'une même table, dans le cadre d'un événement spécial organisé le jour précédent, différentes personnalités du domaine juridique et des services sociaux de la France et du Québec afin d'échanger sur la situation des délinquants mineurs placés en milieux substituts qui transitent vers la vie adulte. Cette journée d'échanges, riche en partage de connaissances diversifiées, a pris fin avec l'engagement de poursuivre cette réflexion dans le cadre d'un second rendez-vous, en France, en décembre 2016. Cet article a été rédigé à partir du contenu d'une présentation qui a été donnée dans le cadre de ce second rendez-vous, un colloque intitulé *Les sorties de délinquances des mineurs et jeunes majeurs : cohérences, incohérences et paradoxes des politiques publiques*, qui s'est tenu à Paris, le 1^{er} décembre 2016.

DE LA CRÉATION DES CENTRES JEUNESSE AU DÉVELOPPEMENT DE RESSOURCES VERS L'AUTONOMIE

En 1993, dans le cadre d'une réforme du réseau de la santé et des services sociaux, les centres québécois de réadaptation pour jeunes en difficulté ont été intégrés aux centres de protection de l'enfance et de la jeunesse dans un nouveau type d'établissement unifié : les centres jeunesse (CJ). On comptait alors un CJ par région administrative, soit 16 établissements au Québec.

En 2000, la commission Clair a dénoncé le fonctionnement « en silos » des organisations du système public. Dans la foulée de « l'approche milieu » qui prônait la continuité et le décloisonnement lors de la dispensation des services de santé et sociaux, on a commencé à reprocher aux centres de réadaptation une pratique en internat ne tenant pas suffisamment compte de l'environnement social des jeunes. On a assisté à ce moment au développement d'une panoplie de services de réadaptation jeunesse dans la communauté. C'est d'ailleurs dans ce contexte que se sont développés les services de soutien à la réinsertion sociale des jeunes hébergés en CJ, notamment le *Programme Qualification des Jeunes* (PQJ) qui vise à soutenir les jeunes appelés à être autonomes rapidement, le jour de leur 18^e anniversaire. Ce programme vise à accompagner les jeunes les plus vulnérables sur une période de trois ans, soit de 16 à 19 ans, dans le développement de leur réseau



de soutien, leur préparation à la vie autonome et le développement de leurs habiletés socioprofessionnelles. D'abord instauré dans quatre régions pilotes, le PQJ fait maintenant partie de l'offre de service de tous les centres jeunesse québécois.

En 2007, dans le contexte de la refonte de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), des modifications concernant la notion de « projet de vie », un axe central d'intervention dans les services jeunesse, ont été apportées. Cette notion de « projet de vie » redonne la responsabilité aux CJ de fournir à l'enfant un milieu de vie stable auprès d'une personne significative qui répondra à ses besoins et avec laquelle il pourra développer un lien d'attachement permanent. Tous les enfants âgés de 0 à 17 ans à risque de discontinuité relationnelle et d'instabilité étaient visés par cette disposition de la Loi. Puisque la LPJ ne permet pas de poursuivre l'intervention au-delà de l'âge de la majorité, il fallait mettre en place des programmes permettant d'amorcer des projets de vie axés sur l'autonomie bien avant que les jeunes atteignent l'âge de 18 ans (Manuel de référence de la LPJ, 2010, p. 717).

En 2010, un groupe de travail ayant pour mandat de clarifier les pratiques d'intervention à privilégier en réadaptation au Québec a été mis sur pied. Regroupant des mandataires issus des secteurs de la recherche et de la pratique, ce groupe a proposé un nouveau cadre de référence sur l'intervention en réadaptation dans les centres de santé et services sociaux (CSSS) et les centres jeunesse (CJ). Ce cadre définit désormais l'intervention à privilégier en réadaptation, la clientèle visée, les principales cibles d'intervention, les paramètres à considérer pour structurer l'offre de service et soutenir sa mise en œuvre.

Enfin, lancé en 2014, au Québec, le *Guide d'accompagnement pour la mise en œuvre du plan de cheminement vers l'autonomie* (ACJQ, 2014) a été rédigé à l'intention des intervenants des organismes et établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de même que pour les acteurs des milieux de l'emploi et de l'éducation. Il présente les principales notions théoriques et pratiques nécessaires à l'évaluation du niveau de préparation à « l'autonomie » des jeunes âgés de 16 à 24 ans qui effectuent un passage à la vie adulte. Il cible plus particulièrement les jeunes qui présentent une plus grande vulnérabilité sur les plans personnel et familial.

LA RÉADAPTATION EN PROTECTION DE LA JEUNESSE AU QUÉBEC

L'intervention en réadaptation peut être définie comme « un processus d'aide qui, en étant fondé sur la capacité

d'adaptation des personnes, vise la reprise ou la poursuite du développement du jeune en travaillant à recréer des liens positifs entre celui-ci, ses parents, sa famille et sa communauté » (*Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ*, 2013). Selon le modèle écosystémique, la finalité de l'intervention doit être un meilleur ajustement entre l'environnement, les personnes et les systèmes auxquels elle s'adresse. Cette intervention se réalise en complémentarité avec l'intervention psychosociale qui met l'accent sur le fonctionnement du système familial. Ce processus de réadaptation permet notamment d'aider les jeunes parents en difficulté d'adaptation en leur donnant accès à des activités de soutien à l'apprentissage de leur rôle parental.

L'intervention en réadaptation s'appuie sur des approches ou des programmes reconnus. Elle a pour but de permettre à un jeune dont le développement est entravé ou compromis par de grandes difficultés d'interaction, de renouer avec son milieu de manière à y puiser les ressources dont il a besoin pour poursuivre son développement, utiliser ses capacités à leur plein potentiel et réaliser son projet de vie vers l'autonomie.

Pour plusieurs jeunes âgés de 16 ans et plus vivant en centres de réadaptation, le projet de vie ciblé est le passage à l'autonomie à 18 ans (ou à la fin de l'offre de service). Ce passage représente une étape charnière dans leur vie. Malheureusement, certains adolescents sont mal préparés à ce départ et reçoivent peu de soutien de la part de leur famille et des autres membres de leur réseau. Un accompagnement en réadaptation s'avère alors nécessaire pour bien franchir cette étape.

COMMENT FAVORISER L'AUTONOMIE ?

L'intervenant qui accompagne un jeune (ou un jeune parent) dans sa transition vers la vie autonome doit l'aider à combler ses déficits, à mettre en valeur ses forces, à développer ses habiletés sociales et à modifier certains comportements inadaptés. Il doit aussi favoriser son insertion professionnelle en l'intégrant à des programmes ou à des mesures d'employabilité. Pour les jeunes parents en difficulté d'adaptation, ces interventions seront davantage orientées vers des activités d'apprentissage concrètes de l'autonomie, le développement d'habiletés parentales, l'intégration sociale, mais aussi vers la poursuite d'un cheminement scolaire. Des collaborations peuvent alors être établies avec les services de première ligne, par exemple à l'intérieur des services intégrés en périnatalité ou en petite enfance.

LE VÉCU DES JEUNES SUIVIS SOUS LA LPJ

Lorsque les services de réadaptation qui relèvent de la DPJ cessent à l'âge de la majorité, les jeunes doivent souvent se tourner vers d'autres services ou ressources. Comme ces services ne peuvent plus être offerts dans le contexte de la LPJ, le DPJ se doit d'informer le jeune sur les ressources disponibles dans son milieu et les modalités d'accès à ces ressources. Dans la mesure du possible, une référence personnalisée sera faite pour assurer la continuité et la complémentarité des services. Au besoin, le DPJ peut conseiller le jeune sur le choix des personnes ou des organismes qui peuvent l'accompagner et l'assister dans sa démarche.

Le *Programme qualification des jeunes* est destiné à des garçons et à des filles qui reçoivent des services d'un centre jeunesse et pour lesquels le passage à la vie autonome et l'insertion professionnelle présentent des défis importants. Ce programme d'une durée de trois ans prévoit un accompagnement individualisé intensif par un intervenant en CJ spécifiquement formé aux principes de ce programme. Ce programme se distingue des services habituellement dispensés par les CJ parce qu'il se poursuit au-delà de l'âge de la majorité, permettant ainsi le maintien d'un intervenant social significatif dans la vie des jeunes particulièrement vulnérables.

La clientèle visée est celle des jeunes âgés de 16 ans qui ont vécu une période de placement, n'ont pas de projet de vie défini et présentent un pronostic plutôt sombre en raison de problèmes de santé mentale, d'un réseau social limité, d'un manque d'habiletés sociales, de retards académiques importants ou d'un manque d'expérience professionnelle. Les jeunes qui participent au programme sont recrutés parmi les jeunes hébergés en CJ (Manuel de référence de la LPJ, 2010, p. 719).

En 2016, les services de la DPJ ont pris fin pour 131 jeunes de 18 ans. De ce nombre, 22 jeunes étaient inscrits au PQJ, soit 17%. Interrogés sur la pertinence du programme, bon nombre d'acteurs du réseau soulignent la valeur ajoutée du PQJ pour les jeunes qui en bénéficient et sont d'avis qu'un plus grand nombre de jeunes pourraient en profiter. Malheureusement, les centres jeunesse doivent limiter le nombre de jeunes admis au programme principalement en raison de contraintes budgétaires.

L'IMPORTANCE DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Parce qu'elle s'applique auprès de jeunes qui présentent des problèmes d'ordre relationnel, comportemental ou d'adaptation sociale, l'intervention en réadaptation

commande un degré d'investissement élevé. Voici trois histoires de cas qui illustrent bien leur réalité.

L'histoire de Cristelle

Cristelle est placée en centre de réadaptation à l'âge de 16 ans en raison de comportements déviants et parce qu'elle ne s'entend pas très bien avec sa mère. À 18 ans, elle ne veut pas retourner chez sa mère parce qu'elle sait que ce serait voué à l'échec. Deux mois avant sa majorité, elle emménage en appartement. Cristelle souffre alors de solitude. Elle se remet à consommer de l'alcool et héberge un garçon qui la vole et s'enfuit en lui laissant de nombreuses dettes et un mauvais crédit.

Le vécu de Charles

Charles a vécu une enfance difficile. Son père a quitté sa mère alors qu'elle était enceinte de lui. Le second conjoint de sa mère, celui que Charles considère comme son père, est décédé alors qu'il purgeait une peine d'emprisonnement. Charles a été placé à l'âge de 12 ans en raison de ses comportements violents. La DPJ est intervenue à la suite d'une bagarre entre le jeune et le nouveau conjoint de sa mère. Pendant son séjour dans le réseau des services sociaux, Charles a connu sept milieux de vie différents, des unités de vie ouvertes et fermées. Charles a décroché de l'école après avoir été expulsé plusieurs fois. L'école refuse de le reprendre en raison de ses comportements.

Le parcours de Tom

Le père de Tom a été incarcéré alors qu'il avait 12 ans. Tom habitait chez lui. Ses parents sont séparés et sa mère a refusé de le reprendre. C'est ainsi qu'il a été confié aux centres jeunesse. Durant ses six années de placement, Tom a intégré plusieurs ressources d'accueil (familles d'accueil et centres de réadaptation) et fait plusieurs fugues. Il a participé à de nombreux programmes de désintoxication en raison d'une consommation abusive de drogue.

Ces trois histoires démontrent que l'instabilité des liens et les conditions de vie difficiles complexifient l'intervention. Il faut beaucoup de temps et d'efforts soutenus avant qu'un jeune comme Cristelle, Charles ou Tom « adopte » un milieu de vie substitut et fasse confiance aux intervenants. L'« alliance thérapeutique » que l'intervenant tente d'établir alors avec le jeune réfère à un lien émotionnel et de collaboration. Ils agissent en tant qu'« alliés », partageant un lien affectif et travaillant ensemble, pour résoudre les problèmes du jeune.



L'alliance thérapeutique se développe par l'empathie, le respect, l'authenticité et l'acceptation inconditionnelle.

QUITTER UN MILIEU D'ACCUEIL À 18 ANS

Au moment de quitter le réseau pour vivre de manière autonome, les jeunes sont généralement peu préparés. L'atteinte de la majorité ne garantit pas l'acquisition d'habiletés nécessaires sur les plans personnel, familial et social. La précarité financière guette aussi la majorité de ces jeunes qui doivent passer rapidement d'un milieu très encadré à la vie autonome. Cette réalité est parfois lourde à porter.

« Ça été « rough » [difficile] [...] Je disais que j'avais hâte de partir, mais dans le fond je ne voulais pas partir de là » - Sophie

Le centre de réadaptation est un milieu institutionnel régi par un cadre légal. C'est un milieu sécuritaire, encadrant, au sein duquel le personnel professionnel est très sollicité. Les propos des jeunes reflètent bien les limites du centre de réadaptation en matière de préparation à la vie autonome.

« Moi, à la minute que j'ai été placé (à 12 ans), j'avais hâte d'avoir 18 ans pour sortir de la DPJ. Mais je peux te dire qu'arrivé à 17 ans et 3/4, tu commences à « capoter » [avoir peur un peu] ! Tu commences à te dire : qu'est-ce qui va arriver ? Parce que moi, j'ai quand même été 6 ans avec la DPJ, supporté de tous bords tous côtés par la DPJ » - Tom

« Tu quittes un centre d'accueil où tu es couvée. Tout est préparé, tu as un horaire, tu manges à telle heure, tu te fais jamais de bouffe [de repas]... C'est comme ça. Tout ce que tu as à faire c'est de suivre la ligne, puis de suivre les moutons. Là, tu arrives en appartement puis tu n'as rien, tu as des comptes qui arrivent, des responsabilités... J'aimais ça là-bas, c'était pas mal moins de troubles que de rester en appartement. Il y a plein d'affaires à penser » - Cristelle

Les sentiments de hâte et d'insécurité se côtoient à la veille du départ : peur de l'inconnu, de ne pas trouver d'endroit où habiter, de la solitude et de manquer d'argent.

- Peur de l'inconnu
« Ah, j'avais peur, je me disais : qu'est-ce que je vais faire ? Je n'avais pas vraiment le goût d'y penser - Rita
- Peur de ne pas trouver d'endroit où habiter
« J'ai tout le temps eu peur, genre le jour de mes 18 ans, si je n'ai pas trouvé de place, qu'est-ce que je fais ? Ça m'a tout le temps inquiétée » - Josette
- Peur de la solitude
« Ça faisait juste un an et demi que j'étais ici. Évidemment, j'étais en centre d'accueil, tu ne rencontres

pas grand monde en centre d'accueil, à part à l'école. Mais à l'école, tu te tiens juste avec les filles du centre d'accueil. J'avais une couple d'amies, mais pas assez pour les appeler, c'était pas assez fort les liens pour ça » - Maria

- Peur de manquer d'argent
« Gérer mon argent [...] Moi, dès que j'ai de l'argent dans les poches, je le brûle. Il faut que je le dépense » - Carl

Les difficultés sur les plans personnel, social et familial avec lesquelles ces jeunes doivent composer constituent une menace pour eux une fois sortis du cadre institutionnel.

« Moi, étant une bonne alcoolique et une bonne toxicomane, un dépanneur [petite épicerie de quartier] où il y de la bière, c'est fatigant au début... Il n'y a plus personne pour te retenir, pour te dire que ce n'est pas correct » - Maria

Le fait pour ces jeunes d'avoir accès à de l'aide et à des conseils d'adultes significatifs permet de réduire leur anxiété. Le passage à la vie autonome semble donc plus facile pour ceux qui étaient en famille d'accueil que pour ceux qui vivaient en centre de réadaptation, car la possibilité de maintenir des contacts à l'âge adulte est plus restreinte pour ces derniers. Pour eux, la fin du placement signifie malheureusement souvent la perte de liens significatifs établis au fil des ans. Cela peut générer des sentiments d'abandon. Le passage d'une vie de groupe à une vie en solitaire est non seulement une expérience difficile, mais aussi une expérience empreinte de détresse sur le plan affectif.

Lorsqu'ils se retrouvent seuls, ces jeunes sont plus à risque de se lier à des personnes qui peuvent exercer une mauvaise influence sur eux. Ils sont également susceptibles d'adopter des comportements à risque tels que la consommation abusive de drogue ou d'alcool, la malnutrition, de mauvaises habitudes en matière d'hygiène et l'isolement social.

« Je ne suis pas dans la drogue, mais j'ai eu une petite passe [une période de consommation d'environ trois mois] de débauche comme on peut appeler ça. Je me suis ramassée tous les soirs au bar, je flambais ma paye » - Cristelle

Les études portant sur le devenir des jeunes qui ont quitté un milieu d'accueil pour vivre de manière autonome indiquent que ces derniers éprouvent de la difficulté à trouver un logement et à se stabiliser sur le plan résidentiel. Le nombre de déplacements vécus par ces jeunes durant leur séjour en milieu d'accueil pourrait avoir eu pour effet de les conduire vers l'instabilité aussi à l'âge adulte : une étude récente réalisée par l'Observatoire canadien sur l'itinérance indique que 57% des jeunes répondants âgés de 13 à 24 ans vivant une situation

d'itinérance avaient déjà reçu des services de la protection de l'enfance.

DES INITIATIVES POUR PALLIER AUX MANQUES

Les séjours en centres de réadaptation se terminent souvent de façon abrupte. C'est particulièrement difficile pour les jeunes qui ont subi un abandon ou ont été « ballottés » au cours de leur vie, particulièrement pour les jeunes qui ont des besoins spécifiques (ex. séquelles post-traumatiques, handicaps, problèmes de santé mentale, troubles du spectre de l'autisme, etc.). Après avoir travaillé fort pour créer une alliance thérapeutique avec un jeune, l'intervenant se voit contraint de le laisser partir et trop souvent sans l'accompagnement nécessaire pour assurer le succès de cette importante transition. Les visites du jeune à l'unité de vie devront par la suite être brèves et planifiées. Le temps que l'intervenant pourra lui consacrer variera considérablement selon que le jeune participe ou non à un programme d'accompagnement au-delà de ses 18 ans (ex. PQJ). Pour pallier à cette rupture d'alliance, quelques initiatives prometteuses ont été mises sur pied. À Québec, le Réseau l'Intersection de Québec (RIQ) a été créé « par et pour » les jeunes de 15 à 24 ans qui ont reçu des services sociaux. Les besoins de ces jeunes au moment d'effectuer leur transition à la vie adulte sont nombreux. Au-delà des besoins relatifs au développement d'habiletés de préparation à la vie autonome leur permettant de s'intégrer pleinement dans leur communauté, ils ont aussi des besoins sur le plan psychologique. Il est essentiel que ces jeunes aient l'occasion d'aborder leurs peurs, leurs insécurités ou leurs sentiments ambivalents face à cette étape charnière de leur vie.

Le RIQ a donc entrepris en 2016 de développer un projet de « mentorat par les pairs ». En plus d'assurer un soutien à ses membres, l'organisme souhaitait promouvoir l'engagement de la communauté et la solidarité entre personnes partageant des expériences de vie similaires. Le Réseau l'Intersection de Québec a pour mission de sensibiliser la population à la réalité de ses membres et de les soutenir quand le besoin se fait sentir. Les garçons et les filles qui s'impliquent dans ce réseau d'entraide développent un sentiment d'appartenance et tendent à persévérer dans leur engagement malgré les hauts et les bas de leur quotidien. Le projet de mentorat, mis sur pied par le RIQ avec le soutien d'un étudiant en psychoéducation, est aussi une occasion pour ceux et celles qui ont vécu un placement et qui s'en sont sortis de « donner au suivant » en soutenant des jeunes qui, à leur tour, font face au passage abrupte que constitue la fin des services. Plusieurs organismes et associations

communautaires de la région de Québec : l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, le Carrefour jeunesse-emploi, le Cercle Lab-Vivant, Gestion jeunesse, le Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes du Québec, pour ne nommer que ceux-ci, travaillent de plus en plus en concertation et proposent des initiatives conjointes qui visent à élargir un réseau de soutien en plein déploiement. Sur le plan scientifique, le Centre de recherche de l'Institut universitaire du Centre jeunesse de Québec soutient le développement des connaissances en matière de transition à la vie adulte grâce à la contribution de chercheurs spécialisés dans ce domaine. Ces connaissances concernent notamment le profil des jeunes suivis en protection de la jeunesse ou sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents et l'évaluation des services qui leurs sont offerts. Le Centre de recherche contribue également au transfert et à la diffusion des connaissances dans ce champ d'étude. Des partenariats nationaux et internationaux avec des collaborateurs qui partagent les mêmes préoccupations et intérêts contribuent au rayonnement et au partage de ces savoirs.

La politique « *Ensemble, pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l'itinérance* » (MSSS, 2014), à laquelle participent 13 ministères et organismes gouvernementaux, témoigne par ailleurs de l'émergence d'une nouvelle conscience et d'une mobilisation collective pour prévenir et contrer l'itinérance. Cette politique cible cinq axes d'intervention prioritaires : 1) le logement ; 2) les services de santé et les services sociaux ; 3) le revenu ; 4) l'éducation, l'insertion sociale et l'insertion professionnelle ; 5) la cohabitation sociale et les enjeux liés à la judiciarisation.

Conformément aux orientations de cette politique, le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020, « *Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance – Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020* », engage le gouvernement et ses partenaires dans des actions destinées à prévenir et à réduire l'itinérance.

La nouvelle *Stratégie d'action jeunesse 2016-2021*, sous la responsabilité du Secrétariat à la jeunesse, réitère également l'importance d'appuyer les jeunes Québécoises et Québécois dans leur transition vers l'autonomie et de les soutenir dans leur engagement à participer activement au développement de leur communauté et du Québec tout entier. Un nouveau partenariat entre le Secrétariat à la jeunesse et le réseau des Carrefours jeunesse-emploi du Québec (110 établissements) a été mis en place afin d'offrir des services aux jeunes et de permettre le financement de projets « par, pour et près » des jeunes en transition à la vie adulte. Les Carrefours jeunesse-emploi (CJE) accompagnent et guident les jeunes de 16 à 35 ans dans leurs démarches d'insertion



sociale et économique, en soutenant leur cheminement vers l'emploi, vers un retour aux études ou le démarrage d'une petite entreprise.

Une section du plan d'action en santé mentale « *Faire ensemble et autrement – Plan d'action en santé mentale 2015-2020* » est également consacrée aux jeunes. Des mesures à entreprendre ou à poursuivre en vue de soutenir leur développement optimal y sont inscrites, notamment en ce qui a trait aux services pour les jeunes aux prises avec un trouble mental qui reçoivent des services dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Bref, au Québec, plusieurs chantiers sont en cours dans le but de développer de nouvelles connaissances sur le thème de la transition à la vie adulte, d'intervenir auprès des jeunes vulnérables qui reçoivent des services de la DPJ, de prévenir la détérioration des situations, d'assurer une meilleure transition à la vie adulte des jeunes quittant le réseau à 18 ans, de tisser un filet de sécurité par la création d'alliances avec des acteurs clés de la communauté qui les accueilleront et les accompagneront et de sensibiliser la population à leur réalité afin de leur faire une place et de rappeler qu'ils sont, eux aussi, des citoyens à part entière dans notre communauté. ■

RÉFÉRENCES

Nadeau, F. Le passage autonome chez les jeunes ayant vécu un placement en milieu substitut. Mémoire de maîtrise. 2000.

Cette étude avait pour objectif d'approfondir ce que représentent pour les jeunes cette expérience de vie autonome, les difficultés rencontrées et les défis au quotidien. L'échantillon était composé de jeunes qui ont quitté leur milieu d'accueil (FA ou CA) lorsqu'ils ont atteint l'âge de la majorité.

Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012. (Fiches 17 et 18 – pp. 65-70).

Le MSSS présente ses orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le programme-services Jeunes en difficulté. Ces orientations s'inscrivent dans la volonté gouvernementale d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Elles précisent l'offre de service à mettre en place dans tous les territoires, de 2007 à 2012, et soutiennent l'élaboration des projets cliniques.

Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. MSSS, Québec, 2010.

Le manuel de référence sur la protection de la jeunesse a pour but de permettre une compréhension commune de la LPJ et de l'ensemble des organisations des services aux jeunes et à leur famille. Le manuel se divise en deux grandes parties. La première partie porte sur la famille

et la société (cadre légal et rôle de l'État/ressources de la communauté). La seconde partie est consacrée à la LPJ. Le manuel s'adresse à l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à toutes les personnes qui travaillent auprès des jeunes et de leur famille (organismes communautaires, réseau des services de garde à l'enfance, réseau de l'éducation, réseau de la justice, professeurs et étudiants des collèges et des universités).

Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ – programme services jeunes en difficulté. MSSS, Québec, 2013.

Document qui précise la définition de la réadaptation et situe la clientèle à laquelle elle s'adresse en CSSS et en CJ. Il identifie les principales cibles d'intervention en réadaptation. Le cadre de référence s'adresse principalement aux gestionnaires des CJ et des CSSS concernés par l'organisation de la prestation des services de réadaptation destinés aux enfants et aux jeunes en difficulté de même qu'à leur famille.

Guide d'accompagnement pour la mise en œuvre du plan de cheminement vers l'autonomie. Association des centres jeunesse du Québec, Québec, 2014.

Lancé au Québec en 2009 à titre de projet pilote par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ), le PCA vise à ce qu'une plus grande place soit accordée à la préparation des jeunes de 16 à 24 ans au passage à la vie adulte. Cet objectif touche tout particulièrement ceux qui présentent une plus grande vulnérabilité en raison de facteurs personnels, familiaux ou environnementaux, et qui ont besoin de soutien pour faire face aux défis de la vie adulte.

Ensemble, pour éviter la rue et en sortir – Politique nationale de lutte à l'itinérance. MSSS, Québec, 2014.

Cette politique se veut une contribution nécessaire à l'émergence d'une nouvelle conscience et d'une mobilisation collective afin de prévenir et de contrer l'itinérance. Elle cible cinq axes d'intervention prioritaires dans le cadre d'une approche visant à prévenir et à contrer l'itinérance : 1) le logement ; 2) les services de santé et les services sociaux ; 3) le revenu ; 4) l'éducation, l'insertion sociale et l'insertion professionnelle ; 5) la cohabitation sociale et les enjeux liés à la judiciarisation. Cette politique s'appuie sur la participation de 13 ministères et organismes gouvernementaux.

Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance – Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020. MSSS, Québec, 2014.

En conformité avec les orientations fondamentales de la Politique nationale de lutte à l'itinérance, le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 engage le gouvernement et ses partenaires dans des actions concrètes destinées à prévenir et à réduire l'itinérance. Ces actions s'inscrivent dans le prolongement des orientations ciblées dans chacun des axes d'intervention prioritaires de la Politique.

Stratégie d'action jeunesse 2015-2021. Secrétariat à la jeunesse, MSSS, Québec, 2015.

La nouvelle stratégie d'action jeunesse 2015-2021 – sous la responsabilité du Secrétariat à la jeunesse – a été



annoncée par le premier ministre du Québec, M. Philippe Couillard, le 23 avril 2015. « *Je suis convaincu de l'importance d'appuyer les jeunes Québécoises et Québécois dans leur transition vers l'autonomie et de les soutenir dans leur engagement à participer activement au développement de leurs communautés et du Québec tout entier...Le nouveau partenariat avec le réseau des 110 Carrefours jeunesse-emploi du Québec assurera, par l'action locale et l'expertise terrain de ces organismes spécialisés, une action ciblée et personnalisée dans toute les régions [du Québec]. Le gouvernement tient à offrir des services directs aux jeunes et à permettre le financement de projets par, pour et près des jeunes* ».

Faire ensemble et autrement – Plan d'action en santé mentale 2015-2020. MSSS, Québec, 2015.

La section cinq intitulée « Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte » est entièrement consacrée aux jeunes. Il y est question des mesures à poursuivre ou à entreprendre en vue de soutenir le développement optimal des enfants. On y parle aussi des mesures qui visent l'adaptation des soins et des services à l'évolution du développement des jeunes, de l'enfance à l'adolescence jusqu'à la transition à la vie adulte. Finalement, on y parle des services destinés aux jeunes atteints d'un trouble mental qui reçoivent des services dans le cadre de la LPJ, puis de ceux qui vivent un premier épisode psychotique.





LES SORTIES DE DÉLINQUANCE DES MINEURS ET JEUNES MAJEURS : COHÉRENCE, INCOHÉRENCE ET PARADOXES DES POLITIQUES PÉNALES

*THE GIVING UP OF DELINQUENCY BY MINORS AND YOUNG
ADULTS: COHERENCE, INCOHERENCE AND PARADOXES OF
THE PENAL POLICIES*

Hervé HAMON*

RÉSUMÉ

Dans cet article, nous mettons en exergue l'irrationnel de la politique pénale en France concernant les mineurs. À l'appui de cette démonstration, nous prendrons une autre approche que celle précédemment utilisée, à savoir l'idéal de gestion dans une société néolibérales. Nous avons choisi une approche radicalement différente de celle des mythes dans les lois, des mythes des législateurs, des mythes des professionnels. Nous explorerons plus particulièrement à travers une analyse des circulaires, le mythe du temps réel de la justice et avanceront l'hypothèse de véritables chocs avec les mythes professionnels des magistrats et des travailleurs sociaux du champ judiciaire. Enfin, à partir de la recherche sur les sorties de la délinquance, nous dénoncerons l'impact d'une politique pénale irrationnelle conçue comme une escalade avec les mineurs délinquants, nous soulignerons l'absence de prise en compte de l'efficacité de la justice concernant la grande majorité des mineurs délinquants. Enfin, nous mettrons en exergue les capacités des mineurs de sortir de la délinquance sans l'intervention du judiciaire !

* Magistrat honoraire, ancien Président du Tribunal pour enfants de Paris, herve.j.hamon@gmail.com

MOTS-CLÉS

Politique criminelle rationnelle et politique criminelle irrationnelle, Mythes législatifs et mythes des professionnels du judiciaire, Choc des mythes, Temps réel, Idéal de gestion.

ABSTRACT

In this article we will demonstrate how irrational the penal policy in France is when it concerns minors. To support this we will take another approach than the one used previously, ie the ideal of management in a neo-liberal society. We have chosen an approach that is radically different from the one of the myths in the laws, the myths of legislators, the myths of the professionals. Through an analysis of circulars we will particularly explore the myth of the real time of justice and put forward the hypothesis of real clashes with the professional myths of the magistrates and social workers in the legal field. Finally, using research on giving up delinquency we will denounce the impact of an irrational penal policy designed as an escalation with delinquent minors, we will highlight the fact that the effectiveness of the law concerning the vast majority of delinquent minors is not taken into account. Finally

we will demonstrate the ability of minors to give up delinquency without the intervention of the legal system!

KEYWORDS

Rational criminal policy and irrational criminal policy, Legislative myths and myths of the judicial professionals, Clash of myths, Real time, Management ideal.

* * *

Peut-on parler, concernant la récidive, d'une politique pénale publique en France au cours du début du XXI^e siècle ? Ou doit-on parler d'une politique pénale d'un autre type et si oui laquelle et dans quelles limites ?

Comment définir une politique pénale : je propose de retenir la définition suivante de Nicolas Queloz, criminologue suisse. N. Queloz souligne que les politiques de sécurité font partie des processus de contrôle social et comprennent des actions engagées par un Etat pour protéger ses citoyens contre les dangers externes et internes (conflits, crises, attentats, accidents, crimes) menaçant leur sécurité et celle de la vie en société. Elles sont donc plus larges et devraient inclure la politique criminelle. Il introduit les concepts de politique criminelle et de politique pénale et pose la question de savoir si ces concepts sont différents. Dans la conception originale de Feuerbach et de la plupart des pénalistes, politique pénale et politique criminelle sont pris comme synonymes de ce qui est toutefois une conception trop restrictive de la politique criminelle. En revanche quand Ancel définit la politique criminelle comme la réaction organisée et délibérée de la collectivité contre les activités délictueuses déviantes ou antisociales ou quand Delmas Marty la définit comme l'ensemble des **procédés par lesquels le corps social organise les réponses au phénomène criminel avec le droit pénal comme « noyau le plus dur »**, il ressort que la politique pénale n'est qu'un sous-ensemble de la politique criminelle. À vrai dire au lieu de politique criminelle il serait plus juste de parler de politique anti criminelle bien que nous n'aimions pas l'image d'une lutte contre le crime dont découle trop souvent un langage guerrier de type « guerre aux criminels ». Cusson plutôt que de politique criminelle a toujours parlé de « contrôle social du crime » pour désigner les efforts de tous pour maintenir la délinquance dans des limites supportables ou « l'ensemble des moyens mis en œuvre par les membres d'une société dans le but

spécifique de contenir ou de faire reculer le nombre et la gravité des délits ». La définition exclut donc les politiques économiques sociales ou démographiques qui produisent ce résultat sans que leurs participants en aient l'intention nette. Nous avons donc ici une définition plus étroite du contrôle social (que celle ci dessus) et qui correspond au sens que nous souhaitons donner au concept de politique criminelle.

Quant à la politique pénale comme l'un seulement des types d'action de la politique criminelle, elle vise à élaborer des incriminations définitions des infractions et des sanctions qui s'ensuivent et qui s'individualisent dans les sentences prononcées par la justice pénale.

Nicolas Queloz aborde ensuite les sources de la politique criminelle et s'interroge sur quelles bases s'édifie la politique criminelle ; pour lui la question est d'importance car elle permet d'illustrer la distinction courante entre politique criminelle rationnelle et politique criminelle pratique.

La politique criminelle rationnelle devrait être fondée sur des théories scientifiques et des données empiriques fiables ; ses sources principales résideraient dans les sciences criminelles. Toutefois sur la contribution des sciences criminelles à l'élaboration de la politique criminelle, les scientifiques ne se font aujourd'hui plus beaucoup d'illusions : la politique criminelle est très peu « rationnelle » (peu fondée sur les connaissances théoriques et empiriques acquises) très politisée (très influencée par les idées partisans voies populistes) et très émotionnelle (menée au gré très médiatisé des drames criminels et des dysfonctionnements des appareils de contrôle. C'est toute la difficulté de la relation complexe entre ce qui est vu comme l'angélisme des uns (les théoriciens) et le pragmatisme des autres praticiens, décideurs).

En ce qui concerne la politique criminelle « pratique » il la définit dans une perspective interactive comme le résultat d'un processus permanent de confrontation sociale entre quatre catégories d'acteurs sociaux des entrepreneurs de morale, des acteurs qui définissent les normes d'incriminations et de sanctions, des acteurs qui transgressent ces normes et les acteurs qui réagissent à ces transgressions (armi lesquels entre autres les magistrats ainsi que les services de la protection judiciaire de la jeunesse). Ces processus d'interaction conduisent aussi bien à la définition de politiques criminelles concrètes qu'à celle des objets cibles de ces politiques à savoir les crimes, les criminels la criminalité et ses victimes. Ce sont finalement des processus de construction – déconstruction – reconstruction constante de l'ordre social dans lesquels ni le rationnel ni les scientifiques ne sont évidemment exclus.

Politique criminelle et rationalité économique : Selon Queloz l'évolution des politiques criminelles de



ces 20 dernières années en Amérique du Nord puis en Europe démontre la place prioritaire prise par la rationalité économique, à tel point que les termes de « gestion pénale », de « gestion des risques » (de criminalité et d'insécurité) tend à se substituer à ceux de politique criminelle et de politique pénale. Nous retrouvons ici l'idéal de gestion dont j'avais dénoncé les errements lors du premier séminaire entre autres comme venant masquer de nouvelles formes de gouvernance de l'État.

L'Irrationnel de la politique pénale en France en ce qui concerne la justice des mineurs.

Je ferai l'hypothèse suivante : la politique pénale en France sous des dehors de politiques criminelles pratiques a été complètement irrationnelle de 2002 à 2012.

- On a pu constater en effet en France depuis les années 90 l'irruption de la délinquance des mineurs dans le discours politique tant de gauche que de droite, et tout particulièrement dans le discours électoraliste, entraînant à partir de 2002 une inflation des lois ; en effet entre la loi du 9 septembre 2002 dite loi Perben et la loi du 26 décembre 2011 sur le service citoyen, sont intervenus pour les mineurs délinquants 14 lois, deux décrets, une circulaire, une question préalable de constitutionnalité et une décision du conseil constitutionnel.
- Le sentiment général chez les professionnels de la justice des mineurs était celui d'une totale incohérence au gré des événements médiatiques. Alain Bruel ancien président du tribunal pour enfants de Paris, récemment disparu, avait pu démontrer que cette véritable diarrhée législative venait masquer une cohérence politique redoutable. En effet toutes les modifications visaient à accélérer le temps du jugement, à limiter le choix des magistrats en ce qui concerne le quantum des peines, mais également en ce qui concerne les solutions éducatives. L'irruption de la délinquance des mineurs dans le paysage politique s'est accompagnée d'une attaque et d'une disqualification sans précédent des magistrats et travailleurs sociaux de la protection judiciaire de la jeunesse. L'hypothèse que j'avais faite, et que je considère toujours comme valide, était que cette évolution législative et réglementaire ainsi que ces attaques subies par la justice des mineurs, en me référant aux recherches de Francis Bailleau et Yves Cartuyvels, étaient étroitement liées à l'idéologie néolibérale. Je ne veux pas repartir sur cette piste et vous propose une autre approche celle des mythes dans la justice et dans la loi.

Par mythe nous entendons qu'à l'instar du mythe familial les mythes du ministère de la justice des juridictions en distinguant le parquet mineur des juges pour enfants et des institutions éducatives sont une représentation

partagée par les membres du groupe, du groupe lui-même comme un ensemble et de ses relations au monde. (Robert, Neuburger, thérapeute familial l'irrationnel dans le couple et la famille). Selvini et ses collaborateurs nous montrent que le mythe c'est justement ce qui ne peut s'aborder, ce dont on ne peut parler avec une famille sans provoquer des réactions de rejet.

En effet est-ce que cette cohérence masquée et ces attaques de la justice des mineurs peuvent être considérées comme une politique pénale ? Ce que l'on peut simplement dire c'est que ces orientations ne reposent nous l'avons vu sur aucune donnée criminologique scientifique mais sur des mythes législatifs non partagés unanimement par les professionnels, Ceux-ci étant eux-mêmes porteurs de mythes professionnels. On peut tout à fait parler de choc de mythes de niveaux logiques différents en ce qui concerne la justice des mineurs pour cette période passée. Le mythe principal qui régit pratiquement toute l'activité législative de cette période est celui du temps réel. Pour s'en convaincre il suffit de se reporter à la circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces du 13 décembre 2002 qui s'intitule politique pénale en matière de délinquance des mineurs. Le chapitre 2 s'intitule un dispositif judiciaire adapté au service d'une politique pénale dynamique. Tout un pan est consacré au « contrôle et maîtrise du temps de la justice pénale des mineurs ». Citons quelques passages du préambule : « l'objectif poursuivi par la loi de du 9 septembre 2002 est une nécessaire adaptation de la justice pénale aux réalités de la délinquance contemporaine des mineurs plus violentes, plus jeune et davantage marquée par la réitération et la récidive tout en maintenant les principes fondamentaux sur lesquels repose le droit des mineurs.

Il convient de rappeler l'importance qui s'attache à une action efficace des parquets en direction des mineurs et à une réponse judiciaire individualisée et de qualité. Cette réponse... ne peut trouver son plein relief que dans son application ou son exécution effective.

Une action efficace suppose bien sûr que les parquets disposent au préalable une connaissance fine et précise non seulement de l'état de la délinquance juvénile sur leur ressort mais aussi d'une évaluation complète et signifie qu'elle ne leur activité et de celle de la juridiction à laquelle ils appartiennent.

C'est pourquoi je demande aux procureurs et aux procureurs généraux de redéfinir les articulations qui s'imposent à l'intérieur même du champ judiciaire entre le parquet et le siège est de mettre en place une organisation adaptée à une politique volontaire en matière de délinquance des mineurs au sein de chaque quai. L'accélération du cours de la justice pénale des mineurs est également déterminante et suppose une

réelle capacité des parquets à quantifier le temps de la réponse judiciaire, à en appréhender les difficultés et à identifier les ajustements nécessaires à une prise de décision dans un délai rapide ».

En ce qui concerne le chapitre contrôle et maîtrise du temps de la justice pénale des mineurs, on peut lire ceci : « l'une des difficultés rencontrées aujourd'hui par la justice des mineurs demeure encore la lenteur des procédures compte tenu d'une part de la nécessité de réunir de nombreux éléments relatifs à la personnalité du mineur et aussi de la charge des cabinets des juges des enfants en raison de l'augmentation de la délinquance juvénile et des dossiers d'assistance éducative.

La lisibilité et la cohérence de l'ensemble du processus pénal est un objectif qu'il convient d'atteindre.

Une action efficace des parquets en direction des mineurs suppose d'utiliser ou de poursuivre le traitement en temps réel qui a pour objectif de permettre une réponse pénale systématique rapide, diversifié et adaptée dans le cas d'une politique globale d'action publique.

Il apparaît en effet essentiel que tous les actes de délinquance même ceux de peu de gravité fassent l'objet d'une réponse judiciaire en temps réel laquelle permet outre l'évaluation au plus tôt de la situation du mineur, de combattre le sentiment d'impunité du jeune délinquant et la nécessaire prise en compte de sa victime.

Vous veillerez à ce que les services de police et les unités de gendarmerie vous rendent compte systématiquement et dès l'interpellation par voie téléphonique dans les plus brefs délais de toutes les procédures mettant en cause des mineurs afin que la décision d'orientation de la procédure soit prise immédiatement à l'issue des investigations menées par les services enquêteurs. La transmission d'une procédure par courrier mettant en cause un mineur doit rester exceptionnelle et n'intervenir que sur décision expresse du magistrat du parquet qui peut souhaiter notamment pour les procédures les plus complexes en connaissance de l'intégralité des auditions et investigations avant de décider des suites à donner ». Cette circulaire est tout à fait remarquable en ce qu'elle constitue un véritable hymne à la gloire du temps réel de l'efficacité et de la gestion. Nous sommes bien là dans un hymne guerrier de lutte contre la délinquance des mineurs.

Ces quelques passages permettent de comprendre à quel point le mythe du temps réel qui serait garant de la systématisation de l'efficacité de la maîtrise du contrôle de la police et de la gendarmerie par le parquet est omniprésent et d'une certaine façon indiscutable puisque reposant sur un mythe déguisé en données de bon sens. On retrouve ici le ton guerrier évoqué par Nicolas Quelez.

Or le temps réel et son usage n'ont jamais fait l'objet d'une recherche ou d'une évaluation sérieuse : les conditions de travail des parquets spécialisés sont à mettre au rang de véritable maltraitance institutionnelle. Le soi-disant contrôle de la police et la gendarmerie par le parquet est complètement illusoire puisque dans les conditions où s'effectuent les permanences téléphoniques il est bien évident que la maîtrise n'appartient absolument pas au parquet.

Quant à la systématisation des réponses judiciaires on voit bien à quel point les circuits de dérivation du parquet ont pris une importance énorme et on arrive au paradoxe qu'un mineur peut être convoqué devant un délégué du procureur pour s'entendre signifier qu'il n'y aura pas de poursuites.

Quant à la cohérence alléguée, les juges des enfants savent à quel point les défèrements et les procédures à délai rapproché sont des facteurs puissants d'incohérence dans le parcours judiciaire des mineurs (incohérence en ce qui concerne les dates de jugements qui ne suivent pas la chronologie des actes de délinquance, interventions surtout dans les grandes juridictions de plusieurs magistrats alors que le mineur est censé avoir « son juge », multiplicité des décisions, chaque présentation entraînant presque automatiquement, une décision éducative puis répressive, la réitération étant quasiment systématiquement interprétée comme un refus du mineur de toute action éducative. Le juge se trouve pris avec les mineurs dans une véritable escalade symétrique dont l'issue est quasi fatalement l'enfermement prison ou le centre fermé.

Cette incohérence et ces ruptures sont largement amplifiées par les vacances des postes de juge des enfants. Ces vacances de postes sont souvent très longues et à titre d'exemple personnel sur les presque 40 ans de carrière de juge des enfants j'ai connu une seule année où je n'ai pas remplacé un, voire plusieurs, collègues. En outre ces vacances de postes déstabilisent gravement la gestion des cabinets vacants mais également celle des magistrats qui en assurent les remplacements. Le temps réel à une autre conséquence celle de contraindre les juges des enfants à un calendrier très serré où la place du pénal et du temps qui lui est consacré sont à la fois toujours plus importante : permanence, audience, jugement à délai rapproché, surcharge des audiences. Tous autant de contraintes pour conséquence immédiate de rendre quasi impossible le partenariat traditionnel des juges pour enfants avec les institutions les équipes éducatives les partenaires de ville, du conseil départemental ; voire même entre eux voire même avec leurs collègues du parquet mineur et de laisser de plus en plus le parquet comme interlocuteur de toutes ces mêmes institutions. A ce stade de mon raisonnement j'émet donc l'hypothèse



que le traitement en temps réel est un facteur puissant de réitération et de récurrence. On peut également émettre l'hypothèse complémentaire que l'idéal de gestion affichée par le ministère de la justice, imposé aux magistrats est en contradiction complète avec la gestion erratique des postes de juges des enfants et de ce fait est également un facteur de réitération et de récurrence.

Depuis 2012 un tournant politique a été pris pour revenir à une politique criminelle rationnelle.

Nous avons pu constater un certain retour de la pensée : la circulaire du 19 septembre 2012 de politique pénale de Madame la garde des sceaux. Il est intéressant de noter que la circulaire ne parle plus de temps réel mais de temps « utile » et en ce qui concerne les mineurs nous pouvons lire ceci : Dans le domaine particulier de la justice pénale des mineurs, la définition des modes de poursuites doit être effectuée avec un soin particulier. En effet les principes d'individualisation, de spécialisation et de continuité de la prise en charge conduisent à privilégier les modes de poursuites impliquant l'intervention au stade présentiel du juge des enfants habituellement compétents.

Enfin dans tous les cas il est nécessaire que les poursuites devant la juridiction interviennent dans un délai pertinent. Les voies procédurales appropriées doivent être retenues qui tiennent compte des exigences d'action publique de même que des capacités réelles de jugement des juridictions dans le domaine pénal en effet je suis attachée à ce que les capacités de jugement des juridictions maintiennent un équilibre interne aux juridictions de nature à assurer le bon fonctionnement global du service public de la justice. Fin de citation. On voit bien dans ce court passage l'effort louable de se démarquer de l'idéologie du temps réel et de ses excès. On peut y voir également une reconnaissance implicite de la surcharge des juridictions et des effets ravageurs des procédures à délai rapproché. On ne peut malheureusement dire que cette circulaire a eu un véritable impact sur le fonctionnement des parquets qui dans la réalité et de fait sont restés le plus souvent dans l'esprit et dans la pratique de la circulaire de 2002.

Sont également intervenus :

La conférence de consensus, tout le travail autour de la justice du XXI^e siècle, le livre sur « les sorties de la délinquance théorie méthode enquête » sous la direction de Marwan Mohammed, la création du conseil interministériel de prévention de la récurrence de la délinquance et de lutte contre la radicalisation et le guide pratique sur la prévention de la délinquance ainsi que le recentrage de l'éducatif au sein de la protection judiciaire de la jeunesse. Les peines planchers ont disparu des tribunaux correctionnels pour mineurs également mais la réforme que nous estimions décisive à savoir la création d'un

code pénal spécifique pour les mineurs introduisant notamment la césure du procès pénal n'a pas vu le jour. Nous pouvons craindre que dans ce contexte électoral et dans ce climat terrible d'attentats terroristes et de développement de la radicalisation chez les mineurs nous assistions à une nouvelle régression de la pensée et à un retour en arrière vers une politique pénale extrêmement répressive si l'on doit en croire les programmes de la droite lors des primaires actuelles. Il suffit de lire les propositions de François Fillon et d'Alain Juppé : retour des peines planchers fins de la compétence civile des juges pour enfants pour un recentrage pénal etc. etc. Les améliorations concédées voire arrachées ne viennent pas selon moi signer véritablement l'avènement d'une politique pénale plus fondée sur des données scientifiques pour reprendre la distinction de Nicolas Queloz à la fois parce que le gouvernement dans le contexte politique actuel ne se risque pas à présenter une réforme qui pourrait être attaquée et qualifiée comme étant l'annonce d'une politique pénale laxiste mais aussi et c'est là mon hypothèse parce que certains mythes et tout particulièrement le mythe du temps réel et ses déclinaisons ainsi que son idéal de gestion sur fond de pénurie sont malgré la tentative modeste de la circulaire de 2012, communs à la gauche et à la droite. Ceux sont en fait des mythes partagés, qui empêchent de fait toute créativité et toute réforme au vu des clivages bien dénoncés par Nicolas Queloz entre ceux qui seraient pragmatiques et défenseurs du bon sens commun et ceux qui seraient des théoriciens angéliques. Les juges des enfants, dans ce clivage, font partie d'une nouvelle catégorie celle des praticiens angéliques.

Dans leur recherche de 2009 : la justice des mineurs en Europe entre modèles Welfare et inflexions néolibérales, les sociologues Francis Bailleau et Yves Cartuyvels mettaient en exergue l'apparition en France mais également en Europe d'une justice à deux vitesses : douce/dure.

Ce concept nous paraît particulièrement intéressant et largement vérifié par le fonctionnement de la justice des mineurs en France.

On peut en effet constater l'instauration d'une justice à deux vitesses :

D'une part une justice douce et majoritairement efficace (60 % des mineurs ne réitèrent pas) et d'autre part une justice beaucoup plus sévère pour les mineurs réitérants, que l'on aura tendance progressivement à considérer dans cette frange d'âge de 16 à 18 ans comme des majeurs. Cette justice à deux vitesses a résulté tout naturellement des grands principes de l'ordonnance de 1945 par une application de la progressivité des réponses aboutissant à privilégier les mesures éducatives et à réserver la détention à une petite frange de la délinquance des mineurs. La justice restaurative a accentué cette tendance en

introduisant par rapport au primat de l'éducatif un autre niveau logique, à savoir que la réparation rend plus active la participation des mineurs qui doivent en accepter le principe. On retrouve la le paradoxe de type pragmatique qui consiste pour le juge d'avoir à recueillir l'adhésion du mineur à la décision pénale alors que l'on est dans un cadre judiciaire hautement contraignant. Il est à noter que les parents sont très preneurs de ces mesures qui permettent de renforcer l'appartenance, les appartenances des mineurs à leurs familles à leur pairs et à la société il faut toutefois nuancer le développement spectaculaire du recours aux mesures restauratives en France ; en effet il s'agit beaucoup plus de mesures de réparation indirecte que directes et la place de la victime dans le processus de réparation reste encore à stabiliser et à développer.

