



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AUDITION PUBLIQUE

DOSSIER PARTICIPANT

Prise en charge de la psychopathie

Jeudi 15 et vendredi 16 décembre 2005

Salle Pierre Laroque

Ministère de la Santé et des Solidarités

14, avenue Duquesne - Paris 7^e

Haute Autorité de santé

2, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX – Tél 01 55 93 70 00 – Fax 01 55 93 74 16 – www.has-sante.fr

L'audition publique « Prise en charge de la psychopathie » est organisée par la Haute Autorité de santé, à la demande de la Direction générale de la santé et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

La Fédération Française de Psychiatrie (FFP) est associée à cette organisation.

Membres du comité d'organisation :

- Dr François-Xavier HUCHET (Haute Autorité de santé)
- Dr Betty BRAHMY (Psychiatre, SMPR Fleury-Mérogis, Sainte-Geneviève-des-Bois)
- Dr Daniel ZAGURY (Psychiatre, expert, CMP Bondy)
- Dr Marc GROHENS (Psychiatre, Centre clinique de psychothérapie de Poissy, président du collège « Psychiatrie et société » de la FFP)
- M. Alain VERLEENE (Magistrat, président Cour d'assises, Paris)
- Mme Danielle BARICHASSE (DGS, Bureau santé mentale)
- Mme Anne-Noelle MACHU (DGS, Bureau santé mentale)
- M. Yves FEULLERAT (DHOS/O2, Organisation de la prise en charge sanitaire psychiatrique des personnes détenues)
- Dr Michel GENTILE (DHOS/O2, Organisation de la prise en charge sanitaire psychiatrique des personnes détenues)
- Dr Patrice DOSQUET (Haute Autorité de santé)

L'ensemble du travail a été coordonné par le docteur François-Xavier HUCHET, chef de projet, sous la direction du docteur Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles de la Haute Autorité de santé.

L'organisation de l'audition publique a été assurée par Mmes Isabelle DESSALES et Gisèle CALVACHE, chargées de communication, sous la direction de Mme Karen CANDAU, responsable du service communication de la Haute Autorité de santé.

La recherche documentaire a été réalisée par Mme Christine DEVAUD, documentaliste, assistée de Mme Renée CARDOSO, sous la direction de Mme Frédérique PAGES, responsable du service documentation de la Haute Autorité de santé.

Le secrétariat a été assuré par Mme Isabelle LE PUIL.

La Haute Autorité de santé tient à remercier les membres du comité d'organisation et de la commission d'audition ainsi que les experts pour leur participation.

Programme de l'audition publique 4

Textes des experts

• Session 1

INTRODUCTION A LA PSYCHOPATHIE

• Jean-Louis SENON.....	9
• François CAROLI.....	14
• Serge LESOURD.....	16
• Laurent MUCCHIELLI.....	19
• Daniel MARCELLI et D. COHEN.....	25
• Thierry PHAM.....	31
• Bruno FALISSARD.....	35
• Alain MOREL.....	37

• Session 2

PRÉVENTION DE LA PSYCHOPATHIE

• Christian LAVAL.....	43
• Antoine GUEDENEY.....	47
• Maurice BERGER.....	49
• Nicole CATHELIN.....	53
• Corinne EHRENBERG.....	57
• Philippe CHAILLOU.....	61
• Monique BOURDAIS.....	65

• Session 3

ADOLESCENT A COMPORTEMENT PSYCHOPATHIQUE

• Philippe JEAMMET.....	71
• Patrick ALECIAN.....	74
• Jean-Pierre CHARTIER.....	80
• Marie-Colette LALIRE.....	83
• Jean MENJON.....	86
• Charlotte TRABUT.....	89
• Cyrille CANETTI.....	94
• Philippe JEAMMET.....	99

• Session 4

ADULTES PSYCHOPATHES

• Anne-Cécile JACOT.....	103
• Sandrine BONNEL.....	108
• Bruno ALBERT.....	111
• Pierre LAMOTHE.....	115
• Bruno GRAVIER.....	120
• Xavier LAMEYRE (textes non disponibles).....	
• Michel DUBEC.....	125
• Daniel ZAGURY.....	128

• Documentation

SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE..... 133

1. Définition - Genèse - Evolution clinique.....	135
2. L'enfant et l'adolescent.....	154
3. L'adulte psychopathe.....	163
• Conclusion.....	169
• Références.....	170

9h : Accueil des participants

9h30 - 9h45 : Ouverture de l'audition publique par Nicole MAESTRACCI, magistrate, présidente de la Commission d'audition

Session 1 INTRODUCTION À LA PSYCHOPATHIE

9h45 - 13h : **Président de session : Jean-Louis SENON, psychiatre, Poitiers**

Comment définir la psychopathie ?

- Jean-Louis SENON, psychiatre, Poitiers

Psychopathie : genèse et évolution clinique

- François CAROLI, psychiatre, Paris
- Serge LESOURD, psychologue, Strasbourg
- Laurent MUCCHIELLI, sociologue, Guyancourt

11h15 - 11h30 : Pause

Outils d'évaluation

- chez l'enfant et l'adolescent

- Daniel MARCELLI, pédopsychiatre, Poitiers

- chez l'adulte

- Thierry H. PHAM, psychologue, Tournai (Belgique)

Épidémiologie

- Bruno FALISSARD, biostatisticien, pédopsychiatre, Paris

Place des conduites addictives

- Alain MOREL, psychiatre, Boulogne-Billancourt

13h - 14h30 : Déjeuner

Session 2 PRÉVENTION DE LA PSYCHOPATHIE

14h30 - 18h : **Présidente de session : Corinne EHRENBURG, psychologue, psychanalyste, Paris**

Existe-t-il des facteurs de risque et de protection et comment les identifier ?

- Christian LAVAL, sociologue, Bron
- Antoine GUEDENEY, pédopsychiatre, Paris
- Maurice BERGER, pédopsychiatre, Saint-Étienne

Existe-t-il des signes précurseurs et comment les identifier ?

- Nicole CATHELIN, pédopsychiatre, Poitiers

16h - 16h15 : Pause

Prévention et prise en charge précoce : quels enjeux, quelles perspectives ?

- Corinne EHRENBURG, psychologue, psychanalyste, Paris
- Philippe CHAILLOU, président de la chambre des mineurs, cour d'appel, Paris
- Monique BOURDAIS, médecin conseil Aide sociale à l'enfance, Paris

9h : Accueil des participants

Session 3 **ADOLESCENT À COMPORTEMENT PSYCHOPATHIQUE**
9h30 - 13h : **Président de session : Philippe JEAMMET, psychiatre, Paris**

La psychopathie : les itinéraires de vie

- Philippe JEAMMET, psychiatre, Paris

Quelles prises en charge possibles : au sein, auprès et hors de la famille ?

- Patrick ALECIAN, psychiatre, Paris
- Jean-Pierre CHARTIER, psychologue, psychanalyste, Paris
- Marie-Colette LALIRE, directrice Enfance et Famille, conseil général, Grenoble

11h00 - 11h15 : Pause

Suite : Quelles prises en charge possibles : au sein, auprès et hors de la famille ?

- Jean MENJON, directeur départemental de la Protection judiciaire de la jeunesse, Agen
- Charlotte TRABUT, vice-présidente chargée des fonctions de juge des enfants, tribunal de grande instance, Bobigny
- Cyrille CANETTI, psychiatre, service médico-psychologique régional, centre de jeunes détenus, Fleury-Mérogis

Comment assurer la continuité de la prise en charge au cours de l'adolescence ?

- Philippe JEAMMET, psychiatre, Paris

13h - 14h30 : Déjeuner

Session 4 **ADULTES PSYCHOPATHES**
14h30 - 17h45 : **Président de session : Daniel ZAGURY, psychiatre, Bondy**

Diagnostic et prises en charge

- *continuité de la prise en charge du jeune adulte*

- Anne-Cécile JACOT, chargée de mission « jeunes » Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale Ile-de-France, Paris

- *prises en charge de l'adulte*

- Sandrine BONNEL, psychiatre, Bondy
- Bruno ALBERT, directeur de Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Montreuil
- Pierre LAMOTHE, psychiatre, service médico-psychologique régional, Lyon
- Bruno GRAVIER, psychiatre en milieu pénitentiaire, Lausanne (Suisse)
- Xavier LAMEYRE, magistrat, Paris

16h30 - 16h45 : Pause

L'obligation judiciaire de soins

- Xavier LAMEYRE, magistrat, Paris
- Michel DUBEC, psychiatre, Paris

L'expertise médico-légale

- Daniel ZAGURY, psychiatre, Bondy

17h45 - 18h : Clôture de l'audition publique par Nicole MAESTRACCI, magistrate, présidente de la Commission d'audition



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SESSION 1

Introduction à la psychopathie



COMMENT DÉFINIR LA PSYCHOPATHIE ?

Jean-Louis SENON

Professeur des Universités - Psychiatre des Hôpitaux
Université et Hôpitaux - Poitiers

INTRODUCTION

Si la psychopathie semble avoir disparu des classifications internationales, elle est un des diagnostics les plus posés par les équipes psychiatriques intervenant dans des situations de crise à composante sociale, par exemple aux urgences générales mais aussi dans les milieux sociaux défavorisés ou dans les établissements pénitentiaires. Effectivement, les classifications internationales ne considèrent pas la psychopathie comme une maladie mentale mais comme un trouble de la personnalité. Toutes privilégient l'approche descriptive, en insistant sur l'impulsivité, l'instabilité psychoaffective et d'insertion et sur les tendances antisociales, n'évitant pas une connotation morale dans le jugement porté sur la conduite psychopathique.

Le DSM IV (4) propose ainsi une évaluation multiaxiale avec, en axe I, les « troubles cliniques », où se retrouvent toutes les pathologies psychiatriques, et les troubles de la personnalité en axe II, axe pouvant « être utilisé pour noter les principales caractéristiques d'inadaptation de la personnalité et les mécanismes de défense ». Parmi ces troubles de la personnalité, se retrouvent en groupe B : la personnalité antisociale et la personnalité *borderline*.

Pour la CIM 10 (3), les « troubles spécifiques de la personnalité » sont listés en F60 avec la personnalité dyssociale et la personnalité émotionnellement labile de type soit impulsif, soit *borderline*.

Définir la psychopathie ne peut se faire sans référence à l'histoire de la clinique psychiatrique et ouvre la confrontation entre l'approche descriptive des classifications internationales et les apports d'une clinique psychodynamique.

UNE ÉBAUCHE DE DÉFINITION PAR L'HISTOIRE DE LA CLINIQUE

L'histoire de la psychopathie (12) se confond avec la création de la psychiatrie en tant que discipline clinique médicale, comme avec la naissance de la criminologie. Créateur de la clinique contemporaine, Pinel décrit peut-être ses prémices dans son Traité de 1801 dans le cadre « des lésions de l'entendement » avec une « manie sans délire » appartenant aux « folies raisonnantes » marquée par « des accès périodiques... avec impulsions aveugles à des actes de violences... sans aucune illusion de l'imaginaire »... Esquirol, élève de Pinel, introduit la notion de monomanie dans son traité de 1838. Dans celui-ci, certaines formes de « monomanies raisonnantes » semblent très proches de la psychopathie. Georget avance aussi les principales caractéristiques cliniques du déséquilibre psychopathique qui seront reprises par Dupré, un peu moins d'un siècle plus tard. En Angleterre, Pritchard décrit en 1835 la « *moral insanity* ». Dans ce qu'il décrit comme « aliénation morale », il retrouve une « perversion malade des sentiments naturels, des penchants, des goûts, de l'humeur, des habitudes et des dispositions morales... ». Plus tard, dans ce sillage, Maudsley avancera à Londres la conception d'un déficit congénital chez les criminels d'habitude. Cette notion sera reprise dans le concept précurseur du trouble psychopathique « d'imbécillité morale » dans la classification anglaise de « *l'English Mental Health Act* » du début du siècle passé.

En France, Morel en 1857, Magnan en 1884 puis Dupré en 1912, voyaient dans le déséquilibre psychopathique une des preuves de la théorie de la dégénérescence, en constatant que le milieu, comme l'hérédité, y sont déterminants. Morel relie dégénérescence et fonctionnement antisocial. Il décrit ainsi parmi les dégénérés « des êtres démoralisés et abrutis qui se signalent par la dépravation de leurs facultés intellectuelles et par la manifestation des actes qui outragent la morale... autant de types qui se retrouvent fréquemment dans les grandes cités »... Magnan et Legrain dans leur ouvrage de 1895 « Les dégénérés », insistent sur l'influence de l'hérédité mais critiquent les théories de Lombroso qui proposait alors une classification des criminels en fonction de leur crime. Les théories de la dégénérescence seront combattues par les tenants de la constitution dans le droit-fil des travaux de Schneider, élève de Kraepelin. En abordant la psychopathie dans la perspective constitutionnaliste, Schneider rompt avec la dimension anatomique de l'école française de la dégénérescence. L'ouverture psychodynamique qu'il induit dans son approche de la psychopathie est cependant tout aussi négative en terme de pronostic et donc de sa prise en charge : le comportement du psychopathe est inscrit dans son histoire et ses passages à l'acte ne sont que le témoin de l'immaturité de sa personnalité et l'inamendabilité en est le corollaire. C'est Kraepelin qui, en 1933, interpelle de façon très actuelle en incitant à ne pas confondre psychopathe et perturbateur mais ce n'est que dans la 7^{ème} édition de son traité qu'il

s'éloigne de la psychopathie en tant que « folie de dégénérescence » et décrit, dans l'une des quatre personnalités psychopathiques, celle qui se caractérise par le manque de moralité et de sens des responsabilités, associé « au mensonge, à l'escroquerie et à un côté charmeur »... Son apport essentiel sera sûrement de séparer la psychopathie des psychoses schizo-phréniques, en établissant la clinique contemporaine de ces dernières.

Le concept de psychopathie oscillera à partir de cette époque entre déséquilibre et sociopathie. Birnbaum emploie parmi les premiers le terme de « sociopathie » en décrivant la déficience du comportement social du psychopathe. Siefert insiste sur l'instabilité comportementale et Delmas dans des travaux de 1932 parle de « déséquilibrés pervers », insistant sur la dimension « perverse » de nombre de passages à l'acte.

L'apport de la psychanalyse dans le droit-fil des travaux de Freud reliera comportement criminel et processus névrotique en insistant surtout sur l'importance de la culpabilité. Ce seront les travaux de Reik ou Aichhorn puis de Glover, Abraham ou Alexander sur le concept de névrose de caractère. Cette notion de pathologie du caractère préfigure celle de trouble de la personnalité et de personnalité limite des travaux de Kohut ou de Kernberg aux États Unis, ou encore de Bergeret en France.

LA CLINIQUE DESCRIPTIVE DES DÉFINITIONS DU DSM ET DE LA CIM

Le DSM IV (4) propose une définition générale des troubles de la personnalité comme « une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu ». Cette déviation touche au moins deux des domaines suivants : cognition, affectivité, fonctionnement interpersonnel ou contrôle des impulsions.

Le DSM IV décrit dans le groupe B. des troubles de la personnalité, la personnalité antisociale et la personnalité *borderline*.

La personnalité antisociale (301.7) du DSM IV

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

- 1) incapacité à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation ;
- 2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries ;
- 3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance ;
- 4) irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions ;
- 5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;
- 6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;
- 7) absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir été blessé, maltraité ou volé autrui.

B. Age au moins égal à 18 ans

C. Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un épisode maniaque

D'après : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM IV American Psychiatric Association, 1994 traduction française J. D. Guelfi, Paris, Masson, 1996

PERSONNALITÉ BORDERLINE (301. 83) DU DSM IV

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comment témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- 2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- 3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
- 4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet ;
- 5) répétition de comportement, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;
- 6) instabilité affective due à une réaction marquée de l'humeur ;
- 7) sentiments chroniques de vide ;
- 8) colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère ;
- 9) survenue transitoire dans les situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

D'après : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM IV American Psychiatric Association, 1994 traduction française J. D. Guelfi Paris, Masson, 1996

Le DSM IV oppose personnalité antisociale notamment marquée par l'incapacité à se conformer à la loi, l'absence de remords, l'irresponsabilité et l'instabilité des relations interpersonnelles... et la personnalité borderline plus ouverte à la clinique qu'au repérage comportemental : effort pour éviter les abandons, sentiments de vide, perturbation de l'identité, idéation persécutrice... La CIM 10 (3) va dans le même sens en opposant personnalité dyssociale et personnalité émotionnellement labile.

LA PERSONNALITÉ DYSSOCIALE DANS LA CIM 10

Trouble de la personnalité habituellement repéré en raison de l'écart considérable qui existe entre le comportement et les normes sociales établies. Il est caractérisé par :

- 1) une indifférence froide envers les sentiments d'autrui ;
- 2) une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales ;
- 3) une incapacité à maintenir durablement des relations alors même qu'il existe pas de difficulté à établir les relations ;
- 4) une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité y compris de la violence ;
- 5) une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions ;
- 6) une tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société.

Le trouble peut s'accompagner d'une irritabilité persistante. La présence d'un trouble des conduites pendant l'enfance ou l'adolescence renforce le diagnostic, mais un tel trouble n'est pas toujours retrouvé.

D'après : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, CIM 10, 1992. Traduction française CB Pull, Paris, Masson, 1993)

Comme le rappellent T. H. Pham et G. Côté (8), la contribution de Cleckley dans son essai « *The Mask of Sanity* » (1941, 1982), prend distance avec la conception psychanalytique de la culpabilité sous-tendant le passage à l'acte criminel. Pour lui le psychisme est étroitement dépendant du corps. Cleckley identifie 16 items de psychopathie (du « charme superficiel » à « l'impossibilité de suivre quelque plan de vie que ce soit ») qui serviront de base aux échelles contemporaines actuelles. Hare, constatant l'absence d'instrument diagnostique propose la *Psychopathy Checklist* en 1980 puis la *Hare Psychopathy Checklist* (PCL et PCL-R de 1991).

De personnalité antisociale en *borderline*, la confrontation entre CIM 10 et DSM IV

	CIM 10	DSM IV
PERSONNALITÉ ANTISOCIALE	F 60.2 : dyssociale : <ul style="list-style-type: none"> • Écart entre comportement et normes sociales • Absence de culpabilité • Attitude irresponsable • Incapacité à maintenir durablement les relations • Faible tolérance à la frustration • Indifférence froide 	Antisociale : <ul style="list-style-type: none"> • Incapacité à se conformer à la loi • Absence de remords • Irresponsabilité • Instabilité des relations interpersonnelles • Besoin de tromper par profit • Impulsivité, irritabilité, agressivité
PERSONNALITÉ BORDERLINE	F 60.30 : émotionnellement labile <i>borderline</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Abandons • Sentiments de vide • Relations intenses et instables • Instabilité • Menaces de suicide • Gestes auto-agressifs 	Borderline : <ul style="list-style-type: none"> • Efforts pour éviter les abandons • Sentiments chroniques de vide • Relations instables • Perturbation de l'identité • Impulsivité • Répétitions • Idéation persécutrice
PERSONNALITÉ IMPULSIVE	F 60.30 : émotionnellement labile type impulsif : <ul style="list-style-type: none"> • Instabilité émotionnelle • Manque de contrôle des impulsions • Accès de violence • Comportements menaçants • Intolérance à la critique 	

DÉFINITIONS AUTOUR DE L'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE : LA NOTION D'ÉTATS LIMITES À EXPRESSION PSYCHOPATHIQUE

Aborder la psychopathie en tant qu'états limites à expression psychopathique permet de disposer de repères cliniques indispensables à un travail médicopsychologique ou psychiatrique comme éducatif. La clinique de l'adolescent est très fructueuse pour jeter les bases de la compréhension psychodynamique du psychopathe adulte. Dans un travail daté de 1977 sur « les nouvelles formes de la psychopathie chez l'adolescent », Flavigny jette les bases de la compréhension psychodynamique de la psychopathie. Dans sa description, il propose un repérage symptomatique en isolant les symptômes essentiels, les symptômes secondaires et la toile de fond. Parmi les symptômes essentiels, il insiste sur le passage à l'acte, la répétitivité des conduites, la passivité et l'oisiveté, la dépendance aux autres, associée à des exigences mégalomaniaques et la recherche de satisfactions immédiates. Parmi les symptômes secondaires, il présente l'instabilité, le manque d'intérêt, le besoin d'évasion, l'instabilité relationnelle et les plaintes somatiques. Pour Flavigny, la toile de fond est faite d'une angoisse permanente et de frustrations affectives. Au delà de ce repérage symptomatique, il retrouve dans l'histoire du psychopathe des expériences multiples d'abandon et ce qu'il décrit très bien comme une « discontinuité brisante des relations affectives précoces » chez un enfant ballotté d'une mère biologique à une mère adoptive puis souvent placé en institution. L'altération des images identificatoires parentales est en règle retrouvée, avec un père singulièrement absent ou inexistant sur le plan symbolique, et une mère ayant toujours oscillé entre des relations de fusion et de rupture vis-à-vis de son enfant. L'adolescent, puis l'adulte jeune, vont reproduire ce fonctionnement de façon répétitive pour mieux se protéger du danger d'abandon. Chez le psychopathe, la longue évocation des traumatismes précoces est la caractéristique de son histoire. On retrouve des deuils parentaux dans la famille proche, des abandons, des violences physiques et sexuelles, des agressions, des accidents ou des maladies en nombre... Par son comportement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, à travers un fonctionnement caractérisé par des conduites de prise de risque, le psychopathe reproduit souvent cette cascade d'événements de vie traumatiques. La recherche de sensations fortes, les défonces, les alcoolisations comme la toxicomanie, les accidents de la voie publique, tous ces événements rythment la vie du psychopathe et s'accumulent comme autant de repères traumatiques dans son histoire.

Les travaux de Kernberg ou de Kohut aux Etats-Unis, mais aussi ceux de Bergeret en France permettent de rapprocher la psychopathie des états limites en précisant les principes de la prise en charge.

En s'appuyant sur une longue pratique en milieu pénitentiaire, Claude Balier, dans son ouvrage « Psychanalyse des comportements violents » fait le pari d'une possible approche psychanalytique de ces pathologies. Il s'appuie sur les données de la psychanalyse de l'adolescent : « il ne fait pas de doute que notre population est composée de sujets associant une suffisante notion de la réalité à des troubles graves du narcissisme, responsables de l'absence de maîtrise pulsionnelle... il faut se tourner alors vers les psychanalyses d'enfant et vers celles qui se sont préoccupées des perturbations de l'adolescent pour une analyse méta-psychologique du fonctionnement du psychopathe ». Pour Claude Balier, l'échec de l'accession à la position dépressive s'observe dans la psychopathie et les états limites en relation avec le clivage ou l'explosion de l'agressivité libre. Pour lui « l'avenir du psychopathe n'est pas irrémédiablement fixé » et un travail thérapeutique en équipe est parfois possible.

Les états limites à expression psychopathique sont caractérisés par une clinique des passages à l'acte, des décompensations psychiatriques brutales et réversibles, des conduites de prise de risque et des addictions, associés à des troubles anxieux suraigus face au sentiment de vide. La clinique des passages, du fait de son caractère bruyant, est celle qui retient le plus l'attention des intervenants. On retrouve ainsi des passages à l'acte hétéro-agressifs, mais aussi auto-agressifs avec automutilations et tentatives de suicide en rafale. Les décompensations psychiatriques brutales et réversibles ne sont pas rares. On constate des dépressions à l'emporte pièce, marquées par l'intensité des affects dépressifs qui sous-tendent souvent les passages à l'acte auto-agressifs, mais aussi caractérisées par une réversibilité rapide. Ces décompensations peuvent prendre l'allure d'états oniroïdes survenant brutalement ou de bouffées délirantes à thèmes polymorphes où dominant souvent les thèmes de persécution. Il existe toujours chez les psychopathes une labilité thymique et émotionnelle qui peut faire suspecter dans certains cas une évolution cyclothymique. Il est important de repérer ces troubles cycliques de l'humeur, certains tableaux de psychopathie chez l'adulte jeune évoluant quelques années plus tard vers des troubles bipolaires de l'humeur. Les conduites de prise de risque et les addictions sont souvent notées : alcoolisme, toxicomanies, addictions aux médicaments psychotropes sont à prendre en compte dans les prises en charge institutionnelles, notamment dans le milieu pénitentiaire. Les troubles anxieux ont une intensité particulière avec une intolérance aux fluctuations du niveau d'angoisse chez des sujets qui supportent aussi mal à un état d'angoisse suraigu qu'une absence totale d'angoisse qui réveille un sentiment de vide insoutenable.

Claude Balier attache une importance particulière à la « clinique du vide » qu'il relie à la défaillance du narcissisme primaire. Il décrit ainsi un sentiment insoutenable de vide intérieur, vide insoutenable et non communicable

qui peut être à l'origine d'automutilations graves, de passages à l'acte violents ou de gestes suicidaires. L'agressivité n'est alors pas l'évacuation d'un trop plein mais un court-circuit qui a comme fonction de protéger du risque de morcellement psychotique au décours des excès de tensions. Le passage à l'acte instaure une ébauche d'emprise et assure alors une fonction « de sauvetage du narcissisme défaillant ». Cette approche permet un travail psychothérapique avec des patients présentant des états limites mais elle peut aussi s'appliquer à la prise en charge de certains agresseurs sexuels¹.

CLINIQUE DES ÉTATS LIMITES À EXPRESSION PSYCHOPATHIQUE

CLINIQUE DU PASSAGE À L'ACTE	<ul style="list-style-type: none"> • Passages à l'acte hétéro-agressifs • Passages à l'acte auto-agressifs : automutilations • Tentatives de suicides
DÉCOMPENSATIONS PSYCHIATRIQUES BRUTALES ET RÉVERSIBLES	<ul style="list-style-type: none"> • Dépressions à l'emporte pièce • Décompensations psychotiques aiguës et réversibles • Labilité thymique et émotionnelle • Évolution cyclothymique ?
ADDICTIONS ET CONDUITES DE PRISE DE RISQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Alcool • Drogues • Médicaments • Comportement de prises de risque
TROUBLES ANXIEUX FACE AU SENTIMENT DE VIDE	<ul style="list-style-type: none"> • Intolérance aux fluctuations du niveau d'anxiété

Références

1. Balier C. (1988) : *Psychanalyse des comportements violents*, Fil Rouge, PUF
2. Benezech M., Lamothe P., Senon J. L. : (1990) *Psychiatrie en milieu carcéral*, *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, 37889 A10
3. CIM 10 (1993) *Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Un C. B. Pull tr : Classification internationale des maladies (Organisation mondiale de la santé, 10ème rev.)* Masson, Paris
4. DSM IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (J. D. Guelfi Tr.) American Psychiatric Association, Masson, Paris
5. Féline A., Guelfi J-D., Hardy P. (2002) : *Les troubles de la personnalité*, Médecine et Sciences, Flammarion, Paris
6. Flavigny H. (1977) : *De la notion de psychopathie*, *Revue de neuro-psychiatrie infantile*, 1, 19-75
7. Lanteri-Laura G. : *Del Pistola L. (1994) : Regards historiques sur la psychopathologie*, in Widlocher, *Traité de psychopathologie*, 17-63, PUF
8. Pham T. H., Côté G. : (2000) : *Psychopathie, théorie et recherche*, Septentrion, Presses Universitaires
9. Reid Meloy J. (2000) *Les psychopathes*, *Psychologie vivante*, Frison-Roche, Paris
10. Senon J. L., Fahs H., Périvier E. (1998) : *Les états limites à expression psychopathique : une entité à revisiter sur le plan clinique et thérapeutique*, *Annales de Psychiatrie*, 13, 1, 57-64
11. Senon J. L. (1998) : *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, PUF
12. Senon J. L. (1998) : *Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994*, *Ann Méd.-Psychol.*, 156, 3, 161-178

PSYCHOPATHIE : GENÈSE ET ÉVOLUTION CLINIQUE

François CAROLI

Chef de Département de Psychiatrie – C.H. Sainte-Anne – Paris

La difficulté d'aborder la psychopathie réside dans le fait qu'elle associe, dans sa description même, « sémiologie sociale » et « sémiologie clinique », l'une étant liée à l'autre ; même si certains peuvent penser que l'une (la partie sociale) est la conséquence de l'autre (la partie clinique). On doit donc distinguer les aspects individuels des aspects sociaux. Ces troubles ne recouvrent ni l'allure franchement psychotique, ni l'aspect franchement névrotique, encore moins celui du déficit intellectuel, d'autant que le point d'appel est souvent comportemental avec des troubles des conduites répétés.

Du point de vue historique, la psychopathie a traversé le temps et les cultures, créant une multitude de concepts nosographiques qui vont de la personnalité psychopathique, l'héboïdophrénie, l'état limite, la névrose de caractère jusqu'à la personnalité anti-sociale et la liste n'est pas complète.

Issu de la théorie de la dégénérescence de Magnan, il devient le déséquilibré psychique qui doit être distingué du débile par les possibilités d'évolution qui sont les siennes. « Ces sujets réputés normaux, mais vulnérables, manifestent une certaine aptitude à la folie en cas de circonstances aggravantes ». Au début du siècle, Dupré introduit les constitutions psychopathiques qui deviennent des traits psychologiques évolutifs selon Delmas (1931). Parallèlement Kraepelin introduit le terme de personnalité psychopathique que Schneider définit comme une déviation quantitative par rapport à une norme moyenne « les personnalités psychopathiques sont des personnalités anormales telles que leur caractère anormal les fait ou fait pâtir la société » avec les interactions entre l'individu et la société. Dans le même temps Prichard en Angleterre définissait la *moral insanity* qui devenait la sociopathie. Enfin, devant ce polymorphisme difficile à décrire, tout un système de démembrement se met progressivement en place pour une sorte d'objectivité voire d'objectivation par la disparition du terme psychopathe supprimé de la classification des maladies mentales lors de l'APA en 1952. Cela suit directement les travaux de Cleckley (1941) trouvant dans « *The Mask of sanity* », le mot psychopathe stigmatisant.

Le plus curieux, et il n'y a sur ce point que la notion d'hystérie qui ait subi le même sort, réside dans le fait qu'ayant totalement disparu de la nomenclature, il n'en reste pas moins un point extrêmement actuel pour décrire certaines réalités cliniques.

Pendant tout un temps en France, le mot psychopathe a été réservé à un langage commun « *underground* » employé par les psychiatres et compris d'eux seuls. Puis très régulièrement, aussi bien en France qu'aux Etats-Unis, sont apparus des articles et des ouvrages entiers actualisant le mot psychopathe, même dans le titre. De sorte qu'une divergence entre psychopathes américains et psychopathes français s'est mise en place (Lamothe). Les psychopathes français restent davantage des *borderline* à problématique abandonnique. Les psychopathes américains deviennent plus des pervers à personnalité narcissique aménagée jusqu'à l'ouvrage récent de Melloy en 1988 et son article de 1995 introduisant la notion de psychopathie grave. Enfin reste à signaler l'incontournable ouvrage de Pham et Côté « Psychopathie : théorie et recherche » publié en 2000.

De son côté Hare mettait au point une échelle de psychopathie.

En France, on continue à se fonder sur l'association sémiologie individuelle et sémiologie sociale. En ce qui concerne la sémiologie individuelle, c'est bien entendu le passage à l'acte qui participe au premier plan à la définition, ce passage à l'acte étant lié à l'intolérance à la frustration et représente un mode de réaction disproportionné aux conflits, aux situations vécues comme contraignantes. Ceci peut entraîner des crises d'agitations, des fugues, des délits, des gestes suicidaires dans une atmosphère d'absence d'élaboration psychique sans prévision des conséquences. Apparemment la culpabilité est absente, rejetée sur l'entourage.

Paradoxalement, on constate une forte passivité qui ne disparaît que lors de manifestations impulsives, le patient étant habituellement oisif, désœuvré en grande difficulté pour exécuter une décision, en fait mené par les circonstances. Se joint à cela la dépendance psychique caractérisée par une absence d'autonomie, une labilité dans la relation : c'est le dernier qui a parlé qui a raison, une primauté des soi-disant amis, le sujet étant en quête d'une relation affective durable mais impossible à satisfaire, en permanente situation de rupture. On repère également des exigences mégalomaniaques sous forme de défis, provocations, test de l'autre s'appuyant sur un discours qui varie en permanence en fonction d'autrui. Malgré la pauvreté de la verbalisation et des fantasmes, c'est dans cette atmosphère que se situent l'impulsivité et l'agressivité qui expliquent les passages à l'acte où l'action domine la pensée et surprend par son impulsivité de circonstance (vol d'une

moto juste aperçue, pour une simple ballade). Ce besoin de satisfaction immédiate, dans le cadre d'un désir qui ne peut être différé, donne une valeur à l'objet qui est celle du désir de l'obtenir. La réussite doit être immédiate ou elle est inutile. Quant à l'avenir, il appartient plus à la rêverie qu'à une élaboration qui introduirait la notion d'anticipation.

Certains patients présentent des sentiments secondaires, l'impulsivité étant accentuée par des troubles de l'humeur associés à une motricité souvent défaillante avec une maladresse manuelle importante, source importante de bien des accidents, une vie sexuelle importante mais pauvre, sans affect.

Bien sûr toute cette atmosphère peut être rythmée par des épisodes dépressifs graves avec des tentatives de suicide multiples peu élaborées, des accidents parfois mortels, des épisodes psychotiques.

A l'aspect clinique s'adjoint une sémiologie sociale. Face à la société, le psychopathe ressent une sorte de séparation, ce qui a pu faire entendre qu'il était un asocial. En fait, ce n'est pas tout à fait le cas puisque l'asocial se situe à côté de la société, en connaît le fonctionnement et les règles et décide clairement de ne pas s'y soumettre (clochard).

Dans la mesure où ces sujets n'ont pas de projets contre la société mais qu'ils l'attaquent pour la raison que la règle sociale n'a pas de sens pour eux, ils sont en fait des dyssociaux, ce qui se rapproche d'une personnalité anti-sociale.

La société face au psychopathe, après avoir répondu un court moment à ses formes de séduction, le rejette d'autant plus qu'elle a été sensible à ses charmes dans une sorte d'alternance de protection et de rejet : le psychopathe peut prendre l'allure momentanée d'un héros factice.

En fait, la morale sociale du psychopathe n'existe pas, il n'est que le reflet de notre attitude à son égard.

Lorsqu'on recherche dans ses antécédents, on retrouve parfois, au niveau de la famille, une mère qui n'apparaît pas comme ambivalente mais plutôt alternative face à des contraintes sociales graves qui ont pu entraîner des placements multiples de l'enfant.

C'est dans ces conditions que Flavigny a décrit comme fond de personnalité de ces sujets, une sorte d'empreinte en creux demandant un comblement la plupart du temps impossible.

En définitive, la disparition des nomenclatures officielles du terme de psychopathe a autorisé plusieurs emplois du terme, soit comme élément comportemental (ex. : comportement psychopathique sur structure psychotique, cicatrisation psychopathique d'une psychose), soit comme personnalité psychopathique (anti-social, dyssocial), soit comme terme diagnostique à visée plus ou moins rejetante. Au demeurant en France, les psychopathes se trouvent actuellement soit en prison, soit en hôpital psychiatrique selon la gravité des délits parfois selon le hasard de la première rencontre.

Le terme résiste aux différents démembrements, ce qui tendrait à prouver, comme pour l'hystérie, qu'il recouvre une catégorie clinique incontournable dont une des caractéristiques est de se modifier au fur et à mesure qu'on l'observe et qu'on réagit aux difficultés qu'il présente.

Enfin, dans cette continuité il est à noter que si le terme hystérie était plutôt réservé aux femmes et le terme psychopathe plutôt aux hommes, on rencontre de plus en plus d'hystériques chez les hommes et de plus en plus de psychopathes chez les femmes.

Références

1. CAROLI F., OLIE J.P. – *Nouvelles formes de déséquilibre mental. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Masson 1979*
2. CLECKLEY H.- *The mask of insanity – Mosby – 1941/1982*
3. FLAVIGNY H. – *De la notion de psychopathie, Revue de Neuro-psychiatrie infantile, 1, 1977*
4. LAMOTHE P. – *“Psychopathie américaine” et “psychopathie française”. Une confrontation clinique et culturelle. Evolution Psychiatrique, 2001*
5. OLIE J.P., CAROLI F., GAY C.- *Les déséquilibrés, Encycl. Med. Chir., Paris, Psychiatrie 37310 A 10 2-1984*
6. PHAM H., COTE G. - *Psychopathie : théorie et recherche, Septentrion, 2ème sem. 2000*
7. PRITCHARD J.C. - *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind, London : Sherwood, Gilbert, and Piper, 1835*

PSYCHOPATHIE : GENÈSE ET ÉVOLUTION CLINIQUE

Psychopathies et normes sociales

Serge LESOURD

Professeur de Psychologie – URP/SCLS 3071 – ULP – Strasbourg

INTRODUCTION

Je n'utiliserai le terme « psychopathies » qu'au pluriel car la lecture de la littérature comme ma pratique clinique font penser que, sous ce vocable, se dissimulent plusieurs formes psychopathologiques.

UNE DÉFINITION COMPORTEMENTALE

La psychologie donne, de manière classique, une définition des psychopathies strictement comportementale. Elle s'écrit à partir de quatre éléments tirés de champs différents, rendant par là-même la définition problématique :

- Dans le rapport aux autres, on trouve une difficulté majeure à supporter les frustrations, qui implique un empêchement à supporter les ordres émanant d'une figure d'autorité, que ce soit un adulte dans l'enfance, les forces de l'ordre ou la justice, voire le représentant d'une administration, à l'âge adulte ;
- Dans le rapport à l'acte, s'inscrit une propension massive à répondre aux limites imposées par *des agirs* parfois violents (crises de colères, crises clastiques allant parfois jusqu'au meurtre). Cet aspect est celui qui provoque l'inquiétude sociale, y compris cette audition, et emporte souvent avec lui des aspects médico-légaux complexes (en terme de responsabilité, curabilité, etc.) ;
- Dans le champ de la mentalisation, on décrit une difficulté importante du sujet à mentaliser ses éprouvés et ses ressentis psychiques qui n'est pas en lien avec une déficience ou une maladie mentale. Les passages à l'acte ne sont pas inclus dans le cours psychique de la vie du sujet et sont difficilement mis en sens après l'acte. Ce manque de mentalisation fait que ces individus sont difficilement compris par les autres, provoquant ainsi un rejet qui renforce la peur, et constitue le plus souvent un cercle relationnel vicieux qui renforce les passages à l'acte ;
- Dans le champ de la loi, est décrite une absence de pensée sur l'acte. L'absence d'identification à l'agressé (qui nécessite la pensée intime réflexive) provoque une absence de culpabilité face aux actes commis. La théorie oscille sur l'explication en postulant :
 - soit l'absence du surmoi (instance de la conscience morale) ;
 - soit un surmoi hyper-rigide qui ne peut plus discriminer les différentes valeurs morales de l'acte.

Cet aspect provoque une réprobation sociale. Les psychopathes sont ainsi souvent vécus comme manipulateurs par incompréhension des mécanismes psychiques qui président à leur fonctionnement, renforçant encore le sentiment d'exclusion de ceux-ci.

DES LECTURES FLUCTUANTES

Cette définition de base des psychopathies pose de nombreuses questions épistémologiques tant le nombre de lectures qui en ont été faites est important, lectures d'ailleurs souvent divergentes. Pour rappel, nous allons présenter quelques unes des lectures faites à propos du même ensemble de signes, rassemblés sous le vocable de TOP (Trouble Oppositionnel avec Provocation) dans le DSM IV.

DÉFINITION : TOP

- Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs pendant au moins 6 mois – présence de plus de 4 critères :
 - Se met souvent en colère
 - Contesté souvent ce que disent les adultes
 - S'oppose souvent ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes
 - Embête souvent les autres délibérément
 - Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou mauvaises conduites
 - Est souvent susceptible ou agacé par les autres
 - Est souvent fâché ou plein de ressentiment
 - Se montre souvent vindicatif
- Altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel
- Absence de trouble psychotique ou de trouble de l'humeur
- Prévalence : 2 à 16%

Ce trouble dont vous pouvez lire, en rappel, la nomenclature tirée du DSM IV, est un trouble banal de la période adolescente, présent assez souvent dès l'enfance. Pourtant les lectures qui en ont été faites suivant les théories et les époques sont plus que fluctuantes, y-compris quand elles se veulent athéoriques.

DES LECTURES PLURIELLES

La lecture que propose le DSM IV des TOP comporte un aspect discutable car faire d'une opposition un trouble efface toute possibilité de saisir le sens, parfois justifié, d'une révolte.

Si nous prenons la lecture de ce même trouble adolescent en utilisant une lecture sociale des mêmes signes, nous aurions en 1970 la définition du gauchiste, et 2000 la définition du jeune en difficulté.

Si nous en faisons une lecture politique, nous avons alors à faire en 1970 à un « fouteur de chienlit », et dans les années 2000 à un « sauvageon ».

Si nous lisons ces signes à la lueur de la théorie psychanalytique, nous pourrions parler de personnalité narcissique ou d'état limite.

J'arrêterai ici une liste que nous pourrions prolonger longuement.

Si j'insiste sur cet aspect fluctuant des définitions et des explications des psychopathies, c'est pour en souligner un aspect fondamental, généralement écarté : les psychopathies sont une forme d'expression de la subjectivité.

PSYCHOPATHIES ET SUBJECTIVITÉ

Les psychopathies, dans le rapport qu'elles entretiennent à la violence, à la maîtrise de l'autre et à la réalisation à tout prix de la satisfaction sans tenir compte des limites, est un mode normal d'expression de la subjectivité qui, par exemple, s'exprime dans le vie quotidienne des bacs à sable. Elle correspond à la difficulté qu'a le sujet humain à supporter la limite imposée à son plaisir et qui se retourne en violence contre l'autre, empêcheur de « jouir en paix ».

Cette réponse est le plus souvent bridée par l'éducation de manière efficace, mais elle reste une réponse normale quand des impasses de la construction de la subjectivité persistent pour un individu donné.

La particularité des psychopathies, c'est de s'inscrire comme une gêne, un dérangement de l'ordre social et donc d'être en cela dépendantes, dans leur définition même, de l'ordre social qui les nomme.

LES PSYCHOPATHIES SONT UN SYMPTÔME SOCIAL

Les psychopathies sont ainsi à entendre comme un symptôme social ; elles se construisent dans des coordonnées qui sont celles du moment social de la rencontre des impasses du sujet. Elles sont une réponse du sujet qui ne trouve pas comment construire une représentation de soi tenable dans le lien social qu'il rencontre. C'est cet accord, pour ne pas dire cette fusion, entre lien social et psychopathies qui provoque les variations des définitions.

La seconde conséquence fondamentale de ce lien intime entre psychopathies et lien social est que les psychopathies sont variables, dans leurs expressions, dans leurs signes et dans leurs définitions au cours du temps. Ainsi, ce qui était hier parlé comme « délinquance » est aujourd'hui souvent compris comme TDHA (trouble déficit de l'attention/hyperactivité).

Mais il nous faut aller plus loin pour comprendre le réel lien intime qui unit les psychopathies et le lien social afin de penser une prise en charge.

LES PSYCHOPATHIES SONT EN ACCORD AVEC LE LIEN SOCIAL

Elles correspondent aux demandes et aux normes sociales d'une époque donnée.

Ainsi les TDHA sont-ils la conséquence de la demande d'efficacité et de performance qui articule le lien social actuel. L'hyper agitation n'étant que la forme dépassée de la demande d'efficacité.

La violence est la mise en acte dépassée de la norme sociale individualiste et de la mise en avant de l'acte comme preuve de l'existence du sujet. La violence est, dans la majorité des cas, une tentative désespérée de prouver à l'autre son droit à être.

La toxicomanie n'est que la forme non limitée de la recherche du plaisir et du bonheur (« effacer la douleur » disait Freud), de la jouissance par la consommation de l'objet qui caractérise le lien social moderne. L'excès se construit ici encore comme un dépassement de la limite.

Le suicide, est le mode extrême d'expression d'une opposition à un lien social qui refuse le vieillissement et la mort.

POUR UNE POSSIBLE PRISE EN CHARGE

Il y a nécessité de prendre en compte la forme que prend la nécessaire normalisation de la construction humaine et spécialement la place que tient la limite interne dans la construction du rapport du sujet au lien social, limite interne dont les psychopathies sont partiellement carentes. Or la limite interne d'un sujet se construit par intériorisation de la règle et par identification à ceux qui représentent cette règle pour le sujet en construction, les figures d'autorité.

Or nous sommes confrontés, depuis environ une cinquantaine d'années (période d'apparition de la classification des psychopathies) à une série de contradictions entre les modèles proposés pour transmettre les règles et permettre ainsi au sujet de les intérioriser.

Pour n'en citer que quelques unes :

- la contradiction entre l'autonomie de l'enfant et les contraintes et les limites éducatives ;
- la contradiction entre une revendication de démocratie familiale et une demande d'autorité.

Tous ces phénomènes produisent un certains nombres de conséquences qui font le lit des psychopathies, en mettant à mal la construction des limites.

QUELQUES QUESTIONS ACTUELLES À LA LIMITE

• Le loup ne fait plus peur et les enfants ne développent plus de phobies, mais des TDHA

C'est pourtant par la peur, vécue comme culpabilité interne, que s'inscrit la loi dans le psychisme humain. La question est alors de trouver une autre façon pour rencontrer la limite ; celle de l'épuisement de soi ou de l'autre est celle que mettent en œuvre nos modernes conquérants de la limite : les petits TDHA. Mais la conséquence de ce mode de rapport à la limite est la disparition de la culpabilité comme ressenti interne du franchissement de la limite, de ce que nous appelions la « faute ».

• Tout plaisir est acceptable

Là encore notre lien social moderne pose comme principe de fonctionnement que tout plaisir est légitime, tant qu'il n'empiète pas sur l'autre. Tout plaisir peut donc être réalisé, ce qui pose le but de l'action, du faire, de l'acte comme réalisation du plaisir. Du coup, l'*agir* devient le mode de satisfaction normal de l'individu.

• Le semblable est dangereux

Ce troisième aspect du lien social moderne qui pose au cœur de notre socius la demande de sécurité, fait de celui qui s'oppose un potentiel ennemi mais surtout, crée une vacuité de la référence, de ce que la psychanalyse a nommé l'Autre, rendant de ce fait la limite venue de l'Autre de plus en plus insupportable.

C'est au carrefour de ces trois dimensions que se situent les psychopathies, expressions modernes de la quête de limite d'un sujet désarrimé de lui-même et des autres.

Traiter les psychopathies passe donc certes par un traitement individuel, mais aussi et surtout par un traitement du lien social et des modes de régulation de la jouissance dans notre modernité.

PSYCHOPATHIE : GENÈSE ET ÉVOLUTION CLINIQUE

Réflexions sur les limites de l'utilisation de la catégorie de « psychopathie » dans l'analyse des problèmes sociaux, à partir de l'étude de la délinquance juvénile et des homicides

Laurent MUCCHIELLI

Sociologue, Chercheur au CNRS, Directeur du Centre de recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales (CESDIP) – Guyancourt

La « psychopathologie des banlieues » est une expression à la mode. En témoigne, par exemple, un ouvrage collectif récent (Rassial, 1998) dont la préface trahit cependant une certaine gêne devant une catégorisation dont les psychologues pressentent sans doute le fort potentiel de stigmatisation qu'elle induit. Le titre est là, cependant, avec ses effets attendus. D'autres auteurs qui se présentent comme des « experts » des questions de « violences urbaines » n'hésitent pas à affirmer que, derrière ces jeunes qui causent des troubles (de l'incivilité à l'émeute), se cachent autant de dangereux « psychopathes ». Et l'idée est plus répandue encore que le mot. On la retrouve notamment dans un discours extrêmement répandu sur l'absence de socialisation de ces jeunes. Par exemple, deux auteurs qui se présentent comme des experts en criminologie les décrivent comme « sans repères, ni moraux, ni sociaux, ni civiques » ; « ni l'école qu'ils fréquentent peu ni des parents souvent démissionnaires n'ont pu les doter d'une grille de référence leur permettant de distinguer l'autorisé du toléré et de l'interdit » (Bauer, Rauffer, 1998, 27). En somme, c'est un peu un discours sur la sauvagerie (par opposition à la Civilisation, aux bonnes mœurs, etc.) qui arrive alors rapidement, surtout lorsque les auteurs expliquent en même temps que ces jeunes sont pour la plupart d'origine étrangère (voir notre critique : Mucchielli, 2002). Petit à petit, on voit ainsi resurgir les vieux stéréotypes qui structurent le regard traditionnel de l'Occident sur les autres mondes et des milieux bourgeois sur les milieux populaires.

Afin d'éviter de reconduire tous ces lieux communs à propos de la frange délinquante de ceux qu'on appelle couramment les « jeunes de banlieues » (encore une étiquette porteuse de représentations dévalorisantes), je voudrais proposer ici quelques réflexions sociologiques sur la psychopathie dans ses rapports avec la délinquance et, plus largement, sur l'explication des comportements violents. Commençons par définir les concepts utilisés.

1. A LA RECHERCHE D'UNE DÉFINITION DU « PSYCHOPATHE »

A certains égards, dans le corpus psychiatrique lui-même, la notion de psychopathe ressemble fort à une sorte de catégorie « fourre-tout », tellement large qu'on peut y faire entrer à peu près tous les types de désordres mentaux. Ainsi peut-on lire de nombreux historiques de la notion qui voit en elle l'héritière des « monomanies » du début du 19^{ème} siècle, prolongées par les « dégénérescences » de Morel puis, en Allemagne, les « personnalités psychopathiques » de Koch, Kraepelin puis Kretschmer au début du 20^{ème} siècle. A ce compte, la notion risque de perdre toute spécificité et de s'entendre à la plupart des troubles mentaux dès lors qu'ils provoquent des troubles du comportement entraînant des transgressions morales et pénales. A force de tout expliquer en général, elle n'expliquera plus rien en particulier.

Cela étant, il existe une conception du psychopathe qui semble avoir davantage de cohérence et être relativement consensuelle dans le champ criminologique, sans doute parce qu'elle est relativement opératoire (en ce sens qu'elle peut être validée assez aisément par quelques observations du comportement social et par quelques tests, deux éléments majeurs des expertises psychiatriques au pénal). C'est celle qui se formalise chez des auteurs anglo-saxons dans l'entre-deux-guerres, qui est présentée dans la première classification psychiatrique internationale (le DSM I) en 1952 dans la rubrique « Désordres de la personnalité sociopathique » (qui deviendra dans les éditions ultérieures « la personnalité antisociale »), qui est également adaptée dans la criminologie française comme étant le socle de la « personnalité criminelle » par Jean Pinatel dans les années 1960 (Pinatel, 1963, 474-518), et qui est aujourd'hui encore couramment utilisée par les experts psychiatres qui travaillent pour la justice pénale. C'est en effet cette conception qui domine et même s'accroît avec le DSM III et son successeur le DSM IV (1985, 345sq). La « personnalité antisociale » est en effet définie comme « un trouble de la personnalité comportant une histoire de conduites antisociales chroniques et continues avec violation des droits d'autrui, persistance à l'âge adulte d'un mode de conduite antisociale apparu avant l'âge de 15 ans, et incapacité à conserver une efficacité professionnelle satisfaisante durant plusieurs années ». Les traits communs du psychopathe selon cette tradition psychiatrique et criminologique sont assez simples. Le psychopathe est ici un individu dont la personnalité est marquée par l'impulsivité, la froideur affective (d'où l'absence de remords ou de considération pour la victime), l'égoïsme, l'agressivité et le « présentisme » (vouloir tout, tout de suite, ne pas supporter la frustration). Pour toutes ces raisons, ce serait

un individu qui serait incapable d'établir des relations affectives « normales » avec autrui mais qui, par contre, serait « normal » sur le plan du raisonnement intellectuel.

2. REJETER LA RÉDUCTION DE LA PSYCHOPATHIE À LA « PERSONNALITÉ ANTISOCIALE »

Cette conception de la psychopathie comme équivalente à la « personnalité antisociale » me semble dangereuse sur le plan intellectuel (et social) car elle ouvre la voie à une pathologisation abusive des problèmes sociaux. Certains spécialistes en sont bien conscients (par ex. Marcelli, Braconnier, 1995, 309). Mais la vulgate est puissante. C'est pourquoi il semble utile de rappeler combien la définition même de la « personnalité antisociale » est fragile. Si nous reprenons la liste de ses composants point par point, il apparaît que certains peuvent recevoir une extension sociale tellement importante qu'elle en devient très problématique. La critique qu'il faut alors formuler est classique mais fondamentale . Voyons de quoi il retourne.

L'IMPULSIVITÉ. Certes, un jeune qui commet un vol, un acte de vandalisme ou une agression est impulsif et non apathique ou incapable d'une décision. Il se décide très vite, dans une situation donnée. Et après ? Beaucoup de personnes sont impulsives, dans leur travail, quand elles conduisent leur voiture, quand elles sont confrontées à une situation qui fait naître en elles une émotion. Un sportif se doit d'être impulsif la plupart du temps. Un opérateur boursier aussi. Donc, en soi, l'impulsivité n'est pas particulièrement une caractéristique « antisociale ». Cela décrit le fait qu'un individu est très réactif dans une situation, ce qui n'est pas en soi antisocial, qui ne l'est en réalité que par la nature de ce qui est fait dans cet état impulsif et non pas cet état lui-même.

LA FROIDEUR AFFECTIVE (d'où l'absence de remords ou de considération pour la victime). Voilà quelque chose de plus intéressant. Il est certain que pour réaliser le vol ou l'agression dans de bonnes conditions, il vaut mieux ne pas être écrasé par la culpabilité... Mais quand on ajoute que c'est une caractéristique générale de l'individu et que, par ailleurs, il est incapable d'établir des relations affectives « normales », on ne peut pas être d'accord et s'empêcher de demander à celui qui a porté le diagnostic : qu'est-ce que vous savez de la vie des individus dont vous parlez ? En effet, l'écrasante majorité des délinquants arrêtés par la police ont une famille, des relations amicales et parfois même une petite amie. Je dirais même plus, la réalité est l'inverse de la solitude que suppose la psychopathie ainsi définie. La réalité est que la majorité des actes de délinquance juvénile sont commis en petits groupes, sous l'effet de mécanismes relevant souvent de la dynamique des groupes (le fait d'agir en bande étant du reste en soi un facteur poussant le plus souvent à la « désaffectation » de la victime). Plutôt que de fonctionner dans le fantasme de la dangerosité structurelle de certains individus « anormaux » , il vaudrait mieux s'intéresser aux raisons d'agir des délinquants, raisons qui prennent sens dans une situation donnée, dans des interactions, au regard de certaines caractéristiques des victimes, toutes choses qui permettent aux délinquants de mettre en place des stratégies de justification de leur acte et de dénigrement des victimes, ce qui permet en effet de désaffecter la situation, mais ne signifie nullement que ces individus sont incapables d'affection en général.

L'ÉGOCENTRISME. Certes, un jeune qui commet un vol ou une agression est égocentrique, il ne pense qu'à son intérêt. Les Robins des bois ne courent pas les rues (encore qu'il n'est pas rare d'observer, notamment dans le cadre du trafic de drogue local, des phénomènes de redistribution et d'entraide). Mais encore une fois, en quoi cela caractérise-t-il le jeune délinquant ? Nous vivons dans une société d'hyper-consommation qui dit à chacun d'entre nous : consomme telle ou telle chose pour ton bon plaisir, tu en éprouveras une jouissance personnelle. Nous vivons depuis notre plus jeune âge dans un système scolaire puis professionnel qui dit à chacun de nous : la vie est une compétition, il y a aura des gagnants et des perdants, des bons et des mauvais, à toi de choisir. Par conséquent l'égocentrisme me semble socialement très partagé et j'en dirais finalement la même chose qu'à propos de l'impulsivité : ce trait psychologique ne peut pas en soi être considéré comme une caractéristique d'une personnalité antisociale ou bien alors il y a des centaines de milliers voire des millions de psychopathes en France...

LE « PRÉSENTISME » OU L'INTOLÉRANCE À LA FRUSTRATION. Ceci pose cette fois un problème de normes. Si l'étiquetage « intolérant à la frustration » est décidé par un expert parce que ce dernier a en face de lui un individu lui déclarant que s'il ne peut pas s'acheter quelque chose au moment où il en a envie, il le volera le plus vite possible, cela pose un problème. Qu'on le veuille ou non, c'est le jugement d'un possédant sur un non-possédant, c'est le jugement par quelqu'un qui peut passer par les voies légitimes pour obtenir quelque chose qu'il désire de quelqu'un d'autre qui, lui, ne le peut pas. A nouveau, si l'on veut réellement analyser les causes des phénomènes, il faut être attentif à ne pas produire des étiquetages qui ne font qu'entériner les inégalités sociales et les mécanismes d'exclusion. Le fait de ne pas supporter la frustration par rapport aux biens de consommation n'est pas en soi l'indice d'un trouble mental et d'un défaut de socialisation. Au contraire, on pourrait soutenir très sérieusement que c'est le signe d'une parfaite intériorisation des normes de la société de consommation et de son discours sur le bonheur.

Enfin parlons de **L'AGRESSIVITÉ.** Voilà apparemment quelque chose de concret qui semble distinguer indiscutablement le délinquant du non-délinquant. Le jeune délinquant est généralement agressif. Mais le

sociologue se pose alors immédiatement une question décisive, sans laquelle on parle dans un abstrait qui n'a pas de sens : agressif envers qui ? Encore une fois, le jeune délinquant n'est pas agressif avec tout le monde. Il a généralement des parents qu'il ne se permettrait pas d'insulter ou de violenter (la situation inverse est plus répandue). Il peut avoir des copains vis-à-vis desquels il est considéré comme parfaitement « normal », c'est-à-dire n'étant pas plus agressif que les autres dans le cadre de ce qui est considéré par le groupe de jeunes comme la norme. Ce qui nous amène donc une fois de plus à la question des normativités.

L'agressivité est jugée normale ou non en rapport avec une norme et une situation. Il faut alors distinguer deux cas de figures très différents.

Premièrement, qu'un jeune soit agressif envers des personnes qui, de par leur fonction, symbolisent l'autorité sociale et l'État (les policiers, les enseignants, les représentants des services publics, les élus), cela n'est pas en soi l'indice d'une psychopathie. Dans l'univers de normes de ce jeune, cette agressivité peut être un comportement tout à fait normal voire même valorisé. En effet, dans la société française contemporaine, beaucoup de jeunes qui habitent les quartiers pauvres (ces quartiers qui concentrent les populations les plus fragiles économiquement, socialement et culturellement) considèrent – surtout s'ils ont la peau un peu foncée, c'est-à-dire si ce sont des jeunes issus de l'immigration – qu'ils sont victimes du complot organisé par une société raciste pour les faire croupir dans leur coin, le nez dans la misère, et que cela arrange tout le monde. Faites des entretiens, écoutez les chansons de rap : c'est ce que beaucoup de ces jeunes pensent (Mucchielli, 2003). Incontestablement, leur analyse caricature parfois la réalité mais elle n'est pas non plus totalement dénuée de fondement. Et, de toute façon, peu importe : c'est ce qu'ils croient et cela suffit pour comprendre qu'ils « ont la haine » lorsqu'un événement récent a symbolisé cette exclusion volontaire dont ils se sentent victimes. Il me semble que l'on ne comprend rien à ce qui se passe dans certaines banlieues si l'on vient mettre de la psychopathologie là où il y a une révolte contre les institutions, révolte qui ne parle pas le langage politique habituel et n'emprunte pas les voies de contestation classiques, mais qui n'en est pas moins une révolte de ceux qui se considèrent à tort ou à raison comme des opprimés.

Deuxièmement, il y a le cas d'individus qui sont identifiés comme agressifs et violents dans leur propre quartier, par les autres jeunes et même éventuellement les autres délinquants. Voilà le cas de figure qui doit nous intéresser dans cette discussion de la psychopathie : l'agressivité qui transcende le conflit de normes et qui transcende la violence politique. Ce cas de figure existe, incontestablement, mais il est incomparablement moins important sur le plan quantitatif que la situation évoquée précédemment. Lorsque nous avons plusieurs dizaines de jeunes délinquants dans un quartier, il y a peut-être un « psychopathe » de ce type, ou deux, ou trois. Parfois il n'y en a pas. C'est donc une minorité des gens qui dysfonctionnent sur le plan psychologique – c'est-à-dire sur le plan émotionnel et affectif – en raison d'abord de leur histoire familiale souvent dramatique et qui, parce qu'ils se savent de surcroît privés de destin social valorisé, n'ont pas de raison de contenir l'expression agressive de leur mal-être existentiel. Il s'agit presque toujours de gens qui sont d'autant plus violents qu'ils n'ont rien à perdre dans la vie (pas de situation socio-économique, pas de réputation et d'image de soi valorisées, pas d'environnement affectif et familial, etc.). Mais alors, est-ce que cette situation d'exclu ou de marginal – de façon générale : ce contexte de vie psychosocial – ne devrait pas être un critère majeur de la définition du psychopathe ?

3. UN AUTRE REGARD SUR LES PSYCHOPATHES

Après les critiques portées sur une conception beaucoup trop vague et extensive de la psychopathie, on ne peut que saluer une conception authentiquement clinique qui s'avère très rare mais dont un bon exemple est offert par l'étude de Flavigny (1977) parue dans la Revue de neuropsychiatrie infantile en 1977. Dans la masse d'une littérature où foisonnent les affirmations sans preuves, les propos purement théoriques et les analyses de cas dramatiquement sommaires, cette étude manifeste une rigueur et une finesse descriptive sur le triple plan clinique, psychogénétique et psychosocial. Cette étude a de surcroît bien compris les biais du regard institutionnel et elle s'efforce de le décentrer. Sur le plan clinique, Flavigny affine la symptomatologie des « personnalités antisociales » évoquées ci-dessus, dans le cas d'adolescents ou de jeunes adultes repérés comme délinquants. Il organise cette symptomatologie autour de cinq grands axes :

- 1) la « passivité » qui découle d'un désœuvrement considérable, ce sont des jeunes qui s'ennuient à longueur de journée et qui vont un peu là où l'enchaînement des événements les porte ;
- 2) la « dépendance » ou l'absence d'autonomie les rend très sensibles aux événements du contexte immédiat, les empêchent d'entreprendre quelque chose seuls et peut les rendre paradoxalement très dociles tant ils ont besoin de repères ;
- 3) ce que Flavigny appelle leurs « exigences mégalomaniaques » renvoie en réalité à leur besoin de reconnaissance : « en apparence ils semblent égocentriques, inactifs, mais ils sont en réalité hypersensibles, traités volontiers d'écorchés vifs, de sujets immatures sur le plan affectif, infiniment vulnérables à toute frustration » ; mais ces exigences sont fortes et peu verbalisées, ce qui rend leurs relations à autrui très difficiles ;
- 4) Flavigny confirme ensuite leur « impulsivité » et leur « agressivité » disproportionnées se manifestant face aux frustrations ;

5) Flavigny parle enfin lui aussi de leur « besoin de satisfaction immédiate » qui joue non seulement sur les comportements délictueux, mais aussi sur la rapidité du découragement face à l'échec et sur la mauvaise perception du temps.

Derrière ce tableau clinique, Flavigny met en évidence deux éléments qui structureraient la personnalité du jeune à tendances psychopathiques :

1) « une angoisse cachée quasi-permanente », une « anxiété existentielle », un « sentiment d'insécurité » camouflés derrière une présentation de soi agressive et provocatrice ;

2) une « frustration affective permanente » liée à des carences familiales précoces : « la plupart de ces jeunes, dès l'enfance, n'ont pas connu la sécurité et le confort d'une affection stable et durable, ballottés ici et là, confiés à des membres plus ou moins éloignés de leur famille, à des amis, à des services sociaux...

D'autres ont simplement été livrés à eux-mêmes, ou plutôt abandonnés à tous les risques réservés aux gosses, qui passent plus de la moitié de leur journée dehors avec d'autres qui sont dans la même situation » (Flavigny, 1977, 27-28). Mentionnons enfin le fait que Flavigny avait bien compris que le jeune psychopathe était relativement rare, au sein même des bandes de jeunes, des groupes délinquants ou encore des foyers pour jeunes en difficulté. Il précisait même que, dans tous ces groupes, le jeune psychopathe avait tendance à être rejeté tôt ou tard en raison de ses excès d'agressivité.

Le rappel mériterait d'être encore développé, mais le lecteur ira lui-même prendre connaissance de cette belle étude. Pour ma part, je voudrais prolonger encore un peu cette discussion sur psychopathie et délinquance ou criminalité en analysant le cas des comportements violents les plus graves qui se puissent concevoir : les homicides.

4. PSYCHOPATHIE ET HOMICIDES

Dans le peu de place qu'il me reste, je voudrais indiquer rapidement quelques résultats obtenus à partir d'une recherche empirique récente sur les homicides, les tentatives d'homicides, les coups et blessures suivis de mort et les infanticides (Mucchielli, 2004a). Cette recherche s'est déroulée dans le ressort d'une Cour d'appel de la banlieue parisienne. Il ne s'agit pas, par conséquent, d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale de ces crimes dans leur dimension apparente (par opposition à leur dimension cachée, c'est-à-dire aux faits qui ne sont pas connus ou pas résolus par la police). Cela étant, le territoire qui dépend de cette juridiction a l'intérêt d'être très varié en termes de structure sociale. On y trouve aussi bien les zones urbaines que péri-urbaines voire rurales. On y rencontre aussi bien la grande bourgeoisie, et même l'ancienne aristocratie, que les classes moyennes et les classes populaires, jusqu'aux zones industrielles les plus sinistrées qui concentrent les quartiers « sensibles » dont certains ont défrayé régulièrement la chronique ces quinze dernières années. Les faits jugés se sont déroulés durant exactement dix ans, entre 1987 et 1996. On a recueillies au total 102 affaires impliquant au total 122 personnes (une affaire peut impliquer plusieurs auteurs ainsi que des complices). Enfin, il est essentiel de préciser le mode de sélection de cet échantillon : la meilleure méthode nous a paru celle n'impliquant précisément aucune sorte de sélection au sein des dossiers, les prenant tous en considération.

Parmi les nombreux volets de cette recherche figure celui consistant à examiner la santé mentale des auteurs de ces violences volontaires, telle qu'elle ressort à la fois des expertises psychiatriques et de l'ensemble du dossier, c'est-à-dire dans les limites insurmontables d'un matériel judiciaire nécessairement partiel (le but d'une procédure pénale est de sanctionner l'auteur d'un acte proscrit par la loi, non de permettre la compréhension intellectuelle la plus large et complète possible du comportement humain). Ces réserves méthodologiques indiquées, cette recherche livre trois informations intéressantes dans la discussion présente.

1. Les criminels présentant des tendances psychopathiques sont rares dans l'ensemble. Dans notre échantillon, seuls 16 cas (soit 13 %) présentent des tendances psychopathiques. Il s'agit de quinze hommes et d'une femme. Cette proportion est modeste. En effet, les problèmes psychologiques les plus fréquents dans notre échantillon (sachant que nous avons retenu le codage « mauvaise santé mentale apparente » dans plus des trois quarts des cas) sont l'immaturation et les carences affectives précoces, puis l'anxiété, l'émotivité et la dépressivité. Suivent les tendances psychopathiques et, loin derrière, les véritables troubles psychiatriques (tendances perverses, paranoïaques, psychotiques) qui semblent en réalité rarissimes. Par ailleurs, les tendances psychopathiques ne sont pas isolées d'autres troubles psychologiques. Sur les 16 cas, cette caractéristique est le plus souvent associée à une autre : émotivité/anxiété (11 cas), carences affectives (8 cas), immaturité (7 cas), dépressivité (6 cas). En clair, il n'existe sans doute pas de « crime du psychopathe » au sens d'une spécificité qui serait liée intrinsèquement à cette (pseudo) catégorie de personnes. Notons enfin que les tendances psychopathiques sont fréquemment associées à la psychorigidité ainsi qu'à un niveau intellectuel faible ou très faible, ce qui nous renvoie au milieu d'origine (familial et social) des individus.

2. Quelques caractéristiques familiales de ces personnes. Les personnes de notre échantillon présentant des tendances psychopathiques proviennent rarement d'une famille divorcée ou séparée (2 cas sur 16).

En revanche, dans plus de la moitié des cas, le climat familial dans lequel a grandi le criminel était conflictuel (avec ou sans violence physique). Nous retrouvons ici le double constat fait plus largement en criminologie (Mucchielli, 2001b). Ce qui cause avant tout les troubles de l'enfant n'est pas la séparation de ses parents mais leurs relations conflictuelles. Pourtant, cela ne suffit pas à distinguer les criminels présentant des tendances psychopathes des autres criminels puisque le fait d'avoir grandi dans une famille marquée par des conflits est une caractéristique de la plupart des criminels de notre échantillon et s'avère un puissant facteur opposant les criminels qui paraissent en bonne santé mentale aux autres. L'autre cas de figure le plus fréquent n'est pas la mésentente mais plus fondamentalement l'absence de famille. Bon nombre d'auteurs n'ont pas été – ou ont peu longtemps été – élevés par leurs parents, ou même par un seul de leurs parents. Beaucoup ont connu les foyers de la DASS dès leur plus jeune âge et ont été ballotté de structures en structures pour finir souvent à la rue. Dans notre échantillon, nous pouvons même dire que, par rapport aux autres catégories de troubles psychologiques retenus, les criminels à tendance psychopathique sont ceux qui ont le plus souvent fait l'objet d'un placement à la DASS au cours de leur enfance (dans pratiquement un cas sur trois). C'est donc aussi de carences familiales lourdes qu'il est question dans ces trajectoires de personnes décrites comme ayant des tendances psychopathiques.

3. Quelques caractéristiques socio-économiques de ces personnes. Issus d'un milieu populaire, les individus ayant des tendances psychopathiques sont généralement des pauvres : dans notre échantillon les deux tiers sont exclus de l'emploi. Ce pourcentage est très élevé mais il n'est toutefois pas caractéristique de ces personnes par rapport aux autres membres de notre échantillon. En réalité, plus de 90 % des effectifs de notre échantillon sont composés d'hommes et de femmes appartenant aux milieux populaires et vivant de façon particulièrement modeste, parfois en situation de grande pauvreté voire de misère. Le cumul de l'absence de qualification et de la rareté du travail fait ici du ravage dans la période de chômage de masse au cours duquel notre échantillon a été recueilli. C'est du reste une situation objective qui, à côté ou en plus des carences affectives, explique massivement d'une part l'importance des problèmes d'anxiété et de dépressivité constatés chez ces criminels, d'autre part le fait que, souvent – notamment dans le cas des individus ayant des tendances psychopathiques –, les auteurs ont déjà un casier judiciaire indiquant des condamnations pour vol et/ ou cambriolage (ainsi que pour ivresse).

POUR CONCLURE SOMMAIREMENT

Point n'est besoin d'un long discours et de longues références philosophiques et sociologiques pour comprendre que, lorsqu'un individu est confronté chez autrui à une agressivité dont il ne comprend pas les ressorts, il lui est commode de désigner cet Autre comme « fou », s'il emploie le langage le plus ordinaire, ou comme « psychopathe », s'il veut employer un mot d'apparence savante. Une autre facilité consiste à parler de la « gratuité » des actes de délinquance juvénile. Le succès de ces pseudo-explications dans le débat public français indique surtout que leurs utilisateurs ne comprennent pas ceux dont ils parlent. Dans les deux cas, on postule une absence de rationalité ou même de motivation qui trahit une ignorance des conditions et des contextes de vie ainsi que des valeurs et des normes en vigueur dans les groupes de pairs auquel les jeunes délinquants appartiennent le plus souvent. Beaucoup de comportements agressifs, à commencer par ceux qui sont directement tournés vers les personnes représentant ou symbolisant les institutions de l'État, ne sont en aucun cas le signe d'une pathologie. Il s'agit souvent d'une forme de révolte contre la société, dont la violence est à la mesure de la frustration et des sentiments d'injustice, d'exclusion et de « victimisation collective » qui habitent une partie de la jeunesse des quartiers relégués . A bien des égards, les comportements agressifs que les jeunes fréquentant des « bandes » manifestent entre eux sont également pleinement socialisés, régis par des logiques d'honneur et de réputation, de défense de ses proches ou du territoire auquel on est attaché et identifié, faute de mieux . Il en a du reste toujours été ainsi dans les milieux les plus défavorisés. Au terme de l'analyse de la violence dans les campagnes de l'Artois à la fin du Moyen Âge et au début de l'époque Moderne, l'historien Robert Muchembled écrit par exemple : « Offenses territoriales, défis, parades, manifestations de solidarité ou d'animosité, contrôle de la distance entre les personnes : tout se résume à chercher le contact ou à l'éviter, en d'autres termes à tenter de montrer bonne figure ou à faire perdre la face aux autres. Nombre de rixes n'ont pas d'autre sens et témoignent à propos d'une sociabilité intensément et structurellement conflictuelle, car le paraître prend une importance exceptionnelle dans un monde où la plupart des gens ne peuvent pas se distinguer par la richesse ou par le talent » (Muchembled, 1989, 268). Cette violence du pauvre va donc de pair avec une forte intégration sociale locale. Quant aux individus réellement violents et dangereux que sont les psychopathes, ils sont incomparablement plus rares et leur agressivité s'explique tout autrement : ce sont avant tout des individus (essentiellement des adultes) qui n'ont rien à perdre dans la vie : pas de situation, pas de fortune, pas de couple et d'enfant, pas de responsabilité valorisante dans une quelconque activité, pas de bonne réputation ou de bonne image à défendre, etc. Dans cette optique, à l'opposé du cas précédent, la violence apparaît comme inversement proportionnelle à l'intégration sociale.

