

Evolutions sociales et préventives dans les 15 ans à venir

Marcel Burner¹

Polyclinique Psychiatrique Universitaire de Lausanne et Centre Psycho-Social, Rue Saint-Pierre 1, 1003 Lausanne Cédex

Début 1985, à quinze années de l'an 2000, les différents domaines de la santé avaient adopté le slogan: «La santé pour tous en l'an 2000» [1].

Sur le plan de l'évolution sociale, il faut mentionner un ouvrage de vulgarisation qui a beaucoup frappé tous ceux qui l'ont lu et, notamment, beaucoup de nos patients: le roman publié par G. ORWELL en 1949, intitulé «mille neuf cent quatre vingt quatre» [2].

Déjà considéré à l'époque comme l'un des meilleurs best-sellers de notre temps, dans son genre bien sûr, il a retrouvé courant 1984 une diffusion extraordinaire, soulevant un intérêt inhabituel, mais laissant les scientifiques sceptiques ou indifférents.

La répercussion sur pas mal de nos patients, aussi bien névrotiques que psychotiques, nous avait même amenés à envisager l'organisation d'un colloque basé sur ce livre, dans le cadre de plusieurs fondations ou sociétés d'hygiène mentale notamment.

Finalement, l'intérêt a progressivement baissé l'année passée où pourtant, au début, la tentation avait été forte de mettre en parallèle les prévisions d'ORWELL et la réalité telle qu'elle s'offrait à nous en 1985 et telle qu'elle pourrait être en l'an 2000 et suivants, laissant libre cours à nos fantasmes.

Il m'a semblé utile de reprendre quelques réflexions dans le cadre de la Médecine Sociale et Préventive, en citant certaines constatations ou hypothèses formulées par des auteurs intéressés à l'évolution sociale et aux mesures préventives tant primaires que secondaires et tertiaires.

Plusieurs articles ou ouvrages de psychologie médicale et de psychiatrie sociale mettent l'accent sur la problématique d'un savoir qui aboutit à des techniques de plus en plus perfectionnées. Ces techniques, dont beaucoup sont préventives, subsistent depuis des années, sur le plan dynamique et en fonction des révolutions psycho-sociales que nous connaissons déjà depuis l'après-guerre, des modifications plus ou moins confondues et rapides.

Il a notamment été souligné que des traitements contrôlés par des recyclages post-gradués ou des séminaires de perfectionnement devenaient des «supervisions à fin prophylactiques» et plus tard encore des «études de traitements assistés» [3]. Ces termes nouveaux supposent à mon avis un processus modifié et modifiable sur le plan dynamique, dans le cadre de la discipline qui nous intéresse.

Quelle que soit l'évolution de notre société d'ici 15 ans ou même 20 ans, il faut reconnaître que ce qui ne devrait pas changer, serait comme le souligne M. FAIN: «sans conflit pas de vie, à condition de reconnaître son inéluctabilité» [4].

En d'autres termes, si nous restons fixés sur les méthodes préventives passées et sur des positions trop orthodoxes dans notre domaine préventif et social, et aussi dans celui de la Médecine Psycho-Sociale, nous courons le risque de ne connaître que des vues à court terme et d'ignorer non seulement les réalités présentes d'aujourd'hui et de demain, mais surtout l'avenir à plus long terme [5].

Nous devons pouvoir projeter, dans les années et même les décennies à venir des événements possibles qui pourraient être source de «recettes» différentes ou innovatrices en Médecine Préventive et Sociale.

Beaucoup d'éléments dans ce devenir dépendant, entre autre, des demandes sociales individuelles et collectives. Certains auteurs visent déjà maintenant une sorte de «prolétariat préventif» qui pourrait se développer à travers des directions multiples.

Je ne suis pas contre le fait que de multiples groupements paramédicaux ou pas médicalisés du tout s'occupent de prévention, mais que ce soit dans des domaines leur appartenant ou dans des cadres justifiés, et en relation avec une motivation constructive, et applicable sans dimensions trop démagogiques.

L'évolution des idées va certainement être considérable dans le domaine des mouvements politiques et sociaux et cheminera de pair avec les progrès qui se feront encore dans de multiples secteurs de la pratique médicale et paramédicale, ou des découvertes pharmacologiques.

Dans 15 ans la question qui pourrait se poser serait par exemple: est-il encore nécessaire de se référer à des classifications dépassées, à une prévention à trois niveaux par exemple ou ne faudrait-il pas une fois envisager de pouvoir trouver accords ou indications plus spécifiques par rapport à l'ensemble des méthodes préventives et des théories sous-tendant la plupart d'entre elles?

