

Nom : TIK Michal  
N° étudiant : 20703068  
Groupe B29

TIS1

Mémoire préparé aux TD de TIS1  
Deuxième semestre, année universitaire 2007-2008  
Paris Descartes

**Le phénomène "karma casher" :  
Etude des troubles schizophréniques associés**

Chargé de TD : Morvan Yannick

# Sommaire

**Introduction**.....p 2

## **I. Le contexte**

- Le phénomène « Karma casher ».....p 2
- Quelques témoignages.....p 3

## **II. Définition des troubles schizophréniques**

- Les symptômes positifs les plus fréquents.....p 4
- Les symptômes négatifs les plus fréquents.....p 5
- Les critères diagnostiques actuels (DSN IV- TR).....p 6

## **III. Origine de la schizophrénie :**

- Les facteurs prédisposant - Approche physiologique.....p 7
  - Les facteurs génétiques.
  - Les factures biologiques.
- Les facteurs précipitants - Approche sociale.....p 7
  - Les facteurs environnementaux.
  - Effets liés à la consommation de drogues.

**IV. Méthodes thérapeutiques**.....p 8

**Conclusion**.....p 8

**Annexe** : Entretien avec le directeur du centre *kefar Izun*.....p 9

**Bibliographie**.....p10

## Introduction

Ce mémoire tente de faire le lien entre le phénomène « Karma Casher », terme journalistique qui désigne la grande migration vers l'Inde de jeunes israéliens tout juste libérés de leurs obligations militaires, et les troubles schizophréniques que ce voyage au long court est susceptible de déclencher. En d'autres termes, nous verrons comment le changement de contexte géographique et social, associé à une importante consommation de drogues, peut affecter la santé mentale de certains jeunes et constituer un terreau propice au déclenchement de troubles schizophréniques.

Nous expliciterons, dans une première partie, le phénomène « Karma Casher » qui demeure peu connu hors d'Israël. Nous reproduirons également quelques témoignages sélectionnés dans des articles de journaux afin de mieux comprendre les troubles psychologiques que ce voyage peut occasionner chez certaines personnes. Après quoi, dans une seconde partie, nous tenterons de caractériser la schizophrénie en donnant une définition des symptômes positifs et négatifs les plus fréquents. La troisième partie est, quant à elle, consacrée à l'étude de l'origine de cette maladie, en distinguant les facteurs prédisposants (biologiques et génétiques) des facteurs déclenchants (d'ordre social). Enfin, dans une dernière partie, nous parlerons des méthodes thérapeutiques, notamment celles administrées par le centre Kefar Izoun, qui traite les jeunes israéliens revenant de voyage.

## I. Le contexte

### Le phénomène « Karma Casher »

Selon les sources officielles<sup>1</sup>, entre 40 000 et 60 000 jeunes israéliens, pour un pays qui ne compte que 6,5 millions d'habitants, partent chaque année voyager en Amérique latine et en Asie du sud Est. L'Inde (particulièrement la région de Goa) est la destination qui attire de loin le plus de monde. Ce qui avait débuté au milieu des années 90 comme la grande évasion d'après le service militaire, s'est transformée en « diaspora New Age » de jeunes hommes et femmes qui disent chercher à fuir le conflit armé de leur pays. Rave party jusqu'à l'aube et farniente le long des 120 kilomètres de plage que compte Goa sont les activités principales de ces jeunes retraités de l'armée. Certains d'entre eux disent n'avoir aucune intention de rentrer en Israël malgré les efforts déployés par quelques rabbins locaux et une campagne privée financée par un magnat israélien de la banque et des télécommunications. La consommation de drogues est importante chez ces jeunes : 90 % en ont consommé au moins une fois durant leur voyage. Environ 2 000 d'entre eux rentrent en Israël avec de graves troubles psychiques et 800 ont besoin de soins psychiatriques<sup>2</sup>.

### Quelques témoignages<sup>3</sup>

---

<sup>1 2</sup> [www.izun.org.il](http://www.izun.org.il)

<sup>3</sup> Les témoignages signalés entre guillemets sont extraits des articles de journaux « *Les soldats israéliens vont chercher l'oubli en Inde* » Copetas ; Bloomberg. - « *Le syndrome Intifada frappe les soldats israéliens en Palestine occupée* » Rabin ; Ma'ariv.