Références

1. Bauer A., Raufer X., 1998, *Violences et insécurité urbaines*, Paris, Presses Universitaires de France.
2. Calogirou C., 1989, *Sauver son honneur : rapports sociaux en milieu urbain défavorisé*, Paris, L'Harmattan.
3. Debuyst C., 1975, *Les nouveaux courants dans la criminologie contemporaine. La mise en cause de la psychologie criminelle et de son objet*, *Revue de droit pénal et de criminologie*, 10, 845-870.
4. Debuyst C., 1977, *Le concept de dangerosité et un de ses éléments constitutifs : la personnalité (criminelle)*, *Déviance et société*, 4, 363-387.
5. Debuyst C., 1981, *Le concept de personnalité dangereuse comme expression d'un point de vue*, in Debuyst C., Tulkens F., éd., *Dangerosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique*, Paris, Masson, 19-34.
6. D.S.M. III, 1985, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.
7. Duclos D., 1994, *Le complexe du loug-garou. La fascination de la violence dans la culture américaine*, Paris, La Découverte.
8. Esterle-Hedibel M., 1997, *La bande, le risque et l'accident*, Paris, L'Harmattan.
9. Flavigny H., 1977, *De la notion de psychopathie*, *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 25, 1, 19-75.
10. Grémy J.-P., 1996, *Les violences urbaines*, Paris, Institut des Hautes Études de la Sécurité Intérieure.
11. Lepoutre D., 1997, *Cœur de banlieue. Codes, rites et langages*, Paris, Odile Jacob.
12. Marcelli D., Braconnier A., 1995, *Adolescence et psychopathologie*, Paris, Masson.
13. Mauger G., Fossé-Poliak C., 1983, *Les loubards*, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 50, 49-67.
14. Mucchielli L., 2001a, *Quelques réflexions critiques sur la « psychopathologie des banlieues »*, *VEI Enjeux*, 126, 102-114.
15. Mucchielli L., 2001b, *Monoparentalité, divorce et délinquance juvénile : une liaison empiriquement contestable*, *Déviance et société*, 25, 2, 209-228
16. Mucchielli L., 2002, *Violences et insécurité. Fantasmés et réalités dans le débat français*, Paris, La Découverte, 2ème éd. augmentée.
17. Mucchielli L., 2003, *Le rap de la jeunesse des quartiers relégués. Un univers de représentations structuré par des sentiments d'injustice et de victimation collective*, in Boucher M., Vulbeau A., eds., *Émergences culturelles et jeunesse populaire. Turbulences ou médiations ?*, Paris, L'Harmattan, 325-355.
18. Mucchielli L., 2004a, *Les caractéristiques démographiques et sociales des meurtriers et de leurs victimes. Une enquête sur un département de la région parisienne dans les années 1990*, *Population*, 59, 2, 203-232.
19. Mucchielli L., 2004b, *L'évolution de la délinquance juvénile en France (1980-2000)*, *Sociétés contemporaines*, 53, 101-134.
20. Mucchielli L., 2005, *Le scandale des « tournantes ». Dérives médiatiques et contre-enquête sociologique*, Paris, La Découverte.
21. Muchembled R., 1989, *La violence au village. Sociabilités et comportements populaires en Artois du XV^{ème} au XVII^{ème} siècle*, Bruxelles, Brépols.
22. Pinatel J., 1963, *Criminologie*, Paris, Dalloz.
23. Rassial J.-J., éd., 1998, *Y a-t-il une psychopathologie des banlieues ?*, Toulouse, Érès.
24. Robert P., Lascoumes P., 1973, *Les bandes de jeunes. Une théorie de la ségrégation*, Paris, Éditions Ouvrières.

OUTILS D'ÉVALUATION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

La psychopathie

Daniel MARCELLI

Pédopsychiatre - Professeur - Centre hospitalier Henri Laborit - Poitiers

D. COHEN

Pédopsychiatre - Centre hospitalier Henri Laborit - Poitiers

Concernant la psychopathie, il m'est demandé de vous présenter les outils d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Pour ce faire, je suis confronté à un double paradoxe. Il est nécessaire de s'en expliquer brièvement.

1. INTRODUCTION

Tout d'abord la « psychopathie » n'existe pas vraiment dans les classifications internationales puisqu'on rencontre : dans la CIM 10, le terme « personnalité dyssociale » à la rubrique des troubles de personnalité, la personnalité psychopathique étant considérée comme un équivalent, tandis que dans le reste du corpus de cette classification les pathologies à expression comportementale sont éparpillées dans d'autres catégories (F63 en particulier). Il en va de même pour le DSM IV, où l'entrée « psychopathie » n'est même pas référencée dans l'index. On y trouve à la place le diagnostic de « personnalité antisociale » qui « ne peut être porté que si le patient a 18 ans ou plus et a déjà présenté avant l'âge de 15 ans au moins quelques symptômes du Trouble des Conduites » (p. 758). Cette petite phrase incluse quasi subrepticement pose en réalité des questions extrêmement complexes. Si on accepte l'idéologie du DSM IV concernant l'aspect catégoriel des troubles décrits, point de vue qui récuse tout aspect dimensionnel mais aussi développemental, comment comprendre ce changement de catégorie soudain en fonction de l'âge : une maladie peut-elle tomber sur l'individu du seul fait d'avoir 18 ans ? On me demande donc de parler à propos d'une entité que les classifications les plus utilisées semblent méconnaître, la psychopathie, et en outre on me demande quelles pourraient être les méthodes d'évaluation de quelque chose qui formellement n'existe pas chez les moins de 18 ans ! Vous m'accorderez que cela fait beaucoup!

2. LA PSYCHOPATHIE : UNE CATÉGORIE OU DES DIMENSIONS ?

Je n'aurai pas l'outrecuidance de chercher à définir la psychopathie, d'autres ici en ont la charge, mais je suis dans l'obligation de donner mon point de vue concernant cette entité qui de tout temps a fonctionné comme un aiguillon irritant pour les diverses classifications psychiatriques, avec une opposition frontale entre les classifications européennes continentales, française et allemande en particulier, et les classifications anglaises puis américaines (Marcelli, Braconnier, 2004). L'entité « psychopathie » s'appréhende difficilement car elle entrecroise trois dimensions dont la conjugaison est particulièrement difficile à démêler :

- 1) une dimension émotionnelle dominée par une difficulté si ce n'est une impossibilité à partager avec autrui des émotions et dont le manque d'empathie représente l'illustration la plus évidente ;
- 2) une dimension pulsionnelle dominée par l'impulsivité ;
- 3) une dimension sociale et éducative marquée par une intolérance à la frustration et à la montée d'excitation qui en résulte.

De mon point de vue de pédopsychiatre, la psychopathie siège au carrefour de ces trois dimensions qui doivent être simultanément présentes pour que le tableau clinique se constitue. Mais d'emblée il faut souligner la dépendance majeure d'un tel tableau clinique au contexte environnemental. En effet deux de ces dimensions sont fonction du cadre. La capacité à partager des émotions implique non seulement de reconnaître ses émotions mais aussi celles des autres et de pouvoir mettre celles-ci et celles-là en relation : cette capacité s'apprend et se développe dans la petite enfance grâce à l'empathie entre le jeune enfant et ses parents. La tolérance à la frustration et la capacité d'éponger le surcroît de tension qui en résulte constitue une composante essentielle de l'éducation : il est certes nécessaire de confronter le jeune enfant, de temps à autre, à la frustration mais il est tout aussi indispensable de lui proposer des voies de dérivation pour cette tension d'insatisfaction, par exemple en lui proposant des investissements de substitution. Ignorer ces dimensions environnementales revient à considérer l'individu, dès son plus jeune âge si ce n'est dès sa naissance, comme une entité close sur elle-même dont le patrimoine génétique constituerait la seule définition. Peut-être que le DSM IV tente de résoudre cette contradiction en décrétant que la personnalité antisociale ne peut être diagnostiquée qu'à partir de 18 ans, comme s'il fallait attendre l'âge de la majorité légale pour que l'individu soit considéré comme clos sur lui-même, entité à part entière, ce qui est une reconnaissance implicite de la dimension médico-légale inéluctablement attachée à la psychopathie. Je ne crois pas faire injure au DSM IV en disant que la place de l'enfant et de l'adolescent représente un vrai problème pour cette classification dite catégorielle, problème mis en lumière par la question des comorbidités. Celles-ci sont particulièrement fréquentes dans les « troubles » de l'enfant en général et plus encore dans les troubles qui nous occupent aujourd'hui si on utilise la terminologie du DSM et même de la CIM 10. Mais peut-on faire autrement ?

3. LA PSYCHOPATHIE EXISTE-T-ELLE CHEZ L'ENFANT ?

Pour répondre de façon lapidaire à la question posée : « existe-t-il des instruments d'évaluation de la psychopathie chez l'enfant ou l'adolescent ? », je dirai qu'à ma connaissance il n'y a pas d'instruments d'évaluation spécifique de cette entité pathologique à ces âges de la vie. A titre d'exemple, je n'ai pas retrouvé d'étude portant sur l'utilisation de la PCL-R de Hare chez les sujets mineurs, mais peut-être que l'orateur suivant, M. Pham (T.H. Pham, 1999, 2000), apportera des informations complémentaires sur ce point précis. Répondre de façon plus extensive à la question posée nous impose de décaler cette interrogation : quels sont les pathologies ou les troubles chez l'enfant ou l'adolescent pouvant conduire à la psychopathie et aussi (question corrélative) quels en sont les instruments d'évaluation? Le champ d'exploration devient alors très vaste car cela impliquerait de prendre en compte l'évolution de très nombreuses pathologies de l'enfant telles que les troubles anxieux, dépressifs et même les troubles psychotiques. Ainsi en 1973, B. Penot notait « la tendance remarquablement constante à se structurer sur un mode caractériel ou psychopathique » chez des enfants déprimés suivis jusqu'à l'adolescence et au-delà, ce que confirmait une étude épidémiologique longitudinale de G. Nissen en 1992 ainsi que mes propres observations d'enfants déprimés longuement suivis (Marcelli et Berthaut, 2001). Si on ajoute à cela les pathologies de l'adolescence, en particulier toutes celles qui sont à versant externalisé telles que les consommations de produit(s), alors le champ d'investigation devient infini... Désormais cependant, la continuité psychopathologique ne peut plus s'appréhender autrement qu'au travers du prisme des comorbidités, en particulier celle qu'on observe dans les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles de conduites (TC) et les troubles oppositionnels avec provocation (TOP). La littérature internationale se centre presque exclusivement sur cette approche. Comme toujours deux modalités d'étude pour ces liens : une méthode rétrospective, une méthode prospective. En rétrospectif, de nombreuses études retrouvent ce lien. Citons Soderstrom et col. (2003) qui étudient les antécédents infantiles d'adultes ayant commis des actes violents avec conséquences médico-légales : ils retrouvent dans l'enfance de ces adultes des troubles type Trouble Hyperactivité avec Déficit de l'Attention (THADA), des troubles des apprentissages, des TC et des troubles du spectre autistique. Il existe un lien entre un niveau élevé à l'échelle LHA (*Lifetime History of Aggression*), la survenue de récidives violentes et un score élevé à la PCL-R ainsi que des TC dans l'enfance. Il existe une forte corrélation entre les deux facteurs de la PCL-R, émotionnel et antisocial, et les antécédents dans l'enfance de TC, de THADA et de traits autistiques (il faut préciser que sont inclus dans ces traits autistiques, les tics, le syndrome de G. de la Tourette, les troubles de la coordination motrice, le retard mental : sous cette appellation, il s'agit d'un ensemble très hétérogène de symptômes). Sans que ces auteurs ne le disent, on constate entre les lignes l'hétérogénéité du concept de psychopathie puisque l'acte violent lui-même est surtout corrélé avec des antécédents de TC alors que la psychopathie identifiée par la PCL-R semble corrélée à des symptômes et manifestations de souffrance bien plus diversifiés dans l'enfance.

4. LE THADA : COMORBIDITÉS ET ÉVOLUTION.

Il est évident que nous n'entreprendrons pas ici une description complète de ce « trouble » ni même une discussion sur ses fondements psychopathologiques malgré tout l'intérêt que ces digressions représenteraient. On en trouvera une synthèse dans Marcelli et Cohen (à paraître, 2006).

La prévalence du THADA au sens du DSM IV est estimée entre 3 et 9% de la population d'âge scolaire (Wolraich, 1996), celle du trouble hyperkinétique au sens de la CIM-10, est de l'ordre de 1 à 2% (Swanson et al, 1998). Les garçons sont majoritairement concernés avec un sexe ratio de 3 à 9. Les symptômes apparaissent par définition au cours de l'enfance, avant l'âge de 7 ans, ils sont continus et certains tendent à s'améliorer à l'adolescence. Concernant les facteurs de risque, le trouble attentionnel avec hyperactivité est très fortement associé à des facteurs psychosociaux ou des pathologies de la périnatalité : maltraitements et négligences précoces, anoxie périnatale, exposition au tabac pendant la grossesse, traumatismes cérébraux (Tableau 1).

	HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION
PRÉVALENCE	THADA (DSM IV) 5- 9% Trouble hyperkinétique (ICD10) 1- 2%
SEXE RATIO (G/F)	3 à 9
AGE DE DÉBUT	Avant 7 ans
ÉVOLUTION À LONG TERME	Continue avec tendance à l'amélioration
FACTEURS DE RISQUE PSYCHOSOCIAUX	Nombreux
COMORBIDITÉ	TC - TOP - Trouble des apprentissages Trouble internalisé (anxiété, dépression)

La comorbidité est un problème majeur du diagnostic de THADA chez l'enfant, l'adolescent ou même l'adulte. Il est extrêmement compliqué de dissocier les effets associés du THADA des vraies comorbidités. Les retards non spécifiques d'apprentissage, les troubles de l'attribution (c'est-à-dire, par exemple, attribuer aux autres plutôt qu'à soi-même la responsabilité de problèmes particuliers), la maladresse sociale et le retard à la socialisation, la baisse de l'estime de soi, semblent pouvoir être considérés le plus souvent comme des troubles associés.

La présence d'un trouble comorbide retentit sur l'évolution, en général plus péjorative, surtout avec l'association TC ou TOP.

Pendant la scolarité élémentaire, les deux tiers des enfants avec un diagnostic de THADA présentent un autre diagnostic (Cantwell, 1996) qui varie selon l'origine de la population étudiée.

La littérature identifie de façon certaine, trois types de comorbidités :

- les troubles externalisés (TOP et TC) chez 40 à 90 % des sujets THADA.
- les troubles internalisés (anxiété, dépression) chez 25 à 40 % des THADA.
- les troubles des apprentissages chez 10 à 92 % des THADA. Leurs fréquences imposent un bilan orthophonique approfondi (Touzin et al, 1997).

Par ailleurs, on rapporte, en population clinique, des associations avec les tics, l'énurésie primaire nocturne, les retards de la coordination motrice et les troubles bipolaires, mais la nature de cette dernière association est controversée (Charfi et Cohen, 2005).

Les taux de prévalence indiqués pour les diverses comorbidités sont à manier avec précaution tant la fourchette est grande, et nécessitent pour leur compréhension une analyse approfondie de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus. Ceux-ci seront par exemple à nuancer selon que l'on étudie une population clinique en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou une population clinique en services de médecine générale ou de pédiatrie, dans lesquels on rencontrera plus d'enfants présentant des troubles externalisés ou de l'humeur.

Les variations selon l'âge sont évidentes, puisque l'on étudie une pathologie qui s'inscrit dans le développement, avec en particulier une fréquence plus importante des symptômes agressifs et un pronostic d'autant plus réservé que l'apparition du trouble de l'hyperactivité est précoce. Inversement, une apparition plus tardive du trouble pourrait être associée plutôt à une symptomatologie anxieuse. Enfin, la variation selon le sexe figure dans toutes les études épidémiologiques.

Les sous-types cliniques du THADA semblent également avoir une influence sur la nature des comorbidités. La comorbidité avec les troubles internalisés serait plus fréquente chez les enfants présentant un THADA à prédominance inattentive, tandis que chez les THADA à prédominance hyperactive/impulsive ou dans les formes mixtes, la comorbidité avec des troubles externalisés apparaît davantage (Wolraich et al, 1998). Ainsi, sur le plan phénoménologique au moins deux tableaux doivent pouvoir être distingués par leurs caractéristiques cliniques, leur évolution et leur réponse au traitement : l'un est centré sur les TC et l'autre sur l'anxiété, prédominante. Dans le THADA associé au TC, on retrouve un âge de début plus précoce, un ratio garçon/fille plus élevé, plus de facteurs psychosociaux, et un pronostic à long terme plus réservé. Dans le THADA associé à un trouble anxieux, on note moins d'impulsivité et moins d'agressivité, et une réponse aux stimulants parfois moins nette.

Il n'existe pas d'exploration complémentaire spécifique affirmant l'existence de THADA. Le diagnostic repose sur l'évaluation clinique et l'éventuelle utilisation d'échelles (Échelle de Pelham, 1992 ; de Conners, 1994 ; de Swanson, 1995) avec la recommandation récente que le diagnostic ne doit pas reposer sur un score positif à une seule échelle. Les explorations neuroradiologiques, neuropsychologiques ou neuroendocriniennes, les études génétiques n'ont pas donné, malgré leur nombre, de résultats probants. Plusieurs tests informatisés sont disponibles pour évaluer le déficit attentionnel notamment dans ces deux dimensions d'attention sélective et d'attention globale. Le plus utilisé est le *Continuous Performance Test* de Conners.

À ce jour, l'étiologie du THADA demeure inconnue et le diagnostic repose sur l'ensemble des éléments cliniques recueillis auprès des parents, de l'enfant et des adultes proches (enseignants), sur l'étude soigneuse des antécédents et sur une confrontation des bilans (neurologique, cognitif, neuropsychologique, du langage...).

Trois grands types d'évolution sont décrits (Cantwell, 1985 ; Gittelman et al. 1985) :

- une sédation et la disparition des symptômes lors de l'adolescence ou chez l'adulte jeune (30% des sujets) ;
- une persistance des symptômes à l'âge adulte avec apparition de difficultés scolaires, sociales ou relationnelles, modérées (40% des sujets) ;
- une aggravation relative des symptômes avec apparition de pathologies type alcoolisme, toxicomanie,

psychopathie et personnalité antisociale (30% des sujets). Cette évolution semble plus fréquente quand, dès l'enfance, existe une comorbidité type TC ou une symptomatologie « maniaque » au sens anglo-saxon (Hazell et al. 2003 ; Biederman et al. 1996).

Les études prospectives au long cours montrent clairement le lien entre le THADA et le trouble antisocial de la personnalité à l'âge adulte (Barkley et col., 2004). Nicole Catheline abordera ce point (voir ci-après). Au plan développemental, la séquence illustrée dans la figure 1 a pu être isolée dans ces évolutions péjoratives.

Le tableau 2 rend compte des évolutions relatives des prévalences en fonction de l'âge et du sexe des principaux troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent:

TABLEAU 2. PRÉVALENCES DES TROUBLES DISRUPTIFS EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ÂGE (PRÉADOLESCENCE, ADOLESCENCE, POSTADOLESCENCE, D'APRÈS COHEN ET AL, 1993)				
Catégorie diagnostique	SEXE	AGE (ANNÉES)		
		10-13	14-16	17-20
THADA	Garçons	17.1	11.4	5.8
	Filles	8.5	6.5	6.2
TOP	Garçons	14.2	15.4	12.2
	Filles	10.4	15.6	12.5
TC	Garçons	16.0	15.8	9.5
	Filles	3.8	9.2	7.1

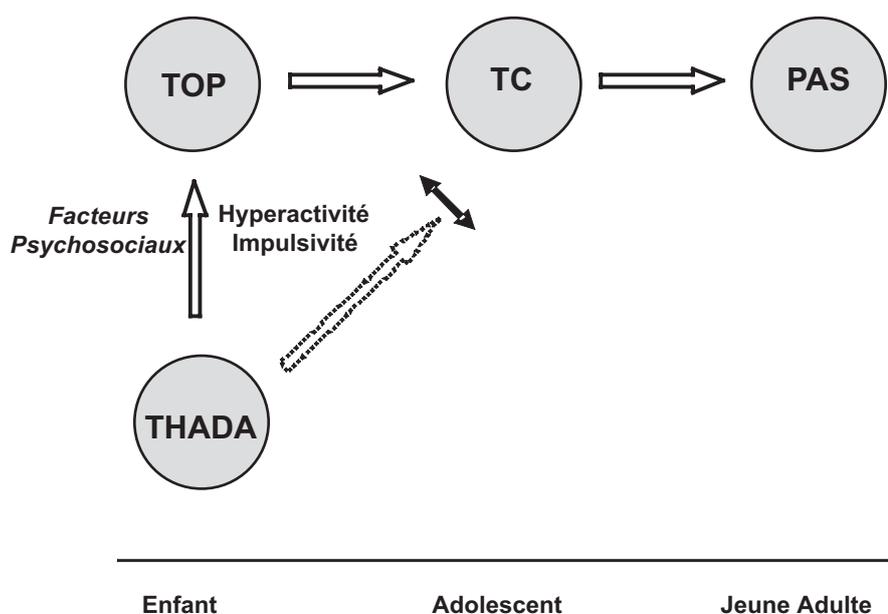


Figure 1 - Troubles externalisés et THADA (d'après Loeber et al. 2000) (THADA : trouble hyperactivité avec déficit de l'attention ; TOP : trouble oppositionnel avec provocation ; TC : trouble des conduites ; PAS : personnalité antisociale). Cette figure schématise dans une perspective développementale le fait que seuls les enfants présentant un THADA associé à un TOP dans l'enfance peuvent évoluer vers un TC à l'adolescence et une PAS à l'âge adulte. Cette évolution semble être corrélée à des facteurs psychosociaux et aux dimensions cliniques d'hyperactivité/impulsivité.

5. LES TROUBLES DES CONDUITES (TC) ET LES TROUBLES OPPOSITIONNELS AVEC PROVOCATION (TOP)

On retrouve ces deux catégories dans le DSM et la CIM avec quelques nuances mais la plus importante concerne le style de la description elle-même. En effet le DSM adopte un ton résolument descriptif dépourvu de nuance, très affirmatif : c'est une description comportementale dépouillée de la moindre empathie. Le ton est sensiblement différent dans la CIM qui multiplie les précautions et les avertissements : « le diagnostic doit dépendre du niveau de développement de l'enfant » ... « les crises de colères font partie du développement » ... « beaucoup d'auteurs considèrent que les TOP représentent des formes relativement mineures des TC, plutôt qu'un trouble relativement distinct »... « cette catégorie (TOP) doit être utilisée avec prudence, en particulier

chez les enfants plus âgés »... « cette catégorie a été retenue pour rendre compte d'une pratique diagnostique courante et facilite la classification des troubles survenant chez les jeunes enfants ». On a parfois l'impression que la CIM 10 cherche des excuses pour avoir ainsi introduit ce trouble aux contours si imprécis !

Comme pour le THADA, ces diagnostics appartiennent à la catégorie des troubles disruptifs. Ils n'ont qu'une validité descriptive et sont une des premières causes de consultation en clinique pédopsychiatrique. La encore, il importe d'aborder ces situations avec une perspective dimensionnelle et développementale, en particulier pour ce qui concerne l'expression de l'agressivité ou de conduites déviantes si fréquentes dans ces tableaux.

Le TOP est un « ensemble de comportements négativistes et provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité ». La prévalence chez l'enfant est de 5 à 10 %. Le TC est un « ensemble de conduites répétitives et persistantes au cours desquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales ». Ce trouble est plus fréquent chez l'adolescent et chez le garçon, avec une prévalence allant de 6 à 16 % chez les garçons de moins de 18 ans, et de 2 à 9 % chez les filles (Kutcher *et al*, 2004). Le tableau 2 (voir paragraphe 1.3) donne les fréquences relatives en fonction de l'âge et du sexe des trois principaux diagnostics de troubles disruptifs. Il s'agit de données issues d'une étude réalisée dans l'état de New York sur un échantillon de 975 sujets qui donne des valeurs hautes quant à la fourchette de prévalence (Cohen *et al*. 1993).

Les principaux signes cliniques du TOP et du TC dans le DSM IV sont détaillés dans le tableau 3. Les signes cliniques retenus dans la CIM10 sont similaires. Par contre la classification des troubles diffère.

TABLEAU 3. SIGNES CLINIQUES DU TOP ET DU TC DANS LE DSM IV	
TOP	TC
Comportements hostiles ou provocateurs pendant > 6 mois (1) se met souvent en colère (2) conteste souvent les adultes (3) s'oppose souvent activement ou refuse les règles (4) embête souvent les autres délibérément (5) fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs (6) est souvent susceptible ou agacé (7) est souvent fâché ou plein de ressentiment (8) se montre souvent méchant ou vindicatif	Agressions envers des personnes ou des animaux : (1) brutalise ou menace d'autres personnes (2) commence souvent les bagarres (3) a utilisé une arme (4) a fait preuve de cruauté envers les personnes (5) a fait preuve de cruauté envers les animaux (6) a commis un vol en affrontant la victime (7) a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles Destruction de biens matériels (1) a délibérément mis le feu à des biens matériels (2) a délibérément détruit le bien d'autrui Fraude ou vol (1) a pénétré par effraction (2) ment souvent pour obtenir ... (3) a volé sans affronter la victime Violation grave de règles établies (1) reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions et cela a commencé avant l'âge de 13 ans (2) a fugué et passé la nuit dehors à deux reprises (3) fait souvent l'école buissonnière et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
Les conséquences des troubles sont significatives au plan social	

Il importe de préciser certaines données au plan clinique car elles sont associées au pronostic à long terme : l'âge de début (dans l'enfance ou dans l'adolescence), la sévérité des troubles, leur caractère isolé à un contexte précis (la famille ou l'école, par exemple), les autres troubles comorbides, le contexte psychosocial. Comme pour le THADA, les enquêtes prospectives au long cours montrent le lien assez fort entre TC et TOP et troubles de la personnalité antisociale chez l'adulte (Fergusson *et Col.*, 2005, Kim-Cohen *et Col.*, 2005, McGue *et Iacono*, 2005) (voir Nicole Catheline)

Tout comme pour le THADA, il s'agit d'un problème majeur car les comorbidités sont dans le TOP et le TC tout aussi fréquentes. Les troubles eux-mêmes sont aussi souvent associés. La liste est au demeurant la même que pour le THADA. Chez les préadolescents et les adolescents, on retiendra également la fréquence de l'association au trouble somatoforme et aux conduites de consommation et d'abus de substances psychoactives.

6. CONCLUSION

Une très brève conclusion : le diagnostic de « psychopathie » ne peut formellement être porté chez l'enfant comme chez l'adolescent, du moins selon les classifications les plus utilisées (DSM IV, CIM 10). On préfère parler de « troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité », de « TC » ou de « TOP », entités aux contours assez flous, avec une comorbidité croisée particulièrement importante, aux évolutions elles aussi variables dépendant d'ailleurs des associations comorbides. Il ne semble pas exister d'outil d'évaluation spécifique de la psychopathie chez l'enfant ou l'adolescent, et la majorité des échelles d'évaluation du THADA, du TC ou du TOP ne font que reprendre les items des classifications susnommées.

Références

1. BARKLEY R.A., FISCHER M., SMALLISH L., FLETCHER K. : *Young adult follow-up of hyperactive children : antisocial activities and drug use. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2004, 45, 2, 195-211.
2. *Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. Classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement par l'Organisation Mondiale de la Santé. Traduction coordonnée par D. Marcelli, Masson éd, Paris, 2001, 269 p.*
3. *DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction coordonnée par J.D. Guelfi, Masson éd, Paris, 1996, 1008 p.*
4. FERGUSSON D.M., HORWOOD L.J., RIDDER E.M. : *Show me the child at seven II : childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2005, 46, 8, 850-858.
5. FERGUSSON D.M., HORWOOD L.J., RIDDER E.M. : *Show me the child at seven : the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2005, 46, 8, 837-849.
6. KIM-COHEN J., ARSENEAULT L., CASPI A., TOMAS M.P., TAYLOR A., MOFFITT T.E.: *Validity of DSM IV conduct disorder in 4 _5 year old children : a longitudinal epidemiological study. The American Journal of Psychiatry*, 2005, 162, 1108-1117.
7. MCGUE M., IACONO W.G. : *The association of early adolescent problem behavior with adult psychopathology. The American Journal of Psychiatry*, 2005, 162, 1118-1124.
8. MARCELLI D., BERTHAUT E. : *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence, Masson éd, Paris, 2001, 1 vol., 264 p.*
9. MARCELLI D., BRACONNIER A. : *Adolescence et psychopathologie, Masson éd, coll. Les âges de la vie, 5e édition, Paris, 2004, 1 vol.*
10. MARCELLI D., COHEN D. : *Enfance et psychopathologie, Masson éd, 7e édition, à paraître 2006.*
11. NISSEN G. : *Dépression de l'enfant et de l'adolescent : facteurs étiologiques. In : Le développement en péril, sous la direction de Anthony E.J., Chiland C., PUF Paris, coll. Fil Rouge, 1992, 1 vol., 431-446.*
12. PENOT B. : *Contribution à l'étude des dépressions infantiles. Psych. Enf.*, 1973, 16, 2, 301-380.
13. PHAM T.H. : *Evaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. L'Encéphale*, 1998, 24, 435-41.
14. SIMONOFF E. : *Predictors of antisocial personality. The British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 118-127.
15. SODERSTROM H., SJODIN A.K., CARLSTEDT A., FORSMAN A. : *Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder : a central problem constellation in forensic psychiatry. Psychiatry Research*, 2004, 121, 271-280.

OUTILS D'ÉVALUATION CHEZ L'ADULTE

Thierry PHAM

Psychologue – Tournai – Belgique

INTRODUCTION

L'évolution de la nosographie suggère que le concept de psychopathie tend à être reconnu comme une entité clinique distincte. La définition même de la psychopathie a connu des modifications importantes depuis plus d'un siècle (Côté, 2000). Toutefois, au cours des deux dernières décennies, la définition opérationnelle la plus soutenue sur le plan empirique s'appuie sur l'échelle de psychopathie de Hare (*Psychopathy Checklist-Revised*, PCL-R, 1991). Cet instrument est valide pour évaluer la psychopathie auprès des populations carcérales ou psychiatriques sécuritaires (Hare, 1991, 2003). La version française de cette échelle a été validée au Québec (Côté et Hodgins, 1996). En Belgique, elle a fait l'objet d'une évaluation psychométrique en milieu carcéral (Pham, 1998) et a été appliquée au sein d'une population psychiatrique sécuritaire (Pham, Remy, Dailliet & Liénard, 1998).

MÉTHODE

Dans sa version finale, l'échelle de psychopathie comprend 20 items (Hare, 1991, 2003). Elle est principalement constituée de deux facteurs ainsi que de plusieurs items ne figurant clairement sur aucun de ces facteurs. En premier lieu, le facteur décrivant les composantes affectives, interpersonnelles et narcissiques. En second lieu, le second facteur, plus comportemental, décrit la propension antisociale chronique. Chaque item est évalué sur une échelle de 3 points : 0 indique que l'item ne s'applique pas à la personne, 1 qu'il s'applique dans une certaine mesure, et 2 qu'il s'applique tout à fait. L'évaluation diagnostique est réalisée par un clinicien dûment formé, elle inclut la lecture préalable des dossiers sociaux, cliniques et institutionnels. Le score total peut donc varier de 0 à 40 et évalue la proximité du sujet avec le prototype du psychopathe décrit par Cleckley (1976). Les scores de l'échelle sont soit considérés comme une catégorie, soit comme un continuum (Côté, Hodgins, & Toupin, 2000). En ce qui a trait à la catégorie, Hare et ses collaborateurs ont proposé que le diagnostic de psychopathie soit posé sur la base d'un score de 30 ou plus. Ce point de coupure implique nécessairement que la personne présente à la fois des traits hautement narcissiques, interpersonnels, de la froideur émotionnelle ainsi que des comportements antisociaux chroniques. Ce point ne doit néanmoins pas être considéré comme absolu car il fait l'objet de discussions concernant les potentielles variations interculturelles (Cooke, 1998), les analyses taxonométriques (Harris, Rice & Quinsey, 1994) ainsi qu'aux développements factoriels récents du concept. En effet, Cooke et Michie (2001) ont proposé une structure à trois facteurs qui délaisse les items relatifs aux comportements antisociaux alors que Hare (2003) propose de maintenir ces items dans une nouvelle structure à quatre facettes intégrant les 20 items de la version originale.

Le diagnostic de psychopathie a souvent à tort été utilisé de manière équivalente avec celui de personnalité antisociale du DSM (PAS). La psychopathie, définie selon la PCL-R, se distingue du trouble de la PAS par le fait qu'elle ne comprend pas uniquement des comportements antisociaux; elle met l'emphase sur un certain nombre de traits de personnalité associés historiquement à la psychopathie et enfin, elle ne s'évalue pas de manière dichotomique (Widiger & Trull, 1994). La psychopathie définie selon la PCL-R présente une « relation asymétrique » avec le diagnostic de la personnalité antisociale selon le DSM-III-R (1987). Un sujet « psychopathe » présente nécessairement une personnalité antisociale alors que l'inverse n'est pas systématique. La prévalence des deux diagnostics varie considérablement parmi les détenus: 50-80 % pour la PAS selon la littérature (Côté, 2000) contre 5-10% en Belgique Francophone (Pham, 1998, pour un point de coupure à 30). De plus, les recherches discriminantes suggèrent que le diagnostic de psychopathie (à l'exception des diagnostics de dépendance aux substances et de manie) est indépendant des autres syndromes cliniques de l'axe 1 du DSM (Hart & Hare, 1989 ; Pham, Claix, & Delescluse, 2001).

Le diagnostic de psychopathie est celui qui est le plus fréquemment associé aux délits en général et aux délits violents en particulier (Blackburn, 1989). Pham (1998), sur base des évaluations de 103 détenus belges, a montré que le nombre de condamnations était positivement corrélé au score total et à celui des deux facteurs principaux de la PCL-R. Cependant, le délit d'homicide est négativement corrélé avec le score total de psychopathie. Ces résultats sont à rapprocher de ceux observés en milieu psychiatrique sécuritaire belge. En effet, Pham *et al* (1998) ont constaté que le score total de psychopathie est associé au délit de vol avec violence ainsi qu'aux comportements hétéro-agressifs en institution. Ce même score prédisait négativement

les délits d'homicide et n'était pas significativement associé aux délits sexuels pris dans leur ensemble. Une étude similaire menée auprès de 60 détenus français (Pham, Chevrier, Nioche, Ducro & Réveillère, sous presse) a mis en évidence une forte corrélation entre le score total de psychopathie et les délits de vol avec violence, cependant, ce score n'est pas significativement associé au délit d'homicide ni au délit sexuel. Le diagnostic de psychopathie est plus rarement rencontré dans le cadre de l'homicide « réactif » qui comporte le plus souvent une forte tonalité affective (Côté *et al.*, 2000 ; Cornell *et al.*, 1996). Dans l'ensemble, les délinquants sexuels ne constituent pas une population où la prévalence du diagnostic de psychopathie est particulièrement élevée (Côté, Toupin, Hodgins, & Pham, 2000). Toutefois, les données de la littérature suggèrent que cette même prévalence varie selon les différentes catégories de délinquants sexuels : les individus qui violent des adolescentes ou des femmes majeures, sont en général plus antisociaux et se caractérisent par des scores de psychopathie plus élevés par rapport aux agresseurs d'enfants (Quinsey, Lalumière, Rice & Harris, 1995 ; Pham, 1999 ; Pham, Debruyne & Kinappe, 1999).

En ce qui concerne les comportements violents, les données internationales suggèrent que la PCL-R prédit significativement la récidive générale et violente tant en Amérique du Nord (Hare, Clark, Grann & Thornton, 2000 ; Hart, 1998) qu'en Europe (Grann, Belfrage & Tengström, 2000 ; Hildebrand, de Ruiter & de Vogel, 2004 ; Sjöstedt & Langström, 2002 ; Pham, Ducro, Marghem & Réveillère, sous presse). Récemment, Pham *et al.*, (sous presse) ont mené en Belgique une étude portant sur 230 participants dont 120 ont été libérés de deux centres pénitenciers de haute sécurité et 110 ont été libérés d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. Il s'avère que le score total de psychopathie prédisait de manière satisfaisante la récidive générale (aire sous la courbe de .67) et de manière modérée la récidive violente (aire sous la courbe de .75). Les bonnes qualités prédictives de la PCL-R, ont milité pour son inclusion comme item à part entière au sein d'échelles d'évaluations du risque de récidive tels que la VRAG (*Violence Risk Appraisal Guide*), la HCR-20 (*Historical Clinical Risk-20 items*) ou encore la SVR-20 (*Sex violence risk-20 items*).

Sur le plan neuropsychologique, des similitudes ont été observées entre les caractéristiques de la psychopathie/sociopathie et les symptômes présentés par les patients ayant subi des lésions frontales (Damasio & Van Hoesen, 1983). Il semble établi qu'une des fonctions du cortex frontal est de contrôler les fonctions exécutives (Milner & Petrides, 1984) lesquelles sont requises pour contrôler, accomplir les comportements orientés vers un but, définir des objectifs, élaborer et maintenir un plan, le modifier avec flexibilité selon les exigences de l'environnement, inhiber les interférences. Les sujets psychopathiques selon la PCL-R manifestaient des déficits d'attention sélective et de fonctions exécutives (Pham, Vanderstukken, Philippot & Vanderlinden, 2003). Leur habilité à maintenir un plan et à inhiber les informations interférentes était déficitaire. Ces données de type « fonctionnel » sont congruentes avec des recherches canadiennes s'inscrivant dans une perspective plus "localisationnelle". Ainsi, les psychopathes présentaient une performance significativement inférieure à celle des non-psychopathes sur chacune des épreuves sensibles à la région orbitale (Lapierre, Braun & Hodgins, 1995). Par ailleurs, Roussy et Toupin (2000) ont montré que des psychopathes adolescents ne manifestent pas de déficits au niveau des épreuves dorsolatérales mais que leurs performances étaient inférieures aux épreuves sensibles aux déficits orbitofrontaux.

Une autre caractéristique essentielle de la psychopathie concerne le plan émotionnel. En effet, la littérature clinique a souligné (Cleckley, 1976) que le psychopathe présente un déficit fondamental dans la compréhension et le vécu des émotions. Des données empiriques soulignent que les psychopathes se caractérisent par une réponse électrodermale (RE) et une activité cardio-vasculaire plus faible lors des moments de relaxation (Hare, 1978; Patrick, 1994; Pham, Philippot & Rimé, 2000). Durant l'induction émotionnelle, les psychopathes présentent des réponses électrodermales plus faibles avant la venue d'un stimulus aversif (Hare, 1978). Ils tendent à rapporter des sensations corporelles moins intenses (Pham & al, 2000). Damasio et son équipe ont appliqué l'hypothèse du « marqueur somatique » après avoir constaté une faible RE lors de la présentation de stimuli fortement émotionnels chez les sujets atteints de lésions frontales ventromédianes bilatérales. La prise de décision étant guidée par un signal émotionnel (ou des états somatiques) qui est (sont) généré(s) par anticipation d'événements futurs. En rapport avec cette hypothèse, soulignons que la correspondance entre un faible niveau de base psycho-physiologique et la faible résonance corporelle subjective fonctionnerait à l'image d'un « marqueur somatique » défaillant lequel empêcherait les psychopathes de prendre des décisions socialement adaptées. Des données récentes de la littérature relatives à l'évaluation des expressions faciales des émotions chez des enfants présentant des tendances psychopathiques, a mis l'accent sur un décodage défaillant des émotions de peur et de tristesse. Or, comme sur le plan neuro-fonctionnel, l'amygdale serait sollicitée dans la gestion de ces deux émotions négatives, la psychopathie pourrait constituer la résultante d'un trouble neuro-développemental lié aux affects (Blair, Colledge, Murray & Mitchell., 2001). Toutefois, ces résultats n'ont pas été confirmés chez les psychopathes adultes à ce jour (Kosson, Suchy, Mayer, & Libby, 2002 ; Philippot & Pham, soumis).

DISCUSSION

Après avoir présenté les caractéristiques de la psychopathie, les délits associés, les évaluations du risque de récidive et des aspects plus cliniques tels que le diagnostic différentiel de personnalité antisociale, les fonctions exécutives ou encore les aspects émotionnels, nous pouvons souligner le manque d'études relatives aux facteurs étiologiques alors que la psychopathie est connotée péjorativement sur les plans "sociétal" et thérapeutique. Dans l'avenir, la recherche expérimentale devrait davantage se pencher sur l'identification d'hypothétiques facteurs étiologiques de la psychopathie. Ces efforts permettraient peut-être de définir des stratégies spécifiques de prise en charge, voire de promouvoir idéalement une approche « préventive » de ce trouble dévastateur.

Références

1. Blackburn, R. (1989). *Psychopathy and personality disorder in relation to violence*. In K. Howells, & C.R. Hollin (Eds.), *Clinical Approaches to violence*. Chichester : Wiley.
2. Blair, R. J., Colledge, E., Murray, L., & Mitchell, D. G. (2001). *A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 491-498.
3. Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity*. New York: Mosby.
4. Cooke, D.J. (1998). *Psychopathy across culture*. In D.J. Cooke, A.E. Forth, & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy : Theory, research and implications for society*. Dordrecht, Netherlands : Kluwer Academic Publishers.
5. Cooke, D.J. & Michie, C. (2001). *Refining the construct of psychopathy*. *Psychological Assessment*, 13(2), 171-188.
6. Cornell, D. G., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., & Pine, D. (1996). *Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-790.
7. Côté (2000). *Vers une définition de la psychopathie*. In T.H. Pham & Gilles Côté, (Eds.) *La psychopathie: Théorie et Recherche*. Presses Universitaires du Septentrion: Villeneuve d'Ascq. France.
8. Côté, G., & Hodgins, S. (1996). *L'Échelle de Psychopathie de Hare-Révisée - Manuel*. Toronto: Multi-Health Systems.
9. Côté, G., Hodgins, S., & Toupin, H.T. (2000). *Psychopathie : Prévalence et spécificité clinique*. In Pham H. T. & Gilles Côté (Eds.) *La psychopathie: Théorie et Recherche*. Presses Universitaires du Septentrion: Villeneuve d'Ascq. France.
10. Damasio, A. R., & Van Hoesen, G. W. (1983). *Emotional disturbances associated with focal lesions of the limbic frontal lobe*. In K. M. Heilman & P. Satz (Eds.), *Neuropsychology of human emotion* (pp. 85-110). New York: Guilford Press.
11. Grann, M., Belfrage, H., & Tengström, A. (2000). *Actuarial assessment of risk for violence. Predictive validity of the VRAG and the historical part of the HCR-20*. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 97-114.
12. Hare, R. D. (1978). *Electrodermal and cardiovascular correlates of psychopathy*. In R. D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behavior: Approaches to research* (pp. 107-142). Chichester, UK: Wiley.
13. Hare, R. D. (1991,2003). *The Hare Psychopathy Checklist : Revised*, Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc.
14. Hare, R.D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D (2000). *Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective*. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 623-643.
15. Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. (1994). *Psychopathy as a taxon: Evidence that psychopaths are a discrete class*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 387-397.
16. Hart, S. (1998). *The role of the psychopathy in assessing risk for violence: conceptual and methodological issue*. *Leg. Criminol. Psychol*, 3, 121-137.
17. Hart, S. D. and Hare, R. D. (1989). *Discriminant validity of the psychopathy checklist in a forensic psychiatric population*. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 211-218.
18. Hildebrand, M., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2004). *Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: association with sexual and non sexual recidivism*. *Sexual Abuse, journal of research and treatment*, 16, 1-24.
19. Kosson, D. S., Suchy, Y., Mayer, A. R., & Libby, J. (2002). *Facial Affect Recognition in Criminal Psychopaths*. *Emotion*, 2, 398-411.
20. Lapierre, D. Braun, Hodgins, (1995). *Ventral frontal deficits in psychopathy: Neuropsychological test findings*. *Neuropsychologia*, 33, 139-151.
21. Milner, B., & Petrides, M. (1984). *Behavioral effects of frontal-lobe lesions in man*. *Trends on Neuroscience*, 7, 403-407.
22. Patrick, C. J. (1994). *Emotion and psychopathy: Startling new insight*. *Psychophysiology*, 31, 319-330.
23. Pham, H.T. (1998). *Analyse psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge*. *L'Encéphale*, 24, 435-441.

-
24. Pham, H.T. (1999). Sex offenders, violent behaviors and preliminary data on the Hare Psychopathy Checklist. *European Symposium on Pedophilia, Paris 29-30 January 1999. In Cahier de L'Institut des Hautes Etudes de la Sécurité Intérieure. France. (pp 105-108).*
 25. Pham, H.T., Chevrier, I., Nioche, A., Ducro, C., & Réveillère, C. (Sous presse). *Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge. Annales Médico Psychologiques.*
 26. Pham H.T., Ducro, C., Marghem, B., & Réveillère, C. (Sous presse). *Evaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. Annales Médico Psychologiques.*
 27. Pham H.T., Debruyne, I., & Kinappe, A. (1999). *Evaluation statique des délinquants sexuels incarcérés en Belgique francophone. Criminologie, 32, 117-125.*
 28. Pham, H. T, Claix, A., & Delecluse, C. (2001). *Psychopathy and mental major disorders. Paper presented at the Annual congress of the International Academy of Law and Mental Health. McGill University. (July, 2001). Montréal. Canada.*
 29. Pham, H.T., Philippot, P., Rimé, B. (2000). *Subjective and autonomic responses to emotion induction in psychopaths. L'Encéphale, 26, 45-51.*
 30. Pham, H.T., Remy, S., Dailliet, A., & Lienard, L. (1998). *Psychopathie et prédiction des comportements violents: Evaluation en milieu psychiatrique fermé. L'Encéphale, 24, 173-179.*
 31. Pham, H.T., Vanderstukken, O, Philippot, P, & Vanderlinden, M. (2003). *Selective attention and executive function deficits in criminal psychopaths. Aggressive Behavior.*
 32. Philippot, P. & Pham, H.T. *The decoding of facial expressions of emotions in psychopathy.*
 33. Quinsey, V. L., Lalumière, M.L., Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995). *Predicting sexual offences. In J.C. Campbell (Ed.), Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers. Thousand Oaks, CA: Sage.*
 34. Roussy S, & Toupin J. (2000). *Behavioral inhibition deficits in juvenile psychopaths. Aggressive Behavior, 26, 413-424.*
 35. Sjostedt, G. & Langström, N. (2002). *Assessment of risk for criminal recidivism among rapists: a comparison of four measures. Psychopathy, crime and Law, 8, 25-40.*
 36. Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1994). *Personality disorders and violence. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.), Violence and mental disorder: Developments in risk assessment. Chicago: University of Chicago Press. p. 203 - 226.*

Epidémiologie de la psychopathie

Bruno FALISSARD

Pédopsychiatre – Professeur de Biostatistique Paris XI
Directeur de recherche INSERM U669 – Paris

INTRODUCTION

Faire l'épidémiologie d'un trouble dont la réalité et au moins la définition posent problème peut apparaître une gageure. En réalité les nombreuses études réalisées dans ce domaine ne posent pas beaucoup plus de difficultés d'interprétation que les études réalisées dans des pathologies somatiques d'allure plus simple, comme le cancer du sein par exemple. La principale exception à cette constatation réside sûrement dans les résultats d'épidémiologie descriptive, grande faiblesse de l'épidémiologie psychiatrique en général et de l'épidémiologie des troubles de la personnalité en particulier.

EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE

La personnalité antisociale (que nous confondrons ici avec la psychopathie ou la sociopathie) a été, en termes d'épidémiologie générale, le trouble de la personnalité le plus étudié. Dans une revue réalisée par Moran en 1999 [1], quinze études de prévalence sont répertoriées. Réalisées avec des instruments différents, sur la base de définitions différentes, qui plus est dans des pays et des continents différents, les prévalences en population générale varient logiquement dans une large fourchette allant de 0,2% à 3,7%. Un consensus semble cependant se dessiner pour un taux de prévalence compris entre 2 et 3%.

Les études réalisées en milieu psychiatrique montrent une hétérogénéité encore plus importante. Les valeurs sont généralement supérieures à celles trouvées en population générale, la proportion variable de patients toxicomanes inclus dans les études explique sûrement cette hétérogénéité. En prison, des taux élevés de 40 à 60% sont souvent retrouvés, mais les critères de personnalité antisociale se confondent souvent *de facto* avec les caractéristiques d'un sujet incarcéré.

COMORBIDITE

La comorbidité la plus souvent rapportée concerne les troubles addictifs [2]. Les relations entre les deux troubles sont difficiles à démêler :

- Un diagnostic d'abus de substance implique la survenue de problèmes légaux récurrents en liaison avec l'usage des toxiques ;
- les facteurs de risques peuvent être partagés ;
- une relation directe entre les deux troubles existe potentiellement (caractère illégal de la consommation de beaucoup de toxiques).

La dépression ainsi que les troubles anxieux sont aussi trouvés associés à la personnalité antisociale (voire la schizophrénie), avec un niveau d'association cependant inférieur à celui de la toxicomanie [3-5].

En termes d'association à des personnalités pathologiques, la personnalité *borderline* et plus généralement le *cluster B* de personnalité (histrionique, narcissique, impulsive, etc.) est au premier plan [6].

La personnalité antisociale est aussi associée à un risque suicidaire accru. Un *odds-ratio* de 3,7 a été trouvé, nettement inférieur cependant à des facteurs de risques comme l'existence d'un trouble de l'humeur (*odds-ratio* de 33,4) [7].

FACTEURS DE RISQUE

Les études de jumeaux ne montrent pas de façon unanime une contribution génétique au trouble personnalité antisociale (des résultats positifs dans [8] et négatifs dans [9]). Des études d'adoption montreraient une forte interaction gène - environnement [10].

La principale source de facteurs de risque étudiée concerne l'enfance des sujets et en particulier l'existence d'un trouble des conduites. Ce dernier apparaît comme un élément majeur [11] et ce, indépendamment de covariables potentiellement confondantes comme, par exemple, les relations avec les pairs [12]. L'association de ce trouble des conduites avec un syndrome hyperactivité avec déficit de l'attention assombrit encore le pronostic [13]. Par ailleurs, dans la cohorte Dunedin, la perpétuation d'un crime violent à l'âge de 18 ans est associée à un tempérament de type « perte de contrôle » et à un nombre important de changement de figures parentales avant l'âge de 13 ans [14].

CONCLUSION

Malgré d'incontestables difficultés de définition, l'épidémiologie de la personnalité antisociale est riche d'enseignements. Nous retiendrons notamment : une prévalence de l'ordre de 2 à 3% en population générale, une association forte à la toxicomanie et à des antécédents de troubles des conduites dans l'enfance.

Références

1. Moran, P., *The epidemiology of antisocial personality disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1999. 34(5): p. 231-42.
2. Robins, L.N., *The intimate connection between antisocial personality and substance abuse. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1998. 33(8): p. 393-9.
3. Sanderson, W.C., et al., *Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. Psychiatry Res*, 1992. 42(1): p. 93-9.
4. Hoffart, A., et al., *DSM-III-R Axis I and II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder. Acta Psychiatr Scand*, 1994. 89(3): p. 186-91.
5. Bland, R.C., S.C. Newman, and H. Orn, *Schizophrenia: lifetime co-morbidity in a community sample. Acta Psychiatr Scand*, 1987. 75(4): p. 383-91.
6. Zimmerman, M. and W. Coryell, *DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. Arch Gen Psychiatry*, 1989. 46(8): p. 682-9.
7. Beautrais, A.L., et al., *Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. Am J Psychiatry*, 1996. 153(8): p. 1009-14.
8. Grove, W.M., et al., *Heritability of substance abuse and antisocial behavior: a study of monozygotic twins reared apart. Biol Psychiatry*, 1990. 27(12): p. 1293-304.
9. Thapar, A. and P. McGuffin, *A twin study of antisocial and neurotic symptoms in childhood. Psychol Med*, 1996. 26(6): p. 1111-8.
10. Moffitt, T.E., *Parental mental disorder and offspring criminal behavior: an adoption study. Psychiatry*, 1987. 50(4): p. 346-60.
11. Hill, J., *Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. Br J Psychiatry Suppl*, 2003. 44: p. S11-4.
12. Tremblay, R., et al., *The impact of friends' deviant behaviour on early onset of delinquency: longitudinal data from six to thirteen years of age. Development and psychopathology*, 1995. 7: p. 649-668.
13. Lynam, D.R., *Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? Psychol Bull*, 1996. 120(2): p. 209-34.
14. Henry, B., et al., *Temperamental and familial predictors of violent and non-violent criminal convictions: from age 3 to age 18. Development and psychopathology*, 1996. 32: p. 614-623.

PLACE DES CONDUITES ADDICTIVES

Psychopathie et conduites addictives

Alain MOREL

Psychiatre, Directeur Médical – CSAPA, le Trait d'Union – Boulogne-Billancourt

Parmi les questions actuelles posées par la psychopathie, celles qui concernent les liens ou l'association avec les conduites addictives tiennent une place importante. Ceci est dû à des raisons épidémiologiques et cliniques, mais aussi en raison des enjeux d'accès aux soins qu'elles soulèvent.

1. LES QUESTIONS DIAGNOSTIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES

C'est à la fin du XIX^{ème} siècle, alors que le concept de dégénérescence de Bénédict Morel n'est pas encore dépassé, que le terme de toxicomanie est proposé par quelques psychiatres français. Tel Paul Sollier (1) qui définit dans un article de 1899 les « toxicomanies organopathiques » et les « toxicomanies psychopathiques » dont la description ressemble à s'y méprendre aux « dégénérés » rangés par Magnan (2) à la même époque dans la catégorie du « déséquilibre psychique ». De cette première époque, au-delà des terminologies et des concepts obsolètes, nous pouvons dégager deux directions des idées qui ont conservé toute leur actualité :

- La toxicomanie est proposée comme moyen de désigner un ensemble de comportements d'abus et de dépendance à diverses substances psychoactives. Même si le mot deviendra assez vite synonyme de consommation de drogues illicites (sens qu'il a toujours dans le grand public et dans le discours médico-juridique français), il inaugure le besoin d'une conceptualisation globale, « transproduit » qu'ouvrira de nouveau, un siècle plus tard, la notion d'addiction. Cela traduit la nécessité récurrente de ne pas fonder une clinique principalement sur une catégorie de substance, mais sur un ensemble d'éléments tenant à la personnalité de l'usager, à ce qu'il consomme (ou, pour élargir aux addictions sans drogue, à la source de plaisir qu'il active par son comportement) et aux conditions sociales et historiques de ce comportement.
- L'ensemble des personnes dépendantes ne peuvent être rangées dans une même entité structurale, et sûrement pas dans celle caractérisée par des comportements anti-sociaux. Nombreuses sont en effet les personnes consommatrices de substances, légales ou non, qui trouvent dans cette consommation un moyen d'améliorer ou de tenter d'améliorer leur adaptation au monde dans lequel elles vivent.

Des revues d'études récentes viennent corroborer cette impression des premiers « addictologues » du XIX^{ème} : **il n'y a pas de trouble de personnalité prédictif** des conduites addictives mais des mécanismes psychopathologiques correspondant aux différentes phases de ces conduites (3, 4, 16). Toutes les données montrent en effet qu'au moins une forte minorité de personnes dépendantes, y compris d'héroïne ou de cocaïne, ne présente pas de trouble de la personnalité.

Mais ces études scientifiques indiquent également qu'**il existe une forte prévalence de la personnalité antisociale** surtout parmi les sujets dépendants de substances illicites : elle affecterait 25 à 38 % des héroïnomanes, et aurait « une place importante » parmi les sujets cocaïnomanes, aux côtés des personnalités limites et narcissiques (3, 19). Des indices comparables sont repérés à l'aide d'un instrument psychométrique comme le MMPI-2 (4). L'influence du statut légal des drogues est ici probable.

Existe-t-il une typologie addictive propre à la psychopathie ? La présence d'un tel trouble de la personnalité est en tout cas associé le plus souvent à une **plus grande sévérité de la dépendance et à une moins bonne réponse au traitement** (5).

Les troubles psychopathiques sont très souvent associés à des polyconsommations excessives (type dipsomanie alcool-médicaments) et à des polydépendances chaotiques. Le cumul de difficultés sociales, relationnelles et somatiques est plus fréquent (3, 17). La nature des substances utilisées dépend bien évidemment des moyens financiers et du milieu dans lequel évolue le sujet mais, étant donné la fréquence des difficultés d'insertion qui peuvent conduire à l'errance, on retrouve souvent les produits « de la rue » et ceux dont l'usage se développe dans certains milieux très paupérisés de grandes métropoles urbaines. Des usages actuels de crack dans le nord de Paris en sont un exemple, mais les succès de certains médicaments détournés (benzodiazépines, opiacés) ou, dans les années quatre-vingt, des inhalations de solvants volatils chez certains adolescents montrent que la pharmacologie de la substance est assez variable.

Nous pouvons faire le constat que la confusion entre les traits distinctifs du psychopathe et ceux du toxicomane ont construit l'image fortement ancrée dans les esprits du « drogué », inamendable et socialement dangereux.

Pourtant, « les drogues ne sont pas anti-sociales en soi » (11), au contraire, elles participent à des stratégies adaptatives mais elles peuvent perdre cette capacité et précipiter le rejet et l'auto-exclusion, notamment si des troubles de la personnalité engagent déjà le sujet dans cette voie.

Si tant est que le diagnostic de psychopathie ou de personnalité antisociale est autre chose qu'un fourre-tout de « sociopathies » que certains auteurs ont critiqué depuis longtemps, celui d'addiction, au sens des critères mondialement retenus de Goodman (6), doit en être détaché. Non pas qu'il s'agisse de nier les interrelations entre les deux, mais pour ouvrir la voie à un « double diagnostic » et donc à un « double traitement » partant d'une irréductibilité de l'un à l'autre et reconnaissant **une part prépondérante d'autonomie propre à chacune des pathologies.**

2. LES QUESTIONS CLINIQUES

Un certain nombre de traits cliniques se situent à la rencontre et permettent d'approfondir la question des intrications et des spécificités des deux entités.

Les troubles de l'identification et du narcissisme

Selon la formule de Neyraut (7), le psychopathe, « avant d'être en marge de la société est en marge de lui-même ». Cela s'applique parfaitement à certains sujets toxicomanes. On retrouve en effet des « soubassements narcissiques précocement sapés » (8) et des carences identificatoires que les auteurs qui se sont intéressés aux personnalités limites, en particulier Jean Bergeret en France, ont soulignées (9). Le recours à des produits psychoactifs constitue pour ces sujets une stratégie de protection et de réassurance, voire une prothèse identitaire qui a l'avantage de donner une certaine légitimité à l'instabilité et à la marginalité. De plus, ces substances procurent l'impression d'être autosuffisant le temps de leurs effets, de combler des failles et de se protéger de l'insécurité interne et externe.

On comprend par exemple le succès du mélange Rohypnol - alcool qui répond à une recherche de sentiment de toute puissance pour aller plus loin encore dans les défis ordaliques et le flirt avec la mort.

L'instabilité

Il existe des corrélations entre des troubles du comportement précoce et des troubles psychopathiques d'une part, ou des troubles addictifs d'autre part. Sans que l'on puisse établir des liens de causalité, les troubles des conduites durant l'enfance et, en particulier, le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention, sont présents dans nombre de biographies de sujets cumulant une personnalité psychopathique et une toxicomanie.

Les passages à l'acte

À l'*agir* qui, pour le psychopathe, apporte un soulagement, s'ajoute l'effet de la substance qui réduit efficacement la tension psychique.

Mais il y a fréquemment confusion entre le passage à l'acte psychopathique et le comportement lié au *craving* chez le dépendant. Le *craving* est une impulsion à consommer qui manifeste un état de besoin ayant des sources internes, d'ordre neurobiologique en particulier. Le passage à l'acte psychopathique a des caractéristiques propres décrites depuis longtemps par les psychiatres : « l'impulsivité, la non préméditation et la maladresse au cours de la réalisation, l'absence de remords consécutifs, l'encadrement de la réaction par les troubles du caractère et du comportement » (10).

Il y a sur ce point aussi une collusion possible des symptômes, mais les processus sont distincts.

Les prises de risques

Les sujets toxicomanes qui ont parallèlement des troubles de la personnalité présentent davantage de problèmes d'insertion professionnelle, familiaux et sociaux, de comportements d'injection et d'infections par le VIH (12, 17). Ce dernier point explique la fréquence des comorbidités somatiques et montre que la prévention des dommages, notamment infectieux (VIH, VHC), nécessite la prise en compte d'un « sur-risque » parmi les personnes présentant des troubles psychopathiques.

Les comportements transgressifs et agressifs

Les comportements dits antisociaux qui sont caractéristiques de la personnalité psychopathique ne le sont pas des conduites addictives et des dépendances, quelle que soit la substance impliquée. Néanmoins, le statut légal du produit consommé joue un rôle très important : l'usager dépendant d'une drogue illicite est en effet engagé dans une situation inévitablement délinquante à un moment ou un autre de son parcours. Cela conduit à une instrumentalisation sociale des délits d'usage et à une confusion entre délinquance dite d'obligation (pour se fournir du produit dont on est dépendant) et une délinquance plus « structurelle » comme celle attribuée au psychopathe.

Par ailleurs, ces comportements transgressifs constituent l'une des difficultés majeures dans la prise en charge thérapeutique car ils sont à l'origine de nombreuses interruptions, qu'elles soient le fait du patient lui-même ou sur décision des soignants. Par exemple, bon nombre d'« intermittents » des traitements de substitution relèvent probablement du double diagnostic de toxicomanie et de psychopathie, sans qu'il soit possible aujourd'hui d'en déterminer la part exacte car d'autres facteurs de mésusages existent.

La recherche de sensation

Le trait de recherche de sensation défini par Zuckerman (13) paraît prédictif d'abus ou de consommation d'alcool et de drogues. Cette caractéristique semble être un facteur de vulnérabilité à la dépendance aux différentes substances et de maintien de l'addiction, elle est aussi fréquemment associée à une personnalité antisociale (3). Mais le concept psychobiologique de la recherche de sensation ne suffit pas à expliquer l'ensemble des comportements d'abus de substances ni les troubles de personnalité psychopathique.

Il y a une indéniable adéquation entre, d'une part, l'effet immédiat de substances psychoactives et le monde social en marge qui est associé à certaines drogues et, d'autre part, les « attentes » générées par la psychopathologie du psychopathe. Il y a également des sources ou des conditions de possibilités communes. Pour autant, psychopathie et addiction ne se superposent pas, et lorsqu'une dépendance s'installe elle devient un processus spécifique.

3. LES QUESTIONS PRATIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les études ont montré que la présence d'un trouble de la personnalité (et en particulier de celui de la personnalité psychopathique) est associée à des indices de sévérité de la dépendance et des difficultés psychosociales. Elle est aussi associée à une moins bonne rétention en traitement. En revanche, l'amélioration obtenue chez les sujets atteints de ce trouble et restés en traitement, est de même amplitude que pour ceux qui en sont exempts (3, 18). En d'autres termes, si l'on part de « plus bas » sur le plan des indicateurs d'insertion sociale et de fonctionnement psychique, affectif et relationnel, l'impact du traitement n'en est pas moins réel. En conséquence, les questions qui se posent sont celles de l'accès aux soins, de leur adaptation et de leur continuité pendant un temps suffisamment long.

L'accès aux soins

La question du dépistage précoce des troubles tels que le trouble des conduites et le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention n'est pas du ressort de cet article, mais on conçoit son intérêt pour la prévention des troubles de la personnalité et des associations avec des dépendances sévères.

L'intervention précoce auprès des adolescents au moment des premiers usages de substances psychoactives sous forme d'accompagnement de l'expérience (14) joue un rôle tout à fait fondamental pour apporter des réponses adéquates, si l'environnement de ces adolescents est en mesure de se mobiliser et d'apporter les aides nécessaires.

L'absence de demande d'aide constitue l'une des difficultés de l'accès aux soins chez ces sujets. Le contact dans les lieux d'aide sociale et de réduction des risques est sans doute le moyen de faire évoluer progressivement la position du sujet et de saisir les opportunités qui se présentent pour amorcer un recours au soin.

L'adaptation de la prise en charge

Dans une conception partant d'un double diagnostic, le traitement de l'une des pathologies n'est pas suffisant pour traiter l'autre – il faut donc réaliser un double traitement – mais la mise en place d'un des traitements ne peut que créer les conditions favorables pour l'autre traitement et pour la prise en charge globale du sujet. C'est pour cette raison que, en cas de dépendance aux opiacés, et contrairement à certaines recommandations initiales, la mise sous traitement de substitution (méthadone prioritairement, mais Subutex[®] aussi dans certains cas) est un moyen d'engager cette prise en charge globale y compris pour les sujets présentant des troubles psychopathiques (19).

Le fonctionnement psychorelationnel de ces personnes est une des difficultés cliniques pour leur prise en charge : le caractère clivé (bon ou mauvais) totalitaire (tout ou rien) et destructeur (lui ou moi) malmène inévitablement les relations (8). Cela nécessite pour les soignants de savoir mettre en place des prises en charge transdisciplinaires, de privilégier le travail psychologique par le groupe voire par la coresponsabilité. En ce sens des structures comme les communautés thérapeutiques peuvent être adaptées à certains de ces sujets (18). D'autres auront besoin au contraire de recourir à des relations plus personnalisées, par exemple avec un médecin généraliste au sein d'un réseau.

Du côté des soignants et de tous les acteurs qui concourent à la prise en charge, il est indispensable de lutter contre les attitudes qui sont autant celles du rejet et de la peur que celle de la neutralité bienveillante (11, 8).

La continuité de la prise en charge

La rupture fréquente de la relation thérapeutique est un des principaux obstacles à la continuité des soins dont on sait par ailleurs qu'ils ont un impact réel s'ils peuvent être maintenus suffisamment longtemps.

Cette continuité doit être imaginée souvent comme une suite de thérapies brèves (15). Une dialectique entre continuité des liens et temps de distance, de changement ou de pause. Elle suppose en tous cas pour les soignants d'être là, en proposant un cadre suffisamment souple mais parfaitement résistant.

Pour des sujets qui sont dans *l'agir*, le « faire avec » pour aider à la mentalisation des liens entre pensée, émotions et comportement, est une voie thérapeutique importante pour laquelle les éducateurs spécialisés et les psychologues ont des compétences particulièrement appropriées au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Le double diagnostic entre addictions et troubles psychiatriques (dont ceux de type psychopathique) est une problématique croissante qui exige **une meilleure formation et des collaborations mieux établies** entre les professionnels concernés : ceux de l'addictologie et de la psychiatrie, mais aussi ceux du secteur médico-social et des services hospitaliers auxquels il faut ajouter certainement ceux de l'institution judiciaire.

Références

1. Sollier P, *Les Toxicomanes, Congrès français de médecine, 1899, Lille, pp. 576-582.*
2. Magnan V, *Héréditaires dégénérés, Archives de Neurologie, Paris, 1892, Volume 23, n° 69.*
3. Franques P, Auriacombe M, Tignol J, *Personnalités du toxicomane, Paris, l'Encéphale, 2000, XXVI : 68-78.*
4. Corcos M, Flament M, Jeammet Ph, « Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques commune, Paris, 2003, Masson.
5. Woody G, McLellan A, Luborsky L et al. *Sociopathy and psychotherapy outcome, Arch Gen Psychiatry, 1985 ; 42 : 1081-6.*
6. Goodman A, *Addiction : definition and implications, British Journal of Addiction 1990, 85, 1403-1408.*
7. Neyraut M, *Personnalité psychopathique – psychopathologie, Perspectives Psychiatriques n°5, 1963, Paris, Édition Publicat.*
8. Chartier JP, L' « assertitude » du toxicomane et du psychopathe in *Les adolescents difficiles : psychanalyse et éducation spécialisée, 1997, Paris, Dunod, 180-193.*
9. Bergeret J, *La personnalité du toxicomane in Précis des toxicomanies, 1984, Paris, Masson.*
10. Trillat E, *Les déséquilibrés – personnalités et constitution, 1955, EMC Psychiatrie, Paris, Masson.*
11. Morel A, Fontaine B, Hervé F, *Soigner les toxicomanes, 2003, Paris, Dunod.*
12. Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman AI, *Relationships of personality disorders with problem severity in methadone patients, Drug Lcoh Depend 1994 ; 35 : 69-76.*
13. Zuckerman M, *Behavioral expression and biosocial bases of sensation seeking, 1994, New York : Cambridge University Press.*
14. Morel A, Couteron JP, *Prévention et expérience, Revue Actes : Toxicomanies et Sida, Alger, décembre 2003.*
15. Roustang F, *Vitesse et impatience, 1993, Interventions, n°41.*
16. Drake RE, Vaillant GE, *Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal sample of children of alcoholics, 1988, Br. J. Addict., 83, 799-807.*
17. Drake S, Kaye S, Finlay-Jones R, *Antisocial personality disorder, psychopathy and injecting heroin use, 1998, Drug and Alcohol Dependence, 52, 63-69.*
18. Messina NP, Wish ED, Nemes S, *Therapeutic Community Treatment for Substance Abusers With Antisocial Personality Disorder, 1999, Journal of Substance Abuse Treatment, Vol.17, Nos. 1-2, pp. 121-128.*
19. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE, *Psychiatric and substance use comorbidity treatment-seeking opioid abusers, Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 71-80.*



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SESSION 2

**Prévention de
la psychopathie**



EXISTE-T-IL DES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ET COMMENT LES IDENTIFIER ?

Prévention et prise en charge des adolescents et des jeunes adultes

Christian LAVAL

Sociologue – ONSMP (Observatoire national sur les pratiques en santé mentale) - Bron

1. INTRODUCTION

Notre regard sociologique a pour but de resituer la question de la prévention de la psychopathie dans un ordre de réalité qui inclut mais aussi dépasse le seul univers de la pathologie individuelle. Nous serons donc amenés dans un premier temps à situer la psychopathie dans un univers de savoirs controversés afin de présenter dans un second temps, en nous appuyant sur une recherche action effectuée pour la PJJ en 2002, quelques propositions dans la manière de prévenir ce problème dans le champ de la prise en charge institutionnelle. Nous concluons sur la nécessité d'un débat plus large sur ce sujet afin que les savoirs fragiles de l'expertise et les scènes de l'action réintègrent une temporalité longue dans la construction des politiques de protection.

2. CONTEXTE : LA PSYCHOPATHIE, UN UNIVERS DE SAVOIRS CONTROVERSÉS

A l'encontre d'autres entités pathologiques qui appartiennent à un univers de savoirs stabilisés, la psychopathie appartient à un univers de savoirs controversés. Il y a une discussion durable, depuis un siècle, à la fois sur le diagnostic, le pronostic, la prévention et le traitement ; qu'est ce qui caractérise cet univers de savoirs controversés ?

- Sans dénier une sémiologie maintes fois attestée (passage à l'acte, impulsivité, passivité, attaques contre les liens...), l'observation souvent très fine des cliniciens n'a pas abouti à reconnaître une entité psychopathologique stabilisée.
- La psychopathie n'obéit pas à un seul ordre d'expertise mono disciplinaire (celle de la psychiatrie) ; elle relève d'une problématique pluridisciplinaire sans que l'on sache comment agencer les différents facteurs qui entrent en jeu.
- Le contenu même de ce qui relève des conduites psychopathiques est variable dans le temps et selon les auteurs. La répétition des échecs thérapeutiques devient même parfois un des éléments pris en compte pour avancer un diagnostic de psychopathie.
- Itérativement, la communauté scientifique peine à construire un monde commun objectivable sur ce sujet qui puisse être partagé par un maximum de membres de la société et qui puisse faciliter les choix publics.

Si on résume, il existe de fait une imbrication des enjeux d'action et des enjeux de connaissance.

Plus il y a une pression collective sur l'urgence à agir, plus il convient d'être attentif à ne pas choisir préférentiellement des analyses scientifiques annonçant pouvoir réduire le problème sur un temps court (programmes, procédures...).

3. PRÉSENTATION ET RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE ACTION EFFECTUÉE EN 2002 DANS LE CADRE DE LA PJJ.

Cinq établissements éducatifs se sont engagés dans ce travail sur un certain nombre de thèmes définis par un comité de pilotage qui avait déjà participé, en 2000, au séminaire santé/justice animé par le Dr Alecian intitulé « *Propositions cliniques pour les mineurs auteurs d'agressions ou de violences* ». La recherche a duré un an à partir du récit des éducateurs de chacun des services sur les histoires des jeunes telles qu'elles sont peu à peu reconstituées dans le cadre de l'action éducative. Quels en sont les points saillants concernant notre objet ? D'abord un constat brut. La notion de psychopathie (qui est souvent au cœur des expertises psychiatriques) ne sert à rien pour orienter leur travail. Sur le terrain, abandonner la notion de psychopathie n'enlèverait rien aux savoir-faire des équipes !

Les autres résultats sont les suivants :

- Impossibilité dans la pratique de délier passage à l'acte et souffrance. Les jeunes auteurs de violences agies sont fréquemment les mêmes que ceux victimes de violences subies. L'*agir* agressif est mis en place dès les premières relations de l'enfance.
- La question de l'environnement est fondamentale mais la défaillance n'est pas tant celle d'un environnement familial ou social, qui peut être effectivement plus ou moins dégradé, mais concerne surtout le rapport subjectif que le jeune entretient avec celui-ci.
- L'émergence des manifestations psychopathiques (impulsivité, passage à l'acte ou extrême passivité) dépend fortement des événements extérieurs et des ruptures relationnelles. La répétition des ruptures scelle l'actualisation de la sémiologie.

Par exemple, cette recherche a confirmé qu'il y avait une interaction en boucle entre les modes de prises en charge par les institutions et le déclenchement du comportement psychopathique (ruptures à répétition de part et d'autre). Si les modes de vie collectifs, marqués par des ruptures relationnelles, favorisent la construction de réponses psychopathiques, il convient d'éviter les discontinuités qui cassent, qui brisent les relations. Les poly placements dans des temps courts sont à bannir.

- La séparation des champs de prise en charge semble très peu pertinente. « La loi n'est pas qu'un problème de magistrat », « prendre soin n'est pas qu'un problème de psychologue », « éduquer n'est pas qu'une affaire d'éducateurs »... Les compétences des différents professionnels ne doivent surtout pas être découpées en programme séquentiel atomisé mais être mises au service d'une approche éducative mais aussi d'une clinique partagées.

Si on résume ces constats, on se trouve face à une situation paradoxale. D'abord, le premier agent de protection des adolescents et des jeunes ayant des conduites psychopathiques est d'ordre relationnel et non pas institutionnel. Mais l'institution doit être solide comme cadre contenant. Un second paradoxe concerne la nécessité d'un partenariat où les spécialités et la diversité des regards servent à conforter un travail incessant d'élaboration du quotidien, non pas de manière discontinue (programme, séance, entretien, rendez-vous) mais dans une co-présence continue entre un collectif adulte et le collectif des jeunes (création d'une aire de jeu relationnelle vivante).

4. IDENTIFIER ET PRÉVENIR DES RISQUES

4.1. Promouvoir une préoccupation partagée de santé mentale

En matière de prévention des risques, la pente naturelle, du fait de la difficulté à peser sur les facteurs sociaux ou collectifs, est de cibler les actions au niveau individuel. Il existe certainement des actions à promouvoir à ce niveau mais en tant que sociologue et au vu de l'univers de savoirs controversés déjà évoqué, je ciblerai mon propos plutôt sur les aspects collectifs et institutionnels. Je ciblerai plus particulièrement les institutions de sauvegarde ou de protection judiciaire qui accueillent de manière régulière des jeunes pris dans des environnements et des conduites risqués.

Il convient d'introduire dans ces institutions (c'est ce que la recherche-action déjà évoquée avait pour ambition), une préoccupation de santé mentale qui ne se réduise pas au dépistage de la pathologie individuelle, mais qui oblige de penser en situation les articulations entre éducatif, justice et psychiatrie.