C'est là, que laissant libre cours à mes fantasmes, je reviens à ORWELL.

Si l'on admettait, (je précise que c'est une hypothèse) avec lui que c'est peut-être dans les années à venir et non pas en 1984 ou 85, que «l'heure de l'abomination et de la désolation aura sonné», les trois possibilités qui pourraient s'offrir à nous resulteraient d'une organisation schématisée avec lui comme suit:

¹ Docteur Marcel Burner, Professeur, Directeur de la Polyclinique Psychiatrique Universitaire et du Centre Psycho-Social.

1. Il existerait un contrôle ou une «police de la pensée» qui rendrait toute action sociale et préventive, telle que nous la concevons actuellement, caduque, avec un idiome inventé pour rendre impossible la mise en marche de mesures préventives «libres», de pensées socio-préventives ou même d'idées tout court.
2. On verrait à ce moment apparaître «l'opposition clandestine» à laquelle j'adhérais, dénoncée par ORWELL comme la «Fraternité», où la prévention serait peut-être encore possible sur le plan primaire et secondaire, laissant au médecin un sentiment d'identité pour sa tâche prophylactique et de soins et reposant sur la délimitation d'un nouveau cadre professionnel.
3. Dans 15 ans nous vivrons peut-être dans une société basée sur un développement psycho-social en relation avec l'évolution particulière de grands groupes ou de grandes communautés. Ceci pourrait rendre possible des liens entre les pays à régimes et options différents.

Cela devrait aussi permettre une expression de nouveau plus libre et le développement de mesures sociales et préventives bénéficiant d'abord technologiques et psychologiques ou de versions idéologiques et psychodynamiques novatrices. Dans cette nouvelle société cela supposerait l'identification de situations psycho-sociales multiples, avec une perspective générale plus concrète [6].

Je ne ferai qu'effleurer l'aspect démographique. Dans 15 ans la population mondiale devrait dépasser les 6 milliards.

L'accroissement des gens âgés de 60 ans serait de 57 à 60%. Plus de 60% de ces personnes âgées vivraient dans le Tiers Monde.

Par ailleurs, la population de plus de 80 ans subirait un accroissement de 69% et l'essentiel de cette population très âgée vivrait, à l'inverse, dans les pays développés.

Quelle sera l'attitude médicale, vis-à-vis de la valeur des mesures sociales et préventives de ces personnes âgées?

Si FREUD affirmait en 1905 que l'individu subissait une perte d'élasticité mentale après 50 ans, les recherches récentes de ces décennies montreraient que beaucoup de transformations mentales sont encore possibles chez les personnes âgées.

FRANCK, en 1979, préconisait comme mesures préventives «des efforts planifiés et systématiques» de soignants dont la formation serait reconnue socialement pour prévenir ou soulager les gênes et souffrances de causes, notamment psycho-sociales, «au moyen de mots et d'autres interactions symboliques» [7].

En d'autres termes, les mesures préventives devraient plus objectivement un ensemble d'opérations pouvant être définies sur le plan technique, menées en vue d'atteindre des objectifs définis en fonction de l'évolution sociale [8].

En ce qui concerne notre domaine de la psychiatrie sociale et préventive, les mesures de prévention devraient vraiment être comprises dans le sens de l'application, en fonction de connaissances acquises et d'objectifs définis, de techniques dérivées de principes psycho-sociaux établis par des personnes qualifiées, avec une formation et une expérience orientées vers la compréhension de ces principes et l'application de ces techniques, avec l'intention d'assister des individus à modifier certaines caractéristiques personnelles telles que sentiments, valeurs, attitudes, comportements, etc.

Un groupe d'étude de Beaune en France a proposé une définition empirique qui supposerait qu'en Médecine Sociale et Préventive il faudra s'adjoindre davantage de personnes professionnellement formées à la nouvelle évolution psycho-sociale et capables de faire des propositions préventives, tant primaires que secondaires, à des sujets se plaignant d'un mal être et décidés d'entreprendre une démarche pour être soulagés. «Cela amènerait médecins et paramédicaux à mieux estimer les moyens psychosociaux pouvant donner lieu à un contact, définissant les engagements de chacun et les limites de leur action commune et être autonomes dans la mesure où ledit contrat est souscrit par les deux parties».

