PRÉVENTION ET PSYCHOPATHOLOGIE

G. HOUGARDY (1)

RÉSUMÉ : La psychopathologie épouse étroitement les valeurs du milieu dans lequel elle se déploie, la pression de conformité jouant un rôle capital dans la définition du normal et du pathologique, et dans l'évolution de la nosographie.
On montre par quelques exemples (Stress, PTSD, Dépression) les difficultés spécifiques entraînées par cette situation dans la définition des stratégies de prévention.

PSYCHOPATHOLOGY AND PREVENTION
SUMMARY : There is a close connection between psychopathology and Culture. The conformity pressure plays a prominent part in the definition of what will be considered as a normal or pathological behaviour. By some examples (Stress, PTSD, Depression) are shown the specific difficulties encountered by psychopathology with regard to the prevention strategies.
KEYWORDS : ***Conformity pressure - Psychopathology - Prevention***

La psychopathologie appartient de plein droit à la Médecine; elle occupe désormais une place incontestée dans le domaine des Neurosciences. C'est un progrès dont le XXème siècle peut se montrer aussi fier qu'il l'est de ses spectaculaires avancées technologiques.

Cette heureuse intégration ne doit pas faire oublier la spécificité de cette discipline, qui continue, quel que soit le modèle auquel elle se réfère, de relever des contraintes épistémologiques propres aux Sciences Humaines, avec les conséquences méthodologiques qui en découlent. Cette courte note voudrait rappeler l'influence de la pression sociale sur l'évolution des concepts cliniques en matière de psychopathologie.

La première étape de la *prévention primaire*, telle qu'elle est définie ici, consiste à "*identifier des sujets ou des populations à risque de développer une maladie déterminée*".

La démarche anatomoclinique en usage en médecine somatique permet dans la plupart des cas, d'assigner aux entités cliniques des définitions précises, mesurables et donc comparables, puis de fixer des critères rigoureux qui désignent les sujets ou populations "à risque". Dès cette première étape, la psychopathologie se trouve en situation particulière, la définition même de la maladie étant loin d'y être fixée de façon univoque.

Depuis des années, de nombreux psychiatres consacrent leurs travaux à l'établissement de tableaux syndromiques qui seraient définis de façon indiscutable et reproductible, dans une démarche dérivée du modèle anatomo-clinique. En dépit de leurs évidents mérites, ces classifications laissent souvent les cliniciens sur leur faim – comme l'indiquent bien les incessants remaniements dont elles font l'objet. Non seulement chacun des items pris isolément est difficile à cerner, mais le tableau clinique final n'aboutit que rarement à donner une *représentation fidèle de la singularité du consultant* (rappelons qu'il s'agit là de la définition même de l'objectivité dans les Sciences Humaines : faute de pouvoir quantifier l'inquantifiable, il faut s'attacher à donner de l'objet étudié la "représentation la plus fidèle possible").

Le caractère inévitablement réducteur de ces classifications n'échappe à personne : il s'agit d'une limite incontournable liée au statut de l'objet étudié, et qu'il n'est pas question de déplorer : c'est le signe le plus tangible de la créativité humaine qui fait qu'un individu échappe *par définition* aux tentatives de catégorisation.

Cette limite *individuelle* se double, quand il s'agit de définir les entités morbides, d'un autre obstacle, d'ordre *sociologique* celui-là, et tout aussi majeur : contrairement aux critères biologiques, immuables au travers des lieux et des époques, les formes cliniques qu'empruntent les maladies mentales sont *constamment changeantes*, la psychopathologie épousant étroitement les valeurs du milieu culturel dans lequel elle se déploie.

Dans toute culture, dans toute société, et à tous moments, s'exerce une *pression de conformité* sur chaque individu du groupe concerné, qui s'efforce de l'assimiler aux normes, aux usages, aux modes et aux valeurs y ayant cours.