Il n'est pas inintéressant de constater un autre paradoxe : en effet la justice restaurative s'inscrit beaucoup plus dans une logique de solidarité et d'appartenance sociale. Donc a priori en décalage complet avec l'idéologie néolibérale. Elle nous vient en effet des conférences familiales inventées en Nouvelle-Zélande et en Australie pour les populations aborigènes ou une approche individuelle et psychologique apparaissait comme complètement inadaptée. J'émet l'hypothèse que l'idéologie néolibérale n'a vu dans cette réponse éducative d'un niveau logique différent, qu'une façon de privilégier les victimes et de dénier toute approche éducative individuelle et psychologique. Or les juges des enfants ne s'y sont pas trompés et ont su tout à fait s'emparer de cette mesure pour développer des liens avec la société civile, soutenir la créativité des équipes éducatives, les valoriser et contrer l'escalade symétrique entre la justice et les adolescents aboutissant à une progressivité rigide de la réponse judiciaire. Cette rigidité a trouvé son apothéose avec l'instauration des peines plancher véritables contresens de ce que peut être l'adolescence, et de ce que peut apporter une analyse scientifique des sorties de la délinquance

Si bien qu'on assiste en France à l'émergence d'un nouveau paradoxe qui est le suivant : nous citerons ici Luc Henry Choquet dans son article la délinquance des mineurs en France : contours et problématiques : « le phénomène de la délinquance des mineurs est spectaculaire mais relativement rare lorsqu'on rapporte les volumes des mineurs les plus difficiles aux classes d'âge concernées ». Parmi l'ensemble des 6 295 930 mineurs de 10 à 18 ans issus de la population générale, en 2011, 3,5 % sont mis en cause par les forces de l'ordre, 2,3 % font l'objet d'un traitement pénal dont 1,4 % pour une mesure alternative aux poursuites et 0,9 % pour une affaire poursuivie devant le juge des enfants ou le juge d'instruction. À l'issue du traitement judiciaire 6/10 000 parmi les 3 930 517 mineurs de 13

à 18 ans, issu de la population générale ont quitté leur famille pour être placé dans une structure d'hébergement contraint (centre éducatif fermé au centre éducatif renforcé et 7/10 000 des mêmes classes d'âge ont été détenus après condamnation. Si l'on se penche sur la question de la récidive, on peut dire que le système judiciaire pénal pour les mineurs obtient des résultats plus qu'honorables – 60 % des mineurs délinquants ne récidivent pas dans un délai de six ans après la majorité. Malgré cela on assiste au développement d'un discours sécuritaire qui nie l'efficacité du système judiciaire le plus fréquemment utilisé chez des mineurs en insistant sur les échecs d'un dispositif qui s'en éloigne au point d'en dénigrer les principes fondateurs. Dans cette perspective la question de la récidive et de la réitération ne fait pas à proprement parler l'objet d'une analyse véritable ; aucune recherche de grande envergure ne permettant de faire la part des facteurs de confusion qui sont si fréquemment impliqués dans les phénomènes sociaux, politiques, idéologiques et psychologiques aussi complexes que l'est la délinquance des mineurs. Si bien qu'aucune des données de la recherche ne permet encore aujourd'hui d'interroger ou d'informer valablement la pertinence de la politique pénale telle qu'elle est actuellement menée en France.

Quant aux études qualitatives de moindre envergure, elles ne sont guère plus utiles à l'étude de ces thématiques étant donné que leur portée est souvent limitée par les perspectives dans lesquelles elles s'inscrivent : focalisation sur l'acte ou sa qualification juridique et sur des populations étudiées autour des classes d'âge que les systèmes posent comme juridiquement pertinentes (moins de 10 ans 10 à 13 ans de 13 à 16 ans et 16 à 18 ans et enfin plus de 18) si bien que ces études laissent globalement dans l'ombre des questions pratiques importantes comme par exemple :

L'effet du recouvrement de fait entre le clivage doux/dur qui caractérise la justice à deux vitesses que nous venons d'évoquer et le clivage moins de 16 ans plus de 16 ans et plus de 18 ans moins de 18 ans, qui vient l'alimenter et le cristalliser, s'appuie sur l'opinion traditionnelle non discutée qui veut, que dans le discours des juges, des éducateurs, des parents, mais aussi des adolescents eux-mêmes, il est convenu qu'au-delà de 18 ans ce ne sera plus la même chose et que l'attention portée à l'individu ne sera plus de mise et la sévérité la règle. Unanimement accepté ce changement de logique n'est pas interrogé et dans un contexte sécuritaire finit par avoir des effets pervers sur la période qui précède cette barrière de 18 ans.

On arrive à un résultat paradoxal à savoir que cette limite protectrice des 18 ans qui à la fois fonde et garantit un véritable statut de l'enfance, viendrait clôturer la pensée.



C'est comme s'il y avait une impossibilité de penser les parcours des mineurs devenus majeurs comme étant la continuité d'un parcours de vie. Paradoxalement cette barrière protectrice de 18 ans a comme conséquence d'éviter de penser les facteurs de sortie de la délinquance. En fait tout se passe comme si la répétition des mineurs devenus majeurs n'était que la conséquence d'un échec de la justice spécialisée pour mineurs. En ce sens, le livre consacré aux sorties de la délinquance : théorie, méthodes, enquêtes sous la direction de Marwan Mohamed, et auquel a participé activement Luc Henry Choquet, est très important car d'une part il met en évidence que les sorties de la délinquance s'opèrent majoritairement aux alentours de 25 ans et que donc la justice des mineurs intervient sur un temps très court à une période de l'adolescence la plus mouvementée. Cette constatation, pourtant évidente, met en exergue les incohérences des politiques pénales en France, et ce livre nous apporte des pistes d'action et de réflexion dans des directions beaucoup plus ouvertes, qui nous sortent de l'aveuglement que constituerait une politique pénale dont l'enjeu serait uniquement sur un modèle purement causal linéaire l'éradication, bien évidemment utopique, de la récidive. La lutte contre la récidive ne saurait être une fin en soi.

En effet le passage entre une justice spécialisée pour les mineurs et une justice plus sévère pour les majeurs ne comporte pas de réponse intermédiaire même si à la marge des suivis éducatifs peuvent se prolonger dans le cadre pénal au-delà de la majorité : article 16 bis sursis avec mise à l'épreuve. Les articulations entre les juges des enfants et les juges d'application des peines restent complexes et très hétérogènes. Ceci nous amène à un autre paradoxe à savoir que les juges de l'application des peines sont confrontés à des décisions des tribunaux correctionnels extrêmement sévères concernant des jeunes majeurs et que l'évolution législative actuelle tend à leur donner comme mission de ramener ces décisions de justice à de plus justes proportions et à les aménager sous toutes leurs formes : bracelet électroniques semi-liberté placement extérieurs etc. On peut faire là aussi, comme pour les mineurs, l'hypothèse que le discours politique sécuritaire le plus ferme se doit d'être affiché même si dans l'ombre tout le monde sait que cette politique pénale et par voie de conséquence pénitentiaire est absurde inefficace et extrêmement coûteuse. On peut faire une deuxième hypothèse à savoir que le discours sur la sécurité est un discours incantatoire qui se réfère implicitement aux grands principes d'une justice actuarielle dont les fondements théoriques ne sont jamais discutés et que la on touche au mythe d'une société sans risque.

Il en découle une troisième hypothèse à savoir que la désignation la stigmatisation et la mise à l'écart de

figures dangereuses vont à l'encontre du mythe fondateur des juges des enfants à savoir le préambule de l'ordonnance de 1945 et qui réaffirme l'appartenance des mineurs délinquants à la nation. On pourrait dire que l'on assiste en France au choc de deux mythes celui du temps réel avec son corollaire l'idéal de gestion et d'autre part le mythe fondateur des juges pour enfants du préambule de l'ordonnance de 45 leur donnant mission de maintenir les mineurs délinquants dans la communauté en utilisant l'aide contrainte, et son corollaire le temps éducatif.

Ce choc des mythes ceux du législateur, de la chancellerie, du parquet dans une certaine mesure et du grand public façonné par les médias, avec les mythes des professionnels provoquerait un affrontement passionnel et irrationnel et empêcherait donc la pensée et toute réforme justement par ce que ces mythes ne sont pas repérés comme tels mais bien comme des vérités indiscutables.

L'association française des magistrats de la jeunesse et de la famille française fait partie de l'association internationale des magistrats de la famille et à l'initiative de la France et de l'Italie il a été décidé au congrès de Tunis en 2012 ?, de créer une section Européenne. Cette section européenne s'est réunie régulièrement, a travaillé notamment sur les phénomènes de radicalisation et tout récemment en octobre à Londres avec notamment Jean Trépanier, à partir d'un questionnaire sur la récidive en vue de la préparation entre autre de notre séminaire, puisque les questions posées à nos collègues de 11 pays portaient sur la récidive.

Un des apports de cette rencontre a été mais était-ce vraiment une surprise de constater pour la quasi-totalité des pays représentés l'absence de recherche sur les processus de désistance de la délinquance, sur l'efficacité d'une action judiciaire et éducative sur les-parcours des mineurs, sur une efficacité de l'action judiciaire dans la prévention de la récidive sans parler de l'hétérogénéité des statistiques pour ne pas dire de leur incapacité à apporter une contribution utile à une politique pénale digne de ce nom. La lecture du livre de Marwan Mohammed vient confirmer ce que les juges des enfants savent par expérience c'est qu'à la fois leur action est réelle mais qu'il convient de rester modeste sur les effets de changement qu'ils sont susceptibles d'apporter et que les mineurs mêmes et surtout délinquants ont de multiples appartenances. Par ailleurs trois pays l'Allemagne, l'Autriche et la Croatie connaissent un droit intermédiaire pour les jeunes majeurs appliqué par les juridictions des mineurs. Il serait particulièrement intéressant d'en approfondir les modalités et pourquoi pas l'étendre à notre pays. Je terminerai mon exposé par une véritable demande même si elle a des allures de provocation à savoir : lors des multiples remplacements ou des reprises de cabinets



vacants que j'ai effectués de façon quasi constante j'ai pu constater un nombre impressionnant de dossiers pénaux prescrits ou sur le point de l'être.

Un des grands arts de la gestion d'un cabinet (on est bien loin de l'idéal de gestion !) impose, avec il faut le dire la complicité bienveillante du parquet lui-même soumis à de multiples remplacements, consiste à faire le tri des dossiers prescrits des dossiers à la limite de la prescription. Pour ces derniers, s'ils concernent des actes peu de gravité il est décidé de les laisser définitivement prescrire. Par contre en ce qui concerne les dossiers pas encore tout à fait prescrits mais dont le caractère de gravité apparaissait évident il était décidé de les audier et de les convoquer pour des mises en examen le plus souvent. À ma grande surprise mais cette expérience est commune à pratiquement tous les juges des enfants, nous voyions arriver des mineurs devenus majeurs et qui s'étaient rangés, assagis qui avaient parfois fondé une famille trouvé du travail, une relation amoureuse

stable et ce sans la moindre intervention judiciaire ou éducative. Sauf à considérer que la menace d'un dossier dormant au tribunal pour enfants était de nature à l'amener sur le chemin de la non récidive force était de constater que la plupart de ces jeunes majeurs avaient oublié sincèrement cette période de leur vie ou en tout cas qu'ils avaient tout fait pour oublier une période pour eux révolue et dans laquelle ils ne se reconnaissaient plus. J'émet donc le vœu d'une recherche sur les effets de la prescription des dossiers sur le devenir de ces jeunes qui n'ont jamais bénéficié ou qui ont échappé au choix à la sollicitude des juges pour enfants. Cette recherche aurait l'intérêt de mettre en exergue sans doute les autres moyens trouvés par ces jeunes pour faire des choix de vie satisfaisant ou au contraire pour ceux qui auraient persisté dans la délinquance d'essayer de comprendre ce qui avait manqué de l'aide contrainte qu'on aurait pu ou du leur proposer. ■



LE REGARD DES ÉTUDES ET DES PROGRAMMES CRIMINOLOGIQUES SUR LA RÉCIDIVE ET LA DÉSISTANCE(1)

*THE PERSPECTIVE OF CRIMINOLOGICAL STUDIES
AND PROGRAMS ON RE-OFFENDING AND DESISTANCE*

Luc-Henry CHOQUET*

RÉSUMÉ

La première partie de l'article rappelle brièvement les résultats tirés de trois enquêtes très célèbres des années 40, 50 et 70 de la recherche criminologique qui s'intéressent à la récidive et pas ou peu à la désistance. La seconde présente rapidement les résultats tirés des travaux plus récents sur la récidive et la désistance qui permettent d'illustrer que, si les Français et les Anglo-saxons se différencient dans leurs démarches et la manière dont ils les présentent, ils semblent finalement assez proches sur le fond, c'est-à-dire sur leur approche théorique de ces phénomènes (récidive et désistance) et des priorités qui en découlent.

ABSTRACT

The first part of this article briefly shows the results from three major criminological surveys from the 40s, the 50s and the 70s which tackle the subject of re-offending but leave quite aside the question of desistance. The second part outlines the findings from more recent studies on re-offending and desistance both, showing that if French and Anglo-saxon often differ on their approach and, even, the way they each present these approaches, they converge in their understanding of this phenomenon (re-offending and desistance) and its major aspects and the priorities of public action.

MOTS-CLÉS

Criminologie, Justice des mineurs, Récidive, Désistance.

KEYWORDS

Criminology, Juvenile justice, Re-Offending, Desistance.

* Responsable du pôle Recherche à la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse au Ministère de la Justice, Enseignant à la Faculté d'Économie Gestion Administration et Sciences Sociales (Université d'Artois) et chercheur associé à l'Institut de recherche corrections et réhabilitation de l'université Ryukoku (Kyoto).

luchenrychoquet@gmail.com ; Luc-Henry.Choquet@justice.gouv.fr

(1) Cf. Colloque Les sorties de délinquances des mineurs et jeunes majeurs - Cohérences, incohérences et paradoxes des politiques publiques, Jeudi 1^{er} décembre 2016, Délégation Générale du Québec à Paris.

Pour reprendre le titre d'un ouvrage du sociologue Howard Becker de l'Ecole de Chicago, traduit récemment, nous allons utiliser deux focales(2).

La première est une longue focale qui va nous permettre de vous présenter brièvement les résultats tirés de trois monuments historiques des années 40, 50 et 70 de la recherche criminologique qui approchent la question de la récidive et pas ou peu celle de la désistance.

La seconde est une focale plus courte qui va nous permettre de vous présenter brièvement les résultats tirés des lectures de travaux plus récents sur la récidive et la désistance qui permettent d'illustrer l'idée selon laquelle les français et les anglo-saxons se différencient dans leur présentation de leur démarche et dans leur démarche mais apparaissent finalement assez proches quant à leurs façons de penser le phénomène et quant à ce sur quoi il convient de mettre l'accent.

Le premier monument historique date de l'année 1942(3). C'est le rapport du docteur Georges Heuyer, réputé fondateur de la pédopsychiatrie française, intitulé « Enquête sur la délinquance juvénile, étude de 400 dossiers », paru dans la revue *Pour l'enfance « coupable »* (L'étude a été réalisée sous la direction de Georges Heuyer, considéré comme un des fondateurs de la pédopsychiatrie française, et son ancien chef de clinique Louis Le Guillant, considéré également comme une référence de la pédopsychiatrie française.

L'étude est basée sur 400 cas dont 8 filles, essentiellement confiés par décision du tribunal pour enfants et adolescents ou par le patronage de l'enfance et de l'adolescence à Paris.

L'étude a été réalisée sous la direction de Georges Heuyer, considéré comme un des fondateurs de la pédopsychiatrie française, et son ancien chef de clinique Louis Le Guillant, considéré également comme une référence de la pédopsychiatrie française.

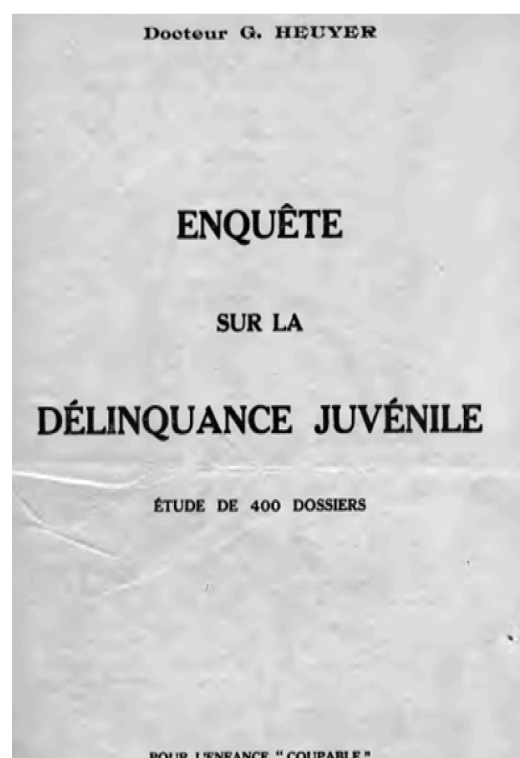
L'étude est basée sur divers examens et tests, sur l'observation de l'enfant pendant son séjour au patronage, la convocation de la famille, l'enquête sociale, et sur l'examen de dossiers mentionnés par les enquêteurs comme complets et contenant les éléments nécessaires à la statistique.

Les résultats affichés sont les suivants (*je cite*) :

1. Le milieu familial est considéré jouer un rôle important puisque la famille est dissociée dans 88% des cas ;

(2) Cf. d'Howard S. Becker, *La Bonne Focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*, La Découverte, 2016.

(3) Cf. Annick Ohayon, « Le devenir des enfants suivis en psychiatrie : premières enquêtes rétrospectives d'évaluation », *L'évolution psychiatrique*, Vol 69 - N° 4 - octobre 2004.



*Image de Georges Heuyer,
Enquête sur la délinquance juvénile -
Étude de 400 dossiers,
Revue Pour l'enfance « coupable », 1942.*

2. La part des familles nombreuses est 34% alors qu'elle est inférieure en population générale à 15% depuis 1928 ;
3. Dans près de 2/3 des cas, les enfants sont réputés manqués de surveillance voire d'éducation « activement mauvaise », et le « milieu affectif » est défavorable dans la moitié des cas ;
4. La part des enfants illégitimes est de 20% alors qu'elle est en population générale au maximum de 21 pour 1 000 en 1937 ;
5. Chez les parents, l'alcoolisme et les troubles du caractère se partagent la moitié des cas, « l'amoralité » représente un tiers ;
6. Parmi les antécédents personnels, ce qui frappe, ce sont les retards et les dissociations du premier développement psycho-moteur et les énurésies tardives dans la moitié des cas ;
7. Seul 1 sur 5 est en bon état physique ;
8. Plus de la moitié ont fréquenté l'école plus ou moins régulièrement ;
9. Un grand nombre sont réputés instables, incapables de se fixer, présentant des troubles du caractère ;
10. Il s'agit de récidivistes dans près d'un cas sur deux, isolément dans 6 cas sur 10, en bande dans 4 cas sur 10.

Cinq ans après, en 1947, démarre une seconde étude, dirigée par Georges Heuyer et son ancien chef de clinique Louis Le Guillant, dont l'objectif est la recherche de sujets adultes ayant présenté dans l'enfance des troubles du caractère sans débilité mentale, qui vont être classifiés à partir de trois éléments : exercice d'un métier, construction d'une famille, absence de troubles graves du comportement et de la conduite se traduisant par exemple par un internement ou un séjour en détention :

- Bonne adaptation = 3 éléments sont présents,
- Moyenne = 2
- Médiocre = 1
- Mauvaise = 0

La première présentation de l'étude a lieu en septembre 1950 lors du premier congrès international de psychiatrie dans la section de psychiatrie infantile.

L'étude porte finalement sur 650 cas, 8 hommes pour 2 femmes et les résultats présentés sont paradoxaux. (*je cite*) : « Tout se passe à peu près comme si le seul jeu du hasard avait présidé à la répartition des données ». Autrement dit se sont révélés sans influence sur le niveau d'adaptation les précédents critères tels que l'énurésie, le fait d'être enfant issu d'une famille nombreuse ou dissocié. Seule la tendance à la révolte, l'agressivité, l'entêtement présentent une corrélation.

Surtout, les seules corrélations vraiment significatives sont liées aux événements de la vie (guerre, mariage et naissance, études et formations professionnelles, existence d'activités personnelles).

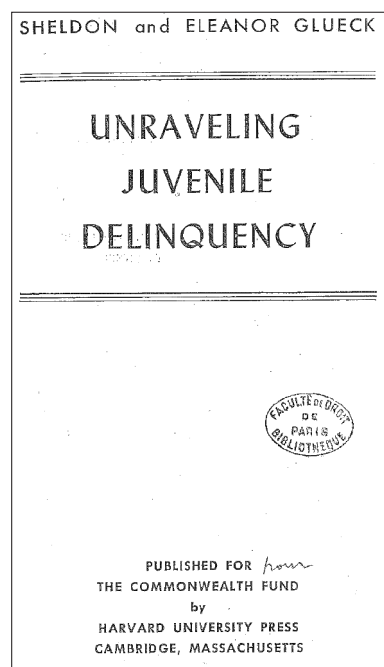


Image de Sheldon et Eleanor Glueck, *Unraveling Juvenile Delinquency*, published for The Commonwealth Fund by Harvard University Press, Cambridge, 1950.

Trois ans plus tard, Georges Heuyer indique que (*je cite*) : « l'influence des facteurs étiologiques traditionnels est apparue comme moins néfastes qu'on s'y attendait. Les mesures de traitement, de placement ne paraissent pas avoir qu'une médiocre importance dans la réadaptation [apparaissant] ne pas donner de meilleurs résultats que le maintien en liberté (...) Bien des troubles de l'enfance et de l'adolescence sont déconditionnés à l'âge adulte. »(4) Le deuxième monument historique est une étude qui démarre en 1939 pour être publiée en 1950. Il s'agit de l'étude du couple de criminologues américains Sheldon et Eleanor Glueck qui se dévouèrent à la recherche de facteurs qui aboutissent à la délinquance et à la criminalité chez le jeune adulte. Leur étude intitulée *Unraveling Juvenile Delinquency*, autrement dit « En éclairant la délinquance juvénile », correspondait à une étude prospective de deux groupes de 500 garçons de 10 à 17 ans, délinquants et non délinquants de Boston et ses environs, homologues en matière d'âge, d'origine culturelle, de QI et de type de résidence.

Les infractions étaient les suivantes :

Cambriolage	59%
Vol	58,4 %
Vol d'auto	19,8 %
Atteintes à l'ordre public	32,4 %
Absentéisme scolaire	12,8 %
Coups et blessures	5,4 %
Atteintes sexuelles	3,6 %
Vol qualifié	2,4 %
Incendie criminel	2,2 %
Ebriété	2 %

Je voudrais juste mentionner le premier tableau que l'étude présente et les conclusions tirées dans cet ouvrage de 399 pages.

Le premier tableau nous donne une indication sur l'intérêt des auteurs pour les comportements précoces. Il s'agit du détail de l'âge au début des mauvaises conduites mentionnées (*je cite*) comme témoignant d'une évidente antisocialité, le substantif correspondant à antisocial.

Âge	Délinquants	
	Nombre	%
< 5 ans	20	4.0
5 – 7	222	44.4
8 – 10	196	39.2
11 – 13	53	10.6
14 – 16	9	1.8
Total	500	100

Moyenne : 8.35

Ecart type : ± 2.39

(4) Cf. Georges Heuyer, « Enquête sur le pronostic des troubles du caractère chez l'enfant et enquête de contrôle », *A Criança Portuguesa*, 1953-54.

Les conclusions tirées de l'étude sont les suivantes :
Les délinquants se distinguent de la population des non délinquants de 5 manières :

1. par leur physique : ils sont essentiellement de constitution mésomorphe⁽⁵⁾ (solide, musculeuse, trapue) ;
2. par leur tempérament : ils sont sans cesse nerveusement agités, impulsifs, extravertis, agressifs, destructeurs (souvent sadiques) - des traits qui peuvent être plus ou moins compris comme corollaires ou conséquences psychologiques d'une courbe de croissance irrégulière ;
3. par leur attitude : ils sont hostiles, pleins de défiance, de ressentiment et de soupçon, butés, trop sûrs d'eux, aventureux, non conventionnels, dans le refus de l'autorité ;
4. par leur psychologie : ils sont portés vers le direct et le concret plutôt que le symbolique et l'expression intellectuelle, et sont moins méthodique dans l'approche des problèmes ;
5. du point de vue socio-culturel, ils ont été élevés - beaucoup plus que le groupe de contrôle - dans des foyers où les manifestations d'empathie, d'affection durable et le sens moral étaient absents, par des parents généralement incapables de jouer le rôle de guide, de protecteur, ou de constituer, comme c'est le cas, selon la théorie psychanalytique, les sources souhaitables pour l'émulation et la construction d'un sur-moi consistant, équilibré et inscrit dans la norme sociale durant la petite enfance et la première phase du développement. Si, dans certains cas individuels, c'est sous la pression d'un des facteurs précités que se développe une tendance à un comportement antisocial, rendant compte de l'enfermement dans la délinquance, en général, la probabilité d'adopter ce type de comportements dépend du jeu des conditionnements et forces résultant de l'ensemble des facteurs énoncés précédemment.

Dans les quartiers défavorisés, aux environnements faits d'excitation, de stimulation permanente, mais dénués d'un quelconque contrôle social ou de cohérence culturelle, de tels garçons laissent libre cours à leurs pulsions indomptées et à leurs désirs narcissiques par différentes formes de comportements délinquants. Leur tendance à une expression énergétique inhibée (*sic*) est ancrée profondément dans le « soma », la psyché et les malformations du caractère durant les premières années de la vie.

On rappellera que les délinquants avaient été caractérisés par le test de Rorschach comme étant plus hostiles, défiants, rancuniers et suspicieux que les non-délinquants. Le groupe des délinquants contient la plus haute proportion de garçons trop sûrs d'eux, de garçons qui

ont le sentiment de ne pas être reconnus ou appréciés, de garçons caractérisés par des tendances orales (*sic*) (inconsciemment motivées par le désir d'être protégés, d'être pris en charge sans faire d'effort) et par des tendances narcissiques (reflétant un fort besoin de pouvoir et de supériorité). Ils sont aussi moins conventionnels (comme cela a été révélé par le test de Rorschach et les interviews psychiatriques), moins coopératifs, moins enclin au compromis, à se plier aux attentes d'autrui, moins dépendants des autres, et bien moins soumis à l'autorité ou plus ambivalent concernant cette dernière. (6)

Près de 50 ans après, Robert Sampson et John Laub ont suivi l'échantillon initial et ont mené des entretiens personnels avec un échantillon stratifié de 52 délinquants de l'étude originale. Le résultat de cette étude ultérieure a été présenté en 1995 dans l'ouvrage *Crime in the Making – Pathways and Turning Points through Life* (La délinquance en action – Itinéraires et tournants décisifs au cours de la vie) et, en 2012, en langue française, dans le chapitre 2 de l'ouvrage intitulé *Sorties de délinquance, théories, méthodes, enquêtes*, dirigé par Marwan Mohammed et à la confection duquel la PJJ a beaucoup participé.

Une découverte indubitable écrivent-ils à l'issue de leur reprise de l'échantillon initial est que les délinquants

(6) *The delinquents as a group are distinguishable from the non-delinquents: (1) physically in being essentially "mesomorphic" in constitution (solid, closely knit, muscular); (2) temperamentally, in being restlessly energetic, impulsive, extroverted, aggressive, destructive (often sadistic) – traits which maybe related more or less to the erratic growth pattern and its physiologic correlates or consequences; (3) in attitude, by being hostile, defiant, resentful, suspicious, stubborn, socially assertive, adventurous, unconventional, non submissive to authority; (4) psychologically in tending to direct and concrete rather than symbolic, intellectual expression and in being less methodical in their approach to problems; (5) socio-culturally in having been reared to a far greater extent than the control group in homes of little understanding, affection stability, or moral fibre by parents usually unfit to be effective guides and protector or according psychoanalytic theory desirable source for emulation and construction of consistent, well balance, and socially normal super ego during the early stage or character development. While in individual case the stresses contributed by anyone of the above pressure-areas, of dissocial-behavior tendency may adequately account persistence in delinquency, in general the high probability of delinquency is dependent upon the interplay of condition and forces from all these areas. In the exciting stimulating but little controlled and culturally inconsistent environment of the under privileged area such boys readily give expression to their untamed impulse and there self centered desire by means of various forms of delinquently behavior their tendency toward inhibited energy-expression are deeply anchored in soma and psychic and malformation of character during the first few years of life. It will be recalled that delinquency have been found by Rorschach test to be more hostile, defiant, resentful and suspicious than the non-delinquents. The delinquent group further contains the higher proportion of socially assertive boys of boys who have feeling of not being recognized or appreciated and of boys characterized by oral trends (unconsciously motivated by desire to be looked after without effort) and by narcissistic trends (reflecting a strong need for status power and superiority). They are also less conventional (as disclosed by both the Rorschach text and psychiatric interview), less cooperative, less inclined to meet the expectations of others, less dependent upon others, and far less submissive to authority or more ambivalent to it.*

(5) En anatomie, relatif au mésomorphisme, à une taille moyenne pour un physique musclé.

adultes présentent des facteurs de risque qu'ils présentaient déjà durant l'enfance mais, néanmoins, les variables de l'enfance sont d'assez modestes outils de pronostic en matière de délinquance et ils proposent autre chose, afin de relever le défi comme ils disent. Il s'agit d'une « théorie du contrôle social informel », lié à l'environnement familial, résidentiel (le voisinage), scolaire, et à celui des pairs. A l'opposé les chroniques ou les persistants interrogés mentionnent une considérable instabilité résidentielle, relationnelle, de scolarité ou d'emploi : des « nomades sociaux » indiquent-ils en reprenant une expression de Michel Foucault dans *Surveiller et punir* (1975).(7)

Le troisième monument historique est l'ouvrage *Delinquency in a Birth Cohort*, dirigé par Marvin E. Wolfgang, Robert M. Figlio, et Thorsten Sellin et publié en 1972 par l'Université de Chicago. L'étude avait extrait un échantillon aléatoire de 975 sujets d'un échantillon initial de près de 10 000 garçons (9 945), qui fut réduit à 567 répondants qui furent interrogés durant une à deux heures sur leur éducation, sur leur conjugalité, leur emploi, leur participation antérieure à des bandes et sur des variables sociales et psychologiques. Des questions leur furent posées sur des infractions demeurées dissimulées et des informations furent tirées des fichiers de police (*Juvenile Aid Division of the Philadelphia Police Department*)(8).

71% étaient blancs et 29 % noirs, mais 28.6 % des blancs étaient considérés comme délinquants et 50.2 % des non-blancs. Le taux global de délinquance était trois fois plus élevé pour les non-blancs que pour les blancs. Il y est justement question de désistance et cette étude est réputée être la première où le terme apparaît, mais les renvois à la notion sont relativement succincts. Les voici :

- 46,4 % du groupe des délinquants ont un seul contact avec la police puis désistent jusqu'à l'âge de 17 ans en tout cas.
- Les délinquants ayant commis une atteinte corporelle sont deux fois plus susceptibles de désister que ceux qui ont commis une atteinte matérielle.
- La probabilité de désister après une autre infraction n'est pas reliée au nombre d'infraction, spécialement après les deux premières.

(7) Cf. Robert J. Sampson, John H. Laub, « A general age-graded theory of crime : lessons learned and the future of life-course criminology », prepared for *Advances in Criminological Theory* (Volume 13, 2004).

(8) Voir également Maynard L. Erickson, « Delinquency in a Birth Cohort : A New Direction in Criminological Research », *Journal of Criminal Law and Criminology*, Vol 64, n°3, 1973 ; Marvin E. Wolfgang, « Delinquency in Two Birth Cohorts », *The American Behavioral Scientist*, Sep/Oct 1983, 27, 1.

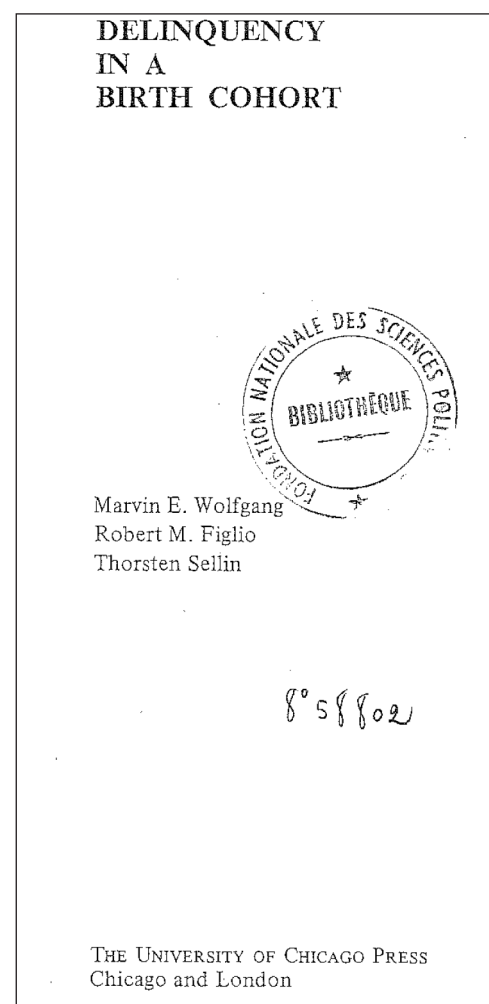
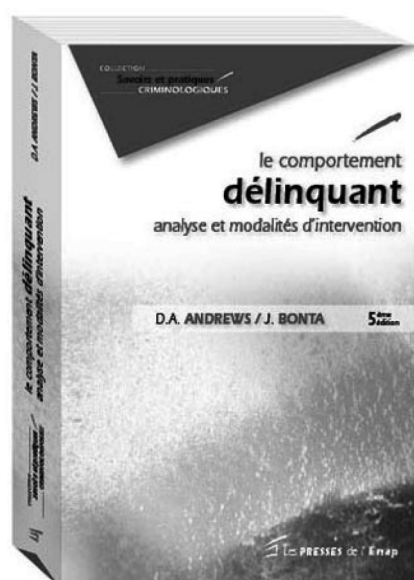


Image de Marvin E. Wolfgang, Robert M. Figlio, and Thorsten Sellin, Delinquency in a Birth Cohort, published by University of Chicago Press, Chicago and London, 1972.

- Les garçons qui ont commis une nombreuse série d'acte dont certains de gravités sont fréquemment non blancs et d'un groupe social du bas de l'échelle, mais 35 % de ce groupe désiste après son premier contact avec la loi.
- La question se pose de déterminer le moment où un programme de prise en charge doit intervenir. Cela n'est pas utile après le premier acte puisque 46 % stoppe après, mais devrait être concentré sur ceux qui commettent deux ou trois actes.
- La probabilité de désister est entre 0.30 et 0.45 pour les blancs et 0.18 et 0.25 pour les non blancs après la 15^e infraction, soit un rapport de 0.6.
- Près de 50 % des blancs et des non blancs du groupe social élevé désiste après une atteinte corporelle.
- 36 % des blancs désistent après une combinaison d'infractions à comparer avec 62 % des non blancs du groupe social élevé.



**Image de D. A. Andrews et James Bonta,
Le comportement délinquant.
Analyse et modalités d'intervention,
Les Presses de l'Enap, 2016.**

- Les garçons qui commencent avec un dommage à la propriété sont les moins susceptibles de commettre d'autres actes ; leur taux de désistance est le plus élevé quelque soit la couleur et le niveau social.

C'est en 1991 que sont recensées par Lili Kazemian et David Farrington les deux premières études portant à proprement parler sur les sorties de délinquance : un article de Farrington et Hawkins(9) et un article de Rolf Loeber *et al.*, tous deux de 1991.(10)

Par la suite, les auteurs aux Etats unis se sont accordés généralement pour considérer, dans une perspective cavalière que l'on a observé depuis lors, quant à la récidive et à l'arrêt de la récidive, une évolution de leur prise en considération qui est passé de « on ne s'y intéresse pas vraiment », à « rien ne marche » jusqu'à « qu'est-ce qui marche ? » (*What Works ?*) et, enfin, « comment faire marcher ce qui marche ? »(11)

C'est dans ce cadre qu'est parue en 2009, la méta-analyse *princeps* de Mark Lypsey, autrement dit une démarche statistique combinant les résultats de toute une série

d'études indépendantes sur le phénomène(12).

La méta-analyse de Mark Lypsey s'est appuyé, en réalité, sur toute une série de méta-analyses indépendantes et réputées relativement complètes, qui avaient identifié un petit nombre de facteurs ou de principes qui semblaient caractériser les programmes de prises en charges les plus efficaces, en se fondant sur deux d'entre elles : celle de Dan Andrews *et al.* de 1990(13) et celle de Mark Lypsey lui même de 1992(14).

Lipsey présente une nouvelle analyse des données qui permet, selon lui, d'identifier à la fois les principes généraux et les types d'intervention distincts associés aux réductions les plus importantes de la récidive. Il indique, au bout du compte, que seuls trois facteurs sont ressortis comme des corrélats majeurs de l'efficacité des programmes de prise en charge :

- une philosophie d'intervention « thérapeutique »,
- servant des délinquants à risque élevé,
- la qualité de la mise en œuvre.

Les types d'intervention relevés sont les suivantes :

- *Surveillance*,
- *Deterrence* : Dissuasion,
- *Discipline*,
- *Restorative programs* : Programmes restauratifs,
- *Counseling and its variants* : relation personnelle entre le délinquant et sa famille et un professionnel responsable qui tente d'exercer une influence sur les sentiments, la cognition et les comportements,
- *Skill building programs* : programme de développement de compétences susceptibles d'aider le jeune à contrôler son comportement et à améliorer sa capacité à participer à des fonctions normées et prosocial,
- *Multiple coordinated services* : combinaison de services standardisés ou individualisés.

C'est à partir de régression statistique que sont justifiés les deux résultats suivants :

- Les taux maximum de réduction de la récidive sont obtenus pour les programmes restauratifs, *Counseling and its variants* et *Skill building programs*. D'où la mention précitée d'une philosophie d'intervention « thérapeutique ».

(9) Cf. Farrington, David P., Hawkins, J. David, « Predicting participation, early onset and later persistence in officially recorded offending », *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol 1(1), 1991, 1-33.

(10) Cf. Rolf Loeber, Magda Stouthamer-Loeber, Welmoet Van Kammen, David P. Farrington, « Initiation, Escalation and Desistance in Juvenile Offending and Their Correlates », 82 J. *Crim. L. & Criminology* 36 (1991-1992).

(11) Cf. D. A. Andrews et James Bonta, *Le comportement délinquant. Analyse et modalités d'intervention*, Les Presses de l'Enap, 2016.

(12) Cf. Mark Lypsey, « The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview », *Victims and offenders*, Vol.4, n°2, avril 2009.

(13) Cf. Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta- analysis. *Criminology*, 28, 369-404.

(14) Cf. Mark Lypsey, « Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects », in T. D. Cook, H. Cooper, D. S. Cordray, H. Hartmann, L.V. Hedges, R. J. Light, *et al.* (Eds.), *Meta-analysis for explanation: A Casebook*, New-York : Russell Sage Foundation.



- Deuxième point : ce n'est pas tant la quantité de la prise en charge (durée et nombre de contacts) que la qualité de l'implémentation de la prise en charge qui est décisive et sont cités : taux de décrochage de la prise en charge, *turnover* professionnel, médiocrité de la formation, étendue de l'engagement dans le déroulement de la prise en charge, proximité dans l'intervention, corrections à la survenue de problèmes. C'est dans ce contexte que se sont développés deux modèles canoniques de prise en charge, très mobilisés dans les débats aux États-Unis sur les approches éducatives :
 - le RNR ou *risk-needs-receptivity* ou risque-besoin-réceptivité ;
 - le GLM ou *Good lives model* ou modèle des bonnes vies.

LE MODÈLE RNR

Le risque : la prise en charge doit se focaliser et prévoir un suivi intensif pour les jeunes présentant le plus de risques et peu ou pas intervenir auprès des jeunes présentant un faible risque, car la prise en charge pourrait avoir pour effet paradoxal de l'accroître.

Le besoin : il s'agit pour le professionnel d'identifier les besoins et les facteurs qui président à la commission des infractions et, plus largement, au comportement délinquant et de fixer les aspects sur lesquels il tentera d'agir pour diminuer les risques. Les besoins et les facteurs couramment mentionnés sont : approbation du comportement délinquant, environnement relationnel et social, toxicomanie, addictions, profil de personnalité impulsif, agressif, problèmes familiaux, absence de vigilance, mauvaises relations, problèmes d'insertion, absence d'activités « pro sociales ».

La réceptivité : il s'agit de déterminer comment doit se faire la prise en charge à partir d'un examen des capacités, des ressources, des modes de fonctionnement du jeune de façon à l'adapter à sa motivation, à son style dans son existence et dans ses apprentissages, à ses aptitudes et points forts, à ses ressources, de telle sorte qu'il soit effectivement concrètement en mesure de tirer les bénéfices attendus de l'intervention éducative.

LE MODÈLE GLM

L'approche du « *Good Lives Model* », soutient que l'action éducative nécessite une double approche focale : réduire les risques mais aussi définir avec le jeune des objectifs lui permettant de satisfaire ses besoins et valeurs autrement que par la délinquance. C'est ainsi que le modèle GLM peut apparaître comme un complément du modèle RNR, et non en substitut.

Le modèle repose sur l'idée selon laquelle les comportements criminels surviennent lorsqu'un individu ne dispose pas des ressources internes et externes nécessaires pour respecter ses besoins et valeurs par des moyens « pro-sociaux ». En d'autres termes, le comportement délinquant constitue une tentative inadaptée de répondre à ses besoins fondamentaux.

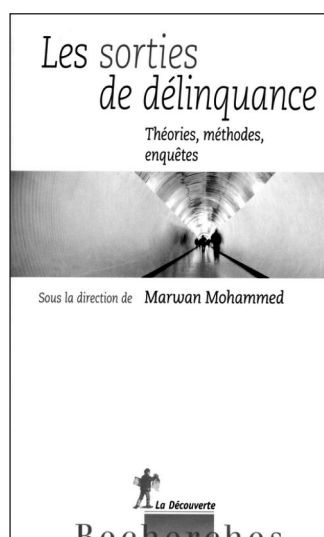
Dès lors, les professionnels sont invités à élaborer de façon explicite un programme de suivi qui aide chaque délinquant à acquérir les connaissances, compétences, opportunités et ressources nécessaires pour répondre à ses besoins propres d'une autre manière, sans porter préjudice aux autres.

Le modèle GLM prend ses racines dans le concept de (je cite) « dignité humaine » et de « droits humains universels », et corrélativement de « libre arbitre des individus. » Le modèle GLM s'attache à la capacité des individus à formuler et choisir des objectifs, bâtir des projets et agir librement pour leur réalisation. C'est pourquoi le modèle GLM privilégie les vecteurs de modes de fonctionnement qui expriment la liberté, pour un individu, de choisir entre différentes conditions de vie. La principale critique formulée par les tenants du modèle GLM à l'encontre du modèle RNR.

Elle porte sur sa difficulté à motiver et à impliquer les jeunes au cours de la prise en charge. Les individus sont perçus et évalués essentiellement à travers les risques dont ils sont porteurs, ce qui ne leur donne pas envie de coopérer et expliquerait des taux d'abandon en cours de programme qui peuvent atteindre des niveaux particulièrement élevés, sachant qu'une personne arrêtant un programme en cours de route a plus de probabilités de récidiver à terme, ou même qui ne l'a jamais entamé.

Selon les théories du « *Good Lives Model* », il faut veiller, lorsque l'on s'efforce de persuader une personne de sortir de la délinquance, à être dans la construction de « points d'appui » plutôt que dans la gestion du risque. La meilleure façon d'engager quelqu'un à modifier ses comportements paraît être de se concentrer sur des objectifs qui ont du sens pour le jeune, qu'il entrevoie la possibilité d'une vie plus satisfaisante, et perçoivent que les agents qui le suivent se préoccupent de son sort, sont personnellement engagés dans l'accompagnement tout au long.

Selon GLM, tout être humain est plus motivé par une perspective positive et les jeunes focalisées sur des résultats positifs persèverent plus longtemps que ceux qui sont conduits par des objectifs d'évitement des risques. Des chercheurs ont montré qu'une relation placée sur le registre de la confrontation avait un impact négatif sur les changements d'attitude et de comportement, alors que des manifestations d'empathie, d'encouragement,



*Image de Marwan Mohammed,
Les sorties de délinquance. Théories, méthodes,
enquêtes, Éditions La découverte, 2012.*

mais aussi un certain degré de « directivité » facilitaient les évolutions en cours de suivi.

Une critique formulée par les tenants du modèle GLM est que le modèle RNR laisse peu de marge à une relation de ce type, alors que l'attention mise sur la posture du professionnel et la qualité de la relation apparaît essentielle.

Une autre limite de la gestion du risque est de n'accorder qu'une attention minimale au retour et à la réintégration dans l'environnement social (hormis à partir de l'identification et de l'évitement des situations à haut risque). Or, les travaux sur la désistance soulignent le rôle prépondérant de l'environnement - relations qui apportent un soutien, accès à un emploi, etc.

Enfin, l'échec de l'approche de gestion du risque à impliquer les justiciables dans le processus éducatifs vient de ses présupposés qui auraient, selon les tenants du GLM, tendance à ignorer que les êtres humains sont porteurs de valeurs, sont chercheurs de sens et poursuivent des objectifs. Elle réduit implicitement le phénomène à une sorte de dysfonctionnement.

L'idée comme je l'indiquais en commençant est de souligner que les français et les anglo-saxons se différencient dans leur présentation de leur démarche et dans leur démarche mais apparaissent assez proches quant à leurs façons de penser le phénomène et quant à ce sur quoi il convient de mettre l'accent.

L'approche des USA est certainement marqué par le pragmatisme.

L'approche française se distingue un peu parce qu'elle conserve des thématiques analytiques relatives aux causes et aux fonctionnements telles que les suivantes :

1. La thématique de la « maturation ». Plus on mûrit, plus les perspectives s'ouvrent, plus on a tendance à s'éloigner de la délinquance et de la bande et à spécialiser ses relations, même si certains persistent.
2. La thématique du désistement « par défaut » : L'évolution des comportements sous des contraintes normatives puissantes.
3. La thématique du milieu, du réseau de sociabilité, des cultures familiales et communautaires et celles des autrui significatifs, avec un impact réel sur les processus d'arrêt.
4. La thématique de « l'usure de la rue », de l'usure judiciaire.
5. La thématique de l'importance du regard de l'entourage proche et, plus largement, du regard de la société qui ont un rôle déterminant.

C'est à partir de là que sont définies deux perspectives :

1. une perspective capacitaire,
2. la question du parcours du mineur.

Ces perspectives se déclinent selon quatre axes :

- a) l'évaluation des situations, des contextes,
- b) la continuité des parcours éducatifs,
- c) l'adaptabilité des prises en charge,
- d) la fonction contenante des prises en charge.

Ces perspectives et ces axes passent par plusieurs opérations conjointes :

- **Une note d'orientation** souligne fortement que la protection judiciaire des mineurs doit s'organiser autour d'une ambition structurante à partir d'un engagement reconnu des professionnels, tous destinés à contribuer à la réussite de l'organisation de la continuité des parcours de chaque mineur confié(15).

Cette démarche passe par :

- l'articulation autour d'un projet fédérateur sur chaque territoire,
- des réponses individualisées qui prennent appui sur le milieu ouvert,
- un hébergement comme réponse articulée dans un suivi plus global du parcours,
- une articulation étroite de l'action de la PJJ avec celle de ses partenaires territoriaux.

Chacune de ces priorités est déclinée de façon opérationnelle, à travers des mesures générales, des mesures spécifiques datées, des indicateurs.

- **La démarche intitulée « PJJ promotrice de santé »** concerne les mineurs et les professionnels avec les orientations suivantes :

Concernant les mineurs, une lecture de leur parcours peut se faire en termes de facteurs de risques et de facteurs de protection, en termes de facteurs individuels

(15) Cf. Note d'orientation du 30 septembre 2014 de la PJJ. NOR : JUSF1423190N.



Image du Logo de l'opération Promotion de la santé.

et de facteurs écologiques, qui s'entremêlent et se combinent pour aboutir à la délinquance ou *a contrario* à la désistance. Un des apports de la promotion de la santé, transposable dans le champ de la prévention de la délinquance, est l'approche positive privilégiant résolument les ressources : ne pas s'arrêter sur les facteurs de risques, l'anticipation des échecs, mais identifier de manière proactive les capacités et les ressources mêmes ténues, les réussites même symboliques, de la personne elle-même d'abord, puis en cercles du plus singulier au plus général, de son environnement relationnel proche jusqu'aux politiques sociales. Sur le plan individuel, les déterminants clairement cités comme facteurs de protection ou de désistance ressemblent à s'y méprendre aux « compétences psychosociales » telles que les définit l'OMS : capacité à reconnaître ses émotions et celles des autres ; conscience de soi et des autres, incluant l'empathie et la confiance en soi ; capacités à communiquer, à développer un raisonnement critique qui permet de résister à un groupe, etc. La capacité à agir de manière constructive pour soi et les autres, dans le cadre d'un libre arbitre, résulte de ces compétences mais dépend également d'un environnement facilitateur : environnement intime par le soutien de relations de confiance ; environnement social proche non stigmatisant ; environnement au sens large (accès à des formations, à un emploi si possible stable et valorisant, à des conditions de vie décentes, et possibilité d'exercer sa citoyenneté). La problématique des conditions de travail est également abordée : L'approche des conditions de travail comme conditions du travail éducatif et de l'action éducative auprès des mineurs concernés a conduit à des orientations affichées qui sont les suivantes :

A) Prendre soin des professionnels :

1. Accompagner les équipes
2. Faire le lien avec la médecine de prévention
3. Concevoir une organisation du travail favorable
4. Prendre en compte la santé et la sécurité au travail.

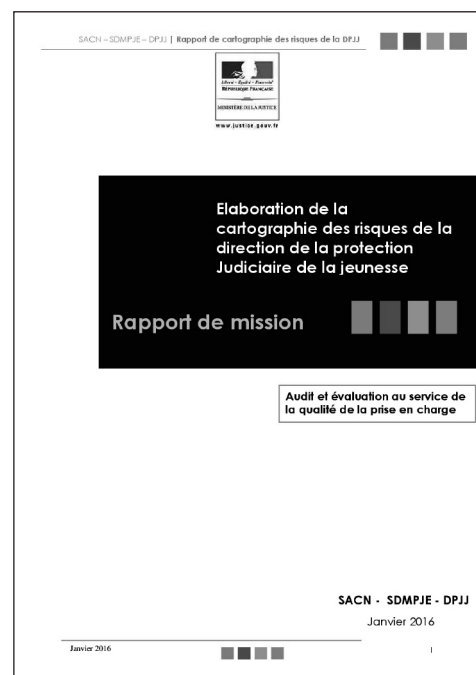


Image du rapport Elaboration de la cartographie des risques de la direction de la protection Judiciaire, Rapport de mission, Janvier 2016 de la jeunesse.

B) Favoriser le bien-être des professionnels :

1. Travailler au partage de valeurs positives entre les professionnels du service
2. Disposer de locaux adaptés et sûrs
3. Mettre en place une organisation du travail favorable au bien-être.

• **La démarche intitulée « Maîtrise des risques »**

L'objectif de la démarche consiste à établir un diagnostic pour identifier et prioriser les risques liés à l'accomplissement des missions, afin de les anticiper par des actions préventives pour mieux les éviter. D'où vient le plan d'action national de maîtrise des risques et son suivi afin de définir des priorités cohérentes.