Cette évolution vers des mesures préventives et sociales individualisées et régies par un contrat, nous paraît devoir se concrétiser dans la décennie à venir, quoique l'accent est encore trop souvent placé sur un savoir mal défini que sur un savoir-faire! [13].

WIDLOCHER nous rendait attentifs, en 1979 déjà, sur le fait que cela entraînerait une certaine méfiance entre beaucoup d'entre nous vis-à-vis d'une telle évolution possible qui pourrait, en somme, constituer un glissement d'une «interaction entre deux appareils psychosociaux» à une transaction entre deux systèmes de désir pas nécessairement les mêmes! [9].

Les actions sociales et préventives devraient, dans la meilleure des hypothèses, connaître un développement lié aux difficultés des gens de devenir autonomes, de communiquer entre eux et à des structures borderline où le point délicat d'une prévention ou d'une amélioration recherchée se situerait au niveau d'une «chaleur» de la relation reconnue comme indispensable car opposée à l'égoïsme, ou froideur, ou même encore neutralité.

Cette «chaleur», terme particulier que j'introduis ici, doit pour SEARLES «être plus de l'estime et du respect et de l'amour» et ne doit pas conduire, en tout cas à accepter ou encore tolérer passivement l'agressivité et la violence des autres [11]. Là je fais intervenir un facteur social important qu'on nous demande de plus en plus de prévenir: «violence et agressivité qui marquent déjà notre époque et qui vont en augmentant».

Dans 15 ans en verrons-nous peut-être la limite grâce à de nouvelles mesures préventives qui, toujours selon SEARLES, seraient déterminées par la possibilité d'accepter d'être vécues, puis remises en question

«comme cette partie non humaine que les patients projettent sur eux».

Des facteurs divers auront un rôle sans doute important jouer et qui commencent déjà à se faire jour par-ci par-là, tel le mode perceptif des collaborateurs plus ou moins orientés vers l'appréciation des structures ou des détails psychosociaux.

Un troisième point enfin nous paraît fort probable dans l'évolution de la Médecine Sociale et Préventive dans les années à venir, car déjà très perceptible actuellement: c'est le désir de plus en plus fréquent d'appliquer divers modes de prévention. Ceci va poser pas mal de questions sur le plan pratique, à proposer notamment du «cadre».

L'application d'une Médecine Préventive suppose, nécessairement, un «cadre» et nous serons certainement amenés au décours de ces journées à nous interroger sur la signification de cette recherche d'une pratique préventive polymorphe [12].

Elle répond aussi aux idées du futur, fantasmées par ORWELL et d'autres, car elles témoignent, apparemment, d'un besoin de fonctionner parfois autrement. Or, pour ce faire, il faut avoir la possibilité ou éprouver la nécessité de réserver des temps et des lieux particuliers.

Nous abordons là une dimension importante de la prévention: l'interaction entre le travailleur ou le médecin veillant à la santé et le sujet, patient potentiel. Elle est importante car les mesures préventives ne sont souvent abordées que de façon très partielle ou isolée, si l'on se focalise, notamment, trop peu sur celui qui veut faire de la prévention ou sur le sujet visé par d'éventuelles mesures préventives.

L'essentiel, surtout en prévention secondaire et tertiaire, se passe dans les interactions réciproques, aussi bien en mesures préventives individuelles que de groupe, où peuvent encore intervenir des actions préventives colatérales entre les sujets concernés.

Si nous voulons reparler du cadre, la première composante de celui-ci est le caractère professionnel de la situation, entendant par-là qu'il y a lieu de programmer ce que l'on veut entreprendre, quitte parfois à établir une sorte de contrat définissant ce que proposent les personnes désirant faire de la prévention et ce qu'elles demandent en échange.

Le second élément de ce cadre préventif professionnel devrait comprendre l'implication d'une certaine technique, celle dont le principe est ce qui peut être le plus facilement défini dans ce qu'ils proposent.

Ce second élément ne doit pas être négligé si nous voulons éviter ce qui va menacer les nouvelles techniques préventives qui risquent d'éclorre d'ici 15 ou 20 ans, à savoir selon GENTI qui écrivait dans les années 1980 déjà: «des gens paumés dans leur vie qui se font conseiller ou soigner par d'autres, paumés dans leur savoir-faire» [10].

Le troisième objectif à atteindre constitue un autre élément du cadre préventif: prévenir ou rechercher une amélioration chez des sujets déjà atteints demande

que nous nous situions à des niveaux différents, selon que nous visions la prévention ou l'amélioration de symptômes ou celle d'un mode de fonctionnement global.