Cette culture de la santé mentale vise moins des bilans de santé (certes nécessaires), qu'elle n'oblige les adultes à inventer des réseaux de réflexivité ciblés sur les échanges et les systèmes relationnels qu'ils partagent avec les adolescents. Cette approche vise non seulement à optimiser le fonctionnement mental de l'enfant ou de l'adolescent mais aussi à équiper les adultes pour « savoir s'y prendre et tenir dans la durée » lorsqu'ils sont amenés dans un cadre ou dans un autre à soutenir des prises en charge « impossibles » ; ces deux finalités sont peu dissociables.

Cette préoccupation concrète de santé mentale ne veut pas dire psychiatrisation ni médicalisation des échanges. C'est tout le contraire. Il s'agit d'échanger des objets avant que d'échanger des paroles. Cela nécessite de créer dans, ou parfois hors des institutions, des dispositifs (praticables pour les adultes et les adolescents) qui favorisent la circulation d'objets dans la réalité : formation, repas, voyage, atelier d'expression, qui rompent avec les dispositifs de rencontre duale caractéristique de la relation psychothérapeutique. C'est ce qui se « montre » dans ces activités qui deviennent le matériau brut sur lequel un travail incessant d'élaboration du quotidien se soutient. Cette méthode est essentielle pour qu'un acte, une parole puisse être accueilli(e), pour qu'une demande puisse se formuler et s'élaborer.

4.2 Soutenir les professionnels en première ligne et promouvoir des réseaux de réflexivité

Il convient de comprendre ici que l'identification de ces questions nouvelles sur la dimension de la relation - dans le cadre professionnel - va toujours de pair avec une interrogation (plus ou moins) perturbatrice pour les adultes éducateurs sur ce qui fonde leur mission professionnelle. Le « statut » privé ou public des affects liés au travail d'accompagnement est une question qui resurgit de manière récurrente, notamment au

moment de l'organisation des réunions institutionnelles. Bien évidemment, parce que cela demande du temps et qu'il y est question de confiance mutuelle et de suspension du jugement, la construction d'un cadre de réflexivité (et non pas seulement de réflexions) ne peut être décrétée mais doit être présentée ici comme un élément essentiel d'une pratique de prévention collective des conduites psychopathiques.

Son processus peut être schématiquement décrit comme suit :

- Un point de vue individuel collectivement élaboré

Tel ou tel membre de l'équipe se donne les moyens d'élaborer, avec l'aide de l'équipe, un point de vue sur l'activité, la vie, la réalité intra et inter psychique des jeunes accueillis. Mais ce point de vue ne veut pas dire position collective univoque. Son élaboration nécessite l'invention d'un cadre collectif où diverses histoires de mal-être, de ruptures, de traumatismes sont visibilisées et énonçables.

- Un cadre régulier d'élaboration collective

Mais mutualiser les affects individuels ne suffit pas. Comment faire vivre un cadre collectif ouvert aux ressentis individuels de manière régulière ? Comment ce cadre peut-il garantir dans la durée la possibilité pour chacun de recevoir la parole de l'autre et de parler en confiance dans le groupe ? Certains risques d'une relation trop affective sont pointés (appropriation de l'éducateur par un jeune, impossibilité de témoigner de la qualité d'une relation sans la juger, difficulté de se positionner selon une double éthique professionnelle et personnelle). Toutefois, cette nécessité ressentie d'un cadre qui permet la réflexivité n'est pas seulement argumentée selon une optique clinique. Elle est aussi envisagée comme la résolution possible à un problème d'action et qualifiée comme un espace éthique. Le cadre qui permet la réflexion pourrait alors être celui où se tient une discussion collective sur les normes et les valeurs lorsqu'elles sont socialement incertaines (cannabis, sexualité, actes violents, respect, civilité, etc.)

Une dernière étape consiste à insérer la dimension relationnelle de l'action éducative dans le temps commun de l'institution. Elle se concrétise par l'instauration parfois ritualisée d'un cadre approprié.

- Un dispositif de « visibilité »

Comment entrelacer de la pensée et du faire ? Cette double activité pose le problème de la visibilité des signes exposés dans *le faire* ou dans *le passage à l'acte* par le jeune et sur l'opportunité d'en dire quelque chose entre adultes éducateurs. Tenter d'ajuster ces deux régimes consiste à inventer un dispositif à faire voir et à faire parler, un agencement pratique d'énoncés et de visibilités. Sans dispositif installé, pas de travail d'élaboration possible. Prenons ici un exemple : à un moment de la recherche-action « *parce qu'on ne peut pas rester dans son coin avec cela* » (dixit une éducatrice), un des groupes participant a commencé à mutualiser une série d'observations sur ce que tel jeune « donnait à voir » durant la phase d'accueil (thème choisi par cette équipe). Quelles sont ses démarches ? A qui les adresse-t-il ? Quels sont ses silences ? Quel rapport entretient-il avec les autres jeunes ? Prend-il soin de lui, des autres ? Quel rapport a-t-il avec la nourriture ? Avec la sexualité ? A-t-il une capacité à construire des liens ? etc.

- Cadre, dispositif..., mais aussi dispositions

La double construction d'un cadre et d'un dispositif permet de « parler » de ce que tel ou tel jeune « montre » en situation de prise en charge, d'être légitimé à en parler et enfin de pouvoir en parler en équipe. Mais ces trois axes nécessitent de porter une attention soutenue sur la manière dont les adultes/éducateurs sont disposés autour des adolescents.

L'aire de jeu relationnelle où se déposent des éléments psychiques des jeunes n'est pas celle du psychothérapeute. Ce sont essentiellement les éducateurs qui sont disposés en tant que personnes ressources autour du jeune.

A ce souci vivant de penser ensemble, la dimension intersubjective entre jeunes et adultes peut correspondre, ou non, une légitimation institutionnelle. Si la santé mentale reste une mission périphérique *pour* l'institution, l'engagement personnel et collectif, même fortement présent, des professionnels à une dimension de soin psychique, est de fait fragilisé à moyen terme (*burn-out* des équipes). *A contrario*, lorsque l'institution soutient les « engagements », pour le coup les pratiques peuvent plus facilement devenir « talentueuses ».

5. DISCUSSION

Qui peut témoigner par la parole de l'expérience psychopathe ? Ceci est un défi qui se pose individuellement à toute personne qui côtoie ces adolescents. Défi qui nécessite d'être parlé et discuté collectivement. Au-delà de l'expertise, une science qui se voudrait aussi citoyenne implique de penser un pacte implicite entre science et démocratie.

Il faut dès lors verser au dossier la présence envahissante d'un imaginaire social qui constitue, à partir des canaux d'opinion (télévision, cinéma) une figure du psychopathe, bien en amont des arènes d'experts dont le principal dysfonctionnement serait cérébral. Définir la psychopathie - donc désigner des identités psychopathes -

et a *fortiori* des facteurs de risques devient dès lors une opération dont il serait illusoire et même dangereux de penser qu'elle puisse être élaborée dans la neutralité d'un cénacle d'experts. Même s'il faut continuer à tenir la hampe de ce drapeau-là, ne soyons pas trop naïfs. Cet imaginaire social est parmi nous.

Définir la psychopathie, c'est certes entrer dans une discussion tentant d'objectiver les causes et les corrélations mais c'est aussi positionner son analyse parmi différentes « visions du monde » opposables. Ce double enjeu de santé et de lien civil légitime une perspective qui réintègre le temps long : celui des processus psychiques, de la filiation, de l'élaboration de la pensée, de la réparation réelle et symbolique et si possible de la réconciliation.

Références

1. Baudry P., Blaya C., Choquet M., Debarbieux E., Pommereau X., *Souffrances et violences à l'adolescence : qu'en penser ? Que faire ?*, Issy-les-Moulineaux, ESF Editeur, 2000.
2. *Confrontations psychiatriques « Les psychopathies »*, n°18, 1980.
3. Fillieule R., *Sociologie de la délinquance*, Paris, PUF, 2001.
4. Flavigny H., « De la notion de psychopathie », *In Revue de neuropsychiatrie infantile*, 1977, pp.19 – 75.
5. Godard O., Henri C., Lagadec P., Michel-Kerjan E., *Traité des nouveaux risques*, Folio Gallimard, 2002.
6. Laval C., et all., *Penser la vie psychique dans l'action éducative*, Vaucresson, Ed. du CNFE-PJJ, Etudes et recherches n°6, 2003.
7. Marcelli D., Braconnier A., *Adolescence et psychopathologie*, Masson (5ième Edition), 2001.
8. Ogien A., *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand-Colin, 1995.

EXISTE-T-IL DES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ET COMMENT LES IDENTIFIER ?

Les déterminants interpersonnels des troubles du comportement : rôle des attitudes parentales, de l'attachement et du milieu

Antoine GUEDENEY

Pédopsychiatre - Assistance Publique des Hôpitaux de Paris - Paris

La prise en compte du rôle des relations familiales, et plus particulièrement de la responsabilité des attitudes parentales dans le déclenchement et le maintien des troubles du comportement des enfants et des adolescents est ancienne. On a souvent d'abord attribué ces troubles à un défaut de discipline, avant de reconnaître que c'est souvent l'excès de discipline qui peut les provoquer. La première étude qui ait tenté d'apprécier de façon quantitative et méthodologiquement rigoureuse le poids des facteurs familiaux dans les troubles des conduites est celle des Gluck, aux USA, dans les années cinquante. Ils comparent deux groupes d'adolescents, blancs et pauvres, appariés selon différents facteurs de risque familiaux, et les suivent jusqu'à l'âge adulte. Les notions qu'ils mettent à jour sont devenues classiques : les adolescents et jeunes adultes délinquants sont plus souvent issus de familles désunies, avec un manque de surveillance, ils sont vite en échec scolaire, et fréquentent tôt des pairs délinquants.

Les attitudes parentales à prendre en compte dans la survenue de troubles des conduites sont nombreuses : il s'agit d'abord du niveau de contrôle exercé par les parents sur la conduite de l'enfant, niveau qui peut être excessif et conduire à une échappatoire par l'enfant, surtout si le niveau des punitions est excessif ; il s'agit ensuite de la qualité de la surveillance de l'enfant par les parents, de leur capacité à connaître leur enfant, à savoir ce qu'il fait, et comment il va; ceci s'associe donc avec la sensibilité parentale aux besoins de l'enfant, la capacité de guidance et d'aide au contrôle émotionnel. L'attitude parentale peut aussi s'évaluer en termes de recours ou pas à des punitions corporelles, et aussi la mesure dans laquelle les parents sont en conflit ou en accord dans leur attitude vis-à-vis de l'enfant.

Le modèle de Patterson, proposé en 1992, propose un mode d'explication du trouble oppositionnel de l'enfant à partir de la démission de l'attitude parentale : la mère, le parent, fait un reproche à l'enfant : « pourquoi regardes-tu la télé au lieu de faire tes devoirs ? » L'enfant discute, et répond qu'il n'a rien à faire et que d'abord, le prof est idiot. C'est alors que la mère recule, change de ton et parle doucement pour dire, c'est vrai que l'on ne fait rien en cours ? Elle renforce alors l'attitude de défi de l'enfant. L'enfant répond en baissant le ton, cesse d'argumenter sans pour autant travailler, et ceci renforce le retrait de sa mère sur la question conflictuelle. Ce modèle est à la base des traitements familiaux comportementaux des troubles des conduites.

Quant à la prévalence plus élevée des troubles des conduites manifestes chez le garçon, elle semble bien liée à la période de la vie - l'adolescence - et au contexte social, bien plus qu'à un mécanisme biologique spécifique d'un sexe, comme le montre l'étude longitudinale de Moffitt en Nouvelle-Zélande. Cependant, il pourrait bien exister des sensibilités spécifiques à certains facteurs de risque, comme la dépression maternelle, où les garçons semblent être plus touchés que les filles par l'hostilité maternelle. Il pourrait exister aussi des facteurs de résilience génétiques face à l'abus et à la carence.

Les études contrôlées transgénérationnelles, sur trois générations confirment (Shaw, 2003) qu'en matière de troubles du comportement la continuité des attitudes parentales d'une génération à l'autre est la règle plutôt que l'exception, et que la continuité dans l'attitude psychopathique est nette en cas de niveau socio-économique bas et de grossesse précoce.

Tel père, tel fils ? Le lien est lourd et manifeste entre l'alcoolisme paternel et les troubles de conduites chez les fils, et entre les troubles antisociaux paternels et ceux du fils, ce qui est bien classique. Des études récentes montrent bien d'ailleurs que si on a un père psychopathe, il vaut mieux pour les enfants qu'il soit un père absent. Cependant, le poids de l'attitude antisociale du père semble être plus lourd que celui de l'alcoolisme, avec un effet majeur de l'association toxicomanie et psychopathie sur les troubles des conduites des fils. Cependant, c'est bien l'attitude antisociale, psychopathique de la mère qui pèse le plus lourd, quand c'est elle qui s'occupe le plus des enfants.

Le rôle de la fratrie comme facteur de résilience ou d'aggravation est important et souvent sous-estimé. La pauvreté et le voisinage sont des éléments bien connus de risque de troubles du comportement et de délinquance pour les enfants des familles de quartiers pauvres et exclus. Mais c'est bien l'attitude familiale qui intervient comme facteur intermédiaire important sur leur impact, pour le majorer ou le diminuer. Il y a donc des familles qui maintiennent un bon niveau de sécurité, de confiance et de discipline sans excès pour leurs enfants, alors qu'ils vivent dans un quartier difficile. Mais il est de plus en plus difficile d'être un parent adéquat au fur et à mesure qu'on s'enfonce dans la pauvreté, le chômage et l'exclusion. L'accumulation des difficultés et des facteurs de risque ne permet plus de veiller sur les enfants, chacun s'occupant d'abord de lui-même. Une étude de Costello chez des indiens américains brusquement devenus riches après l'ouverture d'un casino sur leur réserve a montré que ce sont bien les troubles du comportement des enfants qui disparaissent d'abord, à mesure du changement de niveau de vie, alors que dépression et anxiété persistent. Ceci montre bien l'impact majeur de la pauvreté sur la capacité parentale.

Le divorce était un facteur classique d'augmentation des troubles du comportement et de délinquance chez les enfants, mais les études contrôlées montrent bien que ce sont les difficultés et les tensions du couple avant et après la séparation, les séparations et les changements de niveau de vie qui en sont responsables. Cependant, l'essentiel des facteurs familiaux semble se situer dans la façon dont les relations précoces façonnent le rapport à l'autre, le rapport à ses propres émotions et la capacité de contrôle et d'échange émotionnel. La théorie de l'attachement postule que c'est la sensibilité parentale qui détermine le sentiment de sécurité de l'enfant et lui permet de faire retour physiquement puis ensuite seulement affectivement auprès du parent en cas de détresse. Les troubles des conduites apparaissent alors comme le résultat de l'échec de la prise en compte des signaux de détresse de l'enfant, qui se construit un modèle de la relation à l'autre sur un mode agressif et persécutif. Les études de Tremblay, au Canada, montrent bien la continuité qui existe entre troubles agressifs de l'enfance et de l'adolescence. Tous les adolescents physiquement violents ont été des enfants déjà violents à 4 - 5 ans. Une majorité d'enfants sont très agressifs physiquement vers 18 - 20 mois ; quelques uns ne le sont pas du tout ; la majorité voit son agressivité physique baisser avec l'âge, sous l'effet de la pression sociale et parentale. La persistance de cette agressivité est un facteur de risque inquiétant, à prendre vite en compte. Un enfant de 4 ans qui n'a avec l'autre qu'un rapport agressif a déjà une longue histoire de relations sans aide à contrôler son émotion, à lui donner sens et à lire les émotions des autres.

Pour ce qui concerne les psychopathes adultes, froids et incapables d'empathie, on peut se demander quel est le poids relatif des facteurs génétiques de tempérament (impulsivité, irritabilité, difficulté à différer), et leur intrication avec les modes précoces de relation parent - enfant, dans le déclenchement de ces troubles si difficiles à changer. Les troubles des conduites sont donc souvent du point de vue de l'attachement, un signal de demande d'aide qui s'ignore lui-même, une demande de l'attention dont l'enfant n'a pas bénéficié quand il était en détresse émotionnelle, et de besoins qu'il ne reconnaît plus comme tels. Le schéma de Greenberg montre bien que pour qu'apparaissent des troubles cliniques des conduites, il faut l'accumulation d'au moins deux facteurs de risque : attachement insécure, troubles des relations familiales, événements familiaux défavorables, tempérament difficile. Ce schéma conduit à une vision pragmatique et diverse des modalités thérapeutiques.

EXISTE-T-IL DES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ET COMMENT LES IDENTIFIER ?

L'apparition de la violence pathologique extrême chez l'enfant de moins de trois ans. Peut-on la prévenir ?

Maurice BERGER

Pédopsychiatre - CHU de Saint Etienne

1. INTRODUCTION

En France, on s'est d'abord intéressé à l'aspect le plus visible de la violence des jeunes, celle des adolescents, parce qu'ils ont une force physique qui occasionne des dégâts importants. Avec l'expérience acquise dans notre service, nous pouvons affirmer que dans de nombreuses situations, cette violence n'a pas d'âge « chronologique », au sens où nous l'avons vue se constituer chez des enfants très petits et évoluer ensuite de manière continue. Les dossiers d'un certain nombre d'adultes violents et/ou violeurs montrent cette continuité. Guy Georges présentait les signes décrits ci-dessous dès sa petite enfance.

Il existe un écart énorme en coût humain et financier entre les actions de prévention, même si elles sont complexes, et l'extrême difficulté des soins nécessaires ultérieurement lorsqu'un sujet présente une violence pathologique structurée de manière fixée (longue durée de la prise en charge, abord psychothérapeutique aléatoire, mise en place d'un dispositif contenant, etc.); d'où l'importance de dépister la construction des « processus violents » au moment où elle s'effectue.

2. MATERIEL ET METHODE UTILISES

2.1 MATERIEL

2.1.1 Lieu d'étude

Le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Bellevue à St Etienne s'est spécialisé dans l'accueil de situations en provenance du dispositif de protection de l'enfance (177 en 2004 dont 57 pour avis), couplé à un dispositif de recherche et à un diplôme universitaire. Ce service reçoit, entre autres, des enfants qui, du fait de leur violence, ne peuvent plus être accueillis dans d'autres lieux. Si une hospitalisation est nécessaire, elle peut durer quatre à cinq ans en hospitalisation quotidienne de jour, et deux ans et demi en hospitalisation temps plein. Certains autres services de pédopsychiatrie, au contraire, ont pris l'option de traiter essentiellement le moment de crise, et renvoient ensuite très rapidement ces enfants vers les institutions socio-éducatives et les juges des enfants. Nous pensons qu'un processus thérapeutique suffisamment long permet plus facilement d'avoir accès au fonctionnement psychique de ces enfants et préadolescents.

2.1.2 Population sélectionnée

Nous avons retenu toutes les situations dans lesquelles des enfants ont présenté une violence pathologique extrême depuis six ans, soit 58 : 15 suivis en hôpital de jour, 14 en hospitalisation temps plein, 5 en consultation au long cours, 4 en pouponnière départementale, 20 en expertise. L'âge au moment du début de la prise en charge se situe entre 15 mois et 12 ans.

2.1.3 Pathologie de la population concernée : la violence pathologique extrême

Ce type de violence se définit de la manière suivante.

- Elle concerne un sujet individuellement. Il s'agit donc d'un domaine différent des violences « groupales ».
- Elle n'est pas dirigée spécialement contre les figures parentales ou d'autorité et de loi.
- Elle peut apparaître n'importe quand, n'importe où, sans raison. Elle est omniprésente, irraisonnable, dirigée autant contre les objets que contre les personnes. L'enfant est insensible à toute proposition de compromis ou à la sanction, son attaque violente ne peut être interrompue et se déroule jusqu'à son « terme naturel ». Une frustration minime peut parfois être à son origine, mais dans ce contexte, cette frustration n'a qu'un rôle de « prétexte ».
- Elle n'est suivie d'aucun sentiment de culpabilité ; l'enfant violent est indifférent à la douleur d'autrui. Il est par ailleurs parfaitement au courant de ce qui permis ou non.

- Il existe un déni de la gravité de l'acte, et un effacement de ses conséquences. Il est impossible d'en reparler avec l'enfant : pour lui, « c'est du passé ».
- L'enfant présente des troubles de la sensibilité corporelle qui sont habituellement peu explorés par les professionnels (non perception de certaines zones corporelles). Il recherche parfois des perceptions douloureuses pour se sentir « vivant ».
- Il ne délire pas, mais ces accès de violence sont des équivalents hallucinatoires. Le sujet subit la reviviscence, le re-surgissement en lui de sensations et de sentiments qu'il a éprouvés dans le passé, le plus souvent à la période préverbale, dans des circonstances où il se trouvait impuissant, débordé, terrifié, et dans la solitude la plus totale car sans adulte avec lequel partager ce qu'il ressentait. Contrairement à une idée souvent avancée, un tel enfant n'est pas dans la « toute-puissance ». Il n'a pas eu d'autre choix que de mettre « en lui » l'image terrifiante d'un parent sadique et violent, dans une sorte « d'incorporation » globale (une « identification introjective » en termes psychanalytiques). En fait cet enfant est impuissant face au surgissement hallucinatoire de l'image de son père ou de sa mère violent en lui.
- Ces troubles se fixent rapidement, souvent en moins de 18 mois.
On se trouve donc face à une authentique pathologie, dont l'origine est à mettre en relation avec une pathologie psychique parentale grave qui ne peut être réduite à des éléments sociologiques ou à la précarité.

2.2 METHODE : RECUEIL DU MATÉRIEL

- Relecture de la totalité des rapports précédents dans des dossiers judiciaires et socio-éducatifs portant souvent sur plusieurs années.
- Visionnage de films familiaux pris pendant la petite enfance.
- Rencontres avec les professionnels ayant suivi l'enfant lorsqu'il était nourrisson.
- Expertises successives permettant de constater éventuellement l'évolution d'un enfant lorsque nos propositions précédentes n'ont pas été suivies.
- Suivi thérapeutique d'enfants hospitalisés bénéficiant de quatre à cinq entretiens hebdomadaires.

3. RESULTATS

3.1 Les signes précurseurs

Le travail d'anamnèse permet d'identifier des signes spécifiques précoces (C. Rigaud, 2001)

3.1.1 Au niveau de l'enfant avant 3 ans

- Apparition de signes de violence dès 15-16 mois, au moment où la marche libère les mains, permettant alors à l'enfant petit de frapper de la manière décrite ci-dessus. Cette violence peut s'accompagner de cruauté, en particulier à l'égard des animaux (mammifères, oiseaux). Elle est rapidement signalée en crèche et en maternelle. Elle coexiste avec des sentiments de terreur insurmontables à d'autres moments (pour traverser seul un couloir, ou le soir), ce qui souligne l'aspect hallucinatoire des processus psychiques en jeu.

Auparavant, d'autres signes ont pu apparaître (S. Fraiberg, 1993) :

- Evitement spécifique du contact avec le visage du (des) parent(s) angoissant(s) dès le troisième mois. Plus tard, angoisse chez le nourrisson dès que n'importe quel adulte essaie d'entrer en contact avec lui.
- Gel des affects dès cinq mois.
- Renversement des attitudes dès neuf mois, avec une transformation de la peur en rire théâtral, moments de rage, de gestes autodestructifs,

3.1.2 Au niveau des interactions précoces

- Parents le plus souvent psychotiques, paranoïaques, psychopathes, incohérents, négligents, délaissants. Leurs troubles sont fréquemment la conséquence de l'enfance désastreuse qu'ils ont eux-mêmes subie.
- Nourrissons maltraités physiquement et/ou psychiquement (soumis à une grande violence verbale).
- Nourrissons soumis au spectacle de scènes de violences conjugales sans avoir jamais été frappés, à une époque où ils ne se sentaient pas complètement différenciés du monde extérieur. Ces bébés ressentent la violence comme s'ils en étaient partie prenante, auteurs et/ou victimes. Les travaux récents sur le syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant de moins de trois ans montrent que le genre d'événement qui traumatise le plus un enfant est la violence domestique, en particulier lorsque l'enfant est témoin d'une menace sur la personne qui s'occupe de lui (Keren M., 2005) . Puisque l'enfant n'a pas été frappé directement, l'importance de ce facteur est fréquemment sous-estimée par les professionnels, comme d'une manière générale l'impact des traumatismes psychologiques chroniques.
- Enfants soumis à une torsion majeure de la relation : dès les premiers jours, le nourrisson est soumis à une désignification de l'ensemble des signaux corporels qu'il adresse à l'autre, à une déformation ou une annulation de leur sens. Ceci entrave son accès à la symbolisation car il ne peut faire l'expérience que les signaux qu'il émet (sourires, cris, ..) ont un sens.

- Absence d'attirance de la part des parents pour le corps de leur bébé. La mère ne trouve pas son enfant séduisant, mignon, elle n'a aucun plaisir à s'occuper de lui. Plus même, ce corps répugne à certains parents, et les travailleurs sociaux qui passent à domicile constatent que l'enfant est laissé de longs moments dans son berceau, devant prendre seul, parfois très tôt, son biberon calé par un coussin. De plus, le rapport de ces parents au corps de leur enfant est très particulier, comme s'ils en avaient une mauvaise perception dans ses caractéristiques physiques : la taille, le poids, la résistance à la pression...
- Dans 6 situations sur 58, dès ses premiers jours, l'enfant s'est trouvé pris dans une relation « imaginaire » pathologique de la part des parents, qui ont projeté sur lui l'image d'un de leur parent violent et/ou séducteur. Dans ces contextes, l'enfant n'est ni frappé ni rejeté.

3.2 Au niveau des professionnels

- Confusion fréquente entre violence et agressivité, cette dernière étant plus structurée, dirigée vers des personnes précises (un enfant puîné, un parent), et s'accompagnant de culpabilité.
- Sous-estimation de la gravité des troubles psychiques de l'enfant, favorisée par le fait que le langage est parfois acquis sans retard.
- Non-évaluation du développement psychomoteur du nourrisson avant deux ans. Or on constate souvent un retard au niveau du quotient de développement, au fil des évaluations successives faites grâce au test de Brunet Lézine. On attribue trop facilement ce retard à de la carence alors que ces enfants bloquent leur pensée car réfléchir sur ce qui se passe est trop angoissant pour eux. De même, par la suite, le QI n'est pas évalué alors qu'il peut être abaissé pour les mêmes raisons.
- Lorsqu'une séparation parent-enfant a dû être effectuée, la protection de l'enfant petit a été insuffisante au moment des contacts avec ses parents, du fait de l'absence de visites médiatisées ou de visites médiatisées mal gérées. Ainsi un enfant de cinq ans placé à deux ans agresse physiquement et sexuellement les enfants et les éducatrices dans l'internat où il séjourne. Un dimanche sur deux, sa mère l'accueille et laisse le père violent l'emmener chez lui, d'où l'enfant revient angoissé et violent.
- De plus, si l'enfant a dû être placé en pouponnière ou en institution, il ne lui a souvent été proposé aucune figure d'attachement stable et sécurisante pendant de nombreuses années. Ceci peut être à l'origine d'un attachement désorganisé-désorienté qui se manifeste par des affects de rage. A noter la longueur délétère de certains séjours en pouponnières (1000 jours) uniquement parce que des juges des enfants refusent de décider sur le fond.
- Lorsqu'une prise en charge thérapeutique est décidée, le temps de soins est souvent insuffisant, une à deux demi-journées par semaine en hôpital de jour par exemple. D'une certaine manière, nombre de ces enfants « n'appartiennent » à personne, au sens où leurs parents ne sont pas capables d'exiger un projet de soins et d'avenir cohérent pour eux; et aucun professionnel ne se sent responsable de leur évolution péjorative. De plus, ces enfants découragent souvent les soignants et éducateurs d'entrer en contact avec eux car ils vivent la relation qu'on leur propose plus comme une source de souffrance psychique que comme une aide (Bonneville, 2005).
- Non-prise de conscience du problème de la part de nombreux psychiatres d'adultes qui laissent des bébés exposés à des parents présentant des troubles sévères de la personnalité, sans faire le lien avec le fait qu'une partie importante des adultes qu'ils reçoivent ont été soumis, enfants, à ce genre d'interactions pathogènes. Le même processus existe de la part de certains juges des enfants qui sont compétents pour la protection d'adolescents, mais qui ne réalisent pas que ce sont des mesures judiciaires insuffisantes dans la petite enfance qui sont à l'origine de la pathologie actuelle de ces adolescents.
- Peur des professionnels face aux parents violents, ce qui les empêche de prendre les mesures protectrices nécessaires.

4. UNE PREVENTION EST-ELLE POSSIBLE ?

Ce n'est pas certain. On peut cependant émettre les propositions suivantes.

- 4.1. Formation obligatoire autour du thème de la violence du petit** pour tous les professionnels intervenant en petite enfance, en crèche, PMI, centres sociaux, enseignants, pédopsychiatres, psychiatres d'adultes, psychologues, inspecteurs de l'Aide Sociale à l'Enfance, magistrats, etc.
- 4.2. Utilisation d'un référentiel d'évaluation des situations de dysparentalité** (guide d'évaluation des capacités parentales du Québec, ou jalons d'évaluation de Bellevue, etc.).
- 4.3. Au niveau de la prise en charge précoce :**

- Ne pas considérer l'aide à la parentalité comme devant être mise en place automatiquement; ce doit être une indication précise choisie parmi d'autres dispositifs. Elle doit reposer sur des principes précis, comporter en particulier une réflexion sur l'enfance des parents. Si elle est tentée, l'accompagner d'une évaluation répétée de l'état du nourrisson en étant attentif à une fixité des troubles et en évitant une reconduction systématique de cette aide. Il existe plusieurs modèles structurés d'aide à la parentalité (Québec « A

chaque enfant son projet de vie permanent » ; Lamboy, 2005). Nous n'avons pas d'élément permettant de savoir s'ils sont efficaces sur les situations de violence pathologique extrême.

- Travail avec les professionnels de crèche et de maternelle pour les aider à contenir les enfants violents (F.A.R.E., 2004).
- Si les parents ne sont pas mobilisables, ce qui est fréquent, et si leur comportement apparaît comme très nocif, mise en place d'une séparation parents-enfant durable, accompagnée si besoin de visites médiatisées jusqu'à la majorité. Dans le cas de parents dangereux, il peut même être nécessaire de suspendre les visites. Il est indispensable de proposer simultanément à l'enfant un lien d'attachement stable et sécurisant dans le cadre d'un placement familial par exemple .
- Utilisation d'un protocole précis pour protéger les professionnels et les experts des parents violents.
- Nécessité de responsabiliser au civil et au pénal les professionnels qui laissent un enfant exposé à des facteurs d'environnement très nocifs, qui l'amènent à évoluer vers une déficience intellectuelle, une violence extrême et des troubles psychiatriques. La notion de préjudice subi devrait être introduite.
- Mise en place de dispositifs de recherche avec des suivis longitudinaux et une évaluation des résultats thérapeutiques en fonction des modalités de prise en charge mises en place. Il est nécessaire de créer en France un Institut universitaire consacré à la protection de l'enfance, avec une authentique recherche afin de créer un intérêt pour ces situations. L'évaluation et la prise en charge dans les situations de défaillances parentales devraient être considérées comme une véritable spécialité en pédopsychiatrie.

4.4 . Le problème de fond, c'est l'idéologie du lien familial qui règne en France, et qui amène à tenter de maintenir à tout prix un enfant dans sa famille, dans des situations où les parents sont fortement nocifs et n'ont pas la capacité d'évoluer dans un délai compatible avec les besoins affectifs de leur enfant. Actuellement, on théorise mieux l'origine de la violence précoce mais seule la création d'une loi spécifique sur la protection de l'enfance, centrée sur l'intérêt de l'enfant défini comme la protection de sa sécurité et de son développement affectif et intellectuel permettra une action cohérente. A la différence de ce qui s'est passé dans d'autres pays, il n'est pas certains qu'un tel changement législatif soit pensable dans notre pays.

Références

1. *À chaque enfant son projet de vie permanent*,
http://www.mtl.centresjeunesse.qc.ca/pdf/programme_projet_vie.pdf
2. BERGER M. (2004), *L'échec de la protection de l'enfance*, Paris, Dunod.
3. BERGER M. (2005), *Ces enfants qu'on sacrifie... au nom de la protection de l'enfance*, Paris, Dunod.
4. BERGER M., FERRAND A., « Notes cliniques sur la cruauté chez l'enfant », *Cahiers de Psychologie Clinique*, 2003.
5. BONNEVILLE E. (2005), *L'acte agressif : de la petite enfance à l'adolescence, exposé fait au 14^e Congrès de criminologie, Université de Pennsylvanie (USA)*.
6. F.A.R.E. (2004), *Prévention précoce de la violence du jeune enfant, Association de formation et recherche pour la santé mentale infanto-juvénile, Mairie de Toulouse*.
7. FRAIBERG S. (1993), « Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance », *Devenir*, vol. 51, p. 7-29.
8. *Guide d'évaluation des capacités parentales*
http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/evaluation/pdf/guide_competences_parentales.pdf
9. KEREN M. (2005), *Traumatisme précoce et jeune enfant : aspects cliniques et psychopathologiques*, Conférence prononcée à l'Hôpital Ste Justine, Montréal, 6-10-05.
10. LAMBOY B. (2005), *Pour une prévention précoce du trouble des conduites : une revue. Devenir*, vol. 17, n°2, p.153-170.
11. MONMAYRANT M., LACROIX M-B., (1999), *Enfants terribles, enfants féroces*, Erès.
12. RIGAUD-BERTHET Catherine (2001), *Violence et contention : la fonction phorique du soin, D.E.A. de Psychopathologie et de Psychologie Clinique, Université Lumière Lyon 2, Institut de Psychologie*.
13. RIGAUD C., BERGER M., *Soigner la violence ? Réflexion sur les processus de pensée de l'enfant violent et leur abord thérapeutique. Exposé fait au Colloque « Famille, violence, incestualité », Cercle d'Etudes psychanalytiques des Savoie (Société Psychanalytique de Paris), Chambéry, 2002.*

EXISTE-T-IL DES SIGNES PRÉCURSEURS ET COMMENT LES IDENTIFIER ?

Nicole CATHELINÉ

Pédopsychiatre – Praticien Hospitalier
Centre Hospitalier Henri Laborit – Poitiers

INTRODUCTION

La psychopathie, diagnostic d'adulte, trouve sa correspondance chez l'enfant dans les troubles des conduites et du comportement non sous-tendus par un fonctionnement psychique bien structuré. Faute de pouvoir la définir, on tente de cerner ce concept par ses symptômes manifestes. Le diagnostic est d'autant plus aléatoire que l'enfant est jeune car nombre de ces manifestations se retrouvent aussi dans le développement normal de l'enfant en particulier lors de périodes-clés telle que la phase d'opposition « période du non » vers 24-30 mois.

A l'adolescence, on répugne à utiliser ce diagnostic de crainte de surenchérir dans la quête identitaire de ces patients.

Il faudra donc chercher dans d'autres critères que la simple existence de ces manifestations la preuve d'un diagnostic d'évolution psychopathique.

« On y pense chez l'enfant, on l'envisage à l'adolescence et on l'affirme à l'âge adulte, souvent après dix ou quinze ans de ruptures et d'années de vie cahotique (Bizouard) »

MATERIEL ET METHODE

- Revue de littérature internationale :

- *Archives of general psychiatry* (2003, 2004, 2005)
- *American Journal of Psychiatry* (2003, 2004, 2005)
- *British Journal of Psychiatry* (2003, 2004, 2005)
- *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (2003, 2004, 2005)
- *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2003, 2004, 2005)
- *Clinical Psychology Review* (2000, 2004)

- Expérience clinique personnelle :

- psychiatre durant 13 ans d'un institut de rééducation (actuellement ITEP) accueillant des enfants de 5 à 16 ans présentant des troubles du caractère et du comportement)
- médecin responsable depuis 10 ans d'un service de jour à Poitiers (« Mosaïque ») pour jeunes adolescents présentant des troubles du comportement en milieu scolaire et des difficultés développementales à l'adolescence

RESULTATS

Dans une optique purement descriptive, la revue de la littérature internationale fait apparaître une constellation de symptômes et de pathologies survenant dans l'enfance qui semblent conduire potentiellement à la psychopathie (dont je rappelle que le diagnostic ne peut être porté qu'à l'âge adulte).

Sont ainsi cités :

- Chez l'enfant :

- Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP : désobéissance systématique, colère, refus de se plier aux règles communes ; vindicatif et opposant, l'enfant ne se reconnaît pas comme hostile et provocateur mais justifie sa conduite comme une réponse à des exigences déraisonnables et injustes) ;
- Les troubles des conduites (TC : ensemble de comportements répétitifs et persistants dans lesquels les droits d'autrui et les règles sociales sont bafouées (agressions envers personnes et animaux, destruction de biens matériels par le feu ou vandalisme, mensonge, vol, racket, et enfin violation des règles établies : fugues, école buissonnière, déambulation nocturne) ;
- Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (THADA) ;
- A un moindre degré, mais retrouvé de manière significative cependant, les manifestations anxieuses et dépressives de l'enfance (ce qui pose le problème pour certains auteurs de la parenté de la psychopathie avec les personnalités *borderline* ou limite) ;

-
- Des troubles des apprentissages (lecture en particulier) dont l'origine pourrait être recherchée dans des troubles attentionnels, mais aussi dans des potentialités intellectuelles médiocres ;
 - Des troubles des fonctions exécutives en particulier la difficulté à planifier les tâches (atteinte du cortex préfrontal).

- Chez l'adolescent :

- Les comportements violents (hétéro agressivité) ;
- Des actes délictueux mineurs mais suscitant l'intervention de la police (fugue ou circulation sur deux roues sans casque par exemple) ;
- Une sexualité précoce avec des conduites à risque ;
- La consommation de produits pharmaco-dépendants : alcool, en particulier, mais aussi le cannabis et les drogues hallucinogènes (Etats-Unis).

Dans tous les cas, les facteurs environnementaux se révèlent un facteur déterminant.

Sont ainsi aggravants :

- La désorganisation familiale, un contexte familial violent, des maltraitances précoces ;
- L'existence de pathologie mentale chez les parents ;
- La consommation de produits pharmaco-dépendants chez les parents ou la fratrie ;
- L'emprisonnement d'un parent ou de la fratrie ; conflit avec l'autorité et la loi ;
- L'appartenance à une communauté marginalisée (immigration récente, gens du voyage,...) ;
- Enfin de la possibilité de se procurer facilement des armes (Etats-Unis)

Sont protecteurs :

- Une organisation familiale cohérente ;
- La possibilité de s'appuyer sur un groupe de pairs bien intégrés socialement ;
- Des communautés soutenantes.

Dans une optique plus compréhensive et psychopathologique, on retrouve l'association de trois facteurs :

- Des troubles affectifs : froideur, indifférence et exploitation de l'autre avec deux formes possibles d'expressivité :
 - Un mode d'expression dans le champ social (racket, vol, violence à l'égard d'autrui pour parvenir à ses fins, etc.) ;
 - Un mode d'expression dans le champ familial (modèle du bourreau familial : enfant et adolescent qui battent leurs parents ou qui les exploitent financièrement sans violence physique).

Les troubles peuvent apparaître dans ces deux champs concomitamment ou de manière exclusive dans l'un ou l'autre champ.

- L'intolérance à supporter la tension et la passivité. Du fait vraisemblablement d'un manque de constitution d'un espace psychique interne susceptible de contenir et de lier les pulsions, l'enfant puis l'adolescent éprouvent face au sentiment d'impuissance (ne pas savoir, par exemple) une menace psychique qui le conduit à chercher par tous les moyens à décharger la tension interne : ce qui le conduit à recourir à l'*agir*. Demander de l'aide à autrui n'est même pas envisageable en raison de la place attribuée à l'autre (au mieux, un objet de satisfaction ; au pire, un obstacle). Lorsqu'un obstacle s'oppose aux désirs du sujet (ce qui maintiendrait un haut niveau tensionnel), l'agressivité peut apparaître, doublée dans certains cas d'un aspect pervers lorsqu'elle s'accompagne d'un véritable plaisir à faire le mal ou à le faire faire par d'autres.
- L'impulsivité est à l'origine des troubles du comportement. L'intolérance à la frustration ne permet pas de retarder l'accomplissement de désirs immédiats. Ce besoin d'immédiateté (encore accentué à l'adolescence) associé à un défaut de planification des tâches, de réflexion sur les conséquences de ses actes et donc d'une incapacité à tirer les leçons de l'expérience pousse l'enfant puis l'adolescent à des comportements récidivants d'actes antisociaux ou de délinquance.

Ces troubles ont tous en commun de mettre en lumière à la fois des difficultés d'autonomisation et des difficultés de relation avec les autres. Faute de bases narcissiques suffisamment solides, devenir autonome équivaut pour ces enfants à se perdre, entrer en contact avec autrui constitue une prise de risque car les relations à autrui sont marquées du sceau de l'imprévisibilité. Or c'est précisément à partir du caractère de répétition et de prévisibilité que peut s'installer la capacité à organiser un raisonnement. De même que mettre en œuvre des stratégies de compréhension du monde ne peut avoir d'intérêt que si l'enfant se considère comme devant un jour ou l'autre résoudre seul les problèmes qui se posent à lui. Considérer que les difficultés proviennent d'autrui traduit toujours une non-acceptation de la séparation psychique avec ses proches (les parents au premier chef).

DISCUSSION

La revue de la littérature internationale met en évidence plusieurs points :

- Les études longitudinales sont faites sur 10 à 25 ans et concernent des cohortes importantes (entre 500 et 2000 enfants) examinées vers 4 ans 1/2 - 5 ans ou vers 7 ans puis à l'âge adulte vers 20 - 21 ans. Elles tentent à chaque fois d'éliminer le facteur social (mais pas toujours environnemental et affectif) qui apparaît comme prédominant dans l'évolution des enfants et adolescents.
- Dans l'enfance : les troubles des conduites évoluent (dans 25 à 50% des cas selon les études) vers des comportements antisociaux dont la particularité serait une symptomatologie « internalisée » telle que : les troubles psychiatriques, la consommation de produits, les conduites sexuelles à risque, tandis que l'hyperactivité avec troubles de l'attention seraient plus étroitement corrélées avec les conduites antisociales à l'égard du cadre social à l'adolescence et à l'âge adulte en particulier la vente de drogue (avec souvent consommation personnelle), vol avec violence ou crime. Dans les deux cas, l'importance du nombre de symptômes et la précocité du diagnostic (entre 5 et 7 ans) semblent être un facteur déterminant.
- A l'adolescence, l'existence d'au moins 4 de ces symptômes avant 15 ans serait hautement prédictif de comportements antisociaux à l'âge adulte : consommation de tabac, d'alcool, de drogue, ennuis avec la police, et sexualité précoce et multiple.
- Aucune différence n'est mise en évidence entre les hommes et les femmes.
- La question des apprentissages est également importante. Elle est abordée sous quatre aspects : celui du QI global, celui des fonctions exécutives (c'est-à-dire la capacité à élaborer un raisonnement, à planifier une action, etc.), celui du langage qui présenterait chez ces adultes antisociaux des caractéristiques particulières : manque d'aisance verbale, difficultés de compréhension de certains aspects du langage, par exemple le sens figuré et celui de l'apprentissage de la lecture. Dans les études examinées, un bon QI ne protège pas des activités antisociales à l'âge adulte ; en revanche, il influe notablement sur le niveau d'étude et l'insertion sociale. En revanche, une étude (Simonoff et coll. 2004) retrouve un lien statistiquement significatif entre QI bas, troubles de la lecture et conduites antisociales à l'adolescence et à l'âge adulte. Une autre étude met en évidence le lien entre troubles des conduites à 4 ans 1/2 - 5 ans et troubles des apprentissages académiques dès l'âge de 7 ans. Compétences mnésiques, linguistiques et raisonnement sont nécessaires aux apprentissages (en particulier à l'acquisition de la lecture). Toutes ces fonctions siègent dans la zone pré-frontale du cerveau. S'agit-il d'un retard de maturation de cette zone ? Je n'ai pour ma part retrouvé aucun travail sur ce sujet.

Sur un plan plus clinique : toutes les études insistent sur la nécessité mais aussi la difficulté à repérer précocement des signes qui indiqueraient clairement dès l'enfance une évolution vers la psychopathie à l'âge adulte. Les médias se sont récemment fait l'écho de ce sujet par l'expertise collective rendue publique par l'INSERM le 22 septembre dernier. Soulignant l'importance de diagnostiquer le trouble des conduites chez l'enfant dès 36 mois, ce travail s'oriente essentiellement vers la prévention de la délinquance et nullement vers la prévention de la souffrance psychique. En tant que psychiatre d'enfants et d'adolescents, il ne m'appartient pas de gérer les problèmes de délinquance qui sont du domaine de la loi ; en revanche, entendre et comprendre certaines manifestations comme l'expression d'un dysfonctionnement psychique et tenter d'y remédier entre bien dans mes attributions.

On peut s'interroger sur les fondements sociaux d'une telle démarche. Depuis bientôt 30 ans d'exercice au contact de l'école, j'ai vu la situation évoluer. De plus en plus d'enseignants de maternelle se plaignent du comportement opposant et rebelle de leurs petits élèves. Après en avoir appelé au retour de l'autorité parentale, ce qui implique une culpabilisation non politiquement correcte des parents, la psychiatrie américaine nous propose un modèle de compréhension assez commode. Ainsi, patrimoine génétique, tempérament et éventuellement environnement conjugueraient-ils leurs effets pour expliquer l'accroissement de cette pathologie. On pourrait aussi s'interroger sur l'avenir d'une société qui ne voit dans la jeune génération qu'une troupe de hors-la loi prête à saccager les idéaux et l'organisation sociale des anciens.

Au-delà de ce débat de société, il y a cependant plusieurs points à retenir :

1- Il est évident que l'on doit se préoccuper de la survenue des troubles persistants et cumulatifs apparaissant dans l'enfance. Les classifications internationales (DSM IV et CIM 10) sont à cet égard de précieux guides de repérage.

Le développement peut être émaillé de difficultés qui temporairement se traduisent par des symptômes mais dont le caractère transitoire doit rassurer. Leur persistance et surtout le cumul indiquent que l'enfant ou l'adolescent ne parvient pas à dépasser la difficulté, du fait d'une incapacité soit à mettre en œuvre soit à disposer des ressources nécessaires à la résolution de la crise.

Comme le soulignent d'ailleurs les classifications internationales, la persistance des symptômes et surtout leur nombre à la fin de l'enfance et au début de l'adolescence sont les facteurs les plus prédictifs d'une possible évolution vers la psychopathie à l'âge adulte.

-
- 2- Il semble que le recours prévalent, voire exclusif des conduites externalisées (« troubles disruptifs ») dès l'enfance, lors des situations de contrainte éducative ou de frustration est un bon signe prédictif car elles indiquent que l'enfant n'a pas pu développer une vie psychique suffisamment riche et contenante pour lui permettre d'y trouver des dérivatifs à sa frustration (sublimation). Ce recours systématique à l'*agir* sera encore accentué à l'adolescence du fait des exigences développementales.
 - 3- Le vrai problème est celui de la prédiction d'un trouble spécifique. Tous les cliniciens savent que de nombreux symptômes apparus précocement, sans amendement sont inquiétants et doivent nécessairement faire l'objet d'une prise en charge incluant l'enfant mais aussi sa famille. Mais peut-on savoir comment va s'organiser la personnalité de l'enfant ? Tous les troubles des conduites de l'enfance n'évoluent pas vers des comportements antisociaux, même les études internationales le montrent (25 à 50%), en revanche ils indiquent sans critique possible une souffrance qu'il est indispensable de prendre en compte sans se préoccuper de savoir si on prévient chez l'enfant la survenue de conduites antisociales ou d'une autre pathologie.

CONCLUSION

Les différents signes mentionnés dans les études internationales constituent pour tous les pédopsychiatres des symptômes qu'il convient de prendre en compte, de même que le caractère de durée, de répétition et de cumul.

Un enfant qui ne peut supporter la contrainte éducative, qui agit toutes ses tensions internes sans pouvoir trouver d'autres dérivatifs (sublimation par exemple), qui maîtrise mal le langage, rencontre des difficultés d'apprentissage et vit dans une famille dysfonctionnante a en effet beaucoup de risques de développer une pathologie quelle qu'elle soit. Aucun signe n'est pathognomonique de la prédiction de psychopathie.

La question qui se pose est la suivante : a-t-on réellement besoin de faire entrer ces symptômes dans des critères de repérage précoce de la psychopathie pour qu'ils puissent être pris en compte ?

A juste titre la délinquance fait peur, et dire à un parent que son enfant va devenir délinquant s'il ne le fait pas soigner ne va sans doute pas faciliter l'accès aux soins.

Références

1. Barkley R. and al. : *Young adult follow-up of hyperactive children : antisocial activities and drug use. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol 45, 2, 195-206, 2004
2. Fergusson D.M.; Horwood J.L. ; Ridder E. : *Show me the child at seven : the conséquences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood (1), Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.46 , 8, 837- 849, 2005
3. Fergusson D.M. ; Horwood J.L. ; Ridder E. : *Show me the child at seven : intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood (2), Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.46 , 8, 850- 863, 2005
4. Kim-Cohen J. and al. : *Validity of DSM IV Conduct Disorder in 4 _ - 5 year-old children : a longitudinal epidemiological study, Am J Psychiatry* 162 : 1108-1117, 2005
5. McGue M. ;Iacono W. : *The association of early adolescent problem behavior with adult psychopathology. Am J Psychiatry* 162 : 1118-1124, 2005
6. Morgan A.B ; Lilienfeld S.O : *A meta-analytic review of the relation between antisocial behaviour and neuropsychological measures of executives function, Clinical Psychology Review*, vol 20, n°1, 113-136, 2000
7. Simonoff E. : *Predictors of antisocial personality – continuities from childhood to adult life, The British Journal of Psychiatry* (2004) 184 : 118-127
8. Steiner H. ; Stone L.A : *Violent behaviour in Children and Youth : Preventive Intervention from a psychiatric perspective, J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38 : 3, 232-241, 1999

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCE : QUELS ENJEUX, QUELLES PERSPECTIVES ?

Prévention des comportements psychopathiques et prises en charge précoces au sein d'une unité de soins à temps partiel

Corinne EHRENBORG

Psychologue et Psychanalyste

Directrice de l'Unité de Soins Intensifs du soir – Paris 14^{ème}

INTRODUCTION

Même s'il n'y a pas véritablement de consensus en matière de psychopathie, il y a au moins un point sur lequel désormais tous s'accordent, qu'ils soient psychiatres pour adolescents suicidants ou violents, éducateurs pour délinquants ou intervenants en toxicomanie, c'est en maternelle ou en CP qu'il faut faire quelque chose. Que faire et qui le fait ? C'est la question à laquelle je vais tâcher de répondre.

Lorsque l'on reconstitue le passé des adolescents ou des adultes présentant des comportements psychopathiques, on retrouve quasi systématiquement, dans leur enfance, les troubles précoces que nous constatons chez nos jeunes patients (agitation psychomotrice, trouble de l'attention et de la concentration, intolérance à la frustration, échec scolaire, comportements violents et ou délictueux et sentiment de toute-puissance et d'impunité).

Dans la mesure où ces troubles sont très réactifs à la maturation et à l'environnement, il est difficile d'établir un pronostic à partir de troubles précoces de l'enfant. En matière de prévention, c'est néanmoins le rôle des intervenants sanitaires et sociaux de renoncer à attendre que des demandes explicites leur soient adressées et de s'attacher à reconnaître les multiples modalités selon lesquelles s'expriment une souffrance ou un trouble. Le comportement préoccupant d'un enfant en est une. Depuis 25 ans que l'USIS a été créée, nous avons fait un certain nombre de constats qui nous ont conduit à adapter notre outil de soins.

NOS CONSTATS

- 1- L'agitation et l'instabilité, les troubles du comportement ou troubles des conduites, dont le spectre est très large, représentent à la fois le signal d'alarme pour les institutions, les signes d'une souffrance psychique sous-jacente et le socle à partir duquel pourra se constituer une pathologie ou une déviance. Ce sont les signes d'une fragilité des assises narcissiques et des processus d'intériorisation indispensables à la constitution et à l'investissement d'un appareil à penser. Les enfants qui présentent ces troubles limites sont bien souvent des contre-indications à une prise en charge individuelle en ambulatoire, pour différentes raisons que nous ne détaillerons pas ici.
- 2- L'environnement et la maturation jouant un rôle primordial dans un tel processus, la prévention est déterminante et le pronostic difficile à établir. L'environnement familial de ces enfants, où le langage est peu investi, est le plus souvent déstructuré et destructurant. Les parents ne consultent pas d'eux-mêmes, ils ne le font que poussés par les institutions qui ont à pâtir du comportement très perturbant de l'enfant. Mais, tous les signes ou troubles que présentent ces enfants comme les conflits avec les parents, les crises, les fugues, l'agressivité voire la violence ne sont pas nécessairement à considérer comme pathologiques. Ce sont même parfois des réponses adaptées à un environnement délabré.
- 3- La séparation des champs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques n'a aucune pertinence concernant une population dont les troubles psychiques sont aux confins de la maladie mentale et de la misère sociale et affective. Il est difficile de dire s'il s'agit de pathologies mentales au sens classique du terme ou de souffrances réactionnelles à un environnement familial et social disloqué. En matière de prévention, la situation est floue car certains problèmes sociaux engendrent une souffrance psychique équivalente à une situation traumatique et par là détient un pouvoir délétère sur le psychisme dont il est difficile d'évaluer les conséquences à long terme.
- 4- Le recours impulsif et répété à l'agir agressif et violent constitue une décharge de toute tension et a pour fonction d'évacuer le fonctionnement mental. Le passage à l'acte détient le pouvoir de purger la psyché de ce que le jeune sujet ne peut supporter d'y laisser durer pour l'élaborer et le métaboliser. Se vider de ses pensées est un moyen efficace pour lutter contre une menace d'effondrement.
- 5- Ce système défensif d'attaques contre les liens s'est mis en place dès les premières relations, en réponse le plus souvent à l'investissement paradoxal dont l'enfant a été l'objet.

Nos réflexions à partir de ces constats : notre modèle d'action

- 1- *Il est déterminant* d'adapter les dispositifs thérapeutiques aux réalités de la population accueillie ; nos horaires de fonctionnement permettent aux enfants de se maintenir dans une scolarité ordinaire et dans leur famille, et aux familles de nous rencontrer en dehors de leurs horaires de travail. Le projet thérapeutique a pour objectif de renforcer leurs assises narcissiques et de favoriser leur fonctionnement mental et cognitif.
- 2- La prise en charge des enfants doit prendre en compte le contexte et l'environnement. Nous avons appris *à ne pas attendre de demande des parents*, à ne pas exiger d'eux, comme préalable à l'admission de leur enfant, une collaboration dont ils ne voient au début pas le sens, à faire des choses qui ne relèvent habituellement pas d'un établissement de soins. Un des ressorts de l'efficacité thérapeutique tient à la *souplesse et à l'inventivité des cadres de prise en charge* que nous offrons aux familles (entretiens familiaux, groupe de parents, suivi individuel d'un membre de la famille, visites à domicile). Le principe qui préside au travail à l'USIS, est d'offrir aux enfants un cadre clair et stable (l'inverse de la rigidité), et cela n'est possible qu'à la condition que les soignants aient la liberté, dans la mesure de nos moyens, d'adapter leurs réponses en fonction de l'évaluation des situations familiales et scolaires.
- 3- L'efficacité thérapeutique et préventive ne dépend pas seulement de l'unité de soins : *notre action s'articule d'emblée avec les partenaires* de l'Education nationale, des services sociaux et des services de justice. Les réunions de synthèse avec les partenaires représentent à la fois un temps d'élaboration en commun pour une clinique partagée et constituent déjà en soi un étayage pour ces familles en grandes difficultés.
- 4- Envisager les troubles de l'enfant comme les signes d'une perturbation de leur personnalité, comme la conséquence de la mise en place d'un système défensif entravant les apprentissages scolaires et comme le haut-parleur des difficultés du groupe familial, nous a conduit à concevoir le traitement avec à la fois modestie et ambition. Modestie car nous sommes convaincus que seul, notre action a peu de chance d'être efficace, c'est l'ensemble du partenariat qui s'avère l'être, et ambitieux car, *grâce à ce maillage* entre les différents acteurs autour de l'enfant et de sa famille, nous avons la prétention *d'aller au-delà de la correction* ou de la suppression du trouble en *remaniant plus profondément et plus durablement les positions subjectives*. Inutile d'ajouter que cela prend des années.

L'esprit des soins à l'USIS : matériel et méthodes

L'équipe est composée de 11 psychologues, dont 2 psychothérapeutes pour les suivis individuels, d'1 éducateur, d'1 accompagnateur social, d'1 psychomotricienne, d'1 médecin et d'1 assistante sociale, soit l'équivalent de 8 temps pleins. Les enfants de 3 à 6 ans sont accueillis deux ou trois fois 3 heures par semaine et les plus grands viennent tous les soirs de 16h30 à 18h30, les mercredis et les petites vacances. La file active annuelle est d'environ 50 enfants.

Les méthodes utilisées sont *éducatives et psychothérapeutiques*, le plus souvent en groupe même si certains enfants bénéficient aussi de prises en charge individuelles, quand cela devient possible.

Chaque enfant, dès qu'il est admis, se voit attribuer un *couple de référents* qui deviendront ses interlocuteurs privilégiés, ceux de sa famille et de tous les acteurs auxquels il aura affaire.

Les enfants sont pris en charge en petit groupe d'évolution. Un petit groupe d'évolution comprend 5 ou 6 enfants et un couple de thérapeutes. *Le cadre du groupe*, son début, sa fin, la pièce dans laquelle il a lieu (fermée à clef) et la scansion des activités qui s'y déroulent, *assurent une contention* de l'agitation et de l'excitation. À l'intérieur de ce cadre, les soignants utilisent des médiations sans lesquelles l'enfant ne peut tolérer d'être confronté à sa vie fantasmatique appauvrie par la défense (entre défenses maniaques, attaques des liens et procédés auto-calmands). Pour ne citer qu'un exemple, l'aide aux devoirs est conçue à l'USIS, comme une médiation parmi d'autres, c'est-à-dire comme un moyen pour le soignant d'apprécier le retentissement sur les apprentissages des attaques de la défense sur les liaisons psychiques et pour l'enfant comme le moyen de nouer une relation avec un adulte qui peut lui verbaliser ce qu'il peine à se représenter.

Le cadre détient une fonction de suppléance pour pallier une intériorisation défailante des interdits. La limite aide l'enfant à passer de la position omnipotente du tout est possible qui l'engage sur la voie du tout est foutu à la dialectique du permis défendu.

Le cadre institutionnel repérable par ses limites claires et stables introduit progressivement l'enfant à une conflictualité nécessaire à la constitution d'un espace intime et autonome, autrement dit d'un appareil à penser les pensées.

Résultats

La politique de soins ne vise pas la correction ou la suppression des symptômes, mais travaille à *optimiser le fonctionnement mental de l'enfant* en l'aidant à élaborer la crainte d'effondrement sous-jacente dont il se défend par l'agitation, le passage à l'acte et les troubles du comportement. La stratégie des soins vise à réduire le risque d'une cicatrisation déficitaire sur le plan intellectuel et/ou de la constitution d'une pathologie à forte tendance anti-sociale. La prise en charge dans une unité à temps partiel offre à l'enfant un étayage, un soutien, une sécurité permettant l'intériorisation. Les soignants accueillent les projections violentes de l'enfant qui n'ont pas de qualité psychique, les transfigurent en les verbalisant et leur donnent ainsi un statut d'objet psychique. La prise en charge doit permettre à l'enfant, en passant par la contention matérialisée par le cadre institutionnel, d'accéder à la possibilité de se contenir, de supporter l'attente en s'appuyant sur un imaginaire enrichi. Grâce à une étude visant à reconstituer les trajectoires des enfants suivis à l'USIS depuis sa création en 1981 et à les comparer aux résultats de l'enquête nationale sur les adolescents, nous pouvons affirmer que notre manière d'agir a évité la désinsertion scolaire précoce et le recours à des solutions aliénantes. Une de nos anciennes patientes a résumé en une formule simplissime, dans l'auto questionnaire qui lui avait été adressé, le bénéfice qu'elle avait retiré de plusieurs années de prises en charge particulièrement difficiles : « à l'USIS, j'ai appris à demander ».

Discussion et conclusion

Le fonctionnement mental des enfants présentant des comportements psychopathiques est marqué par le passage à l'acte. Le passage à l'acte court-circuite la mentalisation et prive le thérapeute de la possibilité de travailler sur des représentations. La pauvreté des contenus mentaux, le sentiment d'impuissance thérapeutique qui en résulte, amènent certains à se poser la question d'un caractère constitutionnel inhérent au syndrome d'hyperactivité et de psychopathie. Nous pensons que les comportements psychopathiques de l'adolescent sont la conséquence d'une dysharmonie évolutive de la petite enfance, quelle qu'en soit l'étiologie ; elle peut être identifiée très tôt dans la petite enfance et traitée afin d'enrayer une évolution incertaine mais à risque. Comme les auteurs de l'expertise collective de l'INSERM sur le trouble des conduites le préconisent, nous procédons à un repérage et à des actions précoces. Cependant, nous formulons deux critiques : l'approche factorielle est peu appropriée ; le choix d'une approche médicale ne permet pas d'aborder l'ensemble des problèmes posés par ces enfants et ces adolescents. Autrement dit, le rapport confond expertise collective médicale (appropriée aux maladies dans lesquelles existe une physiopathologie) et expertise collective de type santé publique qui nécessite une analyse d'ensemble. Plutôt que de juxtaposer les théories et de superposer les pratiques dans un assemblage éclectique au lieu de proposer une architecture d'ensemble, nous nous appliquons à réfléchir à l'enfant dans son environnement comme une totalité et à coordonner notre action thérapeutique avec le souci de hiérarchiser les actions à mener en fonction du contexte. L'enfant aux comportements troublés ne l'est pas pour des motifs un peu biologiques, un peu psychologiques, un peu sociaux, tout simplement parce que ça ne veut rien dire et que cela ne constitue en rien un guide pour l'action, qu'elle soit préventive ou thérapeutique. Les parties (ce qui est du registre médical, scolaire, social et judiciaire) ne peuvent pas être identifiées en dehors du tout (l'enfant n'a pas un environnement avec lequel il est en relation, il est un élément de son environnement).

Il nous est apparu plus pertinent de réduire le symptôme en lui donnant son sens dans le contexte de l'enfant (plutôt que de le considérer comme un trouble co-morbide). Cette démarche a l'avantage d'agir sur le système relationnel dans lequel l'enfant vit. C'est plus long mais moins coûteux, car nous savons que lorsque la prévention fonctionne, la réduction des risques est aussi une réduction des coûts humains, sociaux et financiers.

En matière de prévention, *c'est la manière de travailler* au sein du réseau de partenaires qui est déterminante, pour que « réseau » et « partenaires » ne soient pas des slogans. Il s'agit de créer les conditions d'une *clinique partagée* entre tous les intervenants, d'éviter autant que faire se peut les décisions prises par un seul, d'aménager les tensions inévitables, voire d'en tirer une meilleure compréhension de la psychopathologie des enfants et des situations à risque.

En matière de traitement, notre expérience a montré que la *disposition* de l'ensemble des professionnels était déterminante dans l'amélioration de la trajectoire thérapeutique et scolaire des enfants. La condition de notre efficacité thérapeutique tient beaucoup au climat de confiance et à la langue commune que nous avons construite. C'est au gré de réunions autour d'un enfant, d'interventions dans les conférences de directeurs d'école maternelle et primaire, que cette collaboration a pu faire fonction d'étayage pour les enfants et leurs familles.

Loin d'être ressenti comme la « police des familles », le souci que les professionnels élaborent et l'aide qu'ils cherchent à définir ensemble pour l'enfant en état limite, amènent souvent les parents à formuler une demande pour un autre de leurs enfants ou pour eux-mêmes.

La « prédiction du passé » en fonction d'une situation actuelle permet à tous de se persuader du bien-fondé et de la valeur préventive de certains modes d'intervention. Il ne s'agit pas de psychiatriser la misère mais d'inventer des dispositifs de prévention et des réponses thérapeutiques à des souffrances « euphémisées » par l'idéologie actuelle de la souffrance psychique. Si la souffrance psychique se retrouve dans la plupart des détresses sociales, elle n'en est évidemment pas la conséquence directe; elle n'en est pas nécessairement non plus la cause. Mais elle les accompagne souvent, les aggrave et les pérennise.

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCE : QUELS ENJEUX, QUELLES PERSPECTIVES ?

Prévention de la psychopathie par la protection judiciaire de l'enfance

Philippe CHAILLOU

Président de la chambre des mineurs à la cour d'appel de Paris

La procédure d'assistance éducative a été créée en 1958 pour tenter de faire reculer la délinquance des mineurs en prenant en compte le problème de l'enfant avant même qu'il ait commis des actes de délinquance. Cette démarche partait du constat que, chez la plupart des mineurs délinquants, on retrouvait les mêmes constantes : enfance gravement perturbée par la misère, la violence ou l'alcoolisme familial. L'idée était donc d'agir sur ces causes pour tenter de faire échapper le plus d'enfants possible à la délinquance.

Cette procédure, inscrite dans le code civil et non dans le code pénal - la différence est d'importance - peut être ouverte si « la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises ». Le juge, qui est le même que celui qui instrumente au pénal pour les mineurs, le juge des enfants, après avoir vérifié que les conditions de sa saisine sont bien remplies, peut faire 2 choses :

- soit maintenir l'enfant dans son milieu actuel sous le bénéfice d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert ;
- soit, si cela est nécessaire, ordonner le placement de l'enfant.

Quand il ordonne le placement de l'enfant, le juge des enfants peut, dans l'ordre, confier l'enfant à l'autre parent, à un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance, à une institution ou à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Les parents ne sont pas dessaisis de l'autorité parentale et continuent à en exercer tous les attributs qui ne sont pas incompatibles avec l'exercice de la mesure. S'il a été nécessaire de placer l'enfant hors de chez ses parents, ceux-ci conservent un droit de visite et de correspondance que le juge peut suspendre provisoirement si l'intérêt de l'enfant l'exige.

Ces dispositions, qui sont centrales à la protection judiciaire de l'enfant et qui sont toujours en vigueur aujourd'hui, sont complétées par 3 types d'autres dispositions, que je vais aussi rappeler brièvement.

En cas de désintérêt manifeste ou si les parents sont dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'autorité parentale, le particulier, l'établissement ou le service départemental de l'aide sociale à l'enfance qui a recueilli l'enfant peut également saisir le Juge aux Affaires Familiales aux fins de se faire déléguer totalement ou partiellement l'exercice de l'autorité parentale. C'est la délégation de l'autorité parentale.

Peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale,

- par la juridiction pénale, les parents condamnés soit comme auteurs d'un crime ou délit commis sur leur enfant, soit comme complices d'un crime ou délit commis par leur enfant ;
- par le tribunal de grande instance statuant au civil, les parents,
 - 1- qui, soit par de mauvais traitements, soit par une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ou un usage de stupéfiants, soit par une inconduite notoire ou des comportements délictueux, soit par un défaut de soins ou un manque de direction, mettent manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant ;
 - 2- qui, quand une mesure d'assistance éducative a été prise à l'égard de l'enfant, pendant plus de 2 ans, se sont volontairement abstenus d'exercer leur autorité parentale ou leurs droits de visite ou d'hébergement.

C'est le retrait de l'autorité parentale, qui a remplacé l'ancienne déchéance. Conséquence majeure d'une décision de retrait de l'autorité parentale : l'enfant devient adoptable même sans accord de ses parents.

Dernier élément du dispositif : la déclaration judiciaire d'abandon. L'enfant recueilli par un particulier, un établissement ou un service de l'aide sociale à l'enfance, dont les parents se sont manifestement désintéressés pendant l'année qui précède l'introduction de la demande en déclaration d'abandon, est déclaré abandonné par le tribunal de grande instance sauf le cas de grande détresse des parents. C'est la déclaration judiciaire d'abandon qui permet également l'adoption d'un enfant sans l'accord de ses parents.

Voilà en résumé et très rapidement le dispositif de protection judiciaire de l'enfance. La question qui nous est posée aujourd'hui est : ce dispositif est-il de nature à éviter qu'un certain nombre d'enfants deviennent par la suite des psychopathes ?

En apportant tout de suite à cette question un bémol. Comme en matière de médecine, tout système qui fonctionne sur de l'humain ne peut avoir d'obligation de résultat. Tout d'abord parce que le problème de l'enfant qui devient psychopathe, à supposer que la causalité dans ce domaine soit certaine, dépasse de loin les seules réponses susceptibles d'être apportées par la justice. Je pense à toutes ces causes sur lesquelles le dispositif judiciaire n'a pas de prise et qui relèvent d'une action politique au sens large : chômage de masse des parents, problèmes de logement générateurs de promiscuité et de violence, trafics d'enfants entre pays pauvres et pays riches, violence et pornographie distillée par les médias... Et j'en passe ! Il appartient certes aux professionnels de prendre leurs responsabilités, mais tout en sachant qu'il existe d'autres responsabilités, notamment de nature politique, et qu'ils ne peuvent pas, contrairement à ce qu'affirment certains, tout ! Tout ceci, pour rappeler si besoin était, que la question est complexe et ne saurait faire, en aucun cas, l'objet de réponses simplistes. D'autant que la question de la protection de l'enfance est quand même sous-tendue par des questions de nature philosophique qui ne sont pas si simples et qu'on pourrait résumer ainsi : A qui appartient l'enfant ? A la société ? A ses parents ? A lui-même ? Je vous laisse y réfléchir...

En attendant, je vais, dans un premier temps, tenter de répondre à une première question. Notre système de protection de l'enfance fonctionne-t-il bien, répond-il à ses missions ? Cette réponse, je vais tenter de l'apporter de ma place de président de la chambre des mineurs à la cour d'appel de Paris, qui voit environ et, depuis un certain nombre d'années, lui passer entre les mains entre 600 et 700 dossiers d'assistance éducative par an, provenant de tout le ressort, c'est à dire d'endroits aussi différents que Paris, l'Yonne ou la Seine-Saint-Denis par exemple, et qui, en sa qualité de magistrat délégué à la protection de l'enfance, visite régulièrement tous les tribunaux pour enfants du ressort et réunit à cette occasion tous les acteurs de la protection judiciaire de l'enfance d'un département : policiers des brigades des mineurs, responsables de l'aide sociale à l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'Education nationale, avocats spécialisés et magistrats. Place qui, vous l'avez compris, suppose un certain recul puisque la chambre des mineurs intervient ponctuellement dans les dossiers d'assistance éducative et n'en assure pas le suivi. Etant précisé en outre que je pratique la juridiction des mineurs depuis plus d'une vingtaine d'années, ce qui permet une certaine mise en perspective dans le temps.

La première réflexion que je ferai, c'est que nous avons fait beaucoup de progrès dans le domaine à la fois des mauvais traitements à enfants et des agressions sexuelles. Je ne parle pas ici des poursuites pénales contre les parents dont certains procès ont pu défrayer la chronique. Je ne parle que de la protection civile de l'enfance, dont d'ailleurs les médias parlent peu. J'entendais, il y a peu, les responsables des brigades des mineurs d'un département dit difficile, responsables qui avaient un recul d'une dizaine d'années, dire qu'en matière de mauvais traitements à enfants, ils ne faisaient plus de grosses affaires comme autrefois, que maintenant, ils avaient une majorité de petites affaires, en raison du travail de dépistage et de signalement fait, et qu'ils avaient même parfois l'impression qu'on allait un peu loin dans l'intervention policière auprès des familles dans ce domaine. En matière d'abus sexuels, la prise de conscience a été considérable. Peut-être y en a-t-il plus, mais ce qui est certain c'est qu'il y en a beaucoup plus qui sont dénoncés. Avec un risque aussi, celui de verser dans l'excès, qui nécessite notamment une très grande vigilance dans les procédures de séparation, où les accusations, pas toujours fondées, peuvent fleurir assez vite.

Ceci étant dit, tout n'est pas parfait, loin de là ! A chaque instant, les progrès accomplis peuvent être remis en cause, si on baisse la garde ou si on fait preuve d'auto-satisfaction. Et il reste toutes ces zones en demi-teintes difficiles à repérer où l'enfant peut être victime de brimades, de simples mots au quotidien qui peuvent finir par le détruire. Dans ce domaine particulièrement, il nous reste des progrès à faire, tout en étant cependant vigilants, vous le comprenez, pour ne pas déraiper, au prétexte de l'intérêt de l'enfant, dans une surveillance des familles de type « *Big Brother* ». C'est là où les propositions qui sont actuellement faites de remplacer la notion de danger, par exemple, par la notion d'intérêt de l'enfant m'apparaissent dangereuses. Aujourd'hui un juge des enfants ne peut intervenir que « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un enfant sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises ». La Cour de cassation, dans sa grande

sagesse, n'a jamais voulu définir cette notion de danger, comprenant bien évidemment qu'aucune définition n'était possible ni même souhaitable, la perception qu'on peut avoir du danger pouvant varier au fil de l'évolution de la société. La Cour de cassation impose simplement au juge de caractériser le danger, se contentant de borner cette notion. Le danger doit être réel et non hypothétique. A défaut d'être actuel, il doit être imminent, c'est-à-dire qu'il doit être hautement prévisible qu'il se réalisera à une échéance proche si aucune décision judiciaire n'intervient. Il ne faut pas oublier en effet qu'en même temps qu'un rôle de protection de l'enfance en danger, le juge a, en application de l'article 66 de la Constitution, un rôle de protection de la liberté individuelle.

Malgré toutes ces précautions de méthodologie, force est bien d'admettre que de déterminer si un enfant est en danger ou non est une mission délicate. Car il faut tout simplement tenter de distinguer, notamment dans ces zones floues que j'évoquais il y a un instant, ce qui relève d'un dysfonctionnement familial grave des aléas de la vie. Ce qui est certain, me semble-t-il, c'est que la loi et donc le juge ne peut se situer que dans l'interdit, dans le négatif et dire « cette façon de faire avec ses enfants est interdite » et non pas « c'est comme cela qu'il faut élever ses enfants », car la justice, fort heureusement, n'a rien à dire sur la manière dont il faudrait élever les enfants. Elle n'est pas là pour dégager les critères d'une éducation idéale mais pour rappeler la limite qui, vous le savez bien, pourrait se résumer à cette interdiction : « on ne jouit pas de ses enfants ».

Ma seconde réflexion, c'est que nous ne sommes pas très bons dans la prise en charge concrète des enfants et dans la gestion de leur situation dans la durée. En principe, sauf situation très grave, l'intervention du juge des enfants doit commencer par une intervention dans la famille. C'est la mesure d'Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO en jargon), qui a pour « mission d'apporter aide et conseil à la famille dans les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre ». Décidée par le juge, dans un cadre judiciaire contraignant - le service doit en effet rendre compte au juge régulièrement - ce type d'intervention, mené intelligemment, dans une dialectique judiciaire/éducatif serrée, permet de faire évoluer certaines situations sans qu'il soit besoin de prendre des décisions plus graves. Le drame, c'est un manque cruel de moyens. Ainsi, il ne manque pas de départements où les décisions d'AEMO sont prises par le juge et exécutées 6 mois plus tard, voire pas exécutées du tout, ce qui repousse nécessairement l'intervention du côté de mesures plus radicales. Je pense au placement.