- **Un plan d'action national** qui souligne les objectifs opérationnels et les déclinaisons dans la perspective d'accompagner et de soutenir les professionnels dans l'exercice de leurs missions.

Un travail de fond a été conduit depuis 2013, dans le cadre des orientations de la PJJ, pour conforter la continuité des parcours éducatifs pour les mineurs et les jeunes majeurs accueillis par la PJJ. Il vise à permettre :

- Une réponse réactive et sans délai des services aux décisions judiciaires ;
- Des prises en charge les plus individualisées possibles, et cohérentes entre les différents acteurs ;
- Un objectif global d'insertion qui suppose de développer l'offre en proximité dans le bassin du jeune et une articulation forte avec les partenaires des territoires pendant la prise en charge et surtout après ;

- L'intégration en parallèle d'une action renforcée en matière de citoyenneté et de prévention de la radicalisation.

Pour conforter la dynamique engagée par les orientations, cinq objectifs communs à l'ensemble des territoires ont été ciblés pour 2016 puis pour 2017 dans un plan d'action national, assortis de mesures budgétaires pour certains et d'indicateurs.

Parmi les déclinaisons opérationnelles attendues :

- L'accompagnement et le soutien des professionnels dans l'exercice de leurs missions ;
- L'amélioration des conditions de travail en milieu ouvert ;
- La poursuite de l'amélioration des conditions de travail en hébergement ;
- Le renforcement de l'articulation de l'action de la PJJ avec celle de ses partenaires territoriaux ;

Parmi les indicateurs :

- L'évolution de l'absentéisme, des accidents de travail et des agressions ;
- Le taux de vacances des postes.

Pour résumer le propos, *in fine*, ce passage en revue de la littérature criminologique et des paradigmes plus récents

illustre, quant au contexte français, un changement explicite dans la prise en considération des aspects les plus décisifs au sein des formes d'existence des mineurs qui ont commis un délit, qui ont fait l'objet d'un traitement et d'une protection judiciaire.

Pour l'exprimer d'une façon certes très synthétique, nous sommes sortis de l'approche *post* 1945, très générique de la délinquance et des mineurs concernés⁽¹⁶⁾ pour une nouvelle approche qui prend en considération les dimensions singulières, spécifiques, les caractéristiques rares ou orphelines des mineurs, pour désigner celles pour lesquelles on peine à disposer de prise en charge réellement efficace (ex : troubles psychiatriques sévères, addictions sévères, ethos et habitus culturels très éloignés, etc.), et le détail de leur parcours initial mais également, et de façon majeure, le détail de leur parcours au sein des institutions sans omettre dans la mesure du possible la moindre rupture biographique au cours de leur déroulement. ■

(16) Cf. Fernand Deligny, *Graine de crapule - Conseils aux éducateurs qui voudraient la cultiver*, suivi de *Les Vagabonds efficaces* et autres textes, écrit en 1943, édité en 1945, Dunod, 2006 ; Gilbert Cesbron, *Chiens perdus sans collier*, Robert Laffont, 1954.



LES PROMESSES DE LA PSYCHIATRIE DE PRÉCISION

THE PROMISES OF PRECISION PSYCHIATRY

Maël LEMOINE*

RÉSUMÉ

La médecine de précision a bouleversé le paysage de la recherche depuis le début des années 2000. Sa déclinaison en psychiatrie, la « psychiatrie de précision », a poursuivi essentiellement trois directions de recherche : les facteurs de risque génétique scrutés dans les études d'association pangénomique, la redéfinition des modules fonctionnels impliqués dans les troubles mentaux au travers du projet *Research Domain Criteria*, et le repositionnement pharmaceutique. Quoique les résultats soient mitigés, ce paradigme a l'avantage d'avoir abattu certains présupposés du paradigme précédent de la recherche biologique en psychiatrie.

MOTS-CLÉS

Psychiatrie de précision, RDoC, DSM, Psychiatrie biologique.

ABSTRACT

Precision medicine is a game changer for medical research since the early 2000s. Its psychiatric version, *precision psychiatry*, has essentially engaged in three different research programs: genome-wide association studies, focusing on risk factors for mental disorders; *Research Domain Criteria*, focusing on constructs involved in mental disorders; and drug repurposing. Even if successes are far from dramatic, this paradigm has the advantage of questioning some of the presumptions of the previous paradigm in biological research in psychiatry.

* Professeur, philosophie des sciences médicales, Université de Bordeaux
mael.lemoine@u-bordeaux.fr

KEYWORDS

Precision psychiatry, RDoC, DSM, Biological psychiatry.

* * *

INTRODUCTION

Depuis le début des années 2000, est apparue dans le discours des instituts de recherche une grappe d'expressions comme « médecine personnalisée », « médecine de précision », « médecine stratifiée » ou « médecine des 4P ». Si l'on s'en réfère à la réalité des pratiques ainsi décrites ou annoncées, et non pas au seul sens que nous voudrions attacher à ces différents mots, ces termes désignent une seule et même chose : essentiellement le fait de se tourner vers des outils de traitement de données massifiées pour découvrir ou manipuler des interactions complexes entre molécules, avec pour effet principal de modifier plus ou moins profondément la définitions des classes d'individus qui doivent utiliser des traitements connus ou innovants. Le fer de lance de cette révolution est le traitement par anticorps monoclonal (Lemoine à paraître). Son domaine privilégié est la cancérologie. Ce mouvement a incontestablement connu quelques beaux succès, même s'il y a loin des promesses à la réalité d'une médecine de précision.

Quoique tard venue à la médecine de précision, la psychiatrie n'est pas demeurée en reste. Si elle avait principalement donné lieu des pratiques de *drug repurposing*, c'est-à-dire de redéfinition de l'usage de traitements connus, la psychiatrie a annoncé sa révolution en 2014, dans un article de Thomas Insel, alors directeur du National Institute for Mental Health (NIMH). Cet article se présente à la fois comme un bilan rapide des dernières années en recherche neurobiologique en psychiatrie, et un programme de recherche pour la décennie à venir (Insel 2014). Je prends ce texte pour point d'appui de mon analyse des promesses de la psychiatrie de précision, en distinguant trois directions



majeures de la recherche psychiatrique contemporaine qui s'inscrivent dans ce paradigme : la recherche sur les facteurs de risque génétique, la recherche sur les entités théoriques qu'il s'agit d'étudier en psychiatrie, et la recherche sur l'optimisation des traitements.

I. LES ÉTUDES D'ASSOCIATION PANGÉNOMIQUE (GENOME-WIDE ASSOCIATION STUDIES, GWAS)

Devenues conceptuellement et financièrement accessibles depuis la réussite du projet de séquençage du génome humain, c'est-à-dire depuis le début de la décennie 2000, les techniques de séquençage à haut débit ont introduit un nouveau modèle expérimental dans la recherche sur les maladies. En remplacement de la méthode du gène candidat, qui consistait à s'appuyer sur l'hypothèse qu'un gène identifié pouvait jouer un rôle dans la survenue d'une maladie donnée, les études d'association pangénomique permettent d'examiner l'intégralité des gènes afin de définir l'association de chacun d'eux avec cette maladie. Cette méthode est loin d'avoir produit la révolution dans nos connaissances attendue par beaucoup. Elle a toutefois connu de beaux résultats dans certains domaines, cependant assez limités, et elle continue d'être utilisée aujourd'hui et présentée comme une technique de pointe. Si elle s'est améliorée par une précision accrue du séquençage, une augmentation des cohortes de patients et une amélioration des modèles théoriques et des algorithmes, il est assez largement accepté que cette méthode a surtout fait surgir un paradoxe, celui dit de *l'héritabilité perdue* (*missing heritability*). En termes simples, alors que l'ensemble des gènes a été examiné, on ne parvient pas à isoler les gènes individuels responsables de traits dont les variations sont souvent biologiquement héréditaires pour une large part. Des polémiques, des appels à un changement de paradigme agitent régulièrement les grandes revues scientifiques, comme *Nature* ou *Science*, qui ont porté ce paradigme de recherche.

Il n'y avait aucune raison que la psychiatrie ne suive pas le mouvement. Au moins trois troubles mentaux dont l'héritabilité est établie, la dépression majeure, le trouble bipolaire et la schizophrénie, ont donné lieu à des études d'association pangénomique. Ces études ont pour l'essentiel confirmé l'implication de gènes déjà connus dans la vulnérabilité à chacune de ces maladies. Elles ont également permis de voir émerger des gènes nouveaux, dont l'influence est néanmoins modeste. En 2016, un article a fait grand bruit en mettant au jour un gène *C4* dont l'implication dans certaines formes de schizophrénie était jusque là inconnue (Sekar *et al.*,

2016). Mais un survol de l'ensemble de cette littérature met en évidence le même problème que pour les autres études d'association pangénomique : en psychiatrie, comme ailleurs, la moisson de nouveaux gènes est décevante. Soit il s'agit de nombreux gènes avec un effet très faible, soit le nombre de nouveaux gènes est lui-même faible... soit les deux à la fois (Levinson *et al.*, 2014). Au moins une conclusion s'impose à mes yeux. Si les études d'association pangénomique sont décevantes en psychiatrie, elles ne le sont pas essentiellement pour des raisons propres à la psychiatrie, puisque la situation est identique dans toutes les disciplines médicales. Cela n'empêche pas néanmoins que la psychiatrie présente un cas particulier et des difficultés supplémentaires, qui pourraient être résumés par la notion de « complexité ». J'ai défendu la thèse que cette complexité supplémentaire vient pour une grande part, mais pas seulement, de l'hétérogénéité des cohortes de patients, dont de nombreux psychiatres ont depuis longtemps mis en cause les critères de recrutement, essentiellement fondés sur le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux* (DSM) (Lemoine 2016b).

II. LA REMISE EN CAUSE DES SYNDROMES PSYCHIATRIQUES

Une critique sans appel de la recherche fondée sur les entités diagnostiques du DSM a été justement menée par le NiMH sous l'impulsion de Thomas Insel, et un modèle alternatif mis en œuvre sous la direction de Bruce Cuthbert à partir de 2008. Ce modèle est appelé *Research Domain Criteria* (RDoC). Son importance est considérable dans le financement de la recherche, jusqu'alors essentiellement fondé sur un indice consensuel de sérieux : l'utilisation des critères traditionnels du DSM pour l'inclusion des patients dans les cohortes des études. Il s'agit désormais de ne plus financer aucune étude dont la cohorte serait définie par ces seuls critères d'inclusion : c'est un choix majeur, car le NiMH est de loin le principal financeur public de la recherche psychiatrique dans le monde.

L'inspiration du RDoC est que le critère d'inclusion doit essentiellement être défini par une entité théorique (*construct*) et deux niveaux d'étude, gènes, molécules, cellules, circuits, physiologie, comportement, expérience subjective (*self-report*). En d'autres termes, il s'agit d'étudier un module fonctionnel, par exemple, le système de valence négative anxieuse, par la corrélation entre ses manifestations à deux niveaux, par exemple, le comportement et l'expression des gènes (NiMH, s. d.). L'ensemble de la recherche psychiatrique doit donc s'attacher à couvrir l'ensemble des entités théoriques



pertinentes en psychiatrie, sans s'intéresser pour le moment à leur regroupement dans les différents syndromes psychiatriques.

Ce projet n'a pas été initialement présenté comme la « psychiatrie de précision ». Il n'était en effet pas conçu pour exploiter des possibilités nouvelles ouvertes par le séquençage à haut débit et la puissance de calcul des ordinateurs, mais plutôt, pour s'attaquer à un problème qui n'est certes pas spécifique à la psychiatrie, mais qui est particulièrement aigu en psychiatrie, celui de la définition même des entités nosologiques, largement étudié par les philosophes, souvent en collaboration avec les psychiatres (Kendler, 2012 ; Kendler, et Parnas, 2015 ; Zachar *et al.*, 2014 ; Zachar, 2014).

Il y a donc un effet d'opportunité certain à redéfinir le projet RDoC comme la « psychiatrie de précision ». Ce qui suscite la plus grande perplexité à ce sujet, c'est le fait que la médecine de précision, repose sur un « quadrillage » préalable des mécanismes des maladies, à partir duquel il est possible de chercher à étudier les réponses aux différents traitements disponibles ou à inventer de nouveaux traitements. En oncologie par exemple, on sait localiser la population cellulaire tumorale. En psychiatrie, le projet RDoC ne fait pas de cette localisation un préalable sur lequel s'appuyer, mais au contraire, un objectif à atteindre : les entités théoriques doivent, finalement, s'incarner « quelque part ».

Il y a de ce fait non pas un mensonge, mais au moins un tour de passe-passe, à sous-entendre que la psychiatrie *aussi* connaît sa révolution vers la médecine de précision. Si c'est vrai, elle part de bien plus loin que le reste de la médecine, et ne présente sans doute pas autant de garanties aux promesses qu'elle caresse.

III. LE « DRUG REPURPOSING »

La recherche pharmaceutique a connu une crise en psychiatrie à partir du début des années 2000. Au moins en partie faute d'avoir cherché des traitements innovants, en partie aussi faute de succès dans les traitements innovants testés, elle s'est cantonnée finalement au développement de ce que l'on appelle les « *me-too drugs* », c'est-à-dire, les variations mineures de molécules bien connues, avec l'espoir que les effets sur la maladie et les effets secondaires seront un peu différents. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituent un bon exemple de cette stagnation. Par ailleurs, l'efficacité de ces molécules dans la dépression a eu le temps d'être évaluée, plutôt à la baisse, au point qu'il est parfois question de ne plus les rembourser ou de limiter leur prescription à des populations beaucoup plus ciblées. L'étude épidémiologique STAR*D estime

ainsi à 30% le taux de rémission des patients dépressifs sous un premier traitement, et à 60% le taux de rémission après quatre traitements successifs.

Devant ce double constat – moins d'investissement dans des molécules innovantes, efficacité peu satisfaisante des traitements –, la recherche psychiatrique s'est lancée dans la *stratification*, c'est-à-dire, la redéfinition de populations de patients beaucoup plus spécifique que les entités nosologiques classiques, mais également, beaucoup plus pragmatique. En d'autres termes, il s'agit de redéfinir les populations en fonction du statut « répondeur » ou « non-répondeur » aux différents traitements disponibles. Cette approche, typique de la médecine de précision et parfois appelée *théranostique*, consiste à découvrir des marqueurs associés non pas à un diagnostic, mais à une réponse thérapeutique.

Certains de ces marqueurs sont cognitifs, comportementaux ou psychiques, et sont connus depuis assez longtemps, quoique davantage de manière empirique que scientifique. D'autres marqueurs, biologiques, sont également bien connus et sont assez solides, comme les marqueurs de la maladie de Cushing. D'autres, comme certains gènes, l'hypercortisolémie, le profil d'activation du cortex préfrontal, sont également connus pour jouer un rôle, souvent assez modeste, mais incontestablement prédictif.

La psychiatrie de précision s'engage donc dans la recherche de biomarqueurs innovants, pour l'instant sans succès majeur (Schneider et Prvulovic, 2013). Mais elle s'engage aussi dans une forme d'empirisme systématique ou de criblage pharmacologique à grande échelle. Ainsi, dans le projet *connectivity map* (Lamb *et al.*, 2006), qui n'est pas cantonné à la psychiatrie, il s'agit d'étudier la réponse de cellules à des centaines de molécules connues, sans *a priori* sur les indications. Une benzodiazépine peut se retrouver prescrite dans la sclérose en plaque et un traitement anti-inflammatoire, dans la schizophrénie.

Les résultats ne sont pas spectaculaires, mais le pragmatisme qui préside à de telles tentatives a au moins l'avantage de démonter certaines constructions artificielles qui servaient de base à des illusions sur l'efficacité des traitements en psychiatrie : sans doute, les promesses sont-elles assez convaincantes pour que les chercheurs acceptent de lâcher la proie pour l'ombre, et acceptent enfin de reconnaître les limites des traitements en psychiatrie à ce jour.

CONCLUSION

Le bilan de l'engagement dans la « psychiatrie de précision » est incontestablement fort modeste, mais il ne



doit pas être balayé d'un revers de la main, et surtout pas sur la base de présomptions théoriques sur la nature des troubles mentaux, comme on le fait souvent et de manière indifférenciée, qu'il s'agisse de recherche pharmacologique, de recherche en imagerie ou de recherche sur les modèles animaux (Lemoine, 2016a).

Certaines directions de la psychiatrie de précision, plus spéculatives, méritent aussi d'être mentionnées, même si leurs résultats sont encore moins probants. Je veux parler des modèles complexes fondés sur la biologie des systèmes et appliqués au fonctionnement d'ensemble du cerveau (Rolls et Deco, 2011), mais aussi, de ce que l'on appelle les « études d'association panphénomique », qui scrutent l'ensemble des traits de la maladie mentale, pour les corrélérer avec toutes sortes d'autres traits,

génétiques aussi bien qu'environnementaux ou sociaux (Hebbring *et al.*, 2015).

La recherche est plus souvent agitée par des slogans mal définis responsables d'engouements multiformes, que par l'apparition d'une technologie innovante qui rebat les cartes. « Médecine de précision » est un slogan mal défini. « Psychiatrie de précision » ajoute encore à la confusion du terme. Cependant, ces cotes conceptuellement mal taillées ont l'avantage de remettre en cause des habitudes intellectuelles souvent sous-optimales. C'est le cas de la psychiatrie de précision, dont l'avènement doit sans doute être salué pour cela, quoiqu'avec une arrière-pensée critique. Il n'est pas pour autant interdit d'espérer qu'elle apportera du bon pour certains patients. ■



ANTICIPER LES USAGES ET LES CONSÉQUENCES DES TECHNOLOGIES CONNECTÉES EN SANTÉ MENTALE. UNE ÉTUDE DE « CAS FICTIF »

FORESEING USAGES AND CONSEQUENCES OF E-MENTAL
HEALTH TECHNOLOGIES. A "FICTIONAL" CASE STUDY

Xavier BRIFFAULT¹ et Margot MORGIÈVE^{2,3}

RÉSUMÉ

Le champ de la e-santé (mentale) est particulièrement actif, et produit de nouveaux dispositifs à un rythme extrêmement rapide. Si l'analyse empirique des usages *actuels* de ces dispositifs est indispensable, il est tout aussi nécessaire d'anticiper sur les bouleversements qui surviendront dans un *avenir proche* en réfléchissant sur

des usages possibles, mais non encore avérés, de ces dispositifs pour les personnes présentant des problématiques psychiques / des troubles mentaux, et sur les problématiques que poseront les données générées par ces nouveaux dispositifs. L'analyse de cas *fictif* offre de telles possibilités de réfléchir par avance sur des technologies émergentes dont le potentiel « disruptif » – pour reprendre le terme popularisé par différents acteurs du numérique – impose de ne pas se limiter aux usages connus. C'est ce que nous proposons ici avec un cas dont nous situons l'occurrence dans cinq ans. Nous aborderons les usages possibles des dispositifs connectés tout au long d'une journée « typique » d'une personne présentant des problèmes sévères de dysrégulations émotionnelles et de conduites suicidaires. Ils nous serviront de support à une réflexion sur cinq modalités de régulation envisageables pour la propriété et les usages des données générées par ces dispositifs ubiquitaires, qui seront à terme intégrés dans les moindres interstices de nos vies quotidiennes.

1. Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société (CERMES3), UMR CNRS 8211 - Unité Inserm 988 - EHESS - Université Paris Descartes, Paris, France
2. Équipe Behavior, Emotion, and Basal Ganglia, CNRS UMR 7225, Inserm UMRS 975, Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (ICM), CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France.
3. Fondation FondaMental, Hôpital Albert Chenevier - Pôle de psychiatrie, 40 rue de Mesly 94010 Créteil cedex.

Affiliations :

Xavier Briffault : Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société (CERMES3), UMR CNRS 8211 - Unité Inserm 988 - EHESS - Université Paris Descartes, Paris, France.
briffault.xavier@wanadoo.fr

Margot Morgiève : Équipe Behavior, Emotion, and Basal Ganglia, CNRS UMR 7225, Inserm UMRS 975, Université Pierre et Marie Curie (UPMC), Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (ICM), CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France & Fondation FondaMental, Hôpital Albert Chenevier - Pôle de psychiatrie, 40 rue de Mesly 94010 Créteil cedex.
margotmorgiève@yahoo.fr

MOTS-CLÉS

e-santé mentale, Internet des objets connectés, Régulation, Suicide, Psychiatrie.

ABSTRACT

The field of (mental) e-health is particularly active, and generates new devices at an extremely fast pace. If the empirical analysis of the current uses of these devices is essential, it is equally necessary to anticipate the disruptions that will occur in the near future by reflecting on possible, but not yet proven, uses of these devices for people with psychological problems/mental disorders, and the problems that will arise from the data generated by these new devices. The fictional case analysis offers such possibilities of thinking in advance about emerging technologies whose “disruptive” potential to use the term popularized by various digital players – imposes not to be limited to known uses. This is what we are proposing here with a case whose occurrence we are considering in five years. We will discuss the possible uses of connected devices throughout a “typical” day of a person with severe problems of emotional dysregulation and suicidal behaviour. They will help us in thinking about five modes of regulation that can be envisaged for the ownership and uses of the data generated by these ubiquitous devices, which will ultimately be integrated into the smallest interstices of our daily lives.

KEYWORDS

e-mental health, Internet of things (IoT), Regulation, Suicide, Psychiatry.

* * *

L'objectif de cet article est d'examiner les possibilités offertes par les dispositifs numériques connectés (internet des objets, domotique, applications smartphones, intelligence artificielle, *smart cities*...) pour les personnes présentant des problématiques psychiques / des troubles mentaux, et les questions que posent ces nouveaux dispositifs pour la propriété et les usages des quantités massives de données qu'ils génèrent. Le champ de la e-santé (mentale) est particulièrement actif, et produit de nouveaux dispositifs à un rythme extrêmement rapide [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8]. Si l'analyse empirique des usages *actuels* de ces dispositifs est absolument indispensable [9, 10, 11], il est tout aussi nécessaire d'anticiper sur les bouleversements qui surviendront dans un *avenir proche* en réfléchissant sur des usages possibles, mais non encore avérés, de ces dispositifs.

L'analyse de cas *fictif* offre de telles possibilités de réfléchir par avance sur des technologies émergentes dont le potentiel « disruptif » – pour reprendre le terme popularisé par différents acteurs du numérique – impose de ne pas se limiter aux usages connus. C'est ce que nous proposons ici avec le cas de Dominique, dont nous situons l'occurrence dans cinq ans. Fictif, le cas est cependant construit pour être parfaitement réaliste. Nous n'avons utilisé pour sa construction que des technologies déjà disponibles sur le marché, en nous inspirant par ailleurs d'études expérimentales sur la e-santé mentale en cours de réalisation dans différentes unités de recherche, qu'elles aient ou non déjà fait l'objet de publications. Bien que nous dations le cas proposé en 2022, il est d'ores et déjà techniquement tout à fait réalisable. Seule l'intégration complète des différentes technologies dans un ensemble coordonné fait en vérité aujourd'hui défaut pour que le dispositif imaginaire que nous proposons devienne une réalité.

LE CAS DE DOMINIQUE(1)

Conception du dispositif

Après un passage aux urgences faisant suite à une tentative de suicide, Dominique s'oriente le 10 septembre 2022 vers un centre psychiatrique intégrant les technologies numériques connectées dans son approche de prise en charge, dans une logique « d'augmentation technologique » des possibilités de ses praticiens, tant au niveau clinique que thérapeutique, et d'amélioration du fonctionnement des patients dans la vie courante. La consultation met en évidence des problématiques de dysrégulations émotionnelles sévères durant depuis plusieurs années, avec un historique d'automutilations et de passages à l'acte auto-agressifs dont une première tentative de suicide plusieurs années auparavant, n'ayant donné lieu à aucun protocole de suivi ; des affects dépressifs et anxieux avec des attaques de panique et des crises d'angoisse, des problèmes d'impulsivité, une hygiène de vie dégradée avec des compulsions alimentaires, une addiction à l'alcool et au tabac, une alimentation déséquilibrée. Sont également identifiés des problèmes de sommeil, des difficultés de concentration et d'organisation avec des conséquences sur le fonctionnement professionnel, des problèmes de mémoire aggravés par la consommation d'alcool et de benzodiazépines, des difficultés conjugales avec des conflits pouvant mener à des crises clastiques et des passages à l'acte auto-agressifs,

(1) Un prénom unisexe a été choisi afin de ne pas « genrer » le cas et de garder un certain niveau de généricité.

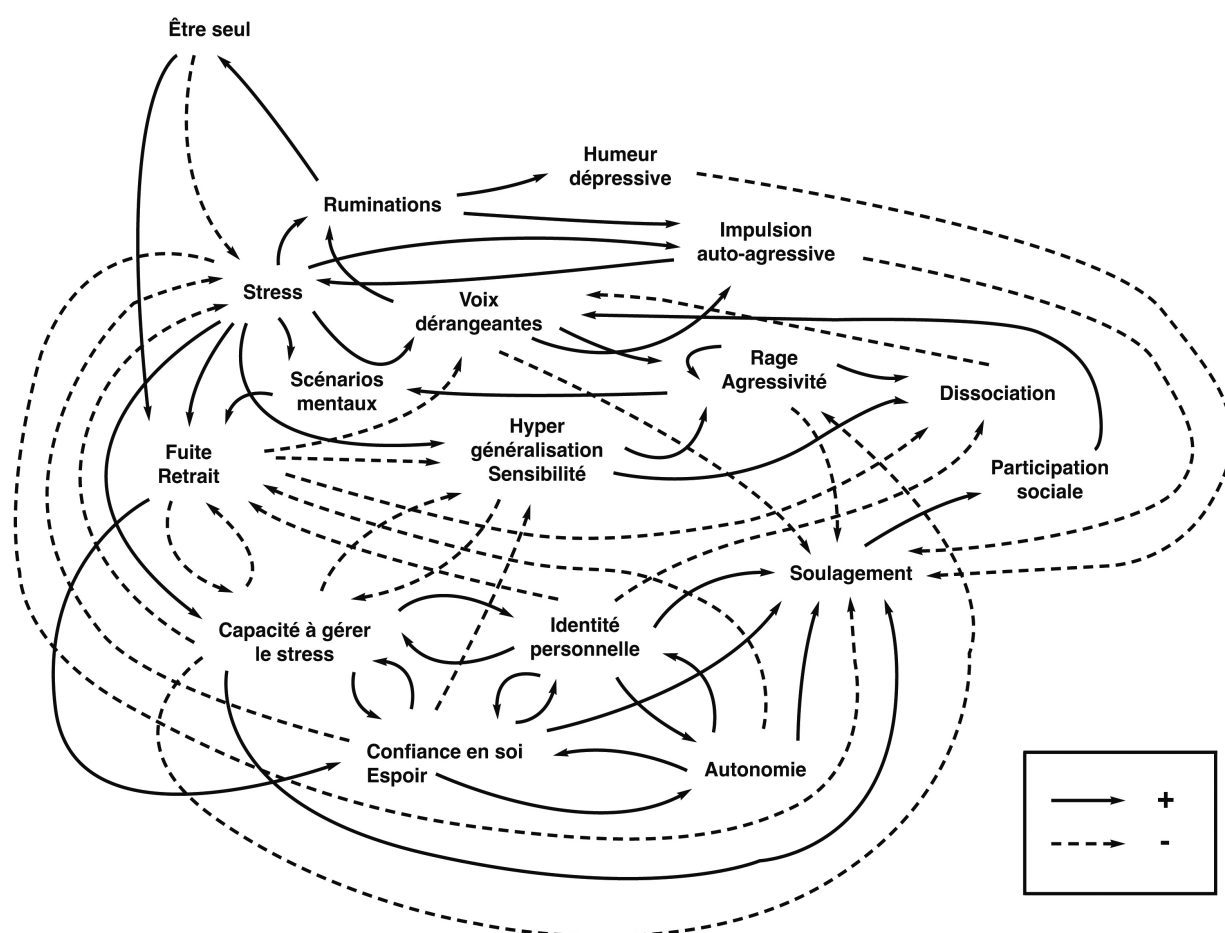


Figure 1 (adaptée et traduite de Schiepek et al., 2016 [12]).

en particulier dans les situations de rupture ou de menaces de ruptures(2).

Selon le modèle proposé par Schiepek *et al.* [12], un entretien collaboratif de trois heures est mené pour formaliser sous forme d'un réseau d'interactions entre symptômes [13] la dynamique des cognitions, émotions, comportements de Dominique (Figure 1). Les éléments de ce modèle idiographique sont utilisés pour créer les items d'un questionnaire individualisé permettant de recueillir des données sur la dynamique de ce réseau, dont la saisie peut être réalisée sur le smartphone de Dominique selon une temporalité déterminée durant l'entretien. À l'issue de cet entretien une période d'observation d'un mois est proposée. Elle comprend la saisie régulière des informations du questionnaire couplé à

un suivi par capteurs passifs parmi lesquels se trouve en particulier une montre connectée dotée d'un cardiofréquencemètre, d'un accéléromètre [14-16], d'un micro, d'un GPS, de connections Bluetooth et 4G. S'y ajoutent une balance connectée, différents capteurs [17] et applications permettant de suivre la consommation alimentaire, les états émotionnels [18], et les activités physiques (qui sont identifiables par le capteur d'accélération) et non physiques (non identifiables par le capteur – différentes activités professionnelles, de loisir, activités mentales...) [14, 19, 20].

Une troisième consultation s'appuyant sur les données obtenues lors des deux premières et celles obtenues par le suivi en situation réelle permet la co-conception d'un dispositif connecté dédié construit à l'aide d'un générateur d'application utilisé par le praticien permettant l'intégration de briques logicielles disponibles dans une « apothèque », qui sera utilisable par Dominique sur ses différents outils connectés dès la fin de la consultation. Le dispositif comprend des éléments de recueil

(2) Le tableau clinique a été construit en intégrant différentes caractéristiques présentées par les participants à une étude sur la prévention des rechutes suicidaires par des outils connectés menée par l'une des auteurs (MM). On y reconnaît en particulier les éléments classiquement associés aux troubles limites de la personnalité.

d'information ainsi que des modules d'intervention, conçus en cohérence avec un protocole de e-TCD(3) [21] proposé à Dominique à l'issue de ces trois consultations, qui intègre également des sessions présentes en groupe et en individuel.

Exemple d'utilisation du dispositif

Le 30 novembre 2022 Dominique se réveille avec la musique choisie par son application de gestion du sommeil en fonction des préférences exprimées et détectées par l'analyse des usages de sites musicaux, précédée d'une augmentation progressive de la luminosité ambiante à dominante bleue [22, 23]. L'horaire exact de réveil est choisi par l'application en fonction de l'analyse du sommeil de la nuit et des cycles détectés, de la dette de sommeil accumulée au cours des semaines précédentes [24, 25], et de l'heure de début des activités programmées dans l'agenda électronique, tenant compte des modalités et des temps de trajet. Les données accumulées depuis le début de la prise en charge ont permis d'évaluer l'efficacité de plusieurs molécules (mélatonine, imidazopyridines, cyclopyrrolones, antihistaminiques... [26]) et de plusieurs stratégies comportementales proposées par le dispositif connecté (relaxation, modifications alimentaires, actions sur l'environnement thermique, lumineux et sonore du domicile) [27] sur la qualité de l'endormissement, du sommeil, du réveil et du ressenti au cours de la journée. Le système d'analyse des bruits nocturnes [28] a permis de mettre en évidence d'importants ronflements et des interruptions de la respiration évocateurs de possibles apnées du sommeil, qui justifient une consultation spécialisée pour laquelle plusieurs options de rendez-vous avec les spécialistes du sommeil collaborant au programme ont automatiquement été proposées à Dominique. Une perturbation du sommeil corrélée à la survenue de bruits extérieurs a également été détectée, suggérant l'utilisation de bouchons d'oreille adaptés, dont la commande est réalisée directement par le système sur un site de commande en ligne.

En tenant compte de son alimentation et de son activité des jours précédents, de celle qui est prévue pour la journée et les jours à venir, de l'évolution de son poids

et de sa composition corporelle mesurés par la balance connectée intégrée au sol devant le lavabo, et du stock alimentaire disponible au domicile, l'application de gestion de l'alimentation lui suggère différents aliments et leurs quantités pour son petit déjeuner [29].

L'observance du traitement pharmacologique prescrit est également soutenue par le dispositif [30] qui rappelle à Dominique au moment opportun les prises à effectuer. Il lui signale également qu'il ne reste plus que sept jours de produits disponibles au domicile, alors qu'il reste deux mois de traitement selon l'ordonnance fournie sous forme électronique. La commande est effectuée par le système auprès d'une pharmacie en ligne livrant à domicile, ce qui est particulièrement utile à Dominique pour gérer tant les problématiques de gestion du temps, de procrastination et de rythmes décalés qui engendrent un décalage avec les horaires usuels des commerces, que les problèmes de stigmatisation, le retrait physique de psychotropes en pharmacie étant particulièrement *hontogène* pour Dominique.

Par ailleurs asthmatique, Dominique est sensible aux pics de pollutions et à différents types de pollen. Tenant compte simultanément des niveaux effectifs et des prévisions de pollution et pollinisation, de l'analyse automatisée des bruits de toux, éternuements, raclements de gorge... [1] et de la consommation effective de broncho-dilatateurs (informations fournies par le capteur de pression connecté collé au nébuliseur) le dispositif propose des ajustements de traitement en fonction des protocoles définis avec le médecin traitant [31]. Tenant également compte des activités physiques envisagées et de la température et humidité de l'air prévue dans le lieu d'activité, il suggère aussi les actions utiles de prévention de l'asthme d'effort, dans une perspective d'éducation thérapeutique.

Le système d'aide au déplacement, qui a accès à l'agenda électronique de Dominique, l'informe de l'heure à laquelle il faudra partir pour son premier rendez-vous, ainsi que du moyen de transport le plus adapté en fonction des conditions de circulation sur les différents dispositifs accessibles. Aujourd'hui, accident sur le RER, 45 minutes de retard, ce sera donc la voiture. Mais Dominique déteste la voiture et les embouteillages, qui lui provoquent des crises d'angoisse et parfois des accès de violence. En anticipation du stress engendré par la conduite automobile, le système propose à Dominique via sa montre connectée, la mise en oeuvre d'un protocole de régulation émotionnelle adapté à cette situation et un exercice spécifique de respiration réalisable tout en continuant à se préparer [21].

Le système d'organisation du temps de Dominique lui propose par ailleurs une activité sportive qui s'adapte à son planning professionnel et ses trajets. Le plan

(3) La thérapie comportementale dialectique (TCD) permet de mieux gérer : 1) la dysrégulation émotionnelle ; 2) l'impulsivité (i.e., scarifications, achats compulsifs, crises de boulimie...) ; 3) les difficultés dans les relations interpersonnelles liées notamment à la peur de l'abandon et aux relations interpersonnelles instables et intenses ; 4) la dissociation parfois engendrée par la dysrégulation émotionnelle qui entraîne une perte temporaire de contact avec la réalité et des périodes transitoires "micro-psychotiques". Cette thérapie est basée sur la « méditation de pleine conscience », visant à améliorer le rapport aux vécus internes (pensées, émotions) engendrés par la réalité, et à augmenter sa capacité à faire des choix conscients pour sa vie dans l'instant présent [71].



d'activités physiques qui a calculé avec l'aide d'un coach sportif la séquence d'activités physiques hebdomadaires adaptée aux souhaits et au profil de Dominique a déterminé qu'une séance de travail aérobique était adaptée ce jour. L'activité aérobique est réalisable par plusieurs moyens (footing ou vélo en extérieur, nage en piscine, fitness en salle...), mais le niveau de pollution prévu et la détection d'un début de toux orientera plutôt vers une activité en salle, en l'occurrence dans l'une des salles d'une chaîne de fitness dans laquelle Dominique s'entraîne, qui sera choisie pour optimiser ses déplacements. La montre connectée de Dominique lui rappelle de préparer ses affaires de sport en configuration « fitness en salle ». Le sac de sport est doté d'une puce RFID qui permettra au système de rappeler à Dominique de le prendre s'il est oublié en sortant de son domicile.

Le démarrage de la voiture lance l'application de navigation qui va assurer le guidage jusqu'au lieu de son rendez-vous selon l'itinéraire calculé. Mais sur le trajet, un accident de la route crée un embouteillage, et le système détecte grâce au cardio-fréquencemètre de la montre connectée que sa fréquence cardiaque augmente sensiblement, et grâce à l'actimètre que ses gestes et sa conduite deviennent saccadés. Le système fait l'hypothèse d'un énervement possiblement préjudiciable, et choisit de dérouter Dominique sur un itinéraire 10 minutes plus long, mais sans embouteillage, stratégie qui avait été choisie parmi un ensemble d'options possibles en collaboration avec les thérapeutes du protocole e-TCD auquel participe Dominique. Le choix de l'option résulte tant du stade auquel se trouve Dominique dans son processus thérapeutique que de son état de tension émotionnelle et des possibilités d'ajustements situationnels du moment. Le dispositif lui propose également quelques exercices de relaxation, respiration et mindfulness réalisables en conduisant accompagnés d'une modification de l'ambiance sonore et lumineuse de l'habitacle, dans le but de diminuer les stimuli perturbateurs, excitateurs ou anxiogènes [32].

Dominique parvient finalement à son rendez-vous, et rejoint en présentiel ses collègues, et par visio-conférence via son ordinateur portable connecté via le smartphone d'autres collègues se trouvant aux États-Unis. Les collègues en présence sont identifiés par le système grâce à leur inscription sur l'agenda électronique, ce qui permet de proposer à Dominique un bref rappel des modalités relationnelles spécifiques qui ont été travaillées avec sa thérapeute lors d'une séance consacrée à ses difficultés relationnelles et à leurs conséquences émotionnelles. Les comportements interpersonnels [33] et le niveau de stress sont évalués en continu par le dispositif durant la réunion en utilisant la fréquence cardiaque, les mouvements, l'analyse de la prosodie, du volume et du

débit de parole [15, 34]. Des interventions adaptées au contexte (non interruption de l'activité en cours, non visibilité par autrui...) sont proposées en cas de détection d'une problématique. Co-conçues et travaillées en présentiel avec les thérapeutes de Dominique, ces interventions sont adaptées à une utilisation sur une montre connectée, sur le smartphone, ou sur l'ordinateur portable. Elles permettent de réguler de façon fine la tension ressentie et de la diminuer rapidement afin d'éviter les conséquences problématiques. De fait, la réunion se passe dans un climat tendu et Dominique doit mobiliser à plusieurs reprises les techniques que lui propose le système. Ce qui ne lui permet pas pour autant de totalement supprimer la tension ressentie, mais de la diminuer significativement.

En repartant de sa réunion, Dominique croise successivement trois collègues qui lui demandent chacun de réaliser une tâche spécifique d'ici la fin de la journée. L'utilisation du système de gestion de tâches associé à la reconnaissance vocale de la montre lui permet de programmer des rappels automatiques, diminuant la tension engendrée par la pression temporelle et les risques d'oublis.

Le système guide Dominique vers la salle de sport pour réaliser sa séance. Deux salles sont possibles à distance équivalente. Mais l'une se situe dans une rue où se trouvent de nombreux bars. Or, Dominique, en raison d'un usage anxiolytique de l'alcool ayant tendance à se transformer en gestion alcoolique de l'anxiété préfère éviter les stimuli alcoologènes. Le système choisit donc le deuxième club dont le restaurant intégré ne propose que des jus de fruits. Afin que l'évitement du stimulus ne devienne pas lui-même un stimulus, Dominique ne saura même pas qu'il existait une autre possibilité [35]. Durant son entraînement, Dominique s'inspire du programme proposé par son dispositif pour conduire sa séance. Les appareils de fitness, eux-mêmes connectés, informent son dispositif des activités effectivement réalisées, de leur intensité, et des conditions de température, d'humidité et de pollution dans la salle, ce qui permet d'ajuster le suivi des performances en fonction des conditions environnementales. L'évaluation de l'impact de l'activité physique sur l'humeur, la motivation, la concentration est par ailleurs rendue possible par les informations sur ces différents paramètres saisies par Dominique dans le questionnaire personnalisé qui lui est régulièrement proposé.

En milieu de journée le dispositif propose à Dominique de commander à distance dans un magasin drive-in qui se trouvera sur son itinéraire les aliments qui vont bientôt lui manquer, qui ont été déterminés en fonction de ses préférences alimentaires, des recommandations nutritionnelles intégrées dans son programme de prise



en charge, et de l'estimation du stock d'aliments à son domicile à partir de sa consommation, ce qui réduit la charge de planification et le temps stressant passé dans les magasins. L'application de guidage lui fera faire un arrêt sur le trajet, afin d'optimiser ses déplacements.

Un deuxième accident de la route sur le chemin du retour engendrant un important embouteillage met cependant sérieusement en tension Dominique. Malgré les recommandations insistantes de son dispositif qui détecte le problème et lui suggère de ne pas rentrer à son domicile avant d'avoir réduit significativement le niveau de tension détecté – conformément à ce qui avait été travaillé lors de ses séances en présentiel de formation à la gestion du stress, en MOOC(4) et à l'aide d'un travail quotidien proposé par son dispositif – Dominique, qu'envahissent ses affects rageurs, se précipite immédiatement sur des consommations alcoolisées. Un classique enchaînement – connu, car travaillé lors des séances de développement des compétences relationnelles et de thérapie conjugale, mais que Dominique ne maîtrise en l'occurrence pas – finit par générer un conflit conjugal majeur qui se traduit par le départ du domicile de la personne qui partage sa vie, accompagné d'une menace de rupture.

Ce type d'évènement détecté par le système sur la base d'une analyse des paramètres des voix des interlocuteurs [15, 36, 37], du contenu de leurs discours [16, 38-40], des mouvements de Dominique [41] et de sa fréquence cardiaque, et de la disparition de la connexion Bluetooth jusqu'alors active de la montre de la personne quittant le domicile [42, 43], après ouverture et fermeture brutale de la porte détectée par le capteur de mouvement installé sur celle-ci est identifié comme un facteur de risque majeur d'alcoolisation massive et de passage à l'acte auto-agressif, associé en particulier au sentiment d'abandon et de solitude. L'apparition dans les envois de SMS de Dominique qui deviennent frénétiques [44-50] d'un champ lexical évocateur de menaces de ce type [51], associé à un pattern d'activité motrice alternant agitation et prostration en position allongée conforte l'hypothèse d'un risque augmenté et immédiat [52]. Un protocole spécifique de gestion de crise est alors enclenché, comprenant des suggestions d'appels à l'un des proches de confiance préalablement identifiés et ayant accepté ce rôle, suivies d'un appel direct par le dispositif à ces proches si la suggestion n'est pas suivie d'effet. En l'absence de réponse de ces proches, ou de Dominique aux appels ou visites à domicile de ceux-ci, le psychiatre de garde du dispositif de suivi post-tentative de suicide auquel participe Dominique est alerté sur un

canal d'urgence [53, 54]. En l'absence de réponse aux appels du psychiatre, celui-ci, qui a accès à distance à la synthèse et au détail de toutes les informations collectées par le dispositif de Dominique depuis son entrée dans le protocole de prise en charge, estime qu'il y a un risque immédiat de passage à l'acte suicidaire, et déclenche l'envoi d'une équipe d'intervention d'urgence avec laquelle il reste en contact permanent, jusqu'à la résolution finale de la crise. Le fait que ni la montre ni le smartphone n'émettent plus, après avoir subi une brutale accélération, le conforte dans cette décision.

* * *

Comme le montre ce cas d'usage fictif mais rappelons-le, d'ores et déjà parfaitement réalisable techniquement, ce qu'offrent les objets connectés et les applications qui les accompagnent, c'est en particulier la possibilité d'interconnecter en situation et en temps réel de multiples composantes de l'expérience du sujet agissant, qu'il est très difficile sinon impossible d'articuler par d'autres moyens. En ce sens, ces technologies offrent la possibilité d'articuler *verticalement* les niveaux macro (le social, les *smart cities* [55]...), méso (la situation, l'environnement physique et relationnel) et micro (la personne) voire très micro (différents paramètres et mécanismes physiologiques et psychologiques) et *horizontalement* les différents domaines de l'existence (la nutrition, l'activité, les relations, les déplacements, l'organisation, les cognitions, les affects...) impliqués dans l'activité quotidienne, autant d'éléments dont le bon fonctionnement et la bonne articulation sont à la fois perturbés par les troubles mentaux, et peuvent contribuer à la persistance ou à la diminution de ceux-ci. À cet égard, ils offrent des possibilités inédites d'extensions spatiales, temporelles, et thématiques des relations psychiatriques, psychothérapeutiques, psycho-éducatives, médicales..., dont le potentiel d'observation et d'intervention peut désormais être étendu très au-delà du cabinet, de l'hôpital, ou même du domicile qui peut être visité, pour concerner potentiellement tous les domaines de la vie, à tout moment, et en tous lieux. Ces nouvelles possibilités sont porteuses d'un potentiel que l'on peut supposer majeur dans la prise en charge thérapeutique, la réduction de la morbi-mortalité des problématiques de santé mentale, et l'amélioration du fonctionnement dans la vie quotidienne des personnes présentant ces problématiques. En vérité, ce potentiel ne peut pour le moment qu'être postulé, dans la mesure où des dispositifs aussi intégrés que celui que nous avons présenté n'existent pas encore, et où les évaluations d'efficacité existantes, très préliminaires, portent sur

(4) MOOC : Massive open online course – en anglais – est un système de formation accessible en ligne.



des dispositifs encore bien trop limités pour être transposables à un dispositif qui tirerait partie des effets de synergie systémique massifs envisageables dans le cas d'une intégration verticale et horizontale complète telle que celle que nous avons présentée [2, 56, 57].

L'hypothèse que des dispositifs « ubiquitaires » (qui agissent partout, sur tout, tout le temps) de ce type se développeront effectivement et tiendront leurs promesses d'efficacité doit cependant être, selon nous, considérée avec le plus grand sérieux. Il est en conséquence indispensable de réfléchir par avance aux conséquences que ces dispositifs sont susceptibles d'avoir, afin d'en maximiser les bénéfices et d'en minimiser les risques. Dans ce cadre limité de cet article, nous nous focaliserons sur une problématique centrale, celle des données, et spécifiquement de leurs stockages et de leurs utilisations, en nous interrogeant sur les différentes possibilités envisageables s'agissant du pouvoir de détenir et d'utiliser les données générées par des dispositifs de ce type et de mettre en place des interventions qui les utilisent. Cinq grands modèles de régulation sont a priori envisageables.

Le premier est celui qui semble se développer principalement actuellement. Il s'agit d'une régulation par le marché, dominée par les acteurs technologiques (GAFAM(5)), dans laquelle les objets et applications relevant du champ de la e-santé sont considérés comme des biens et services de consommation courante. Le service vendu est l'amélioration de la santé, la réduction de la morbi-mortalité des maladies, et/ou l'amélioration du fonctionnement dans la vie quotidienne. Les objets et applications sont directement proposés par des entreprises à des clients, et les données sont directement gérées et détenues par chacune des entreprises. Plusieurs modèles économiques existent, et peuvent être simultanément utilisés. Le premier est de financer l'offre de service par la publicité qui lui est associée : l'utilisation d'un objet ou d'une application génère une exposition à des messages publicitaires. Le deuxième, qui est articulé au premier, est de valoriser les profils de consommateurs construits à partir de l'analyse automatisée des myriades de données générées par l'usage des dispositifs de e-santé. Si nos usages d'internet, des téléphones portables, et des cartes bancaires permettent déjà aux entreprises de construire des modèles très précis des consommateurs ciblés, il va de soi que ce que permettront des dispositifs capables d'accéder à des paramètres aussi nombreux et précis que ceux illustrés dans le cas d'usage est totalement inédit et constitue un véritable graal pour les acteurs économiques. Un troisième modèle, plus classique, consiste à associer

aux applications et aux objets un prix d'achat, sous la forme d'un achat de licence définitive ou d'un droit d'usage moyennant un abonnement. Même dans ce dernier cas, la valorisation des données reste un élément essentiel du modèle. Les échanges onéreux de données inter-entreprises permettent progressivement à celles-ci de constituer des bases d'informations contenant des éléments sur leurs clients qui dépassent très largement celles qu'elles peuvent obtenir à partir de l'utilisation de leurs propres produits et services. Il est donc dans l'intérêt des entreprises, mêmes concurrentes, de favoriser le développement d'un marché de la donnée leur permettant d'optimiser la connaissance de leur clientèle cible. Les entreprises les plus puissantes économiquement disposeront des capacités de modélisation des individus, et donc d'influence, les plus importantes. Le développement des GAFAM illustre ce mécanisme de constitution d'oligopoles planétaires.

Le deuxième modèle est également celui d'une régulation par le marché, mais qui serait dominé par les acteurs du monde de l'assurance. De nombreux acteurs de cet univers se positionnent d'ailleurs actuellement sur le marché de la gestion des données de e-santé, sur lequel ils peuvent rapidement disposer d'un avantage concurrentiel important, la gestion de données massives pour le calcul du risque constituant leur cœur de métier. L'objectif des assureurs en intégrant les données issues des objets connectés et des applications de e-santé est d'affiner les profils de risque individuels afin de proposer des services de diminution de ces risques, et de mettre en place des modèles de tarification individualisés en fonction de ces profils de risque.

Le troisième modèle repose sur la détention et le contrôle des données par l'État. Dans le champ de la médecine (dont les frontières avec la santé et le bien-être commencent à être sérieusement ébranlées par les innovations de e-santé), l'État français dispose de fait et de droit des possibilités de stockage et d'utilisation de nombreuses données, gérées par le Système National des Données de Santé (SNDS), qui intègre les données de l'assurance maladie avec les consommations de soins (SNIIRAM), les données hospitalières (PMSI, RIMPSY), les données de mortalité (CEPIDC), les données sur la vieillesse et le handicap (CNSA, MDPH). Les accès au SNDS sont extrêmement protégés et limités à des finalités définies par la loi (6). Toutes les personnes traitant des données du SNDS sont soumises au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal. Selon la loi « un accès aux données à caractère personnel du système national des données

(5) Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft.

(6) Loi L. 1461-1 III du code de la santé publique précisée par le décret R. 1461-1 du code de la santé publique.

de santé ne peut être autorisé que pour permettre des traitements : 1° Soit à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation contribuant à une finalité mentionnée au III de l'article L. 1461-1 et répondant à un motif d'intérêt public ; 2° Soit nécessaires à l'accomplissement des missions des services de l'État, des établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service public compétents ». Il est interdit de procéder à un traitement des données qui aurait pour objectif d'aboutir à prendre une décision concernant une personne individuelle sur le fondement des données la concernant. Les visées du SNDS et ses modalités de fonctionnement sont donc radicalement différentes de celles qui animent les acteurs économiques privés de la e-santé. Il s'agit essentiellement d'objectifs de gestion et d'organisation du système de santé, et de recherche, principalement épidémiologique, qui n'ont pas à ce jour d'utilisation autorisée à des fins individuelles. Nous reviendrons plus loin sur l'autre dispositif de gestion des données de santé individuelles géré par l'État, le dossier médical *partagé* (DMP), qui serait techniquement le lieu privilégié d'intégration des données de e-santé dans un modèle géré par l'État.