Pour N. Breznitz, « *le Karma Casher est bien plus qu'une excentricité nationale entretenant un parallèle avec les hippies Américains et Européens qui ont précédé les Israéliens à Goa dans les années 60. Ces jeunes se sentent autorisés à sortir Israël de leurs têtes* ».

T. Basel, un ancien soldat installé à Goa témoigne : « *Nos âmes ont besoin d'une rupture permanente avec Israël. Les politiciens vous diront que nous vivons dans une bulle, mais cette bulle n'éclatera pas* ». B. Waisman, ajoute que « *le service militaire transforme de braves israéliens en personnes corrompues et insensibles. Nous sommes forcés de suivre les ordres et de faire des choses horribles auxquelles aucune jeune personne ne devrait être mêlée. Si vous voulez que votre âme survive à la dépression et à l'anxiété, vous partez pour Goa* ». E. Shimon, ancien combattant des forces spéciales témoigne : « *nous sommes entrés dans les maisons et avons affronté les Palestiniens. Beaucoup étaient innocents, mais sur le moment, cela nous était égal. On nous a dit que nous devons faire notre boulot. Maintenant je regrette. Je n'ai pas de travail, je ne parle à personne. Je reste assis toute la journée à regarder des dessins animés.* ». A. Kumar, un guérisseur traditionnel indien voit plusieurs israéliens par semaine : « *Ils ont tous le même problème : la démence. Leurs systèmes nerveux sont usés et leurs cerveaux ont besoin d'être rééquilibrés* ».

Pour O. Frish, travailleur social, « *de plus en plus de jeunes partis en Inde et d'autres endroits, reviennent dans un état de collapsus total et ont besoin d'aide d'urgence. Quand nous avons commencé à les aider, nous nous sommes rendu compte que dans la majorité des cas, le phénomène était lié non pas aux drogues, mais à leurs expériences pendant le service militaire. Lorsque le soldat, le rude combattant part en Inde, il est confronté à une autre réalité, une situation tranquille et paisible. Quand il revient, il se rend compte de ce qu'il a fait, il éclate en sanglot et s'accuse d'avoir maltraité et humilié les Palestiniens. Il essaye d'échapper à la réalité par la prise de drogues, et sa vie tombe en ruines.* ».

Ces jeunes pensent souvent que ce n'est pas légitime de s'effondrer et demander de l'aide. « *On leur dit qu'ils sont des surhommes, et les surhommes doivent résoudre leurs problèmes tout seuls. Mais ils n'y arrivent pas, alors ils se sentent coupables et pensent qu'ils ne valent rien. Ils s'enfoncent dans une crise mentale et dans les drogues qui les aident à réarranger la réalité* ».

Un ancien combattant d'une unité d'élite parti en Inde après sa démobilisation devint assujéti au LSD. Il en consommait en grande quantité et se terrait sous la table, refusant d'en sortir : « *Non, non, je ne peux pas, je suis embusqué* ». Il refusait de manger et de boire disant « *qu'on ne mangeait ni ne buvait quand on est embusqué* ». Un autre ancien soldat mange encore des rations militaires et prend une fausse arme à feu la nuit en tirant sur des guérilleros imaginaires : « *J'ai essayé de prendre des drogues mais mes parents m'ont attaché sur mon lit* ».

Les troubles psychologiques dont témoignent ces jeunes israéliens sont le plus souvent de l'ordre de la psychose traumatique ou d'une sérieuse dépression nerveuse. Toutefois, les traumatismes de guerre et la consommation de drogue, peuvent aussi déclencher des troubles schizophréniques chez ceux qui y sont prédisposés.

## II. Définition des troubles schizophréniques

De toutes les maladies psychiques, la schizophrénie est l'une des plus sérieuse et des plus courante. Elle touche près de 1% de la population et affecte aussi bien les femmes que les hommes, surtout entre 17-23 ans<sup>4</sup>. Du grec "skhizein", la schizophrénie signifie séparation,

---

<sup>4</sup> Norbert S. (1980) *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*.

division. Elle n'a rien à voir avec une personnalité divisée ou multiple, la division se situe plutôt entre la personne atteinte et le monde réel. Les schizophrènes entendent et voient des choses qui n'existent pas, sont contrôlés par des délires irréels et se soucient peu de ce que pensent les autres.