J'estime personnellement, en tant que médecin, psychiatre et psychothérapeute, de formation psychanalytique, qu'il n'est pas exclu du champ préventif le désir d'aider tout simplement un sujet à renoncer à la fuite dans le travail, au surmenage comme évitement de facteurs relationnels affectifs, ou encore d'aider un patient déjà en crise ou souffrant de troubles de la personnalité avec difficultés du caractère et du comportement qui seraient à améliorer [14].

Une fois la crise passée ou le patient soulagé de ses symptômes, par une relaxation par exemple ou des entretiens de soutien, nous pourrions arriver à lui redonner ses possibilités relationnelles ou de créativité [15].

Ainsi, la précision ou la discussion des objectifs gagne en clarté si nous faisons intervenir la distinction entre buts de prévention et buts de vie, ce qui en l'an 2000 deviendra peut-être généralisable à tout le champ psychosocial et préventif. Je voudrais encore introduire brièvement ce dernier paramètre: le rôle des institutions.

J'appartiens pratiquement à trois institutions et mon identité de psychiatre, psychothérapeute et d'hygiéniste mental y sont en quelque sorte rattachées: l'Institut Universitaire de Médecine-Sociale et Préventive, l'Institut Universitaire d'Hygiène Mentale, avec la psychiatrie ambulatoire, et la Médecine Psycho-Sociale (anciennement Psychologie Médicale) et les facultés des sciences humaines à se donner entre autres un enseignement de la psychiatrie légale.

Deux théories s'affrontent: renforcer les institutions où l'on fait de la Médecine Sociale et Préventive, en quelque sorte les étatiser, ou alors privatiser davantage la prévention et laisser sujets et patients choisir.

Je dirai simplement que les institutions ont leurs avantages et leurs défauts. Un avantage certain est leur rôle de recherche et d'enseignement à côté d'un rôle thérapeutique qui nécessitent des préventions primaires et tertiaires. Dans ce sens on a affaire à des groupes constitués, disposant d'instrument de travail et d'études étendues et dont les membres sont d'autant meilleurs qu'ils se conforment davantage aux besoins en fonctionnement collectif, ne différant que par des rôles complémentaires [16].

Dans le privé on peut aussi arriver à des solutions tout à fait valables et opérationnelles. J'en veux pour preuve la multiplication des ligues de la santé. A Lausanne, notamment, fut créé en 1984, le Centre de prévention des Ligues de la Santé. En une année, ce centre s'est remarquablement développé. Appartenant à la Fédération Vaudoise des Ligues de la Santé, il regroupe les ligues contre les rhumatismes, la tuberculose et les maladies pulmonaires, les maladies cardiovasculaires, le diabète et la Société d'Hygiène Mentale. Ce centre a pour objectif la création d'activités

favorisant le maintien, le développement et la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'éducation sanitaire.

Ces activités portent ainsi, par exemple, sur l'alimentation équilibrée, le contrôle de la tension artérielle, l'apprentissage de la relaxation, la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, la pharmacodépendance, etc. S'adressant à toutes les couches de la population, ce centre de prévention, non médicalisé, mais pouvant faire appel à des consultants de toutes les spécialités, agit sous forme de cours, d'informations, de conférences, où sont invités des spécialistes reconnus avec des consultations de diabétologie et le dépistage de maladies en relation avec les institutions médicalisées officielles.

Voici un exemple qui n'est certainement pas unique, mais je tenais à le mentionner car il nous permet ainsi de mieux aborder ma conclusion.

En conclusion: dans les années à venir nous aurons une transmission de situations actives et d'effectifs ayant fait leur preuve. Mais nous allons également vers le développement de nouvelles réflexions issues d'incertitudes qui découlent de l'évolution psychosociale très rapide de notre société.

Quelle sera cette évolution en 10–15 ou 20 ans où nous assisterons certainement à des développements vertigineux de la technologie, la formation en Médecine Sociale et Préventive et l'évolution de mesures préventives feront toujours problème puisqu'il s'agit de l'infini recommencement de quelque chose qui devrait être constamment nouveau. L'évolution psychosociale et préventive dépendra de ceux qui resteront, comme on dit, «dans le vent» et qui sauront discerner les intérêts multiples au parcours parfois imprévisible dû aux multiples modes de transformation continue, face aux enrichissements culturels complémentaires.