Le quatrième modèle repose sur le contrôle par un corps professionnel, en l'occurrence le corps médical. À l'instar de la situation actuelle dans laquelle les différents professionnels de santé gèrent localement les dossiers de leurs patients, qu'ils peuvent éventuellement partager avec quelques confrères, les données fournies par les différents objets connectés et applications utilisés par les patients pourraient être stockées, gérées et analysées par les praticiens eux-mêmes.

Dans un cinquième modèle, les données seraient détenues et stockées par les individus eux-mêmes avec une gestion numérique des droits qui en permettrait le contrôle et la traçabilité. Il s'agirait pour chaque individu de disposer d'une base informatisée de l'ensemble de ses données santé dont la pérennité serait garantie sur la vie entière, auxquelles il pourrait donner un accès sélectif à différents prestataires de services de santé exploitant ces données, selon des modalités contractuelles automatisées de gestion des possibilités d'usage par ces prestataires. Chacune de ces options présente des avantages et des inconvénients spécifiques.

La première solution (gestion par le marché des acteurs technologiques) a l'avantage de l'efficacité et de l'agilité. Tirant profit de la rapidité de développement permise par les spécificités du développement électronique et informatique, les entreprises du numérique sont susceptibles de produire extrêmement rapidement des solutions innovantes et de les mettre à disposition du public à une échelle planétaire. C'est ce qu'on a pu observer dans les années récentes. Elle présente

cependant plusieurs inconvénients. D'une part elle constitue clairement la santé en un bien marchand, objet d'un marché concurrentiel organisé autour de la rentabilité économique, avec les évidents problèmes d'inégalités sociales d'accès aux biens et services de santé et de mise en dépendance de la santé et du soin d'intérêts économiques que cela représente. Par ailleurs, elle favorise une gestion « propriétaire » des données, dans laquelle chaque entreprise possède et contrôle les données de ses clients, limitant ainsi pour ceux-ci les possibilités de constituer une base de données globale et de bénéficier d'une analyse intégrée des données qu'ils récoltent auprès de différents prestataires. C'est ce qu'on observe dans la situation actuelle dans laquelle les applications sont très peu interopérables et les données très peu standardisées et partageables. Certains acteurs se positionnent cependant d'ores et déjà comme intégrateurs de données. Mentionnons par exemple Apple avec son appli Santé disponible en standard sur l'iPhone dans laquelle différentes applications santé autorisées par l'utilisateur peuvent déposer et consulter des données.

La deuxième solution (gestion par le marché des acteurs de l'assurance) offre l'avantage de faciliter la création de bases de données intégrées. Les assureurs ont en effet intérêt à faciliter la collecte par leurs clients d'un maximum de données, et donc à faciliter l'interopérabilité des dispositifs et l'hétérogénéité des sources de données. Ils sont donc susceptibles de favoriser l'émergence de standards. Elle présente l'inconvénient d'orienter le modèle économique des assurances vers un modèle totalement individualisé de gestion des risques, dans lequel les « comportements à risques » seraient sanctionnés économiquement.

La troisième solution (gestion par l'État) présente l'avantage de moins faire dépendre les données et services de santé d'une régulation par la seule rentabilité économique. Elle permet une meilleure utilisation collective des données, en particulier à des fins de santé publique et de recherche. Elle présente cependant l'inconvénient d'une faible réactivité et créativité des acteurs publics dans le domaine de la e-santé, inscrits dans un modèle de santé (publique) qui n'a pas à ce jour intégré la dimension individuelle des services qui peuvent être proposés et se situe encore dans une logique de gestion populationnelle. L'échec du dossier médical partagé, qui n'a rencontré aucun succès malgré l'intérêt évident du concept, montre que la puissance publique n'a pas à ce jour su convaincre le public de l'intérêt de ce qu'elle proposait dans ce domaine. De fait, les innovateurs ont du mal à intégrer leurs solutions dans les systèmes de santé sur-réglés. Ce processus est également perturbé par la réticence des patients et des soignants



à faire évoluer leurs pratiques [58].

La quatrième solution (gestion par les professionnels de santé) offre l'avantage d'une gestion des données au plus proche des besoins de santé, dans un cadre déontologique et de compétences connu et d'ores et déjà bien régulé. Elle présente l'inconvénient de rendre difficile le partage des données et d'en placer le contrôle dans le cadre limité d'une ou de quelques relations thérapeutiques. Quelles que soient les évolutions récentes du corps médical pour s'éloigner d'un modèle paternaliste des relations thérapeutiques (notamment la décision médicale partagée [59, 60]), la gestion des données et donc des services par le seul corps médical ne permet sans doute pas de tirer le meilleur profit des possibilités d'*empowerment* individuel et d'intégration de la santé dans un modèle centré sur le fonctionnement et son soutien (modèle « handicap ») plutôt que sur la seule maladie et sa guérison (modèle « médical ») [61] qu'offrent les technologies de e-santé. Le modèle du handicap insère la pathologie mentale dans un référentiel plus large que la maladie, en déplaçant le focus de l'intervention du seul individu-patient à l'individu-citoyen en situation [62]. Dans ce glissement de logique, les professionnels de santé ne sont plus les uniques acteurs mobilisés, leur légitimité pour garder le monopole de la gestion des données peut alors être remise en question.

La cinquième solution (gestion par les individus) présente l'avantage de laisser aux individus eux-mêmes la propriété et la maîtrise des données relatives à leur santé et de les positionner comme acteurs centraux de la gestion des services auxquels ils ont recours et aux prestataires auxquels ils laissent l'accès à leurs données. Cette solution, séduisante par le niveau d'*empowerment* individuel qu'elle est susceptible de permettre et par le fait qu'elle permet aux individus de ne pas (trop) dépendre d'autres acteurs pour la gestion du matériau essentiel, leurs données santé, est soutenue par les mouvements de *e-patients* et d'*advocacy* [63, 64]. Elle bute cependant sur plusieurs difficultés.

Il s'agit tout d'abord de disposer d'une architecture technique qui permette le recueil à partir de capteurs hétérogènes et en évolution constante, le stockage, le requête, et la gestion des droits d'accès et d'usage aux données santé des individus, et en garantisse la sécurité et la pérennité sur l'ensemble de la vie d'un individu, et même au-delà pour les besoins de recherche et de santé publique. Ce sont probablement les États qui ont la possibilité effective de mettre en place ce type de solution. Dans la mesure où les objets et applications sont développés dans un écosystème mondialisé, garantir que ceux-ci puissent modifier et consulter une base de ce type implique un standard d'interopérabilité, non seulement technique, mais surtout sémantique, c'est-à-dire une

ontologie des données de santé à un niveau planétaire. On peut imaginer que l'OMS puisse et doive jouer un rôle majeur dans la définition de ce standard sémantique, mais il existe de fait de nombreuses propositions concurrentes et le problème est loin d'être résolu [65]. Il faut ensuite que les individus disposent des connaissances et compétences nécessaires pour comprendre et utiliser les données, et faire un usage pertinent des multiples services de santé qui leur seront proposés, qu'ils soient marchands ou non. Une éducation à la e-santé est pour cela indispensable, mais pour qu'elle soit opérationnelle, elle sera probablement trop complexe et coûteuse pour être entreprise sur la population adulte, et devra être entreprise progressivement sur les générations d'enfants à venir (les *digital natives* [66]). Il faudra pour cela que l'Éducation Nationale s'empare du sujet et l'inscrive aux programmes scolaires. Il s'agirait par exemple d'intégrer ces compétences dans le Parcours Éducatif de Santé qui se met progressivement en place et devrait concerner tous les enfants du début à la fin de leur scolarité(7). Quoi qu'il en soit, il est d'évidence que de nombreuses personnes ne disposeront pas des compétences suffisantes pour utiliser de façon efficace ce type de dispositif [67]. À cet égard, les praticiens de santé verront sans doute leurs rôles évoluer pour y intégrer des prestations de conseil expert sur le recours à ces dispositifs. Ces prestations pourront elles-mêmes être dématérialisées et il faut donc s'attendre à des bouleversements majeurs dans l'organisation et la formation des professionnels de santé [68, 69].

Il s'agirait enfin de mettre en place un système de financement qui ne crée pas d'inégalités sociales de santé massives en créant des conditions telles que seules les personnes les plus aisées aient la possibilité d'utiliser les dispositifs de recueil de données nécessaires et d'avoir recours aux prestataires de services de santé de qualité. Les modèles de financement et de prise en charge des soins seront donc amenés à évoluer radicalement, et la notion de « service médical rendu », déjà complexe à évaluer, devra elle aussi évoluer [70].

* * *

L'expérience de pensée construite à partir du cas fictif que nous proposons en première partie de cet article permet de mettre en évidence les possibilités d'usage à court terme des dispositifs connectés dans le champ de la santé mentale. Les problématiques de santé mentale sont complexes, systémiques, articulées au contexte de vie, et les possibilités de recueil d'informations et

(7) Circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016, http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990.



d'interventions fines, singularisées et contextualisées qu'offrent les technologies connectées ont sans aucun doute un potentiel majeur pour apporter des améliorations aux difficultés que rencontrent les personnes présentant des problématiques de santé mentale. Elle permet également de mettre en évidence les difficultés à résoudre pour réguler les usages des myriades de données que généreront ces dispositifs. Les acteurs de santé publique, les organisations de professionnels de santé, les associations de patients et d'utilisateurs doivent se mobiliser de façon coopérative avec les acteurs privés (entreprises technologiques, assurances...) pour travailler dès maintenant à la mise en place des conditions techniques, réglementaires, organisationnelles, éducatives... qui permettront le meilleur usage possible des innovations en e-santé mentale. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Harari GM, Müller SR, Aung MS, Rentfrow PJ. Smartphone sensing methods for studying behavior in everyday life. *Curr Opin Behav Sci.* 2017;18:83–90.
- [2] Firth J, Torous J, Nicholas J, Carney R, Prata A, Rosenbaum S, *et al.* The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry.* 2017;16(3):287–98.
- [3] Gillan CM, Whelan R. What big data can do for treatment in psychiatry. *Curr Opin Behav Sci.* Elsevier Ltd; 2017;18:34–42.
- [4] Insel TR. Digital Phenotyping: Technology for a New Science of Behavior. *Jama.* 2017;94301.
- [5] Barrett PM, Steinhubl SR, Muse ED, Topol EJ. Digitising the mind. *Lancet.* Elsevier Ltd; 2017;389(10082):1877.
- [6] Lui JHL, Marcus DK, Barry CT. Evidence-based apps? A review of mental health mobile applications in a psychotherapy context. *Prof Psychol Res Pract.* 2017;48(3):199–210.
- [7] Van Ameringen M, Turna J, Khalesi Z, Pullia K, Patterson B. There is an app for that! The current state of mobile applications (apps) for DSM-5 obsessive-compulsive disorder, posttraumatic stress disorder, anxiety and mood disorders. *Depress Anxiety.* 2017;(December 2016):1–14.
- [8] Zhang MWB, Ho CSH, Cheok CCS, Ho RCM. Smartphone apps in mental healthcare: the state of the art and potential developments. *BJPsych Adv.* 2015;21(5):354–8.
- [9] Lupton D. Critical perspectives on digital health technologies. *Sociol Compass.* 2014;8(12):1344–59.
- [10] Lupton D. The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era. *Soc Theory Heal.* 2013;11(3):256–70.
- [11] Shaw RJ, Steinberg DM, Bonnet J, Modarai F, George A, Cunningham T, *et al.* Mobile health devices: Will patients actually use them? *J Am Med Informatics Assoc.* 2016;23(3):462–6.
- [12] Schiepek GK, Stoger-Schmidinger B, Aichhorn W, Scholler H, Aas B. Systemic case formulation, individualized process monitoring, and state dynamics in a case of dissociative identity disorder. *Front Psychol.* 2016;7(OCT):1–11.
- [13] Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry.* 2017;(February):5–13.
- [14] Lane ND, Miluzzo E, Lu H, Peebles D, Choudhury T, Campbell AT. A survey of mobile phone sensing. *IEEE Commun Mag. IEEE;* 2010;48(9).
- [15] Lu H, Frauendorfer D, Rabbi M, Mast MS, Chittaranjan GT, Campbell AT, *et al.* Stresssense: Detecting stress in unconstrained acoustic environments using smartphones. In: Proceedings of the 2012 ACM Conference on Ubiquitous Computing. ACM; 2012. p. 351–60.
- [16] Miluzzo E, Lane ND, Fodor K, Peterson R, Lu H, Musolesi M, *et al.* Sensing meets mobile social networks: the design, implementation and evaluation of the cenceme application. In: Proceedings of the 6th ACM conference on Embedded network sensor systems. ACM; 2008. p. 337–50.
- [17] Cook DJ, Krishnan NC. *Activity Learning: Discovering, Recognizing, and Predicting Human Behavior from Sensor Data.* John Wiley & Sons; 2015.
- [18] Sandstrom GM, Lathia N, Mascolo C, Rentfrow PJ. Putting mood in context: Using smartphones to examine how people feel in different locations. *J Res Pers.* 2017;69:96–101.
- [19] Campbell AT, Eisenman SB, Lane ND, Miluzzo E, Peterson RA, Lu H, *et al.* The rise of people-centric sensing. *IEEE Internet Comput. IEEE;* 2008;12(4).
- [20] Lathia N, Rachuri KK, Mascolo C, Rentfrow PJ. Contextual dissonance: Design bias in sensor-based experience sampling methods. In: Proceedings of the 2013 ACM international joint conference on Pervasive and ubiquitous computing. ACM; 2013. p. 183–92.
- [21] Prada P, Zamberg I, Bouillault G, Jimenez N, Zimmermann J, Hasler R, *et al.* EMOTEO: A Smartphone Application for Monitoring and Reducing Aversive Tension in Borderline Personality Disorder Patients, a Pilot Study. *Perspect Psychiatr Care.* 2016 Jul;
- [22] Kolla BP, Mansukhani S, Mansukhani MP. Consumer sleep tracking devices: a review of mechanisms, validity and utility. *Expert Rev Med Devices. Taylor & Francis;* 2016;13(5):497–506.
- [23] Bhat S, Ferraris A, Gupta D, Mozafarian M, De Bari VA, Gushway-Henry N, *et al.* Is there a clinical role for smartphone sleep apps? Comparison of sleep cycle detection by a smartphone application to polysomnography. *J Clin Sleep Med.* 2015;11(7):709–15.
- [24] Murnane EL, Abdullah S, Matthews M, Kay M, Kientz JA, Choudhury T, *et al.* Mobile Manifestations of Alertness: Connecting Biological Rhythms with Patterns of Smartphone App Use. Proc 18th Int Conf Human-Computer Interact with Mob Devices Serv. 2016;465–77.



- [25] Wrzus C, Brandmaier AM, Von Oertzen T, Müller V, Wagner GG, Riediger M. A new approach for assessing sleep duration and postures from ambulatory accelerometry. *PLoS One. Public Library of Science*; 2012;7(10):e48089.
- [26] Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American academy of sleep medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(2):307–49.
- [27] Grigsby-Toussaint DS, Shin JC, Reeves DM, Beattie A, Auguste E, Jean-Louis G. Sleep apps and behavioral constructs: A content analysis. *Prev Med Reports. The Authors*; 2017;6:126–9.
- [28] Sun X, Lu Z, Hu W, Cao G. SymDetector: detecting sound-related respiratory symptoms using smartphones. In: *Proceedings of the 2015 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing*. ACM; 2015. p. 97–108.
- [29] Chen J, Liefers J, Bauman A, Hanning R, Allman-Farinelli M. The use of smartphone health apps and other mobile health (mHealth) technologies in dietetic practice: a three country study. *J Hum Nutr Diet*. 2017;(1):1–14.
- [30] Kassianos AP, Georgiou G, Papaconstantinou EP, Detzortzi A, Horne R. Smartphone Applications for Educating and Helping Non-motivating Patients Adhere to Medication That Treats Mental Health Conditions: Aims and Functioning. *Front Psychol*. 2017;8(October):1769.
- [31] Bousquet J, Chavannes NH, Guldemond N, Haahtela T, Hellings PW, Sheikh A. Realising the potential of mHealth to improve asthma and allergy care: How to shape the future. *Eur Respir J*. 2017;49(5).
- [32] Sullivan JM, Flannagan MJ, Pradhan AK, Bao S. Literature Review of Behavioral Adaptations to Advanced Driver Assistance Systems. *AAAFoundation.org*. 2016;(March):202–638.
- [33] Schmid Mast M, Gatica-Perez D, Frauendorfer D, Nguyen L, Choudhury T. Social sensing for psychology: automated interpersonal behavior assessment. *Curr Dir Psychol Sci*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2015;24(2):154–60.
- [34] Ferdous R, Osmani V, Mayora O. Smartphone app usage as a predictor of perceived stress levels at workplace. In: *Pervasive Computing Technologies for Healthcare (PervasiveHealth), 2015 9th International Conference on*. IEEE; 2015. p. 225–8.
- [35] Meredith SE, Alessi SM, Petry NM. Smartphone applications to reduce alcohol consumption and help patients with alcohol use disorder: a state-of-the-art review. 2016;1:47–54.
- [36] Valstar M, Schuller B, Smith K, Eyben F, Jiang B, Bilakhia S, et al. AVEC 2013: the continuous audio/visual emotion and depression recognition challenge. In: *Proceedings of the 3rd ACM international workshop on Audio/visual emotion challenge*. ACM; 2013. p. 3–10.
- [37] Rachuri KK, Musolesi M, Mascolo C, Rentfrow PJ, Longworth C, Aucinas A. EmotionSense: a mobile phones based adaptive platform for experimental social psychology research. In: *Proceedings of the 12th ACM international conference on Ubiquitous computing*. ACM; 2010. p. 281–90.
- [38] Wang R, Chen F, Chen Z, Li T, Harari G, Tignor S, et al. StudentLife: assessing mental health, academic performance and behavioral trends of college students using smartphones. In: *Proceedings of the 2014 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing*. ACM; 2014. p. 3–14.
- [39] Lu H, Yang J, Liu Z, Lane ND, Choudhury T, Campbell AT. The Jigsaw continuous sensing engine for mobile phone applications. In: *Proceedings of the 8th ACM conference on embedded networked sensor systems*. ACM; 2010. p. 71–84.
- [40] Mehl MR, Pennebaker JW, Crow DM, Dabbs J, Price JH. The Electronically Activated Recorder (EAR): A device for sampling naturalistic daily activities and conversations. *Behav Res Methods*. Springer; 2001;33(4):517–23.
- [41] Abdullah S, Matthews M, Frank E, Doherty G, Gay G, Choudhury T. Automatic detection of social rhythms in bipolar disorder. *J Am Med Informatics Assoc*. The Oxford University Press; 2016;23(3):538–43.
- [42] Chen Z, Chen Y, Hu L, Wang S, Jiang X, Ma X, et al. ContextSense: unobtrusive discovery of incremental social context using dynamic bluetooth data. In: *Proceedings of the 2014 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing: Adjunct Publication*. ACM; 2014. p. 23–6.
- [43] Yan Z, Yang J, Tapia EM. Smartphone bluetooth based social sensing. In: *Proceedings of the 2013 ACM conference on Pervasive and ubiquitous computing adjunct publication*. ACM; 2013. p. 95–8.
- [44] Mehrotra A, Hendley R, Musolesi M. PrefMiner: mining user's preferences for intelligent mobile notification management. In: *Proceedings of the 2016 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing*. ACM; 2016. p. 1223–34.
- [45] Mehrotra A, Hendley R, Musolesi M. Towards multi-modal anticipatory monitoring of depressive states through the analysis of human-smartphone interaction. *Proc 2016 ACM Int Jt Conf Pervasive Ubiquitous Comput Adjunct - UbiComp '16*. 2016;1132–8.
- [46] Kobayashi T, Boase J, Suzuki T, Suzuki T. Emerging From the Cocoon? Revisiting the Tele-Cocooning Hypothesis in the Smartphone Era. *J Comput Commun*. Wiley Online Library; 2015;20(3):330–45.
- [47] Chittaranjan G, Blom J, Gatica-Perez D. Who's who with big-five: Analyzing and classifying personality traits with smartphones. In: *Wearable Computers (ISWC), 2011 15th Annual International Symposium on*. IEEE; 2011. p. 29–36.
- [48] Chittaranjan G, Blom J, Gatica-Perez D. Mining large-scale smartphone data for personality studies. *Pers Ubiquitous Comput*. Springer; 2013;17(3):433–50.
- [49] Eagle N, Pentland AS. Reality mining: sensing complex social systems. *Pers ubiquitous Comput*. Springer; 2006;10(4):255–68.



- [50] Boase J, Ling R. Measuring mobile phone use: Self-report versus log data. *J Comput Commun. Wiley Online Library*; 2013;18(4):508–19.
- [51] Gunn D JL. Twitter postings and suicide: An analysis of the postings of fatal suicide in the 24 hours prior to death. *Suicidologi*. 2012;17(3):28–30.
- [52] Perry W, Minassian A, Henry B, Kincaid M, Young JW, Geyer MA. Quantifying over-activity in bipolar and schizophrenia patients in a human open field paradigm. *Psychiatry Res. Elsevier Ltd*; 2010;178(1):84–91.
- [53] Vaiva G. Associer les types de recontact du suicidant pour élargir la cible de prévention. *Eur Psychiatry. Elsevier Masson SAS*; 2015;30(8):S68–9.
- [54] Berrouguet S, Courtet P, Larsen ME, Walter M, Vaiva G. Suicide prevention: Towards integrative, innovative and individualized brief contact interventions. *Eur Psychiatry. Elsevier Masson SAS*; 2017;63–4.
- [55] Venkatesh J, Aksanli B, Chan CS, Akyurek AS, Rosing TS. Modular and Personalized Smart Health Application Design in a Smart City Environment. *IEEE Internet Things J*. 2017;4662(c):1–1.
- [56] Risling T, Martinez J, Young J, Thorp-Froslic N. Evaluating Patient Empowerment in Association With eHealth Technology: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2017;19(9):e329.
- [57] Lui JHL, Marcus DK, Barry CT, Lui JHL, Marcus DK, Barry CT. Professional Psychology: Research and Practice Evidence-Based Apps? A Review of Mental Health Mobile Applications in a Psychotherapy Context Evidence-Based Apps? A Review of Mental Health Mobile Applications in a Psychotherapy Context. 2017;
- [58] Ayers DJ, Menachemi N, Ramamonjiravelo Z, Matthews M, Brooks RG. Adoption of electronic medical records: the role of network effects. *J Prod Brand Manag. Emerald Group Publishing Limited*; 2009;18(2):127–35.
- [59] Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé: décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la «décision médicale partagée». Rapport; 2013.
- [60] Witteman HO, Dansokho SC, Colquhoun H, Coulter A, Dugas M, Fagerlin A, *et al*. User-centered design and the development of patient decision aids: protocol for a systematic review. *Syst Rev. BioMed Central*; 2015;4(1):11.
- [61] Boucherat-Hue V, Leguay D, Pachoud B, Plagnol A, Weber F. *Handicap psychique : questions vives*. Éditions érès, editor. 2016.
- [62] Pascal J-C. Le psychiatre et l'opérateur en santé mentale. *InfPsychiatr. John Libbey Eurotext*; 2016;92(9):707–8.
- [63] Prainsack B. The powers of participatory medicine. *PLoS Biol. Public Library of Science*; 2014;12(4):e1001837.
- [64] Debronkart D. How the e-patient community helped save my life. *BMJ. British Medical Association*; 2013;346(7903):24–5.
- [65] Hu H, Kerschberg L, Medical AA, Amos O. Standardizing the Crowdsourcing of Healthcare Data Using Modular Ontologies. 2017;107–12.
- [66] Prensky M. H. sapiens digital: From digital immigrants and digital natives to digital wisdom. *Innov J online Educ. Emerald Group Publishing Limited*; 2009;5(3):1.
- [67] Mackert M, Mabry-Flynn A, Champlin S, Donovan EE, Pounders K. Health literacy and health information technology adoption: the potential for a new digital divide. *J Med Internet Res. JMIR Publications Inc.*; 2016;18(10).
- [68] Meskó B, Drobni Z, Bényei É, Gergely B, Gy rffy Z. Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *mHealth*. 2017;3(9).
- [69] Mesko B, Gy rffy Z, Kollár J. Digital literacy in the medical curriculum: a course with social media tools and gamification. *JMIR Med Educ. JMIR Publications Inc.*; 2015;1(2).
- [70] Simon P. La recherche clinique en télémédecine : évaluer le service médical rendu aux patients. *Eur Res Télémed. Elsevier Masson SAS*; 2012;1(1):1–5.
- [71] Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, *et al*. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry. American Medical Association*; 2006;63(7):757–66.



ANALYSE DE DONNÉES TEXTUELLES EN PSYCHIATRIE

TEXT ANALYSIS APPLICATIONS TO PSYCHIATRY

Louis FALISSARD*

RÉSUMÉ

Avec la démocratisation des réseaux sociaux et des applications de messagerie, une grande partie de nos interactions sociales se sont digitalisées, notamment vers un format textuel. L'analyse quantitative de ces jeux de données textuelles massifs, grâce à des techniques de machine learning, comme le deep learning notamment, a engendré de nombreuses innovations technologiques qui sont de nos jours quotidiennement utilisées par des millions d'utilisateurs. Le diagnostic en psychiatrie étant basé, au moins en partie, sur le langage, il semble naturel de s'intéresser à l'utilisation de ces techniques d'analyse de données textuelles dans une approche de santé mentale. Il est donc nécessaire de s'interroger sur les différentes approches méthodologiques et analytiques disponibles, ainsi que leurs potentielles applications dans le domaine de la psychiatrie.

MOTS-CLÉS

Traitement du langage naturel, Psychiatrie, Analyse de données, Apprentissage machine, Apprentissage profond, Réseaux de neurones artificiels.

ABSTRACT

The advent of social network and messenger apps has led to the digitalization of a significant part of our

social interactions, specifically toward a textual format. The quantitative analysis of these huge textual dataset, through the use of machine learning, and more specifically deep neural networks, led to numerous technological innovations which are now used daily by millions of users. As diagnosis in psychiatry is based, at least partly, on language, it only seems natural to investigate the use of these technologies in mental health. Consequently, an interrogation on the different available approaches, whether methodological or analytical, as well as their potential applications in psychiatry, is necessary.

KEYWORDS

Natural language processing, Psychiatry, Data analysis, Machine learning, Deep learning, Artificial neural networks.

* * *

INTRODUCTION

Durant ces dernières années, le domaine de l'apprentissage machine (machine learning) a connu une expansion considérable conduisant à de multiples applications pratiques maintenant utilisées par des millions d'utilisateurs, ce dans des domaines aussi variés que l'analyse d'image, de voix, ou encore de langage. Ces récentes innovations sont dues principalement aux développements d'une sous-discipline du machine learning, l'apprentissage profond (deep learning), et à sa capacité d'analyser des jeux de données complexes et par le biais de représentations internes quantitatives et hiérarchique de complexité et puissance explicative croissante. Plus

* Oxford University, Nuffield Department of Surgical Sciences, Computational Neuroscience lab - louis.falissard@gmail.com

précisément, les architectures de réseaux de neurones artificiels proposées en apprentissage profond constituent un environnement de modélisation mathématiques qui s'adapte naturellement à la modélisation de relations non-linéaires présentes dans un jeu de données, tout autant qu'à l'analyse de données structurées comme les données longitudinales ou séquentielles, notamment par le biais de l'utilisation de réseaux de neurones récurrents. Ces derniers ont été notamment à la source de progrès considérables en analyse de texte, et ceci dans des contextes aussi variés que la classification de document à la traduction automatique, en passant par la construction d'intelligences artificielles spécialisée dans l'intervention en chat.

D'un autre côté, les interactions sociales dans les populations occidentales ont connu au cours de ces dernières années une migration considérable vers des formats digitalisés, sous un format majoritairement textuel. En effet, les réseaux sociaux présentent à leurs membres un médium d'expression et de partage de leurs émotions et expériences à un niveau jamais observé auparavant. Les applications de messageries offrent à leurs utilisateurs des possibilités constantes et continues de communications avec leur entourage. Toute cette expression de la personnalité et l'état d'un individu s'effectuant alors par le biais de publications et d'échanges textuels, dont le niveau de privatisation varie en fonction des technologies utilisées. Cet article s'intéresse à l'application de ces puissantes méthodes d'analyse sur les données textuelles fournies par ces nouvelles technologies, ceci dans une approche de santé mentale. Si l'utilisation de méthodes quantitatives en psychiatrie ne se fait pas naturellement, il est possible par le biais de méthodologies bien construites, de construire des jeux de données permettant de possibles innovations dans la prise en charge des troubles mentaux par le clinicien. La première partie définit une méthodologie précise de construction d'un jeu de données adapté au problème de la psychiatrie, étape cruciale dans l'implémentation d'un algorithme de machine learning. La seconde partie présente une méthode d'utilisation des techniques d'apprentissage profond pour l'analyse de données textuelles, et notamment leur utilisation en analyse de régression.

MÉTHODOLOGIE

L'analyse de texte est une discipline très riche, et de multiples approches à ce problème ont été développées au fil des années. Cet article se concentre sur l'analyse de texte basée sur l'apprentissage machine. La plupart des implémentations d'algorithmes de machine learning nécessite la construction préalable d'un jeu de données,

semblable de nature aux jeux de données collectés en vue d'une analyse de régression. Deux concepts ont donc besoin d'être définis avant de procéder à la récolte du jeu de données :

- Les variables explicatives (typiquement, le type de texte à étudier, sa provenance, etc.).
- La variable à expliquer (typiquement une variable quantitative ou catégorielle, dans ce cadre d'application rendant compte de l'état émotionnel ou mental du patient) associée aux variables explicatives.

L'élaboration de ces variables a un impact considérable sur la qualité de l'algorithme implémenté, ainsi que sur le coût potentiel de l'étude. En effet, l'apprentissage profond requiert en règle générale des tailles d'échantillons considérables (>5 000).

I. VARIABLES EXPLICATIVES

Type de données

Bien qu'omniprésente en ligne, les données textuelles ne sont pas nécessairement faciles à extraire, et l'information extraite peut potentiellement s'avérer plus riche que le texte seul. Bien que particulièrement riches, les données d'utilisation d'une messagerie instantanée, par exemple, sont, en raison des mécanismes de cryptage qu'elles incorporent, difficile à collecter. L'utilisateur est cependant facilement capable de les extraire sous un format adapté à l'analyse. La figure 1 présente le format de données textuelles typiquement obtenu à partir de ces messageries.

En plus de contenir les données textuelles des conversations de l'individu, ce format présente d'autres informations qui peuvent s'avérer particulièrement utiles en analyse, les métadonnées. En effet, l'heure d'envoi des messages, par exemple, est une information plus facilement quantifiable ; et donc analysable, que le texte en lui-même, et peut potentiellement apporter une information précieuse (fréquence d'envoi de messages très élevée à un instant donné, heure d'envoi inhabituelle pour une personne donnée, etc.).

Environnement des données

Le choix de l'environnement de collecte des données joue un rôle considérable dans l'élaboration du jeu de données, et a un impact sur plusieurs facteurs. Typiquement, deux principaux modes de collecte peuvent être identifiés :

- Texte extrait dans un environnement libre (application de messagerie, réseaux sociaux, etc.).



04/02/2017, 21:56 - A: [...]
04/02/2017, 21:56 - A: [...]
04/02/2017, 22:17 - B: [...]
04/02/2017, 22:17 - B: [...]
04/02/2017, 22:17 - B: [...]
04/02/2017, 23:25 - A: [...]
04/02/2017, 23:25 - A: [...]
04/02/2017, 23:26 - A: [...]
05/02/2017, 07:29 - B: [...]

Figure 1. Exemple de données textuelles obtenues sur l'application de messagerie Whatsapp.

- Ce mode d'acquisition nécessite typiquement des tailles d'échantillons plus larges en raison de la considérable variabilité inter-sujet potentiellement.
- Les données sont obtenues à partir d'application très largement utilisées, et dispose de ce fait d'une accessibilité massive.
- Texte issu d'une situation contrôlée (ex. réponse à des questions prédéfinies).
- La structure du contenu est cadrée, ce qui permet de potentiellement diminuer la variabilité inter-sujet et d'avoir directement accès à une information impactant le critère à expliquer défini, en fonction de la définition du cadre.
- L'acquisition des données est coûteuse. Il est nécessaire de recueillir manuellement chaque observation auprès d'un individu.

Variable à expliquer

C'est le choix de la variable à expliquer qui définit la nature de l'information que l'algorithme d'apprentissage profond tentera de modéliser. En effet, la fonction de cet indicateur est de donner une information quant à l'état mental du patient, que l'algorithme d'apprentissage essaiera par la suite d'approximer. Sa définition a donc un impact crucial, puisqu'il définira à lui seul le sens et l'information qui sera étudiée au cours de l'étude. Il est donc nécessaire de l'élaborer avec soin. Le choix de ce critère, autant dans sa modalité que dans son application, n'a pratiquement aucune limite. Il est cependant préférable de se cantonner à certaines situations, potentiellement plus simples d'accès et plus abordable pour le processus de modélisation.

La première étape d'élaboration de la variable à expliquer consiste à choisir le type de variable utilisé pour représenter l'état mental de l'individu :

- Variable qualitative (typiquement une décision binaire, « le sujet étudié est dépressif/non dépressif »).

- Variable quantitative (typiquement une échelle d'évaluation ordinale, par exemple un critère CGI-S [1]).
- Variable structurée (ex. questionnaire).

La définition du type de critère doit s'effectuer conjointement avec le type d'évaluation correspondant :

- Auto-évaluation.
- Ne nécessite pas l'intervention d'un praticien, donc plus économique.
- L'évaluation n'est alors pas contrôlée par un clinicien, ce qui peut être source de bruit.
- Évaluation par un clinicien.
- L'information à modéliser profite d'une expertise qui lui amène potentiellement une qualité supérieure.
- Le processus d'évaluation nécessite alors l'évaluation du clinicien sur tous les exemples recueillis, se comptant en général dans les milliers à dizaine de milliers. Il s'agit d'un processus long et rébarbatif.

Une fois la méthodologie définie, peut commencer la collecte des données. Il est difficile de déterminer a priori la taille d'échantillon nécessaire au bon fonctionnement de l'algorithme d'apprentissage profond. Il est en revanche déconseillé d'appliquer ces modèles mathématiques sur des jeux de données comptant moins de 5 000 individus.

II. APPRENTISSAGE PROFOND ET ANALYSE DE DONNÉES TEXTUELLES

Régression linéaire

L'analyse de régression linéaire est un outil de modélisation largement utilisé qui consiste à représenter un jeu de donnée par une approximation multivariée linéaire du phénomène considéré. Cette approche simple, utilisée autant en statistiques qu'en data science, partage certaines similarités avec les réseaux de neurones qui en font une bonne introduction au sujet.

L'objectif d'une analyse de régression linéaire est d'ajuster une approximation linéaire paramétrique en W à un groupe de N observations $\{(X_i, y_i)\}_{0 \leq i \leq N+1}$ telle que :

$$\hat{y} = W_e \cdot X + b$$

$$\text{with } W_e = \underset{W}{\operatorname{argmin}} \left(\frac{1}{N} \cdot \sum_{i=1}^N (\hat{y}_i - y_i) \right)$$

L'obtention de la solution paramétrique optimale W_e peut se faire de manière analytique, ou bien encore par le biais d'un algorithme d'optimisation comme une descente de gradient. Les modèles linéaires ainsi obtenus sont connus pour être simple à ajuster, ainsi que pour leur importante capacité de généralisation. Ils sont en revanche incapable d'exprimer des relations non-linéaires ainsi que des interactions inter-variables.

Perceptron multi-couches

Les perceptrons multicouches représentent une des familles de réseaux de neurones artificiels les plus utilisées parmi les modèles de deep learning [2], et peuvent être utilisés pour une variété de tâches, notamment en analyse de régression, où ils peuvent être interprétés comme une extension non-linéaire à l'analyse en régression linéaire susmentionnée.

L'idée générale derrière un perceptron multicouche consiste, de manière similaire au processus d'analyse de régression linéaire, à ajuster un modèle linéaire. Cependant, celui-ci sera ajusté à une transformée non linéaire du groupe d'observation $\{(\Phi(X_i), y_i)\}_{0 \leq i \leq N+1}$. La puissance d'un perceptron multicouches, notamment par rapport aux méthodes d'expansions de base couramment utilisées en modélisation statistique, réside dans le fait qu'en plus de déterminer les paramètres du modèle linéaire à partir des observations, la transformée Φ l'est également.

Pour permettre à un perceptron multicouche d'apprendre

des interactions non-linéaire, l'approche traditionnellement utilisée consiste à injecter des combinaisons linéaires des variables étudiées dans de simples non-linéarités, les résultats obtenus étant alors utilisés soit comme variables explicatives pour un modèle linéaire, soit combinées et réinjectées dans de nouvelles linéarités. Le réseau simplifié présenté en figure 1 est un exemple de perceptron multicouche adapté à l'analyse de régression. De la même manière que pour une analyse de régression linéaire, l'objectif est d'ajuster une approximation paramétrique, cette fois-ci non-linéaire, à un groupe de N observations $((x_1, x_2), y_i)_{0 \leq i \leq N+1}$ tel que :

$$\hat{y} = w_{11}^3 \cdot f^1(w_{11}^2 \cdot x_1 + w_{12}^2 \cdot x_2 + b_1^2) + w_{12}^3 \cdot f^2(w_{21}^2 \cdot x_1 + w_{22}^2 \cdot x_2 + b_2^2) + b_1^3$$

Si les paramètres sont ici typiquement déterminés par le biais de la méthode des moindres carrés, deux différences notables découlent de l'introduction des non-linéarités paramétriques dans le modèle :

- La solution paramétrique optimale ne peut plus s'exprimer sous forme fermée. Il est nécessaire de l'estimer par le biais d'un algorithme du gradient.
- L'obtention du gradient de la fonction objectif ne peut plus se faire directement, mais reste possible, notamment par l'utilisation de techniques de rétro-propagation du gradient [3].
- Le problème d'optimisation ainsi défini perd la propriété de convexité présente en analyse de régression linéaire, et avec elle la garantie de parvenir à déterminer le minimum global de la fonction objectif [4].

Tout perceptron multicouche peut ainsi s'obtenir de cet exemple simplifié, principalement par la variation de trois facteurs :

- Le nombre de fonctions composées enchainées (appelé nombre de couches de neurones).
- Le nombre de variable artificielles créées dans chaque couche (nombre de neurones par couches).
- Le type de non-linéarités utilisées à la sortie de chaque neurone (i.e. le choix des fonctions f_1 et f_2).

Des modèles de complexités croissante peuvent ainsi être construits en adaptant ces trois facteurs, permettant ainsi la construction d'un modèle à la puissance explicative adaptée à la complexité du problème.

Si en théorie tout type de fonction non-linéaire peut être utilisée à la sortie d'un neurone, il est vivement recommandé de limiter le choix de ses non-linéarités à certaines options dont le bon comportement a été, si non théoriquement démontré, au moins vérifié expérimentalement, comme par exemple la fonction tangente hyperbolique et la fonction linéaire rectifiée.

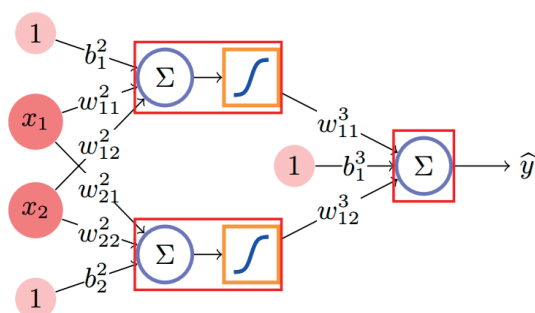


Figure 2. Exemple de perceptron multicouche adapté à l'analyse régressive.

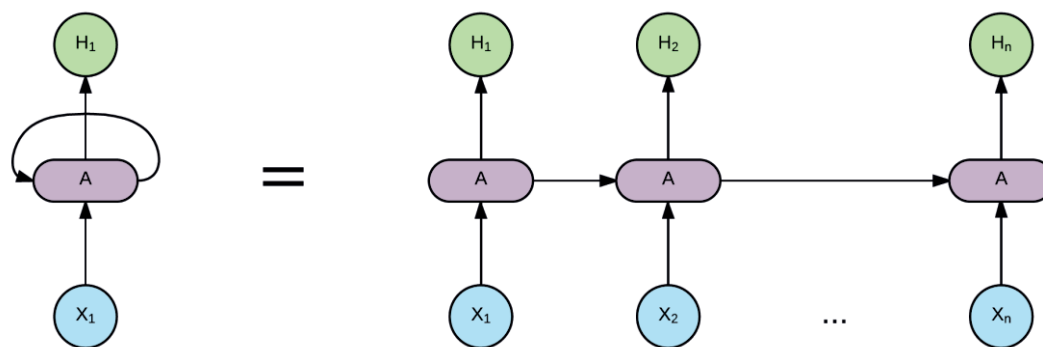


Figure 3. Réseaux de neurones récurrent, avec sur la droite sa forme avec boucle, et sur la gauche sa représentation déroulée.



Figure 4. Réseaux de neurones récurrent adapté à l'analyse de régression.

Analyse de séquences et Réseau de Neurones récurrent

Un perceptron multicouche permet théoriquement l'analyse de séquences de données $x^{(1)}, x^{(2)}, \dots, x^{(n)}$, par exemple en considérant la séquence comme une observation multivariée et en l'injectant directement dans le réseau de neurones. Cette approche présente cependant des problèmes. En effet, le perceptron tel qu'il est traditionnellement défini voit son nombre de paramètre augmenter drastiquement avec la taille de la séquence étudiée. De plus, un tel modèle ne permet clairement pas l'analyse de séquences de longueur variable, ce qui se montre prohibitif dans un nombre de situations dont l'analyse de texte fait partie.

Les réseaux de neurones récurrents constituent une famille de réseaux de neurones artificiels spécialisés dans l'analyse de séquences de données [2]. L'idée sous-jacente aux réseaux de neurones récurrent consiste à élaborer un modèle qui partage ses paramètres à travers l'évolution séquentielle des variables observées. Ainsi, au lieu d'injecter directement la séquence entière au réseau, chacun de ses éléments est présenté séquentiellement au réseau, qui, pour tenir compte des observations passées, est doté d'une boucle de rétroaction.

Tout comme les perceptrons multicouches, les réseaux de neurones récurrents peuvent être utilisés de multiple manière, comme par exemple en analyse régressive de données séquentielles. L'objectif est alors d'ajuster une approximation paramétrique à un groupe de N observations de séquences $((X_1, \dots, X_n)_i, y_i)_{1 \leq i \leq N}$ telle que :

$$\begin{aligned} \forall i \in \mathbb{N}, i \in [1, n] \\ h_i = f(x_i, h_{i-1}) \\ \hat{y} = W \cdot h_n \end{aligned} \quad \text{avec } f \text{ un membre} \\ \text{d'une famille de fonctions} \\ \text{paramétriques}$$

De manière similaire au perceptron multicouche, \hat{y} peut être approximé par une analyse de régression linéaire effectuée sur la dernière sortie du réseau de neurones récurrent. Les paramètres de cette dernière, ainsi que de la fonction f , historiquement définie comme un perceptron multicouche, étant alors déterminés par méthode des moindres carrés.

Pour des raisons qui dépassent le cadre de cet article, l'utilisation d'un perceptron multicouche comme définition de la fonction paramétrique f présente cependant plusieurs défauts qui résultent en des difficultés considérables au cours du processus d'optimisation [4].



Plusieurs architectures ont depuis été développées pour remédier à ces problèmes, tout comme les *Gated Recurrent Units*, ou encore les cellules *Long-Short-Term-Memory* (LSTM), cette dernière étant celle retenue dans cet article. La cellule LSTM [5] est une variation dans l'utilisation du perceptron multicouche comme choix de la fonction paramétrique f dans la construction d'un réseau de neurones récurrents, celle-ci étant alors définie telle que :

$$f_t = \sigma_g(W_f \cdot x_t + U_f \cdot h_{t-1} + b_f)$$

$$i_t = \sigma_g(W_i \cdot x_t + U_i \cdot h_{t-1} + b_i)$$

$$o_t = \sigma_g(W_o \cdot x_t + U_o \cdot h_{t-1} + b_o)$$

$$c_t = f_t \circ c_{t-1} + i_t \circ \sigma_g(W_c \cdot x_t + U_c \cdot h_{t-1} + b_c)$$

$$h_t = o_t \circ \sigma_h(c_t)$$

Avec :

- x_t le vecteur d'entrée (variables observées)
- h_t le vecteur de sortie
- c_t le vecteur d'état de cellule
- W, U , et b les paramètres de la cellule
- σ_g la fonction logistique
- σ_c et σ_h la fonction tangente hyperbolique

APPLICATION DES RÉSEAUX DE NEURONES RÉCURRENT À L'ANALYSE DE RÉGRESSION SUR DONNÉES TEXTUELLES

Considérons un corpus de documents (X_1, \dots, X_N) , chacun associé à une variable à expliquer y . Comme précédemment abordé, y correspond à un critère prédéfini au cours de la construction du jeu de données, et peut par exemple représenter l'impression d'un praticien quant à la présence d'élément de pulsions suicidaires par le biais d'une évaluation CGI-S. Chaque document est constitué d'une séquence de mots $X_i = (X_{i1}, \dots, X_{iT})$ avec T la taille du document X_i . L'objectif est donc d'ajuster une approximation paramétrique à un groupe de N observations de documents $((X_1, \dots, X_N), y_i)_{1 \leq i \leq N}$, correspondant typiquement aux conditions précédemment définies d'analyse régressive de données séquentielles.

Quand bien même les réseaux de neurones récurrents proposent un environnement de modélisation qui s'adaptent naturellement à l'analyse de séquences, leur application à l'analyse de données textuelles nécessite un travail supplémentaire de conversion. En effet, bien qu'un texte puisse se considérer comme une séquence de mots, ces derniers ne constituent en aucun cas des variables quantitatives. Lors d'un exercice de classification ou d'analyse de régression, il existe une manière simple de transformer un jeu de données textuel en jeu

de données quantitatives longitudinales [6] :

Un vocabulaire V constitué d'un nombre de mots fixé est défini.

Un dictionnaire D associant chaque mot à un vecteur quantitatif (dimensionnalité typiquement comprise entre 50 et 500) initialisé aléatoirement est défini.

Les textes du jeu de données sont convertis en séquences de variables quantitatives en utilisant le dictionnaire susmentionné.

Un réseau de neurone récurrent est ajusté sur la tâche d'analyse de régression prédéfinie, comme décrit précédemment.

L'optimisation du modèle se fait à la fois sur les paramètres du réseau de neurones, et sur le dictionnaire D utilisé pour convertir les données textuelles.

Intuitivement, l'optimisation conjointe du réseau de neurone et du dictionnaire texte/quantitatif permet au réseau de neurones de transformer le dictionnaire D , initialisé aléatoirement, en une représentation quantitative du vocabulaire V encapsulant l'information nécessaire à l'ajustement des paramètres du réseau de neurone récurrent destiné à l'analyse de régression.

CONCLUSION

Les récentes avancées dans l'utilisation des réseaux de neurones dans les processus de modélisation de données hiérarchique ont été à l'origine d'une véritable révolution dans le domaine de l'analyse de données textuelles, que ce soit dans le domaine de la classification de document, la traduction automatique ou encore l'analyse exploratoire. Leur application dans un cadre de santé mentale reste complexe. En effet, les notions mises en jeu dans la compréhension du discours d'un sujet pensant en visée d'établir un diagnostic de trouble mental sont, à l'heure qui l'est, trop complexes pour être appréhendées par ces outils mathématiques. Cependant, en les restreignant à des contextes spécifiques, et en élaborant des méthodologies adaptées, l'application des réseaux de neurones à la psychiatrie, notamment en analyse de texte, peut potentiellement donner naissance à tout une famille d'outil quantitatifs capable d'accompagner le clinicien dans son travail de diagnostic, ses prises de décisions et son suivi du patient. En raison du caractère récent de la naissance de cette nouvelle discipline d'analyse quantitative, très peu de travaux ont été réalisés dans l'optique de caractériser leur performance dans le cadre d'une application en santé mentale. Il est donc maintenant nécessaire pour praticiens et data-scientists de commencer ensemble à explorer ces notions, et à amorcer une réflexion sur la place potentielle de ces outils technologiques en santé mentale. ■



BIBLIOGRAPHIE

- [1] J. Busner and S. D. Targum, "The Clinical Global Impressions Scale," *Psychiatry Edgmont*, vol. 4, no. 7, pp. 28–37, Jul. 2007.
- [2] I. Goodfellow, Y. Bengio, and A. Courville, *Deep Learning*. MIT Press, 2016.
- [3] D. E. Rumelhart, G. E. Hinton, and R. J. Williams, "Learning representations by back-propagating errors," *Nature*, vol. 323, no. 6088, pp. 533–536, Oct. 1986.
- [4] Y. Bengio, P. Simard, and P. Frasconi, "Learning long-term dependencies with gradient descent is difficult," *IEEE Trans. Neural Netw.*, vol. 5, no. 2, pp. 157–166, Mar. 1994.
- [5] "Long Short-Term Memory | Neural Computation | MIT Press Journals." [Online]. Available: <http://www.mitpressjournals.org/doi/abs/10.1162/neco.1997.9.8.1735>. [Accessed: 07-Sep-2017].
- [6] D. Yogatama, C. Dyer, W. Ling, and P. Blunsom, "Generative and Discriminative Text Classification with Recurrent Neural Networks," *ArXiv170301898 Cs Stat*, Mar. 2017.

LES ENJEUX SOCIAUX DE LA MÉDECINE PRÉDICTIVE. L'EXEMPLE DE L'ÉMERGENCE DU DIAGNOSTIC DE LA DÉMENCE PRÉCOCE ET DE LA SCHIZOPHRÉNIE DANS LA PREMIÈRE MOITIÉ DU XX^e SIÈCLE

THE SOCIAL STAKE OF PREDICTIVE MEDICINE. A FOCUS ON THE DEVELOPMENT OF THE DIAGNOSTIC OF DEMENTIA PRAECOX AND SCHIZOPHRENIA DURING THE FIRST HALF OF THE XXTH CENTURY

Hervé GUILLEMAIN*

RÉSUMÉ

Que peut dire l'historien du nouveau paradigme numérique de la psychiatrie ? Certes celui-ci écrase par sa nouveauté les continuités qu'une science et une pratique entretiennent pourtant avec leur passé. Mais est-ce bien la première fois qu'un événement dans l'histoire de la psychiatrie introduit simultanément de tels changements dans la manière de mesurer les souffrances individuelles et de prédire l'évolution des maladies ? L'association de l'utilisation du big data, d'une approche biologique de la maladie mentale et d'une démarche prédictive constitue le projet de la psychiatrie kraepelinienne de la fin des années 1890. Je propose dans cet article de faire retour sur le temps de fondation de ce projet et sur les débats qu'il suscita afin d'éclairer les enjeux sociaux d'une transformation conceptuelle et pratique si ce n'est équivalente, du moins comparable.