Le caractère le plus souvent *implicite* de cette pression contribue à son extraordinaire efficacité. Car, c'est *à l'insu du sujet* qu'elle s'exerce; si elle est efficace, le sujet ne songe même pas à remettre en cause les valeurs fondamentales dans lesquelles il est baigné (les professionnels de la santé ne sont évidemment pas épargnés). La pression est partout, et n'est nulle part; elle se traduit par des évidences qui sont autant de postulats : "*Ça ne se fait pas !*"; "*Ce n'est pas normal* !" …

Les médias en constituent le vecteur le plus efficace. Ils manipulent l'"*opinion*" autant qu'ils sont eux-mêmes inconsciemment manipulés par cette force impalpable, dont la fonction essentielle consiste à maintenir la cohésion du groupe, par *élimination des déviances* (et des déviants) qui pourraient l'affaiblir. La pression de conformité se transmet par le biais de *modèles d'identification latents* qui modulent l'expression de ce qui, dans une société donnée, et à un moment donné, est considéré comme *normal ou pathologique*, grave ou bénin.

(1) Chargé de Cours Ulg, Chef de Service associé, Service de Psychologie médicale (Pr. M. Ansseau).

Les exemples en sont légion, et quotidiens. Pensons à ces débats consacrés aux assuétudes, qui ne mentionnent qu'au passage – quand ils le font ! – l'alcool et le tabac, dont les ravages directs et indirects ne sont plus à démontrer. Ou à ces parents affolés qui viennent de découvrir qu'il arrive à leur adolescent de fumer un joint, mais qui ne pourraient s'endormir sans leur somnifère… Qui d'entre nous, en sirotant sa sixième tasse de café de la journée, l'associe à l'usage d'une "drogue licite" ? Nous avons déjà souligné l'*effet de mode* qui touche actuellement les troubles obsessionnels-compulsifs (1). On sait à quel point le développement de l'étude des troubles du comportement alimentaire est en étroite corrélation avec l'évolution sociologique du culte du corps, et les modèles de représentation du Beau à l'honneur dans la société occidentale depuis une cinquantaine d'années.

L'évolution des critères psychopathologiques, à commencer par la définition du "normal", ne se fait pas au hasard, et le risque de *récupération médicale* de la déviance n'est pas nouveau (que l'on songe aux multiples programmes "thérapeutiques" mis en place depuis quelques années face à la délinquance sexuelle, suite aux horribles "*faits divers*" que l'on sait…).

On se rappellera que dans les années 80, c'est *par un vote* que l'on a finalement *décidé* du caractère *normal* de l'homosexualité, devenue "*fait de société*". Étonnante évolution : ce qui depuis toujours avait été considéré comme une singularité, une déviance, ou une perversion, puis était devenu une maladie, se trouve à présent *jugé* tellement normal que c'est le fait de ne pas l'assumer que l'on *estime* pathologique !

Qu'on le veuille ou non, le risque est toujours présent pour la psychopathologie de servir d'alibi à des valeurs sociales implicites : quelle forme plus élégante d'élimination des déviants ?

Lorsqu'on évoque le risque d'une récupération médicale par "le système", on est souvent tenté d'en chercher des exemples lointains (celui des systèmes totalitaires est le plus souvent cité), comme si on en était soi-même préservé. Il en existe pourtant partout, et de très insidieux.

Il devient de plus en plus courant que des adolescents (voire des enfants) se voient prescrire des antidépresseurs lorsqu'ils rencontrent des troubles banals d'intégration dans leur groupe d'appartenance, ou qu'ils présentent quelques manifestations de retrait (que l'on qualifie aussitôt de "phobiques", pour leur donner un label médical qui *légitime* la démarche) ?

Tout se passe comme si la Société, qui fait mine de les aduler dans un culte du jeunisme parfois irritant, mais ne leur fournit pas les moyens d'une intégration socio-professionnelle correcte, se dédouanait de son échec en les faisant prendre en charge par la Sécurité Sociale. C'est malheureusement au prix d'une *médicalisation* sans fondement, dont il n'est pas difficile d'imaginer les possibles effets délétères à moyen et long terme : banaliser le recours à un traitement médicamenteux chez des jeunes devant lesquels on ne cesse d'agiter le spectre de la drogue est en soi paradoxal; il est surtout douteux que leur donner un statut de *patients* au moment précis de leur quête d'identité soit vraiment de nature à les aider.

On laisse pourtant souvent entendre qu'il s'agit ici de la *prévention* de décompensations ultérieures, en présentant la prescription comme une aide active à la socialisation... Insensiblement, l'adolescence devient ainsi une "*population à risque*" : on pouvait rêver de rites d'initiation plus valorisants !