Le diagnostic de la schizophrénie à son début est difficile, car les premiers symptômes sont polymorphes et non spécifiques. Lorsque la maladie est installée, on distingue des symptômes positifs et négatifs. Les symptômes positifs ne se rencontrent que chez les personnes atteintes de schizophrénie : hallucinations, idées délirantes, comportement inapproprié, discours incohérent. Quant aux symptômes négatifs, ils se caractérisent par un manque ou une absence de comportements spontanés et attendus. Ainsi, la plupart des schizophrènes perdent toute ambition, ont moins d'énergie, évitent tout contact social et sont moins émotifs. Certaines personnes présentent des symptômes semblables à ceux de la schizophrénie, mais se rétablissent et retournent à une vie normale ou quasi normale; dans ces cas, il s'agit habituellement d'un bref épisode psychotique plutôt que de schizophrénie.

### **Les symptômes positifs les plus fréquents:**

#### ➤ Les hallucinations

Les hallucinations sont des perceptions sensorielles qui trouvent leur source dans le cerveau de la personne plutôt qu'à l'extérieur. Les patients schizophrènes entendent parfois des voix (hallucinations auditives) qu'une personne saine placée dans la même situation n'entend pas ou voit des choses (hallucinations visuelles) que personne d'autre ne perçoit. Ces perceptions sensorielles étranges sont souvent très perturbantes pour le patient qui éprouve parfois d'énormes difficultés à distinguer hallucinations et perceptions réelles. Pour lui, les voix sont réelles et il agit en conséquence, parfois d'une façon incompréhensible.

#### ➤ Les idées délirantes

Bien qu'elles ne soient pas toujours apparentes, elles sont pratiquement constantes chez les schizophrènes. Le malade peut en effet nourrir et développer son délire sans en faire part à son entourage. Il s'agit de convictions erronées, qui ne sont pas partagées par d'autres et que le patient continue à considérer comme réelles, même en présence de preuves démontrant le contraire. Les thèmes du délire sont très variables et s'articulent souvent autour de notions pseudo-scientifiques, métaphysiques, philosophiques ou mystiques. Le patient peut être convaincu qu'il est poursuivi (délire de persécution), qu'il est dieu (idée délirantes mystiques) ou qu'il est le centre (idées de référence) des événements qui se déroulent autour de lui. Ces convictions erronées sont dues à un trouble du fonctionnement cérébral. Habituellement, elles ne peuvent pas être modifiées par des faits ou des arguments; seul le traitement semble être efficace.

#### ➤ Les troubles de la pensée

Le schizophrène peut se présenter comme un être intelligent mais dont l'activité de l'esprit est perturbée; sa pensée est floue et chaotique, car l'enchaînement des idées se fait par associations fortuites. Il s'arrête fréquemment de parler, sa pensée semblant suspendue, puis reprend la parole comme si de rien n'était, sans même qu'il ait conscience de cette coupure. Une forme atténuée de ce trouble est le « fading mental » (de l'anglais qui s'affaiblit) : les propos du malade se ralentissent comme si celui-ci se détachait momentanément de ce qu'il était en train de dire. La conversation avec lui est difficile, en raison d'un mutisme ou d'un semi-mutisme. Sa voix peut être modifiée dans les intonations et peut présenter des troubles

de l'articulation. Les mots subissent des transformations phonétiques ou sémantiques. On a le sentiment que le malade fuit le monde réel et se réfugie dans un monde privé, imaginaire, où les mots n'ont de sens que pour lui.

➤ La perturbation de la perception de soi

Il arrive que la personne atteinte perde le sens de son identité personnelle. La frontière entre lui-même et le milieu qui l'entoure se dissout. Cela se manifeste par exemple par la conviction que d'autres peuvent lire ses pensées, ou qu'ils peuvent introduire directement des pensées dans sa tête.

➤ Les troubles du comportement

Son comportement est imprévisible, obéissant à des impulsions et se traduisant par des actes incompréhensibles. Il agit de façon absurde ou cocasse, souvent il répète de façon stéréotypée les mêmes gestes, parole ou attitude, qui peuvent exprimer une partie de son délire. Ces troubles peuvent aller jusqu'à l'hostilité et l'agression, et le mènent parfois (surtout chez les adolescents) à fuguer ou à commettre une tentative de suicide.

### **Les symptômes négatifs les plus fréquents:**

➤ Manque d'énergie et de motivation

Le manque d'énergie est un symptôme négatif fréquent. La maladie peut causer une perte de vivacité, d'entrain et d'intérêt général chez le patient. Cela se traduit souvent par une incapacité à assumer ses responsabilités à la maison, au travail ou à l'école.