L'acte judiciaire de séparation, quand il est nécessaire, quand il a été mûrement pensé et quand il n'est pas passage à l'acte, peut ouvrir cependant lui aussi un véritable espace, une véritable possibilité de travail avec les parents et avec l'enfant. Or, cette possibilité n'est pas toujours saisie par les services auxquels sont confiés les enfants et peut varier énormément selon les départements. Comme si la décision de séparation se suffisait à elle-même, que c'était un fait définitivement acquis et qu'il convenait de gérer à la petite semaine. Il y a ainsi assez souvent peu de travail d'accompagnement et de réflexion tant avec la famille qu'avec l'enfant sur ce qui a été à l'origine du placement. Ce qui produit souvent un malentendu terrible entre les familles et les services de l'aide sociale à l'enfance, l'enfant étant souvent pris comme enjeu de ce malentendu et n'arrivant parfois même plus à comprendre pourquoi il a été retiré à ses parents. Souvent également, on constate une gestion malthusienne des droits de visite des parents, dont on a l'impression parfois qu'ils ne sont pas organisés pour l'intérêt de l'enfant mais pour le confort de l'institution. On a ainsi vu régulièrement devant notre chambre des parents qui, en dehors de tout problème de maltraitance ou d'abus sexuels, ne pouvaient voir leur enfant qu'une fois tous les 15 jours pendant une heure. Comment dans ces conditions maintenir un lien et apprécier en connaissance de cause la suite à donner à une décision de retrait ?

Je précise bien qu'il ne s'agit là que de tendances générales. Bien sûr, il peut y avoir des cas où, à l'inverse, des droits de visite ont été accordés à la légère. Mais, en ce qui concerne l'expérience que nous en avons dans notre chambre, c'est plus rare. J'en profite pour préciser d'une manière plus générale que, bien sûr, il y a des exceptions à ces tendances que je viens de relever. On a tous en mémoire des cas dans lesquels les institutions ont eu le plus grand mal avec une situation d'enfant, pour ne pas dire plus ! Mais il ne me semble pas que l'on puisse raisonner sur des exceptions et affirmer, dans un parfait discours paradoxal, que la protection de l'enfance peut être d'une manière habituelle à l'origine de la violence des enfants. Même si elle se trompe parfois - personne ne se trompe jamais, même si c'est particulièrement regrettable dans un domaine comme celui-ci - la protection de l'enfance remplit globalement sa mission. Et ce, même si des améliorations peuvent être apportées au système. Ce sera mon deuxième point.

Le système peut être amélioré. Et je vois 2 directions dans lesquelles il peut être amélioré. La première est le renforcement de la compétence des professionnels.

Par 2 moyens :

D'abord la formation. Une véritable formation clinique, à partir de cas. Qui permettrait aux professionnels, peut-être d'abord les travailleurs sociaux mais aussi les juges, d'éviter de trop osciller, au gré des modes

intellectuelles successives, entre le « tout placement » et le « tout famille ». Il est évident qu'un enfant doit d'abord et, avant tout, être élevé par ses parents. Mais il est aussi évident que, dans un certain nombre de cas, l'intervention de la justice et même le retrait de l'enfant de sa famille peuvent être nécessaires. Cela ne peut jamais être question d'idéologie, cela n'est qu'une question de cas, de casuistique. Et c'est cette casuistique qu'il convient de travailler, d'approfondir et, pourquoi pas, dans des formations pluridisciplinaires, qui réuniraient les différents corps de métier qui, chacun de leur côté, œuvrent à la protection de l'enfance, en amont du juge bien sûr : services de l'ASE ou établissements privés ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse mais aussi en aval : professionnels de la Protection Maternelle et Infantile, de l'Education nationale, médecins. Afin qu'un minimum de culture commune puisse se dégager, ce qui n'empêcherait en rien d'ailleurs que chacun par la suite, à sa place, puisse remplir son office.

Il faut ensuite une permanence minimale dans ces fonctions. Il n'est sans doute pas bon que quelqu'un, au risque d'une appropriation, exerce les mêmes fonctions au même endroit pendant toute sa vie professionnelle. Mais il est redoutable pour des enfants et leur famille, que les professionnels médico-sociaux, qui sont amenés à les prendre en charge quasi-quotidiennement, que les juges qui connaissent bien leur situation, changent trop souvent. Il doit y avoir un minimum de continuité dans ces fonctions alors que justement les gens auxquels ils ont à faire sont des gens éclatés, déstructurés, manquant de repères. La remarque est vraie pour les relations des professionnels avec les usagers. Mais elle est aussi vraie pour les relations des professionnels entre eux. Pour s'atteler à des cas parfois aussi difficiles, on gagne du temps et de l'énergie si on se connaît déjà un peu, si on a déjà mené ensemble des affaires difficiles et si est née, entre ces professionnels, une relation de confiance.

Un mot, à cet instant de mon propos, sur les relations entre le juge et le « psy ». Pour dire que le « psy » bien sûr a une place dans ce processus et une place de choix. D'abord au niveau de l'évaluation. Si la justice a un sens, c'est qu'elle permet de prendre le temps de s'arrêter pour tenter de faire le bilan d'une situation : Comment a-t-on pu en arriver là ? Ce qui permet d'ailleurs quand on a un peu repéré les causes de tenter d'agir sur ces causes et de faire évoluer les choses si cela est possible. C'est la fonction d'analyse du « psy », soit dans le cadre individuel de l'expertise, soit dans un cadre pluridisciplinaire : c'est la mesure d'Investigation et d'Orientation Educative (IOE). Et puis il y a la fonction soignante du « psy ». Mais qui, à mon sens, dans l'assistance éducative, ne peut passer que par le relais des travailleurs sociaux et ne peut être imposée par le juge dans sa décision. Tout cela en somme n'est rien que de très classique. L'écueil à éviter, me semble-t-il, dans ces relations juge « psy », c'est une alliance trop étroite entre le discours juridique et le discours médical, qui ne laisserait plus de place au justiciable. Car qu'il y a-t-il de plus redoutable pour les gens que le médecin-juge ou le juge-psy dans leur volonté de puissance ?

Deuxième direction dans laquelle le dispositif peut être amélioré. Il faut dresser le bilan des lois de décentralisation en matière de protection de l'enfance. Disant cela, j'ai l'impression de dire un gros mot tant le silence des politiques est assourdissant sur cette question et tant c'est une question qui n'est pas politiquement correcte ! Peut-être que des prés carrés, des domaines réservés de la part d'un certain nombre de notables locaux, ont à y perdre ! Mais le fond du problème est bien là ! La réalité c'est bien, dans mon ressort, des départements dont le taux de placement pour 1000 habitants peut varier du simple au double. La réalité, c'est bien des départements qui ont une politique en matière de prévention tout à fait inconsistante, alors que d'autres sont perpétuellement à la recherche du dispositif le plus pertinent. La réalité, c'est bien que les dispositifs de protection de l'enfance peuvent varier infiniment d'un département à l'autre. Avant donc que de se lancer dans une nouvelle fuite en avant législative, prenons le temps de faire une démarche d'évaluation et de mesurer les effets de ces différences pour les populations et notamment les enfants.

Dernière remarque et elle me servira de conclusion. Prenons garde si on se lance dans une réforme législative d'ampleur de ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Et je ne parle pas des propositions de loi qui, sans vergogne, tentent de surfer sur un fait divers et la misère du monde ou de celles inspirées de théories scientifiques. Elles sont négligeables. N'oublions en tout cas pas, dans cette réflexion préalable nécessaire à tout travail législatif, que s'il y a du juge dans la protection de l'enfance, c'est qu'il y a de la contradiction. Et qu'il ne suffit pas de se draper dans la bannière de l'intérêt supérieur de l'enfant pour résoudre ces contradictions.

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCE : QUELS ENJEUX, QUELLES PERSPECTIVES ?

Santé des enfants et adolescents confiés à l'aide sociale à l'enfance

Monique BOURDAIS

Médecin conseil – Sous-direction des Actions Familiales et Educatives
Département de Paris – Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé

INTRODUCTION

Près de 9600 enfants et adolescents parisiens bénéficient d'une mesure d'aide sociale à l'enfance, qu'ils vivent au sein de leur famille (près de 4300 en 2004) ou qu'ils soient pris en charge physiquement, en famille d'accueil ou en structure collective (environ 5300 en 2004).

Parallèlement aux travaux des schémas départementaux conjoints de protection de l'enfance, plusieurs études épidémiologiques, relatives à l'état de santé des mineurs confiés à l'ASE, ont été lancées par le Département de Paris, la première en 97/98 (schéma signé en mars 1999), les deux autres en 2002-2003 (schéma signé en octobre 2003).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les trois études citées ont été réalisées par le Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (C.A.R.E.P.S.), en collaboration avec les professionnels de l'aide sociale à l'enfance de Paris.

La première étude a porté sur l'état de santé des enfants et adolescents pris en charge physiquement : elle a été effectuée de février 1997 à avril 1998, auprès d'un échantillon de 600 enfants et adolescents de 0 à 17 ans. L'étude a été effectuée à la fois auprès des assistantes maternelles, des travailleurs socio-éducatifs, des médecins, et, pour les 13 - 17 ans, auprès des jeunes eux-mêmes (pour ces derniers, par un questionnaire facultatif et anonyme).

La deuxième étude a porté sur l'état de santé d'un échantillon plus restreint, constitué de 84 enfants de 5 - 6 ans, et 107 adolescents de 14 - 15 ans, auprès des mêmes professionnels que l'étude précédente, et auprès des adolescents eux-mêmes.

La troisième étude a porté sur un échantillon de 84 enfants de 11 - 12 ans, à partir duquel ont été analysées les relations entre l'état général des enfants, les évolutions intervenues, et leur parcours antérieur dans le dispositif de protection de l'enfance, en faisant appel aux observations des éducateurs et/ou des assistantes maternelles, et des référents de l'aide sociale à l'enfance, à partir du dossier administratif et social de l'enfant.

RÉSULTATS

Etudes « santé » - 1997-98 et 2002-2003 :

1. L'état de santé des enfants et adolescents pris en charge par l'aide sociale à l'enfance est généralement considéré par les professionnels qui les ont en charge au quotidien comme bon ou assez bon. Cependant, les deux études effectuées à cinq ans d'intervalle ont mis en évidence une proportion non négligeable de problématiques médicales lourdes, liées à des malformations congénitales, des pathologies chroniques, des handicaps moteurs ou cérébraux : leur fréquence est évaluée par les médecins à 21% des enfants, 13% des adolescents, ceci quel que soit le type de mode d'accueil.
2. Les troubles du développement psychomoteur touchent plus d'un enfant sur trois mais aussi 13% des adolescents, et sont fréquemment rapportés par les médecins à des séquelles psychologiques (20 à 30%) et/ou physiques (5 à 8%) de mauvais traitements. Ils sont plus souvent observés chez les enfants et adolescents accueillis en structure collective.
3. 90% des 5 - 6 ans sont scolarisés en enseignement général, mais ce n'est le cas que de 50% des adolescents. Plus de 40% des 14 - 15 ans ont cependant une scolarité satisfaisante et souhaitent continuer leurs études. Pour 10% des enfants/adolescents, la filière suivie est inadaptée à leurs capacités, elle ne l'est que partiellement pour 25% d'entre eux. Les difficultés scolaires concernent 22% des enfants et 30% des adolescents (respectivement 6% et 10% sont en grande difficulté), notamment pour ceux accueillis en structure collective. La prévention des déscolarisations est un des soucis importants pour l'aide sociale à l'enfance.

-
4. Le maintien des liens familiaux est privilégié autant que faire se peut, surtout pour les plus jeunes : près de 70% des 5 - 6 ans, 50% des 14-15 ans, reçoivent régulièrement la visite de leur famille. Les adultes référents l'estiment bénéfique pour 60% d'entre eux, près de 20% des assistantes maternelles accueillant un adolescent ont un avis contraire. La plupart des professionnels, surtout en structure collective, jugent important le maintien de ce lien mais sont partagés sur les effets qu'ils en perçoivent pour les enfants et les adolescents qu'ils ont en charge.
 5. Le réseau relationnel des enfants et adolescents semble relativement restreint, notamment pour les plus jeunes accueillis en structure collective : le réseau de pairs se limite souvent à 1 ou 2 amis de son âge, au plus, pour 30% des 5 - 6 ans et 50% des 14 - 15 ans. 5% disent n'en avoir aucun. Par contre, presque tous, selon l'avis des adultes, ont un adulte auquel ils semblent très attachés ou auquel ils peuvent parler en confiance : parents, famille d'accueil et/ou éducateurs. Les adolescents confirment ces liens possibles, mais 20% d'entre eux déclarent cependant n'avoir aucun adulte avec lequel ils puissent parler en toute confiance, ce taux passant à 40% pour ceux accueillis en structure collective.
 6. En matière de vie sentimentale, les comportements des jeunes se rapprochent de ceux observés dans les autres populations des mêmes classes d'âge, avec cependant une plus grande précocité des relations sexuelles pour les jeunes accueillis en structure collective.
 7. Les perturbations psychologiques, observées chez la majorité de ces enfants ou adolescents au passé souvent lourd, semblent globalement évoluer de façon positive dans le temps. Les plus fréquentes sont les troubles du sommeil (plus de 40% des 5-6 ans, le tiers des 14 -15 ans), les troubles de la conduite alimentaire (26% des enfants, 21% des adolescents – surtout les filles), et les troubles de l'humeur : anxiété (60% des 5-6 ans, 40% des adolescents), instabilité (respectivement 45% et 32%), agressivité (40% et 25%). Les médecins pointent une fréquence élevée de troubles neuropsychiques (13%) et de troubles du comportement (21% chez les 5-6 ans, 11% chez les 14 -15 ans) mettant en évidence l'intérêt d'une prévention et d'une prise en charge précoce.
 8. Les consommations de substances toxiques déclarées par les adolescents eux-mêmes, notamment cannabis (passée de 12% en 97-98 à 21% en 2002) et tabac (22% des 14 -15 ans), semblent assez proches de celles enregistrées pour la même classe d'âge en population générale (Inserm : 20% en 94, Baromètre Santé jeunes : 25% en 2000), et plutôt plus faibles que celles enregistrées chez les jeunes suivis par la PJJ. La consommation de cannabis déclarée par les adolescents de l'aide sociale à l'enfance a cependant doublé en 5 ans... Ces observations concernent deux fois plus souvent les jeunes accueillis en structure collective que ceux placés en famille d'accueil.
 9. On observe également une fréquence élevée de violences agies et/ou subies, cette fois largement supérieure à celles décrites dans d'autres populations : en 97 - 98, 20% des adolescents (15% en 2002) disent avoir été victimes – au moins une fois dans leur vie - de violences qualifiées de graves, notamment des violences physiques (19% des filles, 8% des garçons) et des violences sexuelles (16% des filles, 19% des filles en établissement, pour une fréquence dans la population générale de 4%). 7% des 14 - 15 ans et 1% des 5 - 6 ans ont été victimes de violences sexuelles au cours des 12 mois écoulés.
 10. Les fugues sont (très) fréquentes : 25% des jeunes interrogés disent avoir fugué au cours de leur vie, 11% à plusieurs reprises : ces chiffres sont plus élevés pour les filles (32%), et pour les jeunes accueillis en structure collective.
 11. En 97-98, les médecins avaient souligné la fréquence des symptômes dépressifs chez les nourrissons (14%) et les 3-6 ans (20%). 25% des 14-15 ans interrogés en 2002 manifestent des signes de dépressivité (27% dans la même classe d'âge en population générale, 28% dans la population prise en charge par la PJJ), avec pour 15% d'entre eux un indice de Kandel évoquant franchement une symptomatologie dépressive (12% dans l'étude de 1997-1998, 7% dans une population standard, 11% dans la population prise en charge par la PJJ). Adultes, médecins et adolescents s'accordent à décrire ces symptômes plus fréquents pour les enfants et adolescents accueillis en structure collective, et plus encore pour les filles.
 12. 28% des adolescents déclarent avoir eu des idées suicidaires, fréquemment pour 13% d'entre eux. Il s'agit surtout des filles, pour qui la proportion atteint 43% (19% fréquemment). Les tentatives de suicide (au moins une fois pour 13% des adolescents, plusieurs fois pour 8,2%), sont elles aussi essentiellement le fait des filles (22% des filles prises en charge). Les jeunes accueillis en établissement (19,4%) sont beaucoup plus concernés que ceux accueillis en placement familial (6,9%). En 97-98, les taux observés chez les adolescents étaient un peu plus faibles : 8% déclaraient avoir fait au moins une tentative (contre 6% dans la population de l'Inserm), et 5% plusieurs tentatives. Ceux observés en 2002 se rapprochent des taux observés dans la population prise en charge par la PJJ. Par contre, en accueil familial (6,9%) les fréquences observées rejoignent celles observées dans la population générale (6%).

13. L'étude fait état d'un suivi psychologique largement développé : 52% des 5-6 ans (38% des 3-6 ans en 97-98), et 43% des 14-15 ans (21% des 13-17 ans en 97-98) bénéficient d'un suivi. Les adolescents restent peu demandeurs, exprimant plus fortement leur attente en terme d'écoute et de soutien. Cependant 32% d'entre eux disent avoir consulté un psychiatre ou un psychologue, en dehors de celui de l'institution, au cours des 12 mois écoulés.

Etude « parcours » - 2002-2003

Cinq groupes typologiques ont pu être mis en évidence, rassemblant chacun des enfants présentant des caractéristiques relativement homogènes :

- 19% qui indéniablement vont bien, dans leur tête, dans leur corps, à l'école, dans leurs relations avec les autres. Ils sont presque tous en famille d'accueil et souvent dans l'institution depuis longtemps (7 ans en moyenne).
- 35% pour lesquels le constat est moins positif mais chez qui une nette amélioration est notée par rapport au début du placement (témoignant probablement d'un état initial relativement péjoratif), évolution qui peut être, pour partie au moins, portée au crédit de la prise en charge éducative. On les retrouve aussi bien en famille d'accueil qu'en établissement.
- 32% dont l'état actuel est relativement stagnant ; les enfants sont décrits comme non épanouis, avec une scolarité médiocre et on relève assez souvent pour eux une absence d'évolution par rapport au début du placement. Les enfants de ce groupe sont presque aussi souvent en établissement qu'en famille d'accueil.
- 6% pour lesquels un constat pessimiste est dressé : ces enfants présentent un cumul de problèmes (physiques, psychologiques, scolaires) avec une nette tendance à la dégradation. Ils sont majoritairement en établissement et bénéficient plus souvent que la moyenne d'une AEMO (aide éducative en milieu ouvert) associée au placement. Pour ces enfants, l'Aide Sociale à l'Enfance n'est peut être pas (seule) compétente, et certains d'entre eux relèveraient manifestement d'une prise en charge spécialisée difficile à obtenir.
- 7% sont des enfants pour lesquels les questionnaires ont été peu renseignés, souvent arrivés depuis peu dans leur (premier) lieu de placement.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Derrière ces données statistiques, il y a une mosaïque d'êtres singuliers (histoire personnelle, culture d'origine, motifs d'admission, âge à l'entrée, ancienneté dans placement actuel, nombre de lieux de placement, situation juridique, lien familial), dont la prise en charge ne peut être assurée que dans une dimension individuelle. Les aspects mis en évidence permettent cependant de mieux évaluer les besoins de ces enfants et adolescents en terme de prévention et de soin, notamment dans le domaine psychique.

On retrouve les grands axes cités dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (art.R221), ou encore dans le Code Civil (art.375) : l'intervention de l'aide sociale à l'enfance est demandée chaque fois que « les conditions d'existence [des familles] risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants », qu'il s'agisse de mesures de prévention ou de prise en charge physique. L'équilibre humain, personnel et relationnel des enfants et adolescents concernés par ces mesures, nécessite que soit pris en compte l'ensemble de ces facettes.

Santé psychique et santé physique sont le plus souvent intimement associées, et l'approche de santé globale doit toujours être privilégiée. C'est particulièrement le cas pour la population accueillie par l'aide sociale à l'enfance, étant donné la fréquence relativement élevée des problèmes de santé, parfois très lourds, qu'il s'agisse de pathologies chroniques ou de handicaps. Leur retentissement psychologique peut dans certains cas masquer des pathologies nécessitant une double prise en charge physique et psychologique.

Il est cependant évident, à partir des données recueillies, qu'un soutien psychologique rapide est indispensable pour la majorité d'entre eux, en terme de prévention comme en terme de soin. Dans cet objectif, l'aide sociale à l'enfance fait actuellement largement appel aux services de psychiatrie infanto-juvénile, sans lesquels elle ne peut pas prendre en charge de façon satisfaisante ces enfants et adolescents. Pour les jeunes enfants et les adolescents, cette aide est relativement accessible. Elle semble plus difficile à mettre en œuvre pour les pré-adolescents (11-15 ans), et les situations de crise observées, dans des foyers ou dans des familles d'accueil, sont parfois directement liées à une impossibilité d'accès à une prise en charge précoce.

Références

1. *Etude descriptive de l'état général des enfants et adolescents confiés au service d'aide sociale à l'enfance de Paris (0-18 ans) – CAREPS 1998*
2. *Etude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris : Etat de santé physique et psychologique, vie relationnelle, comportements et conduites à risque, vie sociale et loisirs, scolarité (5-6 ans et 14-15 ans) – CAREPS 2003*
3. *Etude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris : Contribution à l'analyse des relations entre l'état général actuel des enfants, les évolutions intervenues et leur parcours antérieur dans le dispositif de protection de l'enfance (11-12 ans) – CAREPS 2003*

Les résultats de ces trois études sont disponibles sur simple demande au Dr M.Bourdais.
Dr M.Bourdais, Cellule santé, DASES, Sous-Direction des Actions familiales et Educatives
94-96 Quai de la Râpée, 75012 Paris, monique.bourdais@paris.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SESSION 3

**Adolescent
à comportement
psychopathique**



LA PSYCHOPATHIE : LES ITINÉRAIRES DE VIE

Philippe JEAMMET

Professeur, chef de service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte
L'Institut Mutualiste Montsouris - Paris.

*« Si l'histoire du psychopathe est faite d'histoires, on peut dire qu'il n'a pas d'histoire »
H. Flavigny*

L'histoire de ses relations affectives précoces se définit par « la discontinuité croissante de leur qualité » créant pour H. Flavigny « l'empreinte psychopathique ». Elle fait de cet enfant un être sans repères stables et sécurisants, ballotté au gré des événements et des caprices des adultes, le rendant dépendant d'un monde sur lequel il se sent sans pouvoir et même pas celui de lui donner un sens. Il se construira en miroir de ce monde, sans assises sécurisantes sur lesquelles se replier, sans espace psychique propre qui puisse servir de tampon entre son Moi, ses contraintes internes pulsionnelles et le monde environnant. Cette absence de lestage interne en fera plus une victime, ballottée au gré de ses impulsions et des événements, qu'un acteur d'un projet de vie dont il est bien dépourvu, en dehors des rêveries compensatrices mégalo-maniaques qui ne seront qu'un facteur supplémentaire de déception.

Ces données fondamentales s'articulent bien à ces autres caractéristiques habituelles de leur comportement : les alternances imprévisibles et les comportements de rupture, reflétant ce défaut de continuité interne et tous ces symptômes plus secondaires que sont l'instabilité, le manque d'intérêt, le besoin d'évasion, les épisodes dépressifs et en toile de fond l'angoisse plus ou moins cachée mais permanente et un état quasi constant de frustration affective. Tous symptômes qui peuvent se rattacher à la dimension dépressive, entendue comme une menace permanente d'effondrement, menace telle qu'elle rend souvent intolérable car ingérable toute confrontation à un vécu dépressif et bien sûr toute organisation dépressive proprement dite que le comportement psychopathique de décharge a justement pour fonction d'évacuer par le recours à l'*agir*.

Le point commun à cette vulnérabilité aux conduites dites antisociales et plus généralement à ces troubles du comportement et à cette pathologie de l'*agir* réside dans l'absence d'un sentiment de sécurité interne suffisant qui permette à ces sujets, confrontés à une situation de conflit et de stress, de faire appel à leurs ressources psychiques internes pour pouvoir différer leur réponse à leurs émotions et avoir un minimum de choix quant à la nature de cette réponse. En l'absence de cette sécurité interne, ils sont prisonniers de leurs émotions et en quelque sorte « manipulés » par l'entourage générateur de ces émotions. Alors qu'ils croient choisir leur réponse en suivant leurs émotions immédiates, ils ne font en fait qu'obéir aux contraintes qu'elles leur imposent. Comme le taureau dans l'arène, captif de sa perception de la cape agitée devant lui, ils n'ont pas d'autre choix que de répondre à une émotion, souvent déclenchée par une perception externe (un mot, un geste, un regard...), par un acte le plus souvent nuisible pour eux et parfois pour les autres aussi, sans pouvoir veiller à leurs intérêts propres.

Attendre en effet suppose une confiance suffisante dans les autres et en soi-même. On ne peut pas demander au funambule sur son fil d'attendre. Ces adolescents vulnérables, tel le funambule, se sentent dans un équilibre précaire et sous l'emprise d'une menace d'autant plus inquiétante qu'ils ne savent pas de quoi elle est faite, en dehors des moments où ils peuvent la projeter et ainsi la figurer et la concrétiser sur tel ou tel élément du monde environnant.

Or cette capacité de confiance, condition d'une attente possible, se constitue pendant les premières années de la vie. Elle repose sur une adaptation suffisamment bonne de l'entourage de l'enfant à ses besoins. Adaptation qui suppose que l'enfant puisse se sentir sujet de désirs et de besoins qui lui appartiennent et auxquels l'entourage répond d'une façon suffisamment adéquate pour qu'il ne perçoive pas trop tôt et trop massivement son impuissance et partant sa dépendance à cet entourage. C'est à l'entourage de créer la bonne distance qui fera que l'enfant aura à la fois le temps de désirer et la capacité d'obtenir une réponse satisfaisante. L'accumulation de ces expériences autorisera une capacité d'attente croissante, du fait de la fiabilité des réponses et de leur répétition en s'appuyant sur ses ressources internes faites de la possible remémoration des expériences de satisfaction antérieures : sucer son pouce en attendant le biberon, jouer en l'absence de la mère...

On voit aisément que cette adaptation est le fruit d'une rencontre entre l'enfant et son environnement. Ce qu'on appelle le «tempérament» de l'enfant, c'est-à-dire les fondements génétiques de ses réactions et de ses capacités d'adaptation vont peser plus ou moins lourdement et rendre plus ou moins ardue la tâche de l'environnement. Les capacités d'introversiion ou d'extraversiion, l'impulsivité, les capacités d'agressivité ou de se déprimer ne sont pas les mêmes d'un enfant à l'autre. Elles exercent leurs propres contraintes qu'il ne faut pas sous-estimer. Mais il faut savoir aussi que ces contraintes vont s'exercer en fonction des effets de résonance avec l'entourage et les événements et de leur action renforçatrice ou inhibitrice sur les potentialités génétiques.

Mais si la continuité d'une relation stable et sécurisante est nécessaire pour assurer le propre sentiment de sécurité et de continuité de l'enfant, l'ouverture à la différence et au tiers lui est tout aussi indispensable pour échapper à l'emprise de ses objets d'attachement et pouvoir se percevoir lui-même nourri de ceux-ci et cependant différent avec une identité propre. On connaît les liens intenses, à la fois à caractère incestuel et faits d'une séduction narcissique réciproque, qui unissent ces adolescents à problèmes et l'un ou l'autre des parents et que vient renforcer l'exclusion de l'autre parent, la figure paternelle le plus souvent. Ce lien d'agrippement à l'un des parents, la mère en général, est d'autant plus aliénant qu'il est exclusif, totalitaire, et rendu nécessaire et même contraignant car fondé sur le manque de fiabilité, l'ambivalence des sentiments et le fait que l'enfant est investi en fonction des besoins du parent d'y trouver un complément narcissique avec la difficulté et parfois l'impossibilité d'investir son enfant comme une personne différente de lui-même avec des besoins propres. Tout ce qui différencie l'enfant menace de réveiller chez ce parent ses propres vécus d'abandon et de rejet et fait ressurgir le spectre des figures ambivalentes, sinon détestées, de sa propre enfance avec le vécu de détresse et de rage qui l'accompagne.

Il est donc habituel de retrouver dans les antécédents de ces sujets un passé relationnel fait d'un mélange de carence affective et de surprotection, celle-ci cherchant plus ou moins consciemment à compenser l'autre. L'association des deux renforce la dépendance affective au parent. L'agrippement à celui-ci remplace l'impossible intériorisation du lien de plaisir et de sécurité. Cette relation marquée par la peur et l'ambivalence des sentiments est d'autant plus contraignante et totalitaire qu'elle s'accompagne le plus souvent de l'absence d'un personnage tiers qui puisse s'interposer de manière efficace entre l'enfant et le parent en question.

On a pu parler chez ces sujets d'une absence de sens moral, de défaut de surmoi ou d'une absence de référence à la loi. Il est vrai que la culpabilité apparaît en général comme leur étant peu accessible, qu'ils sont des habitués de la transgression, sans même parfois en être conscients tant la référence aux interdits leur paraît étrangère. Mais cet état de choses semble être la conséquence logique de cet échec de l'intériorisation d'une relation sécurisée et de confiance. De ce fait l'échec des références morales, comme celui d'interdits qui s'imposeraient comme une référence tierce entre leurs désirs et la société est en lien direct avec l'échec de leur différenciation et de leur autonomisation. Ils vivent dans un monde peu différencié et binaire. Ou on est comme eux et donc bons et plus ou moins confondus avec eux, assimilés à eux-mêmes comme « à la famille », « la bande » ou « la secte », ou on est différents et non pas autre mais nécessairement mauvais et dangereux. Leurs références morales participent de cette même logique binaire. On sait combien ils peuvent se montrer intransigeants et susceptibles de se référer à un « code d'honneur » à leur usage personnel certes mais qui n'en est pas moins une forme de référence morale. Pour eux, les interdits sociaux ne sont que l'expression des désirs arbitraires des adultes, de la société, c'est-à-dire de ceux qui n'appartiennent pas au même monde et n'ont pas les mêmes références qu'eux.

Leur arbitraire comme leur mégalomanie sont le miroir de ce qu'ils ont perçu comme la toute puissance et l'arbitraire de leur entourage. S'ils parviennent à accéder à une relation de confiance avec quelqu'un perçu comme à la fois proche et différent et à tolérer ce lien, il devient possible de les voir accéder en miroir à une perception de valeurs tierces, c'est-à-dire susceptibles de s'imposer à l'autre comme à eux-mêmes, et garantes de l'autonomie et de la liberté d'eux comme d'autrui vécu alors comme un partenaire et non plus comme un double complice ou ennemi.

Le fil rouge du fonctionnement psychique et de la vie relationnelle de ces sujets nous semble ainsi résider dans ce que nous avons appelé une dépendance pathogène à l'environnement. Dépendance en ce sens que leur équilibre narcissique et affectif, c'est-à-dire leur estime et leur image d'eux-mêmes comme leur sécurité interne et leur possibilité de tolérer et de se nourrir des relations dont ils ont besoin, dépend plus et de façon excessive de leur environnement que de leurs ressources internes.

Cette absence de sécurité intérieure et de références internes fait du jeune psychopathe un éternel quêteur d'une image de lui-même et l'entraîne facilement dans un jeu de miroir avec la société qui de son côté a plutôt tendance à projeter sur cet adolescent dérangeant ce qu'elle voudrait répudier d'elle-même. Cette attitude risque de marginaliser encore plus un adolescent qui a déjà « plus ou moins conscience d'être hors de la société, d'être « asocial », d'être « séparé », ce qui renforce son sentiment d'infériorité, son mépris vis-à-vis de lui-même, sa tendance à se dévaloriser... ».

L'étude du comportement de la société à son égard fait partie intégrante de la clinique et de la psychopathologie du psychopathe. C'est exemplaire au sein des institutions qui seront censées s'occuper de ces jeunes qui alternent volontiers protection et rejet, répétant l'incohérence des mesures éducatives comme des liens affectifs que ces jeunes ont eu avec leurs parents et leurs éducateurs.

L'*agir* est pour eux un moyen de renversement de ce qu'ils craignent de subir et de reprendre une maîtrise qu'ils étaient en train de perdre.

Le passage à l'acte comporte le plus souvent une dimension d'effraction et de violence. Il intervient alors comme réponse à une situation vécue comme une forme de rapproché relationnel du seul fait souvent des émotions ressenties par celui qui les éprouve comme une intrusion de celui qui les provoque. L'acte violent instaure brutalement un processus de séparation et de différenciation avec l'autre. Il rétablit une frontière entre soi et autrui, un : « chacun chez soi ; moi je suis moi et toi tu es toi ». Il restaure un espace propre à soi, une identité un moment menacée par le lien et les émotions qu'il déclenche, en même temps qu'il évite la solitude et affirme une présence mais étrangère au moi sans confusion possible. Une violence agie fait habituellement suite à la peur d'une violence subie, réelle ou imaginaire, mais qui fait vivre au Moi un sentiment de dépossession de lui-même. Il n'est plus maître chez lui mais se vit comme le jouet d'une force qui le dépasse, que celle-ci soit l'œuvre du destin, d'autrui ou de désirs que le Moi a du mal à reconnaître comme siens. Dans tous les cas de figure, c'est le Moi la principale victime. Il n'est pas étonnant que les affects du registre narcissique, la honte et la rage, soient fréquemment générés par la violence subie.

Chez ces sujets le drame, c'est que la présence de l'objet désiré fait resurgir la douleur des absences antérieures. C'est bien un des paradoxes de leurs psychothérapies. Le poids du lien ainsi créé renvoie aux carences infantiles et à la douleur de l'absence des personnes aimées l'une et l'autre méconnues tant qu'ils pouvaient en nier l'importance.

On voit ainsi apparaître clairement la fonction anti-relationnelle de ce comportement qui peut conduire l'adolescent non seulement à accentuer le recours à cet *agir*, et à évacuer toutes traces de liens avec les autres. Le comportement devient de plus en plus désaffectisé, purement mécanique, tandis que disparaît toute forme de lien à l'autre. Comme l'enfant carencé qui se tape la tête contre les parois de son lit, ces adolescents ne trouvent le contact dont ils ont besoin qu'en se cognant contre le mur, plus ou moins symbolique, de la société des adultes.

L'enfermement dans le refus devient l'ultime défense d'une identité menacée d'effondrement. C'est là un des dangers majeurs qui guettent les laissés pour compte de notre société. Leur seul moyen d'exister réside dans cette carapace négativiste, dans cette capacité de dire non au-delà même le plus souvent de toute dimension masochique érogène qui signerait la permanence d'un lien objectal facteur d'ouverture. Cette attitude recouvre des réalités psychiques bien différentes mais dont les différences s'abrasent et disparaissent dans la permanence du refus de l'échange.

QUELLES PRISES EN CHARGE POSSIBLES : AU SEIN, AUPRÈS ET HORS DE LA FAMILLE ?

Enfants, adolescents difficiles...

Patrick ALECIAN

Psychiatre, Psychiatre infanto-juvénile,
Chargé d'enseignement à l'université René Descartes de Paris Institut de Psychologie

INTRODUCTION

Les réflexions de cette présentation sont issues pour partie d'une expérience clinique dans les institutions psychiatriques pour adolescents et éducatives de la protection judiciaire de la jeunesse, pour partie de travaux collectifs que j'ai coordonnés pour le ministère de la justice (entre 1996 et 2003) associé au ministère de la santé. Ils ont abouti à des écrits qui sont publiés dans des documents :

- certains que j'ai pilotés :
 1. Propositions cliniques pour les mineurs auteurs d'agressions ou de violences, Ministère de la Justice, Août 2002
 2. Séminaire Santé Justice de Mai 2002, Ministère de la Justice et Ministère de la Santé- Paris
 3. Adolescences et institutions en Ile de France, séminaire publié par la Fondation de France
 4. Adolescences et réseaux en Ile de France, séminaire publié par la Fondation de France
 5. Adolescences et inscriptions en Ile de France, séminaire publié par la Fondation de France,
- et d'autres auxquels j'ai participé :
 1. Philippe Jeammet : La prise en charge des jeunes en grande difficulté, éléments de guidance à l'usage des professionnels, 2003
 2. Alain Bouregba : les liens familiaux à l'épreuve du pénal, colloque au Sénat, Paris et publié chez Eres
 3. Christian Laval : penser la vie psychique dans l'action éducative, pour une clinique partagée.

Pour énoncer les orientations de travail énoncées comme « prises en charge » possibles dans, auprès et hors de la famille, il me faut tout d'abord préciser quels préalables ont pu être reconnus comme base commune, ou encore socle commun dans ces différents groupes.

La problématique des enfants et adolescents concernés dits « psychopathes » suppose que l'on s'écarte de certains énoncés qui s'avèrent être plus gênants qu'autre chose dans la pratique auprès de ces jeunes. Le terme prise en charge en fait partie. Il va falloir aussi remettre en question le recours à la nosographie médicale et psychiatrique qui, même si elle constitue une source de connaissances sur l'enfant, s'avère être inexploitable, dans ce domaine précis.

LE SOCLE

A. Nous proposons plutôt de reconnaître certains enfants et adolescents comme difficiles, indifféremment des scènes sociales sur lesquelles ils s'expriment : vie familiale, scolaire, suivi sanitaire ou éducatif...Trois critères réunis permettent de considérer que lorsque des enfants se manifestent sous ce jour, il faut alors envisager des formes de suivi que nous décrivons plus bas, quel que soit leur âge.

Ces critères sont :

1. ils présentent des signes suffisamment graves pour que leurs parents ou institutions qui les suivent s'en préoccupent et cherchent un soutien ;
2. les signes, malgré des réponses des adultes concernés sont réitérés ;
3. ces signes provoquent une désorganisation du cadre familial ou institutionnel dans lequel ils apparaissent.

Nous pensons que ce type d'observations relève plus d'une conception anthropologique de l'enfant en devenir qu'à proprement parler médicale ou psychopathologique. Sur cette base elles sont susceptibles de permettre un travail que nous avons désigné avec Christian Laval : « une clinique partagée ». Ces manifestations sont susceptibles d'apparaître à l'école, à la maison, à l'hôpital, dans un foyer ou dans un quartier de mineurs de maison d'arrêt. Les bases désignées comme clinique partagée sont alors une opportunité pour travailler ensemble, et non séparément. Pour autant, elles ne doivent pas pousser à esquiver la spécificité de la mission institutionnelle propre au lieu de vie de chaque enfant ni la conflictualité des adultes. Celle-ci est comprise

par nous comme conséquente, pour partie, de l'emprise du vécu des enfants difficiles sur les adultes. Les disciplines comme la psychologie, la psychopathologie, la médecine, la pédiatrie, la psychiatrie, et les concepts de la théorie des systèmes et la psychanalyse deviennent alors des zones ressources.

B- Ce socle s'organise, en partie, autour de la destructivité à l'œuvre chez ces adolescents difficiles, ayant elle-même pour origine la cruauté de l'enfant. Il suppose que l'on travaille sans dissociation aucune sur les éléments psycho-dynamiques et cognitifs dont ils relèvent, mais aussi sur leur environnement familial, éducatif et institutionnel qui en auront subi les effets. Nous avons appelé ce deuxième aspect le soin au cadre. Le cadre est envisagé ici dans sa compréhension psychanalytique : « ce qui contribue à apporter de l'énergie à tous ceux qui oeuvrent en son sein ». C'est aussi ce cadre qui va être le lieu de la « figurabilité » des processus psychiques de ces adolescents, eux-mêmes étant dans l'incapacité d'en penser et d'en dire quoi que ce soit (24 ; 25).

C- A tout instant dans notre progression de propositions pour ces enfants difficiles, nous considérerons comme intégrés et non opposés les enjeux psychogénétiques et sociogénétiques et, donc, les réponses à élaborer en tiendront compte. Celles-ci se définissent donc comme un projet anthropologique pour les enfants difficiles.

Matériel et méthode :

Ces propositions de travail ont été retenues après des mises à l'épreuve dans des recherches actions menées sur 5 sites différents du secteur public et associatif habilité de la protection judiciaire de la jeunesse (21). Celles-ci se sont déroulées sur des durées de 12 à 18 mois puis validées par un groupe de pilotage constitué de cliniciens, éducateurs, juges, administrateurs territoriaux, directeurs. Mais elles résultent aussi des travaux menés par Pierre Segond et Christiane Chirol (1 à 12) en ce qui concerne les familles des mineurs suivis en justice, Bernard Balzani (24) pour les applications du psychodrame psychanalytique avec des mineurs incarcérés et Simone Couraud pour les études psychologiques d'adolescents criminels (26).

Résultats : « Parfois il m'arrive de psychoter dans ma tête »

Le premier résultat est la confirmation que pour ces adolescents difficiles, il est le plus souvent possible d'aider à leur progression quotidienne en abordant préalablement les adultes qui les suivent et qui voient leur problématique, à travers cette figurabilité (évoquée par Claude Ballier, César Botella et Bernard Balzani), déposée entre leurs propres mains. C'est ce que nous avons appelé une secondarisation : c'est d'abord et le plus souvent ces adultes qui vont mettre à jour les besoins de ces adolescents, eux-mêmes ne le faisant pas ou plus. Il n'est donc pas question d'attendre des demandes. C'est ce que nous avons aussi désigné par la métaphore de la « réanimation psychique ». Il va falloir commencer par donner au second (sur la base des conséquences qu'il porte de la destructivité de l'adolescent) de quoi réanimer chez le premier, l'adolescent concerné.

Nous avons défini dans nos travaux les éléments qui permettent d'y travailler, les nommant des substrats, à savoir ce qui peut soutenir des pratiques éducatives, pédagogiques ou thérapeutiques auprès de ces adolescents.

Ces substrats sont :

- 1 : la conflictualité comme condition nécessaire au travail éducatif et clinique ;
- 2 : la reconnaissance des processus destructifs chez l'enfant et les adultes de son environnement ;
- 3 : la reconnaissance des troubles à expression supra individuelle ;
- 4 : la fonction de passeur de l'éducateur auprès d'un adolescent à haut risque psychique ;
- 5 : la continuité des pensées comme réponse aux risques spécifiques de l'adolescence ;
- 6 : le diagnostic sur les difficultés des pratiques interdisciplinaires de l'environnement pour diagnostiquer la complexité des troubles subjectifs ;
- 7 : la guidance parentale de l'enfant en grande difficulté ;
- 8 : un socle commun de connaissances à tous les professionnels de la protection de l'enfance.

1- la conflictualité comme condition nécessaire au travail éducatif et clinique :

Les conflits internes et relationnels que vivent les professionnels autour des mineurs sont la condition même de l'instauration du travail éducatif et de son efficacité. Dans notre hypothèse de la figurabilité, ils ont à voir avec la conflictualité chez l'enfant. L'esquive ou le déni du conflit annonceraient ailleurs des jours sombres pour l'enfant et aussi les éducateurs. L'on sait que la volonté de lisser à tout prix les rugosités de la vie est susceptible d'organiser des dérapages à plus ou moins longue échéance. Nombre de violences relationnelles ou institutionnelles s'organisent sur ce mode. Un désaccord entre un éducateur et un juge ou un éducateur et les parents ou encore un juge et le psychologue recèle de multiples solutions. L'esquive en soustrait la plupart et fige le cadre éducatif dans une rigidité et un appauvrissement des remaniements éventuellement nécessaires. Le conflit doit être en quelque sorte « le lit » de processus psychiques de réflexions, et non de décisions intempestives. Ces processus doivent constituer l'espace professionnel voire interprofessionnel du « diagnostic », dans le sens de « connaître à travers » eux, l'enfant et ses troubles (et non le diagnostic médical). Cette confirmation de la conflictualité comme condition nécessaire au travail social peut étonner dans une société contemporaine qui s'organise autour d'un idéal du « lien social pacifié ». Nous pensons que cet idéal du lien social élabore parfois un limage de l'espace intersubjectif où s'intriquent des enjeux de l'ordre de l'illusion et du déni des pertes. Cela contribue à l'élaboration de formes de violences sociales. Un exemple paradoxal peut être repéré à travers une idéologie montante dans le champ de l'enfance qui tend à faire croire que les processus dyscognitifs comme la dyslexie ne relèveraient pas de pratiques paramédicales mais d'une réponse sociale favorable. Le conflit progresse ensuite dans le sens d'associer une telle assertion à une revendication idéologique : démedicaliser, dépsychiatriser. L'enjeu ici est de repérer dans ce conflit supposé, la nécessité d'associer des soins paramédicaux à une amélioration de la patience de l'environnement de ces enfants, et surtout leur maintien dans un cadre scolaire bienveillant.

2 - la reconnaissance des processus destructifs chez l'enfant et les adultes de son environnement :

Dans la perspective psychanalytique de la réalité psychique, il peut être question ici d'un aspect de la pulsion de mort dans les représentations des adolescents, et d'une autre manière chez les professionnels. En effet les représentations relatives à la mort, aujourd'hui, sont prises dans des contradictions fortes. Les rituels et processus de mémoires tendent à fondre dans de l'éphémère et de l'aléatoire, alors que les représentations de la mort dans le cadre culturel de l'adolescence (jeux, audio-visuels, littérature, films,...) s'intensifient et exacerbent des représentations ludiques et robotisées du déni de la mort ou encore de représentations *post-mortem*. Les discours juvéniles de l'après agression du style « c'est pas grave », ou encore « je blaguais » prennent sens ici. Il faut se souvenir que ce travail de la pulsion de mort (pulsion de déliaison) dans la réalité psychique est ce qui en tout être humain organise les limites à ne pas franchir, enjeu terrible pour les adolescents ! On peut dire que la pulsion de mort est le nerf de la guerre contre l'interdit. Esquiver la connaissance de ses fonctionnements, c'est voir croître les transgressions et la propension à la destruction.

3 - la reconnaissance des troubles à expression supra individuelle :

La pratique éducative vient combler une carence ou répondre à des difficultés qui témoignent de défaillances graves chez l'enfant ou dans sa famille. Elle relève alors le gant pour assumer le lien, l'apport, l'afférence manquants. La continuité en est le principe tant dans la sphère psychique (où l'on parle plutôt de liaisons psychiques) que dans la sphère sociale (où l'on parle des liens sociaux). Liaisons et liens sont, bien sûr, en connexions. Les compétences sur les deux sphères sont importantes pour mener à bon port la pratique éducative. Les enfants exposés avant l'âge de 6 ans à ces processus de discontinuités psychiques et /ou sociales seront en situation de risque à l'adolescence. Chez l'éducateur, une représentation cloisonnée de ces discontinuités soit dans la sphère psychique soit dans la sphère sociale, contribue à les aggraver. Les experts consultés ici (psychanalystes spécialistes du psychodrame ou psychanalystes d'adolescents : Isaac Salem, François Sacco, Didier Houzel, Michel Botbol, Pierre Treillet) témoignent tous de la fréquence importante des processus de discontinuités autour des enfants suivis, y compris dans le temps et l'espace du suivi institutionnel. Ont été rapportés des fins brutales de suivi, des départs de professionnels, vécus comme des processus inaccomplis de deuil par l'enfant et l'institution. C'est-à-dire que se développent des troubles graves chez le sujet qui circulent dans son environnement de référence. Cela amènent à les considérer comme des symptômes individuels mais aussi supra individuels.

Le caractère supra individuel de ce symptôme participe à l'aggravation tant il est vrai qu'il va maintenir en circulation des processus de pensées mortifères ou morbides qui échappent trop longtemps à des protocoles de travail. Peuvent alors s'instaurer des processus psychiques qui bloquent toute progression :

- l'enfant perçu comme vide de pensée ;
- l'attente de la fin de la mesure judiciaire ou du temps thérapeutique institutionnel comme résolutive du problème ;
- l'appauvrissement des échanges avec les enfants ;

- l'appauvrissement des échanges entre les professionnels, voire la crise.

Ces processus particulièrement préoccupants sont le fait de troubles psychiques pourtant denses en contenus, qu'on appelle les clivages. Leur reconnaissance permet alors de comprendre que les vides de pensée sont de faux vides¹ car l'enfant s'est lui-même défendu en reléguant ses pensées dans une « crypte » (N. Abraham et M. Torok). L'enjeu pour l'enfant est de projeter hors de sa réalité psychique des « mauvais objets » qui l'ont persécuté. Si les professionnels jouent à ce même jeu et s'ils ignorent la qualité de deuil de ces pensées enclavées, ou encore la parole éteinte, et qu'ils veuillent gommer la conflictualité à l'œuvre ici, les risques éducatifs et/ou thérapeutiques se concrétisent. Il ne s'agit pas de pousser à tout prix à une résurgence de ces pensées enclavées, mais de savoir qu'elles existent et organisent certains aspects de la personnalité de l'enfant. L'équivalent social de ce travail psychique serait : « laisser du temps au temps ». Cela va à contre sens des cultures professionnelles contemporaines qui poussent à la faute.

Les processus peuvent être confinés à un suivi psychiatrique tant les difficultés sont en premier plan. Et pourtant, l'expérience montre que ces enfants aux pensées clivées évoluent favorablement au contact d'une structure éducative attentionnée et attentive qui saura activer les relais de soins nécessaires. Le risque est que l'éducateur ou sa structure d'encadrement veuille à tout prix répondre à ce problème par la maîtrise voire l'anticipation qui seront ici génératrices de violences. Paradoxalement, l'aide à l'éducateur ou son service consiste plus à les aider à éprouver les pertes, ce qui les rapproche en syntonie et empathie, du vécu de l'enfant et favorise mieux les cicatrifications, les « réparations » sur les clivages (qui sont toujours douloureux). Il s'agit alors de soutenir l'éducateur sur des attentes interminables d'améliorations, de ne pas avoir honte ou peur des réitérations, des changements sous la forme d' « orages psychiques » de l'enfant. Les autres risques, dans cet exemple, sont de vouloir penser à la place de l'enfant ou encore « pousser » l'enfant à penser dans un sens.

4 - la fonction de passeur de l'éducateur auprès d'un adolescent à haut risque psychique :

Il s'agit ici de la fonction qu'occupe l'éducateur auprès de l'enfant dont les troubles psychiques désorganisent sa capacité à établir des liens sociaux, y compris le lien soignant. En ce sens, il s'agit d'une fonction d'accompagnement au regard d'une situation à haut risque psychique, qui peut se définir à deux niveaux :

- l'élaboration chez l'éducateur d'une capacité interne à penser le trouble concerné de l'enfant et ses besoins à ce niveau ;
- l'effet de cette capacité de l'éducateur sur l'enfant qui permet de progresser vers le maillage des liens qui l'aident à continuer à grandir et pour autant leur évitent de fusionner.

Nous pouvons dire ici que le fonctionnement de passeur est le substrat d'une pratique éducative de santé mentale. Les effets sont de l'ordre d'un tropisme : l'enfant doit aller à la rencontre des afférences sociales : enseignement, culture..., y compris le soin. Cette capacité relève cependant d'un processus psychique fondamental, présent chez tout être humain, la médiatisation du féminin au masculin et du masculin au féminin. Ce passage, processus psychique à l'œuvre dans l'accompagnement, est à différencier de la médiation, processus relationnel, telle qu'elle est présente dans les centres de médiation, et qui tente là d'arrêter des conflits interpersonnels.

Ici c'est la nécessité de médiatiser² les relations jeunes/adultes/professionnels, la nécessité de trouver la bonne distance, le juste équilibre entre la distance qui n'exclut pas -qui n'est pas « mise à distance » - et le rapprochement qui ne détruit pas, ne menace pas, - qui n'est ni fusion, ni confusion. Cette régulation des distances ne peut être exclusivement le fruit d'un travail en commun de l'éducateur et de l'enfant. La place des tiers y est ici déterminante et c'est la raison d'être d'une équipe interdisciplinaire, au prix éventuel de capacités inter-institutionnelles. Cette nécessité est déterminante auprès des jeunes à l'identité fragilisée, qui souffrent de troubles du narcissisme, elle l'est sans doute dans toute démarche éducative.

Un constat est fait, et plus particulièrement par les médecins des services médico-psychologiques régionaux³ ainsi que les chercheurs en psychiatrie⁴ : ces jeunes, à travers leurs comportements violents, expriment une réelle souffrance psychique témoignant de difficultés psychopathologiques : certains parlent « d'anomie psychique », d'autres de « déstructuration » avec des périodes de « dépression massive », d'autres enfin de schizophrénie. Ces troubles signalent un déficit au niveau du narcissisme et de son corollaire, la reconnaissance de l'autre dans sa différence et sa valeur propre, l'altérité en quelque sorte. Ils s'expriment de manière différente, et présentent une gravité plus ou moins grande selon le niveau et la qualité de l'organisation psychique ; mais on ne peut les examiner sans tenir compte de l'évolution sociologique actuelle dans laquelle ils s'inscrivent.

1. Dr I. Salem.

2. Pr. D. Houzel.

3. Drs. B. Brahmy et G. Laurençin

4. Dr . T. Trémine

Pour certains sujets, il s'agit d'une fragilisation liée à l'adolescence : « le narcissisme en négatif⁵ » de cette période particulièrement délicate où le sujet est confronté de manière plus aiguë à la nécessité de se différencier pour s'affirmer et exister tout en prenant conscience de sa dépendance et de son besoin de l'autre. Les mouvements de violence apparaissent là, comme une tentative d'affirmation et de prise de distance par rapport aux parents ou adultes référents.

Pour d'autres, l'adolescence réactive des conflits plus anciens et met à jour un fonctionnement psychique spécifique, qui correspond à la phase paranoïde telle que l'a développée Mélanie Klein. Dans ces situations, des difficultés dans les relations précoces avec la mère n'ont pu permettre d'accéder à la phase dépressive, et donc à la culpabilité. Or, « c'est le sentiment de culpabilité qui va fonder l'être humain, être à l'origine du sentiment de compassion, et neutraliser notre violence et nos désirs de meurtre⁶ ».

Les assises narcissiques qui fondent le sujet n'ont pas pu se construire dans une inter-relation féconde et constituée avec l'objet. Le sujet, au lieu de se construire avec l'objet, s'est construit contre l'objet. Ce qui se traduit, entre autres, par une image dévalorisée de lui-même et une image persécutrice de l'autre. Ses craintes à l'égard de l'autre sont d'autant plus fortes que sa dépendance par rapport aux images parentales est restée importante.

DISCUSSION ET CONCLUSION

A l'épreuve du travail interdisciplinaire les travaux des spécialistes, concernant l'adolescent dit psychopathe, deviennent un lieu de réflexion et de pratique propres à l'anthropologie. Cette relation très forte, dans toutes les observations, entre ces sujets et leur environnement sur la base de l'observation de leur destructivité et de leur apparente absence d'empathie suppose de ne pas dissocier notre tentative d'aide d'un projet de soin au cadre, qu'il s'agisse de la famille ou des institutions. Cependant ce protocole ne doit pas pousser à laisser se développer une illusion toute puissante qui ferait croire possible toute rédemption ou prévention. Il s'agit ici d'extirper des processus les plus pervers ceux qui en ont encore la possibilité.

Références

1. SEGOND (P.) : "Consultation familiale pour les problèmes de l'enfance et de l'adolescence", in *Droit de l'Enfance et de la Famille*, 1982/1, C.F.R.E.S., Vaucresson, pp.56-63.
2. SEGOND (P.) : "Consultation familiale: une expérience de l'Education Surveillée à Paris", in *Le Courrier de la Chancellerie*, n°9, Juin 1982.
3. CHIROL (C.), SEGOND (P.) : "Délinquance des jeunes: homéostasie familiale et sociale", in *Bulletin de Psychologie*, Tome XXXVI, n°359, Janvier Avril 1983, Numéro spécial sur: *Comportements délictueux*, pp.237-247.
4. HIRSCH (S.) & Al. : "Consultation familiale sous mandat judiciaire : une approche inter systémique, compte-rendu d'un entretien entre S.HIRSCH, C.ALLANO, P.BACQUIAS, C.CHIROL et P.SEGOND, in *Traces de Faire, Revue de pratique de l'Institutionnel*, n°4, 1987, numéro spécial sur "L'approche systémique", pp.113-136.
5. SEGOND (P.) : "Crise familiale et délinquance juvénile: une approche systémique", in *Actes de la Journée scientifique sur Crises, ruptures, familles et cultures*, Ed. .Laboratoire de Psychologie Clinique, Sociale et Développementale, Université de Paris XIII, Villetaneuse, 1988, pp.107-117.
6. SEGOND (P.) : Direction et article de présentation du Numéro spécial "Justice et Famille" de la revue *Thérapie Familiale*, Vol.IX, 1988, n°4.
7. CHIROL (C.), SEGOND (P.) en collaboration avec ALECIAN (P.) et LANGHOFF (J.) : "Histoire de vie, histoire de familles: autour de la lignée", *Colloque sur l'Histoire de vie au risque de la Recherche, de la Formation et de la Thérapie, Etudes et Séminaires*, n°8, 1992, CRIV-CNRS.pp.160-17
8. SEGOND (P.) : *Approche systémique de la parentalité dans le travail éducatif sous mandat judiciaire, Espace social, Revue de l'association du Carrefour National de l'Action éducative en Milieu Ouvert*, Septembre 1997, n°3 ("La Parentalité : De la généalogie aux pratiques éducatives"), pp.44-51.
9. CHIROL (C.) (Dir.) & Coll. : *Rapport de Recherche sur la Consultation familiale*, Ed.Vaucresson/Consultation Familiale de Paris, Septembre 1997, 87 p.
10. SEGOND, P. : *La dimension familiale dans la délinquance des adolescents*, *Bulletin de Psychologie*, Paris, Tome 52(5)/443/ septembre octobre 1999, pp. 585-592.
11. SEGOND, P. : *Un fanatique de la famille*, in *Génération*, revue française de thérapie familiale, n°33 Octobre 2004, pp.7-13, "Dossier: Figures du traumatisme
12. AUSLOOS (G.) : *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*, Toulouse, Erès, Coll. "Relations", 1995 (***)

5. Dr François Sacco

6. Dr Isaac Salem.

-
13. SERON (C.) Dir.(avec AUSLOOS (G.), JAFFE (P.), LASBATS (M.), PREGNO (R.), TREMINTIN (J.), VAN DER BRORGH (C.) : *Miser sur la compétence parentale (Approche systémique dans le champ social et judiciaire)*, Toulouse, Erès, Coll. Relations, 2002.
 14. EMERY (C.) : *Comment permettre à des adolescents arrêtés dans le temps de retrouver, dans leurs valeurs et leur histoire familiale, les racines de leur projet d'avenir ?* in *Thérapie Familiale*, XII, 1991, n°2, pp.171-186.
 15. LABADIE (J.M.), *Impasses et chances d'une psychopathologie criminelle*, in *Revue Internationale de Psychopathologie*, n°1, 1990, pp.161-186
 16. MINUCHIN (S.), *Family of the Slums*, N.York, Basic Books, 1967
 17. SELOSSE (J.), *Adolescence, violences et déviances (1052-1995, s/s la direction de J. Pain et L-M. Villerbu*, Editions Matrice, 1997
 18. WINNICOT (D.W.), *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, NRF, Editions Gallimard, 1980
 19. HOUZEL (D.), *Les enjeux de la parentalité*, Erès, 1999
 20. RACAMIER (P-C.), *L'esprit des soins, le cadre*, Les éditions du collège, 2002
 21. LAVAL (C.), «*Penser la vie psychique dans l'action éducative, Pour une clinique partagée* » Ed.. Vaucresson, études et recherches n°6- 03/03, 81 p., Ministère de la Justice
 22. DENIS (P.), *Emprise et satisfaction, les deux formants de la pulsion, Le fil rouge*, Editions PUF, Paris, Avril 1997
 23. BOUREGBA (A.), *Les liens familiaux à l'épreuve du pénal*, Erès, *Enfance et parentalité*, Paris, 2002
 24. VIDIT (J.P.), BALZANI (B.), *Du jeu et des délinquants : jouer pour pouvoir penser*, coll., préface de Claude Ballier.- Bruxelles ; (Paris) : De Boeck Université, 2002, 229 p.
 25. BOTELLA (C.), BOTELLA (S.), *La figurabilité*, *Revue française de psychanalyse*, 2001
 26. ZEILLER (B.), COURAUD (S.), *Adolescents criminels : aspects psychopathologiques*, CNFE PJJ, Vaucresson, 1995, 248 p.

QUELLES PRISES EN CHARGES POSSIBLES : AU SEIN, AUPRÈS ET HORS DE LA FAMILLE ?

La psychanalyse transdisciplinaire et péripatéticienne : une réponse thérapeutique à la psychopathie ?

Jean-Pierre CHARTIER

Psychanalyste, Membre du IV^{ème} groupe
Directeur de l'Ecole de psychologues praticiens (Paris-Lyon)

*« Le sage le plus sage ne fera jamais qu'un crabe marche droit » (Aristophane)
« Le patient est-il incurable ou faut-il réinterroger le cadre ? » (Jean-Pierre CHARTIER)*

Face à la montée en puissance des agressions de personnes par des jeunes de plus en plus jeunes, il importe de rappeler brièvement deux constats. A côté d'une délinquance classique, que je dirai liée à l'acte (« il n'y a pas de société sans crime » ; Durkheim), nous assistons depuis au moins deux décennies à la montée en puissance d'une délinquance liée à l'absence d'être. Ces sujets se comportent comme s'ils n'avaient pu intérioriser une représentation de l'autre. Ils semblent se déplacer dans un univers virtuel où aucun acte ne devrait avoir de conséquences et où le sentiment de culpabilité n'existe pas. Cette délinquance est liée à l'absence d'être. Quand ces jeunes se regardent dans un miroir, ce sont comme des vampires. Ils n'ont pas de représentation de l'autre, parce qu'ils n'ont pas de représentation positive de soi. Ces jeunes-là sont rétifs à toute prise en charge classique. Leur dénomination importe peu, qu'on les appelle psychopathes, personnalités psychopathiques ou proches de la psychose, ils ne sont pas insérés dans la chronologie, ils n'ont pas la possibilité de respecter un rendez-vous. L'acte et ses conséquences ne sont pas reliés. Quand on leur parle de leur histoire personnelle, ça n'a pas de sens puisqu'ils n'ont pas construit une vision chronologique du temps. Dans cette problématique, les délits vont leur permettre d'exister hors la loi. La loi a été faite par des magistrats pour des magistrats et pour ceux qui sont capables de se comporter comme on dit dans le code civil « en bon père de famille ». Lors des récidives de ces jeunes, le juge de la jeunesse lassé finit par les envoyer en prison et, ce faisant, il leur donne une identité lorsqu'ils rentrent dans « leur cité ».

Devant ce problème de nouvelle délinquance, nous avons deux options possibles : corriger ou réparer.

L'optique correctrice (comme dans une maison de correction) vise à restaurer un principe de réalité sociale efficace au moins à court terme. Elle s'inspire des pratiques comportementalistes en vogue aux Etats-Unis, joue sur le masochisme de certains de ces sujets délinquants et concourt à forger un « faux self » qui peut donner dans l'immédiat l'apparence de l'efficacité. En France, les « Maisons de correction » ont existé de 1791 à 1945. Actuellement, on en revient à l'idée qu'il faut rouvrir ces maisons, c'est-à-dire que les jeunes soient tout de suite extraits de leur milieu et placés dans un établissement pour une durée de trois mois. Dans ce cadre, un délinquant va développer une stratégie manipulatoire. Il va se comporter comme il se doit pour retourner dans son milieu où il récidivera de plus belle ; rien n'aura changé sur le fond.

L'option réparatrice ambitionne de reprendre un processus d'humanisation qui s'est vu entravé. On constate, chez tous ces jeunes difficiles, des ratés dans le processus d'humanisation qu'il va falloir reprendre. C'est un véritable redémarrage qu'il faut entreprendre. Certains d'entre eux sont dans une situation d'aporie identificatoire. Ce sont des jeunes en situation de carence relationnelle de longue date. A l'évidence, l'option réparatrice est beaucoup plus coûteuse en temps et en moyens humains. Mais peut-on adapter l'outil psychanalytique à la prise en charge de sujets fort peu inscrits dans la symbolique ou encore comment leur permettre de passer de l'*Agir* à l'élaboration psychique ?

Je tenterai de démontrer premièrement que c'est impossible, deuxièmement que c'est dangereux et troisièmement que cela peut marcher quand même si on accepte de modifier le cadre.

C'est impossible...

Telle est l'opinion de Freud qui nourrissait une véritable aversion pour les délinquants et qui, conformément à l'esprit du temps, les croyait incurables. Dans son article « De la psychothérapie », il affirme que « la psychanalyse n'est pas un traitement pour la dégénérescence psychopathique, c'est même là où elle se voit arrêtée ». Il surenchérit en proclamant que « la psychanalyse n'est pas faite pour les canailles ». Enfin, il tentera de dissuader ses élèves d'entreprendre le traitement analytique des délinquants. A Eduardo Weiss, il écrit : « notre art échoue devant de tels gens, notre perspicacité même n'est pas encore capable de sonder les relations dynamiques qui dominent chez eux ». Il dira encore : « votre patient est un véritable salopard. J'espère bien que vous allez le laisser tomber, c'est tout ce qu'il mérite ».

Il y a quelques années, André Green dans « la folie privée » a confirmé l'opinion de nos collègues. « Pour ce qui est des délinquants, des criminels et des mauvais sujets de tout acabit, en dépit d'études classiques anciennes et d'expériences trop peu nombreuses menées par des psychanalystes en milieu carcéral, on ne peut pas dire que ce soit là un sujet central de préoccupation de la psychanalyse... L'analyste se révèle complètement dépassé par les effets du mal dans la société actuelle »...

Les psychiatres contemporains n'ont pas une opinion différente. Très récemment, B. Gravier écrivait « après un siècle de recherches, on en revient toujours à l'observation des premiers psychiatres, les psychopathes semblent incapables de changer ». Nous ne sommes pas loin du pervers « inéducable, inamendable et inintimidable » décrit par Dupré au Congrès des Aliénistes de Langue Française réunis à Tunis en 1911. L'unanimité se fait donc sur l'incurabilité de ces patients impossibles à traiter.

C'est dangereux...

Le sujet délinquant est toujours un individu gravement carencé affectivement. C'est une constante de leur histoire personnelle comme l'exposition aux effets d'une violence potentiellement meurtrière. Il ne noue aucune relation authentique à l'autre. Si le thérapeute arrive à force d'adresse, en faisant preuve d'une tolérance extraordinaire à son endroit, à créer un lien durable, celui-ci prendra la forme d'un transfert passionnel. Le passé carenciel risque de transformer tout attachement en un amour sauvage et sans limite où la mort peut être au rendez-vous. D'autant plus que la violence psychopathique génère chez les soignants d'intenses désirs de meurtre contre lesquels ils luttent en développant une contre-attitude qui se veut salvatrice à tout prix. L'échec de leurs efforts thérapeutiques risque alors de précipiter la fin du sujet en l'exposant à un rejet supplémentaire.

Et pourtant ça peut marcher...

Il importe pour cela de prendre en considération les idiosyncrasies psychiques de ces sujets pour essayer de bâtir une nouvelle approche thérapeutique que j'ai appelée la psychanalyse transdisciplinaire et péripatéticienne. Elle demande d'intervenir à plusieurs simultanément afin de juguler autant que faire se peut les effets du clivage de l'objet et du moi et de désamorcer le risque passionnel que nous avons évoqué. Pour ce faire il faut éviter la relation duelle. Il est nécessaire d'associer des professionnels de formations différentes afin d'amener le patient à « jouer de l'instrument psychique », comme le disait Freud, et à accepter une réalité sociale où la loi ne serait plus persécutante.

Ceci implique aussi pour l'analyste d'accepter de sortir de son cadre habituel et d'amener son espace thérapeutique dans la rue et dans tous les lieux où il peut rencontrer ces « mauvais sujets », d'où l'appellation de « péripatéticienne » au sens étymologique du terme que j'ai donnée à cette pratique. Il s'agit de reprendre un processus d'humanisation qui s'est vu entravé, de greffer du symbolique pour enrayer le mécanisme du passage à l'acte et de perfuser de la vie afin de rééquilibrer la balance libidinale fort déficitaire chez ces « organisations à expression psychopathique » (H. Flavigny)

Dans l'équipe, tout jeune était suivi par au moins deux personnes, si possible de formation différente, un travailleur social référent et un psy référent. L'adhésion à un contrat de soin était relativement formelle. Ce contrat devait être simple et souple car, si ces jeunes-là étaient capables de respecter des contrats, ils ne seraient pas délinquants. Il était le suivant : « écoute, si tu es d'accord, on veut bien faire un bout de chemin avec toi, mais il faut qu'on se voit régulièrement. Il faut que tu voies ton éducateur et il faut que tu rencontres le psy régulièrement ». Le plus souvent, ils refusaient de voir le psy : « j'en veux pas, je ne suis pas fou » ; et il est vrai qu'ils ne le sont pas au sens classique du terme, leur folie étant dans l'acte.

Avec ces sujets, il importe de jouer la surprise. Il faut faire autrement que ce qui a déjà été fait, il faut modifier le cadre de la rencontre thérapeutique. Cela implique un rapproché nécessaire. Nous sommes alors obligés d'abandonner une partie importante de notre sécurité professionnelle et de notre statut. La concertation entre les différents intervenants est essentielle. Elle se faisait lors d'une série de mini-réunions informelles qui

regroupaient à n'importe quel moment de la journée les deux référents plus un tiers. Le référent psy, le référent travailleur social et un autre membre de l'équipe non impliqué directement.

Il n'existait pas une hiérarchie des tâches. On mettait en commun les outils d'intervention : les activités culturelles, éventuellement artistiques, voire sportives. Il n'y avait pas de tâche qui était destinée à telle ou telle personne. Il y avait une priorité à la relation la plus dynamisable à un moment donné, ce qui ne voulait pas dire la plus positive. Qui va accompagner le jeune ? Qui va faire ça avec lui ? Ca pouvait être le psy, le directeur, l'éducateur. Toutefois, ce type de mise en commun des moyens d'intervention nécessite de sauvegarder sa spécificité en se refusant à empiéter sur le « territoire » de l'autre : réalité matérielle ou psychique.

Pour conclure, le mythe d'Icare me semble fournir une métaphore qui illustre assez bien la trajectoire de « l'incasable ». Tel le fils de Dédale, il a passé son enfance sans repère, enfermé dans le labyrinthe des conduites paradoxales de son environnement. Confronté à la violence, à la terreur et à l'inhumain dès son plus jeune âge, il se doit d'inventer des stratégies de survie psychique. Le passage à l'acte délictueux en est une, rendue en quelque sorte obligatoire, de par sa servitude à une homéostasie mentale archaïque de tensions psychiques. Ainsi, progressivement et avec plus ou moins de bonheur, il s'appropriera la cire et les plumes, et se fabriquera les ailes qui lui permettront d'échapper à son milieu mortifère. Mais sa mégalomanie le forcera peut-être à s'approcher du soleil et sans doute recherchera-t-il avant tout à en éprouver la brûlure dans le flamboiement des toxiques et l'incandescence des conduites ordaliques. Seule la chute fera sens dans cette ascension héroïque. Si Bellérophon, après avoir chevauché Pégase, retombe piteusement sur terre et devient mélancolique, le psychopathe Icare tombe dans la mer Ionienne. Le mythe ne précise pas ce qu'il advint de lui. Nous ferons le pari que, dans les cas heureux, l'analyste et les intervenants sociaux, oeuvrant en synergie, ont pu lui permettre de découvrir qu'il était capable de nager et de rejoindre ainsi la rive du principe de réalité.

Références

1. CHARTIER J.P. : *Les adolescents difficiles*, Dunod, Paris, 2002.
2. CHARTIER J.P. : *L'adolescent, le psychanalyste et l'institution*, Dunod, Paris, 1998.
3. DURKHEIM E. : *Le suicide 1897*, P.U.F. 1960.
4. FLAVIGNY H. : *Les éclats de l'adolescence*, E.S.F. 1996.
5. FREUD S. : « De la psychothérapie » in *De la technique psychanalytique*, P.U.F. 1992.
6. FREUD S. à Eduardo Weiss, *Correspondance*, Privat, 1975.
7. GRAVIER B. in *Perspectives psychiatriques de MAI* 1999.
8. GREEN A. : *La folie privée*, Gallimard, 1990.
9. Dupré au Congrès des Aliénistes de Langue Française, TUNIS, 1911.

QUELLES PRISES EN CHARGE POSSIBLES : AU SEIN, AUPRÈS ET HORS DE LA FAMILLE ?

Le point de vue de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E)

Marie-Colette LALIRE

Directrice de l'enfance et de la famille – Conseil général de l'Isère - Grenoble

Les Départements sont, depuis la première décentralisation, responsables des missions de PMI et d'aide sociale à l'enfance. A ce titre leurs services participent auprès de leurs familles à la prévention des troubles ou inadaptations chez les enfants et adolescents dans une préoccupation d'éducation et de santé au sens global.

Certains parents se trouvent en difficulté dans l'éducation de leurs enfants ; des enfants et adolescents vivent aussi une histoire et des relations familiales complexes, peu structurantes, marquées par des séparations, des rejets. Dans ces situations, l'aide sociale à l'enfance doit assurer soutien aux parents et protection aux enfants.

1. Les fondements de l'intervention des services départementaux

Les missions de l'aide sociale à l'enfance, définies par le code de l'action sociale et des familles (article L 221-1), sont :

- d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, aux mineurs émancipés et aux majeurs de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;
- d'organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles ;
- de mener des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs, d'organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et de participer à la protection de ceux-ci, en urgence si nécessaire ;
- de promouvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et de veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal.

Elles sont mises en œuvre par :

- des actions collectives : telles des actions de soutien aux parents (ex : réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents), d'animation et de prévention spécialisée auprès de jeunes et de familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu ;
- des aides à domicile : aides financières, intervention d'un service d'action éducative, de technicienne de l'intervention sociale et familiale ou d'aide ménagère ;
- une « prise en charge » (art L 222-5 du CFAS) qui se traduit la plupart du temps par un accueil en famille d'accueil ou en établissement à caractère social.

Cette prise en charge est prévue

- soit à la demande des parents, pour les mineurs qui ne peuvent provisoirement être maintenus dans leur milieu de vie habituel, ou pour les mineurs remis au service par le détenteur de l'autorité parentale en vue de leur adoption (pupilles de l'Etat) ;
- soit en application d'une décision judiciaire
 - d'assistance éducative (70 % environ des enfants accueillis par l'aide sociale à l'enfance) ;
 - de délégation d'autorité parentale (peu nombreuses) ;
 - à titre exceptionnel, au titre de l'enfance délinquante.
- soit pour les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique (et qui peuvent être adolescents).