MOTS-CLÉS

Histoire de la psychiatrie, Médecine prédictive, Kraepelin, Marqueur biologique, Démence précoce.

* MCF histoire – Université du Mans

ABSTRACT

What can a historian say about the new numeric paradigm emerging within the field of psychiatry? Certainly, this new paradigm dominates that which comes from a long history of psychiatry that maintains itself through reflecting on the past. But, is this really the first time that an event in the history of psychiatry has introduced such changes in a way that has assessed the suffering of individuals and even predicted the evolution of psychiatric illnesses and diseases? By evoking concepts such as big data usage, a biological approach to mental illness and the predictive precautions we are directed towards the Kraepelinian psychiatry project that dates back to the end of the 1890s. I propose in this article to step back in time to the foundation of this project and to take a look at the debates that it provoked within the field in order to shed light onto the social stakes at play within a conceptual transformation and practice – if not equivalent or at least comparable in any way.

KEYWORDS

History of psychiatry, Predictive medicine, Kraepelin, Praecox dementia, Biological milestone.



L'historien peut-il dire quelque chose d'un phénomène qui mobilise des concepts, des méthodes et des technologies du XXI^e siècle ? Objets connectés, machine learning, génomique, ... le nouveau paradigme technologique de la psychiatrie écrase par sa nouveauté les continuités qu'une science et une pratique entretiennent pourtant avec leur passé. Les contours de l'objet qui nous intéresse dans ce numéro change à grande vitesse mais il comporte au fond toujours quatre dimensions principales. La psychiatrie qui se dessine est basée sur le grand nombre, tendue vers un objectif de prédiction, présentée comme un outil de personnalisation du soin et enfin célébrée comme une médecine de précision à la recherche de marqueurs biologiques significatifs. A partir de ce constat porté par un observateur extérieur, la question posée à l'historien pourrait donc être ainsi formulée : est-ce la première fois qu'un événement dans l'histoire de la psychiatrie introduit simultanément de tels changements à la fois dans la manière de mesurer les souffrances individuelles, de modifier la relation entre médecin et malade, d'envisager la prévention et le soin, de prédire l'évolution des maladies ?

L'association de l'utilisation du grand nombre, d'une approche biologique de la maladie mentale et d'une démarche prédictive renvoie selon moi à un des actes fondateurs de la science psychiatrique contemporaine : la création de la psychiatrie kraepelinienne à la fin des années 1890, appuyée notamment sur un bouleversement de la classification des maladies mentales qui s'est traduite notamment par l'invention de la démence précoce, ancêtre diagnostic de la schizophrénie du XX^e siècle [13]. Travaillant sur l'histoire de l'émergence de cette maladie dans la société française dans la première moitié du XX^e siècle à partir des dossiers patients archivés dans les hôpitaux psychiatriques français [6, 7, 8], j'ai choisi de revenir dans le cadre de cet article sur les enseignements de cette période afin de tenter d'éclairer les enjeux sociaux d'une transformation conceptuelle et pratique si ce n'est équivalente, du moins comparable dans son projet.

Je vais donc faire retour ici sur les facteurs historiques – scientifiques, techniques et institutionnels – qui portèrent cette nouvelle psychiatrie des nombres et de la prédiction, puis j'exposerai le contenu des débats qui accompagnèrent sa diffusion controversée en Europe au début du XX^e siècle, enfin j'envisagerai ses enjeux sociaux en m'appuyant sur une recherche inédite menée dans les dossiers des patients schizophrènes du premier XX^e siècle.

RETOUR SUR L'AVÈNEMENT D'UN NOUVEAU MODÈLE PSYCHIATRIQUE « RÉVOLUTIONNAIRE »

L'histoire de la psychiatrie lorsqu'elle est écrite de manière internaliste par ses propres acteurs comporte dans

son récit, c'est chose logique, de nombreux moments révolutionnaires déterminés par la technique et/ou par la mutation institutionnelle, depuis la libération des fous par Pinel à l'avènement des neuroleptiques, en passant par l'éclosion des thérapies de choc, la surmortalité hospitalière de la Seconde Guerre mondiale ou encore les textes des années 1960-1970 proclamant la fin du modèle hospitalo-centré. L'histoire savante de la psychiatrie est scandée de la même manière par des œuvres faisant césures à partir de leur date de parution et généralement d'une proposition de déplacement des individus dans la classification des maladies mentales. L'annonce d'une nouvelle révolution spectaculaire des pratiques de la psychiatrie à l'ère numérique est le dernier avatar de cette histoire pensée en forme de révolutions progressives. Le rôle d'un historien est, je crois, d'interroger ces modes de mise en récits en replaçant ces moments apparents de rupture dans le long terme des idées et des pratiques ainsi que dans le contexte de l'histoire sociale.

Parmi les révolutions paradigmatiques les plus souvent citées et engageant les dimensions savantes autant qu'institutionnelles et pratiques, peu occupent autant de place que celle des cliniques allemandes de la fin du XIX^e siècle et celle de l'œuvre d'Emile Kraepelin [12]. Les objectifs du médecin allemand sont alors d'établir une science respectable – une science tout court devrait-on dire – sur la base de la précision, de la prédiction, de la prévention et de la psychiatrie biologique. Techniques marketing et outils numériques en moins, ce n'est rien moins qu'une « médecine des 4 P » pour les années 1900. Evidemment les révolutions en histoire des sciences ne sont jamais là où on les attend. A mon sens, l'essentiel des principes qui vont amener la transformation du regard sur la maladie mentale au XX^e siècle est en fait né dans la deuxième moitié du XIX^e siècle à partir de la mise en œuvre d'objectifs partagés par une grande partie du milieu psychiatrique occidental depuis les années 1850. Ils dérivent à la fois d'une mutation interne du savoir aliéniste – que Lanteri-Laura identifiait comme le nouveau « paradigme des maladies mentales » [10] –, d'une réaction professionnelle face aux critiques sociales de plus en plus virulentes contre l'institution asilaire [2], mais aussi d'une problématique institutionnelle produite par l'inflation démesurée de l'internement psychiatrique perceptible sur l'ensemble du territoire.

UNE MÉDECINE DÉPERSONNALISÉE AU PROFIT DE LA PRÉCISION ET DE LA PRÉVISION

La dislocation du cadre intellectuel de la clinique du premier XIX^e siècle, articulée jusqu'alors sur le concept

d'aliénation mentale, s'accompagne en effet d'une aspiration à la précision. Puisqu'il existe probablement plusieurs manières d'être fou, comme il existe plusieurs manières d'être malade, il s'agit de nommer clairement un ensemble d'entités dont le nombre est limité et dont le diagnostic différentiel est clair. Le progrès, dans une société fondée sur la « certification » – rappelons que cette évolution scientifique est contemporaine de la mise en œuvre des nouvelles dispositions légales de placements de 1838 qui nécessitent l'établissement régulier de tels certificats –, c'est séparer et distinguer. Cette aspiration est d'autant plus grande dans le milieu des aliénistes que la profession est alors mise en cause publiquement pour ses insuffisances thérapeutiques et scientifiques ainsi que pour sa gestion arbitraire des hospitalisations. Dans cette situation les aliénistes optent pour un modèle clinique spécialisé qui s'appuie à la fois sur la recherche du fondement biologique de la folie, sur la prédictibilité de l'évolution des pathologies mentales, mais aussi sur une réévaluation de la place du malade dans sa relation avec le psychiatre.

Face à un aliéné considéré comme foncièrement dissimulateur [5], dont la parole est décrédibilisée, le médecin ne peut plus être passif et dépendant du savoir du patient, mais doit prendre de la distance face à lui pour découvrir ce qui ne peut apparaître spontanément dans le comportement du sujet malade, particulièrement le stade auquel celui-ci est parvenu dans le cours de sa pathologie. En réaction à l'approche considérée comme trop symptomatologique, psychologique et littéraire des premiers maîtres de la psychiatrie française, Jean Pierre Falret impulse, dans les années 1850, le programme d'une classification naturelle des maladies mentales conçues comme des entités morbides uniques déterminées par l'évolution des pathologies susceptibles d'être prévues à l'avance (prédisposition, prodromes, invasion, période d'état, chronicité) et fondées sur la recherche de phénomènes primaires sous-jacents. Les psychiatres allemands (Karl Ludwig Kahlbaum), certains psychiatres anglais (Clouston), proposent au même moment une nouvelle cartographie des maladies mentales selon des principes similaires.

Le maître mot de la nouvelle psychiatrie, c'est prévoir. En l'absence de certitude anatomo-pathologique, il semble à beaucoup de psychiatres que seul le repérage de l'évolution des symptômes apparaît comme une source de progrès scientifique. Dans cette quête, le facteur temps devient déterminant. C'est donc la chronologie de la maladie qui devient fondamentale : ses débuts, l'entrée dans la chronicité, l'établissement de l'incurabilité. Le terme « démence précoce » – accollement de deux indices marquant un rapport au temps – est un aboutissement de cette démarche. Cette priorité donnée

à la prédictibilité, est soumise à un objectif de prophylaxie, visant particulièrement les psychoses juvéniles dont il s'agit de contrecarrer au plus tôt la marche afin de préserver la société d'une croissance démesurée de la charge induite par les malades mentaux. L'origine de cette psychose juvénile est le plus souvent pensée en lien avec les effets d'une auto-intoxication du corps juvénile, qui provoquent un épuisement des organismes soumis aux injonctions de plus en plus grandes de la modernité, que ces dernières prennent le visage de l'intégration à l'école ou à l'armée républicaines.

Ces concepts, ces pratiques et ces technologies contribuent à transformer la première psychiatrie fondée sur le cas individuel, sur la description d'un syndrome à un instant T, sur l'attention au délire des fous, sur une approche morale, en une seconde psychiatrie plaçant dans la statistique et la biologie son espoir d'une médecine objective précise et prédictive au service d'une prophylaxie sociale efficace. Selon la nouvelle doxa, qu'est-ce-qu'un bon psychiatre à la fin du XIX^e siècle ? C'est quelqu'un qui sait bien observer les symptômes, les décrire, les classer, selon une tradition déjà centenaire, mais c'est aussi désormais quelqu'un qui doit voir beaucoup de malades et mettre en série ses observations. C'est aussi un scientifique qui cherche à pronostiquer en étudiant la marche sur le long terme de la maladie. C'est enfin un médecin qui use de nouvelles méthodes biologiques d'examen.

NOUVELLES TECHNOLOGIES D'ENREGISTREMENT DE LA MARCHÉ DES MALADIES : LE RECUEIL EN GRAND NOMBRE AU SERVICE DE LA NOUVELLE CLINIQUE

Dans ce contexte et pour produire sa nouvelle clinique Emile Kraepelin se fonde sur de nouvelles technologies de laboratoire, sur le recueil de données nombreuses ainsi que sur la modification des supports d'enregistrement de l'information. Ce que fait Kraepelin dès l'instant où il prend sa fonction de directeur à la clinique d'Heidelberg en 1891, c'est transformer le mode de notation et d'archivage de la maladie. L'adaptation des modèles de fichage administratifs des états allemands à la psychiatrie a favorisé l'objectivation et la standardisation de la prise de notes, la mise en série des observations, puis la mise en graphique de la maladie mentale. Un des enjeux fondamentaux pour lui était de préserver les données disponibles coûte que coûte. Même lorsque les patients étaient transférés dans un asile pour chroniques, il s'agissait de conserver toutes les informations les concernant afin de pouvoir établir sur un grand nombre



des observations scientifiques significatives portant sur la marche des maladies mentales. La bataille pour les données fut rude, mais Kraepelin réussit à convaincre les autorités de la nécessité scientifique d'une telle révolution : le fichier principal de tous les patients resterait archivé à Heidelberg même une fois le patient transféré. Le second objectif de Kraepelin était de multiplier les admissions afin de pouvoir asseoir sa nouvelle conception sur le plus grand nombre possible d'observations. En des temps de surencombrement asilaire, cette volonté surprenait les acteurs de la psychiatrie allemande, mais le projet de doubler rapidement les admissions pour enrichir le matériau clinique fut très rapidement mis en place. Une fois les modes de surveillance des patients transformés, il fallait également penser le transfert vers d'autres institutions afin de ne jamais tarir la masse de données recueillies. Ce fut chose faite, non sans mal, puisque des institutions asilaires pour chroniques déjà surpeuplées se voyaient obligées d'admettre ce nouveau flux de patients en provenance de la clinique d'Heidelberg. L'avènement d'une psychiatrie prédictive fondée sur le grand nombre ne s'est donc pas réalisé sans conflits [3, 4].

Elle a en effet suscité dès l'origine des controverses portant notamment sur les effets potentiels d'un pronostic déterminé rapidement afin de générer le flux continu d'admission de patients nécessaire à l'émergence d'une psychiatrie fondée sur le grand nombre. Développée dès les années 1890 en Allemagne, cette controverse s'est étendue dans les congrès psychiatriques tenus en France dans la première décennie du XX^e siècle au moment où il s'agissait de prendre position pour ou contre l'adoption du nouveau système kraepelinien.

LA MÉDECINE PRÉDICTIVE EN DÉBAT

Les défenseurs français du système kraepelinien sont, vers 1900, plutôt minoritaires au sein de la profession psychiatrique. Ils constituent un réseau principalement parisien, œuvrant dans les grandes institutions asilaires de la Seine et largement structuré par les disciples du très germanophile Paul Sérieux, qui compte parmi les plus grands admirateurs du système hospitalier à l'allemande. Dans les premiers congrès professionnels du nouveau siècle, ces hommes sont à la manœuvre pour imposer la nouvelle psychiatrie et la nouvelle classification à une profession assez réticente. Pour ce faire, ces psychiatres cherchent à démontrer la présence de la démence précoce dans les institutions françaises : ils avancent des statistiques remarquables destinées à prouver l'évidence du diagnostic et consacrent la notion dans leurs manuels. Cependant la majorité des aliénistes qui interviennent

dans le cadre de cette controverse scientifique militent à l'inverse contre la reconnaissance des psychoses spécifiques de la puberté. Emmanuel Régis par exemple, figure majeure de la psychiatrie française d'avant-guerre, se présente comme le conservateur de la tradition clinique française du XIX^e siècle, et d'une médecine humoraliste pluriséculaire face à la révolution du « grand tout » que propose Kraepelin. Les deux hommes ne sont pas opposés sur tous les points, tous deux sont par exemple de fervents défenseurs de la nouvelle psychiatrie biologique, de ses techniques comme de ses interprétations. Si lors du congrès de 1900 le déséquilibre des forces paraît évident, la situation semble plus équilibrée en 1904. Au point que, chose rarissime dans les annales du Congrès, la question du vote sur l'adoption de la nouvelle classification a été posée. Derrière la joute clinique aux accents parfois nationalistes se cache en fait un affrontement beaucoup plus politique.

On perçoit dès les années 1900 les réticences de certains psychiatres français face à une dérive institutionnelle potentielle qui enfermerait le sujet dans un diagnostic précoce d'incurabilité et par là dans un internement au long cours qui viendrait accélérer sa dégradation mentale et sociale. La bataille pour la classification s'inscrit donc dans un combat plus large contre les modes de chronicisation asilaire. Un des arguments les plus décisifs échangés à l'occasion de ces congrès porte sur la curabilité de ces états. Paul Sérieux expliquait à ses collègues tout l'avantage que ceux-ci pourraient tirer d'une intégration des conceptions allemandes, qui revenaient à « réunir et grouper [les maladies mentales] en un certain nombre d'espèces nosologiques bien définies, dont l'évolution peut être annoncée et prédite à l'avance » [15]. En contradiction totale avec ce dernier, Florentin Pactet, psychiatre investi dans l'observation des aliénés des prisons françaises et futur président de la Société Médico-psychologique dans les années 1920, critique des conditions asilaires, refuse d'entrer dans l'ère du pronostic désastreux pour les familles : « dans de tels cas, il ne faut pas faire de diagnostic et partant de pronostic : notre devoir, vis-à-vis des parents des malades, est de dire – ce qui est l'expression de la vérité – que nous ne savons pas comment l'affection évoluera » [16]. Là où les adeptes de la psychiatrie kraepelinienne ne voient que les marques d'une déchéance programmée et inéluctable – une démence primitive incurable dans 90% des cas selon Kraepelin et toujours selon Masselon –, les défenseurs de la clinique française ne perçoivent que des états réversibles et peu graves – une démence secondaire à d'autres formes connues de folie. La controverse se déplaçait sur l'interprétation de l'évolution de l'état des patients : aux récits nombreux de guérison de psychoses juvéniles présentés par les

tenants de la dégénérescence – constat qui pourrait contribuer à relativiser un tant soit peu le pessimisme présumé des médecins de la fin de siècle [9]-, aux doutes portant sur la linéarité de la dégradation de l'état des déments précoces parfois confondus avec les phases de la folie circulaire, les disciples de Sérieux opposaient tous des récits de rémissions incomplètes, de rechutes et de pronostics des plus sombres [14].

LES CONSÉQUENCES IMMÉDIATES DE LA MISE EN PLACE D'UNE PSYCHIATRIE PRÉDICTIVE

Au-delà des considérations scientifiques, chacune des dimensions de ce changement paradigmatique à des conséquences institutionnelles et sociales. La volonté de préciser les entités mentales à partir de leur chronicisation présumée à un effet immédiat. En jugeant l'avenir d'un sujet à partir de son évolution en cours, en écrivant l'histoire du patient depuis sa terminaison finale supposée, la démarche qui conduit à réinterpréter toutes les démences secondaires en démences primaires en devenir va favoriser l'extension massive du champ de la démence. Les sujets qui présentent certains des symptômes apparentés à la démence précoce, qui sont nombreux et variés et sont souvent présents dans le tableau type d'autres maladies mentales, vont être soumis à cette grille de lecture unique, consistant à distinguer entre l'essentiel – les signes d'une évolution sous-jacente aux symptômes relevant d'un processus profond même s'il est inconnu – et l'accessoire – la diversité superficielle des tableaux symptomatiques. Assez logiquement, le nombre de comportements pouvant être placés sous le terme de démence précoce va se multiplier. A l'échelle des dossiers patients consultés dans les archives des hôpitaux français, cela contribue à l'émergence statistique de la maladie dans l'entre-deux guerres. Entérinant la dislocation des psychoses de la dégénérescence, de l'hystérie et de la mélancolie délirante, l'émergence de la démence précoce particulièrement nette dans les archives de l'entre-deux-guerres [1], contribue à la reclassification des sujets sur la carte nosologique.

Après tout, si seule l'étiquette change, est-ce si important ? Oui car ce désir de prédictibilité des maladies mentales a aussi un effet redoutable sur l'image de la maladie et le traitement social des malades. L'enjeu de ce déplacement pour les patients n'est pas anodin, puisqu'à partir d'un tableau similaire, les sujets sont soumis à une grille de lecture différente : une mélancolie curable au XIX^e siècle, une démence incurable au XX^e siècle. Ils sont également soumis à un traitement asilaire durable ponctué de séances de thérapies de plus en plus interventionnistes, qui pèsent sur l'évolution des symptômes. Si assurément

le basculement nosologique ne fait pas tout, il charrie des représentations de la maladie et du soin qui finissent par impacter le parcours des patients concernés.

Le cas de Marlène G., internée à l'asile d'Alençon en 1928, illustre les implications concrètes de ce déplacement abstrait sur la carte de la science médicale, dont certains praticiens ont eut très tôt conscience. Cette cultivatrice de 27 ans vient d'accoucher et présente depuis cet événement, selon le médecin de famille, une grande mélancolie et un mutisme quasi-total. Chose très rare dans les dossiers, le psychiatre Jean Lautier [11] évoque ses hésitations dans un des certificats joints au dossier : « Le diagnostic est difficile : stupeur mélancolique probable, mais il peut s'agir de démence précoce ou de confusion mentale ». Encore plus rare, il en fait part à la famille dans une lettre dont on conserve une copie : « je porte le diagnostic de stupeur mélancolique... Cela a d'ailleurs une grosse importance au point de vue du diagnostic car une crise mélancolique a les plus grandes chances de guérir tandis qu'une démence précoce serait à peu près sûrement incurable... Il ne faut se livrer à aucun traitement intempestif qui risquerait de rendre la maladie incurable. »(1) La force des mots... la jeune femme sort de l'asile au bout de quelques mois. Elle échappe à cet internement long qui aurait pu selon les dires du médecin transformer son état de manière irréversible.

LA RECHERCHE DE MARQUEURS BIOLOGIQUES DE LA MALADIE MENTALE

Quelles que soient leurs divergences théoriques et pratiques, les psychiatries françaises et allemandes, pro et anti kraepelinienne, se rejoignent cependant dans la recherche de marqueurs biologiques des maladies mentales. La chose n'était certes pas totalement nouvelle mais elle prenait une dimension remarquable au début de ce nouveau siècle. La mise en relation étroite de ces entités pensées dans leur rapport à la chronicité avec les espoirs et les techniques de la psychiatrie biologique transforme en effet les pratiques et l'enregistrement de la folie dans l'entre-deux-guerres. Lors de ma recherche, certains dossiers me surprenaient par l'accumulation de fiches et des graphiques qui, pour beaucoup de patients, constituaient l'unique mémoire de leur passage à l'hôpital – feuilles de pesées, feuilles de menstruations, feuilles de températures. Instrumentale et quantitative, cette médecine, qui cherche à standardiser l'examen à partir de tests psycho-physiques, de mesures des flux organiques, de quantification des constantes utilisées en médecine

(1) Lettre du docteur Jean Lautier à la famille de M. G., juillet 1928, dossier M. G., AL, Archives Centre Psychothérapique Alençon, n°7877.



générale, de recours aux analyses de laboratoires, se légitime par la profusion de données. L'archive montre la volonté de saisir le sujet dans une nouvelle dimension objective, opération qui fait passer au second plan la subjectivité et l'ancrage social et historique des patients. La recherche d'un marqueur physiologique ou biochimique des psychoses est l'horizon d'attente des promoteurs de la démence précoce mais la discordance entre la puissance du dispositif d'enregistrement physiologique et la faiblesse de son apport en matière psychiatrique est patente à la lecture des fiches récapitulatives d'examen produites à l'admission. Elaborée pour mettre fin à la métaphysique du traitement moral, sous couvert de combattre les insuffisances de l'anatomopathologie et les imprécisions de la clinique du XIX^e siècle, cette psychiatrie biologique n'en dévoile pas moins assez rapidement ses faiblesses et ses contradictions.

QUAND LA PSYCHIATRIE PRÉDICTIVE SE MET AU SERVICE DE LA GESTION ADMINISTRATIVE DES FLUX DE PATIENTS

L'ambition d'appuyer la nouvelle science psychiatrique sur les grands nombres va également peser sur le parcours des sujets. En Allemagne par exemple, le désir d'observer un nombre plus important de patients à des fins de construction scientifique va peser sur la gestion des flux de patients hospitalisés. Kraepelin, qui espère un maximum de fiches de renseignements sur l'évolution des symptômes des malades, va de fait favoriser une rotation rapide des sujets. Dès 1896, le savant allemand a déjà collecté un millier de cas. Or ceci se passe au sein de systèmes psychiatriques en tension démographique à la fin du siècle et de plus en plus travaillés par la nécessité de distinguer rapidement le curable de l'incurable. Comme l'a montré Eric Engstrom [3] dans son histoire des premières cliniques allemandes, les conceptions kraepelinienne de la maladie mentale sont étroitement liées à une réorganisation institutionnelle permettant l'établissement d'un pronostic dans un délai raccourci et le transfert vers les institutions de relégation. L'introduction du diagnostic de démence précoce a donc une dimension institutionnelle et administrative.

L'hypothèse peut être confirmée à partir cette fois des archives françaises. L'avènement d'une conception nouvelle de la psychiatrie au tournant du siècle – biologique, prédictive, fondée sur une approche scientifique précise et quantifiée des entités morbides –, rencontrait une problématique institutionnelle récurrente et encore actuelle. Les sujets chroniques diagnostiqués en quelques jours n'avaient pas vocation à rester indéfiniment au sein d'une institution dédiée à la cure et devaient, une fois le

pronostic assuré et annoncé aux familles, être transférés dans les asiles pour chroniques. Dès les premières années de son utilisation, le diagnostic de démence précoce se place donc sur un double registre, celui de la science et celui de l'administration. Et ce d'autant plus que l'essor de ce nouveau diagnostic se produit durant une phase de croissance forte des hospitalisations psychiatriques, après le reflux lié à la surmortalité survenue pendant la Grande guerre. Alors que les savants français sont plutôt réticents à adopter la démence précoce dans la classification, ce diagnostic s'est diffusé notamment pour répondre à une demande institutionnelle visant à identifier rapidement curables et incurables, dans le contexte particulier des années trente, qui voit la démographie asilaire exploser. Ces diagnostics et ces transferts n'ont plus rien à voir avec le soin, ni avec la science, ils relèvent d'une gestion administrative des populations en temps de crise et conduisent une partie de ces dernières vers une mort sociale assurée, après leurs transferts.

L'histoire (et peut être la psychiatrie qui lui est fortement liée [17]) n'a pas vocation à être prédictive, c'est une certitude. Elle peut néanmoins venir aider à relativiser le sentiment de nouveauté absolue qui nous saisit parfois lorsque nous prenons connaissances des évolutions techniques et conceptuelles contemporaines de l'avènement de l'âge numérique. Les controverses qui se développent aujourd'hui entre les tenants du big data et leurs rares contempteurs font écho à une autre controverse qui un siècle plus tôt mettait déjà en jeu les conséquences sociales d'une psychiatrie prédictive fondée sur la recherche de marqueurs biologiques et sur un savoir constitué à partir d'observations en grand nombre. Il serait ridicule de prétendre que rien de neuf ne se produit sous nos yeux. Mais il serait tout autant ridicule d'affirmer le contraire. Les craintes des psychiatres de 1900 sur les dérives potentielles de la psychiatrie kraepelinienne méritent d'être rappelées car elles ont, pour certaines d'entre elles, pris réellement forme dans l'histoire du XX^e siècle. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Clauss J. *Un état des lieux diagnostique comme outil de repérage et d'analyse de l'introduction de la notion de schizophrénie à la clinique psychiatrique des hôpitaux de Strasbourg (1912-1962)*. Thèse de médecine, Strasbourg. 2015.
- [2] Dowbiggin I. *La Folie héréditaire ou comment la psychiatrie s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*. EPEL. 1993.
- [3] Engstrom E. *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. Cornell University Press. 2003.

- [4] Engstrom E. Emil Kraepelin, Psychiatry and Public Affairs in Wilhelmine Germany. *History of Psychiatry*. 1991/2 : 111-132.
- [5] Fromentin C. Simulation et dissimulation de la folie dans les asiles au XIX^e siècle. *L'Evolution psychiatrique*. 2016. 81 (1) : 27-41.
- [6] Guignard L., Guillemain H. L'Histoire en délires. Usage des écrits délirants dans la pratique historique. In I. Perreault et M. C. Thifault. *Récits inachevés. Réflexions sur la recherche qualitative en sciences humaines*. Presses de l'Université d'Ottawa, 2016 : 177-200.
- [7] Guillemain H. Le retour aux sources. Points de vue sur l'histoire sociale de la psychiatrie et de la maladie mentale. *L'Evolution psychiatrique*. 2017. 82(3) : 527-535.
- [8] Guillemain H. L'interrogatoire du schizophrène, un procès thérapeutique au XX^e siècle ? Lire les sources psychiatriques à partir des hypothèses de Michel de Certeau. *Sociétés et représentations*. 2017/1. 43 : 29-41.
- [9] Henckès N. *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*. Thèse EHESS. 2007.
- [10] Lanteri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Editions du temps. 1998.
- [11] Lautier J. Le démembrement de la démence précoce. *AMP*. 1924/1 : 301-314.
- [12] Lepoutre T. « Déconstruire Kraepelin : considérations historiques sur la nosologie kraepelinienne », *L'Evolution psychiatrique*, avril-juin 2014, 79/2 : 239-260.
- [13] Noll R. *American Madness. The Rise and Fall of Dementia Praecox*, Harvard, 2011.
- [14] Pascal C. *La démence précoce, étude psychologique, médicale et médico-légale*. Paris. 1911.
- [15] Sérieux P. La démence précoce. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. mars 1901.
- [16] Trénel M. Démence précoce et folie périodique. *Annales médico-psychologiques*. 1912/2.
- [17] Dossier Pour l'histoire de la psychiatrie. *L'Evolution psychiatrique*. 2017.82/3.



LES ENJEUX JURIDIQUES DE L'EXPLOITATION DES DONNÉES MASSIVES EN PSYCHIATRIE : L'EXEMPLE DE L'ANALYSE TEXTUELLE ET DES ÉTUDES PANGÉNOMIQUES

LEGAL ISSUES OF THE EXPLOITATION OF BIG DATAS IN PSYCHIATRY: THE EXAMPLES OF TEXT MINING AND GENOME WIDE ASSOCIATION STUDIES

Mathias COUTURIER*

RÉSUMÉ

L'utilisation des données massives en psychiatrie soulève diverses questions juridiques dont la nature varie en fonction de la technique envisagée. L'auteur fait le choix d'explorer deux techniques particulières : l'analyse textuelle et les études pangénomiques. La première pose essentiellement le problème de l'identification de la nature juridique des outils logiciels permettant de produire de telles analyses textuelles dans le contexte des soins de santé mentale. Concernant la seconde technique, l'auteur analyse essentiellement le thème de la gestion collective des risques liés à aux troubles mentaux si la découverte d'éventuelles associations entre le génome et certaines de ces pathologies venait à se confirmer un jour.

MOTS-CLÉS

Droit, Psychiatrie, Analyse textuelle, Etude d'association génétique pangénomique, Responsabilité médicale, Dispositif médical, Discrimination génétique, Risque, Assurance.

ABSTRACT

The use of Big Datas in psychiatry raises various legal questions, the nature of which varies according to each technique. The author chooses to explore two particular techniques: Text mining and Genome wide association studies. The first technique essentially poses the problem of identifying the legal nature of softwares that aims to produce such textual analyses in mental health field. The second technique raises the question of social management of risks bound to mental disorders if these studies should confirm such an association between genome and some of these pathologies.

KEYWORDS

Law, Psychiatry, Text Mining, Genome Wide Association Study, Medical Responsibility, Medical Device, Genetic Discrimination, Risk, Insurance.

* MCF droit privé et sciences criminelles, Université de Caen Normandie, UFR droit et sciences politiques, Esplanade de la Paix - CS 14032, 14032 Caen Cedex 5.

Dans le domaine de la santé, le thème des données massives (ou *Big Data*) correspond à l'ensemble des données socio-démographiques et de santé, disponibles auprès de différentes sources qui les collectent pour diverses raisons. L'exploitation de ces données présente de nombreux intérêts pour la médecine : identification de facteurs de risque de maladie, aide au diagnostic, au choix et au suivi de l'efficacité des traitements, pharmacovigilance, épidémiologie... Ce faisant, elle soulève diverses questions sur lesquelles le droit peut avoir son regard à porter.

Certaines, très évidentes, portent sur des sujets techniques comme le régime juridique applicable à la collecte, au stockage, au transfert et à la protection de ces données de santé. En France, ces questions relèvent essentiellement de la loi informatique et libertés de 1978, qui comprend une section relative aux données de santé, mais aussi et surtout d'un récent règlement européen⁽¹⁾ qui, entrant en vigueur en mai 2018, va reconfigurer le droit applicable. On relève, parmi les innovations majeures de ce dernier texte, une plus grande précision apportée à la définition de la notion de donnée de santé, physique et mentale, afin d'englober les facteurs socio-familiaux pouvant impacter l'état de santé d'un individu (Bossi-Malafosse, 2017). Nous avons cependant choisi de nous focaliser sur d'autres questions : laissant la question du statut des données de santé à l'étude des spécialistes, nous avons préféré réfléchir aux enjeux juridiques que peut soulever l'emploi des données massives dans le domaine des investigations sur le psychisme.

Le sujet néanmoins est vaste puisque cette évolution prend des formes très diverses. Il n'est donc sans doute pas possible d'embrasser en un seul mouvement tous les enjeux juridiques de l'utilisation des données massives en psychiatrie, chacune de ces technologies suscitant ses questionnements et difficultés propres. Une sélection étant alors nécessaire, il nous a paru intéressant d'analyser deux innovations caractéristiques qui soulèvent chacune certaines interrogations essentielles. Par ailleurs, ces innovations émergent en ce moment dans le champ technico-social, les dispositifs juridiques existant ne les ont sans doute pas encore complètement cernées et les analyses juridiques à produire les concernant emprunteront donc, au moins pour partie, une dimension prospective.

La première de ces innovations est l'analyse textuelle (*Text mining*), ou analyse linguistique, technique consistant, à l'aide d'un logiciel dédié, à analyser d'amples quantités de documents écrits afin d'en extraire des informations.

En tant que telle, elle peut être appliquée à de nombreux champs des activités humaines, dont certaines intéresseront d'ailleurs la pratique du droit comme l'analyse de la casuistique jurisprudentielle (Wyner, Mochales-Palau, Moens *et al.*, 2010). Le développement de cette technique soulève une série d'enjeux juridiques liés essentiellement à la protection de la propriété intellectuelle des auteurs des corpus investigués et à la protection des données extraites par ces techniques (Truyens et P. Van Eecke, 2014 ; E. Tonkin et G. Tourte, 2016, p. 65). En France, une loi de 2016 a d'ailleurs introduit dans le Code de la propriété intellectuelle une exception au droit d'auteur autorisant « les copies ou reproductions numériques réalisées à partir d'une source licite, en vue de l'exploration de textes et de données incluses ou associées aux écrits scientifiques pour les besoins de la recherche publique, à l'exclusion de toute finalité commerciale »⁽²⁾. Mais il nous intéressera d'avantage de comprendre comment les outils mettant en œuvre cette technique dans le domaine de la clinique psychiatrique peuvent interroger le sens et les conséquences de la notion de diagnostic et de soins en santé mentale et soulever ainsi diverses questions portant sur les implications juridiques de cette notion et sur le statut juridique des logiciels qui ambitionneraient d'épauler ainsi le praticien dans son travail.

La seconde se rapporte aux études d'association génétique pangénomique, plus simplement appelées études pangénomiques, qui visent à analyser de nombreuses variations génétiques chez de nombreux individus afin d'étudier leurs corrélations avec des traits phénotypiques. Autrefois dédiées exclusivement à la recherche des stigmates génétiques des maladies somatiques, de telles études se tournent, à présent, vers la recherche des marqueurs de certains troubles mentaux, à commencer par la schizophrénie. A ce propos, on tentera alors de questionner la portée de la promesse prédictive amenée par ces nouvelles techniques d'exploitation des informations génétiques. Qu'est-ce que la société pourrait vouloir faire de ce nouveau savoir et, dès lors, qu'est-ce que le droit autorise ou pourrait un jour autoriser dans ce cadre ?

I. ENJEUX JURIDIQUES DE L'ANALYSE TEXTUELLE EN PSYCHIATRIE

L'analyse textuelle connaissait déjà des développements dans des domaines variés : recherche universitaire, intelligence économique, sécurité intérieure, etc. (Berry et

(1) Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

(2) Loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique, article 39, modifiant l'article L 122-5 du Code de la propriété intellectuelle.



Kogan, 2010). Elle comprend à présent des déclinaisons dans le champ de la santé mentale. Pour en identifier les enjeux juridiques, nous partirons d'un exemple concret. IBM a annoncé en 2016 toute une série de partenariats pour développer aux USA son système d'intelligence artificielle *Watson*, dont un avec *Talkspace*. Cette plateforme en ligne américaine, inconnue en France, met en relation les internautes avec des praticien du soin au psychisme afin de réaliser des consultations à distance. Lorsqu'une personne s'inscrit, la plateforme donne au thérapeute des indications sur sa personnalité, son mode de pensée et son stress émotionnel, avant de fournir un soutien aux décisions cliniques pendant la consultation. Pour accomplir cela, *TalkSpace* utilise l'application IBM *Watson Personality* qui emploie l'analyse textuelle pour déduire des caractéristiques sur la personnalité, les besoins intrinsèques, et les valeurs d'un individu, depuis les sources que l'utilisateur a accepté de rendre accessible à cet outil à travers des médias comme des courriels, des messages textes, des réseaux sociaux, des posts sur les blogs et les forums, etc. Sur la base des éléments recueillis, *Watson Personality* produit un graphique évaluant de manière chiffrée la prédominance dans la personnalité de l'individu de 49 traits de caractère comme « ouverture au changement », « grégarité », « curiosité », « auto-discipline », « mélancolie », « altruisme », etc. Dans la suite de la relation, *Watson Personality* continue à enrichir son analyse en écoutant et enregistrant toutes les conversations entre le patient et le praticien. Ce type d'outil amène immédiatement deux questions au juriste. La première est d'identifier les éventuelles responsabilités en cas d'erreur de diagnostic et/ou de traitement qui se produirait dans le contexte de l'utilisation d'un tel outil. La seconde est que, cet outil n'étant pas encore disponible à l'heure actuelle dans notre pays, il importe sans doute de bien déterminer le statut qu'il faudrait lui conférer dans le contexte juridique français si son concepteur se décidait à exporter cette technologie.

A. Influence de l'usage des outils d'analyse textuelle sur la responsabilité du praticien

La question peut être simplement posée : qui serait responsable si un logiciel d'analyse textuelle employée dans le champ de la santé mentale se révélait complètement défaillant et faisait produire un mauvais diagnostic au praticien et amenait à, par exemple, prescrire un mauvais médicament ou à pratiquer une psychothérapie contre-productive ?

A ce propos, il faut commencer par souligner que la jurisprudence française concernant les logiciels à finalité médicale est globalement non significative voire inexistante pour l'instant, *a fortiori* pour les logiciels d'aide en

matière de santé mentale. On ne peut donc raisonner, en l'état, que sur la base du droit commun applicable globalement aux produits et matériels employés par les professionnels et établissements de santé. D'emblée, il faut indiquer que la question de la responsabilité se scinde entre d'un côté, la responsabilité à caractère indemnitaire et la responsabilité pénale.

Concernant la responsabilité à caractère indemnitaire, les solutions à donner sont duales selon que le logiciel serait employé, d'un côté, par un établissement public ou, de l'autre, par un établissement privé ou un professionnel libéral.

S'agissant des établissements hospitaliers publics, les juridictions administratives considèrent, en vertu d'un arrêt du Conseil d'Etat de 2003(3) confirmé en 2012(4) suite à une question préjudicielle posée à la CJUE(5) concernant la portée à donner aux principes résultant de la directive européenne de 1985(6) sur la responsabilité des dommages causés par les produits défectueux (transposée en France dans le Code civil(7)), que ces institutions encourent une responsabilité sans faute pour les dommages causés par des produits et matériels défectueux qu'elles utilisent. Encore faut-il démontrer le dysfonctionnement de la chose et surtout le caractère causal de celui-ci dans la survenance du dommage, ce qui, s'agissant de logiciels et de diagnostics psychiatriques, n'est pas nécessairement chose aisée. Mais, sur le principe, il apparaît qu'un établissement de santé public utilisateur d'un tel logiciel devrait répondre des préjudices causés au patient. La victime pourrait cependant, si elle le préfère, porter directement son action contre le producteur du logiciel défectueux, les deux actions pouvant s'exercer alternativement.

A l'inverse, la jurisprudence judiciaire, concernant les établissements de santé privé et les praticiens libéraux, considère pour sa part qu'un médecin ne peut voir sa responsabilité recherchée que sur le fondement du droit commun, c'est-à-dire la responsabilité pour faute de l'article 1141-1 du Code de la santé publique, lorsqu'il a

(3) CE, 9 juill. 2003, Assistance publique-Hôpitaux de Paris c/ Mme Marzouk, n° 220437.

(4) CE, 12 mars 2012, n° 327449, CHU de Besançon.

(5) CE, 4 oct. 2010, n° 327449, CHU de Besançon ; CJUE, 21 déc. 2011, Affaire C-495/10, CHU de Besançon contre Thomas Dutruex et Caisse primaire d'assurance maladie du Jura.

(6) Directive communautaire n° 85/374 du 25 juillet 1985 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de responsabilité du fait des produits défectueux.

(7) Par la loi n° 98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, introduisant les articles 1245 et s. du Code civil (anciennement art. 1386-1 à 1386-18).



recours aux produits, matériels et dispositifs nécessaires à l'exercice de son art ou à l'accomplissement d'un acte médical(8). Autrement dit, le régime de responsabilité sans faute relative aux produits défectueux issu de la directive du 25 juillet 1985 est inapplicable en cas d'utilisation par un professionnel de santé de produits défectueux : le praticien libéral ou l'établissement privé n'est pas responsable de plein droit de la défaillance des matériels qu'il utilise. Si l'on applique cette solution aux matériels que nous évoquons, cela signifierait que la défaillance diagnostique ou thérapeutique causée par un logiciel d'assistance en santé mentale n'est pas imputable au praticien utilisateur ou à son établissement de rattachement. En revanche, la victime conserve, bien entendu, la possibilité de rechercher la responsabilité du producteur du logiciel.

La solution n'est cependant pas aussi simple en pratique. En effet, si le praticien libéral ou l'établissement privé n'est pas responsable de plein droit de la défaillance du logiciel en lui-même, il peut être rendu responsable de ce logiciel. De ce point de vue, deux remarques s'imposent. La première est que le psychiatre, comme tout médecin, est tenu de délivrer « au patient des soins [...] fondés sur les données acquises de la science »(9). En d'autres termes, l'utilisation de tels logiciels dans la pratique médicale n'est pas sans risque au plan juridique tant que ces outils ne font pas l'objet d'un consensus dans la profession. Dès lors, le fait pour un praticien de construire un diagnostic erroné ou une thérapeutique inappropriée sur la base d'un outil non validé peut constituer en soi une faute de nature à entraîner responsabilité en cas de préjudice qui en résulterait.

La seconde est qu'il est nécessaire de comprendre que l'emploi de logiciels d'aide au diagnostic ou à la décision médicale, quels qu'ils soient, ne dispense pas le praticien d'exercer sur chaque patient son examen clinique. En d'autres termes, le praticien nonchalant, trop pressé ou inattentif qui, pour s'éviter des investigations qui lui paraîtraient inutiles, se contenterait, pour produire son diagnostic ou sa décision thérapeutique, de suivre mécaniquement et sans aucun sens critique les constatations et analyses d'un logiciel défaillant commet vraisemblablement une faute qui engage sa responsabilité. L'exemple type de la faute médicale engageant la responsabilité du praticien dont fourmille la jurisprudence est d'ailleurs fournie par de telles situations où des professionnels émettent des diagnostics hâtifs sans avoir examiné le patient ou sans l'avoir examiné suffisamment.

La responsabilité pénale, pour sa part, s'inscrit dans

un cadre particulier mais qu'on peut résumer en indiquant que les incriminations applicables, qui tournent essentiellement autour des infractions de violences et d'homicide involontaires, requièrent la démonstration d'une faute comparable à celle qui est requise pour engager la responsabilité indemnitaire du praticien de santé. La solution à donner à la question sera donc sans doute comparable à celle qui semble s'imposer pour la responsabilité indemnitaire des praticiens libéraux et des établissements privés. On notera cependant que la jurisprudence pénale est plus exigeante pour la caractérisation du lien de causalité entre la faute commise et le dommage subi par la victime, en ce sens qu'elle impose la démonstration d'une certitude absolue que sans la faute le dommage n'aurait pu se produire, alors que la jurisprudence civile admet la condamnation dès lors qu'est démontré que la faute a fait perdre une chance que le dommage ne se produise pas (Sargos, 2008).

Quoi qu'il soit, nous pensons que, sur le plan de la responsabilité indemnitaire ou pénale, le phénomène de l'exploitation clinique des outils d'analyse textuelle peut déjà être subsumé dans le cadre juridique existant et il ne nous semble pas que ce type d'outil logiciel modifiera fondamentalement la donne s'agissant de la responsabilité du praticien en psychiatrie. D'autres questions semblent en revanche plus épineuses.

B. Les outils d'analyse textuelle en psychiatrie : des dispositifs médicaux ?

Une autre question essentielle se pose, dans le contexte juridique français, concernant l'emploi des outils d'analyse textuelle en psychiatrie : celle de leur statut juridique. Faudrait-il les considérer comme des dispositifs médicaux au sens du Code de la santé publique ? La question n'est pas négligeable car de cette qualification découle l'application à ces matériels de nombreuses règles, relatives notamment à la matériovigilance et à la conformité aux normes européennes de sécurité. Il en découle également que la commercialisation de tels matériels serait soumise au contrôle de l'ANSM. La question de ces logiciels d'analyse textuelle doit alors être examinée au regard de la définition de la notion de dispositif médical. De ce point de vue, compte tenu de l'ampleur prise par les logiciels informatiques et les dispositifs électroniques dans le secteur de la santé, une directive européenne du 5 septembre 2007(10) a

(8) Cass. 1^{re} civ., 12 juillet 2012, n° 11-17.510 ; Cass. civ. 1^{re}, 20 mars 2013, n° 12-12.300.

(9) Article R 4127-32 du Code de la santé publique.

(10) Directive 2007/47/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 septembre 2007 modifiant la directive 90/385/CEE du Conseil concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs, la directive 93/42/CEE du Conseil relative aux dispositifs médicaux et la directive 98/8/CE concernant la mise sur le marché des produits biocides.



précisé que les logiciels peuvent constituer des dispositifs médicaux lorsqu'ils sont destinés par le fabricant à être utilisés spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Cette règle a été transposée dans le Code de la santé publique français à l'art. L. 5211-1(11) qui dispose :

On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

Il ressort de ce texte qu'un logiciel doit être regardé en lui-même comme un dispositif médical lorsqu'il est spécifiquement destiné par le fabricant à être utilisé dans un ou plusieurs des buts médicaux figurant dans la définition du dispositif médical. De ce point de vue, il faut noter que les logiciels employés par des établissements ou professionnels de santé ne sont pas tous nécessairement des dispositifs médicaux. Par exemple, un logiciel de gestion du dossier patient n'est pas un dispositif médical dès lors qu'il se borne à assurer une fonction d'archivage des données. Un système d'enregistrement de l'activité cérébrale humaine à des fins de recherche scientifique ne sera pas regardé non plus comme un dispositif médical puisqu'il n'est pas, à strictement parler, utilisé à des fins médicales(12). De même, des logiciels destinés à des usages ayant trait au mode de vie et au bien-être ne constituent pas des dispositifs médicaux. C'est la raison pour laquelle de nombreuses applications mobiles ne relèvent pas du statut de dispositif médical, même si elles sont utilisées dans un environnement de santé en général ou de bien-être, tant qu'elles ne sont pas pourvues d'une finalité médicale. Ainsi en est-il d'une application de podomètre qui calcule le nombre de pas de l'utilisateur sur plusieurs jours et qui, en fonction du résultat, évalue son niveau de sédentarité et propose ensuite un

programme d'entraînement de plusieurs semaines avec notifications quotidiennes de SMS, e-mails réguliers et personnalisés pour augmenter progressivement le nombre de pas de l'utilisateur. L'application a certes une finalité de « santé » mais pas une finalité « médicale » qui consisterait à assurer un diagnostic, une aide au diagnostic, un traitement ou une aide au traitement. Elle n'est donc pas un dispositif médical.

Pour relever du statut de dispositif médical, le logiciel doit assurer une fonction experte, c'est-à-dire une fonction autre que celle de stockage, d'archivage, de compression, de recherche ou de communication des données. Il doit impliquer un programme informatique contenant des instructions nécessaires à l'exécution d'une fonction ou la résolution d'un problème d'ordre véritablement médical. Ainsi, une application mobile visant à l'analyse de données de signaux physiologiques propres à un patient et dotée de fonctions d'alertes à finalité médicale, comme celles qui permettraient de détecter précocement la survenance d'une crise d'épilepsie, doit être qualifiée de dispositif médical. De même en sera-t-il d'un logiciel effectuant un calcul de dose d'un médicament sur la base de données propre au patient. La Commission européenne a élaboré une ligne directrice exprimant et synthétisant les critères servant à déterminer si un logiciel autonome relève ou non du statut de dispositif médical(13). Cette ligne directrice propose un logigramme décisionnel reposant notamment sur les questions suivantes : le logiciel est-il un programme informatique impliquant une fonction ? Le logiciel opère-t-il une action sur les données différentes de celles du stockage, de l'archivage, de la compression sans perte, de la communication ou de la simple recherche ? Le logiciel apporte-t-il un bénéfice individuel au patient ? Est-ce que sa destination implique une finalité médicale consistant en un traitement ou une aide au traitement, un contrôle ou un diagnostic d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap ? Une réponse négative à une seule de ces questions fait perdre au matériel son statut de dispositif médical. Plusieurs d'entre elles suscitent alors des doutes quant aux logiciels d'analyse textuelle dans le contexte de la santé mentale et rendent malaisée la détermination de la qualification à donner à de tels outils.

D'abord, comment peut être qualifiée la fonction de tels outils ? Opèrent-ils « une action sur les données différentes de celles du stockage, de l'archivage, de la compression sans perte, de la communication ou de la simple recherche » ? En somme, excède-t-on la simple

(11) La directive de 2007 et l'article L 5211-1 du Code de la santé publique seront remplacés, en 2020, par l'entrée en vigueur d'un règlement européen (Règlement UE 2017/745 du 5 avril 2017) qui offrira une nouvelle définition de la notion de dispositif médical. Celle-ci, qui clarifiera et élargira l'ancienne définition, ne modifiera cependant pas la situation des logiciels médicaux.

(12) CJUE, 22 novembre 2012, aff. C-219/11, Brain Products. Cette solution changera cependant avec l'entrée en vigueur du Règlement UE du 5 avril 2017 qui crée une catégorie de dispositifs médicaux *ad hoc* incluant ce type d'appareil.

(13) Commission Européenne, MEDDEV 2.1/6 - Guidelines on the qualification and classification of stand alone software used in healthcare within the regulatory framework of medical devices », janvier 2012.

« recherche » de données suivie d'une « communication » à l'utilisateur (ex. : nombre ou fréquence de l'occurrence d'un terme dans les textes) ? À découvrir les ambitions de *Watson Personality*, on supposera que la réponse à cette première question est positive.