Le fait que pas mal de sujets s'adressent à des institutions ou à des fondations ou personnes utilisant des techniques dites «nouvelles» montre qu'une certaine population, mal ou trop informée par la fièvre qui s'empare de plus en plus souvent du secteur des médias en particulier, va nous entraîner dans un mouvement qu'il nous appartiendra de maîtriser [17].

Nous verrons apparaître, à travers les excès de l'hystérisation massmédiatique et de l'opportunisme politique des phénomènes de mode. Ces derniers aussi agaçants qu'ils puissent paraître n'en seront pas moins des reflets caricaturaux de ce qui est réellement en devenir. Ils renverront leur futilité dans l'écume au mouvement d'une vague profonde dont j'ai mentionné la transmission plus haut.

A nous de décider, aujourd'hui, que nous allons éviter le renfermement dans les seules traditions ou dans l'illusion que peu de choses se modifieront fondamentalement et qu'il nous faudra éviter de nous scléroser.

L'élément primordial de l'évolution de la Médecine Sociale et Préventive que j'ai essayé d'esquisser devant vous me paraît être celui-ci: dans la mesure où elles

permettent de «stimuler la pensée» ou de modifier la structure même de nos patients, les techniques préventives qui risquent de s'amorcer ne seront pas de simples perfectionnements de ce que nous avons actuellement à disposition. Elles nous ouvriront tout bonnement, comme le souligne LAPERROUZA, un univers socioprofessionnel et familial qualitativement radicalement différent de celui qui a peu ou prou évolué dans la première moitié de notre siècle [1].

Il ne s'agirait donc pas seulement d'adapter à de nouvelles situations que nous ne pouvons que fantasmer, mais qui tendent à se préciser, les mesures psychosociales et préventives connues ou en voie de développement, mais de comprendre avant tout que c'est notre propre rapport à une autre réalité peut-être, notre nouveau mode de vie à venir, notre «culture» en son devenir le plus large qui vont sans doute se trouver, sinon bouleversés, du moins certainement remis en question.

Je terminerai en pensant que pas mal d'espoirs sont permis, même si des problèmes éthiques et épidémiologiques devaient être revus, à savoir par exemple à qui entre autres seront réservées les mesures sociales et préventives en l'an 2000, qui parviendront à soulager l'angoisse qui représente, actuellement, et dans les années à venir, l'une des plus grandes données de la vie de notre temps futur pour permettre l'adaptation aux aspects psycho-médico-sociaux que nous connaissons dans 15 ou 20 ans.

Résumé:

Pour l'instant nous évoluons dans le renfermement de pas mal de traditions. Hélas il ne faut pas vivre dans l'illusion que probablement rien ne se modifiera fondamentalement ni nous méfier, par ailleurs, des excès de l'hystérisation massmédiatique et de l'opportunisme politique des phénomènes de mode; ces derniers seront probablement les reflets caricaturaux de ce que deviendra peut-être notre société. Ils renverront, cependant, leur futilité dans l'écume du mouvement d'une vague profonde qui marquera une évolution qu'il s'agirait de prévoir. Dans la mesure où elle permet de stimuler la pensée ou de modifier même la structure de nos institutions ou de nos patients, les techniques sociales et préventives qui risquent de s'amorcer ne seront pas de simples perfectionnements de ce que nous avons actuellement à disposition, mais elles nous ouvriront tout bonnement un univers qualitatif et radicalement différent de celui qui est né au 19^{ème} siècle. Cet essai devrait surtout nous permettre de comprendre que c'est notre rapport même à une autre réalité peut-être, notre nouveau mode de vie, notre «culture» en son sens le plus large, qui vont sans doute se trouver ainsi bouleversés ou tout simplement remis en question. De là l'importance qu'aura sans doute à jouer la médecine sociale et préventive, et évidemment, la psychiatrie sociale et préventive en l'an 2000!