Examinons brièvement trois exemples qui nous paraissent bien illustrer les liens étroits qui se tissent entre les idéologies et la clinique quotidienne : on mesurera mieux les problèmes spécifiques que rencontre la psychopathologie et les difficultés auxquelles elle se trouve confrontée quand il s'agit d'élaborer des politiques de prévention.

DE LA NÉVROSE AU STRESS

On sait que dans les classifications actuellement en cours, le terme de *névrose* a disparu; parallèlement, autant dans la clinique que dans le vocabulaire courant, le stress est devenu omniprésent. Même *l'angoisse* a perdu du terrain : elle est devenue "*panique*"… Comment comprendre les raisons de ces glissements, qui ne sont pas que sémantiques ?

Tous les sociologues s'accordent à considérer la fin des années septante comme un tournant décisif dans les mœurs occidentales. On affirme aujourd'hui la liberté du sujet face aux traditions et aux hiérarchies. Famille, école, religion,… ont cessé d'être des cadres : il s'agit pour chaque individu de s'épanouir, "*de se réaliser*", en se prenant soi-même comme point de repère.

En caricaturant, on pourrait dire qu'avant Mai 68, celui qui ne parvenait pas à s'adapter aux exigences de son statut portait, face aux Institutions qui le contrôlaient, le poids de la responsabilité de son échec – fût-ce avec d'importantes circonstances atténuantes : les aléas de son enfance, de son éducation, de son état mental ou physique. Il se sentait *coupable* d'avoir mal agi, mais cela ne remettait pas en cause sa valeur intrinsèque : il *expiait*, et, dans le meilleur des cas, se trouvait réhabilité. L'automutilation symbolique que s'im-

pose le patient conversif, le renfermement auquel s'astreint le phobique, les rituels tyranniques que s'inflige l'obsessionnel, l'absence de plaisir à laquelle se condamne l'hystérique, sans parler de multiples formes d'échecs incompréhensibles, tout est là pour attester des raffinements autopunitifs auxquels se livrent les patients, encore qualifiés de "*névrosés*" jusqu'il y a peu.

L'individu d'aujourd'hui, toujours en défaut par rapport à son inaccessible Idéal d'autoréalisation, profondément *honteux* de son (inévitable) insuffisance, ressasse seul son incapacité à concrétiser son ambition. Il n'est plus coupable d'*avoir fait*, il est honteux d'*être* ce qu'il est. C'est la "*fatigue d'être soi*" qu'A. Ehrenberg a si bien analysée (2).

Cette position est narcissiquement intenable; il est donc capital que le sujet trouve à son échec une raison qui ne l'implique pas personnellement, sous peine de le voir s'effondrer dans une amère dépressivité, ou contraint de se "doper", sous quelque forme que ce soit – en ce compris un "dopage" médicalement contrôlé.

C'est alors que la notion de stress prend son essor : le stress étant défini comme la réponse *non spécifique* que donne le *corps* à toute demande qui lui est adressée, c'est la *biologie* qui est à présent mise en cause en cas d'échec, et plus précisément l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien, dont on accusera la fragilité, ou que l'on déclarera indûment agressé : la personnalité du sujet se trouve ainsi préservée.

On établit des *échelles d'événements de vie*, dans lesquelles on affecte d'un score chiffré d'intensité les diverses circonstances responsables de "l'agression". Ces (pseudo) quantifications, malgré leur côté naïf, ont profondément marqué les esprits : lorsqu'on évoque aujourd'hui la difficulté pour quelqu'un de s'adapter à une situation donnée, l'intérêt se porte d'abord sur les caractéristiques de celle-ci, souvent qualifiée *a priori* de stressante, plus que sur les failles éventuelles de la personnalité du sujet.

Pourtant, Selye lui-même l'avait affirmé avec force : *le terrain est tout* (qu'est-ce que le terrain, sinon le corps et le psychisme ?). Lazarus l'avait aussi parfaitement compris, qui, dans son schéma devenu classique, a établi un modèle de stress stipulant que la réaction ne survient que si le sujet *évalue* la situation comme stressante. De deux choses l'une, dit-il en substance : soit l'"*agent stresseur*" est *perçu* comme une menace, soit il ne l'est pas (dans ce dernier cas, il n'y a évidemment pas de réaction de stress). S'il y a perception d'une menace, de deux choses l'une : ou bien le sujet, à tort ou à raison, a le *sentiment* de pouvoir y faire face (et il n'y a pas non plus de réaction de stress); ou bien, toujours à tort ou à raison, le sujet *ressent* une incapacité à y faire face, et il y aura une réaction de stress; celle-ci sera soit adaptée, soit pathologique. Ce schéma, très nuancé et d'une grande pertinence clinique, montre bien que le stress *pathologique* ne survient que dans ce dernier cas de figure.