Ensuite, peut-on affirmer que ce logiciel est destiné à être utilisés à des « fins médicales » au sens de l'article L 5211-1 du Code de la santé publique ? Le problème procède de ce que la notion de « médical » ne comporte pas de définition légale. A s'en remettre aux définitions lexicales, cet adjectif désignerait ce qui est « relatif à la médecine, à son exercice, aux médecins » (Larousse). On relèvera alors cette difficulté que, dans notre pays, les investigations et le traitement des troubles mentaux ne relèvent pas d'une compétence exclusive de la médecine et des professionnels autorisés à l'exercer. Les psychologues ou les psychothérapeutes (ou même les psychanalystes) ne figurent pas au rang des « professions médicales », ni même des « professionnels de santé » au sens du Code de la santé publique et ils sont pourtant juridiquement fondés à exercer des actes d'investigation sur le psychisme, en dehors de tout contrôle ou prescription médicale (Couturier, 2008, Couturier et Proia, 2010). La seule pratique de soins au psychisme relevant du monopole médical est évidemment la prescription de médicaments psychoactifs, mais les logiciels d'analyse textuelle comme *Watson Personality* n'offrent aucune assistance concernant cette pratique (pour le moment). De ce point de vue, *Watson Personality* rappelle des outils logiciels déjà employés dans des domaines très étrangers à la médecine, et notamment dans le recrutement en entreprise. On pense ici à ces tests comportementaux informatisés dont le projet est, en analysant les réponses à plusieurs dizaines de questions à choix multiples sur la base d'un modèle théorique, d'aider le recruteur à cerner les cardinaux idiosyncrasiques d'un candidat à un emploi, souvent sous la forme d'histogrammes chiffrés. *Watson Personality* diverge profondément de ces logiciels par la manière de fournir le matériau permettant de produire l'analyse, mais pas sur la finalité de l'analyse elle-même. Le principal usage opérationnel de *Watson Personality*, jusqu'à son récent déploiement en santé mentale, était d'ailleurs l'aide au recrutement.

La directive européenne entend cependant plutôt la notion de finalité médicale dans un sens fonctionnel : celle-ci consiste, indépendamment de savoir qui utilise le matériel, en toute aide au diagnostic ou au traitement des maladies (ou d'une blessure ou d'un handicap). S'agissant spécifiquement des logiciels, l'article L 5211-1 du Code de la santé publique emboîte d'ailleurs le pas à cette vision puisqu'il dispose expressément que « constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement

à des fins diagnostiques ou thérapeutiques ». Mais le problème se déplace alors : un logiciel d'analyse textuelle en santé mentale, à l'exemple de *Watson Personality*, offre-t-il véritablement une aide au « diagnostic » et au « traitement » ou à la « thérapeutique » des « maladies » ? En effet, ce logiciel ne vise apparemment pas à identifier en soi des pathologies, il ne produit aucune analyse permettant d'inclure d'emblée le patient dans une entité nosographique, que ce soit au sens du DSM ou de la CIM 10, pas plus qu'il ne semble proposer des orientations définies sur la thérapeutique à suivre. Il paraît plutôt destiné à aider l'utilisateur à identifier les traits essentiels d'une personnalité individuelle. La question serait alors de déterminer à partir de quel seuil un trait de personnalité, lorsqu'il tombe par exemple dans l'excès, peut être qualifié de trouble mental. Ce sujet renvoie à la question ancienne de la définition même de la notion de maladie mentale que soulevait déjà Pinel (Dumouchel, 2006) et que la philosophie psychopathologique, notamment depuis les divers travaux de Foucault consacrés à la santé mentale et à la psychiatrie, travaille en profondeur depuis une quarantaine d'année (Faucher, 2006) sans que la question paraisse encore résolue, d'autant qu'elle se pose avec encore plus d'acuité dans la période que nous connaissons de reconfiguration du normal et du pathologique en santé mentale (Ehrenberg, 2004).

On comprend, au regard des éléments qui précèdent, que la réponse à cette question de la qualification juridique à donner aux outils d'analyse textuelle en santé mentale demeure incertaine et il n'est pas exclu qu'elle puisse donner lieu à contentieux. Pour l'éviter, faudrait-il en passer par un cadrage législatif (français ou européen) qui préciserait les contours des catégories dans lesquels ces logiciels seraient à inclure, voire en réglementerait les usages ? Le problème demeure posé.

II. ENJEUX JURIDIQUES DES ÉTUDES PANGÉNOMIQUES EN PSYCHIATRIE

Les progrès des sciences biologiques interrogent, au travers des innovations techniques qu'elles génèrent, la pratique de la psychiatrie. On songera ainsi aux neurosciences mais aussi aux études visant à explorer les déterminants génétiques des caractéristiques psychiques des individus. Poursuivant en cela un mouvement déjà bien avancé en matière de maladies somatiques, certains travaux tentent ainsi de déterminer si certaines maladies mentales peuvent, au moins en partie, reposer sur une base génétique. Cette hypothèse de la transmissibilité des désordres mentaux est alimentée par des cas historiques, en particulier celui de Charles VI de France. La



folie dont a souffert ce dernier aurait été reçue de ses ascendants, sa mère Jeanne de Bourbon, son oncle Louis de Bourbon et son trisaïeul Robert de Clermont ayant avant lui manifesté des signes de folie ou de désordres mentaux plus ou moins sévères. Cette affection, analysée comme psychose maniaco-dépressive par des travaux récents, serait alors à caractère familial et pourrait ainsi s'être transmise, par la suite, à son petit fils Henri VI d'Angleterre (Bourgeois et Haustgen, 2003).

Or depuis quelques années se développent diverses études d'association génétique pangénomiques ayant pour objectif d'identifier des facteurs de susceptibilité des maladies mentales, ce qui permettrait de montrer le caractère héritable de celles-ci. Les résultats de telles études demeurent apparemment mitigés pour l'instant et l'on est apparemment loin de pouvoir affirmer que la génétique aurait révolutionné la psychiatrie comme elle a révolutionné la médecine somatique (Lemoine, 2016). Quoi qu'il en soit, cette hypothèse de l'hérédité génétique des troubles mentaux pose, pour le juriste, bien des questions. Ainsi, si l'hypothèse se vérifiait, elle interrogerait profondément les fondements mêmes de la pénalité moderne reposant sur l'axiome du libre arbitre : si nous sommes déterminés par nos gènes, sommes-nous encore pénalement responsables (Jones, 2003) ? Plus prosaïquement, il s'agit aussi de déterminer comment, en cas d'identification d'une telle prédisposition génétique, devrait être révélée cette caractéristique à l'intéressé mais aussi à ses descendants potentiellement concernés, situation pour laquelle un dispositif juridique applicable à toutes les maladies graves transmissibles pour l'instant existe d'ailleurs déjà bien qu'il soit fort peu employé en pratique (Raoul-Cormeil, 2012). Nous avons cependant préféré nous focaliser sur d'autres questions qui mettent en jeu les possibles traductions actuarielles d'une psychiatrie à ambition aussi clairement prédictive : comment gérer le risque suscité par la révélation de l'existence d'une telle prédisposition génétique, en matière de santé publique d'abord et d'assurance ensuite ?

A. Quelle prévention en termes de santé publique pour le risque de survenance d'une maladie mentale ?

Comme l'explique une psychiatre, « si la clinique et le modèle étio-sémiologique ne sont au plus qu'une donnée dans le registre panphénomique, que devient le rôle du médecin, notamment si les algorithmes, comme en cancérologie, produisent des stratégies thérapeutiques ? Quelle implication sur le curatif et le préventif ? » (Grenouilloux, 2017). La question ici posée du point de vue de la pratique du médecin doit à notre avis être

élargie pour questionner le rôle du système de santé publique dans son ensemble. En d'autres termes, quelle stratégie le système de santé pourrait-il mettre en place pour appréhender ce type de situation et faire face au risque de réalisation du résultat redouté ?

Bien évidemment, il est tout à fait possible de proposer à l'intéressé de suivre un traitement approprié lui permettant de supprimer ou de limiter le risque de survenance de la maladie mentale. La véritable question, néanmoins, est de savoir si, en cas d'indifférence voire de déni de l'intéressé, il serait juridiquement envisageable de mettre en place un cadre plus coercitif. Par exemple, pourrait-on imposer à une personne de suivre un traitement à base de médicaments thymorégulateurs si, comme on pourrait en formuler l'hypothèse pour Charles VI, on la découvrirait marquée par une configuration génétique favorable à la survenance de troubles bipolaires sévères ? En l'état actuel du droit, la réponse est négative car, selon la jurisprudence, les soins psychiatriques sans consentement des articles L 3211-1 et suivants du Code de la santé publique ne peuvent être déclenchés que lorsque le trouble mental est actuel et non lorsqu'il est seulement possible⁽¹⁴⁾. Le risque de survenance d'une pathologie ne peut justifier une mesure ni de soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou pour péril imminent, ni sur décision du préfet.

Le droit positif n'autorisant donc pas la psychiatrie à intervenir pour prévenir le risque de manifestation d'un trouble mental, la question se déporte alors, à titre prospectif, sur la possibilité d'évolutions en ce sens qui nécessiteraient bien sûr une intervention législative. A ce sujet, il ne paraît pas envisageable, pour des raisons tenant aux principes issus de la Constitution (notamment la déclaration des droits de l'homme et du citoyen) et de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (article 5 stipulant le droit à la liberté et à la sûreté), de mettre au point un dispositif qui contraindrait un individu à se soigner du simple fait du risque de survenance d'un trouble mental.

La question pourrait cependant s'envisager sous un jour différent si la prédisposition génétique identifiée concernait une caractéristique porteuse d'un fort risque de passage à l'acte générateur d'un grave trouble à l'ordre public. On songera, par exemple, au problème des troubles paraphiliques, en particulier de la pédophilie, pour lesquels des recherches visant à déterminer leur hérédité ont d'ailleurs déjà été menées. Les résultats de ces travaux demeurent ambigus et aucune de ces études n'est à caractère pangénomique (Tenbergen, Wittfoth, Frieling *et al.*, 2015) mais ceci n'empêche pas certains, se fondant sur les apports réels ou supposés de ces

(14) Cass. 1^{re} civ., 8 juill. 2015, n° 14-21.150



recherches, de réfléchir dès à présent, pour l'Amérique du nord, à la meilleure manière d'intégrer la donnée génétique dans les politiques pénales de prévention de la récidive des agressions sexuelles sur mineur (Berryessa, 2014). La situation n'en est pas là en France mais notre pays n'est pas à l'écart de ce mouvement de fond qui agite l'occident pour accorder toujours plus de foi aux auspices de la prédiction génétique. En témoignait, en 2007, la prise de position d'un candidat à la présidence de la République – ayant ensuite accédé à la magistrature suprême – qui affirmait sa conviction forte du caractère génétiquement héritable de la propension au suicide et à l'attraction pédophilique(15).

Notre système juridique comprend d'ailleurs déjà un mécanisme, créé à l'initiative du même président de la République, permettant une prise en charge médico-légale du risque lié à une caractéristique mentale de l'individu lorsque celle-ci s'associe à un risque de trouble à l'ordre public grave. Il s'agit de la rétention de sûreté issue d'une loi de février 2008(16) globalement validée par le Conseil constitutionnel(17), et dont la Cour européenne des droits de l'homme ne contesterait probablement pas le principe en soi puisqu'elle ne l'a pas fait, lorsqu'elle en a eu l'occasion, pour son équivalent allemand, la *Sicherungsverwahrung* (détention de sûreté)(18). Aux termes de la loi de 2008, « la rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure » (Code de procédure pénale, article 706-53-13). Peuvent faire l'objet sous certaines conditions d'une rétention de sûreté, « à titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité ». Si les discussions et débats actuels en France portent plutôt sur l'utilisation d'échelles actuarielles pour évaluer cette dangerosité

(Gautron et Dubourg, 2015), l'irruption d'une grille de lecture génétique, en cas de progrès significatif observé dans les résultats des recherches pangénomiques, n'est pas à exclure et elle pourrait renforcer les arguments des partisans du développement de telles mesures préventives.

B. Quelle prévention assurantielle pour le risque de survenance d'une maladie mentale ?

Un second enjeu significatif de ces études pangénomiques et du risque porté par les individus concernés par certaines caractéristiques génétiques concerne l'assurance. Autrement dit, la découverte d'une prédisposition à la maladie mentale pourrait-elle justifier un refus d'assurance, ou bien fonder une augmentation de prime importante pour tenir compte de ce risque particulier ? En somme, la discrimination fondée sur les gènes est-elle légale en matière d'assurance ? Les systèmes juridiques répondent différemment à cette question qui n'est pas propre à la santé mentale et doit s'envisager plus largement dans le cadre de toutes les prédispositions génétiques à la maladie. Deux auteurs ont, à ce propos, effectué une typologie des législations applicables et mettent en évidence quatre ensembles (Bardey et De Donder, 2014).

Le premier, celui du « laisser-faire », comprend les pays n'énonçant aucun principe formel de prohibition. C'est par exemple le cas du Canada. La province de Québec connaît d'ailleurs une affaire assez ancienne tranchée par la Cour de supérieur du Québec qui a, sur le fondement du mécanisme de la réticence dolosive, prononcé la nullité du contrat d'assurance d'une personne qui, se sachant atteinte de prédispositions génétiques à une maladie (gène de la dystrophie myotonique de Steinert), ne l'avait pas signalé à l'assureur lors de la souscription(19). La situation n'est cependant sans doute pas univoque, certains auteurs estimant que la discrimination génétique en assurance peut être combattue sur le fondement d'autres principes en vigueur dans ce pays, comme celui de l'interdiction de la discrimination fondée sur le handicap (Grégoire, Alemdjrodo et Chagnon, 2009). Quoi qu'il en soit, en l'absence de texte régissant formellement le sujet, les principes applicables demeurent encore à préciser à l'heure actuelle dans ce pays (Salman, Ngueng Feze et Joly, 2015). Pour sa part, le congrès des Etats-Unis a adopté, en 2007, un texte prohibant la discrimination génétique en matière d'assurance santé(20) (et d'emploi) mais ce texte ne s'applique pas aux assurances décès et

(15) Catherine Vincent, « Tollé dans la communauté scientifique après les propos de Nicolas Sarkozy sur la génétique », Le Monde du 11/04/2007.

(16) Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental.

(17) Cons. const., décision n° 2008-562 DC, 21 février 2008.

(18) CEDH, 17 déc. 2009, Mücke c/ Allemagne, req. n° 19359/04 qui condamne néanmoins l'Allemagne pour les modalités qui accompagnent cette mesure, considérant notamment que celle-ci, parce qu'elle constitue une « peine » au sens de l'article 7 de la convention européenne des droits de l'homme, doit être soumise aux exigences propres à cette notion (notamment la non-rétroactivité).

(19) Cour supérieure du Québec, Audet c. L'Industrielle-Alliance, 1990, Recueil en responsabilité et assurance, 500.

(20) Genetic Information Nondiscrimination Act of 2007 (GINA).



invalidité (à l'exemple des assurances emprunteur liés aux crédits immobiliers) où le constat à dresser est alors le même que pour le Canada.

Le deuxième ensemble est celui des pays à obligation de révélation, dont la législation interdit aux assureurs d'exiger de leurs assurés la réalisation d'un test génétique mais oblige néanmoins les assurés ayant déjà réalisé ce test à en communiquer les résultats à leur assureur santé (ex. : Allemagne, Royaume-Uni).

Une troisième typologie législative est la règle du consentement : les assurés ont le choix de faire un test et peuvent alors garder de façon privative les résultats de ce test. Ils peuvent cependant décider de communiquer les résultats de ce test à leurs assureurs qui sont alors autorisés à en tenir compte dans leur tarification (ex. : Pays-Bas, Suisse).

Vient enfin un quatrième ensemble, dans lequel figure la France (avec la Belgique, l'Autriche, Israël, la Norvège, etc.), qui peut être décrit comme l'inverse du premier groupe : les pays de stricte prohibition de la discrimination génétique, y compris et notamment en matière d'assurance. Cette interdiction résulte d'abord de la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine signée à Oviedo en 1997, que la France a ratifiée et qui, en son article 12, rappelle le principe de non-discrimination appliqué à l'utilisation des informations génétiques : « Toute forme de discrimination à l'encontre d'une personne en raison de son patrimoine génétique est interdite ». Elle dispose également qu'il « ne pourra être procédé à des tests prédictifs de maladies génétiques ou permettant, soit d'identifier le sujet comme porteur d'un gène responsable d'une maladie, soit de détecter une prédisposition ou une susceptibilité génétique à une maladie qu'à des fins médicales ou de recherche médicale ». Le Conseil de l'Europe a, par diverses recommandations⁽²¹⁾, souligné que, en application de ces principes, des tests génétiques prédictifs ne doivent pas être effectués à des fins d'assurance. Il admet cependant que le résultat de tests prédictifs effectués préalablement hors du contexte de la souscription de l'assurance soient transmis à l'assureur si la loi nationale l'autorise, ce qui, pour les pays européens ayant ratifié la convention d'Oviedo, légitime les législations des deuxième et troisième groupes évoquées plus haut.

La stricte prohibition applicable en France procède alors de ce que le droit interne français complète et renforce la convention d'Oviedo. L'article 16-10 du Code civil reprend le principe que « l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ne peut être entrepris qu'à

des fins médicales ou de recherche scientifique » et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a inséré dans le Code civil un article 16-13, qui dispose que « nul ne peut faire l'objet de discriminations en raison de ses caractéristiques génétiques ». Mais la même loi a, de surcroît, inséré un article L. 1141-1 au Code de la santé publique, dont le contenu est repris aux articles L. 133-1 du Code des assurances et L. 932-39 du Code de la sécurité sociale, qui prohibe expressément l'utilisation des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne qui demande à bénéficier d'une assurance garantissant les risques de décès ou d'invalidité.

Cette dernière règle ne concerne certes pas l'assurance santé (qui, en France, se limite à la couverture complémentaire à la protection sociale obligatoire) mais la situation de celle-ci n'est guère différente en pratique. En effet, le marché de l'assurance santé est, dans notre pays, largement dominé par les institutions de prévoyance ou les organismes mutualistes. Or ceux-ci, en vertu des principes résultant du Code de la sécurité sociale ou du Code la mutualité qui les régissent, ne peuvent de toute façon pratiquer aucune sélection de leurs adhérents ou tarification de leur cotisation sur la base du risque présenté par leur état de santé. Quant aux autres acteurs du secteur que sont les sociétés d'assurance, elles s'en gardent elles aussi très largement car elles proposent presque exclusivement à leurs clients des contrats dits « solidaires » qui excluent toute sélection du risque ou fixation de la prime sur la base de l'état de santé de l'assuré. En effets, ces contrats bénéficient d'avantages fiscaux qui les rendent sensiblement plus concurrentiels⁽²²⁾.

En somme, si l'on admet que le risque de survenance d'une maladie liée au génome existe – et l'on sait que c'est le cas pour diverses pathologies somatiques – en France cette interdiction en principe ou en pratique de la discrimination génétique a pour effet une mutualisation obligatoire de son coût, que l'on doit alors qualifier de solidariste : puisqu'il est impossible de détecter ce risque lors de la souscription d'une assurance, il en découle que tous les assurés le supportent ensemble, même ceux qui n'en sont pas atteints.

La question demeure cependant de savoir si ces barrières demeureront toujours dressées, pour la maladie somatique comme pour la maladie mentale. La réponse découlera non pas de considérations de techniques juridiques mais bien socio-politiques, en ce que cela dépendra essentiellement de la persistance de notre société dans son refus de faire peser sur l'individu la

(21) Pour la plus récente, v. Recommandation CM/Rec(2016)8 du Comité des Ministres aux Etats membres sur le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé à des fins d'assurance, y compris les données résultant de tests génétiques, articles 15 et s.

(22) Exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) de 7 %.

responsabilité d'un code génétique qu'il n'a pas choisi et dont il ne peut se défaire. Peut-être viendra-t-il un jour où les mouvements qui travaillent nos sociétés contemporaines bousculeront cette tradition solidariste. En effet, nous sommes entrés, même en France, dans un âge d'individualisation de la gestion des risques rendu possible, parmi bien d'autres facteurs, par les techniques contemporaines toujours plus raffinées de détection du risque (Weil-Dubuc, 2012). Se poserait alors peut-être la question d'inventer des modes d'assurance particuliers pour les personnes porteuses d'un risque génétique. Faudra-t-il alors, comme pour les personnes antérieurement atteintes par une maladie grave et donc ainsi considérées comme porteuses d'un risque particulier, mettre au point des dispositifs comparables à la convention AERAS(23) ?

* * *

Les nouvelles technologies, en psychiatrie comme en d'autres domaines, questionnent profondément le rapport que le droit entretient depuis toujours avec la figure de l'individualité humaine. Certes, les enjeux de technique juridique soulevés par l'analyse textuelle et les études pangénomiques sont sensiblement différents. L'analyse textuelle interroge le statut de la recherche de l'intériorité psychique, notamment dans son rattachement (ou non) à la science médicale. Les études pangénomiques, de leur côté, nous confrontent plutôt à la question du risque et de ce que notre société est disposée à faire de l'information qui en révélerait la survenance. Néanmoins, dans les deux cas ces innovations interrogent le regard que la société porte sur l'individu et sur ce qu'il porte de plus intime, son identité psychique. Celle-ci peut-elle être résumée à un agrégat d'informations, qu'il procède d'un codage génétique, linguistique ou autre ? La question n'est pas fondamentalement d'éprouver la vérité de cette hypothèse au plan scientifique mais de savoir si, d'un point de vue anthropologique, notre société est prête à adhérer massivement à une telle croyance. Si elle venait à y basculer, il est vraisemblable que le droit et la législation en tireront les conséquences techniques qui devraient s'en inférer naturellement. ■

(23) « S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ». Prévue par les articles L 1141-2 et suivants du Code de la santé publique, cette convention, signée entre l'Etat et les représentants des compagnies d'assurance, des banques, des consommateurs et des malades, a pour rôle de mettre en place des mesures et dispositions visant à faciliter l'accès au crédit et à une bonne assurance aux personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé.

RÉFÉRENCES

- Berry M. W. et Kogan J., *Text Mining: Applications and Theory*, John Wiley & Sons, 2010, 222 pp.
- Berryessa C. M., Potential Implications of Research on Genetic or Heritable Contributions to Pedophilia for the Objectives of Criminal Law. *Recent Advances in DNA & Gene Sequences*, 2014, 8(2), pp. 65-77.
- Bardey D., De Donder P., Quelles assurances face aux nouveaux risques ? *Esprit*, 2014, n° 7, pp. 44-51.
- Bossi-Malafosse J., Le règlement européen et la protection des données de santé. *Dalloz IP/IT*, 2017, pp. 260-264.
- Bourgeois M.-L. et Haustgen T., La folie (maniaco-dépressive) de Charles VI (1368-1422). *Annales médico-psychologiques*, 2003, vol. 161, n° 5, pp. 370-376.
- Couturier M., La psychanalyse face au droit. Réflexions sur le statut juridique de l'analyse freudienne au regard de l'article 52 de la loi du 9 août 2004. *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, n° 4, pp. 673-688.
- Couturier M. et Proia-Lelouey N., La psychothérapie, la médecine et le droit : contenu et implications de la réglementation du titre de psychothérapeute après la loi HPST. *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, n° 2, pp. 313-325.
- Dumouchel P., Qu'est-ce qu'une maladie ? Pinel, aliéniste et nosographe. *Philosophiques*, 2006, vol. 33, n° 1, pp. 19-35.
- Ehrenberg A., Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, 2004, n° 304 (mai), pp. 133-156.
- Faucher L., Philosophie psychopathologiques : un survol. *Philosophiques*, 2006, vol. 33, n° 1, pp. 3-17.
- Gautron V. et Dubourg E., La rationalisation des outils et méthodes d'évaluation : de l'approche clinique au jugement actuariel », *Criminocorpus* [En ligne], 2015, URL : <http://criminocorpus.revues.org/2916>
- Grégoire G., Alemdjrodo R. et Chagnon A., La discrimination génétique et l'assurance-vie : les mesures de protection actuelles suffisent-elles ? *Lex Electronica*, printemps 2009, vol. 14 n° 1.
- Grenouilloux A., Psychiatrie phénoménologique, médecine de la personne et big data. *Annales médico-psychologiques*, 2017, n° 175, pp. 882-888.
- Jones M., Overcoming the Myth of Free Will in Criminal Law: The True Impact of the Genetic Revolution. *Duke Law Journal*, 2003, n° 52, pp. 1031-1053.
- Lemoine M., Molecular Complexity. Why has Psychiatry not been Revolutionized by Genomics (Yet) ? In Boniolo G., Nathan M. J. (dir.), *Philosophy of Molecular Medicine. Foundational Issues in Research and Practice*, Taylor & Francis, 2016, pp. 81-99.
- Raoul-Cormeil G., Le secret et l'information sur les maladies graves transmissibles. *Revue générale de droit médical*, 2012, n° 43, pp. 173-198.
- Shahad Salman S., Ngueng Feze I., Joly Y., Divulgarion de l'information génétique en assurances, *La Revue du Barreau Canadien*, 2015, vol. 93, pp. 501-536.
- Sargos P., La certitude du lien de causalité en matière de responsabilité est-elle un leurre dans le contexte d'incertitude de la médecine ? La causalité en matière de



- responsabilité ou le «droit Schtroumpf», *Recueil Dalloz*, 2008, pp. 1935-1941.
- Tenbergen G., Wittfoth M., Frieling H. *et al.*, 2015, The Neurobiology and Psychology of Pedophilia: Recent Advances and Challenges. *Frontiers in human neurosciences* 2015, 9 : 344.
- Tonkin E. et Tourte G., *Working with Text: Tools, Techniques and Approaches for Text Mining*, Elsevier, 2016, 330 pp.
- Truyens M. et Van Eecke P., Legal Aspects of Text Mining. *Computer Law & Security Review* 2014, n° 30, pp. 153-170.
- Weil-Dubuc P.-L., Penser les politiques de santé à l'âge de l'individualisation des risques. Thèse de doctorat en philosophie, Paris, Paris IV, 2012, 499 pp.
- Wyner A., Mochales-Palau R., Moens M.-F. et Milward D., Approaches to Text Mining Arguments from Legal Cases. In E. Francesconi, S. Montemagni, W. Peters et D. Tiscornia (dir.), *Semantic Processing of Legal Texts*, Springer, 2010, pp. 60-79.

PLACE DE LA PERSONNE EN MÉDECINE PERSONNALISÉE : APPORT CRITIQUE DE LA PSYCHIATRIE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

*PERSON-CENTERED MEDICINE WITHIN PERSONALIZED
MEDICINE: CRITICAL VIEWS FROM PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY*

Armelle GRENOUILLOUX*

RÉSUMÉ

La médecine personnalisée (médecine prédictive, e-santé, données massives...) progresse vite, le discours sociétal et les espoirs qu'elle suscite plus encore. Même si le terme recouvre divers ordres de réalités, le concept de personne alimente la demande d'accompagnement, de reconnaissance des particularités individuelles dans les soins.

De quels outils la psychiatrie se dote-t-elle aujourd'hui pour penser le recours imminent à une médecine personnalisée qui s'attache à la personne ? Face aux avancées technico-scientifiques, nous répondrons à cette question à partir de l'actualisation de l'attitude critique de la psychiatrie phénoménologique. Cette interrogation, épistémologique et éthique, prend place dans l'espace entre savoir et faire, cet espace du savoir-faire non accessible à la machine.

MOTS-CLÉS

Médecine personnalisée, Médecine de la personne, Phénoménologie, Epistémologie, Ethique, Savoir-faire.

ABSTRACT

Personalized medicine (predictive medicine, e-health, big data...) moves forward quickly; social comments and expectations for this medicine move even more quickly. Even if it includes several levels of meanings, the concept of person makes one wait for personalized accompaniment, individual support while being cared for.

What kind of tools does psychiatry develop in order to set a place for person-centered care within personalized medicine? Facing technical-scientific progress, we will answer this question from the contemporary critical attitude led by phenomenological psychiatry. Such an interrogation, with its epistemological and ethical parts, takes place in between knowing and doing, the know-how space unreachable to machine.

KEYWORDS

Personalized medicine, Person-centered medicine, Phenomenology, Epistemology, Ethics, Know-how.

* Psychiatre Docteur en Philosophie Chercheur associée Centre François Viète Nantes



INTRODUCTION

Le médecin soigne et le malade, dans le meilleur des cas, guérit. Le médecin pourra appliquer « le plus contemporain des savoirs » soutenu par « la plus attentive empathie », la nature, le fléau de la balance individuelle de vie et de mort, saura lui faire rendre raison.

Le « plus contemporain des savoirs » c'est aujourd'hui la médecine personnalisée. Ce vocable de la fin des années 1990, devenu depuis, entre autres, médecine des 4P (préventive, prédictive, participative et personnalisée) ou encore médecine de précision, connaît toujours des acceptions multiples. L'usage le plus répandu correspond à la médecine moléculaire génomique ou plus récemment, avec la prise en compte de l'épigénétique et de l'exposomique, postgénomique(1). On trouvera aussi, sous le même terme de médecine personnalisée, référence faite aux algorithmes d'aide à la décision médicale, aux développements de la e-santé, aux progrès de l'imagerie médicale ou même encore à la recherche sur les cellules souches. Le traitement algorithmique des 10^9 ou 10^6 *data*, c'est-à-dire le niveau *big* ou *fat*, aujourd'hui encore rarement disponibles en santé, produit des corrélations « pour en extraire des faits nouveaux ou de nouvelles relations entre les faits » [13] c'est-à-dire de nouveaux modèles. De cette nouveauté comme souvent dans les sciences, surgit l'idéalisation d'un Progrès qui ferait se dissoudre inéluctablement toute la médecine antérieure, sa clinique, ses savoirs, ses techniques, dans la médecine dite personnalisée.

A rebours d'un tel discours, nous allons interroger la place possible de cette nouvelle médecine au sein même de la médecine actuelle dans sa tradition de « colloque singulier » soucieux de la personne. Nous adopterons pour cela l'attitude critique (au sens philosophique) de la phénoménologie psychiatrique en ce qu'elle ouvre à l'examen des rapports entre théories, techniques et pratiques. Une telle interface met en jeu la notion particulière qu'est le savoir-faire clinique, celui-là même qui fait encore évoquer aujourd'hui la médecine comme un art, difficilement accessible à la machine. Partant donc des pratiques nous irons vers les théories pour revenir enfin à la clinique, tant il est vrai que la rencontre thérapeutique, par définition interpersonnelle, reste à la fois le *terminus a quem* et le *terminus ad quo* de la médecine.

EN PRÉAMBULE

Pourquoi cette recherche ? Si les avancées de la médecine personnalisée sont aujourd'hui relativement concrètes en

cancérologie et vis à vis de certaines maladies rares(2), plus hétéroclites quand il s'agit d'aide à la décision médicale ou de e-santé, bien qu'elles soient présentées comme ruptures voire parfois comme révolution depuis cette vingtaine d'années, elles n'ont donc au total pas eu à ce jour l'impact clinique global promis. Les critiques parlent même d'un *buzzword*, terminologie phare voire écran susceptible d'occulter des intérêts marchands ou politiques [24, 38]. Mais l'ensemble de ces observations établit, en même temps, la réalité de l'introduction de nouvelles techniques numériques et de leur influence sur les démarches de soins comme sur les représentations sociales. Il est donc d'ores et déjà de la responsabilité de l'ensemble des acteurs (professionnels du soin, chercheurs, politiques, citoyens) de clarifier leurs modes de construction, champs d'application, modalités d'usage dans l'intérêt des personnes.

Pour ce faire, il s'agit de tenir ensemble, à tout le moins, les nouveaux apports d'une médecine dite personnalisée (*Personalized medicine*) dans son équivocité même et la médecine de la personne (*Person-centered medicine* ; terminologie sur laquelle nous reviendrons), ici au sens de l'écoute de la personne singulière, peut-être dès lors équivalente à cette « plus attentive des empathies » que nous annonçons plus haut. Mais alors, pour ne pas caricaturer cette dichotomie, parfois reprise comme l'opposition du *Cure* et du *Care*, il faudra appréhender au travers même de la médecine personnalisée ou sans doute plus largement du biologique, la spécificité du vivant humain puis, de là, de chaque personne singulière notamment comme être-malade.

Comment donc ? Faire ainsi dialoguer sciences naturelles et sciences humaines revient à tout à la fois expliquer et comprendre, c'est-à-dire, comme le montre Daniel Andler, à se placer dans un « cycle indéfini d'approximations successives, où la saisie partielle des éléments, ou (...) des moments, alterne avec des représentations provisoires de la totalité »(3) [2]. C'est donc là la méthode que nous allons adopter (dans cette étude programmatique) et qui nous permettra, en questionnant certains des pré-requis de la clinique, de rejoindre ce qu'Anne Fagot-Largeault nomme une démarche « localiste » (qui appréhende les sciences *in vivo*). Non pas « localiste générale » telle qu'elle voudrait établir les traits communs aux différentes sciences concernées, mais bien « localiste régionale » au sens de l'étude des rapports susceptibles de s'établir ici entre les sciences impliquées et la clinique [2].

(1) Voire bientôt méta-génomique, c'est-à-dire prenant en compte le génome des microorganismes constituant le microbiote propre à chacun.

(2) Dans des dimensions prédictives et parfois curatives.

(3) C'est-à-dire selon une herméneutique post-diltheyienne.

Sur ce chemin exploratoire, la psychiatrie nous paraît pouvoir jouer un rôle didactique qui pourrait aussi, peut-être, l'aider à évoluer elle-même. Pour ce faire, les principes de l'attitude phénoménologique⁽⁴⁾ séculaire en psychiatrie nous paraissent pertinents. Cette attitude pose en effet les bases de l'examen épistémologique de ce que Tatossian nommait d'après Habermas les « pré-jugés, les présupposés a-prioriques essentiels (...) » des savoirs. Tatossian porte cette interrogation, « historique et descriptive de l'évolution et de l'état actuel des sciences » [42], au niveau de la structuration fondamentale de la psychiatrie. Il interroge à la fois son tribu aux sciences de la nature, sciences empirico-analytiques pour Habermas, qui suivent le modèle hypothético-déductif de la science traditionnelle (auquel on peut peut-être ajouter aujourd'hui le modèle des *big data* nous y reviendrons), mais aussi la référence revendiquée par la discipline aux sciences historico-herméneutiques d'Habermas centrées sur la communication du sens [45].

Nous allons donc interroger les nouveaux enjeux de la médecine, à partir de cette coexistence paradigmatique de médecine biologique et de médecine de la personne en psychiatrie telle que la critique la « phénoménologie du psychiatrique » [28, 40].

DES PRATIQUES

Explication et compréhension ; faits et valeurs ; la personne

Forte d'une posture de « relativisme partiel »⁽⁵⁾, la psychiatrie soucieuse d'éviter de « s'aliéner dans des mystifications », hier « de l'inconscient ou du troisième ventricule » [11], aujourd'hui de l'EBM, demain des *big data*, compose au quotidien avec tout à la fois l'explication et la compréhension. Ainsi, peu modifiée au fil des décennies par l'*explication* naturelle et les preuves, la psychiatrie leur fait cependant une place : celle – importante – des prescriptions médicamenteuses, celle – limitée – de l'imagerie cérébrale et aujourd'hui des stimulations transcrâniennes, celle – insuffisante – des outils de remédiation cognitive. Par ailleurs, la psychiatrie fait montre d'une grande richesse en termes de *compréhension* du sujet, du psychisme, de la personne incarnée mais aussi de la rencontre thérapeutique. Cette

spécificité peut-elle être soutenue, améliorée ou au contraire menacée par l'usage, par exemple, des algorithmes d'aide à la décision ? Aujourd'hui, la bipartition « explication compréhension », également présente dans d'autres proportions en médecine, se situe en contrepoint du discours présentant la nouvelle médecine personnalisée. En effet celle-ci soit ne laisse à l'explication qu'une place annexe avec des schémas thérapeutiques produits par le traitement algorithmique des données massives et dits « sans diagnostic », soit à l'inverse se situe dans un prolongement de l'*Evidence Based Medicine* (EBM) selon un traitement dont on ne sait encore s'il est surtout empirico-inductif ou abductif⁽⁶⁾, produit des « inférences à la meilleure explication ». Sans prétendre trancher ici dans ce débat de spécialistes dont nous ne sommes pas, soulignons que cette complexité technique fait aussi, de toute façon, abstraction de la compréhension. Que ce soit les avancées du dialogue EBM/VBM (*Values based medicine*) voulant refonder depuis quinze ans toute décision de soin sur « des faits et des valeurs » [16] ou encore les courants du *Whole Person Care* et de Médecine de la personne qui sont également ignorés de ces nouveaux modèles.

Et c'est précisément là, cristallisé autour de la polysémie du terme de personne, que surgit le débat sur ce que Xavier Guchet nomme « l'apparente incommensurabilité du « personnel-moléculaire » et du « personnel-subjectif » [24]. Or c'est là où la phénoménologie du psychiatrique a toujours soutenu la coexistence de l'explication, c'est-à-dire la connaissance partielle des étiologies et/ou des mécanismes, et la compréhension, c'est à dire la saisie du sens des phénomènes. Soit au cœur de la rencontre thérapeutique.

La rencontre thérapeutique : structuration et place du savoir-faire

La phénoménologie du psychiatrique a mis en évidence les deux temps constitutifs de la rencontre thérapeutique. Un premier temps dit perceptif ou intuitif du diagnostic qui précède un temps inférentiel [42]. Ce dernier rassemble les éléments syndromiques pour conduire à une entité diagnostique répertoriée⁽⁷⁾ dans un ensemble nosographique ou classificatoire statistique où coexistent, en toute hétérogénéité disons-le, maladies, troubles et syndromes, diversement rapportés à la

(4) Apparue durant la première moitié du XX^e siècle avec, entre autres, Jaspers, Binswanger, Minkowski, la psychiatrie phénoménologique s'est poursuivie en France avec Lanteri-Laura, Tatossian, Ey, prolongeant l'arrière-plan philosophique initial lié à Husserl, Heidegger, Scheler par la référence à Merleau-Ponty ou encore à Ricœur.

(5) Ni relativisme absolu ni dogmatisme.

(6) Selon la formule de Peirce.

(7) Nosographie classique et classifications standardisées ayant trouvé leurs limites, des travaux récents plus qualitatifs et plus dimensionnels telle la Classification Française des Troubles Mentaux [10] fourniront peut-être de nouvelles bases, à moins que l'usage de RDoC ne s'impose comme parfois annoncé [14].



sérotonine, au refoulement ou à l'hippocampe cérébral [29]. Or, ainsi que l'ont montré des études empiriques [4], le plus souvent cette inférence ne se déroule que peu, le diagnostic se décidant sur ce que Rumke nomme « le sentiment du précoce » (l'exemple canonique est celui de l'étrangeté ressentie face à la psychose). Ainsi le praticien « semble reconnaître la maladie *dans* ou *avec* le symptôme plus que *par* le symptôme et effectuer une opération globalisante de type gestaltiste plutôt qu'une inférence de raisonnement » [45] (8).

Tatossian illustre remarquablement la structuration de cette pratique, que Guyotat d'après Levi-Strauss nommait « bricolage », telle qu'elle produit un discours mixant sémiologie et psychopathologie, pensée étiologique et herméneutique : « Un confus et un maniaque peuvent être également agités, un délirant et un homme sain d'esprit peuvent croire des choses fausses et même absurdes, un schizophrène et un être normal peuvent être pareillement retirés sur eux-mêmes. Il s'agit à chaque fois de la même chose et de choses différentes, et, à la vérité, le psychiatre clinicien s'il en reste à son expérience spontanée et immédiate perçoit la différence plutôt que la similarité (...) » [41]. A ce repérage de la différence, s'ajoute une discrimination de l'essentiel et de l'accessoire ainsi « (...) dans la manie l'excitation est accessoire alors que l'essentiel est la façon d'être du maniaque par rapport au monde ambiant » (*op. cit.*). Ce primat de l'intuition et de l'expérience sur la part inférentielle (préséance qui existe également pour le praticien expérimenté en médecine somatique) a produit le meilleur et le pire(9).

L'étape intuitivo-perceptive du diagnostic est pourtant destinée à rester primordiale. En effet c'est celle qui pose les bases d'une herméneutique, c'est-à-dire qui donne au sens la priorité sur le symptôme tout en garantissant, au moins un peu, la pluralité au sein de la médecine psychiatrique. Sous réserve de la structurer plus avant (*cf. infra*), la valorisation de cette étape nous paraît de plus indispensable pour négocier au mieux pour le patient le tournant numérique. En effet, elle fonctionne d'ores et déjà à côté de la médecine des étiologies, en tant que médecine des susceptibilités individuelles et des corrélations, comme la médecine personnalisée. Elle permet d'appréhender un choix de données émanant du patient singulier et, d'une part, de les articuler avec

un ensemble de théories et connaissances (données hétérogènes destinées à augmenter en nombre, notamment – nous ne ferons que le citer – avec le traitement algorithmique de données textuelles [1, 15]) d'autre part de le comparer à un groupe de référence, une typologie, ce que cherche à faire la médecine personnalisée. Ce faisant elle vise à dérouler la démarche thérapeutique en comprenant la réalité de la personne, son expression, son style biologique et personnel dans un sens si ce n'est attendu en tout cas acceptable, *in fine*, par celle-ci, comme y enjoint la médecine de la personne.

Nous en venons maintenant à préciser le mode d'articulation entre l'usage implicite de la/des théories de référence du praticien et la pratique, là où le sens thérapeutique de la rencontre doit faire coïncider l'hétérogénéité des données avec la singularité de la personne : cette articulation théorico-pratique relève de ce que Lanteri-Laura nomme d'après Bourdieu une « théorie de la pratique » [26]. La « théorie de la pratique » du praticien ne constitue pas une sorte de niveau élémentaire d'un savoir commun », « quelque degré zéro de théorisation », elle ne s'apprend pas mais se transmet comme une attitude, laquelle va se décliner sous forme de « savoir-faire » [21, 22]. C'est le savoir-faire qui attribue lors de chaque rencontre singulière une valeur de vérité aux savoirs théoriques comme aux résultats machiniques et détermine les options thérapeutiques. A cet égard les « traitements sans diagnostic » et les « inférences à la meilleure explication » vont donc exiger du praticien d'être formé à l'évaluation du « meilleur » issu de la machine et porté à l'aune de la congruence avec le style, le vécu du patient, de son vécu d'être-malade, c'est-à-dire de maintenir un savoir-faire suffisamment bon. Au sein de ce savoir-faire, la continuité des implicites qui organisent le temps intuitif et la cohérence de la rencontre restent garanties par deux questions régulatrices présentes avant le tournant numérique : « que puis-je prétendre savoir objectivement de ce qui est pathologique chez ce patient ? », question épistémologique, et « en quoi cette personne estime-t-elle être malade ? », autre forme de « qu'est-ce que ce patient me dit de ce qu'est pour lui « aller bien » et qu'il espère recouvrer ? », question éthique.

Autant d'éléments, qui nous amènent en prolongeant l'analyse (et sans doute le clin d'œil kantien) de Tatossian, à situer la phénoménologie psychiatrique qui les a mis en évidence à une place et une fonction « critique de la raison théorico-pratique psychiatrique » [23] dont l'intérêt est aujourd'hui confirmé voire renouvelé par les avancées techniques.

(8) Le phénomène (au sens grec de « ce qui apparaît ») ainsi perçu par l'intuition et l'expérience, est moins que le symptôme puisqu'il ne permet pas d'inférer l'existence d'une maladie mais il est aussi bien plus que le symptôme puisqu'il « comporte indissolublement le constituant et le constitué, la manifestation externe et sa condition transcendante de possibilité » [36, 45].

(9) Faux-négatifs et faux-positifs ainsi qu'us et abus parfois dramatiques selon les climats socio-politiques.

Mais cette critique appelle, entre autres(10), en arrière-plan de l'usage régulé du savoir-faire, la clarification, également indispensable à la médecine, des fondements théoriques impliquant sciences naturelles et sciences humaines, dont nous allons questionner (trop) rapidement deux aspects : l'unité biologico-personnelle spécifique au vivant humain et la question du normal et du pathologique.

DES THÉORIES

Unité biologico-personnelle ; du normal et du pathologique, éléments pour une nosologie

Xavier Guchet montre comment « l'empilement des « -omiques »(11) [et] (...) les approches à finalité totalisante du type de l'exposomique dans sa version extrême » [24], font courir le risque d'aboutir à une nouvelle vision mécaniste du vivant « utopique » voire « dystopique ». Il explique aussi comment cette conception se trouve battue en brèche par les résultats de cette médecine elle-même qui montrent « une sorte de résistance, de récalcitrance du vivant, (...) comme une normativité biologique (...) » [op. cit.](12).

Un tel constat fait indéniablement écho à la lecture de l'interface du biologique et du personnel présentée par la phénoménologie. Confortant le passage du « Je suis » au « Je peux » de Merleau-Ponty [32], prolongeant l'« organicisme critique » de Lanteri-Laura [25] par la prise en compte de l'organisme comme totalité, la phénoménologie psychiatrique a montré que la vie humaine pouvait se comprendre comme celle d'une unité biologico-personnelle où biologique et personnel sont intriqués : ils « n'ont pas d'autonomie mais représentent les deux faces d'une même réalité » [5, 7, 18, 19]. La personne toujours déjà à la fois « incarnée dans son histoire de vie *et* incorporée dans ses fonctions vitales », son corps organique *Körper* inclus dans son corps vécu/ chair *Leib*, se comprend aussi pour Merleau-Ponty comme « inhérence du soi au monde ou du monde au soi, du soi à l'autre et de l'autre à soi » [33]. Et dans cet « espace de liberté » (*Spielraum*) [34] de la suture visible-invisible, de la marge connaissable-inconnaissable des

phénomènes biologiques et personnels intriqués, réside précisément l'irréductibilité du vivant au mécanisme observée aujourd'hui au sein même de la médecine moléculaire.

En effet, pour la phénoménologie, le vivant humain déroule une histoire spécifique faite de subjectivité narrative constituante et de régularités hétéronomiques. Cette histoire suppose la sélection de *valences* des vécus incarnés, répulsives et attractives, renouvelées, évolutives, inscrites dans les fonctions vitales qui vont venir sélectionner les disponibilités et comportements ultérieurs à partir de la sollicitation des divers niveaux de mémoires biologiques et personnelles. En cela les valences sont donc toujours déjà en lien, d'influence réciproque, avec le déroulement de l'histoire intérieure de la vie, permettant l'établissement de *valeurs* [17, 18, 19], allant des motivations aux désirs en passant par l'orientation des affects jusqu'à la construction des valeurs éthiques. Le chainage « *phusis-logos-histoire* » [32] mis en acte par cette boucle reliant valences et valeurs semble à la fois apporter le maillon manquant à la médecine personnalisée pour penser la continuité du personnel moléculaire et du personnel subjectif et répondre à la question qu'elle se pose « de l'activité par laquelle un vivant confère une signification à son milieu » [24]. Ce qui nous amène à la question du normal et du pathologique.

Selon l'approche phénoménologique de l'unité biologico-personnelle, tout état pathologique est compris comme différent *en nature* (et non en degré) [20] de l'état de santé car intrinsèquement et simultanément *altération* du corps (modification des valences) et *aliénation* du psychisme (perturbation des valeurs). Ce sont là les bases d'une nosologie au sens exact, et souvent méconnu, de discours sur ce que c'est que d'être malade, biologie et personne. Selon cette nosologie phénoménologique, le pathologique est défini ici comme l'expression d'une « perte de pouvoir-être » ou « perte de pouvoir-être-autrement » [43](13), perte aujourd'hui comprise comme biologico-personnelle, vis-à-vis de laquelle le patient singulier avec son histoire sélective de valences et de valeurs est sa propre norme. Une telle nosologie vient donc éclairer la question de la « récalcitrance du vivant » au mécanisme telle qu'elle se pose périodiquement dans les sciences et que la médecine personnalisée, dans sa version la plus radicale, tente de ne pas prendre en compte. Face à ce déni, récurrent dans l'histoire des théorisations mécanistes du vivant, la nosologie phénoménologique

(10) Une réflexion socio-politique serait évidemment nécessaire

(11) Génomique, protéomique, transcriptomique, métabolomique... en lien avec le séquençage de l'ADN.

(12) Ainsi la construction de nouveaux biomarqueurs issus de la post-génomique touche-t-elle ses limites, deux patients porteurs de biomarqueurs similaires pouvant réagir différemment à un traitement ciblé, faisant toujours déjà ressurgir, on pourrait dire vivre, la question de la personne [24].

(13) La perte de pouvoir-être que Blankenburg déclinait en perte de « pouvoir-se-comporter autrement » et de « pouvoir-éprouver autrement » a été étudiée dans ses modalités intrinsèques ou extrinsèques notamment pour différencier les champs de la psychiatrie et de la santé mentale, approcher la quotidienneté du « vivre avec la maladie » [20].



fait précisément place à un pré-requis fondamental de toute approche du vivant, biologie et personne, différenciant aussi l'homme de l'animal, pré-requis non pas descriptible (*beschreibbar*) mais, comme le rappelait Tatossian, « ascriptible » (*zuschreibbar*), c'est-à-dire assignable, attribuable, ce pré-requis est un concept non accessible à l'expérimentation scientifique, à la preuve comme à la machine, c'est celui de liberté/non-liberté.

Retour à la pratique : de l'usage d'une typologie et d'un diagnostic intégratif

C'est bien sur la clinique qui nous permet de reposer la question de la liberté. Au sein des grandes monographies de la psychiatrie phénoménologique ont en effet été relevées des régularités d'expression de la perte de liberté, des styles d'être-malade. Si les observations princeps étaient essentiellement psycho-comportementales c'est en ménageant une place à la temporalité, la spatialité ainsi qu'aux aspects expressifs du corps [4, 17]. Binswanger en a décrit les inflexions existentielles [6] et Erwin Strauss le caractère historiologique [39]. De ce qui apparaît ici comme une herméneutique du « sens existentiel de la corporéité » (Fedida), on connaît la « fuite des idées » (maniaque) de Binswanger, « la perte de l'évidence naturelle » (psychotique) de Blankenburg, on se souvient du concept de « normativité pathologique » du *Typus melancholicus* de Tellenbach(14) tandis que Zutt et Kulempkamp nous ont appris à distinguer le « corps porteur » du « corps en apparition ». Ce sont là des « expériences du phénomène comme caractère d'être de la présence humaine » [4].

Pour leur repérage, les styles de présence au monde (qui connaissent, comme dit, des différences, des traits essentiels et accessoires) sont rassemblés cette fois par leurs similitudes, en sous-groupes aux limites floues et analogiques(15) formant des types, soit une typologie. Comme l'indique Tatossian, destinés à être appréhendés dans l'étape perceptive du diagnostic, ces items resteront restreints en nombre(16). Cette typologie soutient un diagnostic de type probabiliste et non déterministe. Ici le typologique n'est pas équivalent à du populationnel avec sa moyenne et l'écart à la norme du laboratoire n'est pas ce qui qualifie la maladie : chaque type d'expression de perte de pouvoir-être est le fait d'un être-au-monde-malade avec son style biologique et personnel qui vont

« fonctionner comme repères dans l'organisation des données de la réalité » [44].