Zusammenfassung:

Soziale und präventive Entwicklungen in den nächsten 15 Jahren

Im Moment entwickeln wir uns in der Verslossenheit mancher Traditionen. Leider müssen wir nicht mit der Illusion leben, dass wahrscheinlich nichts gründlich verändert werden wird. Ausserdem sollten wir uns den Übermässigkeiten der massmediativen Stümperie und dem politischen Opportunismus des medizinischen Phänomenen misstrauen. Diese werden wahrscheinlich die verzerrten Trugbilder unserer künftigen Gesellschaft. Sie könnten jedoch eine vorhersehbare Entwicklung zeigen. Es erlaubt ein Stimulus für den Gedanken oder eine Änderung der Struktur unserer Institutionen oder

unserer Patienten zu ändern. Da würden eventuelle soziale und präventive Techniken, die nicht nur einfaches Perfektionieren zu Verfügung stehenden sind. Aber sie werden uns ein qualitativ anderes Universum öffnen als das, das im 19. Jahrhundert geschaffen wurde. Dieser Aufsatz sollte uns vor allem verstehen lassen, dass unsere Lebensweise, eben unsere Kultur umgestürzt würde. Im Jahre 2000 wird die soziale und präventive Psychiatrie zweifellos eine sehr wichtige Rolle haben.

Summary:

Social and preventive developments in 15 years

At the present instant we are evaluating in the withdrawing of a lot of traditions. Alas one shouldn't live in the illusion that probably nothing will basically change either to be suspicious or either the massmediatic histrionism and the political opportunism towards fashion phenomena; these will probably be the caricatured reflects of what shall perhaps become our society. They will however refer to their futility in the form of the wave which will mark an evolution we shall try to anticipate. In some degree it will allow to stimulate the thought or to modify structure of our medical institutions or our patients, the social and preventive technics that risk to begin won't be simple improvements of what we have now, but they'll open a qualitative universe and extremely different of those, that were born in the 19th century. This study should above all permit us to understand that our report same towards another reality perhaps, or perhaps a new way of life, 'culture' in the broadest sens, will be so upset or simply reported in question. Here we see the importance that will be played by the social and preventive medecin and evidently the social and preventive psychiatry in the year 2000.

Bibliographie

[1] LAPERROUZA C. Aging 2000 Our Health Care Destiny Houston 23-26 octobre 1983. Med. et Hg. 41, pp. 3983–3984 (1983).
 [2] ORWELL G. Mil neuf cent quatre vingt quatre. Gallimard, Paris (1950).

[3] BURNER M. Sozialpsychiatrie une psychotherapie. In: Aspect der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene. Bern-Stuttgart-Wien, Verlag Hans Huber, 1975, pp. 173–184.
 [4] FAIN M. Ouverture du 43ème Congrès des Psychanalystes de langue française. Rev., Française de Psychanalyse, 1 (num. spécial), pp. 7–9, PUF, Paris (1984).
 [5] BURNER M. Hygiène Mentale et prévention du vieillissement (cours de préparation à la retraite, Lausanne 27.10.1970).
 [6] FYVEL T.R. *Georges Orwell*, a Personnal Memoir, Weissenfeld et Nicholson, London, 1982.
 [7] FRANK J.D. The present status of outcome studies, J. Consult Clinical Psychology, 47, pp. 310–316, (1979).
 [8] SMITH M.L. et GALSS G.V. Meta analyses of psychotherapy outcome studies Am. Psychol., pp. 752–760 (1977).
 [9] WIDLOCHER D. Intériorisation et processus thérapeutique. Nouv. Rev. Psychanal. 12, pp. 231–241 (1975).
 [10] GENTIS R. Leçons du corps, Flammarion, Paris (1980) GUYOTAT J. Psychothérapies médicales, 2 tomes, Masson, Paris (1978).
 [11] SEARLES H. L'effort pour rendre l'autre fou. NRF Gallimard (1977).
 [12] SCHNEIDER P.B. Propédeutique d'une psychothérapie, Payot, Paris (1976).
 [13] HURLEY H. 1984, the Story of a Find, University Press, New Wye, 1984.
 [14] BURNER M. Le psychothérapeute et les psychothérapies analytiques de groupe. L'expérience lausannoise 1954–1974. Bulletin de psychologie – Université de Paris. Spécial 1974, pp. 37–44.
 [15] BURNER M. La psychothérapie du sujet âgé. In: Propédeutique d'une psychothérapie. Paris, Payot (1976) pp. 228–236.
 [16] BIGLAN A., VILLWOCK C., et WICK S. The flexibility of a computer for the treatment of test anxiety, J. Breha. Therapy Expan. Psychiatry, 10, pp 47–49, 1979.
 [17] BURNER M. Les psychothérapies suggestives. In : propédeutique d'une psychothérapie. Paris, Payot, (1976). pp. 301–310. ROGERS C.R. Emphatic: An unappreciated way of being – Conseling psychologist, 5, pp. 2–10, 1968.