Perception, évaluation, sentiment : on est bien évidemment là au cœur de la réalité psychique, c'est-à-dire d'une dimension individuelle et subjective, échappant *de facto* à toute tentative de quantification, et renvoyant directement à la singularité du sujet : c'est bien ce qui fait son danger, pour l'individu privé de cadres de référence; il aura donc spontanément tendance à se protéger en privilégiant les caractéristiques de la situation.

Un patient consulte pour un état de surmenage et de stress, lié, dit-il, *à ses conditions de travail*. Il a accepté la mission de restructurer une équipe en difficulté. Se décrivant d'un naturel inquiet et timoré, il explique avoir tendance à s'attribuer la responsabilité de tous les dysfonctionnements qu'il constate. Après quelques semaines de travail, il est épuisé.

En l'espace d'un unique entretien centré sur *l'évaluation* qu'il fait de son travail, le patient en vient à considérer que le problème vient de ce qu'il l'a abordé avec un optimisme excessif, qui ne pouvait qu'être déçu. Quinze jours après, il le décrit comme passionnant, enrichissant et créatif. Le travail n'a évidemment pas changé, mais bien sa façon de l'aborder.

Un tel exemple montre à suffisance combien il peut être imprudent d'adhérer sans autre forme de procès à la définition de "stressant" que le patient donne volontiers du stimulus auquel il est confronté.

Mais on notera - car c'est là que réside toute l'ambiguïté - que dans le schéma de Lazarus, le stimulus est *dans tous les cas* qualifié d'"*agent stresseur*". Ce n'est pas anodin, car on vit avec les mots, et dans un besoin pressant de réduire la complexité du monde qui nous entoure : on n'a que faire de longues et subtiles analyses ! Dans l'inconscient collectif se répand une idée infiniment plus simple : lorsqu'on est soumis à un *agent stresseur*, on ne peut être que *stressé* ! "Stressé" : donc, ou "à risque", ou franchement malade…

On voit bien que c'est l'évolution des mentalités qui a façonné le glissement du concept de névrose vers celui de stress, faisant disparaître le premier au bénéfice du second. D'une perspective *personnaliste*, qui soulignait le caractère intrinsèque à la personne de la motivation de ses comportements, on passe à une perspective *envi-*

ronnementaliste, qui en affirme le caractère extrinsèque : extérieur au sujet, lequel préserve ainsi son intégrité narcissique, que l'évolution de la Société avait fragilisée.

On a fait (à juste titre) le reproche aux adeptes du courant *personnaliste* de commettre souvent l'erreur fondamentale dénoncée par Ross, qui consiste à sous-estimer systématiquement les contingences extérieures pour privilégier les causalités internes. Les *environnementalistes* ont le mérite, en adoptant l'attitude inverse, de dénoncer et de corriger bien des situations inacceptables, qui ne peuvent laisser que totalement démuni celui, quelle que soit sa personnalité, qui est contraint de les subir. Mais la réalité psychique ne peut pas pour autant être purement et simplement évacuée : la vérité se trouve dans l'intégration harmonieuse des deux perspectives.

Il est d'ailleurs piquant de constater que les troubles de personnalité font l'objet d'une attention croissante, malgré toute la difficulté que l'on rencontre à leur assigner un statut (un trouble de la personnalité est-il, à lui seul, une maladie ? N'est-ce qu'un facteur de terrain ? Comment le prendre en compte ?). Les névroses, qu'on a sans doute un peu trop vite mises à la porte, rentrent ainsi par la fenêtre, d'une façon plus floue – ce qui ne facilite pas vraiment les choses… Mais il était illusoire de penser pouvoir éliminer le Surmoi par décret !