Elle est également possible pour les mineurs émancipés et les majeurs âgés de moins de 21 ans « qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale faute de ressources ou d'un soutien familial suffisants ».

L'intervention de l'aide sociale à l'enfance est encadrée par :

- le principe de collaboration avec les parents ou le représentant du mineur, sans préjudice des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire.

A ce titre le code de l'action sociale et des familles définit très explicitement les droits des familles dans leurs rapports avec les services de l'aide sociale à l'enfance (articles L 223-1 et suivants) ;

- son caractère de subsidiarité :

Tout enfant, même s'il est confié à l'aide sociale à l'enfance, a droit aux services de « droit commun » en matière d'éducation, y compris spéciale, de scolarité, de transport, de loisirs, de soins ;

- la pluralité des intervenants collaborant directement à ses missions : équipes de service social polyvalent, de protection maternelle et infantile, d'aide sociale à l'enfance, familles d'accueil, établissements et services à caractère social publics et associatifs mais aussi tous ceux qui participent à « pourvoir aux besoins de ces enfants ».

La prise en charge des adolescents en difficulté, dans leur singularité, s'inscrit dans ce contexte :

- collaborer, dans toute la mesure du possible, avec la famille, en intégrant à la fois les difficultés liées à l'histoire familiale, aux éventuelles séparations, à la place de l'enfant et les limites de certains parents peu ou pas présents, ou mettant en danger leur enfant.
- coopérer avec les autres services, notamment de santé mentale, en fonction des besoins de l'adolescent.

2. Obstacles et difficultés

Ils sont de divers ordres. Les plus fréquemment rencontrés sont les suivants :

- la méconnaissance des missions et des modalités de travail entre institutions, le manque de communication et le décalage « culturel » entre équipes professionnelles (ex : la difficulté de prise en compte de la santé par le milieu éducatif) ;
- le traitement des situations de crise, souvent dans l'urgence, avec manifestations de violence, qui peut révéler un sentiment d'impuissance et de souffrance chez les professionnels ;
- l'utilisation pas toujours efficiente des structures existantes, le manque de places en structure soignante, en structure éducative adaptée, ou en petites structures pouvant assurer une prise en charge plus globale (ex : lieux d'accueil), et l'inexistence de possibilités de financements « pluriels » permettant une complémentarité des compétences dans un même lieu ;
- les effets de « filières » qui ne favorisent pas une approche globale du besoin de l'adolescent ;
- l'insuffisance d'articulation, dans l'évaluation et dans la réponse :
 - entre les champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires
ex. : trois schémas à différents niveaux (départemental, régional, national)
 - entre pédopsychiatrie, psychiatrie adultes et santé somatique.

3. Préconisations

Elles peuvent concerner les modalités de l'intervention et ses moyens et sont ici déclinées en quatre objectifs principaux :

- Garantir à l'adolescent :
 - une continuité dans le projet le concernant, notamment par la désignation de « référent » ;
 - une attention à sa santé par les professionnels du champ social et éducatif.
- Développer le travail en réseau :
 - en reconnaissant la compétence de chaque institution, de chaque équipe sociale, éducative, soignante dans leur mission spécifique ;
 - en favorisant l'interdisciplinarité ;
 - en formalisant cette démarche (ex : conventions « réseaux adolescents », protocoles...) afin d'apporter une réponse adaptée et de favoriser la prise de recul dans les situations de crise.
- Soutenir les professionnels et développer une culture commune :
 - par des formations communes (ex : diplômes universitaires) ;
 - par des possibilités d'analyse de pratiques ou de supervision et d'analyse de situations après crise pour réassurer les personnels ;
 - par la mise à disposition « d'outils de guidance », de « personnes ressources ».
- Concernant le dispositif :
 - apporter un soutien à l'élaboration de projets (ex : les maisons des adolescents) ;
 - développer les petites structures incluant des compétences d'éducation, de formation et de soins, avec possibilités de financements conjoints ;
 - améliorer la prise en charge éducative et hospitalière en urgence ;
 - adapter les capacités d'hospitalisation et de soins ambulatoires aux besoins réels.

Références

1. *Code de l'action sociale des familles* – Dalloz 2005.
2. *Observatoire National de l'enfance en danger, 1er rapport annuel au Parlement et au gouvernement septembre 2005* (cf bibliographie)
3. ROSENCZWEIG JP « *le dispositif français de protection de l'enfant* », éditions Jeunesse et Droit – Paris 2005
4. *Rapport annuel du Défenseur des enfants 2004 – la documentation française*
5. « *Santé mentale et société* », problèmes politiques et sociaux n°899 – la documentation française avril 2004.
6. « *La prise en charge des mineurs en grande difficulté* »
 - Actes du séminaire Santé Justice 25, 26 mai 2000 – Ministère de la justice – Ministère de l'emploi et de la solidarité
 - *Éléments de guidance à l'usage des professionnels – 2002.*
sous la direction du Professeur P. JEAMMET et de M. PERDIGUES.
7. « *Les enjeux de la parentalité* » sous la direction de Didier HOUZEL éditions ERES 1999.
8. *Mémoire DESS Politiques sociales – M. Dominique Maurice « A la recherche de la case mythique – réflexions générales à partir d'une étude sur les parcours chaotiques de 62 mineurs pour le développement d'une politique de protection de l'enfance »* - Université Pierre Mendés France – Grenoble 1999.

QUELLES PRISES EN CHARGE POSSIBLES : AU SEIN, AUPRÈS ET HORS DE LA FAMILLE ?

Centre éducatif fermé — Expérience au CEF de Mont-de-Marsan

Jean MENJON

Directeur départemental de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) du Lot-et-Garonne

INTRODUCTION

Pour répondre à la question « *quelles prises en charge possibles* », je vous propose de partir de ma dernière expérience, la création puis la pérennisation du Centre Éducatif Fermé (CEF) Public de Mont-de-Marsan. Je vais parler d'une population bien spécifique qui représente 2%, environ 1 600 jeunes, sur les 80 000 mineurs délinquants pris en charge par la Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ). La plus grande partie a été à un moment donné évaluée comme ayant « *à minima des troubles du caractère et du comportement* », présentant souvent « *une psychopathie ou ayant un fonctionnement psychopathique* », tous quasiment « *nécessitant des soins avant d'envisager le moindre travail éducatif* ». C'est le concept bien connu dans le monde de l'éducation « de la patate chaude », terme générique pour expliquer le rejet que génère cette catégorie de jeunes auprès des institutions scolaires, de santé, judiciaire, au sein même de leur propre famille et que donc, tout le monde se renvoie. Par contre, la spécificité de ces mineurs est que l'expression de leur problématique est agie, portée en acte par la violence mettant en danger son auteur mais surtout les membres de notre société qui l'entourent à ce moment là, ce qui nécessite alors l'intervention judiciaire en raison de la dangerosité réelle ou repérée¹ comme telle de ces jeunes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le C.E.F est une alternative à la détention, une chance éducative. Nous appliquons le concept de fermeture juridique : le magistrat place le jeune dans le cadre d'un Contrôle Judiciaire, d'un Sursis avec Mise à l'Épreuve ou d'une Liberté Conditionnelle qui fixe les obligations au mineur dont celles de résider au CEF et d'en respecter le règlement. Leur non-respect peut entraîner en dernier lieu la révocation et la détention du mineur.

Cependant, nous posons l'idée que la plupart de ces jeunes vivent une forme de paradoxe de la parole. En ce sens que s'ils comprennent l'alternative proposée au travers du discours de l'éducateur puis des magistrats, la parole donnée ne les engage pas.

Confrontés, souvent depuis la petite enfance, au discours des travailleurs sociaux, ils sont capables de présenter un avis à l'image de ce qu'attend l'adulte, dans un souci empli de normalité. Le problème est qu'ils n'ont jamais appliqué, vécu concrètement ce type de discours dans un environnement structurant pour pouvoir se l'approprier. Ils n'ont pas été accompagnés dans le temps à ce type d'expérience. Ces jeunes ne peuvent donc y repérer d'intérêt et retournent immédiatement et le plus souvent à leur activité délinquante. C'est pourquoi l'on dit souvent que se limiter à la technique d'entretien avec cette catégorie de mineur n'a aucun sens et surtout aucune prise : le discours seul ne permet pas de rentrer dans la relation.

Nous aidons donc le jeune à comprendre, assumer ses obligations à l'aide d'une fermeture matérielle, symbolique, qui se veut non violente mais néanmoins présente, qui aide le mineur à se structurer, repérer l'interdit. C'est la grille verte qui entoure le C.E.F ; nous nous servons de plus d'une fiche signalétique que la Direction remplit avec le mineur et va déposer au commissariat pour marquer le lien effectif avec les services de Police, si nécessaire. Car un second problème se pose à nous : Nous accueillons des mineurs multi-récidivistes de 16 ans à 18 ans, garçons ou filles. Une caractéristique commune à la plupart de ces jeunes est de vivre par une violence subie ou (et) choisie à un moment donné, dont ils deviennent dépendants.

Notre stratégie a donc été d'accepter l'idée de la violence, de la travailler, la prévenir en mettant en œuvre un cadre sécurisé, que je vais vous présenter, ceci afin de générer un climat sécurisant qui rende ainsi le travail éducatif possible.

C'est un travail quotidien sur l'impunité, le passage à l'acte autour de 4 axes :

- L'application concrète de la loi en cas d'incident grave mettant en danger la sécurité des biens et des personnes, dans le cadre d'un protocole de gestion d'incident Justice Police, sous l'autorité de la Juridiction de Mont-de-Marsan ;

1. Jean Claude Abric, Pratiques sociales et représentations, PUF, 1994.

- L'hospitalisation momentanée lorsque l'état de crise relève du soin et de la mise en danger des personnes, avec reprise immédiate après accord médical ;
- L'équipe éducative gère au quotidien tout autre passage à l'acte par une réponse systématisée et rapide. On privilégie toujours la réparation (matérielle, ..), se réparer vis-à-vis de soi-même mais aussi par rapport aux autres, avec l'aide de la sanction si nécessaire. La sanction, dernier recours fait d'abord sens vis-à-vis du groupe qui, en retour, a souvent une action structurante sur le jeune ;
- Une disponibilité éducative dans tous les instants de vie professionnelle, au quotidien. Par ailleurs, nous avons créé un concept de dégagement momentané afin de prévenir la crise.

A partir de ce cadre sécurisé, sécurisant, quel est le programme éducatif, d'insertion ?

Le programme éducatif comprend 3 modules d'insertion progressive du centre vers la société civile dans un processus contrôlé par le CEF, assumé par le jeune et toujours validé par le magistrat. L'objectif est d'amener le mineur à une stabilisation réfléchie de son comportement dans le temps, au-delà d'une stratégie momentanée. Tout acte déviant peut impliquer le retour au module précédent. Dans ce cadre, nous assistons aujourd'hui à une véritable dynamique de groupe. L'effort seul ne suffit pas, la régularité prime. Les changements se font dans une approche que nous voulons humaniste, qui tient compte de l'esprit, de la volonté du jeune en lien avec le résultat. Ainsi, par stratégie thérapeutique, on peut aussi faire passer exceptionnellement un jeune dans le module supérieur dans un cadre réfléchi qui limite toute complaisance.

Pour vous qualifier rapidement ces modules, **le module 1 ou bilan (6 semaines environ)** se caractérise par le fait que le jeune ne peut rien faire seul à l'extérieur du centre. Les activités d'évaluation et de mobilisation socioprofessionnelle, scolaire, santé, ..., se font en interne et en externe (en présence des professionnels PJJ) pour limiter le sentiment d'enfermement. Là, sont déjà travaillées concrètement les dimensions citoyenne et professionnelle avec des chantiers ONF², SPA, Jardin du cœur...

Suite à synthèse de tous les techniciens, un projet individuel d'actions (module 2) de chaque jeune est proposé pour validation au magistrat. La spécificité du **module 2 ou insertion active (3-4 mois)** est que tous les jeunes sont mis rapidement sous statut de la formation professionnelle. Pour les mineurs les plus en difficultés, c'est-à-dire la majorité, nous continuons les activités du module 1 mais avec un niveau d'exigence croissant. Ils iront sur l'externe (chantier d'insertion PJJ, stage, droit commun) dès leur stabilisation du comportement démontrée et après accord du magistrat.

Enfin se présente **le module 3 ou mise en autonomie (2-3 mois)** : Le jeune peut se rendre seul au travail après accord du magistrat afin de le tester et de prévenir une sortie trop brutale dans la société civile. Ce module est d'abord symbolique car ce type d'autorisation n'a quasiment jamais lieu les premières semaines de ce module. Nous constatons cependant qu'il est très important pour chaque jeune. Il sanctionne la réussite d'une progression personnelle dans le temps. Il agit comme une victoire gagnée sur lui-même, reconnue par les autres, jeunes et adultes, en référence avec une succession d'échecs passés.

Cette progression d'autorisations d'un module à l'autre, dans un même module se fait à différents niveaux. Au niveau social, la famille, lorsqu'elle est présente, est associée à toutes les démarches et d'abord réintroduite et accompagnée dans ses fonctions éducatives et d'autorité. Elle peut venir rendre visite au mineur à l'intérieur du CEF après 15 jours minimum en module 1. En module 2, la famille pourra passer la journée dans les Landes avec le jeune, puis le week-end après accord du magistrat. Des retours en milieu naturel toujours après accord du Juge peuvent avoir lieu fin module 2 et module 3. Les sorties individuelles dans les 2 premiers modules sont accompagnées, le jeune peut avoir des sorties autorisées dans le module 3, suite à projet négocié et contrôlé. Les derniers jours de placement, d'autres libertés, en lien avec son projet post CEF (démarches ANPE, Formation, ...) peuvent être accordées.

LE SOIN DANS TOUT CELA ?

Les soins se font essentiellement en interne. De par ses fonctions contenante et pédagogique, le dispositif organisationnel du centre est en lui-même un lieu thérapeutique de traitement des troubles que peut vivre le mineur. L'intervenant psychiatre, le docteur Eliane Mariage parle « *de leur refus à penser, de leur panne psychique. De plus, la majorité de ces jeunes refusent de rencontrer psychiatre ou psychologue par peur de changer ou d'être fou. le caractère contenant et l'accompagnement permanent au centre permettent selon elle de rassurer le jeune, de lui permettre de mettre en acte, au travail sa problématique* ». Plus spécifiquement, le psychiatre ou/et le psychologue effectueront le soutien, le travail thérapeutique ou pré-thérapeutique individuel suite à une activité de bilan diagnostic. Ce suivi peut prendre la forme d'une prise en charge axée sur les comportements violents et transgressifs, la répétition, la famille, les symptômes... en fonction de la problématique du jeune. Il peut aussi donner lieu à un moment à un traitement médical. Au niveau de la prise de toxiques, les jeunes usaient les premiers mois les médecins généralistes de la ville en quête de

« médicaments ». Depuis l'arrivée d'une psychiatre seul prescripteur désormais, la demande de consommation est devenue marginale comme celle du cannabis d'ailleurs. Enfin, le suivi psychologique est aussi groupal de par la mise en place de groupes de parole thématiques ou réactionnels suite à une crise collective.

RÉSULTATS

Les 6 premiers mois, six interventions policières après appel à Parquet ont eu lieu. Durant cette période, un appel au SAMU a été effectué, leur simple présence a favorisé la régulation de la crise, des jeunes alors placés avaient plusieurs hospitalisations derrière eux. Pendant 14 mois, aucune infraction ne va nécessiter l'appel aux forces de police. Un incident a eu lieu depuis qui a conduit à la mise en détention du mineur dans le cadre d'un jugement à délai rapproché, suite à menace de mort sur une éducatrice à l'aide d'une lame de rasoir. Le jeune placé dans le cadre d'une instruction pour crime a réintégré le centre à sa demande, sous condition d'appliquer désormais son obligation de soins. Il le fait à ce jour et a signé en septembre un contrat d'apprentissage après des mois de déscolarisation avant le placement. Cet exemple, comme de nombreux autres, montre que le travail d'un jeune sur sa problématique ne peut s'effectuer que dans toute les dimensions qui vont en faire un être social : construire sa personnalité en travaillant les notions de responsabilité, de culpabilité et de sanction, de réparation vis-à-vis de ses actes passés, tout en vivant le présent, sensibilisé à un projet d'avenir par l'accès à une identité sociale³, une volonté de citoyenneté, un statut. Il est aujourd'hui salarié, en apprentissage (après remise à niveau) avec un devenir possible.

Le temps moyen de placement actuel est de douze mois. Il est difficile de parler encore de résultats, le temps leur donnera ou non de la valeur. Nous constatons cependant une importante évolution lorsque l'on voit la modification des comportements et des discours, l'acquisition de valeurs, le niveau d'employabilité qu'ils acquièrent et les remerciements de la plupart à leur départ après avoir rejeté toute forme d'aide.

DISCUSSION

Un CEF n'a de pertinence que s'il est inscrit dans l'environnement en lien avec toutes les institutions intégratives : la famille, la justice, le social, le soin, l'enseignement, le travail.

Sans volonté de polémique et conscient des difficultés en termes de moyens du secteur psychiatrique, le partenariat évoqué ici est essentiellement dû à l'action militante de la psychiatre qui reçoit à tout moment un jeune en crise, même sur ses lieux d'intervention en externe, et non le résultat d'une politique globale. L'état de crise est pour le moment surtout judiciairisé (intervention des services de police). Il mériterait, le temps parfois d'une intervention, d'être médicalisé (hospitalisation) avec un rapide retour au centre. Mais je tiens aussi à souligner que dans d'autres lieux, la psychiatrie (exemple de Nice) porte la dynamique partenariale. Notre richesse est actuellement une mise en réseau réactive avec le monde socio-économique et les services de l'Éducation Nationale, de la justice sur le plan local. Toute infraction grave implique immédiatement l'intervention policière et la présentation au Parquet de Mont-de-Marsan. Même la fugue. La rareté aujourd'hui de ces interventions montre la capacité d'adaptation de ces mineurs et le possible transfert de pulsions, d'actes sur des transgressions humanisées et travaillées, sur l'insertion dès lors qu'on offre des opportunités légitimes.

Pour conclure, j'ai la conviction que l'expérience menée peut être reproduite à d'autres échelles, d'autres contextes, pourvu qu'on allie cette approche globale où les réponses sont posées tant à l'intérieur d'un service qu'à l'externe, dans une logique de solidarité inter-secteur. **Seul, on ne peut rien.** Ainsi sur un département, je pose l'hypothèse qu'il est possible de limiter le recours à la psychiatrisation comme à la judiciairisation à outrance et par défaut, si l'on génère une société contenant, structurante par un travail en réseau sécurisant pour tous les acteurs judiciaire, éducatif et de soin par :

- Un protocole de gestion d'incident sous l'autorité de la juridiction compétente afin de traiter les infractions graves,
- Un protocole interne aux établissements qui pose clairement la gestion d'infraction en priorisant la réparation puis la sanction éducative avant de recourir au magistrat mandant,
- Un protocole d'hospitalisation à court terme pour les situations de crise relevant du médical avec reprise du jeune par l'établissement d'origine afin de limiter toute reproduction de l'exclusion,
- Un réseau pédagogique d'actions au quotidien liant éducation, santé, enseignement, justice et travail.

Cependant, je ne suis pas sûr que le manque de moyens explique à lui seul la difficulté partenariale. L'économie peut aussi venir de la solidarité. De même, je ne suis plus convaincu aujourd'hui que la démarche militante, citoyenne de certains professionnels suffise à créer ce que Jacques Donzelot⁴ ose appeler « *une société de l'intelligence sur le plan local* ».

2. Office National des forêts, Société Protectrice des Animaux, Jardin du cœur (la production va aux populations en difficultés).

QUELLES PRISES EN CHARGE POSSIBLES : AU SEIN, AUPRÈS ET HORS DE LA FAMILLE ?

Charlotte TRABUT

Juge des enfants - Tribunal de grande instance - Bobigny

RAPPEL DU CADRE JUDICIAIRE D'INTERVENTION

Le juge des enfants intervient lorsqu'une situation de danger est repérée pour un adolescent et qu'une protection judiciaire s'impose. Il peut aussi être saisi parce que le jeune a commis une infraction. Dans les deux cas cependant, la mission du juge des enfants comporte un tronc commun : évaluer la situation du jeune, repérer les signes de danger et le faire cesser.

A cet effet, il doit procéder à des investigations sous forme d'enquête sociale, de mesure d'investigation et d'orientation éducative, d'expertise. Il s'agit de comprendre non seulement le comportement du jeune mais de considérer globalement sa famille, son environnement, son histoire. La réponse judiciaire prend ensuite la forme d'une aide éducative, soit dans la famille, soit appuyée sur une mesure de placement¹.

L'intervention du juge se caractérise par une certaine forme de contrainte. Celle-ci peut prendre des formes variables, d'une simple référence à la symbolique de « l'Autorité » ou de « la Loi » que représente le juge, jusqu'à la mise à exécution de décisions contre l'avis des familles. Rappelons cependant que la loi impose au juge de rechercher l'adhésion du mineur et de sa famille à l'occasion d'un débat contradictoire, au cours duquel le justiciable bénéficie de toutes les garanties du système judiciaire (droit d'être entendu et défendu par un conseil, droit de faire appel).

A la fois procédure écrite formelle et lieu d'échange familial, de mise en scène des souffrances des uns et des autres, la justice des mineurs connaît notamment la situation des adolescents présentant de graves troubles du comportement, ou même, plus rarement, de troubles de nature psychiatrique.

La saisine du juge intervient souvent quand l'adolescent échappe à la maîtrise de la famille et de l'école. Il peut arriver que des services éducatifs, voire la pédopsychiatrie interviennent déjà.

L'adolescent se soustrait à toute communication avec le monde des adultes et les titulaires de l'autorité parentale ont atteint leurs limites : ils sont épuisés, dépassés, absents, inadaptés dans leurs réponses éducatives, rejetants, ou eux-mêmes en grande difficulté personnelle.

Afin que mon propos soit plus précis, j'ai choisi de vous donner quelques exemples concrets à partir de cas dont j'ai été saisie, afin d'en tirer des pistes de travail sur ce qui marche et ce qui manque.

Avant de traiter le vif du sujet, il faut encore préciser que le juge des enfants ne fait jamais de diagnostic : il est en charge d'une situation dans laquelle il doit faire cesser le danger que court un adolescent. Il travaille donc dans la durée, de manière interactive avec la famille et les professionnels amenés à intervenir dans le parcours du jeune et ce, qu'il soit dans un cadre pénal ou d'assistance éducative.

RÉFLEXION À PARTIE DE CAS PRATIQUES

Pierre, incasable fauteur de trouble.

Pierre a bientôt 17 ans. Il vient de Guyane où habite son père. Celui-ci l'a brusquement « envoyé » en Métropole sans que l'on puisse comprendre pourquoi, alors qu'il était bien connu et suivi par l'hôpital de Cayenne.

Pierre manifeste des troubles du comportement depuis qu'il est entré dans l'adolescence. Sa mère chez qui il est brusquement parachuté, vit dans la précarité en hôtel social avec son plus jeune frère âgé de 10 ans. Elle ne peut l'assumer plus de quelques semaines à cause de son comportement (violence verbale, inactivité, consommation massive de cannabis, fréquentation de revendeurs de drogue). Mis brusquement à la porte par sa mère, Pierre est placé dans un foyer pour adolescents de l'ASE où aucune prise en charge spécifique n'est prévue. C'est une catastrophe. Pierre est agressif avec les autres jeunes, insolent avec l'adulte, parfois violent. Il ne respecte pas le règlement de l'établissement, fume dans sa chambre, urine dans les couloirs. Lors d'une crise, le jeune est hospitalisé en psychiatrie. L'équipe éducative souffle. Sa mère ne veut plus en

3. Robert CASTEL, *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, 1996.

4. Jacques DONZELOT, *L'État Animateur*, Essai sur la politique de la ville, Édition Esprit, 1994.

entendre parler. Au bout que quelques jours cependant, Pierre est sortant avec le diagnostic suivant : il ne relève pas d'un traitement psychiatrique mais d'une prise en charge éducative avec un suivi médical. Pierre retourne donc au foyer ASE avec l'assurance d'un suivi psychiatrique. C'est encore un échec : les décisions ont été prises dans l'urgence et pour des raisons qui sont avant tout d'ordre public. Les partenaires se connaissent mal, en particulier, l'hôpital de Guyane n'a pas été contacté, du moins pas au début. Le CMP n'est pas particulièrement spécialisé dans le suivi des adolescents. Les relations entre les éducatrices de l'ASE et le médecin traitant du CMP sont courtoises mais tendues. Elles ne permettent pas l'échange et le soutien réciproque nécessaires dans ce type de situation. Par ailleurs, la consommation de drogue n'est pas traitée. Les mêmes troubles se reproduisent. Finalement, Pierre rentrera en Guyane et sera repris en charge par l'équipe qui le connaît et qu'il n'aurait sans doute pas dû quitter. Son père est un peu mis devant le fait accompli, sa mère est soulagée ; ils ont été tous deux peu présents pendant tout ce temps de crise.

Ce cas illustre bien le fait que l'intervention en urgence, dans la crise, n'apporte pas de solution de prise en charge s'il n'existe ni spécialisation des psychiatres dans la prise en charge des adolescents, ni surtout ensuite de réseau éducatif/pédopsychiatrie. Il souligne aussi l'importance du service qui connaît le jeune, la nécessité de nouer des liens entre services, non pas pour se passer la « patate chaude » mais pour travailler ensemble en se relayant, en se soutenant mutuellement, afin d'éviter l'épuisement des équipes. Il est aussi très important que l'adolescent comprenne que les adultes qui se succèdent pour l'aider, travaillent en concertation et parlent d'une même voix. Ces réseaux commencent aujourd'hui à exister et à se structurer, rassemblant pédopsychiatrie, établissements éducatifs, services de suivi éducatif en milieu ouvert, éducateurs de prévention. Il faut les développer largement.

Il faut aussi pouvoir disposer de services de pédopsychiatrie ambulatoires pertinents dans le suivi des adolescents. Ils doivent être réactifs et présents, capables d'être des interlocuteurs attractifs pour les adolescents et d'assurer un soutien aux services éducatifs. Ces services de pédopsychiatrie vont au-delà de la thérapie classique et proposent aux jeunes d'autres activités, notamment des activités de groupe.

Enfin, il faut aborder la question des consommations de drogues autrement que comme un problème disciplinaire. Dans le cas de Pierre je ne suis pas sûre que sa consommation de cannabis ait été traitée en tant que telle. Il existe aujourd'hui dans tous les départements des services spécialisés, les « Consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leurs familles », qui pourront utilement être sollicitées à condition qu'elles soient bien repérées par les professionnels en charge des adolescents et que là encore, un travail en réseau puisse se mettre en place.

Ahmed, enfermé en lui-même.

Ahmed subit une agression sexuelle grave à 16 ans par un ami de la famille. Une information est ouverte. Un placement en urgence est décidé au vu du contexte familial (mère semble-t-il en grande difficulté personnelle, carences éducatives, absence de père, difficultés scolaires non traitées, importante surcharge pondérale). On nous dit qu'Ahmed a déjà été agressé dans son enfance au Maroc mais on n'en sait pas plus. Le placement est un échec : décidé dans l'urgence malgré l'opposition farouche de la mère et de la grande sœur, au sein d'une famille d'accueil sans compétence particulière, Ahmed ne cesse de fuguer pour rentrer chez lui ou pour traîner dans la rue. Je lève le placement avec une mesure éducative en milieu ouvert. Ahmed part en vacances d'été au Maroc. Il va mieux, semble-t-il. Il rentre à l'école en France en septembre, la CPE met en place un suivi particulier pour que la scolarité reprenne dans les meilleures conditions possibles. Dès les premières semaines d'école cependant, Ahmed commence à s'absenter puis ne se présente plus du tout. Il s'enferme chez lui, reste cloué à son ordinateur et ne voit plus personne. Sa mère vient seule au tribunal, paniquée. J'encourage la mère d'Ahmed à prendre l'attache du pédopsychiatre qui a suivi son fils il y a deux ans. Elle n'en fait rien. Je prends moi-même l'attache de ce médecin pour le prévenir. J'évoque avec lui une intervention de type placement, il reste très dubitatif face à la nécessité d'intervenir de manière contraignante. Que faire, alors ? La mère est très ambivalente, elle ne répond pas aux sollicitations du service éducatif. Le service passe à domicile, n'arrive pas à voir Ahmed, la porte reste close. La mesure prend alors la forme de conversations téléphoniques avec la mère. Au bout de quelques mois de tentatives de contact sans succès, le service éducatif me propose de clôturer le dossier. Pour moi, il n'en est pas question : la situation de danger est grave. Une nouvelle audience est fixée au tribunal. Personne ne se présente. J'en suis là. Je vais à nouveau contacter le pédopsychiatre d'Ahmed. Nous n'avons pas encore pu aider ce jeune du fait notamment de l'ambivalence et de la passivité de sa mère. Il faudra bien y arriver pourtant.

1. En plus, dans le cadre pénal, le juge doit aussi apporter une réponse à l'acte lui-même : il dispose d'une palette de possibilités, du simple rappel à la loi, jusqu'à la sanction pénale (par exemple : travail d'intérêt général, sursis avec mise à l'épreuve) en passant par la Réparation, mesure éducative entièrement tournée vers l'acte commis. Notons que la réponse à l'acte doit comporter une dimension éducative forte et que le maniement des sanctions suppose une approche bienveillante, tournée vers l'amélioration du comportement du jeune et la cessation de la situation de danger.

Là encore, je n'ai guère observé d'échanges entre l'éducatif et la pédopsychiatrie. Par ailleurs, quand un jeune se terre chez lui, comment utiliser la contrainte à bon escient quand les parents ne demandent pas l'hospitalisation ? Ne peut-on envisager un déplacement conjoint du service éducatif et du service de pédopsychiatrie à domicile ? Pourrait-on même imaginer une AEMO (assistance éducative en milieu ouvert) exercée par un éducateur d'une part, et un thérapeute, d'autre part ?

Ou encore, ne faut-il pas songer à une expertise à domicile pour préparer une hospitalisation ? Cela suppose l'existence d'experts prêts à se déplacer et un service de pédopsychiatrie adapté à l'accueil des adolescents.

Zoé, à comprendre et apprivoiser

Zoé a 15 ans. Ses parents sont séparés après plusieurs années de violence conjugale. Monsieur vit dans un studio à Paris. Il est aveugle. Le conflit conjugal n'est pas apaisé et Monsieur est très complaisant à l'égard du comportement de Zoé qu'il impute aux maladroites éducatives de sa mère. Zoé vit avec sa mère et ses deux grandes sœurs. C'est une élève difficile, en échec scolaire, insolente avec les adultes, souvent agressive avec ses pairs. Elle se rend invivable à la maison où elle terrorise sa mère par ses invectives et sa violence : Zoé est capable de casser une pile d'assiettes ou de déchirer les rideaux quand elle est contrariée. Dernièrement, elle a même levé la main sur sa mère contre laquelle, en fait, sa violence est essentiellement dirigée. Zoé le reconnaît. La mère de Zoé est une femme douce et élégante, très dépressive ; ses deux grandes sœurs sont compréhensives et matures. Elle font des études supérieures. Elles sont la perfection incarnée. La vie de famille est un enfer, Zoé refuse pourtant farouchement un accueil extérieur à la maison. Je décide malgré cela d'un placement, tant la vie familiale est perturbée. Je décide aussi d'une expertise psychologique parents/enfant. Zoé est bien sûr insaisissable, l'ASE n'arrive pas à la rencontrer pour préparer le placement. Elle fugue, d'abord chez son père à Paris, puis ailleurs, on ne sait où, et revient de temps en temps chez sa mère.

L'expert voit toute la famille, longuement, sauf Zoé qui se dérobe au début. Il a souvent la mère et même le père au téléphone qui s'inquiètent de ce que le placement ne puisse se mettre en place. Il appelle l'ASE, pour avoir des nouvelles, il appelle le juge. Il finit par réussir, à force d'insistance, à voir la jeune fille. Il comprend des choses. Zoé a, semble-t-il, confiance en cet adulte au positionnement si singulier, ni chargé de la soigner, ni de la prendre en charge. Depuis cette intervention ponctuelle (3 mois) mais dense et dynamique, Zoé commence à avoir envie d'être aidée. L'ASE est désormais en liaison régulière avec elle, un projet s'élabore. Il n'est pas exclu, si nécessaire, que je recoure à nouveau à cet expert dans quelques mois pour débloquer une difficulté ou me permettre de déterminer une orientation de prise en charge.

Ainsi, parallèlement à la mesure d'investigation et d'orientation éducative, il existe un besoin d'experts psychologues ou pédopsychiatres dont l'intervention ne doit pas se limiter à un diagnostic. En effet, leur travail doit être interactif : il s'agit bien sûr d'avoir un regard d'expert donc extérieur, tout en intervenant en phase avec le suivi. L'expert devient alors acteur du processus de compréhension et de traitement des difficultés, y compris en alliant des relations avec les services éducatifs en charge du suivi, avec le médecin traitant, avec le juge.

Mohamed tyran domestique

Mohamed a à peine 16 ans quand il m'est déféré un jour en urgence pour violence et dégradation volontaire. Il n'a aucun antécédent judiciaire. Il avait frappé sa mère et cassé toutes les vitres du véhicule familial parce qu'on lui interdisait de l'utiliser. A la maison, Mohamed est tout puissant : il est le seul à avoir sa chambre, sa sœur dort dans le salon. Il a imposé son chien contre l'avis de sa mère. Son père, dépressif, ne joue semble-t-il aucun rôle d'autorité. Mohamed rentre et sort quand il veut, fréquente qui il veut dans la cité, ne supporte aucune remarque de l'adulte et en particulier de sa mère. Il est déscolarisé depuis 6 mois. Lors de l'audience, l'adolescent est quasiment haineux avec sa mère (le père est absent, toujours la dépression), il est grossier avec moi. Je décide d'une mesure de placement dans un Centre de placement immédiat (CPI), structure de la PJJ, spécialisée dans l'évaluation des situations en vue d'une orientation. Le soir même, Mohamed fugue du foyer et commet une série de vols aggravés dans la nuit à Paris, entraînant d'autres jeunes du foyer. Un juge d'instruction est saisi, compte-tenu de la gravité et de la multiplicité des faits, et Mohamed est placé en détention provisoire.

Que se passe-t-il en prison ? Qui peut reprendre l'histoire fulgurante de Mohamed, l'analyser avec lui, le soigner si nécessaire et tendre ainsi à éviter une réitération de la violence et des actes de délinquance ?

S'il faut une contention, la prison a le mérite de proposer un cadre clair. Mais l'incarcération d'un mineur nécessite une intervention éducative et thérapeutique systématique. Le quartier des mineurs de Villepinte a connu une période faste pendant laquelle un pédopsychiatre suivait tous les mineurs. Tel n'est plus le cas aujourd'hui. Pourtant, cette présence est indispensable, en complément du suivi éducatif pour quasiment

tous les mineurs incarcérés. Souhaitons donc que l'intervention de la protection judiciaire de la jeunesse au sein des quartiers pour mineurs dans les établissements pénitentiaires permette de resserrer les liens avec les thérapeutes spécialistes des adolescents.

Stéphane, adorable garçon avec qui rien ne marche

Stéphane a 15 ans quand je fais sa connaissance. Il existe un conflit paroxystique entre ses parents, au point que quand il habite chez son père, sa mère ne veut plus le voir ni entendre parler de lui. Stéphane ne se plie à aucune injonction parentale, il est déscolarisé et un peu délinquant. Une avalanche d'amendes RATP fait sortir le père de ses gonds. La belle-mère n'en peut plus. Stéphane est mis à la porte du domicile pour « préserver l'équilibre familial » dit son père.

Sans toit, Stéphane est placé d'urgence. Il tient une nuit dans son établissement et fugue. Retrouvé par la police un mois plus tard, je le vois en audience. Il ne veut à aucun prix vivre dans un établissement éducatif, il se débrouille très bien tout seul ; il est d'accord pour être aidé par un éducateur cependant. Je décide une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert. Stéphane se présente spontanément au service éducatif, il accroche bien avec son éducateur, participe aux activités collectives du service. Il reprend contact avec son père. Nul ne sait où Stéphane réside mais il est là, demandeur de soutien, assez ouvert à l'échange. Rien ne se concrétise pourtant. Un premier projet échoue (non respect du cadre, agressivité, délinquance, fugue). Un second projet voit le jour qui implique l'intervention de l'ASE. Changement d'équipe de référence donc. Stéphane est accueilli par une structure proposant une prise en charge thérapeutique individuelle, en même temps qu'un suivi éducatif (accès à l'autonomie au point de vue du logement, remise à niveau scolaire et formation professionnelle.). Nouvel échec : mis au pied du mur, Stéphane ne peut pas. Il ne peut notamment pas supporter de devoir parler de son histoire. Même cette structure baisse les bras malgré son haut niveau de tolérance. L'ASE aussi dans un premier temps.

Stéphane a bientôt 17 ans, il ne respecte aucun contrat, reste très immature et complaisant vis-à-vis de ses propres défaillances. Je tente un deuxième changement de service mais la mesure tarde à démarrer du fait de la surcharge de ce nouveau service. S'en suit une nouvelle période d'errance de quelques semaines. Stéphane est tout récemment réapparu à l'accueil d'une Maison pour adolescents du département. Il est alors hospitalisé deux nuits en psychiatrie. Ce service nous adresse une télécopie. Sortant d'hospitalisation, Stéphane reprend contact avec l'ASE. Il demande de l'aide. A l'aube de sa majorité, Stéphane est désormais conscient qu'il a besoin d'un projet pour sa vie, et d'une thérapie. Changeant mon fusil d'épaule, je reconfie à l'ASE un mandat de suivi en milieu ouvert. L'ASE, présente et tenace face aux frasques de Stéphane, s'achemine actuellement vers un nouveau projet d'accueil dans l'établissement qu'il a quitté il y a 6 mois. Au final, nous avons donc peut-être réussi à aider Stéphane et son père.

Il existe un besoin d'établissements d'accueil capables d'une grande tolérance vis-à-vis des comportements déviants des jeunes. Ce type de structure comporte un volet de prise en charge thérapeutique individuelle d'une part, et un volet éducatif et d'insertion sociale d'autre part, avec un hébergement éclaté (chambres d'hôtel ou studios).

Nous avons aussi besoin de lieux d'accueil pour adolescents, ouverts aux demandes immédiates d'aide et capables d'orienter ensuite le jeune.

Notons que les structures d'accueil, comme les services de suivi en milieu ouvert doivent toujours se montrer peu institutionnels pour réussir avec les adolescents difficiles.

Soulignons enfin la fonction pivot du juge dans le suivi de Stéphane. Il doit être le « fil rouge » tant vis-à-vis des services appelés à se succéder, qu'auprès du jeune et de sa famille. Ainsi, j'ai vu Stéphane de façon très régulière, soit en assistance éducative, soit « au pénal » (ce que je n'ai pas fait pour Pierre par exemple). Cette constance du juge ajoutée à celle des services, a redonné confiance au père (la mère, elle, est demeurée absente jusqu'à ce jour) et au jeune, malgré la série de ratages successifs, construisant petit à petit une demande d'aide authentique de la part de Stéphane.

En résumé et pour conclure, les équipements et dispositifs suivants me paraissent nécessaires ou constituer des pistes de travail à creuser :

- Réseaux de services spécialisés permettant d'allier l'intervention éducative et l'intervention pédopsychiatrique dans un cadre judiciaire. Il s'agit de permettre aux différents acteurs de se relayer et d'éviter ainsi l'essoufflement, tout en assurant une prise en charge pluridisciplinaire ou/et AEMO mandatant un éducateur d'une part, et un référent thérapeute d'autre part.
- Services non sectorisés d'accueil, d'écoute et d'orientation des adolescents, type « maison des adolescents ».

-
- Services de pédopsychiatrie permettant un suivi ambulatoire qui soit véritablement en phase avec le fonctionnement des adolescents et des services éducatifs.
 - Lits en service de pédopsychiatrie pour adolescents en nombre suffisant.
 - Experts psychologues et psychiatres spécialisés, capables d'intervenir en interaction avec le suivi judiciaire et éducatif du jeune.

Sur la méthode : Ne pas intervenir seul. Se relayer. Echanger et interagir. Travailler de façon non institutionnelle. Au delà de l'urgence qui s'impose parfois, travailler dans la durée.

QUELLES PRISES EN CHARGE POSSIBLES : AU SEIN, AUPRÈS ET HORS DE LA FAMILLE ?

Prise en charge en milieu pénitentiaire des mineurs présentant des conduites psychopathiques

Cyrille CANETTI

Psychiatre - SMPR de Fleury Mérogis - Centre de jeunes détenus

INTRODUCTION

Depuis quelques années, l'opinion s'émeut des conditions de prise en charge sanitaire des détenus. En particulier, plusieurs études récentes font état de statistiques inquiétantes concernant les malades mentaux incarcérés. Tout le monde s'accorde à dire que les détenus doivent bénéficier de soins et que la prise en charge de la maladie mentale en milieu carcéral est indispensable, tant du point de vue éthique que de celui de la prévention de la récidive. Pourtant les personnalités psychopathiques sont toujours à l'origine de débats passionnés. A la frontière de la pathologie, elles sont régulièrement considérées comme le résultat d'une carence sociétale et se voient de ce fait exclues du champ de l'approche psychothérapeutique au profit d'une prise en charge éducative, voire répressive. La part de la psychiatrie se cantonne alors souvent à une chimiothérapie visant à étouffer les troubles du comportement et revêtant parfois un aspect tout aussi répressif.

Les récents débats sur l'insécurité et sur la relecture de l'Ordonnance de 1945 ont mis l'accent sur les mineurs incarcérés. Pour la population mineure, ainsi que le prévoient les textes, la priorité doit être donnée à la prévention et à l'éducation. Mais dès lors qu'il s'agit d'incarcération, peut-on encore parler d'action préventive et éducative ? Et dans un tel contexte quelle peut être la place du soin ?

Au cours de notre intervention, après avoir rappelé les notions de personnalité psychopathique, nous évoquerons les profils psychopathologiques les plus fréquemment rencontrés dans notre exercice au centre de jeunes détenus de Fleury-Mérogis pour exposer une modalité de prise en charge des mineurs incarcérés qui, si elle se heurte à de nombreuses difficultés, n'est pas sans donner l'espoir suffisant à la poursuite de notre entreprise.

DÉFINITION DES PERSONNALITÉS PSYCHOPATHIQUES OU ANTISOCIALES

Les différentes appellations de ces personnalités pathologiques illustrent les oppositions qui existent au sujet de leur approche. Alors que le terme de personnalité psychopathique fait clairement référence à une souffrance psychique, celui de personnalité anti-sociale ne met en avant qu'un modèle d'opposition à un fonctionnement social.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) parle de personnalité anti-sociale et la définit comme un mode de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence. La tendance à la tromperie et à la manipulation fait partie des critères diagnostiques. Le DSM précise à ce sujet qu'il est nécessaire de confronter l'information fournie par le patient avec celle provenant de l'extérieur. Si, par définition, le diagnostic ne peut être posé avant l'âge de 18 ans, des troubles des conduites doivent avoir été repérés avant l'âge de 15 ans : il peut s'agir d'agressions de personnes ou d'animaux, de destructions, de fraudes ou d'infractions graves.

A l'âge adulte, ces personnalités se montrent souvent irritables et agressives. Elles ne tiennent pas compte des souhaits, des droits ou des sentiments d'autrui. Elles agissent de façon impulsive, sans planifier, sans considérer les conséquences pour elles-mêmes ou pour autrui. Leurs actes se font au mépris de leur sécurité ou de celle des autres.

Le DSM insiste sur l'aspect irresponsable de ces personnalités « Ces sujets ont tendance d'une façon très profonde à être extrêmement irresponsables » ; il en fait même un critère diagnostique fondamental (critère A6). A ce titre, il est intéressant de constater que sous la plume des experts, le diagnostic de psychopathie signe la responsabilité d'un individu face à la justice.

Pour la suite de notre propos, il paraît utile de fournir quelques éléments de la définition des personnalités *borderline* par le DSM. Ces personnalités sont décrites comme marquées par l'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects. Leur comportement est impulsif. La peur permanente de l'abandon les conduit à des réactions de colère et parfois de violence lorsqu'elles sont confrontées à une situation vécue comme menaçante. La tendance à l'idéalisation du partenaire potentiel les amène à une grande exigence dans la relation. Le passage de l'idéalisation de l'autre à sa dévalorisation lorsque celui-ci ne se montre pas à la hauteur de cette exigence les conduit à une perte notable du contrôle des affects et des impulsions.

La prévalence des personnalités psychopathiques dans la population générale est estimée à 1% chez les femmes et à 3% chez les hommes. Elle peut dépasser les 30% en milieu carcéral.

La prévalence des personnalités *borderline* est de 2% (dont 75% de femmes) dans la population générale, de 10% dans les consultations psychiatriques et de 20% à l'hôpital psychiatrique.

Abordant le problème du diagnostic différentiel entre ces deux personnalités, le DSM précise que la tendance à la manipulation existe dans les deux catégories mais que si elle a pour finalité chez les personnalités *borderline* d'obtenir une prise en charge, son but chez les psychopathes est d'obtenir un profit, du pouvoir ou un autre avantage matériel.

Si l'on considère que les personnalités psychopathiques et *borderline* reflètent toutes les deux une lutte contre un effondrement psychique, on peut s'étonner de trouver plus de 20% de personnalités *borderline* à l'hôpital psychiatrique alors que pour constater une telle prévalence de psychopathes il faille se tourner vers la prison.

Ainsi peut-on se demander de façon un peu caricaturale et provocante si la manipulation ne conduit pas chez les uns à des mesures thérapeutiques et chez les autres à des mesures répressives.

LE POSITIONNEMENT DES SOIGNANTS FACE À LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNALITÉS PSYCHOPATHIQUES

Avec une telle définition, il semble difficile pour un soignant de s'engager de façon motivée dans la prise en charge des personnalités anti-sociales. La souffrance ressentie est davantage mise en évidence chez les personnalités *borderline* que chez les psychopathes. Et si le DSM revendique son « a-théorisme », il n'est pas certain qu'il puisse de la même façon se réclamer de l'« a-moralisme ».

Il recommande dans sa définition de s'assurer auprès de sources extérieures de la véracité des propos du psychopathe tant celui-ci est enclin à mentir et à tromper pour son bénéfice. Incité à la méfiance et à la vérification pour sa propre sauvegarde à l'égard de celui qui est présenté comme un prédateur, le soignant peut difficilement conserver une attitude thérapeutique.

En effet, comment se sentir positivement concerné par des individus qui non contents de ne solliciter aucun soin, semblent prendre plaisir à manipuler leur interlocuteur, insensibles à sa souffrance, voire satisfaits de l'abuser afin de le voler ou de prendre emprise sur lui ? Et il semble bien que dans de nombreux cas, de façon plus ou moins consciente, les équipes soignantes se positionnent de la sorte, devenant parfois plus soucieuses de ne pas se faire manipuler que de repérer ce qu'une telle attitude chez le psychopathe peut révéler de sa souffrance. Car le psychopathe est un individu en souffrance qui, s'il est incapable de se préoccuper de la souffrance d'autrui, ne se soucie pas davantage de la sienne et qui, s'il n'anticipe jamais les conséquences pour les autres de ses comportements à risque, ne tente pas davantage de s'en protéger.

Envisager l'autre, c'est prendre le risque de s'envisager soi et prendre conscience de la souffrance d'autrui, c'est s'exposer à la prise de conscience de sa propre souffrance. Or par son incapacité à mentaliser, par la fragilité de l'image qu'il a de lui, le psychopathe n'a d'autre issue pour préserver l'intégrité de son identité que de cliver son espace psychique, de dénier sa souffrance en la projetant à l'extérieur. Et c'est ainsi qu'il préfère, plutôt que de s'exposer à une lecture redoutable de sa fragilité, passer à l'acte au mépris des conséquences pour autrui ou pour lui. L'accession au remords ou à la culpabilité revêtirait une mise en danger de la même façon et l'on peut aisément concevoir que le psychopathe soit la première victime de ses manipulations. Dès lors, il apparaît que, sous couvert d'un intérêt matériel, cette tendance à la tromperie révèle en réalité un intérêt de survie psychique.

La population des mineurs incarcérés, si elle ne peut par définition répondre à la classification de personnalité psychopathique présente avec elle beaucoup de similitudes dans son comportement et dans cette lutte visant à préserver un équilibre psychique relatif.

Pour beaucoup, ces adolescents affichent des réactions de prestance et de surestime de soi qui passent pour de l'arrogance et qui les enferment dans l'image obligée du caïd insensible mais qui dissimule avec

peine une fragilité extrême. Leur parcours abandonnique les positionnent dans la crainte permanente de l'abandon et met à mal de ce fait toute relation susceptible par sa rupture d'entraîner un effondrement de leur personnalité.

Pour autant, ils présentent souvent un terrain affectif aride qui les incite comme cela est décrit dans les personnalités limites à idéaliser leur interlocuteur, puis, pris au piège de l'attachement menaçant, à sa dévalorisation, voire à sa destruction symbolique.

Leurs troubles du comportement à type d'automutilations ou d'oppositions violentes à l'administration pénitentiaire s'inscrivent dans le registre du passage à l'acte évoqué plus haut mais aussi dans un sentiment d'injustice et de trahison de la part d'une institution qu'ils aimeraient inconsciemment pouvoir reconnaître comme une autorité.

Aveuglés par un auto centrisme mégalomane et défensif, ils vivent chaque frustration de façon décuplée et interprètent toute décision visant à les sanctionner comme injuste et persécutrice. C'est pourquoi ils sont si prompts à se positionner en victime d'un système qualifié d'arbitraire.

C'est dans ce contexte que nous sommes amenés à les rencontrer.

PRÉSENTATION DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Au 1^{er} août 2005, 646 mineurs étaient incarcérés en France, soit 1,14% de la population carcérale totale. (contre 751 au 1^{er} juillet 2004)

Il faut rappeler que la peine d'emprisonnement doit rester exceptionnelle pour les mineurs. Nombre d'entre eux sont incarcérés en mandat de dépôt avant un jugement qui la plupart du temps ne les renverra pas en prison. Les mineurs de 16 ans ne sont généralement incarcérés que pour des affaires criminelles. Toutefois depuis la loi Perben de septembre 2002, l'incarcération de jeunes de moins de 16 ans est envisageable lors de procédures correctionnelles de façon préventive lorsqu'ils sont récidivistes. Mais la grande majorité des mineurs incarcérés reste constituée de jeunes de 16 à 18 ans, placés en mandat de dépôt pour des durées qui varient entre un et six à douze mois.

Tous les mineurs arrivants sont accueillis par un membre de l'équipe infirmière qui fait un repérage. A quelques jours de distance, ils sont reçus par un psychiatre. Ce premier entretien donne un aperçu de leur profil psychologique et permet de combattre l'a priori négatif, particulièrement prégnant chez les adolescents, de toute approche psychiatrique. De ce fait, le moment de la première rencontre est tout à fait primordial pour l'organisation de la suite de la prise en charge.

Au terme de ces entrevues, différentes propositions de suivi peuvent être faites aux mineurs. Toutes sont soumises à leur consentement car, point essentiel trop souvent ignoré, aucun soin ne peut être imposé à un détenu sauf à organiser son admission à l'hôpital psychiatrique sous couvert d'un arrêté préfectoral. Il peut s'agir d'entretiens avec un personnel infirmier, un psychologue ou un psychiatre ou de la participation à des ateliers thérapeutiques. La fréquence des entretiens et les modalités de la prise en charge sont définies selon la volonté du jeune et du soignant. Le rythme des rencontres peut être d'une fois par mois à plusieurs fois par semaine. Par ailleurs, lorsqu'à l'occasion de l'entrevue initiale, l'indication d'un suivi n'a pas été posée ou que le jeune n'a pas souhaité y donner suite, des imprimés de demande de rendez-vous sont à la disposition de tous les détenus. Hors situation d'urgence, les rencontres sont planifiées et les jeunes sont systématiquement sollicités de nouveau lorsqu'ils ont refusé un entretien programmé.

La prescription médicamenteuse pour les mineurs est exceptionnelle. Elle concerne généralement des adolescents en situation de crise ou en proie au choc de l'incarcération. Elle est très généralement de courte durée et fait appel aux hypnotiques ou aux sédatifs. Les antidépresseurs et antipsychotiques sont d'usage particulièrement peu fréquent et concernent des pathologies lourdes.

A cette prise en charge s'ajoutent les échanges avec les différents acteurs qui gravitent autour des jeunes incarcérés (Administration Pénitentiaire, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Education Nationale, magistrats). Ces échanges doivent se faire dans le respect du secret médical et se limiter strictement aux informations nécessaires à la cohérence de la prise en charge du mineur considéré.

Un autre temps important de la relation thérapeutique est celui de la rencontre des parents en présence du mineur. Cet entretien qui ne s'inscrit pas dans le cadre d'une thérapie familiale, permet de remobiliser les différents acteurs de la cellule familiale, de réinvestir des parents souvent découragés dans leur rôle éducatif et de resituer le mineur dans sa position d'enfant.

Lorsque la date de libération est connue à l'avance, la prise en charge extérieure peut être anticipée. Il peut s'agir de rendez-vous pris avec une équipe de relais, de transmission d'informations aux soignants de la structure éducative d'accueil, rarement d'hospitalisation. La mise en place de consultations post-carcérales réalisées par les soignants du SMPR est particulièrement intéressante. Dans le cadre d'une convention passée avec l'Espace Santé Jeune de l'Hôtel Dieu à Paris, des plages de consultations sont réservées aux psychiatres et psychologues exerçant au CJD. Les jeunes se voient donc remettre le cas échéant un rendez-vous avec leur thérapeute avant leur sortie et savent qu'à tout moment, ils peuvent se rendre en consultation et ce, même à distance de l'incarcération et de façon informelle.

COMPTE-RENDU DES PRISES EN CHARGE ET RÉSULTATS

Ces modalités de prise en charge permettent dans un nombre non négligeable de cas d'établir des relations de qualité avec les mineurs incarcérés, en particulier avec ceux présentant les troubles du comportement évoqués plus haut.

Nous l'avons dit, le temps de l'incarcération est souvent court. Le but n'est donc généralement pas d'établir une relation dans la durée mais de donner aux jeunes l'accès à un espace de parole qui leur permettra d'aborder une souffrance trop souvent banalisée ou considérée par eux comme inaccessible à quelque prise en charge que ce soit. L'objectif de la prise en charge doit être clairement exposé avec eux dès le début. Il ne s'agit pas de « soigner » leur délinquance, c'est là l'affaire de la justice, mais de leur redonner un espace de choix, de leur restituer une position de décideur dans la gestion de leur existence. Ils se sentent en effet régulièrement privé de toute capacité à interagir sur leur parcours et c'est avec fatalisme qu'ils s'en remettent à ce qu'ils nomment « leur destin ». Et ce même s'ils prétendent souvent être maître de leurs actes et d'un avenir qu'ils ne souhaiteraient pourtant pas à leur petit frère. Pour ce faire, le premier entretien, pourtant perçu comme imposé, est fondamental. Il doit surprendre ces adolescents le plus souvent déjà rompus aux entretiens psychologiques, saisir le moment où il les amènera en dehors de leurs rouages psychologiques pour leur donner le choix de revenir. A ce titre, il est souvent intéressant de travailler sur les dires du patient sans les vérifier comme le préconise le DSM. Cette rencontre nécessite par conséquent un investissement personnel important de la part du thérapeute qui tout en manifestant de l'empathie doit veiller à ne pas franchir certaines limites, ce qui pourrait mener à la rupture du lien ou à des décompensations graves. En effet, ces adolescents qui fonctionnent de façon clivée peuvent identifier l'espace de soins comme un espace positif qui se situerait en miroir de ce que l'administration pénitentiaire et la justice représenteraient de négatif. Si la bonne distance n'est pas maintenue, ils peuvent être amenés à livrer des secrets autour desquels ils se sont construits. De retour en cellule et de nouveaux face à eux-mêmes, il arrive qu'ils se sentent trahis par la confiance inspirée et qu'ils ne parviennent pas à faire face au vide qu'ils ont créé. Il existe alors un risque certain de raptus anxieux et de passage à l'acte auto ou hétéro agressif grave. Plus souvent, ils ont pour seule issue afin de restaurer une intégrité identitaire que de mettre un terme au lien à peine ébauché.

Les entretiens suivants doivent être menés avec la même attention car rien ne serait plus préjudiciable que d'engendrer un investissement auquel on ne saurait répondre par la suite. Pourtant il n'est pas rare qu'au bout d'un certain temps, les jeunes s'essouffent et décident de ne plus honorer les rendez-vous. Cette mise à distance du soin leur est souvent utile pour gérer le temps de la détention et il faut savoir s'y résoudre après les avoir sollicités de nouveau afin qu'ils ne perçoivent pas dans notre acceptation de leur décision, indifférence ou abandon. Certains d'entre eux sauront se manifester ultérieurement quand le besoin s'en fera sentir, d'autres accepteront de revenir après avoir été signalés pour fléchissement thymique ou troubles du comportement en détention et il faut dans ces moments savoir aller les chercher. D'autres enfin, ne reviendront plus ce qui n'invalide pas pour autant ce qui s'est déroulé au cours des premiers entretiens.

La fin de la prise en charge est souvent contemporaine de la libération. Mais parfois les troubles du comportement de ces adolescents au parcours jalonné d'abandons et de renvois, sont à l'origine d'un transfert disciplinaire vers un autre établissement pénitentiaire. Cette possibilité pousse certains d'entre eux à relever le défi du paradoxe : se faire exclure de la prison. Ces transferts sont à la fois vécus par eux comme un échec ou un abandon supplémentaire et une victoire sur l'administration. Pour qu'ils puissent investir l'institution pénitentiaire comme une autorité et qu'ils n'aient pas le sentiment de n'exceller que dans la capacité à se faire rejeter, il est indispensable que ces transferts se fassent de façon organisée et expliquée, sans quoi ils risquent d'être perçus par les jeunes comme un passage à l'acte faisant miroir à leur propre comportement, ce qui ne peut que les inciter à rester sur ce mode de fonctionnement.

Nous l'avons dit, lorsque la date de libération est connue il est utile de préparer le relais avec les structures de soins extérieures. Mais l'idéal réside dans le suivi post-carcéral tel qu'il est exposé plus haut. Bien que beaucoup d'adolescents n'aient qu'une hâte en sortant de prison, celle de laisser derrière eux tout ce qui y a trait de près ou de loin, et qu'ils ne viennent qu'irrégulièrement aux rendez-vous qui leur sont fixés, il arrive

fréquemment qu'ils se présentent quelques mois voire quelques années plus tard avec le souvenir du bénéfice qu'ils ont retiré de la relation thérapeutique établie du temps de leur incarcération et qu'ils ont su dissocier de l'espace judiciaire. Ces apparitions ponctuelles dans le temps attestent qu'ils ont trouvé un repère auquel ils savent se référer quand ils en éprouvent le besoin.

CONCLUSIONS

En conclusion, rappelons que les mineurs incarcérés restent par définition en dehors du champ des personnalités psychopathiques tel qu'il est défini par le DSM. Les troubles du comportement qu'ils présentent laissent présager pour certains d'entre eux une évolution vers la psychopathie ; pour d'autres, il ne s'agit que de manifestations passagères propres à l'adolescence. Notre expérience au quotidien met en évidence chez ces adolescents une souffrance psychique indéniable, franche et authentique. Leur grande fragilité identitaire justifie une prise en charge dans un climat chaleureux, invasif mais non menaçant, basé sur la confiance et le respect mutuel, fiable mais aussi reproductible.

C'est seulement au prix d'efforts incessants jalonnés de moments de découragements mais aussi de grandes joies que l'on obtient parfois des résultats justifiant à eux seuls que la psychiatrie revendique, comme elle le fait pour les personnalités *borderline*, la prise en charge des personnalités psychopathiques.

COMMENT ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AU COURS DE L'ADOLESCENCE ?

Philippe JEAMMET

Professeur, chef de service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte
Institut Mutualiste de Montsouris – Paris.

Quelle peut être la part de liberté d'un sujet ainsi pris entre une double contrainte ? La contrainte interne qu'exercent les émotions qui le débordent et qu'il ne peut contrôler et dont la force est parfois telle qu'il peut penser que ces émotions ne lui appartiennent pas et sont purement induites par l'extérieur, et la contrainte externe venue de son hypersensibilité aux attitudes d'autrui qui, tel un écorché vif sans le filtre protecteur de la peau, le fait réagir douloureusement à tout rapproché. Pris entre ces deux forces perçues comme étrangères à lui, le Moi s'efface et ne se sent exister que dans la violence de l'acte, sans pouvoir percevoir qu'il est lui-même agi par ces deux ordres de contraintes.

Comment dans ces conditions redonner au sujet un espace et une consistance propres ? Comment le Moi peut-il se construire s'il n'a aucune possibilité de contenir et ainsi de se réapproprier ces forces pour les mettre au service d'un projet ? A une contrainte n'est-on pas tenu d'opposer à un moment donné une autre forme de contrainte dont la finalité est d'arrêter ce cycle de stimuli-réponses sans fin et de permettre au sujet de penser sa situation et de poser des choix ?

Quand un sujet est en souffrance, ce n'est pas un choix : c'est une contrainte. Une contrainte qui est un appel aux autres à intervenir, appel qui ne peut pas être dit par le langage, parce que il y aurait là aussi excès de rapproché. Dans ce cas, l'appel aux tiers que ne peut formuler l'adolescent, il faut savoir l'imposer, quoi qu'en dise le sujet, pour faire contrepoids à ses contraintes internes. A une contrainte interne qui ne dit pas son nom, on est en droit d'opposer une contrainte externe qui limite cette contrainte interne. Non pas pour imposer une solution définitive, mais pour permettre au sujet de retrouver progressivement une liberté de choix qui n'est possible que s'il acquiert une capacité minimale de prendre soin de lui et d'exister dans sa différence autrement qu'en s'attaquant lui-même. Ceci me semble vrai aussi bien au niveau individuel qu'au niveau social et groupal.

Le travail avec ces adolescents est guidé par cette nécessité première de lui rendre tolérable ce dont il a besoin, et dans une certaine mesure ce qu'il désire afin que besoin ou désir ne soient pas perçus par lui-même comme un risque d'aliénation à l'objet ainsi investi. Dans cette optique, le travail sur les limites et les facteurs de différenciation est primordial et ce à tous les niveaux : différenciation entre dedans et dehors, entre les intervenants externes qui s'offrent à son investissement, mais également entre les différentes composantes et les représentations qui constituent son monde psychique interne. C'est dire que pour nous la diversification et la complémentarité des intervenants et des approches sont une nécessité, mais que la contrepartie en est une nécessaire cohérence dans la diversité. Cette cohérence, qui a elle-même fonction de tiers et de limite, ne peut venir que d'un travail d'élaboration en commun sur l'adolescence et du partage d'une compréhension des enjeux essentiels de cet âge. Cette diversité, gage de liberté, car elle limite la peur de la dépendance, tire sa cohérence de la prégnance d'une figure médiatrice, responsable de la cohésion et de la continuité du traitement, support de la propre continuité narcissique du patient. Figure plus ou moins fétichisée, idéalisée ou déjà plus différenciée selon les cas, mais qui, quel que soit le cas de figure, doit être confrontée à d'autres figures soignantes qui facilitent une diffusion des investissements, un relatif clivage des objets, une conflictualité plus tolérable par le jeu des petites différences progressivement croissantes avec l'augmentation de la tolérance du patient.

Dans ces conditions les mesures éducatives et pédagogiques, d'ordre individuel ou institutionnel, lorsqu'elles sont nécessaires ne sont pas antagonistes de la démarche psychothérapique, mais au contraire peuvent être conçues comme son complément utile voire indispensable et faire partie intégrante de la même approche compréhensive et dynamique de l'adolescent. Au travers de la forme et de la technicité propre à chaque approche (éducative, pédagogique, ergothérapique...) il s'agira d'offrir à l'adolescent une zone transitionnelle, dans le sens donné à ce terme par Winnicott, un espace de rencontre avec l'adolescent où puisse se développer une aire d'échanges et de plaisirs partagés, sans que ceux-ci soient sexualisés et excitants, c'est-à-dire sans que l'adolescent ait à prendre clairement conscience de ces plaisirs et surtout sans qu'il ait à se poser la question de leur provenance et du rôle et de la place d'autrui dans leur déroulement. Le but de ce « faire

avec » l'adolescent est de restaurer un plaisir de fonctionnement le plus large possible qui s'étaye sur autrui d'une façon la moins conflictuelle possible.

La règle d'or en matière d'éducation est de savoir poser des limites, contenir, et parfois sanctionner, sans humilier. En effet, punir ne consiste pas à humilier mais à poser une limite à une attitude ou un comportement, à sanctionner une faute et à demander réparation pour un dommage commis. Il est important qu'en miroir l'adolescent puni ait la conviction qu'il en aurait été de même pour un autre que lui.

Dans la punition, le jugement porte sur l'acte et non pas directement sur l'adolescent qui l'a commis. Elle laisse même entendre que celui-ci pourrait et aurait dû agir autrement et donc qu'il a les qualités requises pour le faire. Elle peut irriter sur le moment, voire provoquer un sentiment d'humiliation parce qu'il faut s'y soumettre et qu'elle est de ce fait subie. Mais, en général, elle ne laisse guère de traces... Tout au plus un acte ou un propos fâcheux qu'il aurait mieux valu éviter.

En revanche, tout autre est l'humiliation. Elle prend son origine dans la volonté de celui qui humilie de blesser l'autre. Le jugement ne concerne plus seulement les actes et les paroles, mais la valeur de l'adolescent lui-même, jugé incapable d'agir autrement, indigne de confiance, d'estime ou d'intérêt. La blessure est portée au cœur même du jeune, qui risque d'en garder une trace durable, et celle-ci alimentera, tant qu'elle persistera, violence et rancune. Elle est une forme de violence.

Ainsi cette vulnérabilité de ces adolescents, et leur extrême réactivité aux réponses environnementales, si elles constituent leur faiblesse, peut devenir leur chance. Elles supposent en effet, qu'au-delà de la force de la répétition de ces comportements, une meilleure adaptation de la réponse du milieu est susceptible de les influencer cette fois-ci d'une façon positive. Cette dépendance est aussi ce qui fait qu'ils conservent une potentialité de changement, certes difficile, longue et aléatoire et d'autant plus que cette potentialité est rendue particulièrement délicate à utiliser du fait de la puberté et de ce que cette dernière signifie de sexualisation des liens et de réveil des désirs et des peurs de rapproché.

Références

1. *Flavigny H., Les éclats de l'adolescence. Approches cliniques et éducatives. Paris, Expansion Scientifique Française, 1996.*
2. *Jeammet P., Corcos M. ; Evolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements, Références en Psychiatrie, Paris, Doin Editeurs, 2005, 94p.*



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SESSION 4

Adultes psychopathes



DIAGNOSTIC ET PRISES EN CHARGE CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU JEUNE ADULTE

Anne-Cécile JACOT

Chargée de mission « Jeunes » FNARS Ile-de-France
(Association Régionale Ile-de-France de la Fédération Nationale
des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale)

INTRODUCTION :

L'Association Régionale Fnars Ile-de-France rassemble 137 associations et 230 établissements : des CHRS (Centre d'hébergement et de Réinsertion Sociale), des centres maternels, des foyers, des lieux d'accueil de jour, des collectifs de relogement, différentes associations du secteur de l'insertion par l'Activité Economique (...). **Leur objet commun reste le public en difficulté et la volonté de réfléchir ensemble sur l'évolution des moyens à mettre en œuvre pour tenter de faire disparaître le cercle de l'exclusion.** Depuis 1997, la FNARS IdF a mis en place une « Commission Jeunes ». Cette commission rassemble différents travailleurs sociaux qui s'investissent auprès des jeunes en difficulté : associations du réseau FNARS, organismes de formations, foyers de jeunes etc.

Depuis 2003, intervenante au sein de cette commission, j'ai pu constater combien la question de la continuité de la prise en charge des jeunes adultes en grande difficulté est au cœur des débats. Les membres de la commission s'inquiètent et dénoncent l'augmentation du nombre de jeunes en souffrance psychique. Ils se heurtent régulièrement à des situations difficiles et douloureuses auxquelles ils s'efforcent, à leur niveau, de trouver des réponses. Aussi, notre propos loin d'être théorique, s'articulera en deux temps : le premier sera consacré à la présentation de trois parcours de jeunes repérés en souffrance psychique ; le second visera à vous faire part des préconisations de ces acteurs de terrain.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Trois membres de la Commission Jeunes ont souhaité faire part de leur expérience de travailleurs sociaux auprès de jeunes adultes en souffrance psychique.

1) Témoignage d'un directeur d'Espace Dynamique Insertion

Le premier cas concerne un jeune accueilli au sein d'un Espace Dynamique Insertion (EDI) : structure ayant pour vocation de prendre en charge des jeunes âgés de 16 à 25 ans en grande difficulté sociale, en les accompagnant de manière globale (santé, logement, emploi, formation) et en favorisant ainsi leur insertion sociale et professionnelle.

Premier cas :

« Jeune homme accueilli à l'Espace à l'âge de 19 ans. Réunionnais, arrivant en France métropolitaine avec sa mère et son petit frère. Pas d'hébergement fixe. Milieu très précaire. Quand il est arrivé, on avait l'impression d'être face à un chat sauvage : difficulté à le saisir, aucun contact, grande difficulté à intégrer les ateliers de l'Espace. Présent quasiment tous les jours, il est difficile à accrocher sur quelque chose et fuit tout échange. L'équipe ressent en lui l'existence d'un fond psychotique car, fréquemment, il parle et rit tout seul, est sale et s'habille de manière anachronique. Il finit par se retrouver à la rue, se met à squatter puis intègre un CHRS : la Cité X.

Pour qu'il dispose d'un revenu, on lui propose des chantiers de débarras. Un jour, alors qu'il porte une vitre, celle-ci éclate, lui causant plusieurs micro-coupures. L'éducatrice santé l'emmène alors à l'hôpital et s'occupe de lui. Suite à cet incident, un déclic intervient. Il accepte d'échanger, devient plus régulier sur les ateliers, plus présent en actes.

Peu de temps après, alors qu'il continue de travailler avec application sur les chantiers, son état décline à nouveau.

Différents actes nous interpellent : il vient parfois alcoolisé, semble de plus en plus sale, entend fréquemment des voix et agresse parfois verbalement des personnes de manière très vulgaire. Il est de plus en plus tendu. A ce stade, sa prise en charge sur l'Espace devient difficile. De plus, il refuse d'entendre qu'il doit être suivi par un psychologue. Deux éducateurs ayant une bonne relation avec lui souhaitent poursuivre la prise en charge en essayant de contractualiser avec lui sur son comportement. A la Cité X, ses référents s'inquiètent également : agressif, il commence à passer à l'acte et se bat avec les autres.

Lors d'une réunion associant la Cité X et l'Espace, il est décidé de lui mettre un ultimatum pour le cadrer : « soit tu commences à voir pour des soins, soit on arrête tout ! »

Il va très mal. Dans la semaine suivante, accompagné par un éducateur de la Cité X, le jeune décide de se rendre aux urgences psychiatriques. Hospitalisé sur une courte durée, il ressort, un peu abruti par les médicaments. Démarre alors un sérieux suivi psy : thérapie et médication. L'Espace et la Cité X maintiennent un suivi serré : dès qu'il veut arrêter les médicaments, il est recadré. Il poursuit le travail sur chantiers. Une évolution positive se fait jour. Stabilisé sur le plan médicamenteux, il devient beaucoup plus souriant et peut s'engager dans une véritable réinsertion professionnelle.

Depuis ce jour, il passe régulièrement à l'Espace pour discuter ou demander des conseils. Il est toujours hébergé en CHRS, a réalisé une formation de « plaquiste ». Il s'est stabilisé à tous les niveaux. »

2) Témoignage d'une chef de service au sein d'un CAVA (Centre d'Adaptation à la Vie Active) :

Le second cas concerne une jeune femme accueillie au sein d'une structure CAVA. Des jeunes femmes de 16 à 30 ans y sont accueillies. (Support : travail réel de conditionnement et de façonnage). Le principe des CAVA est d'insérer par le travail, de remettre en activité afin de parvenir à former les personnes en difficulté.

Deuxième cas :

« Jeune femme, arrivée à l'âge de 19 ans sur la structure CAVA. Elle réalise un stage de deux semaines et renouvelle l'expérience. « On a noté un progrès dans le temps de stage et donc pensé qu'elle avait des capacités d'apprentissage ». Suite aux stages, à sa demande, elle est admise aux Ateliers.

Comme à l'habitude lors des entretiens d'admission, la jeune femme raconte son histoire à l'éducatrice : parents séparés à l'âge de 2 ans, élevée au Zaïre par sa grand-mère paternelle jusqu'à l'âge de 16 ans, elle est revenue en France voir sa mère, malade, qui a été placée en appartement thérapeutique. La jeune femme est suivie en AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) puis en Centre Médico-Psychologique. Elle fait l'objet d'un dossier COTOREP mais sans aboutissement. Alors qu'elle travaille aux Ateliers, elle enchaîne les hébergements d'urgence et les foyers à Paris et en banlieue.

Du fait des changements de « domicile », le suivi psychologique est rendu difficile. Elle réalise plusieurs tentatives de suicide, est isolée et connaît des problèmes de surcharge pondérale. Santé et contraception posent problèmes.

Récemment, elle obtient finalement une notification COTOREP¹ avec une mention « orientation en CAT ». Alors qu'elle résidait dans un nouvel hébergement, on lui a dit de préparer ses valises, si, dans les 15 jours suivants, elle ne parvenait pas à obtenir de place en CAT. Elle avait trouvé un nouveau psychiatre en banlieue, va-t-elle encore devoir en trouver un nouveau si elle doit déménager ? Comment maintenir une continuité et une cohérence dans la prise en charge psychologique lorsqu'un jeune connaît d'importants problèmes d'hébergement ? »

3) Témoignage d'un responsable de centre, psychothérapeute, superviseur, intervenant en formation en Pôle de Mobilisation

Le troisième cas concerne un jeune accueilli au sein d'un Pôle de Mobilisation. Destiné aux jeunes en grande difficulté, ce pôle propose des accompagnements à visée professionnelle, pour une durée de quatre mois en centre et deux mois en entreprise.