Ces travaux sur l'unité biologico-personnelle partis des investigations psychosomatiques en dialogue avec la psycho-neuro-immunologie, les stress chroniques, l'endocrinologie [18, 19] sont portés au-delà de l'étude de quelques maladies jusqu'à un mode d'approche global de l'intrication du biologique et du personnel en médecine (incluant la psychiatrie). En intégrant aujourd'hui les plus récents acquis de la biologie [37] parmi lesquels ceux de la médecine personnalisée selon des modalités aujourd'hui à déterminer, ce mode d'approche donnerait à chaque dimension du biologique sa juste place dans l'étude d'un vivant comprenant valeurs, valences, normes personnelles. La continuité recherchée face au « personnel subjectif » ne se poserait plus en termes de « personnel moléculaire », ni même de « personnel post-génomique » mais bien de « personnel biologique ». Pour éviter autant « la génétisation » des discours médicaux (...) » dénoncée par Antoinette Rouvroy [38] comme « survalorisant le caractère prédictif » de la médecine moléculaire que, sur un autre plan, « la chimère de l'examen complet » identifiée de longue date par Lanteri-Laura [30], un nouveau cadre de pensée faisant place aux nouveaux outils semble donc utile voire nécessaire. Confirmant en psychiatrie et sans doute en médecine, l'évolution du modèle bio-psycho-social vers un modèle intégratif, la phénoménologie de l'être-malade pourrait reprendre le dialogue critique esquissé voici plus d'un quart de siècle par Tatossian avec les promoteurs d'un modèle prototypique(17) en psychiatrie devenu aujourd'hui *Person-centered Integrative Diagnosis (PID)* de la *Médecine de la Personne (Person-centered medicine)*(18). Le PID, en lien avec les apports critiques de la phénoménologie, est-il destiné à fournir les nouvelles bases cliniques d'une médecine (incluant la psychiatrie) centrée sur la personne et sachant faire sa juste place aux données biologiques et aux techniques ? L'identité de la psychiatrie des décennies de la technologie numérique aura à se saisir d'outils soutenant sa spécificité parmi lesquels le PID peut indéniablement tenir une place privilégiée.

(14) Qui « ne peut pas ne pas être bon père, bon mari, bon travailleur ».

(15) Cf. L'« air de famille » décrit par Wittgenstein

(16) En effet, « si la reconnaissance des entités diagnostiques est de nature originellement perceptive et expressive, le nombre de ces entités est forcément faible. On peut difficilement concevoir quelques centaines de « styles de vie » différenciables » [43].

(17) Au premier rang desquels Juan Mezzich [44], fondateur du mouvement international de Psychiatrie de la personne [35].

(18) *Proche des mouvements du Whole Person Care et des travaux sur les valeurs* [23], le PID retient un sens englobant du terme de diagnostic, fait place aux aspects de maladie comme aux aspects de santé, aux facteurs de risque et de protection internes et externes, aux expressions-narrations (« formules idiographiques ») du patient et de son entourage ainsi qu'à la narrativité et à l'empathie du praticien.

CONCLUSION

Le grand médecin grec Alcméon déclarait « les hommes ne sont pas en mesure de faire se rejoindre la fin et le début, c'est pourquoi ils doivent mourir ». Comment conclure alors ce propos sur l'articulation théories-techniques-pratiques et la préservation de la place de la personne et du soin inter-personnel au début du XXI^e siècle médical ?

Puisqu'aussi bien, comme le disait Lanteri-Laura « Dans la Jérusalem céleste du savoir achevé et après l'Apocalypse, quand nous saurons tout et que l'enfant caressera l'œil du basilic, théorie et pratique s'identifieront et la théorie des pratiques ne se distinguera plus des théorisations ; en attendant une théorie des pratiques fonctionne et nous pouvons essayer d'en préciser le contenu » [25]. C'est ainsi qu'à partir de l'attitude critique phénoménologique de la raison théorico-pratique psychiatrique, nous avons tenté de fournir quelques pistes de réflexion pour que chacun, acteurs et chercheurs, s'engage à penser la régulation des avancées biotechniques en médecine. Régulation du choix des données pertinentes pour le traitement numérique. Régulation de la composition et du choix des algorithmes(19) ; on connaît dans les domaines où ils sont usités les nombreux biais méthodologiques et erreurs « déraisonnables » [9, 13]. Régulation du niveau de pertinence (valeur de vérité ?) des nouveaux modèles et des nouvelles données ; comment imaginer, par exemple, un clinicien dire à un patient qu'il a « une probabilité de 12% d'exprimer une maladie schizophrénique dans les années à venir ? » [3]. Régulation de la place des objets connectés : une chose est d'étudier avec les patients à risque suicidaire l'intérêt d'autoriser un accès soignant à leur messagerie, une autre est d'exiger de la population de renseigner son exercice physique par des mesures connectées pour avoir droit à des soins remboursés.

Nous avons aussi rapidement rappelé que l'ensemble de ces régulations, éthiques, politiques, juridiques permettant le choix de nouveaux cadres méthodologiques appelait un travail sur les présupposés théoriques (unité psychosomatique, spécificité du vivant humain, être-malade...) absent du débat actuel mais aussi que la compréhension restait une composante fondamentalement nécessaire à l'écoute de la personne dans une clinique première faisant à la technique sa juste place. Là où cette médecine dite personnalisée, toute précision égale par ailleurs, ne nous confèrera pas l'immortalité(20), pas de condamnation ici, mais bien de

(19) Prescriptifs, comparatifs, prédictifs ; destinés à l'aide à la décision ou à la prédiction ou à la thérapeutique.

(20) Contrairement à ce que les projets trans-humains, post-humains, vers lesquels elle commence à être convoquée peuvent annoncer.

l'espoir et de la confiance. Loin de voir dans la médecine moléculaire le passage des sociétés disciplinaires dénoncées par Foucault aux sociétés de contrôle décrites par Deleuze [31], nous voudrions faire confiance à la sagesse des hommes, notamment la *phronésis* sagesse pratique, morale et politique, enjeu de coopération dite aussi prudence. A la sagesse des psychiatres aussi sans doute – si tout continue de n'aller pas trop mal et qu'ils dépassent leurs querelles intestines – : ils useront toujours face aux nouvelles données comme face aux précédentes de la *mètis* grecque. La *mètis* est à la fois « intelligence inventive » permettant de créer « une réponse à un problème dont on ne connaît pas la solution » et « intelligence courbe, c'est-à-dire ne suivant pas les voies bien tracées du raisonnement logique et ne se transmettant pas », celle là même qui permet de plus une « endurance face à l'échec » [12] Faire confiance à la psychiatrie phénoménologique sûrement... pour autant qu'elle continue d'étoffer avec rigueur son corpus critique mais aussi d'être enseignée !

Que peuvent donc enfin espérer, dans ce contexte, les patients-usagers de la part des professionnels de psychiatrie ? Qu'ils ne se contentent pas de sourire de ceux qui attendent de la science « le passage des ténèbres à la lumière, de l'erreur à la vérité » [29] mais, quittant aussi l'illusion d'un savoir atemporel, qu'ils s'impliquent dans la réflexion sur les usages responsables des nouvelles technologies préservant la place de la personne. Et que cela les aide à faire évoluer leur savoir-faire de « *jardiniers de la folie* » tel que décrit dans les années 90 (Zarifian), cultivant la dépendance et la fascination de l'altérité malade, en savoir-faire – selon le mot d'Agnès Bousser, ancienne patiente, médiatrice de santé et animatrice d'un Groupe d'Entraide Mutuelle – de « *jardiniers de résilience* » [8]. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Abbé A., Grouin C., Zweigenbaum P., Falissard Br. Text mining applications in Psychiatry : a systematic literature review. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2016 Jun ; 25 (2) : 86-100. doi: 10.1002/mpr.1481. Epub 2015 Jul 17.
- [2] Andler D., Fagot-Largeault A., Saint-Sernin B. : *Philosophie des sciences*. Paris : Folio-Essais 2002.
- [3] Big data et pratiques biomédicales. *Les Cahiers de l'Espace Ethique Région Ile de France*. n°2, septembre 2015, Laboratoire Distalz.
- [4] Azorin J.M. Position du psychiatre phénoménologue par rapport aux névroses et aux psychoses. *Confrontations Psychiatriques* : n°37 Epistémologie et psychiatrie, 1996 : 197-218.
- [5] Barbaras R. : « Le vivant comme fondement originnaire de l'intentionnalité perceptive » in *Naturaliser la*



- phénoménologie ; essai sur la phénoménologie contemporaine et les sciences cognitives. Paris : CNRS-communication, 2002 : 682-696.
- [6] Binswanger L. *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours et Freud*. Paris:Gallimard, coll. « TEL » ; 1970.
- [7] Binswanger L. : « Fonction vitale et histoire intérieure de la vie » [1927] in *Introduction à l'analyse existentielle* ; Paris : Minuit, 1971.
- [8] Boussier A. *Résilience en santé mentale et groupes d'entraide*. Paris : L'Harmattan; 2012.
- [9] Cardon D. *A quoi rêvent les algorithmes ? Nos vies à l'heure des big data*. Seuil, La République des Idées : 2015.
- [10] *Classification Française des Troubles Mentaux. Correspondance et transcodage CIM10*. Dir. Garrabé J. Kammerer Fr. Rennes : Presses de l'EHESP 2015
- [11] Daumezon G., Lanteri-Laura G. : Signification d'une sémiologie phénoménologique. *L'Encéphale* 1961 ; 5 : 478-511.
- [12] Dejours C. Le soin en psychiatrie entre souffrance et plaisir. In : *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*. Paris : ERES, 2010, p. 399-417.
- [13] Delort P. *Le big data*. Paris : P.U.F. Que sais-je ? 2015.
- [14] Demazeux St., Pidoux V. Le projet RDoC La classification psychiatrique de demain ? *Médecine/Sciences* n° 8-9, vol. 31, août-septembre 2015 : 792-6.
- [15] Falissard Br., Revah A. Yang S., Fagot-Largeault A. La place des mots et des chiffres dans la recherche psychiatrique. *Philosophie, éthique et sciences humaines en médecine* 2013, 8: 18. Doi: 10.1186/1747-5341-8-18.
- [16] Fulford B., Peile Ed., Carroll H.: *La clinique fondée sur les valeurs*. Paris : Doin 2017.
- [17] Grenouilloux A. La psychiatrie phénoménologique du XXI^e siècle ; psychosomatique et nosologie. *Evol psychiatr* 2005, 70 : 311-322.
- [18] Grenouilloux A. Comprendre et expliquer ; psychosomatique ou corporéité. *Synapse* 2005, 212 :19-24.
- [19] Grenouilloux A. « Pour une théorie de la pratique. A propos de l'abord phénoménologique de l'unité psychosomatique » *Nervure Journal de Psychiatrie* n°1 Tome XX, 1^{re} partie février 2007 p.14-17 et 2^e partie mars 2007 p.11-13.
- [20] Grenouilloux A. Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au XXI^e siècle ? *L'Information psychiatrique* 2010, 86 : 135-43.
- [21] Grenouilloux A. Lever le voile sur la « princesse lointaine », est-ce possible ? A propos de la théorie de la pratique. *L'Information psychiatrique* 2013, 89 : 63-71.
- [22] Grenouilloux A. Savoir, pouvoir, éthique en psychiatrie. *Ethique et santé* 2015,12 :130-137.
- [23] Grenouilloux A. Psychiatrie phénoménologique, médecine de la personne et big data. *A paraître Ann Méd Psychol*, 2017.
- [24] Guchet X. : *La médecine personnalisée, un essai philosophique*. Paris : Les Belles Lettres 2016.
- [25] Lanteri-Laura G. Esquisse d'un organicisme critique. *Regard, accueil et présence. Mélanges en l'honneur de Georges Daumezon*. Toulouse, Privat, 1980 : 343-367.
- [26] Lanteri-Laura G. Introduction critique à une théorie des pratiques. *Actualités Psychiatriques*, 1980, 8 : 15-27.
- [27] Lanteri-Laura G. : « La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique* 1982 ; 47, 2 : 423-469.
- [28] Lanteri-Laura G. Phénoménologie et critique des fondements de la psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 51, 4, 1986 : 895-906.
- [29] Lanteri-Laura G. : *Psychiatrie et connaissance*. Paris : Sciences en situation, 1991.
- [30] Lanteri-Laura G. Introduction générale *L'Evolution Psychiatrique* Avril-juin 2005, vol.70 n°2 : 219-247
- [31] Macheray P. *De Canguilhem à Foucault, la force des normes*. Paris : La fabrique Editions, 2009.
- [32] Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la Perception*. Paris : TEL Gallimard 2005 [1945].
- [33] Merleau-Ponty M. *La Nature ; Notes de cours du Collège de France.1956-1960*. Paris: Seuil 1994.
- [34] Merleau-Ponty M. *Le visible et l'invisible*. Paris : TEL Gallimard [1964] 2001.
- [35] Mezzich J.E. et al. Le diagnostic en psychiatrie de la personne. *L'Information Psychiatrique*, 2011 ; 87 : 247-52.
- [36] Naudin J., Henry J.M., Azorin J.M. : « Les objets de la psychiatrie » in *Dictionnaire de Concepts*, Y.Pélicier dir. Paris : L'Esprit du temps 1997.
- [37] Psychiatrie et immunologie *L'information psychiatrique* 2016/10 (Volume 93).
- [38] Rouvroy A. « Génétisation et responsabilité : les habits neufs de la gouvernance néolibérale » in Hervé C. et al. *Génétisation et responsabilités*. Paris : Dalloz, 2008 : 111-120.
- [39] Strauss Erw. *Du sens des sens*. Grenoble : Millon-Krisis 2000.
- [40] Tatossian A. *La phénoménologie des psychoses*. L'Art du Comprendre 1979 ; 97(hors-série Juillet)
- [41] Tatossian Arth. Symptôme et maladie en psychiatrie, sur les présupposés de la psychopathologie quantitative. *Psychologie médicale*, 1981, 13, 6 : 879-881.
- [42] Tatossian Arth. Pratique psychiatrique et phénoménologie. In P.Fedida. dir. *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*. Paris Echo-Centurion ; 1986 : 123-31.
- [43] Tatossian Arth. Qu'est-ce que la clinique ? *Confrontations Psychiatriques* 1989, n°30 : 55-61.
- [44] Tatossian Arth. Classification psychiatrique et phénoménologie. *Revue internationale de Psychopathologie*, n°2/1990 : 271-289.
- [45] Tatossian Arth. La phénoménologie : une épistémologie pour la psychiatrie ? *Confrontations Psychiatriques* 1996 ; 37 :177-195.

BIG-DATA ET DIAGNOSTIC INTÉGRÉ CENTRÉ SUR LA PERSONNE (PID)

BIG DATA AND PERSON CENTERED INTEGRATIVE DIAGNOSIS

Michel BOTBOL*

RÉSUMÉ

La médecine de la personne est avant tout une médecine de la complexité de la personne qui lutte activement contre l'idée que la maladie soit l'unique objet du diagnostic médical. Ce risque est présent dans toutes les branches de la médecine ; mais il l'est avec une particulière acuité en psychiatrie où la volonté de faire science malgré tout, se paye du rejet de tout ce qui relève du subjectif ou du contexte, alors même que tout laisse à penser que ce sont là des dimensions essentielles de la personne qu'il s'agit de prendre en compte (I am I and my circumstances). L'une des premières tâches que s'est fixée la psychiatrie de la personne a été de créer un outil diagnostic permettant de ne plus devoir renoncer à prendre en compte la subjectivité pour diagnostiquer et classer : c'est le Diagnostic Intégré Centré sur la Personne (Person-centered Integrated Diagnostic-PID). Après avoir présenté cet instrument, cet article se demandera en quoi le Big-Data peut contribuer à l'amélioration de cet instrument en en faisant un allié de la médecine de la personne. Nous examinerons ainsi comment, alors que les données massives se situent a priori du côté de la médecine personnalisée concernant la personne définie par ses biomarqueurs (ce que X Guichet désigne comme la personne-moléculaire), elles peuvent aboutir à servir la médecine centrée sur la personne, c'est-à-dire celle qui concerne les personnes-sujet, qui transcendent suffisamment les données biologiques pour être des sujets autonomes. En conduisant à se demander s'il ne dissout pas la différence entre personne moléculaire et personne sujet, le Big data devient une question pour la psychiatrie d'aujourd'hui.

MOTS-CLÉS

Diagnostic Intégré Centré sur la Personne, Médecine Centrée sur la Personne, Médecine Personnalisée, Personne-Moléculaire, Personne-Sujet.

ABSTRACT

Old notion in health, Person-Centered-Medicine has renewed the interest it raises when it got committed in operationalizing its principle to make them more influential on the medical practices.

The construction of the Person-centered Integrative Diagnostic is at one of the main methodological tools it offers to store and classify the clinical information gathered in a person-centered perspective.

It is particularly the case for the subjective dimension in the person of the patient, as they can be approached by the empathic processes in their narrative dimensions. This paper will particularly discuss the role of Big Data in this new perspective as long as the massive data it can integrate could bridge the gap between the Molecular-Person and the Subjective-Person.

KEYWORDS

Person-Centered-Medicine, Person-Centered-Psychiatry, Person-Centered Integrative Diagnostic, Molecular-Person, Subject-Person.

* Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université de Bretagne Occidentale et CHU de Brest, Service Universitaire de Psychiatrie Infanto Juvenile, Hôpital de Bohars, 29820 Bohars, France. botbolmichel@orange.fr.



Depuis le milieu des années 2000 a émergé en France et dans le Monde le concept de Psychiatrie Centrée sur la Personne (PCP) (Mezzich *et al.*, 2016). Ce concept qui est de plus en plus fréquemment utilisé par les professionnels et les usagers, est volontiers repris par les administrations ou les politiques publiques, et fait l'objet d'un nombre croissant de publications et de colloques scientifiques. Derrière une apparente simplicité, voire une évidence pour beaucoup, la Psychiatrie Centrée sur la Personne est une notion complexe : son objectif est clairement affirmé : la PCP est une psychiatrie qui met la totalité de la personne, et pas simplement la maladie ou le trouble, au centre de ses objectifs et de ses soins. Elle apparaît donc clairement comme un contrepoint à la psychiatrie technique qui a certes permis des avancées remarquables pour améliorer les soins et leurs résultats, mais ne prend pas assez en compte les besoins et les attentes des usagers et de leurs proches en négligeant les aspects les plus humains de la personne des patients et des relations entre eux et les professionnels du soin. C'est donc, pour l'essentiel un concept qui met la personne au centre des questions relatives à la santé : une psychiatrie de la personne, pour la personne, par la personne et avec des personnes. Ce concept est au centre d'un mouvement qui s'est appuyé notamment sur la création d'une association scientifique, le Collège International pour la Médecine de la Personne, qui s'est fixé pour objectif non seulement de diffuser cette idée mais aussi et surtout de l'opérationnaliser en en définissant les conditions et les outils. Le Diagnostic Intégré Centre sur la Personne (Person-Centered Integrated Diagnosis – PID) est le modèle diagnostic élaboré par ce Collège pour répondre à ces objectifs. D'abord créé pour la psychiatrie dans le cadre du Programme Institutionnel pour la Psychiatrie Centrée sur la Personne de la World Psychiatric Association (WPA) durant la présidence du Pr Juan Mezzich entre 2005 et 2008, ce modèle a été appliqué à l'ensemble de la médecine à partir de 2008. Le PID n'est pas « simplement » une classification nosographique d'entités pathologiques considérées comme discrètes et rendant compte de faits naturels ; c'est un outil de classement des données recueillies dans un processus diagnostique qui prend en compte la personne dans son contexte c'est-à-dire en allant très au-delà de ce qui la caractérise comme malade et la constitue comme individu. Dans cet article nous allons envisager les rapports de la PCP et, plus largement, de la Médecine Centrée sur la Personne, avec les Big-Data, c'est-à-dire les données en masse permises par les nouvelles technologies de l'information et de la communication à une échelle qui n'a pas de précédent dans l'histoire de l'humanité.

I. LA PSYCHIATRIE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

Qu'est-ce que la médecine centrée sur la personne ?

Le travail sur ce qui définit cette psychiatrie est loin d'être achevé mais il a déjà permis de dégager trois conditions nécessaires pour qu'une psychiatrie ou une médecine soit centrées sur la personne (Botbol, 2012) :

- Prendre en compte la *totalité de la personne en contexte* en incluant les aspects positifs et négatifs de son état de santé ;
- Considérer le diagnostic et les choix thérapeutique comme un *processus conjoint* impliquant la personne du patient, la personne des cliniciens, et la personne de l'environnement du patient (famille notamment) ;
- Intégrer les *aspects subjectifs* de l'état de santé de la personne et pas seulement ses aspects objectifs.

1. Prendre en compte la totalité de la personne

Comme nous venons de le voir cela impose une démarche qui est doublement intégrative :

- Elle ne se limite pas à relever les aspects pathologiques de la personne mais intègre également, ses éléments positifs de santé.
- Elle ne se limite pas à l'individu mais intègre aussi son contexte.

Il s'agit ici, en somme, de rendre explicite le fait qu'un symptôme résulte toujours de l'interaction entre :

- D'une part, les aspects positifs et les aspects négatifs de l'état de santé, c'est-à-dire une interaction entre les processus pathologiques et les mécanismes de récupération. Cette idée, qui est à la base des conceptions psychodynamiques en psychiatrie (et ceci très au-delà du seul domaine de la psychanalyse), s'applique également à toutes les situations pathologiques et à tous les symptômes.
- D'autre part, les aspects individuels et les éléments de contexte, c'est-à-dire une interaction constante entre monde interne et monde externe du patient. C'est notamment le cas en situation de vulnérabilité ou de souffrance.

2. Considérer le diagnostic et les choix thérapeutiques comme un processus conjoint

Au-delà même des raisons de droit qui tendent aujourd'hui à l'imposer, il s'agit ici de veiller constamment à laisser une place suffisante au patient et à sa famille dans le processus diagnostique comme dans les choix thérapeutiques. Ce processus implique non seulement le savoir de l'expert mais aussi, ceux des autres professionnels du soin, des proches du patient et du patient lui-même,

en reconnaissant à chacun de ces contributeurs un rôle différent mais une position égale.

3. Prendre en compte les aspects subjectifs de l'état de santé de la personne

Cette troisième condition impose qu'à côté de l'attention donnée aux aspects médico biologiques objectifs du patient, soient également pris en compte ses aspects subjectifs, incluant ses ressentis, ses croyances, ses valeurs, ses représentations, etc., aux différents niveaux mobilisés par les relations de soins :

- L'évaluation de l'état de santé du patient ;
- Son expérience de la maladie ou de son bien être ;
- Ses déterminants de sante positifs ou négatifs.

Ces aspects subjectifs incluent des dimensions phénoménologiques, dynamiques, spirituelles, culturelles, etc. Mais la MCP ne se contente pas de réaffirmer ce principe qui est la clé de voute de ce type d'approche ; elle s'attache à construire sérieusement une méthodologie permettant d'accéder à ces aspects subjectifs du patient. Cela impose d'être attentif à ce que ce patient dit ou raconte de ses troubles mais aussi à ce qu'il montre ou agit ; c'est évidemment essentiel si l'on ne veut pas s'en tenir à la partie la plus consciente ou la plus facile à assumer pour le patient ou son entourage. Aller au-delà de ce que dit le patient ou ceux qui lui sont proches pose évidemment des problèmes éthiques et techniques très délicats ; c'est la raison pour laquelle les professionnels et les équipes qu'ils constituent doivent pouvoir être formés et accompagnés au quotidien dans la prise en compte de cette difficulté. Intégrer la subjectivité ne peut pas s'improviser ; on peut même considérer que c'est l'une des compétences les plus difficiles à acquérir dans la relation de soin (Botbol *et al.*, 2016).

Ce que n'est pas la médecine de la personne

1. Intrinsèquement

1. La médecine personnalisé ou médecine de précision, qui reste centrée sur la maladie et réduit la personnalisation à la prise en compte de biomarqueurs spécifiques au patient concerné ;
2. La médecine des droits dans laquelle ce qui compte avant tout c'est le respect des droits de patients, qui, pour l'essentiel, consiste à appliquer aux personnes demandeuses de soins, les droits qui sont la loi commune pour tous. Ce respect est évidemment très important pour les patients et leurs proches mais, outre qu'il est « la moindre des choses », il a pour principale ambition de s'assurer que les patients en soin ne se voient pas privés de leurs droits au

motif qu'ils sont en situation de vulnérabilité ou de dépendance, autrement dit, qu'ils ont les mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux autres. Cette ambition reste donc très en deçà de ce que vise la PCP (Botbol, 2012) : la reconnaissance du caractère irréductible de la subjectivité de la personne au-delà du respect de ses droits, de son statut de sante ou des caractéristiques de sa maladie.

3. Une médecine du spirituel ou du sacré qui s'attacherait avant tout à la promotion de la prise en compte des besoins spirituels de la personne en demande de soins, toute la question étant alors de savoir quelle définition on donne de ces besoins (le spirituel religieux, le transcendant religieux ou non, voire tout ce qui n'est pas matériel confine à l'ineffable et n'en est pas moins nécessaire au sujet). Certes, là aussi, c'est une dimension qu'il est essentiel de prendre en compte et dont il paraît démontré qu'elle contribue au bien-être (Cloninger, 2004) et ou renforce ses déterminants. Mais cette dimension ne peut pour autant résumer l'ensemble des besoins psychologique du sujet qui incluent également des dimensions plus directement articulées avec l'utilisation du contexte et l'adaptation que cela permet pour le fonctionnement psychique du sujet et son équilibre

2. Institutionnellement

1. Un groupe de réflexion philosophique, éthique, ou théorique : c'est plutôt un mouvement avec des objectifs techniques et politiques ;
2. Ce mouvement est appuyé sur une association : l'international College for Person-Centered Medicine (ICPCM) qui s'est donné pour mission de contribuer à faire du centrage sur la personne, un enjeu médical transversal, de réfléchir aux conditions requises pour répondre à cet enjeu transversal, d'adapter ces principes à tous les contextes médicaux et à toutes les pathologies, d'élaborer et créer, directement ou indirectement, des outils pour s'adapter à ces conditions pratiques.

Le travail du Collège s'est déployé selon trois axes :

1. L'élaboration, la mise à l'épreuve et la diffusion du Diagnostic Intégré Centré sur la Personne (PID) pour permettre de définir le processus et recueillir et ranger les données pertinentes pour une psychiatrie centrée sur la personne, C'est l'un de ses principaux axes de travail actuel ;
2. Concernant les pratiques cliniques et de recherche, son second axe de travail est l'élaboration d'une méthode non métaphysique permettant d'accéder à



la subjectivité du patient et celle de son entourage via la subjectivité des professionnels du soin ;

3. Son troisième axe de travail concerne la santé publique et sa déclinaison en termes de soins primaires et d'organisation des soins. Il s'agit actuellement d'élaborer un index permettant d'évaluer le niveau de développement du « centrage » sur la personne dans les différents systèmes nationaux.

II. LE DIAGNOSTIC INTÉGRÉ CENTRÉ SUR LA PERSONNE (PERSON-CENTERED INTEGRATIVE DIAGNOSTIC – PID)

Comme nous l'avons déjà indiqué, le PID est d'avantage un processus qu'une classification. Ce processus est triplement intégratif :

- Dans les dimensions et niveaux qu'il prend en compte :
 - Les dimensions positives et négatives de l'état de santé c'est-à-dire tout autant la dimension pathologique que les aspects de Santé Positive ;
 - Les différents niveaux que sont le Statut de Santé, les facteurs contributifs à la santé, les éprouvés relatifs à la santé ;
- Dans les méthodes qu'il utilise pour recueillir ces données et les évaluer :
 - Catégories, dimensions et narrations sont toutes trois utilisées pour rendre compte de ces différents aspects ;
 - L'évaluation recourt à des instruments standardisés, à la référence à des prototypes, voire à l'utilisation de formulations idiosyncrasiques pour rendre compte des aspects les plus subjectifs de la personne ;
- Dans les sources de ces données :
 - Le patient, son entourage, les différents professionnels engagés dans le soin du patient ;
 - En prenant en compte tant les données objectives que les données subjectives chez chacun de ces partenaires, y compris les professionnels.

La subjectivité est une dimension essentielle dans le PID, comme elle l'est dans la définition de la Psychiatrie de la Personne.

Le problème est qu'approcher cette dimension pour la prendre en compte pose d'important problèmes méthodologiques. En effet, observer ne suffit pas pour cela ; écouter est nécessaire mais pas suffisant non plus. Elaborer une méthode non métaphysique pour accéder à la subjectivité est donc une question centrale pour la PCP.

La notion d'Empathie est ici essentielle, du moins si l'on considère cette notion comme un processus complexe

et non pas, seulement, comme la contamination émotionnelle qui définit la sympathie (Botbol *et al.*, 2014). Dans la tentative d'approcher la subjectivité d'autrui, l'empathie se déploie en trois temps : Le premier est l'empathie affective des cliniciens, c'est-à-dire les sentiments induits chez eux par le contact avec le patient au travers de ce que l'on sait de lui, de ce qu'il dit ou de ce qu'il montre ; cette empathie affective est proche de la sympathie dans la mesure où elle conduit à se rapprocher du patient ; c'est le premier pas méthodologique pour aller au-delà de l'objectif.

Le deuxième temps est, par certains aspects, l'inverse du précédent puisque le clinicien doit maintenant se servir de son affect pour penser l'autre et envisager ce qu'il éprouve subjectivement en tant qu'autre, différent de lui. Il lui faut donc inhiber la sympathie qui le rapprochait d'autrui (Berthoz, 2014) pour pouvoir penser la subjectivité de l'autre dans sa dimension subjective. L'empathie dont il s'agit ici est une empathie narrative, et non pas simplement une empathie miroir, une empathie affective ou une sympathie. Elle utilise les représentations et les affects du clinicien pour avoir accès à la subjectivité du patient au travers de la subjectivité du clinicien qui construit une figuration narrative du vécu et des représentations subjective d'un autre, le patient, qui éprouve ce que lui n'éprouve pas. C'est au travers de l'histoire qu'il se raconte sur le patient, pour donner sens aux affects induits à son contact, qu'il peut avoir accès à la subjectivité du patient dans son irréductible altérité.

Le troisième temps de ce processus empathique est indispensable pour réduire les risques que comportent les deux premiers temps. Analogue à la re-figuration de Paul Ricœur (Ricœur, 1983) il s'agit de partager avec d'autres le récit que l'on se fait, ici, du vécu et des représentations subjectives du patient, la sensibilité individuelle de chaque membre de l'équipe amplifiant, en fonction de ce qu'il est, différentes facettes de la vie subjective du patient. Dans le travail d'équipe ce troisième temps prend alors la forme d'une délibération collective dans laquelle se confrontent les constructions narratives que les uns et les autres se font subjectivement de la vie subjective du patient. Cette confrontation des subjectivités des membres de l'équipe, aboutit à une méta-narration dont le caractère collectif dans le travail d'équipe, réduit les effets totalisants de l'idiosyncrasie de chacun de ceux qui alimentent cette délibération. Dans cette perspective, la subjectivité des membres de l'équipe n'est pas seulement un effet latéral négatif de la relation patient-équipe ; c'est la condition pour que l'empathie contribue au diagnostic et au soin du patient. Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, il faut pour cela que cette subjectivité soit convenablement analysée

et contrôlée par les professionnels, ce qui suppose que ceux-ci soient formés à la reconnaissance et à l'utilisation de leurs affects et représentations ainsi qu'à leur mise en conflit dans le travail d'équipe.

Pour être pratiquement et théoriquement opérante comme méthode d'approche de la subjectivité, le concept d'empathie doit donc être perçu dans la complexité du processus qui le sous-tend. Ce constat rejoint ce qu'en disent les philosophes ou les neuroscientifiques qui en sont devenus les spécialistes : le philosophe Gallagher par exemple, a montré l'insuffisance de la théorie de la simulation et du rôle des Neurones miroir pour rendre compte de ce qu'est l'empathie ; il montre qu'une conception narrative de l'empathie est indispensable pour dépasser ces insuffisances : « comprendre l'autre en fonction de son contexte situationnel, en ayant le sens de son histoire, est essentiel pour avoir une attitude empathique à son égard » (Gallagher, 2014). La part que les informations « cognitives » occupent dans cette compréhension fait l'objet de vives discussions concernant la place à donner à l'affectif ou à l'émotionnel dans la notion d'empathie.

Ce qu'il y a de certain, c'est que ce savoir d'autrui « ne passe pas par l'auréole » comme le disait malicieusement Ajuriagerra sans doute un peu agacé par le succès que pouvait avoir, à l'époque, l'idée d'une transmission d'inconscient à inconscient. Comme la subjectivation (Cahn, 1997) et la Transmission Transgénérationnelle (Lebovici, 1998), l'empathie est la propriété émergente d'un système complexe qui se fonde sur des informations interpersonnelles (objectives et subjectives) et la construction de représentations (conscientes et inconscientes).

III. BIG DATA ET MÉDECINE DE LA PERSONNE

Si l'on s'en tient aux définitions que nous venons de donner, le Big-Data se situe davantage du côté de la médecine personnalisée que de celui de la médecine de la personne. Les données qu'il intègre en masse relèvent en effet de ce que Xavier Guichet désigne sous le nom de Personne-Moléculaire et non de ce qu'il désigne sous le nom de Personne-Sujet (X Guichet, 2016). Quoi de plus impersonnel en effet que ces données nombreuses et généralement objectives qui, le plus souvent dans leur majorité dans le domaine de la santé, sont des biomarqueurs.

Comme l'indiquent certains des commentateurs de ce travail, X Guichet recourt ainsi à une nouvelle formulation de la dichotomie classique en médecine où l'on différencie, voir oppose, volontiers le « care » et le « cure » (l'attention et le traitement), ou *l'individu* pris comme entité objectivement définissable et *la personne*

qui transcende les données biologiques (Kessler, 2016). « Il existe une différence fondamentale entre l'individu et la personne » écrit Guichet en précisant que la biologie fait de l'individu un donné tandis que la notion de personne implique l'idée d'une autocréation (sujet autonome, auteur souverain en dernière instance de ses actes) qui, dans une perspective Kantienne, se définit par sa transcendance au donné. Ce point de vue semble donc confirmer que le big data se situe du côté des données et de l'individu en s'éloignant de la personne et de sa souveraineté Kantienne.

C'est négliger le fait que le concept de Personne Moléculaire est, sous la plume de Guichet, un concept polysémique pour au moins deux raisons : En accumulant les biomarqueurs il se centre sur des maladies personnalisées c'est-à-dire des maladies dont la catégorisation peut devenir floue, notamment lorsque ce qui distingue cette maladie dans la catégorie dans laquelle elle est classée devient si déterminant pour tel ou tel usage (par exemple thérapeutique) qu'il devient plus pertinent de la classer en fonction de ses particularités plutôt qu'en fonction de sa catégorie nosographique. De telle manière que, en accumulant les données, on peut accumuler les classements différents au point que le patient concerné est le seul à se trouver au croisement de ces classements différents. Il est atteint d'une maladie dont il est le seul à souffrir une maladie personnalisée dont la définition relève bien d'une démarche de la médecine personnalisée et des biomarqueurs qu'elle a trouvés chez ce patient, mais lui est à ce point personnel qu'elle n'appartient qu'à lui.

Cette polysémie on la retrouve dans ce que l'auteur dit de l'Épigénèse dont l'existence permet d'envisager « qu'il serait possible de lire toute l'histoire d'un individu dans ses molécules » autrement dit de lire dans les molécules les traces qu'ont laissés les événements qui ont marqué son histoire personnelle.

On peut ainsi construire l'utopie d'une véritable totalisation des données concernant un individu, et en conséquence, l'idée qu'ainsi totalisées, ces données pourraient définir au moins des prototypes de personnes-sujets en intégrant ces données massives par Machine Learning. Dans cette utopie les informations prises en compte seraient en effet suffisantes pour intégrer des éléments de la subjectivité du sujet dans ses dimensions conscientes et non conscientes, notamment celles qui viennent alimenter l'empathie du clinicien dans les trois temps de son processus. Les travaux sur la transmission transgénérationnelle des patterns d'attachement donnent un exemple d'un tel processus dans un domaine suffisamment réduit pour faire dores et déjà l'objet d'études nombreuses et variées pour tenter de reconnaître les voies de cette transmission que les arguments génétiques



ne permettent pas d'expliquer (Botbol, 2010) : parmi eux ceux qui, dans les travaux de Peck (Peck, 2003) ou ceux de Varela (Varela, 1991) montrent la place majeure qu'occupent les micro comportements dans cette transmission. Lebovici a amplement démontré en clinique que ce sont ces micro comportements qui induisent, chez les partenaires de la dyade mère-bébé, les représentations de mots ou de choses qui sont les véhicules de la transmission des pattern d'attachement entre eux (Lebovici, 1991). Selon lui, ce sont ces mêmes mécanismes qui sont également à l'œuvre dans ce qui se transmet au thérapeute dans la consultation thérapeutique, ceux que cet auteur désigne sous le nom « d'empathie métaphorisante » et celle « d'Enaction » qu'il emprunte à Varela (Lebovici, 1998). Dans cette optique la transmission gap serait comblé par un processus complexe qui à partir de micro comportements, pour l'essentiel inconscients, transmettrait suffisamment d'informations pour permettre, en contexte, de construire des représentations (en particulier des représentations de choses, qui sont inconscientes) qui vont déterminer le contenu de la transmission transgénérationnelle et ses effets sur les processus de subjectivation du bébé.

On pourrait bien sur dire que la polysémie du concept de personne moléculaire et l'utopie qu'elle permet de construire, ont finalement raison du concept de personne qu'ils conduisent à dissoudre dans celui d'individu ; mais on peut aussi considérer que plus que la notion de personne c'est la différence entre Personne-Moléculaire et Personne-Sujet qui est finalement dissoute.

Au-delà du Big-Data cette question, dont dépend la place du Big-Data dans la médecine centrée sur la personne, est surtout une question à la psychiatrie d'aujourd'hui et de demain comme le montre, il me semble, un récent éditorial du *British Journal of Psychiatry* (Prosser *et al.*, 2016) dans lequel l'auteur suggère que l'idée que la psychothérapie n'est pas un traitement biologique est un mythe. ■

EN CONCLUSION

On peut dire que même s'il est encore trop tôt pour mettre le big data du côté de la médecine de la personne, force est de constater que les questions que cela pose est « une manière de repenser les concepts fondamentaux de la médecine que sont le malade et la maladie » X. Guichet 2016. Pour les cliniciens de la subjectivité, c'est un espoir de pouvoir renouer avec le rêve ancien d'un monisme qui ne se construirait plus sur l'oubli de la Personne-Sujet.

RÉFÉRENCES

- Mezzich J, Botbol M, Christodolou G, Cloninger R, Salloum I : *Person Centered Psychiatry*. Switzerland : Springer International Publishing, (2016).
- Botbol M : Du manifeste au subjectif : ce qu'est la médecine de la personne [From objectivity to subjectivity : What is Person Centered Medicine] In SD Kipman (Ed.) *Manifeste pour la médecine de la personne* [Manifesto for Person Centered Medicine]. Paris, Doin. (2012).
- Botbol M, Lecic-Tosevski D : Subjectivity, Intersubjectivity and Psychological Functioning, in Mezzich J, Botbol M, Christodolou G *et al.* (eds) *Person Centered Psychiatry*, Switzerland : Springer International Publishing, (2016), 61-6.
- Cloninger R C : *Feeling Good : The science of Well-Being*. Oxford, Oxford University Press (2004).
- Botbol M, Garret-Gloane N, Besse A (eds) : *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*, Paris, Doin, 2014.
- Berthoz A : Une théorie spatiale de la différence entre la sympathie et le processus de l'empathie, in Botbol M, Garret-Gloane N, Besse A (eds) : *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*, Paris, Doin, 2014, 77-98.
- Ricoeur P : *Temps et récit*. Paris: Le Seuil. (1983).
- Gallagher S : Conceptions fondées sur la simulation v. conceptions fondées sur la narration dans l'empathie. in Botbol M, Garret-Gloane N, Besse A (eds) : *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*, Paris, Doin, 2014.
- Cahn, R : «Le processus de subjectivation à l'adolescence», Perret Catipovic, M., et Ladame, F., (dir) *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Delachaux et Niestlé, Lausanne. (1997).
- Lebovici S : L'arbre de vie. In Lebovici S. (ed.) *Eléments de psychopathologie du bébé*. Ramonville-Saint-Agne, Eres (1998).
- Guichet X : *La médecine personnalisée ; un essai philosophique*, Les Belles Lettres (2016).
- Kessler J : *Commentaires de l'essai de X Guichet, L'œil de minerve* (2016).
- Botbol M : Towards an integrative neuroscientific and psychodynamic approach to the transmission of attachment. *Journal of Physiology* (2010) 263-271.
- Peck SD : Measuring sensitivity moment-by-moment : a micro analytic look at the transmission of attachment. *Attach. Human Dev.* (2003) 5, 38-63.
- Varela, F, Thompson, E., Rosch, E : *The embodied mind: cognitive science and human experience*. MIT Press, Cambridge, Ma. (1991).
- Lebovici, S : La théorie de l'attachement et la psychanalyse contemporaine. *La Psychiat. Enfant*. 2, (1991) 305-339.
- Prosser A, Helfer B and Leucht S : Biological v. psychosocial treatments : a myth about pharmacotherapy v. psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry* (2016) 208 : 309-11.

DU DROIT D'ÊTRE UNE PERSONNE EN SOUFFRANCE MENTALE : DE LA SÉCURISATION À LA PARTICIPATION ?

ABOUT THE RIGHT TO BE A PERSON IN MENTAL SUFFERING: FROM THE SAFETY TO THE PARTICIPATION?

Cyril HAZIF-THOMAS*, David JOUSSET** et Michel WALTER***

RÉSUMÉ

Explorer la relation des soignants et des patients psychiatriques, de ceux en souffrance mentale, avec les fréquents handicaps psychosociaux qui émaillent leur parcours, est une question d'importance tant pour la patient que pour la société. Le faire au prisme de leurs droits examinés au quotidien de leurs interactions est notamment un pari fort risqué lorsqu'il est demandé aux équipes de soin de passer de la sécurisation à la participation. Faire retour sur les visées non nécessairement bienveillantes de cette « institution totale » est tout autant complexe à l'heure des politiques de soins faisant rimer qualité avec éthique, et bientraitance avec santé mentale au sein de l'univers hospitalier. Or la fonction soignante n'implique-t-elle pas de veiller autant à ce que les personnes en souffrance mentale reprennent un pouvoir d'agir dans la société civile que de les aider à contrôler leurs symptômes ?

MOTS-CLÉS

Soin, Participation, Santé mentale, Handicap, Éthique, Droit.

ABSTRACT

The intention to explore the links between carers and psychiatric patients – or persons in situation of psychosocial handicap – in the prism of their rights for the everyday life of their interactions is doubtless a real challenge. It is inevitably a complex mission when we work into psychiatric institution and when require that the teams of care get involved both in the reassurance and in the participation. We intend to question the aims of this “total institution”. It is clearly interesting but really difficult at the time of the policy of care that articulates quality with ethics, and positive treatment with mental health within the hospital area. Should not the medical function favor as much the control of the symptoms as the process of empowerment?

KEYWORDS

Care, Participation, Mental health, Handicap, Ethics, Law.

* Psychiatre du sujet âgé, CH Bohars, Pdt Comité éthique du CHRU de Brest ; Docteur en droit – cyril.hazifthomas@chu-brest.fr

** Maître de conférences en Philosophie HDR, Centre atlantique de recherche en éthique – CAPHI (EA 7463), UBO Brest.

*** Professeur de Psychiatrie, Chef de pôle, CH Bohars, CHRU Brest.



INTRODUCTION

Explorer la façon dont les droits des patients faisant l'objet de soins psychiatriques, et plus largement de ceux en souffrance mentale (avec très souvent une situation de handicap psychosocial), est sans doute un pari fort risqué lorsqu'on est soi-même immergé au sein d'une institution psychiatrique. Faire un arrêt sur la maltraitance ordinaire(1) de cette « institution totale »(2) l'est tout autant à l'heure des politiques de soins faisant rimer qualité avec éthique, et bientraitance avec hygiène au sein de l'espace hospitalier. Hospitalière, la collectivité soignante tente de le demeurer mais force est de constater que la psychiatrie humaine perd du terrain(3). Si la bientraitance se doit de garder la mémoire de la maltraitance(4), le soin au quotidien, majoritairement adossé aux murs de l'institution psychiatrique, tend parfois à s'enfermer dans la « maltraitance », cette sous-culture de la maltraitance ordinaire, mal banal-voire sous-produit de la banalité du mal(5) – des structures trop hâtivement qualifiées de « post-asilaires ». Cette

(1) M. Winckler, *Les Brutes en blanc*, Flammarion, 2016, 359 p. Selon l'auteur, « Pour reconnaître la maltraitance médicale, il suffit de se rappeler que le but d'une relation de soin, c'est que le patient aille mieux ou, au moins, se sente mieux après avoir vu le soignant [...] Est maltraitant le médecin qui manifeste du mépris pour les croyances, les sensations ou les sentiments du patient. Ce que vous me racontez, c'est n'importe quoi », p. 53.

(2) E. Goffman, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Ed. de Minuit, Paris, 1968, 447 p.

(3) P. Delion P. Coupechoux, *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, A. Michel, Paris, 2016, 276 p.

(4) K. Lefeuve-Darnajou, La violence en milieu hospitalier : de la prévention à la sanction de la violence par le droit, *Médecine & Droit*, 2004 : 54-66.

(5) Il s'agit là de la notion portée par H. Arendt, souvent incomprise : « j'avais parlé de la « banalité du mal », entendant par là non pas une théorie ou une doctrine mais quelque chose de tout à fait factuel [...] impossible à rattacher à quelque méchanceté particulière, à quelque pathologie ou conviction idéologique de l'agent, lequel se distinguait uniquement par une extraordinaire superficialité » (Considérations morales, Payot Rivages, 1996, p. 25). La notion de « banalité » implique les caractéristiques d'absence de fondement (la banalité du mal signifie « son incommensurabilité et son absence de sol (...) l'effrayant est cette montée en puissance [des crimes nazis] à partir de quasi-rien » (entretien avec Thilo Koch cité par A. Wiewiorka, *Le procès Eichmann*, p. 135), notamment d'absence de racines dans le sujet auteur des actes, d'incapacité à élargir sa pensée en intégrant autrui (« du refus ou de l'incapacité de se rapporter aux autres par le biais du jugement naît le vrai scandale (...) là gît l'horreur et en même temps la banalité du mal » (« Basis Moral Propositions », cours de Chicago 1966 ; cf. Hannah Arendt, *Thinking and Moral Considerations*, Social Research, 38:3 (1971: Autumn), p. 417) et enfin la caractéristique d'extrémisme contagieux à l'inverse de la profondeur de l'enracinement de la bonté (« je suis convaincue que le mal est toujours simplement extrême mais jamais radical ; il n'a aucune profondeur ni aucune dimension démonique. Il est capable de dévaster le monde entier précisément parce qu'il se répand à sa surface comme un champignon. Seule la bonté est profonde et radicale » (correspondance avec G. Scholem, *Mitteilungsblatt*, août 1963, cité in *Hannah Arendt*, S. Courtine-Denamy, Pluriel 1994, p. 109).

pente malheureuse de la routine désubjectivante, en lieu et place d'une visée bientraitante, nous fait parler de maltraitance, de bientraitance non pensée, de moins en moins investie, sans penser à mal nécessairement, mais nécessairement source de ratage du moment du soin.

I. METTRE LES ENJEUX ÉTHIQUES ET JURIDIQUES AU CŒUR DE LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

L'approche professionnelle des acteurs de santé mentale visant à endiguer l'intensité et la violence des troubles mentaux a toujours suscité un débat passionnel entre les partisans d'une fermeté intraitable et les adversaires d'une psychiatrie de plus en plus autoritaire(6). L'enjeu que représente la libération du malade de sa souffrance rencontre en effet celui du respect de la liberté individuelle et la prise en compte avérée des intérêts d'une société de plus en plus inquiète quant à la protection de ses intérêts, notamment ceux afférents à la cohésion sociale, voire nationale(7). On ne saurait dès lors rejeter les attentes de sécurité, les défis que doit affronter l'ordre public et la recherche croissante d'une sécurité sanitaire sans faille. Toutefois ne faut-il pas s'interroger sur l'extension d'une attente de sécurité, d'un principe de sécurité(8) comme nouveau paradigme politique ? Celui-ci se traduit par exemple par les nouvelles contraintes de coopération entre psychiatrie et institution judiciaire depuis la loi du 5 juillet 2011(9). Si celle-ci vise effectivement à une meilleure information sur les droits et à une meilleure protection notamment par l'intervention du juge des libertés et de la détention, et éventuellement même du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans la pratique, ce nouveau dispositif reste encore souvent mal vécu par les soignants. Ceux-ci estiment parfois que le sens de leur mission soignante est mise en question par ces nouvelles obligations, que le vécu

(6) Voir la prégnance des rapports de supérieur hiérarchique entre médecin et infirmier psychiatrique dont on aimerait croire qu'ils relèvent du passé : « Vous n'êtes pas ici pour penser. » Réponse, vers 1952, d'un interne des HP à l'infirmier-surveillant lui disant : « Monsieur, je pense que... », Bonnafé (L.), « Sur un peu plus de cinquante ans de psychiatrie plus ou moins « sociale » », in J.-P. Arveiller, ERES « Hors collection », 2002 p. 47-54. Voir aussi l'identité psychiatrique redéfinie sur le soin et non le rapport de pouvoir institutionnel, N. Henckès, réformer et soigner, l'émergence de la psychothérapie institutionnelle en France, 1944-1955, in *Psychiatries dans l'histoire*, J. Arveiller (dir.), Caen, PUC, 2008, pp. 277-88.

(7) CE, 9 janvier 2014, n° 374508, Ministre de l'Intérieur c/ Société Les Productions de la Plume de la Plume et M. Dieudonné M'Bala M'Bala.

(8) Frédéric Gros, *Le principe sécurité*, Paris, Gallimard, 2012.

(9) LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

de la norme et de la limite chez les patients « faisant l'objet de soins psychiatriques(10) » est troublé par ces mises en présence d'un juge. Faut-il y voir un progrès juridique par l'extension aux personnes en souffrance mentale du régime commun de protection des libertés ? Faut-il craindre au contraire l'établissement d'un continuum entre le soin, l'accompagnement médico-social et la justice qui relèverait d'un « *continuum de sécurité et de contrôle*(11) » ? C'est qu'en effet la psychiatrie est une pratique sociale authentique, ce qui rend d'autant plus choquante l'affaire du Centre psychothérapique de l'Ain de Bourg-en-Bresse, caractérisée selon l'association CRPA(12) par un « fonctionnement féodal et inhumain », toutes occurrences qui ont mis en lumière le besoin d'un nouvel ordre juridique(13), ou tout au moins d'un contrôle accru du respect de l'esprit et de la lettre des dispositions actuellement en vigueur.

Le suivi parlementaire de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 rend compte en effet de l'effectivité largement perfectible de l'exercice des droits des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement(14). Un nécessaire renouvellement des pratiques doit de plus pouvoir se penser dans un cadre où, à côté des repères juridiques classiques (la loi, la jurisprudence et la coutume), existent aujourd'hui de nouvelles sources du droit(15) : l'expertise, l'information, les recommandations, parfois qualifié de « soft law » ou « droit mou ».