DE L'ÉVÉNEMENT AU TRAUMATISME

Le même raisonnement peut aisément s'appliquer au *traumatisme*, autre mot actuellement très en vogue : qualifier un événement de "traumatique" est aussi subjectif que peut l'être de le déclarer "stressant".

Depuis la guerre du Viet-Nâm, et les problèmes d'indemnisation des Anciens Combattants, le diagnostic d'état de Stress Post-Traumatique (PTSD), connaît une extraordinaire inflation. On le pose souvent sur le simple constat qu'un sujet a été confronté à un événement jugé – par lui-même ou l'investigateur – "d'une certaine intensité".

Pourtant, *aucune situation en soi*, même celle qui apparaît "objectivement" (!) comme la plus effroyable, ne peut *a priori* être qualifiée de "traumatique". Chacun peut, dans son expérience quotidienne, constater qu'un événement décrit comme traumatisant par Untel est aisément surmonté par tel autre. Nous y avons longuement insisté ailleurs : les sujets "*à risque*" sont ceux qui, mal préparés à l'inéluctable, se trouvent dans l'incapacité de métaboliser un stimulus qui les met brutalement en contact avec cette notion existentielle qu'ils n'ont pas intégrée. Cet événement – qui, *pour eux*, est en effet une catastrophe – peut, du point de vue du sens commun, apparaître anodin, voire passer totalement inaperçu (3, 4).

Il existe, ici encore, un indiscutable *effet de mode*. Des circonstances très passionnelles (et économiquement très chargées de sens…) ont présidé à la "reconnaissance" du PTSD. Rappelons que la "névrose traumatique", qui désigne exactement le même syndrome clinique, était connue de longue date, mais n'a guère connu le même engouement, avant de disparaître.

L'inflation du diagnostic de PTSD et les multiples publications qui lui ont été consacrées ont contribué à ce que l'on trouve aujourd'hui *normal* de dépêcher sur les lieux de toute "catastrophe" une équipe spécialisée, qui procède à une large prévention primaire par le biais d'un "débriefing". (Notons au passage qu'un événement n'est déclaré "catastrophe" que lorsque plusieurs personnes y sont impliquées, et qu'il fait l'objet d'une *couverture médiatique* : les innombrables "catastrophes" privées, anonymes, quotidiennes, pourtant tout aussi douloureuses, n'ont, curieusement, pas droit au même traitement). Quelques diagnostics de PTSD se déclareront par la suite, qui justifieront que soit maintenue cette pratique, même si on commence à s'interroger de plus en plus sur la véritable efficacité du débriefing précoce.

On sait pourtant bien que ce n'est qu'après un temps de latence caractéristique (en fait, après le retour à une situation de sécurité) que, chez les personnes à risque, l'éventuel PTSD commence à se constituer. Ne vaudrait-il pas mieux consacrer ici toute son énergie à la *prévention secondaire*, pour laquelle, bien souvent, les moyens manquent cruellement : moins *spectaculaire*, sans doute, mais plus ciblée, et plus efficace ?

DU DEUIL À LA DÉPRESSION

Depuis une trentaine d'années, le deuil a fait l'objet de multiples publications, qui en décrivent minutieusement les différentes étapes. On y souligne quasi systématiquement, documents ethnologiques à l'appui, l'importance de l'encadrement social qui doit accompagner l'endeuillé. Le *soutien par le groupe* et un *temps de récupération* raisonnable sont l'un et l'autre considérés comme indispensables à la réalisation d'un bon "travail de deuil", seul gage d'un deuil finalement "réussi".

Les exigences de la société de consommation étant ce qu'elles sont, les *rituels de deuil* ont pratiquement disparu : on considère que la vie (*entendre : la vie économique*) n'attend pas, et

qu'elle doit rapidement reprendre ses droits : après les quelques jours légaux qui lui ont été chichement accordés, on trouve *normal* que l'endeuillé redevienne "performant" (*entendre : rentable*).

La contradiction est flagrante : on décrit avec une grande justesse les raisons pour lesquelles un endeuillé, pendant le décours de son travail de deuil, se trouve dans l'impossibilité psychologique d'être créatif et productif, mais on exige pourtant de lui qu'il le soit, au nom des impératifs de l'économie de marché.