Troisième cas :

« Responsable de l'association X, membre d'un pôle de mobilisation, je reçois de Madame P., correspondante de la mission locale, une fiche de suivi concernant le jeune C. Souffrant d'un handicap physique (un doigt raide), la COTOREP lui reconnaît une incapacité à 80% en ajoutant « la commission ne vous a pas reconnu inapte à tout emploi ». Il ne trouve aucune issue et inquiète beaucoup Mme P., correspondante à la Mission

1. Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel créées par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975. Chaque COTOREP comporte une équipe technique (médecins, assistante sociale, psychologue de l'AFPA, conseiller professionnel de l'ANPE) qui instruit les demandes, une commission de 24 membres (médecins, représentants du département, représentants des organismes de sécurité sociale, représentants des associations de personnes handicapées, représentants d'employeurs et de salariés...). Missions : La COTOREP est chargée de reconnaître la qualité de travailleur handicapé et de classer les personnes concernées dans les catégories A, B, C en fonction de leur handicap et de leur aptitude au travail, se prononcer sur l'orientation du travailleur handicapé et les mesures propres à assurer son reclassement, désigner les établissements ou les services concourant à la rééducation, au reclassement et à l'accueil des adultes handicapés. Pour l'attribution des aides sociales, la COTOREP apprécie si l'état ou le taux d'incapacité de la personne handicapée justifie l'attribution d'allocations. Actuellement, le mode de fonctionnement des COTOREP est en cours d'évolution au travers de deux circulaires : la 1ère vise à mettre en place un nouveau mode d'organisation et de fonctionnement basé sur un secrétariat / une équipe / un dossier UNIQUE ; la 2nde précise la fonction médicale du médecin de la COTOREP.

Locale. C. a commencé une formation avec le projet de devenir cuisinier mais sans succès. Il sort du dispositif pour motif médical avec l'indication «inapte au travail». Une évaluation antérieure nous indique que C. a une grande envie de se former, de travailler, et insiste sur la «logique personnelle de C., ses raisonnements peu accessibles qui ne permettent pas une évaluation en terme de personnalité».

Suite à l'alerte de la Mission Locale et à partir du vécu que C. a eu sur notre association, j'ai pu dresser les constats suivants : C. a peu de facultés d'adaptation mais fait tout son possible avec beaucoup de bonne volonté. De tendance obsessionnelle, il a besoin d'un cadre sécurisant. A l'entrée en formation, il nous dira : « Je suis comme tout le monde, je suis compétent, je vais travailler dans la restauration et vous devez le reconnaître ». Une première période a permis à C. de se poser. Il a suivi régulièrement la formation et participé aux activités de l'association en étant rémunéré. C. a besoin d'un regard bienveillant et sécurisant. Protégé par sa maman, son père ne veut pas reconnaître son handicap et le considère comme inutile puisqu'il ne travaille pas. Entré en formation, le fait de toucher un salaire le valorise aux yeux de sa famille.

Pendant la seconde période, il va se confronter à la réalité du monde du travail. Un rendez-vous avec la directrice d'un restaurant gastronomique se révèle non concluant : le travail en batterie est trop exigeant. L'évaluation de l'entretien permet de faire comprendre à C. qu'il a choisi un travail au dessus de ses moyens et qu'un réajustement est nécessaire. Un dernier stage est trouvé à « la résidence du chemin vert », établissement pour personnes âgées. Il y va rester trois semaines, étant en confiance avec la responsable des cuisines. Mais dès lors qu'elle part en congé, C. devient incorrect avec ses collègues et interrompt son stage. L'évaluation du stage fait apparaître que C. a besoin d'être encadré par une personne en qui il a confiance, qu'il a pris son travail à cœur, a été assidu, qu'il est lent et a besoin d'être stimulé. A sa sortie de formation un bilan a été fait avec madame P. très angoissée de n'avoir pas trouvé de solution pour ce jeune homme.

Je décide de transmettre à la correspondante de la Mission Locale, le courrier suivant afin qu'elle avertisse la COTOREP : « Lors de notre dernier entretien concernant la suite possible du parcours de C..., je t'ai fait part des difficultés qu'il rencontre en entreprise. En effet C... a tout d'abord cherché plusieurs stages qui lui ont été refusés, (...).

Compte tenu des évaluations que nous avons eues avec C..., il ne nous semble pas possible qu'il puisse travailler en milieu de travail normal. Nous pensons qu'un travail en milieu protégé serait plus indiqué.

En effet, ce jeune est de plus en plus angoissé devant les difficultés qu'il a à trouver sa place et il est possible qu'à long terme il puisse avoir un comportement de type passage à l'acte. Il me semble important d'avertir la COTOREP de cet état de chose, elle prendra alors ses responsabilités. C. semble avoir plus que le seul handicap de son doigt. »

Quelques temps après C. a manqué de passer à l'acte à la mission locale et a créé une petite frayeur à la mission RMI (revenu minimum d'insertion), ne pouvant avoir d'allocation avant ses 25 ans. Il vient d'obtenir de la COTOREP une orientation en CAT (centre d'aide par le travail). L'institution a reconnu que son handicap ne se limitait pas à un doigt raide. »

RÉSULTATS : ANALYSE DES DIFFÉRENTS PARCOURS

Résultats de l'analyse du cas n°1 : des enseignements

1) Les « pré requis » : une adhésion du jeune à la démarche / la mise en place d'une relation de confiance :

La mise en place d'une relation de confiance et l'adhésion du jeune à la démarche de soin sont des éléments fondamentaux dans la réussite de la prise en charge de la souffrance psychique du jeune.

2) L'importance du cadre, d'un suivi rapproché basé sur une communication forte entre partenaires

La communication entre les partenaires sur l'évolution de la situation du jeune en souffrance psychique, l'établissement par les éducateurs d'un cadre cohérent sont indispensables à son suivi : le jeune ne doit pouvoir s'engouffrer dans aucune brèche.

3) L'importance d'une prise en charge globale :

Il faut que le jeune soit pris en charge à tous les niveaux : hébergement, emploi, etc. : le soin ne peut pas fonctionner seul. Il faut une vraie volonté du personnel soignant pour communiquer avec tous les partenaires qui suivent le jeune et ainsi suivre ces évolutions de très près.

4) Savoir détecter le moment propice pour engager la démarche de soin :

A partir d'un passage à l'acte du jeune ou d'un acte posé qui ne soit pas épisodique, on peut baser une injonction et l'engager dans une démarche de soin car à cet instant, le jeune en souffrance peut ressentir l'existence d'un véritable malaise par rapport aux personnes qui l'entourent.

Résultats de l'analyse du cas n°2 : des questionnements

Les problèmes de la continuité de la prise en charge pour des jeunes en difficulté d'hébergement :

Le cas n°2 pose le problème de la continuité du suivi pour des jeunes ayant d'importants problèmes d'hébergement. Quelle est la valeur d'un suivi psychologique lorsqu'il s'agit de changer de psychiatre à chaque nouvel d'hébergement ? Les jeunes qui font l'objet de « x » placements doivent à chaque fois raconter à nouveau leur vécu. Ils le disent : « J'ai déjà trop raconté mon histoire. Les psy ne m'ont pas aidé. A quoi ça sert ? ».

Résultats du cas n°3 : savoir rester vigilant

Importance du repérage des structures et de la reconnaissance de la pathologie pour déclencher la mise en place d'un suivi

Le jeune C. avait été repéré par la COTOREP uniquement sur le plan d'un handicap physique. La vigilance des structures associatives qui l'ont suivi a permis une véritable reconnaissance de l'intégralité de ses difficultés.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Au travers des différents cas que nous vous avons présentés et suite à des entretiens avec des acteurs de terrain, plusieurs préconisations ont été proposées :

1) Adapter et faire évoluer les modes de prise en charge psychologique des jeunes en difficulté :

- Veiller à la souplesse des dispositifs.
- Mettre en place des médiateurs / des ponts entre les structures de soin et les structures d'insertion.
- Aller au devant de la souffrance du jeune.
- Accompagner et soutenir le jeune dans la démarche de soin
- Rester dans son champ de compétences, ne pas être dans la « toute puissance », et savoir déléguer : « le jeune ne nous appartient pas ».

a) le témoignage d'une psychologue en mission locale :

« Moi, je téléphone à des jeunes qui ne sont pas revenus me voir et je vais le faire de plus en plus. Beaucoup m'ont dit : « heureusement que vous m'avez rappelé, vous étiez mon seul lien avec l'extérieur ». Habituellement, dans une thérapie, c'est à l'autre d'être dans le désir. Moi dans mon rôle de psychologue à la mission locale, je suis le lien vers la thérapie. Les appeler, ce n'est pas simple mais si je ne les rappelle pas, je les mets en danger.

En tant que psychologue de mission locale, je suis uniquement censée réaliser avec eux un bilan clinique qui servira d'appui à la production d'un bilan de compétences. Par ailleurs, je peux les accompagner vers la démarche de soin. Il faut garder en tête qu'on ne peut pas tout traiter. Si vous voulez gérer tout, vous êtes un professionnel fou. Il faut trouver d'autres professionnels pour prendre en charge le jeune.

Je me considère comme un lien vers la thérapie. Une fois qu'ils sont en thérapie, ils continuent de venir me voir et me disent combien c'est dur. Je leur explique que la thérapie, c'est comme le service pour les grands brûlés, même si on vous soigne, cela vous fait mal. Je suis un accompagnateur de la thérapie. Je les aide à accepter le processus thérapeutique, à accepter de rentrer dans leurs souffrances, de repasser dans la douleur, dans la dépression pour réaliser leur travail de deuil. Un jeune qui me dit : « j'ai mal, j'ai très mal ». Je lui réponds : « c'est normal ». Dans la majorité des cas, grâce à cet accompagnement, il reste et poursuit sa thérapie. Ce constat démontre l'intérêt de développer des ponts, des médiateurs entre structures d'insertion et structures de soin. »

b) le témoignage d'un thérapeute, intervenant en formation :

« En thérapie, je suis des jeunes adultes au RMI. Parfois, ils ne viennent pas. Je les rappelle car si la personne est en danger, on ne peut pas la laisser. Notre pratique de thérapeute doit évoluer au jour le jour. La pratique du divan peut être très violente. Par rapport aux personnes en grande difficulté, il faut s'intéresser à eux et mettre en place une relation de confiance. Il faut que la rencontre soit suffisamment forte pour que quand ça ne va plus, la personne reste dans la démarche de soin.

Au niveau de mon travail de formateur, j'utilise également le groupe comme contenant. Un média qui ne dit pas son nom (bois, etc.), une activité réalisée en groupe, peut leur faire prendre conscience de différentes choses (ex : importance de l'entraide) sur lesquelles on peut discuter collectivement. »

2) De plus en plus jeunes en souffrance psychique : comment gérer le problème de la masse ?

Comment va-t-on faire face à ce mal-être croissant des jeunes ? Aujourd'hui, on s'efforce de protéger tout le monde mais la violence souterraine est partout : violence du regard sur l'autre, violence au travail, pression énorme par rapport à l'emploi, violence psychique.

Les travailleurs sociaux ont le sentiment d'être des paravents. Pour eux, la question de la violence les ramène à un questionnement de société.

- Dès l'école, il faut repérer les difficultés et aider les familles

Il serait intéressant que des psychologues ou des éducateurs de terrain aillent dans les écoles pour réaliser un travail de prévention en direction des populations jeunes : prévenir et sensibiliser par des activités créatives et artistiques (théâtre, peinture, projets collectifs, etc.).

Il faudrait mettre en place des groupes de parole au sein desquels les parents pourraient se rencontrer, mutualiser leurs connaissances et échanger sur leurs difficultés.

- **L'importance du dialogue et de l'expression de soi**

Il faut aider les jeunes à accepter leur corps en leur apprenant à différencier le corps qu'ils ont physiquement et le corps dont ils disposent comme outil d'expression (dans lequel ils s'expriment : le corps émotionnel). Tout un travail doit être réalisé pour leur permettre de s'exprimer, par le biais, notamment, d'activités sportives, culturelles,...

- **Permettre aux CMP d'accueillir un public plus large**

Par faute de moyens, les CMP (centres médico-psychologiques) sont en incapacité d'accueillir une partie du public « jeunes » en souffrance psychologique et en grande difficulté sociale. Le financement des CMP doit être renforcé pour leur permettre d'intégrer un public plus large et non seulement les cas les plus lourds.

- **Former et superviser les professionnels qui prennent en charge les jeunes**

Toutes les structures sont utiles mais il est nécessaire que les professionnels (psychologues, travailleurs sociaux) puissent se former continuellement, échanger dans des lieux de rencontres et soient supervisés afin d'éviter le piège de la toute-puissance. Les jeunes vont chercher vos failles, là où vous êtes fragile. Pour donner des repères à un jeune, il faut lui rappeler la loi, le règlement, la nécessité de respecter ses camarades. Réciproquement, le formateur ou l'éducateur doit respecter également la loi et ne pas profiter de son autorité.

- **Permettre aux jeunes en souffrance psychique de bénéficier d'un hébergement fixe**

Nous tenons à insister sur le fait que sans hébergement ou sans logement, les jeunes restent en situation de précarité. Cette précarité matérielle ne permet pas la mise en place d'un suivi thérapeutique adapté et de qualité. Dans ce cadre, nous demandons la création de lieux d'hébergement et de logements à la hauteur des problématiques rencontrées par les jeunes en souffrance psychique.

- **Interroger la reconnaissance institutionnelle d'un handicap mental ou psychique**

Si nous avons eu à cœur au travers de ces différents témoignages d'insister sur l'importance du repérage des difficultés psychiques des jeunes adultes, nous avons le devoir d'interroger les conséquences d'une reconnaissance institutionnelle de ce type de handicaps. **Pour des jeunes, souvent à la frontière du pathologique et du social, il importe de nous questionner : Devons-nous « systématiser » les reconnaissances COTOREP ?** Peut-on parler de stigmatisation ou de discrimination positive ? Quel avenir, quelle insertion, quelles alternatives offre-t-on à un jeune reconnu COTOREP ? Autant de questions que nous devons garder en mémoire.

CONCLUSION TRANSVERSALE : « la santé ne doit pas être en dehors de la vie ! »

Les jeunes adultes souffrant de psychopathologies doivent faire l'objet d'une prise en charge globale. Il faut les accompagner, leur assurer une stabilité en répondant de façon durable aux besoins primaires que sont l'hébergement, le logement, la santé, et l'emploi. La prise en compte de la souffrance psychique des jeunes doit s'inscrire dans une démarche globale d'insertion. **C'est pourquoi, la FNARS IdF réaffirme la nécessité et l'intérêt d'une alliance entre le thérapeutique et le social.** Renforcer et développer les partenariats associant les structures d'insertion accueillant les jeunes en souffrance psychique et le réseau des soins (CMP, centres de crises, hôpitaux, etc.) est capital.

DIAGNOSTIC ET PRISES EN CHARGE DE L'ADULTE

La notion de prise en charge de la psychopathie : réflexions autour d'une expérience de partenariat entre le secteur et un centre d'hébergement

Sandrine BONNEL

Psychiatre, 11^{ème} secteur de Seine-Saint-Denis
EPS Ville-Evrard, Centre Psychiatrique du Bois de Bondy

INTRODUCTION

C'est autour de l'expérience de partenariat mené depuis maintenant plus de dix ans par un secteur de psychiatrie adulte de Seine-Saint-Denis et un CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale), la Cité Myriam, accueillant une population d'une centaine d'hommes entre 18 et 65 ans, implanté sur ce même secteur, que s'articule cette réflexion sur la prise en charge des psychopathes. La représentation initiale simple d'un service réciproque : soin psychiatrique des hébergés contre hébergement possible de malades psychiatriques, s'est vue à la fois contrariée, complexifiée et enrichie au fil des prises en charge par la rencontre du fonctionnement et des limites de chacune de nos institutions. La question de la psychopathie, abordée peut-être en termes plus quantitatifs que qualitatifs, notamment par rapport à la psychose, de nos sujets communs, est au centre de cette expérience de réalité.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Notre secteur, situé à la périphérie de l'est parisien, regroupe une population connaissant les difficultés propres à l'ensemble du département, sinon d'une partie croissante des banlieues des grands centres urbains : faibles, voire très faibles revenus, bas niveau de qualification scolaire ou professionnelle, insertion souvent absente, marginale, obsolète ou peu gratifiante dans le monde du travail, histoires personnelles et familiales marquées par les ruptures affectives, historiques, culturelles, habitus cannabique ou alcoolique fréquent — ceci au sein d'un tissu urbain mélangeant zones pavillonnaires et cités de taille moyenne, ce qui tempère quantitativement ce que nous nous permettrons d'appeler la « donne sociale du terreau psychopathique » par rapport à d'autres communes du département.

Ce préambule a pour objet de situer l'exercice de notre secteur au-delà de son partenariat avec un CHRS : la confrontation avec la question de la prise en charge des psychopathes n'est pas de son fait, pas plus que la dégradation des conditions économiques et du tissu social ainsi que la restriction des moyens à l'ordre du jour dans les secteurs sanitaires et sociaux ne sont l'apanage de la Seine-Saint-Denis. Nous avons néanmoins fréquemment le sentiment, à défaut de faire de la recherche au sens habituel du terme, de travailler au sein d'une forme de laboratoire de la misère urbaine, ce qui n'est pas sans fruit, notamment sur le plan de la réflexion clinique et institutionnelle, et ne doit en tous cas pas le rester, sous peine de partager la carence élaborative et la tendance à l'*agir* brutal et inadéquat de nos patients psychopathes. La traduction de cette expérience par un service de secteur échappera toutefois aux critères de scientificité en vigueur dans les publications psychiatriques modernes.

Le dispositif de soins de notre secteur comprend :

- un CMP (Centre médico-psychologique), pour les consultations « régulières » des psychiatres et des psychologues ainsi que les soins infirmiers ambulatoires sur place ou au domicile du patient,
- un CATT (Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel),
- un Centre d'Accueil, situé au sein d'un hôpital général mais distinct des urgences, pour des consultations rapides d'évaluation et d'orientation, ainsi que des prises en charge soutenues comportant des soins médicaux et infirmiers, permettant le cas échéant de ne pas recourir à l'hospitalisation,
- une unité d'hospitalisation de 20 lits.

Le partenariat mis en place comporte au plan formel une réunion bi-mensuelle, au CHRS, entre le praticien hospitalier responsable du centre d'accueil et l'équipe des travailleurs sociaux du CHRS, soit une dizaine de personnes ayant chacune en charge une douzaine d'hébergés, selon le fonctionnement propre de l'institu-

tion. Les situations individuelles à même de relever d'une intervention de soin psychique selon l'évaluation intuitive ou documentée de l'équipe (en fonction des antécédents connus, d'une symptomatologie constatée, de problèmes rencontrés avec l'hébergé), sont discutées et font, ou non, l'objet d'une orientation soit vers les structures de secteur, soit vers d'autres partenaires du CHRS, tels qu'un cabinet associatif de psychologues et les structures spécialisées dans la prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Au plan informel, la connaissance réciproque du mode de fonctionnement de nos institutions : recrutement, possibilités, limites, doublée de rencontres personnalisées récurrentes, téléphoniques ou directes entre les différents membres de nos équipes, au gré des prises en charge ou des temps institutionnels auxquels nous nous convions, permet de faciliter les contacts, parfois de résoudre des problèmes, et tend au moins à limiter la portée des désaccords et des malentendus lorsque nous rencontrons, ce qui est inévitable, les limites de nos possibilités d'action ou de compréhension.

Enfin, un psychologue de notre secteur assure une réunion mensuelle de supervision d'équipe à destination des seuls animateurs du CHRS, de manière totalement indépendante des prises en charge communes avec le secteur.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Ceux-ci sont en matière de « soin » des psychopathes à l'honneur du CHRS, et pas du secteur psychiatrique, ce paradoxe apparent n'ayant sans doute rien pour surprendre les psychiatres, qui connaissent la difficulté et doivent parfois reconnaître leur peu d'empressement à suivre ces sujets. Ce raccourci recouvre toutefois une situation complexe, dont les déterminants relèvent à la fois de la psychopathologie propre des patients et de l'organisation des systèmes pouvant les accueillir.

C'est dans la prise en charge des troubles psychotiques, aigus, subaigus, ou récurrents des sujets présentant un fonctionnement psychique de type psychopathique prédominant que l'intervention psychiatrique s'avère la plus efficace, grâce au recours au traitement médicamenteux, notamment neuroleptique, en ambulatoire ou en hospitalisation, sous contrainte ou libre. L'expression symptomatique peut être plus violente, l'instauration et le maintien des soins plus difficile, voire très difficile, mais il s'agit, même temporairement, de prendre en charge un psychotique, ce qui est le savoir-faire traditionnel de la psychiatrie de secteur. Il est hélas envisageable de dire « était », car la pénurie de personnel médical et infirmier, la féminisation des équipes, la disparition du diplôme infirmier spécialisé, la modernisation des locaux dans une optique de réduction des coûts non corrigée par les lunettes de l'expérience de la violence psychiatrique, amène le secteur à peser et parfois à discuter aux confins de la mauvaise foi ses indications de soins, notamment en matière d'hospitalisation.

Lorsque la dimension d'addiction est prédominante, elle peut déboucher sur une prise en charge dont la régularité, la durée et les bénéfices seront soumis aux aléas de l'instabilité psychique et existentielle définissant le psychopathe. Intervient alors la question de la capacité d'adhésion au projet de soin, fonction de l'investissement des enjeux existentiels, affectifs ou concrets, distincts des bénéfices apportés par l'addiction et avec lesquels ils vont entrer en concurrence.

Notre CMP a fait le choix de refuser la pratique de la prescription des produits de substitution aux opiacés, que ce soit la méthadone ou le Subutex. Ce refus est argumenté par le souci d'éviter de surcharger une file active déjà pléthorique par des consultations d'approvisionnement médicamenteux sans véritable demande de soin. Intervient également le souci de ne pas exposer les équipes et les patients habituels du CMP aux « dommages collatéraux » traditionnels de l'habitus toxicomane : violences, trafic. Par ailleurs, un centre spécialisé pratiquant la substitution et situé à proximité, La Mosaique, répond aux besoins.

Le manque d'expérience de certains praticiens de secteur en matière de prise en charge de la toxicomanie est toutefois réel, de même que l'inélaboration théorique tant au plan psychodynamique que neurobiologique des voies de glissement entre addiction et psychose. La classique « pharmacopsychose » reste bien souvent un simple corrélat clinique.

Le clivage des pratiques induit donc fréquemment un tri primaire des patients, qui écarte de fait bon nombre de sujets psychopathes du secteur, qu'ils fassent ou non l'objet d'une injonction de soin. Il en est de même pour les sujets dont la dépendance alcoolique est au premier plan, fréquemment orientés vers les structures spécialisées tels que les Centres d'Hygiène Alimentaire.

Ce constat d'une certaine carence du secteur ne saurait être imputé à lui seul : la psychiatrie, le psychiatre font toujours peur, cette image gardant un lien avec un faible niveau d'éducation et d'ouverture sociale, ce qui est le cas de bon nombre de sujets psychopathes. Au CHRS (comme ailleurs), le vœu des équipes (de l'entourage) de voir un sujet consulter en raison de son impulsivité, de sa tension interne, de la violence de ses réactions, rencontre le célèbre « je ne suis pas fou ». La résistance est souvent d'autant plus forte que la symptomatologie est intense. Les consultations dans ce cadre ont fréquemment lieu au Centre d'Accueil, de façon ponctuelle, en semi-urgence. Lorsqu'un lien existe avec un psychiatre traitant au CMP, le suivi est rarement régulier. La prescription à visée apaisante y est au premier plan, un *agir* médical contre l'*agir* psychopathique.

Comme pour les addictions, comme dans le cadre des injonctions de soins, la contre-pression des investissements existentiels est déterminante : garder sa place au CHRS est souvent une motivation importante, un engagement aux soins pouvant être inclus dans le contrat d'hébergement, d'emblée ou en cours de séjour. Il est à ce propos intéressant de noter que contrairement aux idées reçues, notamment des psychiatres, le CHRS ne tolère fondamentalement pas plus les manifestations relationnelles de la psychopathie que le secteur ou le reste de la société : la violence physique est un motif d'exclusion immédiate, il est interdit d'y introduire des toxiques, le non-respect du projet d'insertion et des contraintes peut interrompre le séjour. C'est par la cohérence et la continuité de son cadre, à la fois bienveillant, patient, mais ferme, l'appréciation nuancée de chaque situation, la personnalisation des projets, l'élaboration collective des décisions délicates, qu'un CHRS de qualité pour ne pas dire d'exception comme la Cité Myriam parvient à infléchir la trajectoire existentielle désespérante, désespérée, de ses hébergés. La dimension réparatrice du cadre éducatif familial et social antérieur défailant est frappante, comme le paradoxe : le sujet psychopathe pourra bénéficier du CHRS comme des soins dans la mesure où il ne l'est suffisamment pas, pour pouvoir tenir dans la durée au CHRS, pour accepter de voir un psychiatre, pour répondre à ses obligations légales, par exemple.

Cette question de la limite apparaît au final déterminante, car elle engage à la fois le sujet et le corps social dans son ensemble. On ne saurait opposer à la toute puissance infantile du psychopathe la toute puissance supposée d'une unique institution, qu'il s'agisse de l'institution psychiatrique (« ils sont à soigner »), de l'institution judiciaire (« surveiller et punir ») ou du secteur socio-éducatif (« les pauvres ! »). Le sujet psychopathe, comme le sujet psychotique d'ailleurs, doit rester le citoyen d'un état de droit et de devoir. Sa responsabilité doit être engagée dans les possibilités qui lui sont offertes, sous peine d'un transfert aux effets pervers : pervers au plan thérapeutique individuel, car rejouer l'histoire de la toute-puissance parentale, vécue comme surprotectrice, maltraitante ou délaissante ne saurait qu'entretenir le sujet dans sa position psychique et favoriser son désir d'échappement ; pervers au plan social, car la chamaillerie des institutions au dessus d'un sujet infantilisé (« il est pour qui ? ») épuise tout le monde sauf le sujet, qu'elle abandonne ; pervers enfin au plan politique, car la psychiatrisation de la délinquance et la répression de la misère brouille les esprits, bafoue les consciences, et menace l'espoir avec la liberté.

C'est peut-être dans cette optique, à l'échelle modeste de notre partenariat secteur-CHRS que s'effectue la partie la plus spécifique et la plus intéressante de notre intervention auprès ou plutôt autour de la psychopathie. L'évocation avec les équipes des situations problématiques, l'analyse des conduites, des propos, du contexte, permet tantôt de confirmer l'indication de prise en charge psychiatrique, notamment en cas de symptomatologie d'allure psychotique, tantôt de discuter ou de valider une réponse éducative ou institutionnelle du CHRS, ces deux positions ne s'excluant pas forcément.

Que pouvoir attendre, et souvent ne pas pouvoir attendre, du passage d'un hébergé devant le psychiatre, en fonction de ce dont il souffre et de ce qu'il en attend lui-même est une question-clé. La meilleure réponse est celle qui rencontre l'assentiment des partenaires, qui doivent pour cela se connaître, se comprendre, et se respecter. La place de l'autre, la limite de l'autre, permet de rencontrer la sienne, et ce message, traductible en terme éthique par les mots de responsabilité et de liberté, en terme psychanalytique par la question de la relation d'objet, est au cœur de la problématique psychique du sujet psychopathe : la rencontre avec lui ne saurait l'oublier. En est-il d'ailleurs autrement pour chacun d'entre nous ?

DIAGNOSTIC ET PRISES EN CHARGE DE L'ADULTE

Accepter la ressemblance et la différence des personnes accueillies ;
une forme de collaboration entre une structure sociale :
un CHRS, la Cité Myriam à Montreuil en Seine-Saint-Denis
et une structure sanitaire spécialisée : un CMP à Noisy le Sec.

Bruno ALBERT

CHRS - Cité Myriam - Montreuil

Cet écrit a été rendu possible par le travail au quotidien de tous les salariés de l'établissement : travailleurs sociaux de formation diverses : assistant social, conseillère en économie sociale et familiale, éducateur spécialisé, animateur socio-éducatif ; agents d'accueil ; personnels techniques : moniteurs d'atelier en cuisine et en bâtiment, ouvriers d'entretien des locaux ; encadrants : directeur, directeur-adjoint, chef de service.

1. RAPPEL DU FONCTIONNEMENT RÉGLEMENTAIRE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE (CHRS) :

Le premier public référencé était composé de « vagabonds ». Dans le cadre de l'enfermement des pauvres en 1701 sont déclarés « vagabonds et gens sans aveu, ceux qui n'ont ni profession, ni métier, ni domicile certain, ni lieu pour subsister et qui ne sont et ne peuvent certifier de leur bonne vie et mœurs par personne digne de foi ».

Au XIX^e siècle le développement industriel va mettre au travail la majorité des citoyens et les dépôts de mendicité serviront à recevoir ceux qui ne peuvent travailler.

ESQUIROL développe une approche médicale du vagabondage et de la maladie mentale.

C'est un décret de 1954 qui précise les lois d'assistance et la possibilité pour les communes et les associations de créer des centres d'hébergement et des asiles de nuit pour des publics déterminés en quatre catégories :

1. les centres de reclassement des ex-prostituées ;
2. les centres pour les ex-détenus ;
3. les centres pour les vagabonds aptes à être reclassés ;
4. les centres pour indigents sans emploi sortant d'établissements hospitaliers.

L'évolution de la société et des idées fait doucement passer du temps de l'inadaptation de certaines personnes à la réadaptation sociale proposée à tous.

En 1974, la loi précise la qualité de bénéficiaire de l'aide sociale en Centre d'hébergement : « Bénéficiaire sur leur demande de l'aide sociale pour être accueillies dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale publique ou privée les personnes et les familles (les familles commencent à apparaître dans les CHRS) dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale notamment en raison du manque ou de conditions défectueuses de logement et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique et le cas échéant d'une action éducative temporaire ».

Les CHRS rentrent dans la définition des établissements sociaux et médico-sociaux précisée dans la loi de 1975 par leur activité : « assurent en internat, externat, dans le cadre ordinaire de vie : l'éducation spéciale, l'adaptation ou la réadaptation professionnelle ou l'aide par le travail aux personnes mineures, ou adultes handicapées ou inadaptées ».

La loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 précise encore quelles sont les actions menées dans les CHRS, et les bénéficiaires « assurent avec ou sans hébergement, dans leur cadre ordinaire de vie, avec le concours de travailleurs sociaux et d'équipes pluridisciplinaires [...] l'adaptation ou la réinsertion sociale et professionnelle, l'aide par le travail ou l'insertion par l'activité économique au bénéfice de personnes ou de familles en détresse, en vue de les faire accéder à l'autonomie sociale ».

La loi de 1998 a amené chacun vers un droit à l'insertion et au RMI.

La détresse fait son apparition dans la loi : quelle est la réponse adaptée à ce constat et qui sont les intervenants professionnels désignés pour intervenir ?

Après cette présentation rapide des modes d'intervention de l'aide sociale des CHRS et des publics ciblés, se posent les questions suivantes pour le sujet qui nous intéresse ce jour :

- Y a-t-il une demande réelle et personnelle de chaque personne psychopathe orientée par le CMP pour être admise au CHRS de la Cité Myriam ?
- Quelle est la démarche et la demande personnelle des malades qui nous sont orientés par le CMP ; celle-ci peut-elle être inscrite dans un projet et un contrat de séjour ?
- Qu'attend le médecin-psychiatre du projet « faire accéder le patient à l'autonomie sociale »?
- Sur quelle demande de base l'équipe éducative du CHRS doit-elle intervenir : celle du médecin qui oriente, celle de la personne reçue pour un ou des entretiens d'admission ?
- Comment conjuguer les vocables « Patient-Hébergé-Citoyen » utilisés par chacune de nos entités professionnelles pour désigner une même personne ? Tous ces vocables sont inscrits dans la loi du 2 janvier 2002 dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, dans sa partie concernant les rapports entre les usagers, les professionnels et les structures.

2. QU'EST LA CITÉ MYRIAM ?

C'est un établissement social créé à l'initiative du Secours Catholique en 1954 pour venir en aide aux hommes migrants venus travailler en France mais qui rencontrent déjà des difficultés pour leur insertion face aux exigences du travail et aux conditions matérielles de vie de cette période. En 1985, la Cité obtient l'agrément pour être classée en qualité de CHRS pour recevoir jusqu'à 126 hommes isolés. La politique d'humanisation des établissements d'accueil entre 1998 et 2001 permet de ramener la capacité à 106 personnes. Les personnes sont accueillies et hébergées sur leur demande pour bénéficier de l'aide sociale en matière d'hébergement garantie et financée par l'Etat. Les personnes entre 18 et 60 ans, voire plus, sont hébergées en chambre de 2 places, une restauration collective sur place est proposée 365 jours par an

La convention d'aide sociale propre à la Cité Myriam précise le public accueilli :

- les personnes libérées de prison ;
- les personnes sorties d'établissements hospitaliers, de cure ou de rééducation se trouvant sans ressources et sans logement et aptes au travail ;
- les personnes sorties d'établissements spécialisés, aptes au travail ;
- les vagabonds reclassables ;
- les personnes de nationalité française sans ressources et sans logement, qui ont été rapatriées de l'étranger ;
- les personnes dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour mener une vie normale, notamment en raison du manque de travail ou de logement et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique ainsi que d'une action éducative temporaire ;
- les personnes d'origine nord-africaine selon les dispositions du Code de la famille et de l'aide sociale et selon les conventions signées avec leur pays d'origine ;
- les anciens harkis et leurs descendants, en difficulté d'insertion ;
- les jeunes descendants d'immigrés, ayant la double nationalité et éprouvant des difficultés d'insertion en France.

Depuis 1995 nous avons la possibilité d'accueillir des personnes sous main de justice dans des mesures d'alternative à la détention en prison. Certains relèvent également d'un suivi psychologique. Celui-ci est inscrit par le juge d'application des peines dans l'ordonnance de placement dans notre établissement.

Le but de cette énumération est avant tout de montrer que les personnes « psychopathes » orientées par le CMP sont entourées et cohabitantes de personnes autres, différentes et sujettes à des comportements très incertains.

Chacune des personnes que nous côtoyons au quotidien dans la Cité est victime d'un nombre de ruptures que nous tentons de retracer : liées à la famille, au parcours d'immigration, à la violence de l'accueil en France, aux recherches de travail, d'hébergement sans fin, aux décompositions familiales ; chacun de ces événements ou de ces étapes est un facteur négatif pour une structuration psychologique saine et stable. Les salariés de la Cité MYRIAM rencontrent au quotidien les effets destructeurs de ces événements sur des hommes.

Tous les salariés participent à l'accueil et au soutien des personnes dans leur démarche d'insertion, et de recherche d'un mieux-être.

L'équipe est composée de 26 salariés qui peuvent : accueillir, rencontrer, intervenir, observer, échanger avec les hébergés. Un « référent » est désigné pour assurer et garantir les qualités de la prise en charge socio-éducative. Mais la personne peut être interpellée aussi bien par un agent d'accueil, un moniteur d'atelier, un cuisinier, un autre animateur, que par le référent et le personnel encadrant : directeur, directeur adjoint, chefs de service... L'équipe est multiprofessionnelle et chacun est en devoir de transmettre ses observations sur le comportement des hébergés. Aucun lieu ou moment n'est laissé à la « libre dérive » des personnes.

Les questions qui se posent à nous sont souvent en opposition car nous disons à chacun que nous lui reconnaissons des valeurs et des compétences mais que celles-ci doivent être valorisées à l'extérieur de l'établissement alors que son souhait est de rester dans ce lieu qui l'a reconnu et valorisé, tranquilisé, rassuré, mis en relation fiable, lui a fait rencontrer des personnes différentes de lui et découvrir d'autres attentes dans la vie.

Créer un espace de protection mais ne pas le garantir à vie car l'accueil et l'hébergement sont temporaires !!

3. QUELLE EST LA PRÉSENCE DE LA PSYCHIATRIE ET SOUS QUELLE FORME EST ELLE UTILISÉE À LA CITÉ ?

Depuis plus de 10 années, l'équipe du CMP de Noisy-le-Sec dépendant du secteur XI est autorisée par l'autorité de tutelle (DDASS de Seine Saint Denis) pour inventer avec l'équipe du CHRS une intervention adaptée au public spécifique du CHRS de la Cité Myriam. Cette demande était générale dans le secteur social de l'hébergement de faire reconnaître la présence, au milieu de toutes les personnes accueillies, de cas de personnes ayant des comportements déviants voire dangereux et le besoin de soutien auprès des travailleurs sociaux et des intervenants dans les Centres d'hébergement.

La méthode mise en place et régulièrement adaptée aux besoins est surtout basée sur un échange mutuel respectueux des complémentarités de nos métiers :

- Réunions de travail toutes les trois semaines avec un psychiatre du CMP sur le site de la Cité avec toute l'équipe des travailleurs sociaux.
- Observations et partage de la vie au quotidien dans le collectif et la vie intime et domestique avec les personnes hébergées.
- Le partenariat dans les situations de crise avec le CAP, centre d'accueil d'urgence psychiatrique de l'Hôpital intercommunal de Montreuil.
- Une reconnaissance mutuelle et un total respect dans les compétences professionnelles différentes de chacun entre observations sociales et diagnostic médical.
- L'équipe du CHRS évoque la vie quotidienne des hébergés, ce qu'elle constate du comportement de certains hébergés et sollicite de la part des intervenants du CMP des précautions à prendre et des comportements à respecter.

4. LES SUIVIS, LES PRISES EN CHARGE AVEC CES PERSONNES COMME SI ELLES ÉTAIENT ORDINAIRES

L'accueil des personnes psychopathes se fait dans le milieu ordinaire de la Cité au milieu des autres hébergés et chacun bénéficie des accompagnements liés à ses besoins et son parcours personnel :

- Evaluation des compétences professionnelles avec des partenariats spécifiques si besoin : PASS 93, IRIS, les ateliers internes à la Cité (bâtiment, cuisine, ménage).
- Evaluation de la socialisation sur le collectif : gestion de l'espace privé de la chambre, comportement dans les espaces collectifs : restauration, télévision, espaces de jeux, sanitaires, espace d'accueil.
- Evaluation réalisée au quotidien par tous les personnels sur les gestes et les attitudes de la vie quotidienne : hygiène corporelle, alimentaire, vestimentaire, consommation de produits illicites ou destructeurs.
- Notre observation permet de repérer les attitudes de ritualisation de certaines personnes : horaires des repas, places préférentielles dans le réfectoire, programme de TV, manie de circulation dans les locaux.
- Les hébergés sont acteurs de leur insertion dans la Cité, ils « doivent une semaine de ménage des lieux collectifs à leur arrivée ».
- Les « Ateliers » permettent un rythme pour accompagner la rupture des habitudes négatives et la décompensation, aller se soigner si cela est plus urgent et reprendre l'atelier ensuite.
- La présence de l'infirmière dans les espaces collectifs lui permet d'être témoin des comportements en dehors de son bureau où elle reçoit en consultation.
- Les médecins du CMP avec qui nous travaillons, connaissent et fréquentent la Cité Myriam, son fonctionnement quotidien, les formes des échanges dans l'équipe. Ils disent au malade là où il va aller, là vers où il est orienté pour vivre mieux.
- Dans la même réciprocity, nous orientons les malades, en cas de crises ou de dysfonctionnements visibles et constatés par nous au sein du CHRS, vers les médecins pour une prise en charge médicale et sanitaire.
- La collaboration avec le CAP est facile, l'accompagnement peut être réalisé par tous les salariés : travailleurs sociaux, infirmière, encadrant. Notre décision d'accompagnement vers ce service est respectée. Dans ce service, le suivi individualisé sera respecté et le patient réorienté vers son psychiatre traitant.

Notre établissement est conventionné pour accueillir des personnes sous main de justice en mesures alternatives à la détention (5 places leur sont réservées). Parmi ceux-ci se trouvent régulièrement des psychopathes. Le soin est souvent une mesure contrainte par la justice : cf. cas de pédophilie, agresseur sexuel, toxicomane, alcoolique.

5. QUELLE DOIT ÊTRE LA PLACE ET LA FORME DU SOIN POUR CES CAS ?

- Les personnes hébergées et suivies par le CMP se servent des médecins pour recevoir la confirmation qu'elles sont aimées telles qu'elles sont. Avec les travailleurs sociaux, elles sont confiantes et dévoilent tous les secrets médicaux, le jour de leur injection nous est annoncé. Ces personnes sont au clair avec les rôles de chacun : du travailleur social, du médecin et des infirmières. Ils savent ce qu'il faut demander, à qui, et dire à chacun des partenaires ce qu'ils attendent de l'autre.
- Le problème de la sortie de notre établissement reste un sujet de débat avec le CMP. Après une certaine période de stabilisation, une personne devient pour nous capable d'une autonomie sociale, mais pour le médecin, le malade reste psychopathe : quelle séparation, quelle autonomie, le mot de guérison a-t-il un synonyme en langage sanitaire et social ?

Nous restons de modestes compagnons sur la route de ces personnes qui se construisent autour de multiples ruptures, les troubles psychologiques de certains ne doivent pas faire oublier leur force d'adaptation constante.

Toutes les rencontres interprofessionnelles que nous avons connues ces dernières années nous confortent dans la certitude que les échanges entre nos secteurs médicaux et sociaux sont bénéfiques pour les personnes dont nous avons la charge. Mais il est indispensable que les échanges soient opérants à un niveau très local. Ces personnes ont besoin de savoir que nous nous connaissons mais aussi et surtout que nous ne faisons pas le même métier mais que nos interventions sont complémentaires, de façon indispensable pour leur santé et leur insertion, c'est-à-dire être acceptées et appréciées telles qu'elles sont, par le monde avec les hommes tels qu'ils sont et tel qu'il est !

DIAGNOSTIC ET PRISES EN CHARGE DE L'ADULTE

Intérêt du modèle psychodynamique de la psychopathie

Pierre LAMOTHE

Psychiatre des hôpitaux, Centre hospitalier le Vinatier
Médecin chef du Service médico-psychologique régional - Lyon

POSITION DU PROBLÈME

Le concept de psychopathie est un carrefour idéologique et nosologique jusqu'à la définition même de la maladie mentale : l'inné et/ou l'acquis dans la genèse, la place des éléments sociaux dans le diagnostic et le traitement du trouble psychique, les limites de la délinquance par rapport à la pathologie sont particulièrement en jeu ici.

Le diagnostic de psychopathie a été un fourre-tout commode, diagnostic souvent d'impuissance de la psychiatrie dont le patient allait aussi souvent faire les frais ou porter la responsabilité par son comportement.

Les rapports du psychopathe à la loi et à la transgression sont devenus le point central de ce qui est en fait un trépied sémiologique qui doit prendre en compte non le seul comportement mais l'organisation de personnalité et l'économie psychique avec les moyens de défense. L'abord psychodynamique permet d'éviter la fausse clinique des classifications qui développent une polysémie référant, en fait, à un unique trait métapsychologique, qu'il est plus cohérent et plus rapide de décrire en amont plutôt que de dresser la liste forcément non exhaustive de ses conséquences. L'échelle de Hare très répandue aux États-Unis qui permet de définir un « indice de psychopathie » à partir de 20 critères et dont la traduction française commence à être utilisée, comporte par exemple de nombreux items qui évoquent l'instabilité d'une façon à la fois trop précise et trop pauvre. La sémiologie est la traduction concrète, facile à lire, des constats biographiques et de la forme de fonctionnement induite par les expériences infantiles.

La culture cinématographique, les médias et la fascination pour le crime spectaculaire ont fini par influencer la criminologie qui tend à orienter le concept de psychopathie pour désigner les criminels organisés et les pervers narcissiques en particulier, avec une connotation morale du comportement et même de la pensée du sujet psychopathe, plus ou moins réduits à la sociopathie, avec un catalogue d'attitudes et de conduite abusives, sans idée générique de relations d'emprise ou de passage à l'acte.

Dans la perspective de la pratique en milieu pénitentiaire, la psychopathie reste une entité clinique bien individualisée, utile à manier pour aborder ces patients impatientes qui apparaissent malades en prison et délinquants à l'hôpital.

DÉFINITION PROPOSÉE

Il s'agit d'une classe particulière des états limites dont le fonctionnement passe par le registre du comportement et dont le mode de relation d'objet comporte un appel particulier à la loi.

DESCRIPTION CLINIQUE PSYCHODYNAMIQUE

Ce modèle privilégie l'origine étiologique de la psychopathie dans l'environnement socio affectif de l'enfant mais n'est bien sûr pas exclusif d'une participation génétique ou biologique. L'observation et les analyses biographiques permettent des mises en lien évidentes entre les avatars de l'histoire infantile du psychopathe et son comportement adulte. Certains sont très précoces, avec une atteinte des tous premiers processus de reconnaissance mutuelle de l'enfant et de sa mère qui elle-même est volontiers dépressive. On retrouve souvent une insuffisance de la maintenance, de la caresse, des gratifications qui aboutissent à une insécurité narcissique et à la nécessité d'une autonomie trop précoce, aussi bien sur le plan psychique que sur le plan psychomoteur.

Les états limites d'une façon générale sont caractérisés par les fixations traumatiques qui ont empêché le franchissement harmonieux du deuxième stade anal achevant l'identité primaire et permettant l'amorce de véritables relations d'objet différenciées et permanentes. Cette carence de l'analité, qui entraîne des difficultés de rétention aussi bien des pulsions que des désirs, s'exprime par la labilité des projets ou des relations, la désorganisation, les pulsions sadiques d'emprise.

Le psychopathe adulte a été un enfant sur-stimulé par rapport à ses capacités de maîtrise de l'excitation : il n'a pas été protégé de l'excitation des adultes qu'il a partagée dans une promiscuité physique et psychique, ni de sa propre excitation pulsionnelle. Le père est absent ou apparaît épisodiquement de façon grandiose dans des attitudes qui ne transmettent pas la possibilité d'intégrer une loi exigeante mais aussi protectrice.

Les discontinuités de l'investissement maternel conduisent à une forme particulière de relations abandonniques rappelant ce qui a pu être décrit sous le nom d'attachement « ambivalent » avec une attaque permanente des objets qui sont en même temps indispensables ou d'attachement « désordonné » avec des actes erratiques et mise en danger de soi-même et des autres. Sitôt nouée, la relation positive ou négative est mise à l'épreuve jusqu'à la rupture parce qu'elle éveille par son existence même les mécanismes d'excitation que l'enfant a connu répétitivement dans le passé. Le psychopathe fait la preuve par l'épreuve que toute relation ne peut qu'aboutir à une rupture, avec un vécu de « dérangement affectif » tel que mieux vaut la certitude amère d'une relation interrompue que la douloureuse incertitude de la possibilité qu'elle s'interrompe.

Ainsi s'explique les comportements paradoxaux des psychopathes à l'égard de leurs objets ou des institutions qui aboutissent à une véritable provocation permanente et à la mise en échec systématique des projets les plus adaptés en apparence à leur capacité et leur besoin.

Les passages à l'acte constituent la voie habituelle de métabolisation des tensions, de décharge des conflits sans but rationnel et sans adaptation efficace, court-circuitant en tout cas la mentalisation. Chez le psychopathe, la décharge de l'excitation dans le registre du comportement paraît privilégiée par rapport à la voie mentale avec des processus divers, stimuli d'une intensité particulière ou « auto-calmants » épuisant la pulsion. La fascination par sa propre histoire et le récit spectaculaire mais figé et répétitif que le psychopathe en fait constituent parfois un moyen paradoxal de maîtrise des émotions qui s'y rattachent et qui restent ainsi localisées. Les liens de la psychopathie adulte avec les troubles des conduites infantiles et notamment le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention sont nets.

Le psychopathe a volontiers recours à des conduites « ordaliques » où il fait appel à la chance, à Dieu, à la loi ou à un objet de bonne volonté pour que les choses changent dans un passage à l'acte dont les tentatives de suicide par auto-mutilation paraissent être un exemple très courant. Il s'agit d'un moyen d'agir sur l'autre en agissant sur soi-même dans la relation d'emprise, en même temps qu'un moyen de décharger les tensions d'un éprouvé douloureux par un stimuli d'une intensité plus grande et plus concret, plus localisable que le conflit intrapsychique.

Comme tous les états limites, le psychopathe n'a pas intégré un surmoi achevé et harmonieux qui confère une loi interne et une « morale de situation » permettant le respect de l'autre même dans des circonstances nouvelles non encore apprises par l'expérience. Son appareil légal intrapsychique est constitué essentiellement par l'idéal du moi, hérité des premiers apprentissages, nécessaires à la survie mais constitués d'obstacles non négociables sur la route des pulsions signifiés par la toute-puissance maternelle. Ce précurseur, tyrannique devrait normalement être accompagné et relayé par l'interdit, signifié par la parole du père qui est ici défailante. Mais, les comportements de transgression du psychopathe sont spécifiques. Ils sont non seulement le résultat d'une défaillance d'équipement psychique mais font aussi partie d'une quête systématique des limites et d'un défi permanent à tout objet qui prétend incarner la loi. Le psychopathe paraît être dans l'appel à la manifestation d'une loi paternelle bienveillante, qu'il invalide le plus souvent mais qu'il cherche malgré tout à trouver et non à disqualifier systématiquement comme le pervers.

La relation du psychopathe à son corps exprime comme la relation à l'autre l'insécurité et la mauvaise maîtrise de la distance. La peau est saccagée par des tatouages graffiti ou des cicatrices, comme si l'insuffisance des caresses maternelles en avait fait une limite imparfaite du corps. Le psychopathe peut aussi régresser brutalement dans des accidents psychosomatiques dont le sens est bien sûr perdu et qui paraissent se lire comme des maladies du corps. Il n'est pas insensible et même, au contraire des données expérimentales tendent à montrer que le seuil de douleur est abaissé chez l'abandonnique mais il ne sait pas habituellement prendre soin de lui comme en témoigne notamment l'état de ses dents.

Existe-t-il des psychopathes filles ? On pourrait répondre en disant que la problématique psychopathique mettant en jeu des avatars de vie et des comportements qui se situent en amont de la formation de l'identité sexuée définitive, il y a peu de différences spécifiques au genre entre un loup et une louve.

Existe-t-il des vieux psychopathes ? Il est habituel de dire que la quatrième décennie « assagit » la séméiologie psychopathique : soit le psychopathe s'est calmé par épuisement pulsionnel et finalement par apprentissage relationnel et cognitif, soit il est mort. Il peut aussi s'il a survécu à ses défis et à son mode de vie aussi bien qu'aux accidents somatiques, avoir évolué vers une forme différente, en général plus élaborée, sensitive narcissique avec des traits paranoïdes mais aussi parfois authentiquement dépressive. À l'inverse, il peut régresser vers une dépendance clochardisée ou une quasi catatonie dans un hôpital psychiatrique qui l'a enfin accepté...

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les psychopathes-sociopathes pervers

Les psychiatres américains décrivent les psychopathes (dans la nosologie retenue également par les médias) comme sous-type des personnalités narcissiques. L'accent est mis sur la relation d'emprise, et le psychopathe est décrit comme un paresseux qui s'ennuie, au « charme superficiel » (échelle de Hare) sans référence à un besoin de séduire.

Cette relation est bien sûr héritière de la problématique narcissique et du fonctionnement grandiose, vite abusif, du psychopathe tyrannisant ses objets, mais la référence à l'abandonnisme nous paraît manquer systématiquement en Amérique alors qu'elle constitue un des points cardinaux de l'organisation et du fonctionnement du psychopathe.

Le type de relations sado-masochiques particulier que met en jeu d'une façon répétitive le psychopathe (en particulier avec les institutions !) est une tentative de solution pour contraindre l'objet à la réponse et s'assurer qu'on ne restera pas seul.

Cette destructivité à l'égard des objets (souvent ceux qui se sont montrés dans une relation positive à l'égard du psychopathe et peut-être même à cause de cette relation !) apparaît bien différente d'une agressivité perverse narcissique, déniait l'identité de l'autre et n'ayant pour but que son appropriation, destinée à le réduire d'une manière délibérée.

Les diverses formes d'attaque agressive des objets, agressivité « prédatrice », orgastique, etc., décrites en Amérique font référence beaucoup plus en France à la clinique des organisations de personnalité perverses, de même que tout le volet identitaire mettant l'accent sur le psychopathe simulateur, imitateur, et imposteur que nous ne décrivons pas sous cette forme même si nous retenons le caractère factice d'identification ou de fonctionnement en faux-self chez nos patients psychopathes.

L'organisation de personnalité perverse paraît ce qui est curieusement écarté de la majorité des descriptions américaines au profit d'un catalogue de perversion, si bien que s'instaure une divergence progressive des concepts puis une radicale séparation entre le psychopathe français incapable de différer son désir et le psychopathe-sociopathe américain susceptible de « pseudo-sublimation » dans un fonctionnement social relativement adapté et un contrôle pulsionnel mis au service de stratégies complexes de conquête ou de vie plus que de survie. La substitution surtout, par le scénario, d'un déroulement maîtrisé des scènes traumatiques protégeant de l'invasion par l'imaginaire violent venu de l'extérieur est caractéristique précisément de l'organisation de personnalité perverse, processus de sauvetage très précoce face à la perspective de la psychose avec une fuite des fantasmes « bouleversants », intolérables pour les capacités métaboliques du sujet, dans un déni très partiel de la réalité : le déni de la castration. À la différence du délire auxquelles peut conduire le déni massif du psychotique, le scénario rassure et reste bien sûr contrôlé.

Les oppositions cliniques pourraient être caricaturées à travers les personnages en France de films comme « Les valseuses » ou des autres films de Patrick Dewaere (Le mauvais fils, etc...) et les variantes du « Silence des agneaux » avec les différents tueurs en série de tout sexe que nous offre le modèle américain.

Les critères de classification des « personnalités anti-sociales » ne résument pas la psychopathie perverse, pas plus qu'ils ne définissent les loubards et sauvageons dont sont peuplées nos prisons et qui pour la plupart ne voudraient pas se dire délibérément délinquants, sauf dans des moments d'opposition, de prestance, ou d'amertume et de découragement. L'importance du fonctionnement dans l'idéal se traduit par des exigences en tout ou rien, qui s'inversent en noir et blanc dans les engagements et la critique aussi vite que dans le passage à l'acte et il nous semble souvent difficile de suivre la constance des références morales qui accompagnent la description des psychopathes américains.

Encore une fois, le psychopathe n'est pas pour nous quelqu'un qui prend systématiquement plaisir au mal et surtout au mal pour le mal. (Cet énoncé serait d'ailleurs beaucoup trop élaboré pour les capacités cognitives et associatives moyennes du psychopathe qui est beaucoup plus souvent bien plus déficitaire que l'évaluation superficielle de ses capacités pourrait le laisser croire).

Les immaturités et psychoses « blanches » héboïdophréniques

Un nombre croissant de patients se présentent avec des « a-structurations », qui non seulement ne sont pas assimilables aux structures psychotiques ou névrotiques de type traditionnel mais encore aux organisations de personnalité état-limite ou aux organisations de personnalité perverse.

Ces personnes, caractérisées par leur comportement spectaculaire qui emprunte à celui des psychopathes, sont décrites tantôt comme des psychoses « blanches » ou héboïdophréniques, tantôt comme des « immaturités essentielles », tantôt comme des psychopathies régressées. Jean Bergeret a décrit avec le concept de la « violence fondamentale » ces personnalités immatures, et notamment leur évolution vers la dépendance dans les toxicomanies ou le lien d'emprise aux objets, avec intolérance à la frustration et tendance permanente au passage à l'acte, dont la conduite est plutôt violente sans spécificité qu'agressive à l'égard de quelqu'un de façon précise.

Les capacités de perception par rapport à l'épreuve de réalité paraissent conservées chez le psychopathe comme chez les immaturités essentielles et chez les pervers, mais la capacité à tenir compte de la réalité est différente.

PROPOSITIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE

La plupart des psychiatres pensent que le psychopathe relève avant tout de la prison et qu'il est au-delà ou même hors du champ de la thérapeutique. Au mieux, la rencontre avec la loi serait une sanction thérapeutique, au pire, la défense sociale y trouve son compte et il y a des psychiatres en prison ! Sans entrer dans la polémique sur la curabilité du psychopathe, les hypothèses psychodynamiques conduisent à quelques grandes lignes pour l'aborder.

La psychopathie n'est pas en général une économie psychique réussie. Elle est coûteuse pour le moi et pour les interlocuteurs du psychopathe, ses proches, ses thérapeutes ou ses victimes. Les psychopathes fascinent par leur démesure, les risques qu'ils prennent, leur relation à la vie et à la mort. Leur souffrance authentique est parfois escamotée dans cette fascination par laquelle nous pouvons aussi induire la reproduction et la perpétuation du symptôme de ces patients.

Mais il importe d'être conscient des effets pervers induits par le fonctionnement psychopathique.

Il n'est pas question, en prison pas plus qu'ailleurs, d'aimer le psychopathe pour le prendre en charge ; il convient au contraire de se maintenir dans la neutralité affective pour ne pas réveiller les mécanismes sadomasochiques abandonniques. En revanche, les gratifications narcissiques n'engendrent pas les comportements de provocation à se faire rejeter et, quand elles sont adaptées à des succès de réalité même modestes, elles reconstruisent identité et estime de soi.

L'effet pervers se traduit plus volontiers par des réactions institutionnelles aux provocations relationnelles du psychopathe. Le contrat thérapeutique est un exemple subtil du rejet parfois organisé par les soignants d'un patient auquel on a imposé un contrat léonin qu'il était incapable de suivre : dès lors ce n'est pas le psychiatre qui ne supporte pas le psychopathe, c'est le psychopathe qui est insupportable ! Ce rejet présenté par le psychiatre comme conséquence s'imposant à lui-même et à son patient sans négociation possible réveille des vécus infantiles très précoces de tyrannie par la loi maternelle archaïque et déclenche des « rages » analogues à celle du nourrisson avec crise clastique ou des détresses régressives gravissimes qui peuvent être mortelles.

La prison favorise de manière redoutable le fonctionnement par un échange limité au donnant-donnant, variété à peine améliorée de la relation d'emprise. Le psychopathe a au contraire besoin d'un échange supérieur tel qu'il se fait couramment entre les personnes matures : je t'offre et tu prends ou tu laisses, je te demande et tu disposes de ma demande, tu m'offres et je prends où je laisse, tu me demandes et je dispose de ta demande. La qualité thérapeutique de la relation doit s'établir sur ce mode, seul moyen d'échapper à la répétition sadomasochiste.

Une véritable clinique qui ne soit pas réduite à l'observation entomologique mais qui accepte la dimension relationnelle, la vulnérabilité du thérapeute et son engagement est donc particulièrement nécessaire avec le psychopathe plus encore peut-être qu'avec des patients aux capacités verbales supérieures. Le travail thérapeutique par la parole est handicapé par l'incapacité du psychopathe à véritablement déprimer aussi bien par carence des représentations que par carence des processus mentaux associatifs et d'élaboration avec persistance du fonctionnement dans l'imaginaire.

Il est utopique et peut être dangereux d'imaginer qu'un seul thérapeute puisse guérir un psychopathe. En revanche, il est très précieux de lui donner dans une rencontre ponctuelle dans le temps et dans l'espace la possibilité de vivre une expérience harmonieuse d'échange et de « dé-fusion », dans une séparation sans destruction mutuelle. Si on garde le but modeste de cette rencontre et qu'on résiste à vouloir modeler le

psychopathe à un projet idéal, il peut nous enrichir dans la réflexion sur notre propre désir et nos limites, sur la maladie et la vie, et on a la surprise de découvrir parfois avec ce recadrage qu'il peut changer.

RÉSUMÉ

À la faveur notamment de l'évolution de la psychiatrie américaine et du retentissement médiatique de certains crimes et de certains films, la notion de psychopathie a évolué jusqu'à ce qu'on conteste même son intérêt qui reste très pertinent dans l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Les classifications ont appauvri la sémiologie et favorisé la description du comportement par rapport au fonctionnement psychique et relationnel. À côté des psychopathes-sociopathes des médias, qui semblent être des pervers et des personnalités narcissiques aménagées, typiquement des Serial Killers, les psychopathes classiques sont plus volontiers des personnalités *borderline* avec une problématique abandonnique, une économie de passage à l'acte systématique et des comportements répétitifs de rupture institutionnelle. Le retour à la clinique est essentiel pour éviter un abord idéologique et se replacer dans une perspective thérapeutique du psychopathe qui n'est pas toujours désespérée. La prise en charge veillera notamment à ne pas réveiller la compulsion de répétition à la rupture en ne se plaçant pas sur le terrain affectif mais plutôt sur le terrain narcissique, permettant d'éprouver sans excitation la possibilité d'indépendance et d'estime de soi.

PRISE EN CHARGE DE L'ADULTE

Diagnostic et prise en charge des sujets dits psychopathes. Quelques éléments issus de la clinique en milieu pénitentiaire

Bruno GRAVIER

Médecin-chef, Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires, Département de Psychiatrie,
Centre Hospitalo-Universitaire Vaudois (DP/CHUV) - Professeur Associé, Université de Lausanne (CH)

Pour ouvrir la voie à des thérapeutiques qui ne soient pas que symptomatiques, toute approche de la psychopathie, doit intégrer différents paramètres permettant de mieux situer la place des *agirs* violents dans le fonctionnement psychique de ces sujets. Ces paramètres vont au-delà des descriptions classiques et interrogent la délimitation entre psychopathie et trouble de la personnalité antisociale.

L'intolérance à la frustration et l'imminence du passage à l'acte auto - ou hétéro - agressif restent cependant deux maîtres symptômes de tout comportement psychopathique.

LES AGIRS PSYCHOPATHIQUES

Ey avait très tôt noté le caractère de réponse toujours prête à certaines sollicitations, unique voie de décharge de la tension intérieure. L'*agir* tient bien souvent lieu de langage, court-circuit qui permet le passage de l'affect à l'acte dans une situation vécue dans l'instant.

Les auteurs signalent aussi la dimension théâtrale de ces passages à l'acte qui témoignent, pour reprendre le terme de Hochmann (1964), d'une « maladie de la rencontre » où la manifestation comportementale devient la seule arme et monnaie d'échange.

Ces *agirs* s'inscrivent aussi dans un cortège symptomatique et une séméiologie plus protéiforme qu'on pourrait le penser : l'angoisse diffuse, qui restreint de manière quasi phobique le périmètre de ces patients, leur vide intérieur et la solitude qu'ils sont dans l'incapacité d'affronter, rendent compte de la proximité d'une dépression, dysphorie plus que véritable tristesse dépressive, recouverte par les manifestations caractérielles qui évacuent la dépression dans la revendication.

Certains *agirs* ou recours à l'acte (pour reprendre le terme de Balier) témoignent souvent de la proximité du délire, d'une émotion qui s'expulse à travers des mécanismes psychotiques, et indiquent combien la violence met le sujet au risque du morcellement. Nous sommes alors dans une clinique qui pose la question de la comorbidité et de la place du comportement psychopathique comme tentative d'endiguement de l'angoisse psychotique.

Le passage à l'acte violent peut être ainsi compris comme perception soudaine d'un vide intérieur effroyable, recherche de maîtrise explosive des limites, refus de l'insupportable, de l'incomplétude narcissique (Balier, 2005) où le sujet bascule brutalement pour fuir tout ce qui peut rappeler un vécu abandonnique et mortifère (ruptures, carences, faillites familiales, etc.). Tout ce qui ne peut que bannir l'émotion de l'acte mais dont on peut pressentir la frayeur quand la relation cherche à apprivoiser cet étrange vécu.

A l'inverse, la sémiologie impose aussi de prendre en considération les troubles d'allure névrotiques qui peuvent induire en erreur l'observateur peu averti : manifestations hystérisantes, phobies archaïques teintent ainsi des relations interpersonnelles allant de l'irritabilité et la manipulation jusqu'à la séduction pour aboutir à une véritable « toxicomanie d'objet » (Debray) les conduisant à la falsification et à la mythomanie jusqu'à l'induction décrite par Eiguer : le psychopathe provoque les actes, les réactions, parfois, au contraire, il les inhibe et fonctionne comme un « magnétiseur abusif ».

Au total, la psychopathie donne à voir un tableau plus variable qu'on pourrait le penser, dominé par le passage à l'acte et ce que celui-ci induit d'inquiétude, de peur et d'impuissance, mais qui laisse entière la question de la psychopathie comme entité en soi, naviguant, comme on l'a longtemps pensé, dans le registre des états limites.

DESTRUCTIVITE

Celle-ci domine le fonctionnement psychique de tels sujets. Ce processus vise à détruire, presque au sens propre, les pensées de l'autre, sa capacité à penser et à exister dans son humanité.

Pour mieux comprendre ce dont il s'agit, Bayle (2003) se réfère aux processus de destruction de l'humanité à l'œuvre dans les camps de la mort. On se rappelle que dans les camps les sujets à comportement psychopathe occupaient une place de choix dans le mécanisme concentrationnaire. Bayle illustre son propos en citant ces phrases terribles rapportées par Primo Lévi (1958) « *hier ist kein warum* » L'objectif de la violence concentrationnaire est de contraindre la victime à la démentalisation, à être incapable d'exister autrement que dans l'acte de survie, à ne plus pouvoir vivre dans la pensée et le questionnement. C'est bien ce qui est à l'œuvre dans la violence que déploient ces sujets repérés comme psychopathes, qui font vivre à leur victime, au-delà de l'agression physique, la violence du déni de leur propre existence et de leur propre humanité, témoignage de leur propre incapacité à penser.

Ce vécu, toute équipe soignante aura d'une façon ou d'une autre à l'affronter pour baliser le soin et pour aussi tôt ou tard percevoir l'interdit qui pèse sur les « pourquoi » de leur patient. Car c'est aussi ce que ces patients, auteurs d'actes violents, ont eu souvent à affronter dans leur histoire, ce qui ne leur permet aucune véritable interrogation sur la douleur de celle-ci.

PAUVRETE FANTASMATIQUE

Cette destructivité s'accompagne chez ces sujets, en miroir, d'une **singulière incapacité à penser**, à mentaliser, à réussir à construire une vie intérieure. La carence de mentalisation est bien sûr un des obstacles principaux à la mise en place d'un travail psychothérapeutique puisque l'essence même d'un tel travail est de relier des émotions à des mots et des images pour apprivoiser les souffrances enfouies et donner un sens à des conflits évacués, déniés.

Seules traces d'une vie psychique enfouie laissant espérer un dépassement de la sidération psychique signant la défaillance de l'imaginaire de ces patients, les cauchemars peuvent survenir, notamment à la faveur de l'incarcération, et témoignent d'une vie fantasmatique primitive où la frontière est parfois difficile à tracer entre rêve et agir crépusculaire.

LA TRACE DU TRAUMATISME

La relation du psychopathe avec son entourage en particulier, et le monde en général, est marquée par le traumatisme, en tant que celui-ci empêche toute continuité relationnelle, affective et psychique.

Entre traumatismes réels, sexuels ou d'autres natures, et traumatismes par défaut, manques, absence, la destinée de ces personnalités s'inscrit d'emblée dans la rupture, les carences (Flavigny, 1977) et les faillites de l'environnement familial et affectif (Bowlby, 1962). Winnicott attribue la genèse de ce vécu traumatique infantile à la discontinuité de la fonction de maintenance des soins maternels qui porte atteinte au sentiment de « continuité d'existence ». Quelles qu'en soient les modalités, il persiste toujours une faille fondamentale dans le développement du narcissisme primaire, carence dans l'estime de soi qui conduit à la recherche répétitive d'une réparation par l'environnement. Incapables de maîtriser les excitations qui jaillissent des situations nouvelles, ces sujets mettent toujours leurs proches ou leurs thérapeutes, éducateurs ou autres, en demeure de faire « la preuve par l'épreuve » (Lamothe, 1989).

L'expression de cette trace dans le discours et le comportement du sujet psychopathe ont déjà fait l'objet de nombreux travaux et renvoient, au delà des faits et des violences subies, à la structuration des relations de l'enfant avec les représentants parentaux. (Flavigny, Hellbrunn). Le traumatisme réfère ainsi aux déficiences marquées par la dimension intrusive, imprévisible d'une mère incapable d'assumer une fonction contenante et de soutenir l'accès à l'individuation. Il est aussi présent dans la figure paternelle, à la fois inexistante et toute puissante dans sa violence, « les deux parents sont de toute façon défailants dans leur fonction de pare-excitation, nécessaire pour la genèse de l'appareil légal intrapsychique, mais aussi nécessaire tout simplement pour que l'enfant ne soit pas confronté constamment au traumatisme psychique, c'est-à-dire à des ébranlements qu'il n'aurait pas moyen de métaboliser ». (Lamothe)

Le traumatisme peut être compris comme une « expérience psychiquement indigérable » (Hyatt Williams, 1984) dont la nature peut être très diverse. Ce qui ne peut être digéré psychiquement reste comme expérience très actuelle et se rejoue constamment dans l'actualité de la relation, surtout lorsque celle-ci peut se trouver au risque d'une émotion, d'une perte ou d'une identification impossible.

Hellbrunn souligne bien que ce qui subsiste du traumatisme reste quelque chose d'informe psychiquement, « non forclos ni refoulé pour cause de non inscription dans le symbolique ». C'est la raison pour laquelle, fina-

lement, dans l'acte violent n'importe quel interlocuteur fera l'affaire pour peu qu'il se situe au point d'impact de la reviviscence traumatique.

Cette place centrale du traumatisme peut se lire dans bien des comportements psychopathiques. En premier lieu un vécu abandonnique particulièrement insistant va souvent conduire le sujet à anticiper tout abandon en le provoquant lui-même par ses passages à l'acte ou sa disqualification. Faute de pouvoir métaboliser l'émotion suscitée par la confrontation au vécu traumatique, ces sujets tentent de la maîtriser par une apparente froideur, qui rejaillit aussi sur un éprouvé corporel paradoxal : à l'excitation psychique suscitée par l'émotion répond l'apparente et momentanée anesthésie qui permet la décharge violente à travers l'automutilation et tout ce qui met en avant le corps et la peau comme lieu d'inscription violente. Dans ce dernier aspect se noue aussi la problématique perverse, souvent au premier plan, où la violence sur soi s'accompagne d'une recherche masochique de sensation.

Comme le psychotique sait nous empêcher de faire effraction dans sa bulle, le psychopathe nous tient à distance par la perception de son intense sensibilité à tout ce qui peut susciter de l'excitation, ce qui peut le confronter à l'intensité de cette excitation associée à un sentiment de totale impuissance, et enfin tout ce qui peut le confronter à la douleur de la relation et de l'affect.

AGRESSIVITE PREDATRICE, AGRESSIVITE AFFECTIVE

R Melloy donne une lecture renouvelée de la séméiologie psychopathique en mettant l'accent sur les mécanismes de sensations/perceptions qui ouvrent la voie à la violence prédatrice de certains sujets. Il indique comment le processus psychopathique se perpétue par l'incapacité à surmonter un état de déplaisir, à refouler un affect déplaisant et ce qui conduit le sujet à un vécu de colère diffuse car il ne peut se référer, en raison de la pauvreté de ses identifications, à des expériences apaisantes et, donc, à l'empathie.

A la lecture de cet auteur on comprend mieux comment le sujet peut osciller entre une agressivité affective qui met en jeu une émotion indicible par sa proximité avec la crainte de l'envahissement psychotique et une agressivité prédatrice, apparemment dénuée d'émotion.

Le thérapeute qui s'y essaiera se mettra au risque de cette rencontre brutale et déstabilisante, entre identification à une figure archaïque perdue, hostile et persécutoire, allant de pair avec la recherche sans espoir d'un autre apaisant ou consolant et risque de l'explosion traumatique. Une telle relation ne peut être par essence que précaire, instable, envahie de projections agressives multiples mais bouleversante par l'émotion qui se déverse parfois par contiguïté.

LES COMPORTEMENTS PSYCHOPATHIQUES EN PRISON

Ce sont les comportements les plus difficiles à supporter par le personnel, qu'il soit soignant ou de surveillance. On peut les regrouper en plusieurs registres :

Le registre de la violence agie sur soi ou sur autrui :

Le praticien du monde carcéral pense inévitablement aux automutilations et à la violence sur soi. Violence inscrite dans la répétition et qui est clairement à dissocier du comportement suicidaire dont il se voudrait une annonce et qui en possède pourtant le risque mortel. Ici le corps est utilisé dans une dimension de chantage, comme instrument d'une plainte qui ne vise pas, d'ailleurs, à une véritable satisfaction utilitaire. Elles posent la question de la place du sujet auto-agressif dans l'institution.

Les violences sur autrui, en font le caractère inquiétant, déstabilisant, perturbant l'ordonnement pénitentiaire et agissent une recherche primitive de sanction.

Le registre de la distorsion relationnelle :

Les patients se manifestent alors par l'assujettissement de l'institution pénitentiaire à leurs demandes, marquées par leur caractère insatiable, revendicateur, et auxquelles on ne peut répondre sous peine de mettre sens dessus dessous l'institution.

Equilibre toujours instable, impuissance des interlocuteurs, jouissance perverse, primauté du regard, incapacité à contractualiser, mise en échec, clivage, grande quantité d'excitation, envie de rétorsion et de contre-violence, toutes ces caractéristiques nous les retrouvons à un moment ou l'autre dans les manifestations les plus voyantes et les plus désespérantes de ces sujets.

L'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE

Il se définit principalement à partir de deux axes qui découlent de l'observation clinique et de la compréhension que nous avons esquissée ci-dessus :

1 - Au niveau institutionnel : travailler l'anticipation et la réponse aux passages à l'acte par les équipes en charge du sujet, quelles que soient leur mission et en restant attentif aux risques de clivage et à la sidération psychique induite par ces patients. Nous sommes là dans un indispensable travail de liaison entre les différents intervenants.

La mise en place d'un système de pare-excitation sous-tend la plupart de nos interventions. Le pare-excitation désigne une fonction et l'appareil qui en est le support. La fonction consiste à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui risqueraient de le détruire. L'appareil est conçu comme une couche superficielle filtrant passivement les excitations (Laplanche et Pontalis, 1967). La mise en place du système de pare-excitation permet à la mère de protéger l'enfant à la fois contre sa propre violence et celle de l'environnement. Il faut, pour faire face à la violence, aussi bien physique que psychique, un cadre suffisamment solide pour éviter la destruction (Balier, 1993) et qui permet de pallier l'absence ou la défaillance d'un tel système.

Calmer l'excitation qui s'empare de tous est bien l'enjeu majeur de la plupart des stratégies institutionnelles qui passent autant par des prises de décisions fermes que par des moments de supervision ou d'intervision.

Si la prison est un lieu de souffrance, elle est aussi souvent vécue comme lieu d'apaisement, de protection contre des sollicitations impossibles à fuir. De là, l'importance du cadre aussi bien sécuritaire que thérapeutique. Pouvoir apaiser un patient, c'est aussi lui indiquer que l'on peut le contenir sans le détruire.

Certains moments prennent toute leur valeur dans une rencontre structurante. Il en est ainsi du temps de médiation de la colère ; c'est là que des structures travaillant la prise de responsabilité du sujet sur lui-même prennent tout leur sens. La sociothérapie (la Pâquerette à Genève, par exemple) est un excellent modèle qui permet la co-gestion des conflits et une fonction d'étaillage.