➤ Eoussement affectif

Le patient perd sa capacité à ressentir et à exprimer des émotions. Il n'a plus ni curiosité intellectuelle, ni initiative et semble indifférent sur le plan affectif. L'expression faciale est souvent réduite ou même absente.

➤ Retrait social

Les patients présentent souvent un manque d'intérêt envers leur environnement et finissent par éviter tout contact social et même familial. Ils deviennent taciturne, se replient sur eux-mêmes, s'isolent de plus en plus, fuient dans la rêverie, et leurs pensées sont progressivement envahies par le délire. D'une manière générale, ils s'opposent à tout ce qui vient du monde extérieur, ils refusent d'être aidés et manifestent leur négativisme par de l'ironie.

➤ Pauvreté de la pensée

Les patients peuvent devenir très peu portés à s'exprimer spontanément et peuvent présenter un ralentissement général de la pensée, voire même une absence d'idée.

L'évolution de la schizophrénie est assez variable, avec des périodes où l'on assiste à une véritable flambée de tous les symptômes (délire, hallucinations, trouble du comportement), alternant avec des périodes d'atténuation. A la fin de l'évolution de la schizophrénie, on peut avoir différents tableaux dans lesquels prédominent l'inertie, l'incohérence idéo-verbale ou le délire autistique.

## Les critères de diagnostics actuels selon le (DSM IV- TR)

La schizophrénie ne peut pas être diagnostiquée par des tests de laboratoire. On utilise donc des classifications internationales (notamment DSM<sup>5</sup>) dont le diagnostic repose sur le recueil d'une liste de symptômes cliniques (cf. liste ci-dessous). Pour qu'une personne soit qualifiée de schizophrène, deux (ou plus) des manifestations suivantes, pendant une période d'1 mois, doivent être réunies :

1. idées délirantes
2. hallucinations
3. discours désorganisé
4. comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. symptômes négatifs (émoussement affectif ou perte de volonté)

Par ailleurs, pendant une partie significative du temps de la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement social tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation. Cette période doit persister pendant au moins 6 mois.

## III. Origine de la schizophrénie

Bien que les causes de la schizophrénie restent largement mystérieuses, la recherche distingue aujourd'hui des facteurs prédisposants et des facteurs déclenchants. Pour développer la maladie, un individu doit en effet avoir une prédisposition d'ordre biologique ou génétique, cette prédisposition le rendant particulièrement vulnérable au stress de son environnement. C'est l'interaction entre cette vulnérabilité et le stress de l'environnement qui pourrait déterminer l'apparition de la maladie et son évolution. L'origine de la schizophrénie serait donc multifactorielle.

### Les facteurs prédisposants

#### ➤ Les facteurs génétiques

Un ensemble d'étude<sup>6</sup> concernant l'hérédité tendent à prouver que la composante génétique tient une place importante dans le déclenchement de la schizophrénie. D'après des statistiques de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), ce risque serait de 7% à 16% pour les parents de premier degré (parents, frères, sœurs, enfants) et de 40% à 60% pour les enfants dont les deux parents sont atteints de schizophrénie. Ce risque est de 2 à 6% pour les parents de second degré (nièces, neveux...) et de 2% pour les parents de troisième degré (cousins,...).

Ces pourcentages sont largement confortés par les résultats obtenus lors d'études de cohortes de jumeaux. Les jumeaux dizygotes présentent une incidence de 15 à 17%, tandis que cette dernière atteint presque 50% chez les jumeaux monozygotes. Les études concernant les adoptions montrent également le rôle joué par l'hérédité plutôt que le milieu environnemental.

Cependant, l'hérédité n'est qu'un facteur prédisposant parmi d'autres causes possibles. La maladie peut intervenir même lorsqu'il n'existe aucun autre cas connu dans la famille. Par ailleurs, le fait d'avoir plusieurs parents schizophrènes ne signifie pas pour autant qu'une personne développera la maladie.

---

<sup>5</sup> American psychiatric association. (2000) : DSM – IV – TR, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

<sup>6</sup> Scotto, Jean Claude and Bougerol, Thierry. (1997) : *Les schizophrénies – aspects actuels*.

### ➤ Les facteurs biologiques

Les facteurs biologiques tiennent une place importante dans l'apparition de la schizophrénie. Il s'agit d'évènements extérieurs, non liés au génome de l'individu, qui surviennent le plus souvent au cours de la grossesse, en période pré ou périnatales. La rupture prématurée des membranes, un âge gestationnel inférieur à 37 semaines, la nécessité d'une réanimation ou le passage obligé en couveuse sont des facteurs souvent cités comme favorisant l'apparition d'une schizophrénie. En perturbant les fonctions cérébrales, ces facteurs peuvent en effet nuire au processus de développement neurologique.