(10) Pour une analyse de cette notion et de la jurisprudence relative au consentement aux soins en psychiatrie, voir C. Hazif-Thomas, D. Jousset, M. Walter, La « personne faisant l'objet de soins psychiatriques », dans les récentes lois réformant l'encadrement du soin psychiatrique, *Annales Médico-Psychologiques* 172 (2014) 563-572.

(11) C.-O. Doron, « Une volonté infinie de sécurité » in Philippe Chevallier et Tim Greacen, eds., *Folie et justice : relire Foucault*. (Toulouse: Éd. Érès, 2009), p. 193.

(12) Communiqué du CRPA, 16 mars 2016, [\(13\) V. Lasserre, *Le nouvel ordre juridique, Le droit de la gouvernance*, Préface de F. Terré, Lexis Nexis, p. 109, 369 p.](https://psychiatrie.crpa.asso.fr/2016-03-16-pner-gvt-aai-Recommandations-en-urgence-de-la-Controleure-generale-des-lieux-de-privation-de-liberte-relatives-au-Centre-psychotherapique-de-l-Ain; Recommandations-en-urgence-du-Contrôleur-général-des-lieux-de-privation-de-liberté-du-8-février-2016-relatives-au-centre-psychotherapique-de-l-Ain-(Bourg-en-Bresse), JORF n°0064 du 16 mars 2016 Texte n°102.</p>
</div>
<div data-bbox=)

(14) Rapport d'information déposé par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale le 15 février 2017, par M.M. Denys Robiliard et Denis Jacquat, députés, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, 182 p.

(15) Voir Valérie Lasserre, précitée, qui écrit que « Les nouvelles sources du droit méconnaissent les frontières géographiques. L'europeanisation du droit, l'internationalisation du droit, sa globalisation, sont sensibles partout », V. Lasserre, *Le nouvel ordre juridique*, LexisNexis, Paris, 2015, p. 15.

C'est encore l'environnement international qui change très rapidement, et recentre notre droit national vers un respect accru de la personne, engageant un mouvement d'égalité des chances pour chacun, a fortiori pour la personne vulnérable, dans un esprit d'égalité de tous face à l'avenir.

Il y a lieu d'intégrer ce nouvel horizon juridique, qui dépasse le strict respect, classique en droit français, des droits du citoyen, afin de repenser les risques de négligence, notamment lorsque le professionnel de santé, en tant que profession « donneuse de soins », oublie de faire participer le malade à ses soins, voire se risque à se passer de sa volonté, oubliant ainsi de se poser la question de ce que représente pour le sujet soigné, « l'entrée dans le soin ». Il y a pourtant là un préalable éthique indispensable et un risque de violence, de négligence(16), d'empêchement de la qualité, regardés de près par le Défenseur des droits(17).

Il est également souhaité par l'environnement psychiatrique institutionnel ; il l'est assurément tant par les soignés que par les soignants, ce que le pouvoir politique tente d'accompagner, sans doute plus sereinement lorsque les réformes sont élaborées hors de l'urgence et des combats politiques partisans. La réflexion sur l'éthique du quotidien des soins, qui normalement traverse et transcende la réflexion propre au mouvement de psychothérapie institutionnelle, est loin de s'être installée dans l'ordinaire des soins. Pourtant cette institutionnalisation progressive de la réflexion éthique dans les établissements de santé est réellement pointée comme un des leviers pertinents d'amélioration de la qualité des soins, a fortiori lorsque ceux-ci sont d'appréhension complexe par des soignants laissés souvent seuls dans leur réflexion(18). Il est clair que « loin des recherches formelles et érudites, elle [cette réflexion éthique] est le pendant – trop souvent oublié des comités – d'une démarche éthique de fond centrée sur la prévention de la « maltraitance ordinaire. »(19). Et en effet c'est bien lors de ces moments de croisement entre parole de l'équipe, du médecin et du patient que se jouent parfois des tensions autour de l'expression d'une libre parole de

(16) E. Fiat, La négligence est-elle une violence ?, *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2004/2, n°229 : 27-33.

(17) <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actions/protection-des-droits-libertes/reglement-amiable/reglement-amiable-15-007972-du-31-mai-2016>, Règlement amiable 15-007972 du 31 mai 2016 relatif à la prise en charge de patients au sein du service des urgences d'un établissement de santé public.

(18) C. Glasson, La réflexion éthique au sein des établissements de santé : où en est-on ?, *RDSS*, 2010, p. 1102.

(19) A. Grenouilloux, Existe-t-il une éthique particulière à la psychiatrie ?, *Éthique & Santé*, Volume 9, Issue 4, December 2012, pp. 170-175.



la personne soignée, sans que sa dignité soit toujours véritablement respectée. L'éthique à considérer ici est celle du devoir d'humanité certes mais aussi celle d'une recherche constante de sens, seule à même de mettre l'acteur du soin psychique à l'abri de la chosification du patient ou de le conformer à ses souhaits, une éthique qualifiée d'anti-Pygmalion par Yves Pélicier(20). La position des usagers en santé mentale en faveur de la prise de parole comme vecteur d'affirmation de leur dignité milite pour la reconnaissance de la folie comme faisant partie de la condition humaine et non occasion d'enfermer la personne folle dans un statut(21). Il y a ici une entrave au droit des personnes en souffrance mentale de faire échec à la stigmatisation. Il en va pourtant de leur chance d'exister comme sujets émergents(22), des partenaires du projet de soin, libres d'interagir avec les soignants plutôt que de subir leur volonté réductrice : non pas des personnes à modeler pour qu'elles fassent l'objet de soins psychiatriques, mais des sujets mis en situation de discuter les visions parfois préconçues du soignant(23).

Se battre pour le respect réel des usagers revient également à se battre pour la relation soigné-soignant et de la sorte pour la dignité professionnelle du soignant. Le besoin d'équité est réel et insuffisamment pris en compte depuis quelques années dans le champ de la santé mentale. C'est d'ailleurs ce que repère Carol Jonas, dans son commentaire de l'affaire Montoiret(24), en arrivant à poser la question des attentes peu respectueuses de notre société vis-à-vis des plus vulnérables(25) alors même que la loi, au moins depuis 1990, est claire de ce

côté(26). Dans ce regard croisé entre le meurtre d'un psychiatre ne suscitant aucun écho et la surmédiation d'affaires de crimes commis par quelques malades mentaux(27), cet auteur pose la question de confiance que la confusion entre soins psychiatriques et contrôle social occulte, dans le but de réaffirmer que le patient psychiatrique doit avoir les mêmes droits que tout autre à bénéficier de soins(28), ainsi que d'un vocabulaire soignant qui cesse d'« encamisoler » les mots du soin(29). Il est clair que le risque de discrimination existe quand bien même la loi du 27 juin 1990 dispose, par son article l'article L 326-5 du CSP, que toute personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen à sa sortie de l'hôpital, de sorte que les antécédents psychiatriques ne peuvent être opposés à la personne sortante(30). Alors qu'avec l'amélioration de la qualité des soins médicaux, on peut espérer que les personnes soignées en psychiatrie évoluent favorablement, force est cependant de constater qu'elles souffrent, paradoxalement, de plus en plus de leur grande difficulté d'acceptabilité sociale, notamment pour leur accès aux droits, dont celui du droit à l'oubli de leur pathologie psychiatrique(31), droit contribuant à garantir leurs libertés(32). Carol Jonas n'est pas seul à remarquer le risque de retour

(20) E. Hirsch, Médecine et éthique, Le devoir d'humanité, notamment le chap. 6, Restaurer la cohérence, Entretiens avec le Pr Yves Pélicier, Hôpital Necker (Paris), juin 1987, pp. 145-68.

(21) C. Deutsch, « Les usagers résistent et prennent la parole », *VST-Vie sociale et traitements*, 2016/1, (N°129), p. 56-63.

(22) J. Kristeva, Liberté, égalité, fraternité et...vulnérabilité, *Recherches en psychanalyse*, 2006, 6, pp. 11-27.

(23) C. Hazif-Thomas, D. Jousset, M. Walter, La « personne faisant l'objet de soins psychiatriques », dans les récentes lois réformant l'encadrement du soin psychiatrique, *Annales Médico-Psychologiques* 172 (2014) 563-572.

(24) Dans laquelle un homme sera lourdement condamné le 22 novembre 2013 à 30 ans de réclusion criminelle après qu'il ait tué plusieurs années auparavant un jeune garçon.

(25) Sur le degré de disparition du discernement, voir Carol Jonas : « Sans entrer dans une polémique qui dessert la profession entre abolitionnistes et altérationnistes, comment peut-on expliquer et admettre qu'à deux reprises des magistrats professionnels et un jury populaire aient estimé que la place d'un homme à ce point malade était en prison et non dans un service de soins ? », C. Jonas, Médias et psychiatrie : liaison dangereuse ou dangerosité aliénée ?, *Inf. Psy.*, 2013, 89, pp. 775-7.

(26) La guérison du malade constitue depuis lors l'objectif principal de l'hospitalisation psychiatrique qui doit mettre fin aux troubles mentaux afin de réintroduire la personne dans la société, selon l'article L.326 3 du CSP alors en vigueur.

(27) Citons ici P.-J. Delage pour qui, « à chaque sordide fait divers éprouvant l'opinion publique est invariablement apportée à même réponse politique et, à sa suite, la même réponse juridique : l'élaboration d'un nouveau texte législatif », P. J. Delage, « La dangerosité comme éclipse de l'imputabilité et de La dignité », *Rev. Sc. Crim.*, 2007, p. 797.

(28) « N'est-ce pas nier la capacité de la profession psychiatrique à prendre en charge les patients, à les soigner, à les améliorer et au final lorsque leur pathologie peut les conduire à des actes violents, à en limiter la probabilité voire à permettre de les contrôler ? N'est-ce pas refuser à ce type de patient les mêmes droits que tout autre à bénéficier de soins ? », C. Jonas, Médias et psychiatrie : liaison dangereuse..., précité, 2013, pp. 775-7.

(29) Il est intéressant de comparer les mots stigmatisants concernant les comportements : « c'est encore un acte de psychotique », « c'est un délirant »... et « l'atmosphère stigmatisante » de ceux qui évoquent une contrainte soignante : MCI (mise en chambre d'isolement), ECT (électro convulsivo thérapie)... voire N. Koechlin, Désstigmatiser, quelle procédure ?, Editorial, *La Lettre de Psychiatrie Française*, avril 2005, n°144.

(30) Actuel article L. 3211-5 CSP.

(31) Il arrive qu'on entende encore parler de « casier psychiatrique » ou des mois ou années passées en psychiatrie et retracés comme un « casier judiciaire ».

(32) V. Dujardin, Psychiatrie : « est-il interdit de réfléchir avant d'agir ? », in *Mélanges en l'honneur de J.-M. Clément*, Enseignement, Hôpital, Médecine, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2014, pp. 83-99.

de la vision discriminatoire tendant à faire du « fou criminel » la règle, avec l'amalgame préjudiciable entre « acte incompréhensible » et « folie » ; en pareil cas, « le psychiatre face à la demande politique et sociale ne peut être que dans une position de résistance pour protéger le soin »(33). On ne peut en effet éviter la tendance à punir toujours plus les malades...d'être malades(34), si l'on accepte sans limite l'idée esquirolienne que l'institution psychiatrique travaille en vue d'isoler les patients. Il ne s'agit donc pas d'incriminer les soignants de négation des droits des patients, ni de suspecter de façon systématique un « ordre médical » répressif ou liberticide mais bien de dégager la ligne de crête où le dispositif soignant doit veiller sur deux libertés à la fois, individuelle et publique, en considérant la vulnérabilité spécifique de la personne en souffrance qu'il faut souvent protéger de la discrimination sociale, parfois protéger d'elle-même et quelques fois contre elle-même. Le droit comme allié du soin est ici à comprendre dans la profondeur de son acception kantienne : l'ordre de la coexistence externe et réciproque des libertés, en comprenant la coexistence au sens fort d'une vie exposée et partagée(35).

Changer de regard sur les personnes en souffrance mentale, c'est avancer dans le respect de leurs besoins d'accompagnement sanitaire, social et administratif, sans forcément se couler dans des programmes autorisés assez ciblés sur la symptomatologie d'une pathologie donnée, certes inclus dans une logique de soins reconnue mais non ouverts à la prise en compte de la possibilité d'accompagnement par des pairs(36). Il est aussi important que les usagers reprennent un pouvoir d'agir dans la société civile que de les aider à contrôler leurs symptômes. Pour cela « il faut donner les moyens aux usagers de se former, de connaître leurs droits et conforter leur rôle actif dans le parcours de

soins »(37). Le « care-receiver »(38), même handicapé psychique(39), a aujourd'hui des droits reconnus en termes de liberté de choix du mode de vie, qui obligent à repenser l'accompagnement, au-delà de l'esprit de tutelle systématique(40), afin de dégager clairement une réalité de « care-partner ».

A ce titre, les évolutions à envisager ne sont donc pas tant dans les textes de loi actuellement en vigueur au regard des personnes vulnérables que dans l'application qui en est faite, notamment par une meilleure prise en compte d'un certain nombre de principes posés par le contexte juridique international relatif aux droits des personnes handicapées, notion à prendre au sens large de personnes présentant des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles.

Dans cette perspective, relevons l'importance et la pertinence des principes généraux de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)(41), si peu connue et encore largement ignorée dans les milieux soignants. C'est d'autant plus regrettable que, comme l'indique l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, « depuis son entrée en vigueur en 2008, la CDPH fait figure de point de repère international dans le domaine du handicap, à la lumière duquel les mesures prises sont évaluées aux échelons international et national »(42). La convention est un instrument juridique ratifié par la France depuis 2010 et qui lutte contre l'invisibilité des personnes handicapées dans le discours des droits de l'Homme(43). Elle promeut également, dans son Préambule, la reconnais-

(33) P. Giravali, S. Sirère, Pratiques de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et nouvelles dangersités : attention danger ! In : *Les nouvelles figures de la dangersité*, Paris, L'Harmattan, 2008, pp. 337-46.

(34) « Ainsi, dès la première mouture du traitement moral pinélien, la punition et sa menace sont utilisées comme soins thérapeutiques pour amener le malade à se soumettre à une loi supérieure à sa seule volonté, à ainsi retrouver la voie de la raison et à rentrer dans les cadres contraignants de la vie en société », C. Mandy, La prison et l'hôpital psychiatrique du XVIII^e au XXI^e siècle : Institutions totalitaires, ou services publics ? Contribution à l'étude de la privation de liberté en France et du paradigme de l'institution totale, Thèse de droit Public, Université de Nantes, 30 juin 2011, 782 p, p. 65.

(35) E. Kant, Doctrine du droit, Métaphysique des mœurs.

(36) P. Lombraïl, Orientations du projet de loi sur la santé : aller plus loin pour « répondre aux défis structurels du système de santé », *Santé publique*, vol. 26, n°4, juillet-août 2014, pp. 475-80.

(37) Rapport « Pour l'an II de la démocratie sanitaire » rédigé par C. Compagnon, février 2014.

(38) Elsa Dorlin, Qui prend soin de nous?, Ethique du care et théorie féministe de l'injustice, La lettre d'information de l'espace éthique azuréen, hors série n°8, sept. 2016, 9-12 ; Joan Tronto, *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, Editions La Découverte, 2009.

(39) Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO du 12 février 2005 p. 2353.

(40) B. Lavau, Le handicap, Dalloz, 2016, pp. 241 et suiv.

(41) Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006. Adopted 13 December 2006, UNGA Res. 61/106.

(42) Assemblée parlementaire, *Discussion par l'Assemblée* le 22 avril 2016 (18e séance) : Recommandation 2091 (2016), Arguments contre un instrument juridique du Conseil de l'Europe sur les mesures involontaires en psychiatrie, point 5, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-fr.asp?fileid=22757&lang=fr>

(43) La déficience ou le handicap ne sont pas spécifiquement mentionnés parmi les motifs de discrimination dans la Charte internationale des droits de l'Homme, voir Marianne Schulze, Comprendre la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, Handicap International, GA 01 (Grand Angle 01), Direction des Ressources Techniques, Juillet, 2010, p 14.



sance de la famille puisqu'elle reconnaît le rôle crucial jouée par elle dans la défense des droits et l'inclusion des personnes handicapées.

L'article 3 de la CDPH afférent aux principes directeurs de la Convention gagne incontestablement à être inscrit en lettres d'or aux frontons de nos hôpitaux psychiatriques et autres EPSM : doivent en effet être sanctuarisés et assurés :

A) Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes

B) La non-discrimination

C) La participation pleine et effective à la société

D) Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité

E) L'égalité des chances

F) L'accessibilité

G) L'égalité entre les hommes et les femmes

H) Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité, tous grands principes qui seuls peuvent permettre de regarder et reconnaître la personne en souffrance mentale comme sujets de droit et non seulement des objets de soins.

Il importe en conséquence de retravailler la question de savoir si le malade n'est pas d'abord sujet de ses soins, le praticien pouvant d'ailleurs se maintenir également en position d'objet, d'objet d'usage, d'instrument, comme le soulignait nettement Georges Daumézon(44).

II. RESTER PROFESSIONNEL ET CONFIANT DANS LA PART D'HUMANITÉ DU MALADE

La sémantique en usage pour les malades psychiatriques n'en finit pas de susciter débats et prises de position : ainsi le conseil de l'Europe évoque « les personnes ayant des problèmes de santé mentale (qu'il serait plus approprié d'appeler «personnes ayant un handicap psychosocial) »(45). Le respect de la personne en besoin de soins psychiatriques, quelle que soit la façon dont on la nomme, impose d'abord et avant tout que sa volonté soit éclairée lors du soin et sa situation médicale approfondie. Si cela est légitime, afin de rester simple, précisons que l'une des meilleurs définitions du

consentement pourrait être cette formule laconique de Mme Fraysse : « Le consentement éclairé ne consiste pas seulement dans le pouvoir de dire oui ; c'est aussi celui de dire non »(46). C'est qu'en effet si « le principe du consentement à toute atteinte à l'intégrité corporelle garantit le lien entre l'esprit et le corps »(47), c'est aussi parce que s'y rencontre sa dignité d'être autonome, avec ses besoins d'être corporel, incarné, tout autant qu'avec ceux de sa pensée, de sa volonté(48). Il s'avère en cela fondamental d'apercevoir les degrés entre autonomie complète et absente, le choix n'étant pas ici entre blanc et noir mais entre gris et gris foncé. Le soignant doit, comme le droit l'y invite, présumer une capacité du malade, fut-il atteint dans sa vie mentale, d'exercice de son auto-détermination, cette présomption étant la meilleure garantie de ses droits subjectifs sur son corps en général et son corps psychique en particulier. C'est qu'en effet respecter l'autonomie, c'est peut-être d'abord apporter l'aide minimale pour que le malade l'exerce et la réinvestisse suffisamment pour en retrouver la noblesse d'usage(49).

Mme H. âgée de 39 ans, connue de la psychiatrie comme psychotique chronique déficitaire, plutôt hébétéphrène, arrive aux urgences pour des impulsions auto-agressives avec besoin angoissant de se scarifier voire de s'auto-mutiller. Le discours est pauvre, avec quelques rares réponses aux questions posées, ne sachant ce qu'elle veut, mais craignant si par hasard elle était hospitalisée d'être confrontée au praticien du service de secteur, son discours attendu ressortant d'un rejet à peine voilé : « Votre place n'est pas ici, repartez chez vous ». Elle admet être pourtant dans l'incapacité de rentrer chez elle. Après le recueil timide de son consentement à une admission, et être retournée dans un box, donc en soins libres, elle refuse son traitement, geint, pleure et à la deuxième sollicitation par les soignants d'une offre d'un traitement anxiolytique, les rejette

(46) P. Fraysse, Un regard sur les droits des patients à l'hôpital, contraintes et libertés, *Droit Déontologie & Soins* 9 (2009) 484-499.

(47) X. Bioy, Le concept de personne humaine en droit public, Recherche sur le sujet des droits fondamentaux, Thèse pour le doctorat en droit de l'Université des sciences sociales de Toulouse, 22 déc. 2001, Préface de H. Roussillon, Dalloz, Paris, 2003, 913 p, pp. 478-9.

(48) Ces besoins doivent être conjointement assouvis afin que la personne soit préservée contre l'asservissement et la dégradation, et soit donc respectée dans sa dignité, voir M. Fabre-Magnan, Introduction générale au droit, Cours et méthodologie, Puf, Paris, 2009, pp. 145-51, 285 p. Pour l'auteur, la dignité est moins un droit qu'un principe « qui marque l'appartenance au genre humain », p. 146. Rappelons aussi la dimension transculturelle du principe soit l'affirmation de la dignité comme ce qu'on doit à l'humain parce qu'il est humain, T. de Koninck, De la dignité humaine, Paris, PUF, coll. Quadrige, 2002.

(49) « le droit des individus à choisir leur propre bien », Avis CCNE n°58, Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soins ou de recherche, 12 juin 1998.

(44) G. Daumézon, Pour introduire la réflexion, in Guy Maruani, Psychiatrie et Ethique : le psychiatre face au malade, à la société et à lui-même, Privat, Toulouse, 1979.

(45) Assemblée parlementaire, Recommandation 2091 (2016), Arguments contre un instrument juridique du Conseil de l'Europe sur les mesures involontaires en psychiatrie, précité.

agressivement pour, quelques minutes après, réclamer une contention, pratique dont elle est coutumière, selon l'équipe, d'être l'objet. Je décide de sursoir à cette invite tacitement reconnue par les collègues infirmiers comme étant pourtant « le coup d'après » pour proposer un « temps logique » de négociation, m'entoure de l'externe, et lui demande de rester auprès d'elle. Après mon invitation de prendre du temps pour réfléchir, elle décide spontanément d'accepter le traitement, l'infirmière me remercie et je confirme à l'externe de continuer de demeurer à ses côtés. Quelques minutes après l'externe vient me voir pour me transmettre que Mme H. veut me parler. J'accueille favorablement sa demande et réécoute activement cette jeune femme, qui me déroule alors son histoire, depuis sa relation avec la grand-mère paternelle jusqu'à son histoire de filiation adoptive. Le transfert se fait sans angoisse et elle présente un visage entièrement différent de l'objet étrange « potentiellement dangereux » à contenir. L'aide au processus décisionnel a été active tant du côté de la patiente que des soignants et il aura fallu la solidarité de toute l'équipe de soins pour désamorcer la violence et le recours aux pratiques trop souvent défensives et rarement de dernier recours que sont l'isolement et la contention. Changer de regard sur la souffrance mentale, la personne handicapée, le sujet paralysé par son angoisse, par son renoncement à vouloir « encore » être entendu, autrement qu'au travers du langage du passage à l'acte et la revendication du passage en force dans les soins, n'est pas un exercice aisé. Rester « éthique », proche de la part d'humanité du malade, c'est autant refuser la violence morale que physique, sociale (celle des représentations) qu'architecturale. Cette dernière est la plus difficile à négocier quand on ne dispose plus de chambres seules par exemple : après l'éventuelle absence d'intimité psychique lors d'une admission « lambda », peut malheureusement être acté le temps d'une intimité ignorée « pour remplir les lits ».

Cela n'est pas sans évoquer les débats d'il y a une quinzaine d'années sur les problèmes éthiques liés aux essais thérapeutiques afin de « remplir les promesses » de l'étude : on pouvait lire ainsi toute une casuistique, relativement aux malades psychotiques, quant au consentement en psychopharmacologie(50) : « Que signifie le consentement « libre et éclairé » du psychotique, par définition inapte à recevoir des explications de son état ? Dans le cas de psychose grave, il faudra se contenter d'un pis-aller, le consentement substitué, issu d'une procédure de délibération entre le médecin traitant, l'expert et la famille ou le représentant légal »(51). Rompant avec

ces représentations, la tendance actuelle, même en cas de handicap psychique, est plutôt de passer, convention internationale de l'ONU sur les droits des personnes handicapées oblige, du modèle de la décision substituée à celui de l'assistance à la décision(52), afin de concrétiser une égalité juridique de plus en plus effective dans la vie quotidienne.

C'est qu'en effet les personnes handicapées ont le même droit de prendre des décisions à propos des choses importantes de leur vie(53) : ainsi de plus en plus d'EHPAD et de services de psychiatrie accompagnent leurs résidents ou leurs patients dans leur désir d'aller voter plutôt que de décider à leur place que leur démarche, au vu de la fragilité de leurs compétences cognitives et/ou de leurs troubles mentaux, est sans objet. Comme noté par M. Péchillon, « À aucun moment, un soignant ne peut estimer seul que la personne serait « trop malade » pour exprimer son choix électoral »(54).

Dans un autre registre, on peut comprendre, dans un souci bien compris de la qualité de vie de la personne en situation de handicap, notamment cognitif, mental ou psychique, que l'assistance à la décision puisse jouer un rôle important dans la reconnaissance due à ces personnes de ce si délicat « droit à une vie affective et sexuelle » évoqué par M. Pascal Jacob, Président de Handidactique et auteur d'un rapport remarqué(55). C'est ainsi qu'une psychologue et l'équipe soignante acceptent d'accueillir les besoins de sexualité des personnes démentes en Ehpad, en accompagnent l'expression, assistent la décision des « consentants » en les aidant dans leur projet, cela parce que le consentement à l'acte sexuel ne suppose pas nécessairement la capacité de discernement(56). Au-delà

Boeck Université, Bruxelles, 2001, chap. Psychopharmacologie, pp. 686-94, p. 692.

(52) Art. 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif, al. 4.

(53) Art. 19 de la Convention précitée : « Les Etats Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société... ».

(54) E. Péchillon, Le droit de vote des personnes hospitalisées en psychiatrie, *Santé Mentale*, 2017, n°216, p. 12.

(55) P. Jacob, A. Jousserandot, Un droit citoyen pour la personne handicapée, Rapport établi par Pascal Jacob Président de Handidactique – I = MC2, Avec la collaboration de Adrien Jousserandot en mission auprès de Madame Marie-Arlette Carloti, Ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion et de Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Avril 2013, p. 128, <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarloti.pdf>.

(56) CA Paris, 9 mars 2016, n°15/07071. En l'espèce le litige tenait au licenciement d'une psychologue salariée d'un EHPAD, qui face aux

(50) D'un point de vue éthique, le psychotrope est en effet considéré comme un médicament somatique.

(51) G. Hottois, JN Missa, Nouvelle encyclopédie de bioéthique, De



du contentieux ici relevé, on relève bien le changement de représentation et les évolutions à venir : la personne handicapée, même avec des troubles mentaux ou du comportement, parce que récemment incluse dans la sphère des droits fondamentaux reconnus dans l'ordre juridique du Conseil de l'Europe notamment (sous l'influence nord-américaine), doit se voir reconnaître « l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix »(57). De l'idée de personne handicapée, on tire ainsi celle de personne « handicapable ». Il est pourtant évident qu'encore aujourd'hui les malades mentaux ainsi que les enfants, à l'instar des personnes handicapées, les personnes âgées dépendantes(58), sont peu à même d'être compris dans ces attentes, car rarement entendues dans leurs singularités et peu soutenues dans la jouissance de leurs droits. L'article 12 de la Convention introduit toutefois « une notion intéressante, à savoir celle de « l'interprétation optimale de la volonté et des préférences de la personne », qui doit prévaloir sur celle d'intérêt »(59). On ne doit pas, sous couvert de protection de la personne vulnérable oublier ses droits et méconnaître les processus de disqualification des personnes en situation de handicap psycho-social, qu'il s'agisse de patient psychiatrique souffrant de handicap psychique ou de handicap cognitif : « Il y a une grande différence, ne l'oublions pas, entre priver une personne du droit de décider comment conduire sa vie et lui donner « accès à l'accompagnement ». Dans le premier cas, la personne est considérée comme un objet – objet de traitement, objet de charité, objet de crainte. Dans le second cas, elle est placée au centre de la prise de décision et considérée comme un sujet pouvant se prévaloir de la totalité des droits de l'homme »(60). Cette notion d'assistance décisionnelle peut se situer à égale distance entre le paradigme du sujet autarcique exerçant ses droits et l'idéal démocratique d'un processus

partagé de décision(61). L'assistance reconnaît bien la nécessité d'un soin de 'l'autonomie décisionnelle' entravée ou altérée structurellement, tout en reconnaissant que cette autonomie décisionnelle n'est pas réductible à l'autonomie cognitive (capacité à raisonner) ou praxique (capacité à mettre en acte ses décisions). La capacité à se décider quant à son existence serait à reconnaître comme une capacité de base du sujet humain, quand bien même ses modes d'expression supposent une assistance pour être interprétés, formalisés, validés et mis en œuvre. C'est en effet une théorie des capacités qui inspirent la nouvelle définition du handicap promue par l'OMS en 2001(62) où la notion de « functioning » renvoie aux travaux de l'économiste Amartya Sen(63) : il s'agit de penser que « les fonctionnements sont *constitutifs* de l'existence de la personne » tels que mener sa vie, participer aux choix politiques ou encore avoir une pratique artistique, tandis qu'une 'capabilité', notion théorisée en parallèle par la philosophe M. Nussbaum(64), « représente les diverses combinaisons de fonctionnements (états et actions) que la personne peut accomplir. La capabilité est, par conséquent, un ensemble de vecteurs de fonctionnements, qui indique qu'un individu est libre de mener tel ou tel type de vie(65). » La notion d'assistance décisionnelle apporte à cette conception un décentrement du sujet capable vers le tissu relationnel qui permet l'expression de ces capacités, où se croisent et se tissent précisément le soin professionnel, le cadre juridique, l'aide sociale, l'action politique mais aussi le soin 'profane', le soin des proches, le soin communautaire, etc. Cette vision relationnelle des capacités humaines contribue à ce regard inclusif qui considère les personnes handicapées dans leur apport à la société afin de tendre vers cette « effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (CDPH, art. 1).

désirs et aux gestes de rapprochement non équivoques de deux résidents en salle à manger, avait demandé au personnel de les monter dans leur chambre, afin qu'ils puissent vivre leur intimité.

(57) Formulation retenue pour l'Article 3 (Principes généraux) de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées : « Les principes de la présente Convention sont : a) Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ».

(58) On pense notamment aux demandes systématiques de mise en place de mesure de protection lors d'une entrée en établissement sur initiative de l'établissement.

(59) E. Pecqueur, A. Caron-Dégli, T. Verheyde, Capacité juridique et protection juridique à la lumière de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, D. 2016. 958.

(60) C. Deutsch, Je suis fou, et vous ?, De la disqualification à la prise de parole en santé mentale, Thèse de philosophie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Paris, le 9 octobre 2014, 388 p, p. 272.

(61) En précisant ici le sens de « Shared decision making » où c'est bien le processus délibératif qui est partagé, la décision relevant de la singularité d'un sujet. Or des études scientifiques ont montré qu'une assistance permet à des personnes souffrant de troubles massifs comme la schizophrénie de participer à des prises de décision les impliquant (Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics, J. Hamann, in *Psychiatric Services*, n°60, 8, 2009, 1107-1112.

(62) Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, OMS 2001).

(63) Sen A., *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*, Oxford, Clarendon Press, 1981.

(64) Nussbaum M.C., *Capabilités : comment créer les conditions d'un monde plus juste ?*, Paris, Climats, 2012, p. 35-70.

(65) Sen A., *Repenser l'inégalité*, traduit par P. Chemla, Paris, Éd. du Seuil, coll. « L'histoire immédiate », 2000, p. 65-66.

Cette égalité de traitement entre malades somatiques et psychiatriques, entre personnes valides et handicapées, n'est toujours pas atteinte aujourd'hui dans les faits. Une des raisons tient au confinement des patients dans des unités fermées, à la présence insuffisante des médecins dans les unités de soins, et à l'absence de formation des personnels, qui sont les grandes raisons repérées par le contrôle général des lieux de privation de liberté relativement au recours généralisé à l'isolement et à la contention(66). Ce sont également les principales sources du moindre investissement de l'aspect psychothérapique de l'encouragement à aller et venir librement, comme de non-écoute et/ou de maltraitance dans les établissements(67). Eu égard à la persistance de la réalité d'une discipline somme toute très peu « hospitalière »(68) dans les services hospitaliers de psychiatrie(69), les récentes préconisations très claires du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-5 insistent a contrario sur les visées de bientraitance d'une institution juste, d'où la nécessité de limiter les interdits collectifs

(66) CGLPL, Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, Dalloz, Paris, 2016 ; voir aussi Hospimédia, 25/05/16, Psychiatrie : Le CGLPL dresse des recommandations pour un respect des droits en cas de contention ou d'isolement. Sur l'investissement médical : « la faiblesse de la présence médicale alimente la logique d'enfermement : « En termes de présence médicale, on est abandonné de l'institution. On aimerait faire bouger les choses mais on n'a pas forcément les moyens pour le faire ». Les contrôleurs ont constaté pour de nombreux patients une absence de projet de soins individualisé qui s'apparente à de l'abstention thérapeutique ».

(67) « Certains services de psychiatrie ne sont plus aptes aux soins », comme l'explique Mme Petit, B. Petit, *Réflexions sur l'éthique dans le soin psychiatrique*, *Inf. Psy.*, Vol. 79, N°7, Septembre 2003.

(68) « de très nombreuses unités de soins ont leurs portes fermées à clef, ce qui contraint les malades à demander aux soignants d'ouvrir ces portes pour se rendre à l'extérieur de ces unités, effectuer des achats ou téléphoner, ou regagner leur chambre. On constatera d'ailleurs que l'accès aux chambres est souvent limité à des tranches horaires imposées par les services de soins au prétexte que les patients passeraient alors l'essentiel de la journée dans leur lit. Quel est le sens de cet interdit ? Est-on toujours à même de proposer aux personnes hospitalisées une alternative crédible ? Notons que cette question n'est jamais évoquée dans les services de médecine générale... », M. Livet, *Hospitalisation en psychiatrie et libertés individuelles*, DDS, 2001, 1, n°1, p. 97.

(69) Pour ex. les observations du CGLPL indiquent pour le Centre Psychothérapique de l'Ain : « – un accès à la cour intérieure limité, pour la majorité des patients, à deux fois une demi-heure par jour. Dans l'une de ces unités, cette durée est réduite de moitié pour ceux des patients qui ne sont autorisés à sortir qu'accompagnés d'un soignant ; – l'interdiction de fumer plus de quatre cigarettes par jour ; – des placards fermés à clé dans les chambres sans que les patients n'en détiennent la clé et un accès aux affaires personnelles restreint, nécessitant l'intervention des soignants conformément à la prescription médicale ; – la pratique habituelle du maintien de certains patients dans leur chambre fermée jour et nuit ; – le recours fréquent à la contention ; – des « prescriptions » médicales d'enfermement et de contention particulièrement attentatoires aux droits fondamentaux, renouvelées pendant plusieurs mois et, dans certains cas, sans examen systématique du patient », *Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)*, précitées.

au strict état de nécessité(70). Certes on sait quel a été l'avenir des asiles... mais suivant l'étymologie, Esquirol jugeait qu'administrer un asile d'aliénés, c'était être au service des malades. Le père de la loi du 30 juin 1838 estimait également qu'avant tout acte administratif, il convenait de se poser deux questions indispensables : « Est-ce logique ? » et aussi « Est-ce dans l'intérêt des malades ? »(71)

La troisième question est une question post-esquirolienne, certes plus récente mais aussi plus en lien avec la question des droits des plus fragiles, qu'il s'agisse du handicap psychique ou de la souffrance psychique handicapante : celle de la proportionnalité des mesures de soins retenues. Il importe de réaffirmer avec force que le soin, a fortiori psychiatrique, doit autant relever du « care » que du « cure », et donc rappeler avec autant d'insistance qu'il faut écarter toute décision disproportionnée, toute utilisation d'un dispositif soignant excessivement contraignant, qu'il s'agisse de la mise en chambre d'isolement (MCI) ou d'une prescription médicamenteuse, sur une base non thérapeutique, comme la punition ou le manque de personnel(72) et donc de moyen de surveillance(73).

Cette possibilité de conserver une ambition soignante et de s'appuyer sur une réflexion professionnelle est aussi à renforcer par des avancées juridiques appelées de leur vœu par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, motivée dans son avis par l'ambition de sortir de la logique binaire de l'incapacité. Rappelons en ce sens que toute situation de souffrance mentale ne relève pas d'une urgence majeure et de troubles mentaux massifs, au point de ne permettre aucun choix ou d'écarter toute velléité décisionnelle. Ainsi une logique de consentement gradué(74) permet

(70) « Les interdits collectifs doivent être limités au strict état de nécessité, et tout ce qui reconnaît et préserve la singularité, la citoyenneté du patient doit être préservé (liberté d'aller et venir, libre accès à son argent pour les personnes non protégées, casier individuel fermant à clé, etc.) », PPSM, 2011-15, p. 29, http://affairesjuridiques.aphp.fr/IMG/pdf/Plan_Psy_-2011-2015.pdf.

(71) Jean, Etienne, Dominique Esquirol (1772-1840) et la loi du 30 juin 1838, un précurseur de génie, par Régis Pouget, *Séance du 23/04/2007*, Bulletin n°38, pp. 121-133 (édition 2008).

(72) Voir le 8^e rapport d'activité du CPT pour lequel pour qui la notion de dangerosité n'impose pas tant un enfermement plus strict à l'intérieur des murs mais « une présence adéquate du personnel à tous moments, y compris la nuit et pendant les fins de semaine ».

(73) T. Rochet, R. de Villard, *La contention et l'isolement de l'adolescent violent ; entre légalité et légitimité*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2002, 50, pp. 453-7.

(74) Il s'agit de « retenir le consentement gradué pour favoriser l'autonomie de la personne dont la volonté peut être imparfaite mais qui souhaite tout de même l'exprimer et consentir, et qui doit pouvoir le faire en fonction de son discernement », § 19 de l'Avis de la CNCDH sur le



de comprendre que le consentement est rarement un oui seul ou un non : c'est souvent un oui **et** un non, qu'il s'agit d'accompagner afin d'aider à la décision. En ce sens, rappelons la nécessité d'une « information adaptée à l'état de la personne pour tous les actes la concernant. Cette information adaptée est la première étape indispensable pour la promotion des décisions assistées et non substitutives »(75).

La CNCDH et le Conseil Français des personnes Handicapées pour les questions Européennes partagent ainsi l'ambition de la CDPH(76) qui est de permettre aux personnes handicapées « de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et [à prendre] des mesures efficaces et appropriées pour [leur] faciliter la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine participation à la société »(77).

CONCLUSION

La Convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées est une chance pour éduquer à nouveau les soignants et tous les intervenants auprès de personnes vulnérables, notamment celles en souffrance mentale(78). On ne peut pas plus ignorer les limites du consentement éclairé en contexte de vulnérabilité mentale que la profonde attente de justice, notamment

procédurale(79), dans la pratique psychiatrique(80), le monde de la santé mentale ne pouvant se contenter de relations « brutes » avec les usagers, faites de présentations crues des situations humaines ou de typologies objectivantes(81). En tant que soignant on n'existe pas juste dans le soin, mais on appréhende le juste soin, appliqué au bon moment, au bon endroit, avec bon sens. Si dans le champ de la protection juridique, il est important de garantir au majeur vulnérable une « protection sur mesure », dans celui des personnes avec handicap psychosocial, il convient de favoriser une assistance décisionnelle mesurée. Dans les deux cas « La protection consiste alors en un processus d'aide à la décision informée des possibilités d'accès et de répartition de ressources matérielles »(82) et, nous ajoutons bien volontiers dans le registre du soin psychiatrique, « de ressources psychiques et relationnelles ». C'est l'apport majeur de cet article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, afin de tendre à cet objectif politique de démocratisation du partage de la décision soignante. L'enjeu individuel tient alors dans un accès plus juste à un espace négocié de liberté de choix, dans un élan de sanctuarisation des préférences des plus démunis psychiquement, afin de leur permettre d'être de moins en moins l'objet d'abus d'influences, encore trop souvent observés dès lors que « d'objet de soin », on continue de (mal)traiter. ■

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêt.

consentement des personnes vulnérables, Assemblée plénière du 16 avril 2015 – adopté à l'unanimité.

(75) E. Pecqueur, A. Caron-Dégli, T. Verheyde, Capacité juridique et protection juridique à la lumière de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, D. 2016. 958.

(76) CNCDH, CFHE, 11/12/2014, La politique du handicap en France doit respecter les obligations de la Convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées !, http://www.cncdh.fr/sites/default/files/communiqu%C3%A9_de_presse_cncdh-cfhe_-_11_d%C3%A9cembre_2014_0.pdf; dans cette perspective, « La mise en œuvre effective de ces droits impose à la France des obligations positives à la lumière desquelles la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées devrait être scrupuleusement examinée et éventuellement réformée ».

(77) Art. 19 de la CDPH.

(78) C. Hazif-Thomas, La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, RGDM, déc. 2016, n°61, pp. 133-40.

(79) K. Rossini, J.L. Senon, H. Verdoux, Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale, *Annales Médico-Psychologiques*, 2016, vol. 174, 10 : 832-8.

(80) « Plus que tout autre critère, le sentiment de justice des citoyens d'un Etat permet de mesurer son niveau de civilisation », P. Spinozi, *Eduquer au Droit, Gazette du Palais*, mardi 25 oct. 2016, p. 3.

(81) C. Deutsch, Je suis fou, et vous ?, De la disqualification à la prise de parole en santé mentale, Thèse de philosophie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Paris, le 9 octobre 2014, 388 p, p. 140.

(82) B. Eyraud, Réguler l'intervention sur autrui. Une mise en perspective des enjeux sociaux du droit des (in)capacités, *L'Information Psychiatrique*, 2014 ; 90 : 247-52.

Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors

Le *Journal Droit, Santé et Société* est une série du *Journal de Médecine Légale* destinée à l'ensemble des personnes intéressées par les rapports entre sciences et société. Elle a une approche pluridisciplinaire et une vocation internationale. Les articles soumis sont proposés éventuellement dans le cadre d'un dossier thématique propre à chaque numéro. Mais, la rédaction peut également créer des rubriques comme indiquées ci-après.

LES DIFFÉRENTES RUBRIQUES SONT LES SUIVANTES :

Rubriques-thématiques transversales :

- a) Editorial
- b) Rubriques spécialisées

Dossiers thématiques :

- Pôle 1 : 1° Droit de la santé et de la bioéthique
2° Droit de la famille et des personnes
3° Prisons et soins psychiatriques,
4° Droit, données de santé, télémédecine et imagerie médicale, gérontechnologie
5° Droit de la recherche
6° Droit pharmaceutique et du médicament (y inclus les produits de santé et les alicaments)
- Pôle 2 : 1° Droit des assurances
2° Atteintes corporelles (aléa médical, responsabilité médicale et du fait des produits, indemnisation)
3° Droit, santé et environnement
4° Pratiques judiciaires, droit pénal de la santé et de l'environnement
- Pôle 3 : 1° Droit de l'expertise, déontologie, conflits d'intérêts et bonnes pratiques
2° Droit européen et international de la santé
3° Histoire de la médecine légale et du droit de la santé
4° Anthropologie, médecine et droit
5° Sociologie de la santé
- Pôle 4 : Correspondants régionaux et nationaux

Les langues admises sont l'Anglais et le Français.

LES TEXTES SOUMIS TIENDRONT COMPTE DES RÈGLES ÉDITORIALES SUIVANTES

Titre : le titre est bref et informatif, il est d'environ 10 mots. Il doit être complété d'un titre court (de 5 mots environ) utilisé par l'entête de l'article publié.

Auteurs : la liste des auteurs (initiales des prénoms, noms) est suivie des références de l'institution (nom, ville, pays) ainsi que du nom et de l'adresse complète de l'auteur auquel le bon à tirer sera adressé.

Résumé : il ne dépasse pas 10 lignes dactylographiées (usuellement 250 mots). Il ne comporte que des phrases ayant un contenu informatif précis. Il est rédigé en français et en anglais. Il est suivi de mots-clés (keywords).

Tableaux : ils sont appelés dans le texte et numérotés dans l'ordre d'appel (chiffres romains). Leur nombre est réduit (pas plus de 4 à 5 tableaux), de même que leur dimension. La légende figurera en haut des tableaux.

Figures : elles sont appelées dans le texte et numérotées dans l'ordre d'appel (chiffres arabes). La légende figurera en dessous des figures. Les auteurs doivent fournir une épreuve originale de bonne qualité. Le texte, les tableaux et les figures doivent être complémentaires.

Bibliographie : seules figurent les références citées dans le texte. Inversement, tout auteur cité figure dans la bibliographie. **L'ordre retenu pour les références bibliographiques est alphabétique selon les noms des premiers auteurs.** Chaque référence est appelée dans le texte par le numéro d'ordre (chiffre arabe entre crochets) qui lui est affecté dans la bibliographie. Les références sont classées en fin d'article dans l'ordre alphabétique des premiers auteurs.

La rédaction et la ponctuation des références bibliographiques suivent les normes de Vancouver :

- Les auteurs : leur nom figure en minuscules suivi des initiales du prénom. Lorsque leur nombre excède 6, on ne mentionne que les 3 premiers suivis de « et al. ».
- Le titre complet du document dans sa langue d'origine est porté en italique.

QUELQUES EXEMPLES

Pour un périodique, le titre abrégé selon l'index Medicus (sans accent et sans point), l'année de parution, le tome ou le volume, la pagination (première et dernière pages).

Ex. : Béraud C. Le doute scientifique et la décision : critique de la décision en santé publique. *Sante pub.*, 1993 ; 6 : 73-80

Pour un livre : la ville d'édition, la maison d'édition ou d'impression, l'année de parution, le nombre total de pages.

(les chapitres et les communications sont précédés et suivis de guillemets).

Pour un mémoire ou une thèse : le titre de thèse doit apparaître entre guillemets, et le type de thèse et sa spécialité seront portés entre crochets suivis de la ville, l'université, l'année et le nombre total de pages.

ENVOI AU SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

La proposition d'article doit être dactylographiée en double interligne (en Times new roman 12). Pour un article thématique, le nombre de mots doit être compris (figures, tableaux et bibliographie inclus) entre un minimum de 5000 (8-9 pages) et un maximum de 7000. Les pages sont numérotées consécutivement sur l'ensemble du texte.

Pour soumettre votre proposition d'article par email : christian.byk@gmail.com

PROCÉDURE DE LECTURE

Après une 1^{re} lecture, le secrétariat de rédaction adresse la proposition d'article anonymisée pour un examen critique à deux lecteurs référents anonymes.

Les avis des lecteurs et la décision de la rédaction (acceptation, refus, proposition de modifications) sont transmis ensuite à l'auteur dans un délai 2 mois après la réception.

La version définitive, acceptée par le comité de rédaction, est adressée sur support email (document word).

Les articles soumis au *Journal Droit, Santé et Société* ne doivent avoir été ni publiés, ni simultanément soumis ou déjà acceptés pour publication ailleurs. Le fait de soumettre un article à la rédaction vaut à la fois pour la publication papier et électronique de la revue, notamment via le portail www.cairn.info.

A cette fin, les auteurs doivent certifier, par courrier, que leur texte n'a jamais été publié ou soumis à publication.

Law, Health and Society Journal is a series of the *Journal of Forensic Medicine*. This series is devoted to all those interested in the relationship between Law, Medicine and society. It has a multidisciplinary approach and an international vocation. Submitted articles could be included in a thematic issue or inserted into a specific section.

The editorial committee can also create specific sections as shown below.

The different sections available are listed below:

Cross-thematic sections:

- a) Editorial
- b) Specialized Topics

Special Sections:

- Pole 1: 1° Health Law and Bioethics
2° Law of families and individuals
3° Prisons and psychiatric care
4° Law, health data, telemedicine and medical imaging, geriatric technology
5° Law of research
6° Pharmaceutical law and medicine (including health products and nutraceuticals and medical devices)
- Pole 2: 1° Insurance Law
2° Body damages and injury (medical hazard, medical liability and responsibility of bad products and practices, compensation and indemnification)
3° Law, Health and Environment
4° Judicial Practice, Criminal Law of Health and Environment
- Pole 3: 1° Law of expertise, ethics, conflicts of interest and good practice
2° European and International Health Law
3° History of Forensic Medicine and Health Law
4° Anthropology, medicine and law
5° Sociology of Health
- Pole 4: Regional and national correspondents

Articles are accepted in English and French.

SUBMITTED TEXTS WILL TAKE INTO ACCOUNT THE FOLLOWING EDITORIAL RULES

Title: The title must be short and informative (approximately 10 words). It must also include an abbreviated version (about 5 words) which will be used as the header of the article.

Authors: List of authors (first name initials, surnames) must be followed by the institution details (name, city, country) as well as the name and full address of the author to which the final version will be sent.

Abstract: The abstract should not exceed 10 typed lines (generally 250 words). It should only include sentences with specific informative content and should be provided in French and in English. The abstract must followed by key words.

Tables: Tables must be named in the text and numbered in order using Roman numerals. The size of the tables is limited as is the number of tables that can be included (no more than 4 or 5). The caption must figure at the top of the tables.

Figures: The figures must be named in the text and numbered in order (Arab numerals). The caption should appear below the figures. Applicants must provide an original copy of good quality. The text, tables and figures must complement each other.

Bibliography: Only include references cited in the text. Conversely, any author cited must be listed in the bibliography. The order chosen for bibliographic references is alphabetical according to the authors' surnames. Each reference is labelled in the text by the number (Arab numerals in square brackets) it is assigned in the bibliography. The references are classified at the end of the article in alphabetical order.

Writing and punctuation for the references must follow the Vancouver standards:

- Authors: the surname must figure in small letters followed by first name initials. When the number of names exceeds 6, only the first 3 are mentioned followed by "et al.".
- The full title of the document in its original language should be in italics.

SOME EXAMPLES

For a periodical, referencing is as follows: short title according to the Medicus index (without the accent and the full stop), year of publication, volume or the part, page numbers (first and last pages).

E.g.: Béraud C. Scientific doubt and decision: criticism of decision in public health. *Health Pub.*, 1993; 6: 73-80

For a book: the city in which it was printed, publishing or printing house, the year of publication, the total number of pages.

(Chapters and articles are preceded and followed by quotation marks).

For a memoir or a thesis: the thesis title must appear between quotation marks, and the type of thesis and its area of expertise should figure between square brackets followed by the city, the university, the year and the total number of pages.

SENDING THE ARTICLE TO THE EDITORIAL SECRETARY

The article must be typed using double spacing (in Times new roman 12). For a thematic feature, the number of words must be specified (figures, tables and bibliography included): between 5,000 (8-9 pages) and 7,000 pages. The pages are numbered consecutively throughout the text.

To submit your article by email, please send it to the following address: christian.byk@gmail.com

PROOF-READING

After the first reading, the editorial secretary will send the article (anonymous) for critical review to two anonymous readers.

The readers' opinion and the editor's decision (acceptance, refusal, proposed changes) are subsequently sent to the author within 2 months of receipt.

The final version accepted by the editorial committee, is sent by email (Word format).

Articles submitted to the *Law, Health and Society Journal* should not have been published, submitted or accepted for publication elsewhere. Articles submitted are for both the paper and electronic versions, especially the www.cairn.info website.

Authors must therefore certify by post that their text has not been published or submitted for publication elsewhere.