2 - Au niveau individuel : aider le patient à la mise en mots et à la mentalisation

Une approche thérapeutique est possible, mais elle se doit d'être particulièrement attentive à la réactivité traumatique décrite plus haut pour anticiper l'intrusion que peuvent constituer autant la remémoration douloureuse que la familiarité excessive ou les montées en symétrie institutionnelles. L'ébauche du travail du thérapeute commence par la restauration de la parole et l'introduction d'une médiation dans le face-à-face qui oppose le détenu à une histoire brutalement figée.

Balier a inlassablement rappelé que le travail thérapeutique avec ces sujets doit reposer sur un cadre clinique clair et bien défini, s'enracinant dans le travail d'une véritable équipe pluridisciplinaire.

Tout moment n'est pas propice à une rencontre thérapeutique. Il existe, par exemple, de véritables moments de crise psychopathique ; celle où les *agirs* succèdent aux contre-*agirs* où l'institution est prise dans l'escalade et répond par des sanctions de plus en plus redoutables pour essayer de mettre un terme aux comportements dont ils finissent par eux-même être prisonniers. Apaiser l'excitation est la seule règle dans ces moments de totale anomie. Souvent il s'agit d'une mission impossible car l'apaisement ne peut passer que par le renoncement de la protestation narcissique dans laquelle le psychopathe et son miroir institutionnel se réfugient.

La temporalité particulière de la prise en charge du psychopathe doit aussi intégrer la discontinuité, celle qu'il a vécu à tous les modes dans son histoire sera rejouée dans sa relation aux figures structurantes.

Par contre, comme au niveau institutionnel la gestion de la colère est un défi sans cesse renouvelé, on sera attentif à ces moments de verbalisation, qui sans constituer une véritable élaboration, n'en sont pas moins l'occasion de démythifier les mots et leur violence.

L'appréciation du passage à l'acte dans sa fonction de sauvetage d'un narcissisme défaillant prend toute sa valeur dans la mise en place d'un cadre thérapeutique (Gravier, 1985) A l'inverse, le déni de l'acte, l'amnésie franche ou la banalisation sont des manifestations du clivage auxquelles tôt ou tard chaque thérapeute doit s'affronter sans éluder l'obstacle. De là, l'importance particulière que l'on accordera aux rêves du patient : rêves d'angoisse, souvent terrifiants, de nature traumatique, mais souvent premiers signes du travail intérieur. (Balier)

Que ce soit au niveau institutionnel ou au niveau individuel, le cheminement thérapeutique vise en premier lieu à remettre en place des repères structurants mais non persécuteurs qui aideront le sujet à trouver quelques balises. Ainsi le cadre qui se met en place autant dans le suivi institutionnel que dans le cheminement individuel va s'attacher à plusieurs aspects :

- La dimension symbolique est constituée par la dimension légale et réglementaire à laquelle les détenus se confrontent. Il rend compte des déficiences dans la structuration psychique qui s'actualisent dans la transgression répétée consciente ou inconsciente des lois et règlements. C'est à ce niveau que peut se lire ce qui a manqué dans la reconnaissance de l'autre.
- L'ici et maintenant de la vie quotidienne avec la brutalité des relations ou parfois la mise en évidence de facultés adaptatives surprenantes. Les multiples entrecroisements rendent bien compte de ce qui se joue de colère, de difficultés dans l'expression des affects, voire de vécus régressifs et infantiles dans des rapports interpersonnels où, a priori, n'intervient pas directement une dimension thérapeutique. Cependant l'observation de ce qui s'y joue prend valeur de témoignage de la répétition de ce qui a rendu impossible les processus de socialisation et d'élaboration des conflits.

Clarifier ces deux premiers aspects autant à un niveau institutionnel qu'individuel favorisera d'authentiques moments thérapeutiques. En présence d'identités morcelées, diffusant violemment dès que surgit la frustration, le cadre qui aura pu s'instaurer va faire médiation, tampon, autorisant, à partir de la perception de cette détresse archaïque, une élaboration plus mature

Identifier comment se disposent ces dimensions, où et avec qui elle prennent toute leur valeur permet d'aider nos patients à vivre leurs émotions de manière moins mortifère, en les aidant par une véritable mise en mots - des mots qui ne seraient plus alors des projectiles - en les aidant aussi à se confronter à ce qui leur fait le plus peur, à savoir leur effroyable vide psychique intérieur. Bailly-Salin illustre remarquablement comment ce travail sur la souplesse et l'intégration parcimonieuse des espaces symboliques et quotidiens permet d'intégrer la temporalité particulière qui scande la vie du psychopathe et autorise, parfois, à ce que s'installe un véritable soin.

Références

1. Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, Paris : PUF, «fil rouge», 1988,
2. Balier C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris : PUF, «fil rouge» ; 1996.,
3. Balier C., *La violence en Abyme*, Paris : PUF, «fil rouge», 2005,
4. Bailly-Salin, *Stratégie thérapeutique vis-à-vis des psychopathes*, *Confrontations Psychiatriques*, 1980, 18, 175-188.
5. Bayle G, *destructivité, démentalisation, clivage et cadres*, in A. Ciavaldini, *violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*, *In press*, 2003, 97-115.
6. Eiguer A., *Le pervers narcissique et son complice*, *Dialogue*, 1983, 81, 60-70.
7. Flavigny, H. *De la notion de psychopathie*, *Rev. Neuropsychiatr. Inf.*, 1977, 25, 19-75
8. Hellbrunn R, *Pathologie de la violence*, Réseaux, Paris, 1982
9. Hochmann, J. *La relation clinique en milieu pénitentiaire*, Masson, 1964
10. Lamothe P.Geoffray, D. *La psychopathie revisitée en prison*, *Confrontations psychiatriques*, 1989, 229-236.
11. Meloy J.R., *Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique*, Paris, Frison-Roche, 2003

L'OBLIGATION JUDICIAIRE DE SOINS

Une obligation judiciaire pour traiter une psychopathie polymorphe

Michel DUBEC

Psychiatre - Expert - Paris

INTRODUCTION

L'obligation judiciaire de soins en matière de psychopathie est une nécessité et une aporie.

La nécessité est imposée par la violence incontrôlée de l'individu, le souci du service psychiatrique et l'intérêt social.

L'aporie sera analysée en quatre points :

1. Une obligation judiciaire ne peut être décidée sur les caractères des délits qui sont multiples et variés. À l'inverse, un diagnostic n'est pas une catégorie juridique ¹.
2. La psychopathie peut donner lieu à des manifestations antisociales dès l'âge pubertaire et se prolonger au-delà de quarante ans. Une obligation judiciaire de soins devrait sinon couvrir cette étendue, au moins couvrir sur une longue durée. Elle devrait, de ce fait, traverser les juridictions pour mineurs et les juridictions pour majeurs, sans être interrompue.
3. Il est souhaitable qu'une personne ou qu'un service de contrôle reste unique et se maintienne tout au long de la mesure, quels que soient les lieux de commission des nouvelles transgressions ou les changements de domicile.
4. En comparaison de la loi du 17 juin 1998, les relations entre les acteurs thérapeutiques et les référents judiciaires seraient plus aisées du point de vue déontologique car le psychopathe se charge de faire savoir lui-même qu'il transgresse les lois. Les services de soins, qui ont à pâtir de lui, sont en droit de se plaindre également. Certains individus relèveront à la fois de cette obligation judiciaire de soins et de la loi du 17 juin 1998.

LES CONSTATS ET LES BESOINS D'UNE ORGANISATION LEGALE DISTINCTIVE

Il n'y a pas de pathologie, dans les services psychiatriques, qui ne suscite autant le vœu d'un recours à la loi que la psychopathie. La collaboration avec les services judiciaires devrait donc se faire avec enthousiasme. La difficulté est suscitée par la nature des institutions judiciaires et psychiatriques. Non pas qu'elles soient antinomiques ou simplement étrangères l'une à l'autre comme on le pensait jadis. Au contraire, les points de passage sont aujourd'hui multiples et désirés par les co-contractants.

L'embarras réside dans la nature même de la conduite psychopathique car c'est de conduite dont il s'agit, d'un style de vie, et non pas d'un type d'infraction ou d'un symptôme clairement identifié.

Le paradoxe se traduit dans les termes suivants : le magistrat ne peut juger un comportement, le psychiatre ne peut sanctionner un style.

Cependant l'évolution sociale, l'interpénétration actuelle et à venir des domaines psychiatriques et judiciaires vont contraindre à dépasser cette difficulté de principe.

La création future d'unités hospitalières spécialement aménagées concernera les détenus présentant des troubles mentaux et recevra pour une large part des psychotiques et probablement des psychopathes, bien que ces deux populations se tolèrent mal.

Il faut envisager en dehors de cette collaboration judiciaire et psychiatrique en lieu clos une articulation en milieu ouvert par une obligation de soins ambulatoires ².

Le psychopathe inspire la crainte dans les services hospitaliers qui préfèrent le voir commettre son délit à l'extérieur. Le souci du service est d'abord de se débarrasser du personnage, au détriment de la tranquillité urbaine.

« La répression, l'emprisonnement ordinaire ne font que renforcer les tendances psychopathiques comme aussi un libéralisme sans contrôle... L'internement en hôpital psychiatrique ne peut être une solution que pour les psychopathes de type psychotique. Les autres ne gagnent rien à être internés et le service qui les reçoit risque d'en être lui même la victime, car le psychopathe s'entendra à désorganiser les relations entre malades, ou entre malades et soignants. » ³

L'abord thérapeutique du psychopathe se pose en trois lieux différents : la prison, l'hôpital, et en ville.

Il n'est pas inutile d'envisager que l'obligation judiciaire de soin pourrait s'exercer dans ces différents endroits même si pour deux d'entre eux, l'idée peut sembler superflue.

L'hôpital n'a pas les moyens de recourir à la prison, sauf à le laisser commettre un délit. Les places en UMD sont rares et la sortie pure et simple est le pis-aller auquel on se plie.

En prison, la contrainte de soin s'exerce fréquemment sur le psychopathe. Elle est influencée par l'administration pénitentiaire qui voudrait éviter tout effet de comportement anarchique et s'en remet au psychiatre. La contrainte médicamenteuse est explicitement demandée, voire imposée au praticien. Elle peut être facilitée par la demande du détenu, toxicophile, comme c'est souvent le cas.

Peut-être serait-il bon de judiciariser la pratique médicamenteuse en prison, d'organiser une obligation de soin, légiférée cette fois. Un juge de la détention est peut-être aussi nécessaire qu'un juge des libertés.

A l'heure actuelle, la contrainte de soin judiciaire chez le psychopathe est réalisée dans un cas : lorsqu'un détenu est transféré de la prison vers l'hôpital quand il est en proie à des manifestations psychotiques que l'on ne peut canaliser en prison, quand il faut initier un traitement contre sa volonté.

Certes les dispositions de l'article D398 du code de procédure pénale laisse toute liberté au psychiatre de prison pour organiser ce transfert et l'autorité judiciaire est seulement prévenue de cette décision. Il n'empêche qu'elle maintient sa mainmise et que le détenu n'est en aucun cas considéré comme libéré mais placé à la garde de l'institution psychiatrique sous HO.

Le plus souvent le psychiatre hospitalier tolère mal cette arrivée d'autant que le tableau clinique se dégonfle soudainement à l'arrivée à l'hôpital ⁴.

Cette opposition entre deux psychiatres : l'un « carcéral », l'autre hospitalier, montre bien les difficultés que suscite le psychopathe qui se conduit comme un fou en prison et comme normal à l'hôpital ⁵.

LES CRITERES

Le projet d'une obligation judiciaire de soin impose deux perspectives, celle de l'indication et celle des moyens.

Si on prend pour base le suivi socio-judiciaire de la loi du 17 juin 1998, des différences fondamentales doivent être soulignées.

En matière de psychopathie, le diagnostic ne peut être établi par la nature de l'infraction. Les passages à l'acte sont variables et polymorphes. Ils recouvrent une large part du Code Pénal.

Un premier critère peut être leur réitération. Mais combien en faudra-t-il attendre ? Gageure pour une politique de prévention. La contrainte psychiatrique viendrait-elle remplacer l'ancienne tutelle pénale, héritière de l'antique relégation ?

L'expertise psychiatrique pourrait-elle venir remplacer le critère lié à la nature de l'infraction ? La chose est difficilement envisageable : le juge ne peut remettre son pouvoir aux mains de l'expert.

Plutôt que de se limiter à la réitération des infractions, l'alternance de séjour en prison et à l'hôpital psychiatrique est plus proche de la réalité clinique.

L'expertise psychiatrique sera sans nul doute interrogée mais elle ne peut l'être qu'au terme d'une évaluation de critères concrets administratifs et judiciaires.

LES MOYENS

Reste le problème des moyens de pression. Pourrait-on envisager un supplément de peine comme dans la loi de juin 1998 ? On en reviendrait alors à une tutelle pénale sur un temps limité, plus ou moins long. Peut-être faudrait-il ajouter la carotte au bâton et proposer une alternative à l'incarcération, dans les cas où le délit est peu grave, par l'association d'un travail d'intérêt général et d'une obligation de soin.

Ce marchandage peu en vogue dans le système judiciaire français a l'avantage de toute relation marchande : elle pacifie.

Une obligation judiciaire de soin spécifiquement destinée à la psychopathie ne peut voir le jour que dans le cadre d'une évolution des lois et des institutions qui régissent la psychiatrie et l'articule à la justice.

Une évolution de la loi de 1990 ⁶ qui imposerait des consultations régulières au décours d'une HDT ou d'une HO chez un patient qui présenterait des manifestations violentes, et qui seraient imposées par un juge pénal, permettrait de lever nombre de situations critiques et ambiguës pour les soignants et les familles de malade. Cela permettrait d'éviter de nouvelles hospitalisations sous contrainte pour imposer un traitement ou bien des sorties d'essai de HO ou de HDT qui ne sont que des surveillances masquées.

Une telle obligation de soin ambulatoire pourrait être également envisagée à partir de centres d'urgence dépendants de l'autorité préfectorale (IPPP pour Paris).

Une telle obligation pourrait encore être décidée au décours d'une détention pendant laquelle un détenu aurait présenté des troubles mentaux avérés avec passage en SMPR ou transfert en hôpital psychiatrique.

Plutôt qu'une tutelle pénale remodelée, il serait important de créer la fonction de tuteur judiciaire ⁷ pour les plus jeunes. L'expérience clinique montre que dès l'adolescence et même parfois avant, l'attitude psychopathique est déjà active chez un jeune garçon. Un tuteur judiciaire, c'est-à-dire un éducateur agréé par les services judiciaires, qui aurait pour mission de se maintenir plusieurs années auprès de l'individu concerné et qui aurait pour pouvoir de l'accompagner devant les tribunaux et dans les services de soin deviendrait un étayage identificatoire utile et solide. Ce trait d'union entre le judiciaire et le médical serait éminemment positif.

« En quoi consiste le plan général de l'entreprise thérapeutique, qu'elle soit individuelle ou, surtout, collective ? Tous les auteurs déjà cités paraissent en accord pour indiquer la nécessité d'une relation personnalisée, rassurante par sa fermeté et sa permanence, capable de fournir un « idéal du Moi externe » et de restaurer les capacités d'échanges avec le monde extérieur sur des bases concrètes, pratiques, dans la vie quotidienne. Ainsi pourra être obtenue une certaine « orthopédie » du Moi, et peut-être, dans un second temps, une psychothérapie vraie pourra-t-elle être envisagée. » ⁸

CONCLUSION

Une obligation judiciaire de soin en matière de psychopathie trouverait plus son indication à l'issue d'un passage institutionnel, carcéral ou hospitalier qu'en fonction de l'infraction commise. A l'inverse des transgressions sexuelles, la non-spécificité des délits ne permet pas au juge une appréciation sur le seul critère légal.

Le critère institutionnel, les débuts de prise en charge à l'hôpital ou en prison, les difficultés qu'elles ont suscitées, les craintes des soignants lors de la mise en liberté sont des critères bien plus fiables qui pourraient faire solliciter un juge pénal, garant de l'obligation ultérieure.

L'expertise psychiatrique, reprenant ces critères, repérant l'unité psychologique qui préside à ce parcours, apporterait une synthèse utile à la décision.

Un tuteur judiciaire, constant, représenterait le risque de la sanction encourue et l'accompagnement au soin. La peine encourue, en cas de rupture de soins, est laissée à l'appréciation du Législateur. Cayenne est fermé, la tutelle pénale a été abandonnée.

1 Michel Dubec. Réalités quotidiennes des rapports délinquants psychiatrie. Thèse. Paris 1978.

2 JL Senon, Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. L'information Psychiatrique 2005 ; 81 : 627-34

3 Henry Ey, P. Bernard Ch. Brisset. Manuel de psychiatrie. Masson 1974

4 Michèle Levy. La prison de l'intérieur. L'information psychiatrique 2005 ; 81 : 599-608

5 E. Trillat. Les déséquilibrés. Encyclopédie Médicochirurgicale, TII, Paris 1955

6 JL Senon. Ibid.

7 Tony Lainé, Bernard Zeiller, Morbidité psychopathologique des enfants et adolescents criminels, rapport de l'INSERM 1991

8 Henry Ey. Ibid.

L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

L'expertise pénale des psychopathes

Daniel ZAGURY*

Psychiatre des hôpitaux - Centre psychiatrique du Bois de Bondy

LE PRINCIPE DE LA LOI

L'état de démence (article 64 de l'ancien Code Pénal), puis l'abolition du discernement (article 122-1, alinéa du Code Pénal), l'atténuation de la responsabilité (circulaire Chaumié), puis l'altération du discernement (article 122-1, alinéa 2 du Code Pénal), sont des formules génériques du langage courant. Il n'est pas dicté à l'expert quel doit en être le contenu. Par analogie avec le Droit, on peut parler de jurisprudence expertale. Avec Georget, élève d'Esquirol, l'état de démence est devenu synonyme d'aliénation mentale et le principe en a été longtemps conservé, malgré un certain affinement. Au fur et à mesure du temps qui passe, parallèlement aux progrès des soins psychiatriques, les experts se sont montrés beaucoup plus exigeants. Au tri médico-judiciaire (les aliénés à l'asile et les autres en prison), a fait place l'exigence d'un rapport direct et exclusif entre l'état mental pathologique et l'infraction pour conclure à l'état de démence puis à l'abolition du discernement. Comme le souligne le rapport de l'IGAS en 2001, le pourcentage des non-lieux obtenus en 1987 avec l'article 64 du Code Pénal par rapport au nombre de personnes mises en examen est pratiquement identique à celui obtenu en 1999 avec le premier alinéa de l'article 122-1 du nouveau Code Pénal. La modification de la loi n'a donc pas eu d'effet réel sur le taux de malades mentaux bénéficiant d'un non-lieu pour irresponsabilité.

Il convient d'insister sur un point : il ne peut y avoir de nosographie de l'abolition du discernement, de liste d'affections déresponsabilisantes, parce que c'est contraire à la loi elle-même. Pour le dire simplement, la démarche expertale implique un examen clinique qui aboutit à un diagnostic actuel, puis une analyse rétrospective de l'état mental au moment de l'action, enfin une évaluation du rapport entre l'état mental et les faits. C'est d'ailleurs là que la notion de jurisprudence expertale trouve une limite car ce rapport relève d'une étude au cas par cas, bien que des situations types puissent être étudiées et que le principe même de la loi ne devrait pas susciter des interprétations divergentes de la part des experts.

SON APPLICATION CHEZ LES PSYCHOPATHES

De façon constante, les déséquilibrés ont été exclus du champ de l'irresponsabilité pénale quand seule l'économie psychopathique est en jeu dans la commission de l'infraction. Si le débat est nécessairement ouvert sur les limites entre troubles de la personnalité et maladies mentales, entre axe 1 et axe 2 du DSM, entre approches catégorielle et dimensionnelle, renoncer définitivement à cette distinction aurait des conséquences majeures. C'est la question qui a été posée par Kendell pour répondre au gouvernement britannique, à propos d'une loi visant à la détention indéfinie pour toute personne responsable d'un délit majeur et présentant des troubles majeurs de la personnalité, notamment psychopathiques. On connaît la tentation de l'alibi médical consistant à transformer l'exclusion en soin, fût-ce un soin à perpétuité. Le train des bons sentiments, ici celui du soin à tout prix des psychopathes, peut en cacher un autre. Georges Lantéri-Laura allait jusqu'à qualifier d'escroquerie la démarche qui consiste à confondre le signe, au sens de la sémiologie médicale, et la déviation des conduites. Le principe d'une distinction claire entre maladie mentale et troubles de la personnalité demeure parfaitement valide. Une meilleure connaissance des mécanismes psychopathologiques en jeu et des tentatives thérapeutiques courageuses ne doivent pas nous amener à confondre le soin sans consentement et l'injonction de soin, le soin alternatif au processus judiciaire et le soin associé au processus judiciaire.

Ce principe général de la responsabilité des psychopathes a bien sûr des exceptions, dans l'esprit même de la loi. Nous connaissons depuis longtemps la vulnérabilité particulière des déséquilibrés aux bouffées délirantes, aux épisodes excito-délirants, aux troubles de l'humeur : Gérard est condamné à la suite d'un vol à main armée. Il purge sa peine. En fin de détention, il est impressionné par un codétenu qui évoque des phénomènes paranormaux et lui parle de démonologie. Peu de temps après sa libération, il présente une bouffée délirante en tous points caractéristique, au cours de laquelle il met le feu à sa propre maison afin de pouvoir la refaire

*Daniel ZAGURY, Psychiatre des Hôpitaux, Centre psychiatrique du Bois de Bondy (Etablissement Public de Santé Ville Evrard), 13-15 Voie Promenade, 93147 Bondy Cedex.

à neuf. Mis en examen pour incendie volontaire, il bénéficie de l'application de l'article 122-1, alinéa 1 du Code Pénal. Il n'est pas exclu qu'à l'issue de son hospitalisation d'office, il ait repris son existence de psychopathe marginal émaillée d'infractions.

La véritable complexité de la question de l'expertise des psychopathes concerne le champ de l'héboïdophrénie, des psychoses pseudo-psychopathiques et de certaines évolutions psychopathiques vers la psychose dissociative. Un contingent non négligeable de sujets primitivement étiquetés psychopathes évolue d'incarcérations en incarcérations vers des tableaux de psychose avérée.

C'est à leur propos qu'il y a souvent désaccord et polémique entre experts et psychiatres en milieu carcéral. En liberté, ils consomment leur tension interne dans la fuite en avant, l'alcool, les drogues, la marginalité... Entre les murs de la prison, c'est la béance hémorragique qui se démasque. Dans ces cas difficiles, seule l'analyse rigoureuse des rapports entre l'état mental et l'infraction permet de conclure.

Si la plupart des actes violents commis par les psychotiques sont un sursaut de survie au bord du gouffre de la dissolution psychique, les infractions psychopathiques répondent habituellement au court-circuit, à la décharge, au défi, à la toute-puissance, au recours à l'acte face à la menace d'effondrement, l'un de leurs traits caractéristiques étant l'incapacité à se déprimer authentiquement.

Citons parmi d'autres une situation archétypique : dans un moment de passivation insupportable, de vécu d'abandon, après des ébauches de recherches de travail à la sortie de prison, c'est le risque de réouverture de la faille et le rebond dans l'acte. Le sujet verbalise qu'il ne pouvait pas faire autrement, qu'il n'avait pas d'autre choix, légitimant son infraction, accusant le « système », se posant comme victime sans percevoir la moindre part d'implication.

Les autres dimensions de l'expertise médico-légale des psychopathes

L'expert ne rencontre pas seulement un « psychopathe », mais un sujet, à un moment donné d'un parcours souvent « chaotique ». Il convient de rendre compte de la dynamique de l'échange qui s'est instauré et des singularités de sa personnalité. Il arrive que cette rencontre ne se fasse pas, le sujet refusant l'expertise sur un « coup de tête ». Il n'est d'ailleurs par rare, eu égard à sa variabilité thymique et émotionnelle, qu'il accepte l'expertise à la tentative suivante.

Pour un même repérage de traits de personnalité de base indiscutablement psychopathiques, les expressions cliniques peuvent en être très diverses et hétérogènes. Aussi est-il absolument impossible de toutes les citer. J'en donnerai seulement quelques illustrations par les questions qui peuvent être soulevées par l'expert, selon les cas. Les perspectives seront d'ailleurs très différentes selon qu'il s'agit d'un violeur à répétition, d'un délinquant utilitaire, d'un sujet commettant des actes de violence contre les personnes, etc. De même les enjeux pronostics seront évidemment différents si l'on examine un petit déséquilibré qui oscille entre l'hôpital et la prison pour vol, et un tueur en série. Chez ce dernier, on repère toujours un tripôle à pondération variable (psychopathie, perversion narcissique ou perversité sexuelle, angoisse néantisante) :

- Le sujet fait-il une halte dans son parcours de fuite en avant pour s'interroger, ne serait-ce que fugacement, ou répète-t-il ce qu'il a déjà dit à de multiples experts, dans un discours fermé ?
- Ses propos sont-ils dominés par une projectivité sans appel ? Se vit-il comme une victime permanente (« C'est la faute au système ») ou bien lui arrive-t-il par instant de s'arrêter et de douter ?
- Repère-t-on dans sa biographie des moments de moindre instabilité, à l'occasion d'un emploi, au gré d'une relation tutélaire, grâce à une aide thérapeutique ou éducative acceptée pour un temps ?
- A-t-il été momentanément contenu par une institution, telle l'armée, ou cela a-t-il été au contraire l'occasion de ruptures et de transgressions (désertions à répétition) ?
- Retrouve-t-on dans son passé des carences massives et généralisées ou y a-t-il des personnages qui surnagent, tels une grand-mère, un éducateur, une famille d'accueil, etc. ?
- Observe-t-on un contraste entre une existence échevelée à l'extérieur et un certain apaisement en prison, comme si les murs de l'institution pénitentiaire lui donnaient un contenant pare-excitant ?
- Tolère-t-il d'évoquer les violences subies dans l'enfance ou énonce-t-il abruptement que « le passé c'est le passé » ?
- A-t-il recours à la mythologie du taulard victime du système ou perçoit-il un malaise devant tant d'années passées en prison ?
- Trouve-t-il normal « de payer sa dette » ou justifie-t-il ses infractions par les injustices subies ?

-
- S'est-il lié à des femmes qui ont fini par se lasser ou a-t-il recherché des compagnes plus âgées, maternantes, liens éventuellement ponctués de violences quand la dimension incestuelle était trop insupportable ?
 - Repère-t-on une ébauche de sentiment de culpabilité ou bien la dimension autopunitive est-elle écrasante ?
 - Accepte-t-il de se pencher sur ses infractions passées, ou bien le sentiment de discontinuité interne est-il tel que ses actes passés ne sont pas vraiment vécus comme lui appartenant ?

La liste des questions n'est évidemment pas exhaustive.

A l'issue de cette rencontre expertale et des investigations suscitées par le jeu des questions et des réponses, l'expert pourra ébaucher un pronostic et suggérer une conduite d'aide thérapeutique, si nécessaire. Rappelons que l'expert peut en indiquer les principes généraux mais qu'il ne lui appartient pas d'indiquer le détail des propositions de soin, ce qui relève exclusivement du choix de l'équipe médicale, en milieu carcéral ou libre.

Références

1. DIEDRICHS A., «Le temps des expertises dans la vie des psychopathes», in *Confrontations Psychiatriques*, n° 18, 1980, pp. 151-159.
2. KENDELL R.-E. : «The distinction between personality disorder and mental illness», in *British J. Psychiatry*, 180, 2002, pp. 110-115.
3. SENON J.-L., MANZENARA C., «Distinction entre troubles de la personnalité et maladie mentale : un vieux débat en pleine actualité», in *Biopsy*, n° 3, vol. 6, 2004, pp. 13-17.
4. SENON J.-L., «Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne», in *L'Information Psychiatrique*, vol. 81, n° 7, septembre 2005, pp. 627-634.
5. ZAGURY D., «Irresponsabilité pénale du malade mental. Rôle de l'expert», in *Actualité Juridique, Dalloz*, n° 9, 2004, pp. 311-315.
6. ZAGURY D., «Pour une clarification de l'interprétation médico-légale», in *L'Information Psychiatrique*, vol. 80, n° 4, avril 2004, pp. 325-328.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DOCUMENTATION

Synthèse bibliographique



SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

Linda SARFATI

Psychiatre - Marseille

La recherche bibliographique a été effectuée par le Service Documentation de la HAS. A ces publications, ont été ajoutées des références dont nous disposons personnellement.

Les banques de données bibliographiques suivantes ont été consultées :

Pour la littérature internationale :

- Medline
- Embase
- PsycInfo

Pour la littérature française :

- Pascal
- Banque de données en santé publique
- Psydoc-France (Fédération Française de Psychiatrie – FFP)

Les mots-clés utilisés ont été les suivants : *Psychopath** ; *Antisocial personality disorder* ; *Personnalité antisociale* ; *Borderline personality disorder* ; *Etats limites*.

L'interrogation des sources de données bibliographiques a été complétée par la recherche de documents publiés sur Internet et par les nombreuses suggestions des membres du Comité d'organisation et des experts consultés.

Il y aurait un problème de politique d'indexation systématique dans les bases de données françaises d'auteurs issus du courant psychiatrique français. En effet, nous n'avons pas trouvé des articles, des revues, des ouvrages qui nous sont apparus incontournables pour aborder ce sujet dans les listes de référence issues de l'interrogation des banques de données.

INTRODUCTION

La psychopathie aurait à voir avec la notion de frontières :

- carrefour entre psychiatrie et justice,
- en bordure de structures de la personnalité, ni psychose, ni névrose, ni perversion,
- limitant l'adéquation entre conception américaine et nosographie française,
- opposant idéologie et clinique
- confrontant chacun à ses limites au supportable ...

Nous avons tenté de dégager des termes d'une définition possible de la psychopathie à travers toute la littérature à laquelle nous avons eu accès, ayant douloureusement conscience des enjeux qui peuvent peser sur un tel travail.

Nous avons souvent choisi de citer des passages entiers d'auteurs. Un résumé de leur propos nous serait apparu « réducteur ».

- D. Zagury. Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ? (1) :

« ... L'éthique, pour nous, doit être subordonnée à la clinique et non l'inverse. Il me semble qu'aujourd'hui le risque n'est pas seulement celui d'une « science sans conscience » dont nous avons appris à mesurer les ravages en médecine, en biologie et en psychiatrie, mais aussi celui d'une « conscience sans science », constamment brandie pour louer ou fustiger [...] »

Les aliénistes ont eu d'emblée un double souci : d'abord circonscrire un champ à l'intérieur duquel il existe une contre-indication à l'action judiciaire, en une sorte de tri médico-judiciaire... Le second soucis des aliénistes fut d'éviter la dilution de la clinique, son interpellation dans tous les registres de l'expérience humaine [...]

Il est aussi important de comprendre que cette exigence éthique agissait en retour comme un aiguillon de la clinique ; compte tenu des conséquences, la guillotine ou l'asile, pour dire les choses schématiquement, il fallait absolument trouver des critères fiables pour distinguer la folie morale de la démence précoce, l'héboïdophrénie de la dégénérescence. Il fallait dégager des cadres comme celui de « meurtre immotivé » de Paul Guiraud. Je vous ferai remarquer que, de nos jours, peu de cliniciens s'intéressent à l'héboïdophrénie et que ce n'est plus par cette frontière entre l'héboïdophrénie que passe cette fameuse frontière entre l'asile et la prison. Ayant perdu cette exigence éthique, nous avons conjointement perdu une certaine clinique [...] ».

- J-P. Rumen. Pour une clinique de l'expertise (2) :

« L'éclairage psychologique, tant pour le délinquant, le criminel que pour la victime, est toujours illusoire. L'image de la personne est néanmoins fondée sur l'illusion, et il faut bien une image pour que s'opère le nouage de l'imaginaire, du réel et du symbolique.

De ce point de vue, la nosologie actuelle, préconisée par les statisticiens, fondée sur les comportements de façon à être intelligible de ceux qui n'ont pas de formation à la psychopathologie (ou qui l'ont oubliée), loin d'éclairer la justice et la police par une vision différente de la leur, ne peut qu'en redoubler les méthodes, le discours et les résultats [...] ».

1. DEFINITION – GENESE – EVOLUTION CLINIQUE

- H. Flavigny. Les éclats de l'adolescence. Approches cliniques et éducatives (3) :

« *La connaissance approfondie d'une science ne suppléera jamais l'esprit critique de la clinique...* »

« *...ne jamais étiqueter un sujet, car une personnalité dépasse toujours les limites d'une catégorie ...* »

Nous avons opté pour collecter du matériel bibliographique concernant le domaine très particulier des psychopathies en nous centrant sur la nosographie psychiatrique française.

Au décours de nos lectures, nous nous sommes rendu compte de ce que, sous le terme de psychopathie, se recouvrent ou se juxtaposent de nombreuses entités nosographiques ; de plus, de nombreuses appellations, suivant les auteurs ou les pays, y font référence (« organisation à expression psychopathiques », « personnalité anti-sociale »). Il aura fallu déchiffrer chaque article pour décrypter le « code lexical » de chaque auteur. Ce problème nosologique est relevé dans plusieurs articles, en particulier J. Kinable. Qu'est-ce que la psychopathie 1999 (4) ; JP Chartier. Psychopathes ou pervers : le faux débat (5).

Pour H. Flavigny, dans la nosographie américaine, les cas décrits par Karpman sous le nom de « groupe idiopathique ou primaire » ainsi que par Friedlander sous le nom de « caractère antisocial pur » semblent répondre à la nosographie française.

La plupart des articles anglo-saxons font référence à la définition du DSM, soit à la personnalité anti-sociale et à l'échelle de Hare. En conséquence, il s'agit d'un diagnostic symptomatologique, voire comportemental, lié au social, sans la dimension psychopathologique (6-34).

Les psychopathies font classiquement partie des « états limites » du point de vue de la structure de la personnalité. C'est pourquoi la stratégie bibliographique les a pris en compte.

Les études générales sur les « états limites » ne traitant pas spécifiquement des psychopathies ou n'apportant aucun éclairage spécifique sur le sujet n'ont pas été retenues.

1.1 APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

Pour présenter cette étude, il nous a semblé utile de commencer par la lecture d'un article écrit par Hubert Flavigny (3). Ce texte replace les avancées nosographiques sur la notion de psychopathie dans le contexte historique.

Il annonce aussi certains enjeux qui traversent encore notre pratique. En particulier la bataille entre le courant qui se fonde sur la psychopathologie, issu de la théorie analytique, et le courant behavioriste, plus descriptif et statistique. Cela pose aussi le débat qui pourrait être résumé par une question : la psychiatrie est-elle une science ?

Nous poursuivrons cet éclairage par la lecture d'autres auteurs ayant une approche clinique psychopathologique : P. Lamothe, P. Jeammet, J.P. Chartier, L.M. Villerbu, D. Bourgeois.

- H. Flavigny. Les éclats de l'adolescence. Approches cliniques et éducatives (3) :

« [...] Dès le début du XIX^e siècle, divers auteurs sont frappés des troubles du comportement de certains sujets qui gardent leur lucidité et ne présentent pas, ajoutera-t-on plus tard, de sentiment de culpabilité.

En France, Pinel parle de « manie raisonnée », Georget de « monomanie instinctive », Falret de « folie morale ». Un grand courant, qui n'est pas éteint actuellement, insiste sur l'étiologie constitutionnelle des troubles : Morel et Magnan introduisent la notion de « dégénérescence », Magnan et Dupré celle de « déséquilibre mental ».

Le déséquilibre mental se définit par « l'impossibilité à adopter durablement les valeurs du groupe auquel le psychopathe appartient » (Pichot) ; il y a donc référence à une définition sociale.

Parallèlement, en Allemagne, surtout à partir de Kraepelin, se développent les études consacrées aux « états psychopathiques » et aux personnalités psychopathiques. C'est le titre du livre de Kurt Schneider, rempli de fines remarques cliniques, et qui aura un grand retentissement. Il critique les classifications typologiques de

ses devanciers, mais en proposant lui-même dix types, distingués à partir de leurs symptômes ; il n'échappe pas à ses propres critiques, bien qu'il demande avec prudence « *d'éviter de fixer un individu dans son cadre avec une étiquette diagnostique définitive* ». En effet, les descriptions typologiques aboutissent en isolant chaque symptôme à une sorte de balkanisation des personnalités.

Par contre, ce qui oppose les « personnalités psychopathiques » aux « déséquilibrés », c'est que seules sont déterminantes les anomalies psychologiques, alors qu'il n'est pas tenu compte dans leur définition du comportement social du sujet.

La classification américaine tient compte de ces deux dimensions en distinguant les « *personality disorders* » et les « *sociopathic disorders* ».

A côté de l'étiologie constitutionnaliste qui concluait au caractère inamendable des troubles, une conception psychodynamique s'est développée sous l'influence des psychanalystes en particulier Aichorn, Karpman et Friedlander.

- P. Lamothe, dans Psychopathie « américaine » et psychopathie « française » : une confrontation clinique et culturelle (35) :

L'auteur pose le problème dans un contexte plus récent et propose également une définition clinique de la psychopathie.

Ce texte souligne que la conception classique, psychodynamique, rend compte de l'organisation de la personnalité et de ses moyens de défense. Elle fait le lien avec les troubles des conduites infantiles en référence à une économie psychique tissée sur l'abandonnisme.

La psychopathie serait une des structures dite *borderline* n'ayant pas intégré la maîtrise du temps et de l'espace, ni des relations sociales. En effet, le psychopathe ne peut différer ses désirs ni contenir ses pulsions. De là, son intolérance à la frustration qui le conduit aux passages à l'acte.

D'autant que la méconnaissance du temps, les scansions, les sanctions ne lui apparaissent pas comme épreuve de réalité. Il y a une carence des processus mentaux et associatifs.

Nous citerons cet article longuement :

« Les tenants d'une constitution psychopathique se sont affrontés avec les partisans du tout-environnement, tandis que dans les années 60 le diagnostic de psychopathie devenait un fourre-tout commode, diagnostic souvent d'impuissance de la psychiatrie dont le patient allait souvent faire les frais ou porter la responsabilité. »

Dans les années 80 les rapports du psychopathe à la loi sont devenus le point central alors que cet élément, très important, certes, n'est que partie prenante d'un trépied sémiologique plus diversifié et plus riche dans la conception classique, prenant davantage en compte que le seul comportement, l'organisation de la personnalité et l'économie psychique avec les moyens de défense.

L'abord psycho-dynamique permet d'éviter les redondances descriptives de la fausse clinique des classifications qui développent volontiers une polysémie référant en fait à un unique trait métapsychologique, qu'il est plus cohérent et plus rapide de décrire en amont plutôt que de dresser une liste forcément non exhaustive de ses conséquences.

L'échelle de Hare, très répandue aux Etats-Unis qui permet de définir un « indice de psychopathie » à partir de 20 critères et dont la traduction française commence à être utilisée, comporte par exemple de nombreux items qui évoquent l'instabilité d'une façon à la fois trop précise et trop pauvre.

La sémiologie est la traduction concrète, facile à lire, des constats biographiques et de la forme de fonctionnement induite par les expériences infantiles [...] la psychopathie reste une entité clinique utile à manier pour aborder ces patients impatients qui apparaissent malades en prison et délinquants à l'hôpital [...]

Il s'agit d'une classe particulière des états limites dont le fonctionnement passe par le registre du comportement et dont le mode de relation d'objet comporte un appel particulier à la loi [...]

Description clinique psycho dynamique :

Ce modèle privilégie l'origine étiologique de la psychopathie dans l'environnement socio-affectif de l'enfant mais ce n'est bien sûr pas exclusif d'une participation génétique ou biologique. L'observation et les analyses biographiques permettent des mises en lien évidentes entre les avatars de l'histoire infantile du psychopathe

et son comportement adulte. Certains sont très précoces, avec une atteinte des tout premiers processus de reconnaissance mutuelle de l'enfant et de sa mère qui elle-même est volontiers dépressive. On retrouve souvent une insuffisance de la maintenance, de la caresse, des gratifications qui aboutissent à une insécurité narcissique et à la nécessité d'une autonomie trop précoce aussi bien sur le plan psychique que sur le plan psychomoteur.

Le psychopathe adulte a été un enfant sur-stimulé par rapport à ses capacités de maîtrise de l'excitation : il n'a pas été protégé de l'excitation des adultes qu'il a partagée dans une promiscuité physique et psychique, ni de sa propre excitation pulsionnelle.

Le père est absent ou apparaît épisodiquement de façon grandiose dans des attitudes qui ne transmettent pas la possibilité d'intégrer une loi exigeante mais aussi protectrice.

Les discontinuités de l'investissement maternel conduisent à une forme particulière de relations abandonniques rappelant ce qui a pu être décrit sous le nom d'attachement « ambivalent » avec une attaque permanente des objets qui sont, en même temps, indispensables ou d'attachement « désordonné » avec des actes de mise en danger de soi-même et des autres. Sitôt nouée, la relation positive ou négative est mise à l'épreuve jusqu'à la rupture parce qu'elle éveille, par son existence même, les mécanismes d'excitation que l'enfant a connus répétitivement dans le passé. Le psychopathe fait la preuve par l'épreuve que toute relation ne peut qu'aboutir à une rupture, avec un vécu de « dérangement affectif » tel que mieux vaut la certitude amère d'une relation interrompue que la douloureuse incertitude de la possibilité qu'elle s'interrompe.

Ainsi s'expliquent les comportements paradoxaux des psychopathes à l'égard de leurs objets ou des institutions qui aboutissent à une véritable provocation permanente et à la mise en échec systématique des projets les plus adaptés en apparence à leur capacité et leur besoin.

Les passages à l'acte constituent la voie habituelle de métabolisation des tensions, de décharge des conflits sans but rationnel et sans adaptation efficace, court-circuitant en tout cas la mentalisation. Chez le psychopathe, la décharge de l'excitation dans le registre du comportement paraît privilégiée par rapport à la voie mentale avec des processus divers, stimuli d'une intensité particulière ou « auto-calmands » épuisant la pulsion. (On en trouve les versions bien socialisées chez certains rameurs héroïques traverseurs d'océans).

La fascination par sa propre histoire et le récit spectaculaire mais figé et répétitif que le psychopathe en fait, constituent parfois un moyen paradoxal de maîtrise des émotions qui s'y rattachent et qui restent ainsi localisées. Les liens de la psychopathie adulte avec les troubles des conduites infantiles et notamment le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention sont nets.

Le psychopathe a volontiers recours à des conduites ordaliques où il fait appel à la chance, à Dieu, à la loi ou à un objet de bonne volonté pour que les choses changent dans un passage à l'acte dont les tentatives de suicide par auto-mutilation paraissent être un exemple très courant. Il s'agit d'un moyen d'agir sur l'autre en agissant sur soi-même dans la relation d'emprise, en même temps qu'un moyen de décharger les tensions d'un éprouvé douloureux par un stimuli d'une intensité plus grande et plus concrète, plus localisable que le conflit intrapsychique.

Comme tous les états limites, le psychopathe n'a pas intégré un surmoi achevé et harmonieux qui confère une loi interne et une « morale de situation » permettant le respect de l'autre même dans des circonstances nouvelles non encore apprises par l'expérience. Son appareil légal intra-psychique est constitué essentiellement par l'idéal du moi, hérité des premiers apprentissages, nécessaires à la survie mais constitués d'obstacles non négociables sur la route des pulsions, signifiés par la toute-puissance maternelle. Ce précurseur, tyrannique, devrait normalement être accompagné et relayé par l'interdit, signifié par la parole du père qui est ici défaillante. Mais les comportements de transgression du psychopathe sont spécifiques, qui sont non seulement le résultat d'une défaillance d'équipement psychique mais font partie d'une quête systématique des limites et d'un défi permanent à tout objet qui prétend incarner la loi. Le psychopathe paraît être dans l'appel à la manifestation d'une loi paternelle bienveillante, qu'il invalide le plus souvent mais qu'il cherche malgré tout à trouver.

La relation du psychopathe à son corps exprime comme la relation à l'autre l'insécurité et la mauvaise maîtrise de la distance. La peau est saccagée par des tatouages graffiti ou des cicatrices, comme si l'insuffisance des caresses maternelles en avait fait une limite imparfaite du corps.

Le psychopathe peut aussi régresser brutalement dans des accidents psychosomatiques dont le sens est bien sûr perdu et qui paraissent se lire comme des maladies du corps. Il n'est pas insensible et même au contraire des données expérimentales tendent à montrer que le seuil de douleur est abaissé chez l'abandonnique mais il ne sait pas habituellement prendre soin de lui comme en témoigne notamment l'état de ses dents.

Existe-t-il des psychopathes filles ? On pourrait répondre en disant que la problématique psychopathique mettant en jeu des avatars de vie et des comportements qui se situent en amont de la formation de l'identité sexuée définitive, il y a peu de différences spécifiques au genre entre un loubard et une loubarde.

Existe-t-il des vieux psychopathes ? Il est habituel de dire que la quatrième décennie « assagit » la séméiologie psychopathique : soit le psychopathe s'est calmé par épuisement pulsionnel et finalement apprentissage relationnel et cognitif, soit il est mort. Il peut aussi, s'il a survécu à ses défis et à son mode de vie aussi bien qu'aux accidents somatiques, avoir évolué vers une forme différente en général plus élaborée, sensitive narcissique avec des traits paranoïdes mais aussi parfois authentiquement dépressive. A l'inverse, il peut régresser vers une dépendance clochardisée ou une quasi catatonie dans un hôpital psychiatrique qui l'a enfin accepté... ».

Selon l'auteur, le diagnostic différentiel se fera par rapport aux immaturités et psychoses « blanches » héboïdophréniques .

- P. Jeammet. Préface de l'ouvrage de H. Flavigny, Les éclats de l'adolescence (3) :

Pour P. Jeammet : « si cette constitution précoce de « l'empreinte psychopathique » constitue une « disposition potentielle à l'évolution psychopathique » et rend possible l'extériorisation d'une conduite psychopathique, elle ne la rend pas inéluctable. L'itinéraire ultérieur est déterminant et c'est toute l'histoire du sujet qui la fera émerger ou non. »

Nous poursuivrons par une approche clinique élaborée par H. Flavigny.

- H. Flavigny. Les éclats de l'adolescence (3) :

L'auteur s'appuie sur la théorie psychanalytique. Il met en relief la carence de relation objectale, la quête d'une image de soi entraînant un jeu de miroir avec la société, l'autodépréciation, la dépendance trop massive et précoce à l'environnement, la passivité, la dépendance, la quête affective, les exigences mégalomaniaques, l'impulsivité et l'agressivité, le besoin de satisfaction immédiate.

Ces symptômes sont éclairés par la trajectoire du psychopathe : une histoire faite « d'histoires » et sans passé, des cassures, des ruptures, l'ambivalence des premiers liens... Le narcissisme primaire se trouve sans support fantasmatique et le Moi se construit d'une manière non homogène.

« Le psychopathe a bien comme chacun de nous un père et une mère biologiques, mais ce qui lui manque, c'est qu'ils soient nommés de façon juste dans leurs fonctions, transcendés par l'opération du langage, qui les font exister pour lui et pour eux ... ».

- J.P. Chartier. L'analyste et le psychopathe (36) :

Jean-Pierre Chartier (36) formule l'hypothèse d'une analogie entre la psychopathie et la mélancolie :

« La théorie classique du psychopathe indemne de culpabilité ne résiste pas à l'analyse des mobiles inconscients de ses comportements auto-agressifs...

Son sentiment d'infériorité, son insécurité radicale, sa culpabilité existentielle, il les cache le plus souvent sous un masque d'assurance, de suffisance et d'insensibilité provocante [...]

On dirait que le psychopathe réalise les méfaits et les forfaits dont le mélancolique s'accuse sans les avoir commis. Le psychopathe agit froidement, ce dont le mélancolique s'accuse follement [...] Ce constat me semble receler plus qu'une coïncidence phénoménale. Comme nous venons de le voir, la thymie et la plupart des symptômes de la dépression mélancolique se retrouvent dans la psychopathie ; l'exaltation et la revendication maniaques aussi.

Je risquerai l'hypothèse que ces formes de pathologie que la psychiatrie n'a guère rapprochées jusqu'ici sont en réalité étroitement apparentées [...] Le psychopathe échapperait à la mélancolie parce qu'il peut agir sa haine sur la société, au lieu de s'en culpabiliser jusqu'au délire... »

- J.P. Chartier. Audition à la commission d'enquête sénatoriale française sur la délinquance des mineurs - 22 mai 2002 (37) :

L'auteur définit le fonctionnement de ces jeunes par trois « d » : déni, défi, délit.

Le déni porte :

- sur l'implication dans leurs actes délictueux (ils n'y sont pas, foncièrement convaincus de n'y être pour rien). Une partie d'eux sait et une partie ne veut pas le savoir.

- sur les conséquences possible de leurs actes.

D'où l'absence de culpabilité apparente (conduisant en général à des actes auto-agressifs), etc. Ce n'est pas une question d'intelligence.

Le défi :

- à toute forme d'autorité, à tout ce qui représente l'ordre social.
- dans lequel ils s'imaginent qu'ils vont se trouver dans une situation de toute puissance,

La récurrence de ces jeunes est inévitable. Ces jeunes n'ont pas construit le temps chronologique dans lequel nous nous mouvons. Ils sont dans une sorte de temps circulaire, qui n'est pas structuré (n'ont pas d'histoire), un présent suspendu : pas de passé (ils ne veulent pas le regarder parce qu'il n'est pas simple), le futur n'existe pas. L'acte et sa conséquence ne sont pas reliés.

Il faut travailler en amont. Tant qu'on n'a pas modifié en profondeur leur façon de percevoir le monde, de se construire une histoire, de s'inscrire dans le temps, tout glisse sur eux, les sanctions pénales ne font que renforcer leur rage et leur révolte.

- J.P. Chartier. Psychopathe ou pervers : le faux débat (5) :

L'auteur soutient que le problème de savoir si la structure du psychopathe est distincte ou non de la perversion est un faux problème. Le psychopathe comme le pervers auraient en commun de n'avoir pu se construire une image positive d'eux-mêmes car ils n'ont pas une représentation de l'autre. L'internalisation (décrite par Hartman, 1939), prototype de l'identification, ne se fait pas et la conséquence est que les identifications humanisantes et socialisantes ne peuvent pas se produire.

- L.M. Villerbu. La psychopathie au risque de la clinique épistémologique et considérations psychopathologiques sur la question des représentations et de l'acte dans la psychopathie dite grave (38) :

« C'est cette organisation des dimensions de rationalités différentes qui demande à être réévaluée pour sortir de la conception toujours sociologisante ou axiologisante d'un trouble dit « trouble de la personnalité » (ce que l'on nomme souvent par erreur le « psychologisme » ou le « psychanalyse » et qui devraient se restreindre à la seule absence de prise en considération de l'instrument d'évaluation, tests ou raisonnement à l'emporte-pièce). Ainsi peut-on admettre par hypothèse qu'une modalité psychopathique ne laisse pas émerger avec suffisamment d'aisance ce qui relève de l'altérité. La construction de l'autre en lequel je prends sens et forme, l'élaboration du narcissisme, sont occultées par le caractère massif des investissements addictifs. D'où la remarque fréquente qu'il s'agit d'un trouble identitaire premier, alors qu'il n'est que second et réactionnel. C'est le sens de la proposition de R. Meloy réécrivant en partie la théorie du clivage : le trouble est à saisir non pas au niveau d'un trouble de la perception de soi et de l'autre, mais au niveau de la conception de soi où l'on voit l'identification projective poser une attribution sur un tiers tandis que le sujet traite celui-ci comme un objet réel. ».

- J.R. Meloy. Les psychopathes. Essai de psychopathologie dynamique (39) :

Il s'agit d'un des rares auteurs américains se référant à la psychopathologie et à la clinique analytique auquel nous avons eu accès par les banques de données. Il est traduit en français. Sa recherche semble centrée sur la manière dont le psychopathe fabrique son « objet » et son « Autre » (il s'agit de concepts psychanalytiques) et de l'expression symptomatique qui en résulte :

- « rivalité, envie,
- absence d'empathie, persécution,
- séparation précoce d'avec le parent primaire pendant la phase symbiotique de maturation ;
- prédominance d'une identification archétypique à l'objet-soi étranger,
- échec de la constance de l'objet,
- attachement narcissique primaire au soi grandiose,
- états d'« être-avec » recherchés sur un mode agressif et sadomasochiste auprès d'objets réels. »

- D. Bourgeois. Comprendre et soigner les états limites (40) :

D. Bourgeois nous fait remarquer que le champ des états limites s'étend de la psychopathologie à la sociopathologie, d'autant que « la mise en jeu de ces désordres intrapsychiques est de nature à remettre durablement en question l'ordre établi, la nosographie comme la paix sociale ».

Il ajoute : « Nous avons vu que cet intérêt, guidé par une clinique heuristique, se focalise tour à tour sur les diverses manifestations comportementales du désordre comme autant de pistes pour décrypter son sens intime, sans toujours pouvoir ramener clairement celles-ci à une disposition sous-jacente particulière du psychisme puisqu'on ne voulait (ou ne pouvait) pas sortir de la dualité psychose/névrose.

C'est ainsi que furent revendiquées comme des entités autonomes sociopathiques voire des maladies mentales, des regroupements aléatoires ou syndromiques aussi variés que la sorcellerie en son temps, mais aussi la psychopathie, ou le déséquilibre psychique, l'alcoolisme, les toxicomanies, l'anorexie/boulimie ou les perversions sexuelles, ainsi qu'une nébuleuse de petits tableaux cliniques qui se sont peu à peu agrégés en un ensemble cohérent : syndrome de Ganser, syndrome de Münchhausen, syndrome de Lasthénie de Ferjol [...]

Sous des apparences distinctes, on pouvait constater, dès cette époque, une profonde intrication clinique dépassant la co-morbidité simple, admettant des formes de passage ou une succession de « maladies » appelées à se développer chez un seul et même individu au fur et à mesure qu'il avançait en âge.

Par ailleurs, en fonction de l'angle d'analyse du processus psychique, la plupart de ces entités cliniques sont potentiellement intégrables dans le groupe des addictions ou des perversions, voire des aménagements pseudo psychotiques ou des « psychoses focales ».

Un même comportement peut, en outre, se décrire comme une forme mixte, en raison de son déroulement diachronique ou par sa signification existentielle [...]

Ce démembrement clinique superficiel, utile pour affiner la sémiologie, aidait à la détermination des symptômes-cibles d'éventuelles thérapies médicamenteuses ou biophysiques espérées.

Par sa logique, il contredisait néanmoins toute approche analytique globale d'une personnalité sous-jacente, seule capable, pourtant, de susciter une mise en perspective cohérente visant à dépasser leur juxtaposition taxinomique simplificatrice, mais didactique. Il interdisait la perspective d'une approche psychothérapique cohérente.

L'expérience montre que ces patients, nombreux (30 % des consultations selon L. Fineltain, 1996), s'ils sont souvent passionnants pour l'économie psychique du soignant, ne sont pas les plus faciles à prendre en charge car ils s'avèrent déroutants, au sens propre.

Il apparaît donc licite de chercher à mieux démonter les ressorts intimes de leurs comportements morbides, parfois spectaculaires, rebutants par leur itération ou attachants. Cela permet de proposer des stratégies d'approche relationnelle ou thérapeutique dépassant la simple rétroaction médicale et la sanction sociale qui, nous le verrons, renforce inévitablement le comportement pathologique jusqu'à le figer en une sociopathie.

Pourtant, la sanction sociale intervient encore souvent, lorsque les déviances sont devenues trop déstabilisantes pour l'ordre public et la morale.

La psychogenèse de ces personnalités est éloquent.

Leur abord thérapeutique n'est pas encore codifié et il reste empirique, sous-tendu parfois par un contre-transfert négatif, tant les troubles et leur variabilité inter-individuelle comme intra-individuelle sont dérangeants et touchent souvent au point aveugle des soignants en réactivant des positionnements transactionnels enfouis chez ces derniers... »

1.2 AUTRES LECTURES SUR LA DEFINITION ET LE DIAGNOSTIC DES PSYCHOPATHIES

- A. Gay. Face aux mineurs psychopathes, la prison peut-elle jouer un rôle constructif ? Mémoire de l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (41) :

Cet auteur remarque que « le psychopathe ne figure pas parmi les figures traditionnellement étudiées par la psychiatrie ». Sont reprises quelques notions :

- Étymologique : la psychopathie ne désigne d'abord pas une affection particulière mais toute maladie mentale progressivement identifiée, à l'instar d'une « catégorie fourre-tout » de personnalités indéfinissables.
- Historique du concept de « psychopathie » :
 - 1836, Esquirol : « monomanies », déséquilibres intellectuels / affectifs, folies partielles / lucides.
 - 1857, Morel : « dégénérescence », déviations du type normal, héréditaires, évoluant vers la déchéance.
 - Ménard : La dégénérescence est un déséquilibre mental, partiel (intelligence / sensibilité / volonté).
 - Koch : identités psychopathiques dues à des déficiences du cerveau.
 - Kraepelin : étape préliminaire de la psychose.

Les auteurs hésitent entre affection du psychisme ou du moral.

- 1923, Schneider : les « personnalités psychopathiques » pensées comme ensemble de traits anormaux et non plus comme une maladie.

Après, les auteurs essaieront de classer les personnalités psychopathiques.

La définition de la psychopathie est empreinte d'incertitudes : le psychopathe ne figure pas parmi les figures traditionnellement étudiées par la psychiatrie ; son comportement rend ardu le suivi de son évolution.

Pour Freud, il est seulement trois structures (névrose, psychose, perversion). La conception « d'état limite », développée par les anglo-saxons, cible un fonctionnement psychique qui n'appartiendrait à aucune de ces trois entités nosographiques.

Les personnalités psychopathiques se distinguent des personnalités névrotiques et psychotiques. Le comportement du psychopathe rejoint en partie celui du pervers.

On peut parler d'amalgame entre « psychopathie », « état limite » et « perversion ».

Ce concept mal délimité se logerait au carrefour du psychiatrique et du social : La psychopathie apparaît comme un concept flou, qui semble pourtant souvent suffisant pour désigner, tout du moins à faire un consensus, notamment dans un manque de finesse et d'argumentation.

Critères de la psychopathie :

- Comportement anti-social.
- Répétition des passages à l'actes (violents, imprévisibles, souvent la même forme répétée): agir pour mode d'expression des tensions ressenties. Leur fréquence s'atténue, disparaît pratiquement vers 30-40 ans.
- Transgression (en même temps recherche) de l'interdit, la loi du groupe.
- Absence de culpabilité, de remords ; l'autre n'est pas pris en compte, aucune notion de la victime. La satisfaction immédiate des besoins (vie dans l'instant présent) empêche les relations authentiques. Absence de sens des responsabilités, de capacité à construire l'avenir, d'anticipation des conséquences de l'acte.
- Vie sentimentale très instable.

Pour diagnostic qui viendrait avant tout du social, il épargne un diagnostic plus fin et risque de situer le psychiatre dans l'obligation d'une prise en charge socialement imposée : ce concept qui épargne la question essentielle « Qu'est-ce qu'on soigne ? », interroge la place du psychiatre, éventuellement la place du médecin, dans le social.

Si le signifié « psychopathie » épingle difficilement ce de quoi il voudrait parler par une définition unique, suffisante pour classer dans une nosographie univoque, la clinique révèle toutefois des caractéristiques repérables, génératrices d'axes de questionnement quant à la psychopathologie des personnes dites psychopathes. Les interrogations qui émergent de la clinique et la psychopathologie, dessinent les premiers jalons pour l'abord thérapeutique.

L'auteur conclut : « *Comme durant son émergence, la notion de psychopathie reste encore difficilement établie* ».

- J.L. Chassaing. Psychopathie oui, psychopathe pas sûr (42) :

L'auteur remarque que dès l'origine de la classification psychiatrique, alors qu'une sémiologie de la psychopathie est parfaitement décrite, la pathologie résiste à être située dans la nosographie :

- Esquirol : Monomanie instinctive ou sans délire.
- Prichard : Folie morale (1835).
- Gilbert Ballet : Anesthésiques du sens moral.

La proximité avec les obsessions et les perversions est toutefois constante.

Il note qu'il semblerait judicieux de distinguer, dans le descriptif, des symptômes, des comportements, voire des conduites.

En regard des confusions qui se dégagent, il interroge :

- Cet « état maladif » difficile à situer appartient-il à différents champs structuraux ou bien s'agit-il d'une entité autonome ?
- La psychopathie est-elle un diagnostic psychiatrique ou non ?

Il rapporte quelques définitions supplémentaires, plus récentes :

- Porot : Des définitions actuelles de psychopathies sont amenées par les anglo-saxons, sur un mode assez proche des états limites.
- Duguay et Ellenberger situent les psychopathies dans les « troubles de la personnalité », sous-chapitre de « personnalité antisociale » .
- Henry Ey : les psychopathies appartiennent au chapitre des « Maladies mentales chroniques » (au même titre que névroses et certaines psychoses) ; « *groupe de « cas difficiles » rassemblé surtout par la facilité du passage à l'acte* ».

Il note dans cette clinique que l'importance de la question des contrastes, des contraires est à souligner ; avec pour particularité d'être présents en alternance mais aussi dans le même temps :

- Rejet / besoin immense d'affection.
- Instabilité / fixité des engagements.
- Impulsivité / aboulie.
- Aspect volontaire, décidé / doute, hésitation.
- Identité appuyée (fut-elle fabriquée) / certaine faiblesse de cette identité.
- Aspect isolé, solitaire / grande dépendance.
- Vie à histoires, trépidante (fut-elle évoquée dans la mégalomanie ou la mythomanie) / ennui, monotonie.
- Mythomanie avec une certaine luxuriance / certaine pauvreté du langage.

Tout se jouerait dans l'image, tout y serait extrêmement labile. En particulier, grande labilité moïque, qui semble appartenir à une certaine insuffisance de construction du moi.

Il s'agirait d'une pathologie du narcissisme qui évoque :

- Un moi kaléidoscopique, à géométrie variable.
- Un Autre qui ne peut être que tout-puissant mais en même temps défailant et ne valant rien, nécessitant un rabattement sur le réel.
- Un Idéal du moi déficient.

L'angoisse, corrélat du passage à l'acte, pour « toile de fond » (cf. Flavigny) : angoisse liée à cette défaillance de l'autre, interdicteur ou pas assez, qui va présenter à la fois un écart avec le Moi idéal et une faille.

L'auteur rapporte un cas clinique pour lequel il relève une sensibilité à la désignation qui entraîne une monstration dans un *agir* n'ayant pas pu être exprimé par la parole. Et cite Bergès : « *ils vont jouir là où on leur désigne le lieu de la jouissance* ».

- T. Fillieux, Godfroid I.O. Le point sur le traitement des psychopathes (43) :

L'es auteurs rappellent que les nombreuses définitions de la psychopathie sont source de confusions et de difficultés diagnostiques.

- T.H. Pham. Le traitement des sujets psychopathiques et des personnalités antisociales (44) :

De la revue de la littérature que l'auteur choisit et expose, il ressort que « *la personnalité antisociale n'est pas définie de façon reproductible.* »

L'auteur choisit de privilégier la définition rattachée au courant anglo-saxon (Cleckley, 1976), dont s'inspirent les travaux de Hare (1983, 1991).

Quelques critères diagnostiques de la psychopathie :

- Sur le plan interpersonnel, les psychopathes sont exubérants, égocentriques, manipulateurs, insensibles aux autres ; ils développent peu de liens durables.
- Sur le plan affectif, leurs émotions sont superficielles et labiles ; ils manifestent peu d'empathie, d'anxiété, de remords et de culpabilité réelle.
- Diagnostic différentiel : troubles agressifs d'origine anxieuse ; « psychopathes secondaires ».

- M.P. Laaskso, et al. Psychopathy and the posterior hippocampus (45) :

Il a été trouvé des corrélations statistiques entre des lésions de l'hippocampe, la moitié postérieure, et des scores élevés de la PCL-R.

- M.J. Götzl, et al. Criminality and antisocial behaviour in unselected men with sex chromosome abnormalities (46) :

Corrélation entre troubles psychopathiques et présence d'un chromosome Y surnuméraire. Pas de corrélation avec un chromosome X surnuméraire chez un homme (YXX).

- T.H. Pham. Imagerie mentale et alexithymie chez les psychopathes incarcérés (47) :

L'étude entreprise par l'auteur le conduit à constater une certaine proximité entre psychopathie et traits alexithymiques.

- Alexithymie : notamment, incapacité à associer des images visuelles, fantasmes, pensées à un état émotionnel spécifique.
- Psychopathie : Pauvreté de la vie imaginaire et fantasmatique ; Pensée concrète rivée au présent immédiat ; Vie affective peu extériorisée ; Tendance à recourir à l'action pour éviter les conflits ou la nécessité de les résoudre ; Incapacité à verbaliser les émotions ou les sentiments, ou encore la description détaillée de faits, événements ou symptômes physiques.

Il y aurait un certain parallélisme entre la psychopathie et les traits alexithymiques, des caractéristiques alexithymiques sont présentes chez les psychopathes ayant participé à l'étude :

- Les psychopathes rapportent un vécu différent à l'évocation d'un souvenir émotionnel.
- Ils l'évaluent moins intensément lorsqu'il s'agit de la peur, plus intensément quand il s'agit du dégoût.
- Ils font preuve d'une altération des composantes de l'imagerie mentale et des sensations corporelles durant l'expérience émotionnelle (correspondance entre faible vivacité de l'imagerie mentale et faible activation physiologique mesurée lors de l'émotion, soulignée par Lang *et al.*, 1993).
- Ils sont moins capables de verbaliser leurs affects, davantage recours à la pensée opératoire.
- Ils n'ont pas de difficultés majeures pour définir l'expérience émotionnelle lorsqu'elle survient.
- Un décalage apparaît entre définition de l'émotion et son vécu authentique : les psychopathes utilisent des termes émotionnels sans nécessairement donner l'impression de les ressentir.
- Une faible vivacité de l'imagerie mentale, appliquée à l'ensemble des modalités sensorielles. Elle peut altérer la planification et l'anticipation des actions.
- Une fixation dans un champ environnemental restreint (Lipert et Senter, 1966).
- Beaucoup d'instabilité dans les processus d'apprentissage (Schalling, 1978).

- Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de consensus (48) :

Caractéristiques cliniques et psychopathologiques selon les experts :

- Polymorphisme clinique (*agir sexuel d'allure perverse n'est pas nécessairement à rattacher à un fonctionnement psychique globalement pervers*). Toute généralisation semble impossible quels que soient les critères retenus.
- Les experts s'accordent sur la correspondance de ces troubles du comportement sexuel à des tentatives de « solution défensive » par rapport à des angoisses majeures.

Il est noté le trop faible degré de certitude des connaissances étiopathogéniques qui pose pour indispensables les recherches multidisciplinaires complémentaires.

- H.M. Fortuit. La délinquance sexuelle, une délinquance spécifique ? Classifications psychiatriques concernant les auteurs d'agressions sexuelles et possibilités thérapeutiques (49) :

Pour l'auteur, la clinique de la psychopathie est marquée par :

- De l'immatrité ; inaffectivité ; absence de culpabilité ; comportements agressifs ; manifestations hystéroides ; dysthymie ; dysphorie ; phobies (claustrophobie souvent, signal alarme en prison) ; cauchemars violents répétitifs ; souvent sentiment de vide.
- Déné ; clivage (avec notamment état de rêve pendant l'acte) ; angoisses (de mort réelle, d'anéantissement) faisant référence à des traumatismes précoces, ou survenus à des périodes charnières du développement de la personnalité, ou non élaborés (comme enkystés).

L'auteur soutient que les éléments rejoignent des travaux psychanalytiques sur le thème de la perversion. Il rappelle les travaux de Bergeret sur les états limites, ainsi que ceux de Tomassini Massimo qui propose la notion de « structure sexuelle *borderline* » ; ainsi que de Balier qui parle « d'état limite à expression impulsive ».

En rapport avec ce champ de la clinique, il réinterroge :

- Qu'est le traumatisme, pour qui, à quel moment ?
- Quelle thérapie pour une victime de traumatisme ?

Il note que le problème de fond des patients rencontrés paraît centré sur la non-séparation d'avec l'autre et que dans l'acte destructeur se mêlent des sentiments de toute-puissance, de la violence (ou tendance à la violence), des figures atypiques de la sexualité, une difficulté à différencier réalité et fantasme.

Il s'interroge sur l'acte de destruction (pervers) : serait-il un aménagement défensif chez un sujet qui aurait difficulté à exister (comme le psychotique ou différemment) ? Vient-il protéger, par destruction de l'autre, le sujet contre l'effondrement ?

1.3 CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES ET OUTILS D'EVALUATION

En santé mentale, porter un diagnostic peut avoir plusieurs fonctions. Comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, il peut s'agir de grouper des entités cliniques afin d'en approcher la compréhension, pour le dire rapidement. Il peut aussi s'agir de permettre une « rationalisation » de décisions d'ordre organisationnel qui se prennent dans un autre champ que celui des « acteurs de santé ». C'est à cette fin et aussi dans un souci de répondre à une aspiration scientifique que naquit le DSM.

- S. Kirk, H. Kutchins. Aimez-vous le DSM ? (50) :

« L'année 1856 est importante pour la psychiatrie puisqu'elle voit la naissance des fondateurs de deux traditions modernes, Sigmund Freud et Emil Kraepelin [...] »

Alors que Freud s'intéressait à l'étiologie dynamique des troubles mentaux, Kraepelin consacra sa carrière à les classer, les répertorier et les décrire en tant qu'entités distinctes [...]

L'ombre kraepelinienne [...] se projette sur le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^e édition-DSM III... » qui est publié au même moment que la CIM 9 (classification de l'OMS à laquelle les psychiatres américains ont largement contribué).

En 1980, l'Association Psychiatrique Américaine - l'APA - adoptait officiellement ce nouveau système de classification [...] la classification est utilisée dans le système judiciaire [...] et affecte la manière dont la société (américaine) alloue les millions de dollars issus des fonds de santé... ».

Les auteurs concluent en citant le président de l'APA dans son exposé au congrès de l'association en 1991 :

« La psychiatrie reste une entreprise à risques en tant que science et en tant que spécialité médicale, en partie parce que sa complexité en fait un exemple majeur d'un problème général de l'accumulation des connaissances scientifiques : ce qui est le plus facile à mesurer tend à être mesuré, publié et appelé « réel » ou « important » ; ce qui est plus difficile à mesurer, même si c'est aussi ou plus important, fait l'objet de bien moins de mesures et de bien moins d'intérêt.

Les DSM III, III-R et IV font partie du mouvement vers une catégorisation et une mesure fiables. Ils ont eu une contribution positive pour beaucoup d'aspects de la psychiatrie, mais ont fait du tort à d'autres, en partie en simplifiant à outrance. Ils ont promu la clarté et la fiabilité, mais beaucoup de cliniciens pensent qu'ils ont sacrifié la validité et à l'intégrité de la personne. » .

L'état de la psychiatrie américaine dans le contexte d'alors, décrit dans ce document, est à noter (p.46 et 47). En 2000, les USA ont été classés par l'OMS au 37^{ème} rang mondial en matière de pratiques de santé, rang qui n'est pas amélioré par leur efficacité dans le domaine de la santé mentale.

L'utilisation de l'indice statistique kappa (indice de concordance « inter-juges ») « peu compréhensible, sauf pour les chercheurs ou les statisticiens » . pour améliorer la fiabilité des études n'est pas jugée adaptée.

En 1990 plus de 2300 titres ou abstracts d'articles scientifiques s'y réfèrent. Ce modèle devient hégémonique avec une revendication de scientificité. La notion de maladie est remplacée par celle de troubles (« disorders »), tout n'est plus que processus, sans lien avec l'histoire individuelle.

Ces (très) nombreux travaux, d'inspiration anglo-saxonne, sont sur-représentés dans les listes de références bibliographiques, par rapport aux autres approches théoriques qui sont soit moins souvent publiées, soit moins bien référencées dans les bases de données bibliographiques. Il faut donc être vigilant à ne pas en tirer la conclusion qu'une approche psychiatrique serait plus « scientifique » que les autres.

- J.J. Xambo. Vers une psychiatrie sans culture ? (51).

- M. Maximin. Psychiatrie et science : anciens débats mais enjeux actuels (52).

Ces articles posent les enjeux actuels de la psychiatrie au regard de la science.

1.3.1 CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

- T. Fillieux, I.O. Godfroid. Le point sur le traitement des psychopathes (43) :

Ces auteurs retracent l'évolution du repérage dans le DSM :

Première édition. (1952) : Quatre types de sociopathes :

- The antisocial
- The dissocial
- The drug addict
- The sexual deviant

Deuxième édition. (1968) : apparition du terme « personnalité antisociale ».

Troisième édition. (1980) : « individus présentant des comportements antisociaux débutant avant quinze ans et persistant une fois adultes ».

Avancée nosologique : « personnalité antisociale » non rattachée à « retard mental », « schizophrénie », « épisode maniaque ».

DSM III-R : Hypothèse : la mesure des traits de personnalité étant peu fiable (spéculations subjectives), il est plus facile de s'accorder sur des comportements.

Apparition de l'approche descriptive du psychopathe.

DSM IV (1994) : Approche plus psychologique que dans la précédente énumération de transgressions.

- **Organisation mondiale de la santé. CIM 10 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (53).**

- **American Psychiatric Association. DSM IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte Révisé (54) :**

- Pour la CIM 10 :

Personnalité dyssociale :

Trouble de la personnalité caractérisée par un mépris des obligations sociales et une indifférence froide pour autrui. Il y a un écart considérable entre le comportement et les normes sociales établies. Le comportement n'est guère modifié par les expériences vécues, y-compris par les sanctions. Il existe une faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité y-compris de la violence ; il y a une tendance à blâmer autrui ou à justifier un comportement amenant le sujet à entrer en conflit avec la société par des rationalisations plausibles.

- Pour le DSM IV : F60.2 (301.7) : Personnalité antisociale.

A- Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétitivité de comportements passibles d'arrestation ;
- (2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries ;
- (3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance ;
- (4) irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions ;
- (5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;
- (6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;
- (7) absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.

B- Age au moins égal à 18 ans

C- Manifestations d'un Trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans

D- Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie ou d'un Episode maniaque.

1.3.2 ECHELLE DE HARE

- **T.H. Pham. Evaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge (55)**

Pour évaluer la psychopathie, Hare a élaboré un instrument de diagnostic qui ne se fonde pas exclusivement sur des critères de comportements antisociaux (contrairement au DSM) ; la version définitive a été validée tant en anglais qu'en français.

PCL-R :

- 20 items évaluant :

- Les comportements ;
- Les traits considérés comme fondamentaux pour le diagnostic.

- 2 facteurs stables :

- Caractéristiques affectives et interpersonnelles essentielles pour la description clinique (ex. : manque d'empathie, manque de remords...)
- Style de vie avec comportements impulsifs, antisociaux et instables.

-
- Score variant de 0 à 40 points : degré de correspondance de la personne avec les caractéristiques typiques de la psychopathie.