## Les facteurs précipitants

### ➤ Les facteurs environnementaux

De nombreux évènements de vie (rupture amoureuse, déménagement, échec, décès d'un proche) peuvent constituer des déclencheurs de la maladie. Les personnes concernées sont très vulnérables au stress, aux critiques excessives, aux tensions et aux pressions de performance (travail, études...). S'agissant de la situation en Israël, bien qu'à notre connaissance aucune étude n'existe sur ce thème, on peut imaginer que les situations de stress liées à la guerre sont nombreuses et qu'elles constituent assurément des déclencheurs puissants de troubles schizophréniques.

### ➤ La consommation de drogue

Loin de leur environnement social et familial, avides de nouvelles expériences et gagnés par une certaine forme d'impunité propre à ceux qui voyagent en pays étrangers, les israéliens consomment en général beaucoup de drogues. Les pays visités (Indes, Thaïlande, Amérique du sud...) sont des pays producteurs, où l'offre est importante et bon marché. Les produits consommés (amphétamines, LSD, cocaïne, cannabis) ne causent pas en soi la schizophrénie, toutefois ils agissent souvent comme de puissants déclencheurs qui entraînent l'apparition d'un premier épisode ou d'une rechute chez une personne prédisposée à la schizophrénie.

Le débat concernant l'implication des drogues comme facteur causal de schizophrénie s'est largement enrichi ces dernières années. S'agissant du cannabis, qui est la drogue la plus étudiée<sup>7</sup>, il semble aujourd'hui prouvé que les personnes présentant une vulnérabilité à la schizophrénie rentreront plus facilement en maladie du fait de leur consommation. L'usage du cannabis apparaît comme l'un des très nombreux facteurs de causalités (ni nécessaire, ni suffisant) qui accompagne la survenue de la maladie sans en affecter l'évolution de façon favorable, bien au contraire ce produit aggrave certains symptômes. 40% des sujets atteints de schizophrénie ont consommé du cannabis.

## IV. Méthodes thérapeutiques

Les meilleurs résultats sont obtenus par la combinaison d'un traitement médicamenteux (antipsychotiques) et d'un traitement psychosocial. Les antipsychotiques sont efficaces pour contrôler les symptômes positifs de la schizophrénie et prévenir les rechutes, par contre leurs effets sur les symptômes négatifs et sur l'inadaptation sociale est faible. Une approche psychosociale en complément est donc nécessaire. Les schizophrènes ont besoin d'un soutien pour accepter leur maladie et affronter les effets de celles-ci sur leur vie sociale et professionnelle, ainsi que les motiver à poursuivre leurs différents traitements. Cet

---

<sup>7</sup> Inserm (2001) : *cannabis: quels effets sur le comportement et la santé?*



accompagnement repose généralement sur une équipe, où travaillent ensemble médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux...

## **Conclusion**

A la lumière de ce court mémoire, nous pouvons supposer que les troubles schizophréniques dont sont sujets certains jeunes israéliens qui se rendent en Inde ne sont pas totalement imputables au voyage, mais que celui-ci permet à un sujet fragile d'entrer en maladie. Le changement brutal de contexte, pour ces anciens soldats qui ont connu des situations de guerre et qui se retrouvent projetés dans un environnement paisible, peut être source de traumatisme et ainsi déclencher certains symptômes schizophréniques. La consommation massive de stupéfiants, notamment de cannabis, est également un facteur qui augmente considérablement les risques d'entrée en maladie.

## **Annexe**

### **Entretien avec Mr Frish, Directeur du centre *Kefar Izun* (le 24/04/2008) :**

Kefar Izoun (littéralement, village d'équilibre) est un centre spécialisé qui a pour mission de recueillir et traiter des jeunes voyageurs, « *complètement cuits, totalement indifférents et sans aucun sens de la réalité* » selon les mots de son directeur. Cet établissement, situé près de la ville de Caesarea, a été fondé en février 2001 par un groupe d'anciens officiers de l'armée, de professionnels de santé et de parents de malades.

#### **Combien de patients votre centre peut-il accueillir ?**

La capacité d'accueil est malheureusement limitée à 24 places et la liste d'attente est longue ! 80 % de nos patients sont des garçons et 20% sont des filles qui ont entre 18 et 35 ans.