Cette incohérence engendre un biais dans l'évaluation psychopathologique : comme on attend de l'endeuillé "*qu'il réagisse*", ce qu'il est bien incapable de faire, on met sur le compte d'un deuil *pathologique*, voire d'une *dépression*, un état pourtant de tous temps déclaré normal et prévisible. Certains de ces deuils dégénérant *effectivement* en deuils pathologiques ou en dépressions, précisément parce qu'ils ont été entravés et qu'on en a éliminé des étapes essentielles, la pertinence de la nouvelle perspective se trouve d'une certaine façon *légitimée*, et les prises en charge pharmacologiques et/ou psychothérapiques sont organisées.

La société, encore une fois, donne d'une main ce qu'elle a retiré de l'autre, au prix d'une nouvelle démarche de médicalisation : pour l'endeuillé devenu dépressif, le soutien compassionnel spontané qui aurait dû venir du groupe se transforme en une (coûteuse) thérapie; quant au temps de récupération qui ne lui est plus spontanément accordé, on doit parfois finir par le lui octroyer sous la forme d'une (coûteuse) incapacité temporaire de travail, avec toutes les connotations péjoratives et culpabilisantes qui y sont associées.

Le *droit au bonheur* étant dans l'*air du temps*, on observe le même glissement du normal au pathologique dans nombre de réactions (de deuil) à des pertes irréversibles de tous ordres – et la vie en réserve de nombreuses ! On imagine combien le champ de la dépression s'en trouve considérablement élargi.

Cette évolution place le clinicien dans une situation quasi insoluble : d'une part, il est activement invité à mieux dépister et traiter les syndromes dépressifs dont toutes les enquêtes épidémiologiques soulignent qu'ils sont souvent méconnus et donc insuffisamment pris en charge; de l'autre, on l'accuse de tomber dans le travers de la surprescription, et on met en place des structures complexes (et coûteuses), chargées, menaces de sanction à l'appui, de contrôler ses "profils" de prescription… Comment doit-il faire pour bien faire ?

La culture forge ainsi, constamment, l'expression des troubles mentaux : au gré de modes versatiles et imprévisibles, elle décide de ce qui est, ici et maintenant, normal ou pathologique. Elle élimine certains syndromes qu'elle estime désuets (qui évoque encore la vieille *neurasthénie* ?), parfois les ressuscite sous d'autres formes (le *syndrome de fatigue chronique*, que se disputent psychiatres, somaticiens et psychosomaticiens, comme c'est le cas pour la *fibromyalgie*, ancienne *spasmophilie* qui n'est plus dans l'air du temps). Elle confère d'autorité à certains d'entre eux une gloire éphémère (les *phobies*, les *TOCs*, …) et en ignore totalement d'autres (à quand remonte le dernier débat sur *l'hystérie* ?).

Les politiques de prévention ne peuvent pas ne pas en tenir compte.

Le succès actuel du courant environnementaliste contribue à désigner de plus en plus de populations "à risque", pour lesquelles il conviendrait de prendre des mesures. Ce serait évidemment idéal, mais dans aucun système de Sécurité sociale, les enveloppes ne sont extensibles à l'infini.

En pointant trop largement les *situations* problématiques, on risque à tous moments de voir les moyens mis en œuvre dans tel ou tel secteur brutalement et arbitrairement supprimés, y compris pour les sujets qui, du fait de facteurs *intrinsèques*, se trouvaient les plus démunis et les plus en devoir d'être aidés : c'est un mouvement de balancier cher à l'histoire humaine, et caractéristique de la dynamique des effets de mode.

Les politiques de prévention, à tous les échelons, doivent donc s'efforcer de cibler, au sein des *situations* dénoncées, ceux que leur *structure de personnalité* rend particulièrement vulnérables, au-delà et en-deçà des courants capricieux et éphémères, pour leur consacrer toute leur énergie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hougardy G.— Les troubles obsessionnels- compulsifs (TOC). *Rev Med Liege*, 2002, **57**, 299-302.
2. Ehrenberg A.— *La fatigue d'être soi*. Éditions Odile Jacob, Paris, 1998.
3. Hougardy G.— Névroses actuelles et traumatiques; psychopathologie de l'angle mort. *L'Évolution psychiatrique*, 1992, **57**, 455-462.
4. Hougardy G.— La structure traumatique des états anxieux. *L'Évolution psychiatrique*, 1995, **60**, 561-573.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. G. Hougardy, Service de Psychologie médicale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.