#### **Combien de temps restent-ils ?**

Ils restent en moyenne 4 mois et peuvent rentrer chez eux les week-ends. Après leur sortie, on leur propose un programme de suivi médical d'une durée de 3 mois. Durant cette période, ils se rendent au centre une fois par semaine afin de recevoir un traitement spécifique, élaboré par l'ensemble du personnel soignant.

#### **Combien de « sauvetages » avez vous organisé en Inde ?**

Chaque année, environ 50 à 60 jeunes israéliens sont rapatriés d'Inde. Cette opération est réalisée par une compagnie privée. Par ailleurs, Kfar Izoun vient d'ouvrir deux centres transitoires à Goa et dans le nord de l'Inde.

#### **Comment se compose votre équipe médicale ?**

L'équipe est constituée de 35 professionnels oeuvrant dans des domaines très variés (cf. question sur les types de traitements). Presque aucun n'est salarié chez nous à plein temps et tous interviennent en fonction de nos besoins.

#### **A quels types de troubles psychologiques êtes vous confrontés ?**

La plupart n'ont pas de maladies psychologiques à proprement parler, ils ont juste été sujets à des crises psychotiques temporaires. Toutefois, 10 % de nos patients sont magna dépressifs et 15% sont schizophrènes.

#### **Quelle est l'origine de ces troubles ?**

C'est une question difficile. La plupart des patients n'ont (à priori) pas d'antécédents psychologiques : ils ont servi dans l'armée, souvent dans des unités d'élites et les tests qu'ils ont passés pour y rentrer n'ont rien révélé. Les crises psychotiques qui les ont amenées chez nous se sont ainsi déclarées en voyage et sont souvent liées à une forte consommation de drogues. Toutefois, certains ont sûrement un "back grounds" qui les prédisposait à ce type de troubles.

### **Quels types de traitement utilisez-vous ?**

La thérapie est holistique et mêle par conséquent différentes techniques. Le personnel soignant travaille de façon collégiale et propose un traitement individualisé pour chaque patient. A ce jour, nous comptons 6 différents types d'approches thérapeutiques que nous combinons en fonction des besoins de chacun :

- 1- Les traitements conventionnels : suivis médical, psychologique et psychiatrique, soutien familial, thérapie de groupe.
- 2- Les traitements alternatifs : shiatsu, réflexologie, massages, naturopathie, exercices de respiration, acupuncture, kung-fu, jonglage, yoga.
- 3- Les traitements développant la créativité : poterie, théâtre, percussion, art...
- 4- Les activités sportives : gymnastique, natation, football, basket, jogging sur la plage...
- 5- Réadaptation à la vie sociale et loisirs : jardinage, échecs, pâtisserie, tâches ménagères...
- 6- Coaching : individuel et en groupe.

### **Utilisez-vous des médicaments ?**

80% de nos patients prennent des médicaments. Cependant, nous essayons toujours de limiter les dosages et faisons en sorte qu'ils diminuent progressivement au cours du traitement. Par ailleurs, les médicaments ne constituent qu'une partie de la thérapie.

### **Quel est le taux de réussite ?**

Depuis 7 ans d'existence, le taux de réussite est de 94%. Toutefois ce chiffre tient compte de l'ensemble des patients et pas seulement des schizophrènes.



Photos de Kefar Izoun – 24/04/2008

## Bibliographie

American psychiatric association. (2000) DSM – IV – TR, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Washington DC: Edition masson.

Copetas, A. (20.12.2007). *Les soldats israéliens vont chercher l'oubli en Inde*. Bloomberg.

Inserm (2001). *Cannabis: quels effets sur le comportement et la santé?* Expertise collective Inserm réalisée à la demande de la Mildt (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), 429 p, Edition Inserm.

Norbert Sillamy. (1980) Schizophrénie. *Dictionnaire encyclopédique de psychologie L-Z* P.1063- 1067 Paris: Edition Bordas.

Rabin, Ethan. (05.11.2002) *Le "syndrome Intifada " frappe les soldats israéliens en Palestine occupée*. Quotidien israélien Ma'ariv, traduit de l'hébreu vers l'anglais par l'équipe de "The other Israel", puis en français par Ana Cleja.

Scotto, Jean Claude and Bougerol, Thierry. (1997) *Les schizophrénies – aspects actuels*. Paris: Medecine – sciences

<http://www.izun.org.il/>