Discussion

- Le PCL-R présente une fidélité élevée malgré les différences culturelles qui existent entre les échantillons.
- Il existe une étroite similarité entre les facteurs des différents échantillons (de différents pays), sans atteindre le critère nécessaire pour affirmer une identité parfaite.
- Les scores du PCL-R sont :
 - Positivement corrélés avec des délits qui présentent une violence interpersonnelle
 - Positivement corrélés avec les délits qui sont plus instrumentaux (vol, recel, port d'arme, délit sexuel).
 - Négativement corrélés avec le délit d'homicide - cohérent avec les données relatives à une prévalence de troubles mentaux majeurs (ex. schizophrénie, dépression majeure) chez les auteurs d'homicide.

1.3.3 QUELQUES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION

Étiologie :

- Évaluation des comportements spécifiques apparus durant l'enfance : *Childhood Experience of Care and Abuse* (CECA ; Bifulco, Brown, Harris, 1994) – type interview semi-structurée.
- *Parental Bonding Instrument* (PBI, traduit en français par Mohr *et al.* En 1998).

Évaluation du risque :

- *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol* (Prentky et Righthand, 2001) – échelle.

Pour les patients ayant présenté des délits violents :

- *Historical Clinical Risk-20 items* (HCR-20, Webster *et al.*, 1997).
- *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG, Quinsey *et al.*, 1998).
- Questionnaire d'agression de Buss et Perry (1992).
- l'Évaluation Primaire du Risque (EPR, échelle évaluant le risque de récidive globale, non spécialisée) – Bourgon et Bonta, 2004 (56).
- L'ESR - Voies de fait (met l'accent sur les délinquants violents et la récidive avec violence) – Bourgon et Bonta, 2004 (56).

Pour les auteurs d'agressions sexuelles :

- *Sex Offenders Risk Appraisal Guide* (SORAG, Quinsey *et al.*, 1998).
- STATIC-99 (Hanson et Thorton, 1999).
- *Sex Violence Risk-20 items* (SVR-20, Boer *et al.*, 1995).

Évaluation diagnostique :

- De la psychopathie : PCL-R. – Pham, 1998 (55)
- Caractéristiques pathologiques relatives à la personnalité chez l'adolescent : *Multiple adolescent Clinical Inventory* (MACI ; Million) – type questionnaire.

Prédispositions de la personnalité :

- Empathie émotionnelle : Auto-questionnaire développé par Mehrabian (1996).
- Estime de soi : échelle de Rosenberg (1979).
- Rorschach selon Exner, indices (« perception de soi », caractéristiques narcissiques) fortement corrélés au Facteur 1 de la PCL-R. – Réveillère *et al.*, 2003 (57)

Ces travaux de recherche tentent d'identifier des anomalies qui seraient ou pas prédictives d'évolution vers tel ou tel trouble.

Il est possible de concevoir que dans une recherche épidémiologique, les calculs de statistiques soient très utiles, y compris pour établir les modalités d'une prévention rationnelle. Et quelle utilisation peut en être faite, comment peut-on se servir d'une échelle pour établir les bases d'une expertise psychiatrique ?

Dans nos lectures, nous avons rencontré des questions superposables chez différents auteurs, notamment Burgelin (58).

- C. de Beaurepaire, *et al.* Les dangers, de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie (59) :

« [...] les prévisions les plus sérieuses sur l'état dangereux occasionnel ou permanent laissent obligatoirement une place à l'imprévisible en matière d'activité humaine et de circonstance. »

- A. Lovell. Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé (60) :

« *La prédictibilité de la survenue d'un comportement violent chez une personne précise est actuellement impossible [...] On peut seulement en évaluer statistiquement le risque, sur la base de l'existence de facteurs psychopathologiques stables et de situations contextuelles dégradées.* »

- Centre de Recherche en Défense sociale. Rapport d'activité 2003 (61) :

Les instruments diagnostiques dûment validés contribuent à une meilleure connaissance, essentielle pour la définition des priorités thérapeutiques, de la co-morbidité psychiatrique au sein des populations délinquantes. Validité discriminante et prédictive des échelles d'évaluation et de gestion du risque de dangerosité en criminologie clinique.

Instruments évalués :

- Pour les patients ayant présenté des délits violents :
- *Historical Clinical Risk-20 items* (HCR-20, Webster *et al.*, 1997)
- *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG, Quinsey *et al.*, 1998)
- Échelle de psychopathie de Hare (1991)
- Questionnaire d'agression de Buss et Perry (1992)
- Pour les auteurs d'agressions sexuelles :
- *Sex Offenders Risk Appraisal Guide* (SORAG, Quinsey *et al.*, 1998)
- *Sex Violence Risk-20 items* (Boer *et al.*, 1995)
- Échelle de psychopathie de Hare (1991)
- STATIC-99 (Hanson et Thorton, 1999)

- Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de consensus (48) :

Etude des outils d'investigation permettant de prédire la récidive : aucune des échelles élaborées ne s'est réellement imposée. Les mesures phallométriques (pléthysmographie) seraient le moyen d'évaluation du risque de récidive le plus reconnu au plan international, selon cette conférence de consensus.

Notons que ces multiples échelles dont aucune ne donne pleine satisfaction témoignent qu'il y a de l'impossible à tout objectiver...

- G. Bourgon, J. Bonta. évaluation du risque que présentent les agresseurs en général et les partenaires violents (56) :

Selon les auteurs, le risque de récidive varie d'un délinquant à l'autre ; on arrive à l'évaluer avec fiabilité grâce à des outils de mesure prenant en compte des facteurs statiques et dynamiques. Les outils validés par la recherche se montrent plus prometteurs que le jugement clinique non structuré.

Rapport de 2 études sur la validité prédictive de l'ESR-Voies de fait et de l'ESR-VC :

- L'ESR-Voies de fait met l'accent sur les délinquants violents et la récidive avec violence.
- L'ESR-VC comprend 12 éléments : les 6 premiers constituent la section Antécédents en matière de facteurs de risque (condamnations actuelles, condamnations antérieures pour violence envers le conjoint, antécédents en matière de comportement agressif, utilisation d'armes, pensées suicidaires, tentatives de suicide) ; 6 autres pour la section Facteurs de risque qui évoluent (acceptation de la responsabilité, empathie envers la victime, attitude à l'égard de la violence, sensibilité aux signaux avertisseurs, aptitudes pour la prévention de la rechute, motivation à l'égard du traitement).

Discussion :

L'évaluation spécialisée du risque et des besoins a deux fins principales : la prévision d'un type précis de récidive ; l'amélioration des décisions grâce à la détermination des besoins et des objectifs pertinents, en vue de l'assignation des niveaux de surveillance et des traitements appropriés.

Contrairement à l'attente, les résultats révèlent que l'EPR permet de prévoir la récidive avec violence tout aussi bien que l'ESR-Voies de fait, outil pourtant spécialisé.

La combinaison des résultats de l'EPR et de l'ESR-Voies de fait (ou de sa version révisée) entraîne une amélioration significative, mais relativement mineure, de la prédiction de la récidive avec violence.

Conclusions générales de l'article :

On se sert souvent d'outils spécialisés pour l'évaluation des délinquants violents croyant qu'ils permettent de prévoir la récidive avec violence de façon plus précise.

- Dans la 1^{ère} étude : constat que l'EPR (à caractère général) et l'ESR-Voie de fait (instrument spécialisé) permettaient tous deux de prévoir la récidive avec violence de façon modérée.

- Dans la 2^{ème} étude : EPR et ESR-VC se valent pour prévoir la récurrence dans la violence conjugale. Les scores dans les 2 ne sont toutefois pas de très prédictifs. De plus, l'ESR-VC n'ajoute pas grand-chose qui permette d'établir une distinction entre les groupes de délinquants.

L'instrument général a donné des résultats tout aussi bons que ceux obtenus au moyen des instruments spécialisés. Faut-il avoir des outils spécialisés pour s'attaquer à des types précis d'infraction avec violence ? On ne peut pas se permettre de sous-estimer le besoin d'évaluation empirique d'où la nécessité de la mise au point de méthode d'évaluation.

- M. Menghini, et al. Évaluation de la récurrence auprès d'agresseurs sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone (62) :

Les professionnels chargés de l'évaluation et du traitement souvent confrontés à des prises de décision basées sur l'évaluation de la dangerosité d'où la nécessité de données précises relatives aux :

- différents taux de récurrences ;
- facteurs influençant ces taux.

Facteurs de risque de récurrence sexuelle :

Il a été constaté par certains auteurs une inexactitude de la majorité des prédictions établies par les professionnels (Monahan 1981) concernant :

- les facteurs statiques : antécédents comportementaux (ex. nombre de délits sexuels passés, antécédents de victimes de sexes masculin etc.)
- les facteurs dynamiques : variables intra- ou inter-individuelles (empathie pour les victimes, degré d'introspection), éléments de contexte (soutien social, situations criminogènes etc.)

Selon différentes études :

- Gravier et Devaud, travaux comparatifs (1995) : Taux de récurrences n'ont de réelle signification que si la population, la durée d'observation et les critères de récurrence sont définis de façon opérationnelle.
- Greenberg (1998) : Les taux de récurrence varient d'une étude à l'autre.

Ces variations dans la littérature peuvent être dues à la disparité des délinquants étudiés.

Résultats obtenus par les auteurs de l'article :

- Les violeurs récidivaient davantage, et plus rapidement, sur un mode non sexuel violent (par rapport aux autres).
- Les abuseurs d'enfants récidivaient davantage sur un mode sexuel que violent non sexuel.
- Pithers *et al.* : La colère est un facteur de risque plus important chez les violeurs que chez les abuseurs d'enfants.

Recommandation des auteurs :

Procéder à des analyses détaillées sur base des antécédents, afin d'identifier des sous-catégories d'agresseurs sexuels présentant un plus haut risque de récurrence.

- T. H. Pham, et al. Evaluation statique des délits violents chez les délinquants sexuels incarcérés en Belgique francophone (63) :

L'auteur reprend l'idée que depuis les années 50, l'habileté des cliniciens à prédire la dangerosité relative aux comportements violents est mise en doute par les données.

Dans le domaine de la délinquance sexuelle, l'auteur souligne la validité prédictive des variables statiques liées aux antécédents délictueux (âge ; nombre d'agressions sexuelles sur des personnes adultes ; nombre d'agressions sexuelles sur les enfants ; nombre d'agressions non sexuelles).

- C. Réveillère et al. Etude comparative de caractéristiques psychopathiques, narcissique et de détachement émotionnel, au sein d'une population de délinquants, à partir de la PCL-R de Hare et du Rorschach (Système Intégré d'Exner) (57) :

Les travaux des auteurs montrent, sur 15 ans, l'intérêt d'une approche complémentaire de la psychopathie, associant Rorschach et PCL-R. Le Rorschach prend en compte des aspects intrapsychiques et complète l'évaluation clinique et comportementale du PCL-R. La validité actuelle du Rorschach selon le SI d'Exner permet par ailleurs l'évaluation des progrès thérapeutiques individuels ou de groupes en traitement (Gacono).

Discussion selon les auteurs :

- L'étude confirme l'hypothèse d'un conflit entre estime de soi et image de soi chez les sujets psychopathes : la perception de haute valeur personnelle se heurte à une image de soi détériorée, sans pour autant donner

lieu à des signes de détresse émotionnelle. Ce décalage ne pouvant être éprouvé par le sujet, l'image de soi a tendance à être absorbée par l'estime de soi. La protection de cette perception idéalisée de soi ne peut se faire qu'au prix d'importantes distorsions cognitives (soulignées par les nombreuses Cotations Spéciales au Rorschach).

- Le score du Facteur 1 du PCL-R est corrélé à celui du degré de narcissisme au Rorschach (Indice EGO, réponses reflet rF ou Fr) ; aussi plus le score du degré de narcissisme est élevé, plus celui des distorsions cognitives augmente.
- Il y aurait une valeur discriminante au sein d'une population de délinquants, de certains indices du Rorschach selon les caractéristiques narcissiques (omnipotence, égocentration) et de détachement émotionnel.

- H. M. Fortuit. La délinquance sexuelle, une délinquance spécifique ? classifications psychiatriques concernant les auteurs d'agressions sexuelles et possibilités thérapeutiques (49) :

Classifications psychiatriques :

- Inserm : « perversions sexuelles » classées dans les personnalités pathologiques, si elles constituent l'essentiel de la pathologie. Si elles sont l'un des éléments de la symptomatologie, la référence diagnostique de l'état pathologique prime.
- CIM 10 : Parle de « troubles de la préférence sexuelle ».
- DSM IV : Préférence de « paraphilie » à « perversion », « délinquance sexuelle » (connotation morale).

Toutes ces classifications, même en évolution, ne recouvrent pas les troubles de la personnalité rencontrés dans le champ judiciaire ou carcéral.

1.4 EPIDEMIOLOGIE ET COMORBIDITE

- T. Fillieux, I.O. Godfried. Le point sur le traitement des psychopathes (43) :

Épidémiologie du trouble de la personnalité antisociale (« *Epidemiologic Catchement Area Study* ») :

- 2 à 4% des hommes.
- 0,5 à 1% des femmes.

L'origine de ce sex-ratio n'est pas connue.

Cette pathologie reste parmi les moins étudiées.

- Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus (48) :

Quelques données épidémiologiques :

- 1998 : 7828 viols, 12809 autres agressions sexuelles enregistrés.
- Forte hausse depuis le début des années 80 : Nombre de viols multiplié par cinq. Deux fois plus d'autres agressions.
- Janvier 2001 : 7101 détenus (peine pour viols et autres agressions sexuelles, sauf exhibition), soit 20% des détenus condamnés.

Enquêtes de victimation :

- 1999 : 4800 signalements d'abus sexuels sur enfants (recensés par l'ODAS).
- 2000 : 11% de femmes de 20 à 59 ans déclarent avoir subi une agression sexuelle.

La psychopathologie est abordée mais pas la psychopathie en particulier.

- J.F. Burgelin. Rapport de la Commission Santé-Justice (58) :

Avant l'incarcération, 69,9% des personnes ont bénéficié d'un suivi psychologique ou psychiatrique, suivant une étude citée de 2003 du Ministère de la justice et de la santé.

Autre étude citée, de M. Häffner et M. Böder (Cambridge ; 1982) : le risque de passage à l'acte violent est sensiblement identique dans la population présentant une maladie mentale et dans la population générale. Constatant que tous les délinquants souffrant de troubles mentaux ne sont pas dangereux et que tous les individus dangereux ne présentent pas de pathologie psychiatrique, une réflexion sur la dangerosité a été menée.

- A. Gay. Face aux mineurs psychopathes, la prison peut-elle jouer un rôle constructif ? Mémoire de l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (41) :

Bilan de l'action de la PJJ en 1998 (présenté par E. Guigou en juillet 99) :

- 126700 procédures concernant des mineurs (augmentation de 4% par rapport à 1997, de 33% depuis 95).
- Progression du nombre de mineurs en détention : 942 en juin (692 en janvier).

Milieu des années 90 : augmentation de la dimension collective des actes délinquants.

- Entrée plus précoce dans la délinquance.
- Criminalité violente et expressive plus que d'appropriation.
- Délinquance des mineurs : multiplication des coups et blessures volontaires, viols, destruction et dégradations, progression modeste des mises en cause pour vol.

- Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en 2003-2004 – synthèse (64) :

« *Prévalence des troubles psychiatriques actuels*

Sur la base des 799 hommes détenus interrogés, les principales prévalences actuelles projetées sur la population carcérale masculine de France métropolitaine sont estimées à :

Troubles thymiques

- *Syndrome dépressif: 40,3%*
- *Dépression endogène-Mélancolie: 7,5%*
- *Etat dépressif chronique: 7,4%*
- *Manie/hypomanie : 6,2%*
- *Troubles bipolaires: 4,7%*

Troubles anxieux

- *Attaques de panique / névrose d'angoisse: 7,6%*
- *Agoraphobie: 16,7%*
- *Phobie sociale: 16,3%*
- *Névrose obsessionnelle: 9,2%*
- *Névrose traumatique: 19,6%*
- *Anxiété généralisée: 32,7%*

Dépendance aux substances (personnes incarcérées depuis moins de 6 mois)

- *Abus / dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération) : 31,2%*
- *Abus / dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération) : 37,9%*

Troubles psychotiques

- *Schizophrénie: 7,3%*
- *Bouffée délirante aiguë: 0,1%*
- *Schizophrénie dysthymique : 2,6%*
- *Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...) : 7,3%*

Sur une échelle de gravité allant de 1 à 7, les 799 personnes détenues interrogées ont été décrits de la façon suivante :

- *Normal, pas du tout malade: 13,30%*
- *A la limite: 16,20%*
- *Légèrement malade: 14,50%*
- *Modérément malade: 20,50%*
- *Manifestement malade: 22,90%*
- *Gravement malade: 10,20% Parmi les patients les plus malades: 2,40%*
- *35% des détenus sont donc considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades. »*

Cette étude ne permet pas de déterminer le pourcentage de personnes présentant des troubles psychopathiques.

- M.L. Bourgeois, M. Bénézech. Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique (65) :

Le comportement violent est statistiquement lié à la présence de troubles psychiatriques avérés : troubles de la personnalité, de l'humeur, symptômes psychotiques, addictions... Egalement, entrent en compte des problèmes sociaux (familles « abusives », échec scolaire, absence d'emploi, marginalité...).

- D. Bourgeois. Soigner les états limites (40) :

« *Les conduites antisociales, polymorphes, restent la partie la plus visible des aménagements économico-cliniques des personnalités déficitaires du point de vue du narcissisme. Il n'est donc pas étonnant de retrouver en détention nombre d'individus porteurs de telles structurations psychiques et présentant des trajectoires vitales chaotiques, évocatrices.*

Naturellement, tous les délinquants et tous les criminels ne sont pas à considérer comme des personnalités limites et contrairement aux hypothèses socio-normalisatrices du XIX^e siècle, il n'y pas de causalité linéaire entre personnalité carencée et conduite antisociale.

Un nombre significatif de détenus l'est pour des faits qui sont à appréhender dans une dimension préférentiellement socio-économique ou réactionnelle, délinquants de nécessités, d'occasion, délinquants en col blanc, criminels classiques motivés par l'appât du gain et la fascination pour l'argent facile, individus ordinaires ayant un jour commis un acte transgressif ou avant cédé à la violence.

Tous sont, généralement de structure psychique non significativement carencée mais la situation d'incarcération s'avère être un traumatisme psychique majeur et désorganisateur. Ces individus, au-delà de la frustration psychique provoquée par la contrainte corporelle et la privation de liberté, présentent alors les troubles psychiques réactionnels à leur situation, à attendre dans un échantillon ordinaire de l'humanité et ils doivent alors recevoir les soins appropriés.

Par ailleurs, en raison de la désinstitutionnalisation psychiatrique actuelle, beaucoup de malades mentaux authentiques se retrouvent propulsés hors des murs de l'asile, abaissement de la durée moyenne de séjour oblige. Ils sont livrés à eux-mêmes en dépit des efforts des équipes de secteur. Plus facilement marginalisés par leur maladie, ils deviennent parfois la cible logique des déviants sociaux traditionnels (notion de victimologie).

Foncièrement désadaptés à un milieu social de plus en plus hostile aux non conformes, il est logique de constater que leur proportion augmente de façon exponentielle en milieu carcéral.

Ce fait est maintenant connu, dénoncé et il commence à se voir pris en compte par les autorités de tutelle. En quelques années, la détention est devenue un lieu privilégié de l'intervention psychiatrique. SMPR et UCSA se partagent aujourd'hui la lourde tâche des soins psychiatriques aux détenus. ».

- D. Zagury. Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ? (1) :

« Il est vrai que l'arrivée des psychiatres en prison a, dans une certaine mesure, constitué un élément supplémentaire du maintien de certains psychotiques en milieu carcéral [...] si les psychotiques sont les laissés-pour-compte de la libéralisation de la psychiatrie, on peut à l'inverse soutenir que c'est le prix à payer de tout le travail fait dans le sens de la désaliénation par trois générations de psychiatres depuis la guerre [...]

On se souviendra qu'Henri Colin, au début du XX^e siècle estimait à plus de 30% le taux de malades mentaux en prison. On le redécouvre aujourd'hui. Tant mieux si c'est pour apporter des solutions globales concernant la psychiatrie publique, et spécifiques concernant les malades mentaux délinquants. Mais que l'on ne s'avise pas, derrière le paravent des discours généraux, de recréer l'asile, ce lieu où s'entassaient pêle-mêle les fous, les criminels et les gêneurs. Le train des bons sentiments peut en cacher un autre. »

- M. Coldefy, et al. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par le SMPR (66) :

A propos du suivi par le SMPR :

- Un entrant sur cinq a déjà été suivi par les secteurs de psychiatrie.
- Un suivi psychiatrique préconisé pour un entrant sur deux.
- Plus de troubles de la personnalité et de dépendances aux toxiques que les patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale.
- 40% de détenus sont mineurs et souffrent de « troubles émotionnels et du comportement » apparus durant l'enfance.

- F.C. Verhulst, Georges CS, Les enfants adoptés à l'étranger : étude longitudinale sur l'adoption aux Pays-Bas (67) :

Dans l'échantillon, les enfants adoptés à l'étranger différaient au fil du temps de plus en plus de leurs pairs du même âge. Toutefois, la majorité des enfants adoptés, malgré de nombreux facteurs adverses avant l'adoption et de nombreux facteurs de stress après, semblent fonctionner convenablement à l'adolescence (On pourrait penser que l'excès de troubles du comportement observé, durablement, chez les enfants adoptés ne serait que la simple expression d'une hypersensibilité des parents adoptifs).

Résultats :

- Chez les enfants adoptés : risque six fois supérieur aux enfants du même âge, d'appartenir à la catégorie clinique de l'échelle de conduite délinquante de l'YSR.
- Pour les filles adoptées, c'est l'échelle de comportement agressif qui les distingue le plus des filles non adoptées.

- L'âge tardif au moment du placement est associé à un risque supérieur de conduite délinquante et de symptômes dépressifs.
- La probabilité qu'un enfant développe ultérieurement des troubles de l'adaptation s'accroît sérieusement si l'enfant a été victime précocement de facteurs environnementaux très défavorables. En particulier, l'antécédent d'abus constitue un puissant prédicteur de mauvaise adaptation ultérieure. À partir du moment où l'on sait qu'un enfant a été abusé, cette information est suffisante pour prédire une plus grande sensibilité aux problèmes d'adaptation.
- Les problèmes comportementaux résultant d'expériences précoces pourraient s'amender sous l'effet d'influences positives ultérieures, ou perdurer s'ils leur sont résistants.

Conclusions :

- L'appartenance ethnique est un facteur qui pourrait influencer le fonctionnement de la plupart des adolescents adoptés à l'étranger, les marquant d'un aspect physique différent de leurs parents adoptifs et fratrie. Les différences raciales pourraient soumettre l'adolescent adopté à un excès de stress dans sa tentative d'établir une identité ethno-culturelle et une estime de soi satisfaisantes.
- Des facteurs autres que les privations de l'enfance ou l'antagonisme ethnique interviennent dans la majorité des problèmes des adolescents adoptés.
- Réactions émotionnelles et comportementales pourraient provenir du sentiment de perte, exacerbé par le relâchement des liens entre les adolescents et leur familles adoptives, et par leurs efforts pour devenir indépendants.

- Th. Pham. Imagerie mentale et alexithymie chez les psychopathes incarcérés (47) :

Constat d'une certaine proximité entre psychopathie et traits alexithymiques.

- Alexithymie : notamment, incapacité à associer des images visuelles, fantasmes, pensées à un état émotionnel spécifique.
- Psychopathie : Pauvreté de la vie imaginaire et fantasmatique ; Pensée concrète rivée au présent immédiat ; Vie affective peu extériorisée ; Tendance à recourir à l'action pour éviter les conflits ou la nécessité de les résoudre ; Incapacité à verbaliser les émotions ou les sentiments, ou encore la description détaillée de faits, évènements ou symptômes physiques.

Parallélisme entre la psychopathie et les traits alexithymiques : présence de caractéristiques alexithymiques chez les psychopathes :

- Les psychopathes rapportent un vécu différent à l'évocation d'un souvenir émotionnel.
- Ils l'évaluent moins intensément lorsqu'il s'agit de la peur et plus intensément quand il s'agit du dégoût.
- Altération des composantes de l'imagerie mentale et des sensations corporelles durant l'expérience émotionnelle (correspondance entre faible vivacité de l'imagerie mentale et faible activation physiologique mesurée lors de l'émotion, soulignée par Lang et al. 1993).
- Ils sont moins capables de verbaliser leurs affects, davantage recours à la pensée opératoire.
- Pas de difficultés majeures pour définir l'expérience émotionnelle lorsqu'elle survient.
- Décalage entre définition de l'émotion et son vécu authentique : utilisent des termes émotionnels sans nécessairement donner l'impression de les ressentir.
- Faible vivacité de l'imagerie mentale, appliquée à l'ensemble des modalités sensorielles. Elle peut altérer la planification et l'anticipation des actions.
- Fixation dans un champ environnemental restreint (Lipert et Senter, 1966).
- Beaucoup d'instabilité dans les processus d'apprentissage (Schalling, 1978).

Nos lectures nous laissent penser que l'agression sexuelle est un comportement qui ne relève pas d'une entité nosographique attachée à la psychopathie. Ces documents ont cependant été « analysés ».

Il s'agissait aussi de montrer que les études sur la « délinquance sexuelle » ne recouvrent pas ce qui a été décrit précédemment de la nosographie française concernant la psychopathie.

Il y a délinquance et délinquance : tout délinquant ne « souffre » pas de psychopathie.

- Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de consensus (48) :

Catégories psychiatriques utilisées :

- CIM10, dans « troubles de la préférence sexuelle » ;
- DSM IV, dans « paraphilie »,

Données contextuelles :

Quelques facteurs de risque : antécédents d'agressions sexuelles subies dans l'enfance ; carences affectives ; maltraitements ; dysfonctionnements familiaux.

Éléments prédictifs du devenir, Facteurs de risque de récurrence :

Les facteurs à risque identifiés sont des facteurs statiques.

- Antécédents criminels, délinquance juvénile, jeune âge, toxicomanie sont le plus fréquemment associés à la récurrence non sexuelle.
- Déviance sexuelle, antécédents d'infraction sexuelle, précocité de ces infractions, enfance douloureuse, le plus fréquemment associés à la récurrence sexuelle..

Théories actuelles concernant les causes impliquées dans les agressions sexuelles :

Psychosociologiques ; criminologiques ; biologiques ; psychanalytiques ; Comportementales et cognitives

- T. H. Pham, et al. Evaluation statique des délits violents chez les délinquants sexuels incarcérés en Belgique francophone (63) :

Les violeurs manifestent davantage de comportements antisociaux que les autres catégories de délinquants.

2. L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

- C. Arbisio. De l'enfant pervers à l'enfant violent (68) :

La préoccupation concernant la violence des enfants a commencé avec l'urbanisation. A la fin du XIX^e siècle, l'école publique obligatoire devait répondre à ce problème. C'est dans ce contexte que G.Heuyer crée en France la neuropsychiatrie infantile et travaille avec les premiers psychanalystes d'enfants.

En 1945, De Gaulle crée une direction autonome de l'éducation surveillée au ministère de la Justice.

« *L'idée que l'acte délictueux puisse être le mode d'expression d'un sujet en difficulté fait son chemin.* »

- agressivité : du côté de la pulsion ;

- haine : phénomène inter-subjectif, existe dès qu'il y a une relation à l'autre ;

- violence : fait socio-humain, mettant en échec le langage, tentative désespérée de séparation (p.38-39).

- Ph. Jeammet. De la psychopathie aux organisations intermédiaires à expressions comportementales (69) :

« *Les comportements psychopathiques relèvent d'organisations psychiques plus diversifiées et surtout plus malléables que les descriptions classiques ne le laissent entendre [...] les évolutions [...] dépendent pour une large part des attitudes de l'adulte et de la société.* »

- F. Marty. Le jeune délinquant (70) :

« *La violence d'aujourd'hui est moins celle des délinquants d'hier que celle d'adolescents en panne dans le processus d'adolescence et qui n'arrive pas à intégrer la violence interne de ce temps pubertaire, qui perdent les repères symbolisants leur permettant de donner sens à l'expérience adolescente. Ce à quoi on assiste aujourd'hui est d'avantage de l'ordre d'une pathologie du processus de subjectivation. La délinquance occupe moins le devant de la scène que certaines formes de violence, celles-là mêmes qui témoignent d'une difficulté qui concerne autant les parents que les adolescents.* »

- F. Marty. L'illégitime violence. La violence et son dépassement à l'adolescence (71) :

« *Face aux fantasmes de parricide de la puberté qui poussent à réaliser les vœux de mort infantiles, l'adolescent ne devient sujet adulte qu'en renonçant à l'exercice de la violence, dont le parricide est le paradigme. L'enjeu de l'humanisation et de la socialisation est à ce prix : mettre la violence au service de la culture et non l'inverse. Lorsque le fantasme du meurtre du père ne s'inscrit pas dans l'ordre symbolique, c'est l'acte violent lui-même qui devient résolutif pour le sujet.* »

- Ph. Jeammet. Audition à la commission d'enquête sénatoriale française sur la délinquance des mineurs - 22 mai 2002 (72) :

« *[...] ces jeunes [...] ont besoin d'une distance par rapport à un trop grande dépendance affective. C'est la raison pour laquelle je pense qu'il serait bon de revaloriser la séparation [...]*

[...] je me suis prononcé pour la réouverture des internats [...]

[...] il y a toute une action préventive à conduire avant que l'image soit trop détériorée, avant que le jeune soit trop marginalisé, notamment dans sa scolarité [...] »

- B. Welniarz. Évolution des comportements violents chez l'enfant entre trois et six ans (73) :

« *L'intervention thérapeutique doit être de nature pluridisciplinaire car, indépendamment des facteurs psychodynamiques, les troubles agressifs peuvent se développer dans des situations de carence, de séparation ou de maltraitance. Cependant, sur le plan psychothérapique, le soin ne doit cibler aucun symptôme particulier mais proposer un cadre où le patient et sa famille pourront élaborer les conditions affectives personnelles et environnementales d'une reprise du développement de la personnalité de l'enfant. Dans notre série de cas cliniques, nous aimerions soutenir que l'intervention précoce a eu une valeur préventive. La violence, l'agressivité et l'opposition chez le jeune enfant semblent être des modes d'expressions symptomatiques auxquels on prête plus d'attention à notre époque. Derrière cette violence se trouve une souffrance psychique qu'il importe de ne pas négliger.* »

- M. Choquet. Les jeunes et la violence : quelles sont les évidences ? (74) :

Les violences n'apparaissent pas comme un phénomène isolé.

Approche globale des troubles de l'adolescence.

- L. Mucchielli, Familles et délinquance. Un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones (75) :

Ce travail reprend de nombreuses recherches anglophones et aussi francophones. Le préjugé de la famille disloquée est écarté.

Deux types de parcours de délinquance sont à distinguer :

- l'entrée précoce (petite enfance), conduisant à des comportements dangereux, provoquant des pathologies de l'attachement.
- l'entrée plus tardive (préadolescence ou adolescence), plus fréquente, avec prédation, incivilités...

L'existence très difficile, précaire, des familles, moins en mesure que les autres de fournir aux enfants les acquis que la scolarité requiert quand les enfants ont des difficultés scolaires. Il est donc plus difficile pour ces jeunes de développer des liens d'attachement avec l'école et la société qui peuvent le retenir de s'engager dans la voie de la délinquance.

Les processus pathologiques intra-familiaux et inter-générationnels existent mais sont minoritaires.

- D. Marcelli, et al. Enfants tyrans et violents (76) :

« 3 à 4% des parents sont régulièrement victime de violence par rapport à leur enfant, surtout au moment de l'adolescence... »

« Lorsqu'un adolescent, un enfant maltraite ses parents il y a une incontestable situation de danger potentiel et tout doit être mis en oeuvre pour que cette violence cesse. La véritable prévention commence d'ailleurs dès la petite enfance, en particulier au cours de cette phase d'opposition vers 3 ou 4 ans. Chez le grand enfant et le jeune adolescent il convient de soutenir les parents, surtout celui qui est l'objet des agressions et de les encourager à ne pas accepter cette maltraitance comme un phénomène naturel et inéluctable. Dans l'idéal, une thérapie familiale peut être proposée afin d'aborder les habituelles distorsions de communication intrafamiliale. Des aménagements de vie peuvent aussi être envisagés quand les approches relationnelles semblent impossibles à mettre en place : séparation et internat thérapeutique, hôpital de jour, etc. Enfin il faut parfois savoir recourir à des traitements médicamenteux d'autant plus efficaces que le jeune et ses parents acceptent cette prescription et qu'elle répond à des troubles bien identifiés : dépression, troubles anxieux, impulsivité majeure, etc. Là encore il est préférable d'associer à cette prescription une approche relationnelle telle qu'une psychothérapie de soutien. »

- M. Jacob (criminologue). Les préadolescents auteurs d'abus sexuels (77) :

Théories explicatives :

- La clinique des adultes et adolescents agresseurs sexuels n'a pas valeur explicative pour l'abord de cette problématique.
- Facteur principal de risque : victimisation sexuelle, physique ou psychologique.
- Le climat et interactions familiales sont d'importants déterminants.

- A. Gay. Face aux mineurs psychopathes, la prison peut-elle jouer un rôle constructif ? Mémoire de l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (41) :

Psychopathie / délinquance / prison ne se recouvrent que partiellement même si ces réalités coïncident souvent.

Causes de la délinquance des mineurs souvent avancées :

- Ruptures avec le système éducatif.
- Affaiblissement des capacités de socialisation des familles (chômage, exclusion).
- Diffusion de modèles alternatifs de réussite sociale (participation à l'économie parallèle)

Causes de la psychopathie (études empiriques, cliniques, comportementales; pas fixées définitivement) :

- Facteurs familiaux : Carences affectives, frustrations précoces, milieu peu cadrant, relation parents-enfant perturbée très tôt. Absence prolongée de la mère, succession de personnes s'occupant de l'enfant de façon discontinue ; mère ambivalente, imprévisible, rejetante, complice. Le père n'a pu jouer le rôle de modèle ni d'autorité structurants ; généralement perçu comme faible, absent, dévalorisé, peu fiable, marginalisé (alcool, chômage) ou à l'inverse inaccessible.
- Référence à J-P. et L. Chartier (78) : rencontre précoce avec une violence meurtrière (affrontements physiques entre parents, spectacle de la déchéance) ; « le meurtre faisait partie du possible et non de l'interdit... ».

-
- Facteurs sociaux : Pauvreté (économique, culturelle). Échec social des parents transmis aux enfants par l'environnement social (familles, populations, quartiers dits « à risque »). Disparition des modes d'intégration classique (école, armée).

Les parents sont :

- dans la connivence (encouragent un comportement dont ils se plaignent),
- ou dans le rejet (séparation temporaire souvent souhaitable).

Troubles du comportement, forme de langage pour exprimer la souffrance : vols, destruction, souvent agressions physiques d'autres enfants, prises de risques considérables.

- Leur histoire compte souvent des fugues, placements, toxicomanies, échecs scolaires, vie sexuelle tumultueuse. Le comportement se révèle inadapté dès la mise en société (crèche, puis école) : difficultés à se plier à l'autorité, aux contraintes de la vie collective.
- Évolution : leur instabilité et délinquance conduit souvent :
- Filles : vers la prostitution, toxicomanie, tentatives de suicide.
- Garçons : fugues, petits vols, vers actes plus graves (hold-up), incarcérations successives.

Politiques publiques de lutte contre la délinquance des mineurs :

- Entre éducatif et répressif, deux dispositifs essentiels :
 - Dispositif judiciaire :
 - Ordonnance n°45-174 (2 fév. 45) relative à l'enfance délinquante : prééminence de la mesure éducative sur la peine. Création de nouveaux types de centres (foyers de postcure, de semi-liberté, centres d'orientation et d'action éducative, AEMO...).
 - Ordonnance du 23 déc. 58 unifie le traitement judiciaire de l'enfance délinquante et celui de l'enfance en danger (PJJ regroupe : jeunesse délinquante, enfance en danger, jeunes majeurs 18 à 25 ans en difficulté, contrôle des prestations sociales).
 - Autres lois (4 janv. 93 ; 1 juill. 96).
 - Dispositif policier et territorial :
 - Contrats Locaux de Sécurité (28 oct.97) visent la réduction de l'insécurité et une meilleure coordination des services de l'État dans ce domaine.
- Entre répressif et médical
- Nécessité d'un travail en lien avec les institutions extérieures

- Suivi personnalisé :

Laetitia Violet-Chartier : pour « *faire naître les conditions psychologiques nécessaires à l'éclosion [du processus de réparation]* » la prise en charge doit s'adapter au rythme de chacun. Prendre en charge le mineur peut amener à intervenir auprès des familles.

Quel lieu et quels professionnels sont prêts à y travailler ?

- Suivi multicatégoriel

Pluridisciplinarité (condition sine qua non) ; travail d'équipe.

Assurer le lien entre les différentes prises en charge : participation active de professionnels travaillant à l'extérieur de la prison à la prise en charge faite à l'intérieur, relier le travail en milieu carcéral au suivi qui pourra se poursuivre à l'extérieur.

Entretenir des contacts réguliers avec les magistrats.

Divers instruments de l'action éducative et thérapeutique.

- R.E. Tremblay. L'origine de la violence chez les jeunes (79) :

Agressivité physique au cours de l'enfance :

Étude de Nagin et Tremblay : L'agressivité physique n'est jamais aussi présente qu'au cours de la première année scolaire, de maternelle (à l'opposé des hypothèses prônant l'apparition tardive d'un comportement antisocial).

Les résultats mettent en doute l'idée selon laquelle le nombre d'agressions physiques augmente avec l'âge. Aussi, mise en doute d'une agressivité qui serait refoulée durant l'enfance pour apparaître de façon chronique à la fin de l'enfance et à l'adolescence.

Les différences dans la fréquence et la stabilité de l'agressivité physique s'expliquent en partie par les caractéristiques individuelles, sont également des facteurs importants :

- La nature des relations avec l'environnement.
- La réaction de cet environnement face à ce comportement.

Le processus de socialisation passerait par l'apprentissage du recours à l'agressivité indirecte plutôt qu'à la

violence plutôt qu'à la violence physique.

La plupart des enfants apprendront à attendre et découvriront que demander plutôt que de prendre est une bonne façon d'éviter les interactions négatives.

Deux facteurs à retenir lorsqu'il s'agit de contrer l'agressivité physique chronique :

- Apprendre à être patient (délai de satisfaction).
- Apprendre à utiliser le langage pour convaincre :
 - Une personne qui n'apprend pas à trouver des solutions pour éviter le recours à l'agression physique dès ses 1^{ères} années, subira vraisemblablement des conséquences négatives à long terme, dont un impact négatif sur son adaptation sociale.
 - Ne pas apprendre aux enfants à maîtriser leur comportement violent durant la tendre enfance mène à la pauvreté de façon bien plus évidente que la pauvreté mène à la violence.

- M. Jacob (criminologue). Les préadolescents auteurs d'abus sexuels (77) :

Principaux thèmes dans la littérature scientifique (peu abondante) :

Souci de distinguer entre comportements sexuels normaux et problématiques chez l'enfant : Différentes typologies, mais certains comportements sexuels sont dits problématiques de façon consensuelle :

- ont une composante agressive, utilisation de force, coercition, menaces pour soumettre l'autre ;
- s'aggravent avec le temps, devenant répétitifs et/ou compulsifs ;
- sont trop génitalisés ou élaborés pour le stade de développement ou l'âge de l'enfant ;
- se perpétuent malgré l'intervention de l'adulte ;
- se produisent entre enfants d'âge significativement différent ;

dénotent un surinvestissement de la sexualité au détriment des autres aspects de la vie.

Synthèse des données : Au sein du groupe, 2 profils particuliers se dessinent :

- 1er profil, le plus largement décrit dans la littérature scientifique :

- Familles en détresse : abandon par l'un des parents, modèles parentaux inappropriés, victimes d'abus multiples.
- Comportements impulsifs, faible capacité à se contrôler, à anticiper les conséquences réelles de leurs actes.
- Souvent, diagnostics de troubles de l'attention, de la conduite, trouble oppositionnel.
- Comportements sexuels plus compulsifs, face à plus d'une victime.
- Leurs abus se caractérisent par des éléments de coercition plus manifestes.

- 2nd profil :

- Familles moins dysfonctionnelles quant aux modèles parentaux. Ces enfants n'ont pas été victimes de violence ou d'abus. Les relations entre parents sont toutefois très conflictuelles (conflits qui perdurent au-delà de la séparation). L'enfant a l'impression de ne plus avoir sa place dans la famille recomposée.
- Colère grandissante, innommée, à l'endroit des parents et de la fratrie.
- Souvent timides, renfermés, incapables de mettre en mots leurs insatisfactions.
- Pas de trouble du comportement antérieur aux agirs sexuels abusifs.
- Abus sexuel commis sur une seule victime (de la fratrie), sur une période longue.
- Motivation invoquée : désir de se venger des parents.

Au moment de l'évaluation l'ensemble des enfants présentait une détresse importante, nécessitant une intervention immédiate.

Conclusion de l'auteur :

Nécessité de poursuivre les travaux, d'étoffer la description des familles d'origine :

- Car les descriptions actuelles dans la littérature ne semblent pas correspondre à l'ensemble des tableaux rencontrés dans la clinique ;
- Pour mieux comprendre l'étiologie de ces comportements, et la relation entre le type de familles et la nature des comportements présentés par l'enfant.

- T.H. Pham. Le traitement psychologique des sujets psychopathiques et des personnalités antisociales (44) :

Évolution : Premiers symptômes durant l'enfance ; trouble persistant à l'âge adulte ; parfois diminution des conduites antisociales après la quarantaine.

- J.P. Chartier. Audition à la commission d'enquête sénatoriale française sur la délinquance des mineurs - 22 mai 2002 (37) :

« Pour en arriver là, on est obligé d'en déduire que ces jeunes n'ont pas construit de représentation humaine de l'autre. Si on a une représentation de l'autre en tant qu'être humain, on ne peut pas se comporter ainsi. Or ils n'ont pas construit une représentation humaine de l'autre précisément parce qu'ils n'ont pas de représentation d'eux-mêmes [...]

...ces gens sont comme des vampires. Non pas qu'ils vous sucent le sang - encore que, en s'occupant d'eux, on perde beaucoup de sa substance - mais parce que, lorsqu'ils passent devant un miroir, aucune image ne se reflète. On a affaire à une délinquance par absence d'être.

Bien évidemment, toutes sortes de facteurs ont pu concourir à cette impossibilité de s'identifier à un être humain, au fait qu'ils soient restés bloqués dans le processus d'humanisation [...]

...ils n'ont pas construit de temps chronologique ...l'acte et la conséquence ne sont pas reliés [...] ils n'ont pas d'histoire [...]

il y a une partie de la réalité qui ne peut être intégrée.

Ils sont dans le déni, le défit et le délit.

[...] dans les années 70 [...] on a écrit un texte célèbre [disant...] que la famille étant le milieu naturel de l'enfant, il conviendra de l'y maintenir le plus possible [...] il faudrait peut-être réfléchir sur cette question...

Il faut du temps et des structures différenciées [...] et à terme une réintégration sociale... »

Faire autrement que ce qui avait déjà été fait. On propose de créer des structures éducatives renforcées où les jeunes resteraient trois mois ? Un court séjour dans une structure fermée ne peut régler les problèmes de délinquance.

Il faut du temps et des structures différenciées.

Un travail de restauration de l'humain chez quelqu'un qui n'a pas été suffisamment humanisé, ne peut se concevoir que sur de longues durées.

Il faut reprendre tout le processus, en conciliant à la fois le plan psychologique et éducatif.

Il faut faire passer les normes qui n'ont pas été intégrées par ces jeunes (qui sont souvent dans des milieux dans lesquels il y a des anti-normes).

Il faudrait prévoir des structures tout en leur donnant l'espoir d'en sortir pour aller successivement dans d'autres structures dans lesquelles il y aurait d'avantage de liberté, de responsabilité et d'autonomie.

Une explosion de la délinquance semble actuelle, mais n'est pas vraiment une nouveauté. En revanche, il existe un rajeunissement de la population de délinquants et des agressions de plus en plus violentes. L'auteur n'est pas convaincu qu'il y ait tellement plus de sujets incasables aujourd'hui, ils sont simplement beaucoup plus visibles. Ils ont été médiatisés.

- Il est une délinquance traditionnelle, classique (« le code pénal a été fait pour elle »), qui existera toujours.

Cit. Durkheim « il n'y a pas de société sans délinquance et sans crime ».

Ces gens contestent les modalités d'application du code, mais ont intégré la notion de sanction.

- Très différents sont « les délinquants par absence d'être ».

C'est parce qu'il y a une montée en puissance de ces jeunes que nos dispositifs éducatifs, de soins et même législatifs se trouvent désarmés :

Nous n'avons jamais connu antérieurement une telle facilité à passer à l'acte meurtrier (par ex. « T'as pas une cigarette ? », non, donc je le plante avec mon cran d'arrêt) :

Ces jeunes n'ont pas construit de représentation humaine de l'autre parce qu'ils n'ont pas de représentation d'eux-mêmes.

Toutes sortes de facteurs ont pu concourir à cette impossibilité de s'identifier à un être humain, au fait qu'ils soient restés bloqués dans le processus d'humanisation.

Pour se constituer une identité :

- Le moi-fringue, toutes sortes de signes empruntés à la société de consommation.

- Les délits.

Dans la culture contemporaine, les rites qui permettaient d'initier ou d'intégrer les jeunes adolescents au monde adulte a disparu (service militaire étant l'un des derniers) ; seul rite, négatif, qui subsiste aujourd'hui, la prison.

En 1980, L'auteur a initié une réflexion sur ces sujets qui, « *quoi qu'on fasse, n'iront jamais bien* ». Il les a qualifié de « *incasables* ».

Il avait essayé d'associer l'Éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse (alors appelée l'Éducation surveillée) et le secteur psychiatrique : Les « *incasables* » étaient les mêmes pour tout le monde, changeaient de lieu ou de modalités de prise en charge, les impasses étaient toujours les mêmes.

- Education nationale : « *Nous traitons le problème en interne, mais ne voulons pas qu'on en parle à l'extérieur* ».
- Protection judiciaire de la jeunesse : « *Vous avez raison, mais ça représente 10% des jeunes qui nous sont confiés et nous avons décidé de faire la part du feu* ».
- Secteur psychiatrique : « *Ces gens ne sont pas fous comme on est normalement fou. Ne sont ni des schizophrènes, ni des paranoïaques. Nous ne savons pas comment faire avec eux* ».

(L'auteur de préciser qu'il est vrai que la psychiatrisation de ces sujets n'est pas la bonne réponse, ne serait-ce que parce qu'elle les déresponsabilise).

- J.P. et L. Chartier. Délinquants et psychanalistes. Les chevaliers de Thanatos (78) :

Critique des thérapies comportementales :

« *Réadhérer à un modèle inspiré par la morale la plus traditionnelle suffit-il à soigner tous ceux qui vivent à vif, comme une plaie qu'on ne sait comment panser ? Selon Glasser, l'irresponsabilité est la cause des désordres de la conduite, de la toxicomanie à la psychose, en passant par la délinquance. Un enfant délinquant, dit-il, « enfreint la loi non pas par rancœur ou par ennui, mais parce qu'il est irresponsable. Le malheur n'est pas la cause, mais le compagnon de son irresponsabilité [...]*

La reality therapy ne s'embarrasse donc pas des distinctions nosographiques traditionnelles (névroses, psychoses, perversions), elle les confond toutes dans une nouvelle catégorie clinique : l'irresponsable - version occidentale du parasite social des régimes socialistes ?

La thérapie sera « une pédagogie de la responsabilité, un apprentissage de la manière socialement acceptable de satisfaire ses besoins ». Expérimentés initialement en 1962 dans un site magnifique, près de Ventura, dans la vallée de Santa-Clara en Californie, dans un établissement pour le traitement d'adolescentes délinquantes, les principes de Glasser seront systématisés, caricaturés (?) dans des communautés thérapeutiques pour toxicomanes devenues célèbres : Syonanon et Day Top à New-York. Promues au rang de modèles, elles inspireront très directement la vie à Portage et à Venice et bientôt dans toute l'Europe.

Or, la lecture de ces théories donne l'impression anachronique que les concepts de surmoi et de culpabilité inconsciente restent encore à inventer, puisque seul est pris en compte le registre manifeste. Elles recèlent surtout le risque redoutable d'une dérive idéologique où le seul critère d'efficacité conduirait à justifier les méthodes des régimes autoritaires (goulag ou n'importe quel camp de rééducation...), les lavages de cerveau des sectes et la thérapie comportementale japonaise dont les séminaires résidentiels pour cadres fatigués ne donnent au public qu'un pâle reflet.

En tant qu'analystes, nous devons nous garder d'effectuer un amalgame abusif et nous interroger sur notre répulsion à accepter un programme pour toxicomanes. »

« *[...] prendre en considération la face altruiste du délinquant, celle par laquelle il tente de réparer sa blessure narcissique et d'ouvrir la voie d'un rapport à l'Autre, constitue [...] le préalable indispensable à tout traitement de la psychopathie. »*

« *A la différence du névrosé et parfois du psychotique ou parfois de certains états limites, le psychopathe n'exprime aucune demande d'aide psychologique. »*

« *Que reste-t-il d'analytique dans notre démarche thérapeutique ? Nous sommes tentés de répondre que nous avons sacrifié le rituel pour sauvegarder l'essentiel.*

Le rituel, c'est-à-dire le cadre analytique classique avec divan, fauteuil, atmosphère feutrée, et neutralité bienveillante qui conviennent à merveille à la cure des névrosés.

L'essentiel reste constitué :

- 1) *des théories psychanalytiques développées par Freud et ses successeurs dont nous avons essayé de démontrer aux chapitres 4 et 5 la pertinence de modèle permettant de comprendre la psychopathie, et même de l'articuler aux autres structures psychopathologiques.*
- 2) *des moteurs principaux de la cure que sont l'utilisation de l'interprétation et les reconstructions subordonnées à l'analyse du transfert et du contre-transfert.*

Selon nous, l'effort nécessaire et la volonté tenace de comprendre et de traiter le psychopathe (comme le grand psychotique et tous les « cas difficiles ») se situe dans l'esprit de la psychanalyse depuis sa création: scepticisme sur la valeur de l'opinion courante, mise en question de tout ce qui est manifeste et souci constant d'élargir le champ des possibles thérapeutiques.

Si l'analyse est le lieu de la fabrication « d'une nouvelle version de l'histoire de l'individu, la transdisciplinarité serait le moyen d'une écriture collective du passé terrifiant de ceux chez qui les forces de Thanatos pervertissent dangereusement tout prise en charge duelle. Création inachevée, point de rencontre de celui qui s'estime le plus inapte à l'échange et de ceux qui se sont mis à son écoute sans parti pris, elle ne saurait être prise pour une panacée aux problèmes des équipes médico-psycho-sociales.

Nous affirmons cependant qu'en dix ans de fonctionnement auprès de psychopathes, nous avons pu vérifier que lorsque ce mode de travail ne donnait que des résultats médiocres, n'importe quelle autre méthode en donnait de pires encore ! Nous ne mésestimons pas l'énormité du travail théorique et technique qui reste à fournir pour permettre au psychopathe de passer de l'Agir à l'élaboration.

Mais, nos nombreux échecs comme nos succès, nous ont aujourd'hui convaincus qu'un progrès décisif est atteint quand ceux qui, comme nous, refusent le postulat d'incurabilité, acceptent de remettre en question la sécurité de leur statut professionnel et surtout de renoncer à leur désir infantile de toute puissance, à leur mégalomanie thérapeutique. Bref, de remettre en cause cette envie d'une emprise solitaire sur celui que nous pouvons parfois ambitionner de sauver pour notre plus grande gloire au prix de sa plus grande perte ! »

Il peut y avoir de l'analyse (psychanalyse) sans le « dispositif » de la cure-type. Ce n'est pas le cadre qui soutient l'analyse ! La cure analytique pure est un mythe. Les idées de pureté mènent, du reste, sur des pentes d'horreur. La « psychanalyse sans divan », pour reprendre l'expression de Racamier, est souvent ce qui soutient le travail des psychiatres.

- E. Prairat. Réflexions sur la sanction dans le champ de l'éducation (80) :

Propose une réflexion sur le thème de ce que serait une sanction éducative et critique le modèle behavioriste :

« Dans le behaviorisme, il s'agit non plus de laisser la nature punir mais de punir comme elle, avec la même rigueur, la même systématisme, la même rapidité [...] La nature est non plus un principe de légitimation mais un modèle. Or, suivre la nature, c'est invariablement rabattre « ce qui est mal » sur « ce qui fait mal », assimilant l'interdit juridique ou moral sur une simple figure du danger. Plus fondamentalement, et de manière sans doute un peu paradoxale, il faut se garder de la tentation de l'efficacité absolue qui est toujours, qu'on le veuille ou non, sous-tendue par un désir effréné d'emprise et de domination. Il faut oublier les behaviorismes anciens et nouveaux, tous les avatars psychologisés du dressage et du formatage. »

- Parent du Châtelet, et al. Etude épidémiologique des signalements d'enfants de moins de 6 ans en danger aux services médico-sociaux d'un département français (Ile et Vilaine) (81) :

« Une étude épidémiologique effectuée durant l'année 1989 dans un département français (Ile et Vilaine) a recensé 786 enfants de moins de 6 ans en danger signalés aux services médico-sociaux départementaux, soit une incidence de un enfant de moins de 6 ans sur 80. Parmi ces enfants, 282 (35,90/0) présentent des signes cliniques susceptibles d'être en rapport avec des mauvais traitements; seulement neuf sont hospitalisés à la suite du signalement confirmant la limite des enquêtes hospitalières ne recensant que les cas de maltraitance les plus graves sur le plan physique. Les caractéristiques psycho-sociales des familles, les origines et les motifs des signalements, les éléments sur lesquels s'appuient les professionnels pour définir le danger encouru par un enfant, les mesures de prise en charge et de protection sont étudiées grâce à une analyse statistique multidimensionnelle des données. L'alcoolisme et la violence du milieu familial sont avec l'immaturation parentale les éléments qui génèrent le plus d'inquiétude. Les travailleurs sociaux sont à l'origine de la majorité des signalements (78%) et sont plus souvent alertés par les problèmes socio-économiques et l'immaturation parentale. Les médecins sont mieux placés pour signaler les sévices physiques mais sous-estiment les états de carence. Un signalement judiciaire est fait pour 388 enfants ; 91 enfants sont retirés du milieu familial. Le retrait judiciaire est plutôt décidé lorsque existent alcoolisme, violence familiale, parents handicapés, antécédent judiciaire, logement insalubre, enfant négligé et victime de sévices physiques, hospitalisations à répétition. La perception du danger est une notion subjective qui dépend non seulement de l'expérience et du seuil de tolérance de chacun mais aussi de la formation reçue et du fonctionnement des services. L'étude statistique multidimensionnelle permet de faire une analyse typologique des enfants signalés et de préciser la perception du danger selon le type de professionnels. »

- B. Welniarz. Évolution des comportements violents chez l'enfant entre trois et six ans (73) :

« *L'intervention thérapeutique doit être de nature pluridisciplinaire car, indépendamment des facteurs psychodynamiques, les troubles agressifs peuvent se développer dans des situations de carence, de séparation ou de maltraitance.*

Cependant, sur le plan psychothérapique, le soin ne doit cibler aucun symptôme particulier mais proposer un cadre où le patient et sa famille pourront élaborer les conditions affectives personnelles et environnementales d'une reprise du développement de la personnalité de l'enfant.

Dans notre série de cas cliniques, nous aimerions soutenir que l'intervention précoce a eu une valeur préventive. La violence, l'agressivité et l'opposition chez le jeune enfant semblent être des modes d'expressions symptomatiques auxquels on prête plus d'attention à notre époque. Derrière cette violence se trouve une souffrance psychique qu'il importe de ne pas négliger. »

- L. de Broissia. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge des mineurs protégés (82) :

En 2004, 263 000 enfants sont sous mesure de protection administrative et/ou judiciaire.

- INSERM. Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent (83) :

Ce rapport préconise le dépistage et la prise en charge précoce du « *trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent* » décrits comme des « *crises de colère et de désobéissance répétée de l'enfant difficile aux agressions graves comme le viol, les coups et blessures et le vol du délinquant* ». De plus ce rapport préconise un dépistage systématique dès l'âge de 36 mois et des thérapies (FFT, MST, TCC) et un traitement chimique : antipsychotique, thymorégulateur, psychostimulant.

Ce rapport est très « orienté » comme le fut celui que le même institut avait produit sur les psychothérapies.

- A. Lovell. Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale, rapport final. (84) :

« *La Banque information recherche de l'INSERM a été consultée. Une partie des données de cette banque portant sur les recherches en psychiatrie recouvre des données scientifiques n'ayant pas de pertinence directe pour les objectifs de surveillance en santé mentale : la neurologie, la pharmacologie, la génétique, la cognition, le système nerveux, la psychiatrie biologique, l'imagerie fonctionnelle, les modèles animaux... »*

- A. Lovell. Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé mentale (60) :

« *Ce rapport encourage enfin au soutien de toute initiative ou campagne destinée à combattre les stigmates et les discriminations dont sont victimes les personnes affectées par des maladies mentales, un objectif récemment adopté par les ministres de la santé des pays européens membres de l'OMS (OMS 2005). »*

- M. Berger. L'apparition de la violence pathologique extrême chez l'enfant de moins de trois ans. Peut-on la prévenir ? Communication à l'audition publique « Prise en charge de la psychopathie », Paris, 15 et 16 décembre 2005.

« *En France, on s'est d'abord intéressé à l'aspect le plus visible de la violence des jeunes, celle des adolescents, parce qu'ils ont une force physique qui occasionne des dégâts importants. Avec l'expérience acquise dans notre service, nous pouvons affirmer que dans de nombreuses situations, cette violence n'a pas d'âge « chronologique », au sens où nous l'avons vue se constituer chez des enfants très petits et évoluer ensuite de manière continue. Les dossiers d'un certain nombre d'adultes violents et/ou violeurs montrent cette continuité. Guy Georges présentait les signes décrits ci-dessous dès sa petite enfance »*

Ce type de violence se définit de la manière suivante :

- Elle concerne un sujet individuellement. Il s'agit donc d'un domaine différent des violences « groupales ».
- Elle n'est pas dirigée spécialement contre les figures parentales ou d'autorité et de loi.
- Elle peut apparaître n'importe quand, n'importe où, sans raison. Elle est omniprésente, irraisonnable, dirigée autant contre les objets que contre les personnes. L'enfant est insensible à toute proposition de compromis ou à la sanction, son attaque violente ne peut être interrompue et se déroule jusqu'à son « terme naturel ». Une frustration minimale peut parfois être à son origine, mais dans ce contexte, cette frustration n'a qu'un rôle de « prétexte ».
- Elle n'est suivie d'aucun sentiment de culpabilité; l'enfant violent est indifférent à la douleur d'autrui. Il est par ailleurs parfaitement au courant de ce qui est permis ou non.
 - Il existe un déni de la gravité de l'acte, et un effacement de ses conséquences. Il est impossible d'en reparler avec l'enfant: pour lui, « c'est du passé ».
 - L'enfant présente des troubles de la sensibilité corporelle qui sont habituellement peu explorés par les professionnels (non perception de certaines zones corporelles). Il recherche parfois des perceptions douloureuses pour se sentir « vivant ».

- Il ne délire pas, mais ces accès de violence sont des équivalents hallucinatoires. Le sujet subit la reviviscence, le re-surgissement en lui de sensations et de sentiments qu'il a éprouvés dans le passé, le plus souvent à la période préverbale, dans des circonstances où il se trouvait impuissant, débordé, terrifié, et dans la solitude la plus totale car sans adulte avec lequel partager ce qu'il ressentait. Contrairement à une idée souvent avancée, un tel enfant n'est pas dans la « toute-puissance ». Il n'a pas eu d'autre choix que de mettre « en lui » l'image terrifiante d'un parent sadique et violent, dans une sorte d'« incorporation » globale (une « identification introjective » en termes psychanalytiques). En fait cet enfant est impuissant face au surgissement hallucinatoire de l'image de son père ou de sa mère violent en lui.
- Ces troubles se fixent rapidement, souvent en moins de 18 mois...

Au niveau de l'enfant avant 3 ans :

- Apparition de signes de violence dès J 5- J 6 mois, au moment où la marche libère les mains, permettant alors à l'enfant petit de frapper de la manière décrite ci-dessus. Cette violence peut s'accompagner de cruauté, en particulier à l'égard des animaux (mammifères, oiseaux). Elle est rapidement signalée en crèche et en maternelle. Elle coexiste avec des sentiments de terreur insurmontables à d'autres moments (pour traverser seul un couloir, ou le soir), ce qui souligne l'aspect hallucinatoire des processus psychiques en jeu. Auparavant, d'autres signes ont pu apparaître (Fraiberg, 1993) :
- Évitement spécifique du contact avec le visage du (des) parent(s) angoissantes dès le troisième mois. Plus tard, angoisse chez le nourrisson dès que n'importe quel adulte essaie d'entrer en contact avec lui.
- Gel des affects dès cinq mois.
- Renversement des attitudes dès neuf mois, avec une transformation de la peur
- En rire théâtral, moments de rage, de gestes autodestructifs.

Au niveau des interactions précoces :

- Parents le plus souvent psychotiques, paranoïaques, psychopathes, incohérents, négligents, délaissants. Leurs troubles sont fréquemment la conséquence de l'enfance désastreuse qu'ils ont eux-mêmes subie.
- Nourrissons maltraités physiquement et/ou psychologiquement (soumis à une grande violence verbale).
- Nourrissons soumis au spectacle de scènes de violences conjugales sans avoir jamais été frappés, à une époque où ils ne se sentaient pas complètement différenciés du monde extérieur. Ces bébés ressentent la violence comme s'ils en étaient partie prenante, auteurs et/ou victimes. L'importance de ce facteur est fréquemment sous-estimée par les professionnels, comme d'une manière générale, l'impact des traumatismes psychologiques chroniques.
- Enfants soumis à une torsion majeure de la relation : dès les premiers jours, le nourrisson est soumis à une désignification de l'ensemble des signaux corporels qu'il adresse à l'autre, à une déformation ou une annulation de leur sens. Ceci entrave son accès à la symbolisation car il ne peut faire l'expérience que les signaux qu'il émet (sourires, cris, ...) ont un sens.
- Absence d'attirance de la part des parents pour le corps de leur bébé. La mère ne trouve pas son enfant séduisant, mignon, elle n'a aucun plaisir à s'occuper de lui. Plus même, ce corps répugne à certains parents, et les travailleurs sociaux qui passent à domicile constatent que l'enfant est laissé de longs moments dans son berceau, devant prendre seul, parfois très tôt, son biberon calé par un coussin. De plus, le rapport de ces parents au corps de leur enfant est très particulier, comme s'ils en avaient une mauvaise perception dans ses caractéristiques physiques : la taille, le poids, la résistance à la pression...

Dans 6 situations sur 58, dès ses premiers jours, l'enfant s'est trouvé pris dans une relation « imaginaire » pathologique de la part des parents, qui ont projeté sur lui l'image d'un de leur parent violent et/ou séducteur. Dans ces contextes, l'enfant n'est ni frappé ni rejeté...

Pour l'auteur, une prévention serait possible si nous abandonnions l'idéologie du lien familial qui nous fait opter pour le maintien dans la famille.

Nous pouvons nous référer à d'autres travaux de l'auteur, en particulier

- M. Berger . L'échec de la protection de l'enfance (85) :

Dans cet ouvrage le travail d'élaboration clinique aboutit également à cette conclusion.

- Jourdain-Menninger D., Strohl-Maffesoli H. Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques (86) :

- Importance d'une prise en charge précoce et de la continuité du suivi. Aide à la parentalité et mesures de séparation en cas de famille trop pathogène.
- Rôle de l'école et du médecin scolaire dans la prévention.
- Rôle des équipes de secteur psychiatrique dans le suivi des jeunes sortis de détention ou d'une hospitalisation. Redéfinir les obligations du secteur psychiatrique.
- Favoriser la réinsertion scolaire et professionnelle.
- Organiser la psychiatrie pour les adolescents sous forme de réseau sanitaire.

3. L'ADULTE PSYCHOPATHIQUE

- La nécessité du recours à la loi, définie par Pierre Legendre (49) :

« Le crime doit être représentable en tant que transgression. En présence du crime épouvantable, toute société est amenée à revivre symboliquement par le truchement des procédures, aux fins de l'humaniser, en l'inscrivant comme transgression ».

3.1. GENERALITES

- J.P. Chartier. Audition à la commission d'enquête sénatoriale française sur la délinquance des mineurs - 22 mai 2002 (37) :

Une explosion de la délinquance semble actuelle, mais n'est pas vraiment une nouveauté. En revanche, il existe un rajeunissement de la population de délinquants et des agressions de plus en plus violentes. L'auteur n'est pas convaincu qu'il y ait tellement plus de sujets incasables aujourd'hui, ils sont simplement beaucoup plus visibles. Ils ont été médiatisés.

Il est une délinquance traditionnelle, classique (« le code pénal a été fait pour elle »), qui existera toujours. Cit. Durkheim « il n'y a pas de société sans délinquance et sans crime ». Ces gens contestent les modalités d'application du code, mais ont intégré la notion de sanction.

Très différents sont les « délinquants par absence d'être ».

- M. Daigle, G. Côté. Vers une modélisation de la violence exprimée en milieu carcéral (87) :

L'expression de la violence en milieu carcéral est un phénomène complexe, multifactoriel.

Principaux facteurs :

- Facteurs liés à la gestion
- Facteurs situationnels (environnementaux)
- Facteurs individuels propres au personnel
- Facteurs individuels propres aux personnes incarcérées
- Communication entre les personnes incarcérées et les surveillants

La situation peut être analysée selon trois grandes théories :

- Théorie de la privation : ce seraient les privations subies en milieu carcéral par les détenus qui produisent leurs comportements inadaptés.
- Théorie de l'importation : met l'accent sur la socialisation des inadaptées des délinquants avant même leur incarcération.
- Théorie du contrôle administratif : la gestion pénitentiaire est un déterminant important de la conduite des détenus.

Quelles prises en charges ?

Il existe actuellement différents types d'approches. Les auteurs proposent des recommandations de soins, des recherches à approfondir, issus de la littérature, des diverses études et de la pratique clinique.

- T.H. Pham. Imagerie mentale et alexithymie chez les psychopathes incarcérés (47) :

Quelles Psychothérapies ?

La tendance des psychopathes à présenter les caractéristiques cliniques de l'alexithymie, l'altération de l'imagerie générale et de l'imagerie émotionnelle en particulier, l'absence de sensations corporelles ressenties lors de la ré-évoation émotionnelle, le manque d'émotionnalité, sont autant d'entraves à l'efficacité thérapeutique.

Ils ne sont pas bons candidats pour l'hypnose (à l'inverse des « *fantasia prone subjects* », Lynn et Rhue, 1987), du fait de la faible vivacité de l'imagerie.

Il serait difficile de les traiter à l'aide de thérapies qui exploitent l'accès libre à l'imaginaire et au matériel onirique.

Propositions issues de la littérature relative au traitement :

- Développer un traitement structuré comprenant des feed-back immédiats et réguliers.
- Contrôle comportemental strict et attitudes thérapeutiques plutôt orientées vers la confrontation (Suefeld et Landon, 1978).
- Différentes modalités thérapeutiques simultanées, verbales et non-verbales, sont encouragées.

- Les thérapies de groupe sont fréquemment utilisées en milieu fermé.
- Conseil de se focaliser sur les frustrations quotidiennes, du fait de la fixation au présent immédiat (Carney, 1977).
- L'approche cognitivo-comportementale est plus appropriée que comportementale ou psychodynamique seule (Templeman et Vollersheim, 1977). Ces auteurs préconisent notamment la thérapie de rôle.
- Le manque de données relatives à l'efficacité des traitements entrave la définition du programme de traitement qui serait le plus efficace (Blackburn ; Lang ; 1993).

Les auteurs de la littérature citée ne mentionnent aucune stratégie relative à l'imagerie mentale, aussi l'auteur de la présente étude souligne que les résultats incitent au développement des stratégies inductrices d'imagerie émotionnelle.

À cet égard, le modèle bio-informationnel de l'imagerie développé par Lang (1979) peut constituer une source d'investigation pour les thérapeutes cognitivo-comportementalistes. Lang et son équipe ont montré la possibilité d'entraîner la propension à l'imagerie et d'en améliorer la vivacité, par participation des sujets à une succession de sessions comprenant une procédure de relaxation et des scénarios déclencheurs d'imagerie que l'on faisait entendre par des écouteurs. Telle procédure n'a pas encore été employée chez les psychopathes ; elle mériterait des recherches complémentaires.

Steinberg et Schwartz (1976) soulignent que malgré un certain déficit autonome, les psychopathes ne sont pas insensibles à toute forme de bio-feed-back.

- T.H. Pham. Le traitement des sujets psychopathiques et des personnalités antisociales (44) :

À travers une revue de la littérature sur PsycLit (articles répertoriés de 1970 à ce jour ; mots clés : psychopathy / sociopathy / *antisocial personality disorder* / *treatment* / *therapy* / *psychotherapy*), l'auteur relève que :

- Les attitudes thérapeutiques suscitent un certain consensus : les règles de collaboration doivent être réalistes, structurantes, voire directives. Toutefois, les psychopathes supportent mal l'excès de contrainte et il semblerait contre-productif de se focaliser sur le volet répressif.
- Les objectifs thérapeutiques ne doivent pas viser une modification définitive de leur personnalité. Dans un but de réhabilitation sociale, il paraît réaliste de viser un auto-contrôle accru, une meilleure adaptation au milieu ambiant, ou une réinsertion socioprofessionnelle minimale (Blackburn, 1988).
- Du fait des réactions contre-transférentielles, un travail en équipe s'impose (Balier, 1988).
- Quelle que soit l'approche choisie, la marge de manœuvre thérapeutique est étroite.
- Un pessimisme thérapeutique est confirmé par les études qui utilisent le PCL-R, même si les différents auteurs ne statuent pas sur une incurabilité définitive.
- Les psychopathes présenteraient le pronostic le plus sombre de la population délinquante.
- Ils nécessitent un environnement où les règles sont à la fois strictes et explicites. Sans excès de contrainte, il sera confié au sujet des responsabilités valorisantes et contrôlées.

Les cliniciens peuvent développer des modalités thérapeutiques multiples qui conjuguent à la fois le registre verbal et non-verbal (Sternblich, 1960).

Cinq recommandations pour les recherches concernant le traitement des psychopathes :

- Les études contrôlées manquent (surtout au sein du courant psychodynamique).
- Les critères d'évaluation varient considérablement selon les études.
- Le traitement ne devrait plus considérer uniquement le taux de récurrence (qui ne rend pas compte de l'évolution délictueuse ; occulte les paramètres psychologiques relatifs à l'évolution émotionnelle du sujet).
- Analyser ce qui amène la réduction du nombre de délits aux alentours de la quarantaine.
- Examiner l'attente à l'égard du traitement formulée par les thérapeutes.

Nous ajouterons que nous n'avons pas trouvé d'études contrôlées concernant les thérapies comportementales et cognitives.

- T. Fillieux, I.O. Godfroid. Le point sur le traitement des psychopathes (43) :

De l'analyse systématique des publications répertoriées dans Medline et sur PsycInfo entre 1966 et 2000 (selon les mots clés « *sociopath*, *psychopath*, *antisocial personality disorder*, *therapy*, *treatment* »), la lecture d'ouvrages de référence et l'expérience personnelle des auteurs il ressort :

- Qu'il est difficile de dégager de la littérature une ligne de conduite solide concernant le traitement médicamenteux.
- La pharmacothérapie agit sur des symptômes (agressivité, impulsivité), non sur des entités nosologiques. Or, il n'y a pas de consensus concernant la meilleure thérapie associée à un symptôme en particulier.

-
- La prise en charge des décompensations aiguës est à distinguer du traitement de fond.
 - Traitement de fond : aucune molécule n'a à ce jour démontré son efficacité.
 - Qu'aucun consensus ne ressort de la littérature concernant les psychothérapies et du lieu de prise en charge optimal.

Le psychopathe s'améliore peu (ou pas) dans une structure hospitalière.

Le pronostic dépend essentiellement des affections associées.

Les changements comportementaux observés lors de l'hospitalisation sont rarement maintenus hors de l'institution.

Milieu carcéral et hôpital psychiatrique paraissent exacerber le sentiment de culpabilité et la dépression du psychopathe.

Résultats médiocres des thérapies initiées en ambulatoire.

Les endroits idéaux pour le traitement (selon certains) seraient une unité spéciale au sein de l'hôpital psychiatrique ou une communauté thérapeutique combinée à une approche cognitivo-comportementale.

Les pathologies associées (alcoolisme, état dépressif, troubles anxieux) doivent faire l'objet d'une prise en charge.

On constate souvent une amélioration de la maladie avec l'âge, le mariage, l'activité professionnelle.

Importance de l'approche globale de type biopsychosocial.

Pour conclusions de cette étude, les auteurs soulignent que :

- La prise en charge des psychopathes est difficile et fastidieuse (associée à des taux élevés de morbidité et de mortalité), mais utile malgré des résultats médiocres.
- La plupart des traitements pharmacologiques sont intéressants lors de la décompensation aiguë, décevants sur un mode chronique. D'où l'appel à la prudence.
- Il est nécessaire de tendre vers une prise en charge médicalisée efficace (dont un cadre thérapeutique structuré et l'emploi de molécules sûres), d'améliorer la définition de critères diagnostiques, recherche sur l'étiologie, de repenser la prévention primaire.

Ignorance quant à l'étiologie de la psychopathie (la qualité relationnelle dans l'enfance est un facteur, mais rôle moins clair des facteurs génétiques et organiques).

Facteurs étiologiques possibles : lésions cérébrales acquises, déficit structurel ou fonctionnel qui pourraient expliquer la difficulté de traitement.

- H.M. Fortuit. La délinquance sexuelle, une délinquance spécifique ? Classifications psychiatriques concernant les auteurs d'agressions sexuelles et possibilités thérapeutiques (49) :

Traitements déjà expérimentés :

- Médicamenteux (psychotropes : tranquillisants, antidépresseurs, neuroleptiques, régulateurs de l'humeur ; hormonaux : anti-androgènes).
- Thérapies individuelles de soutien.
- Groupes de parole entre « abuseurs ».
- Groupes de parole entre abuseurs et victimes (au Canada, USA, Norvège ; peu en France).
- Thérapies familiales systémiques (centre des buttes de Chaumont), analytiques, communautaires, ou comportementales.
- Thérapies à inspiration psychanalytique

La cure analytique classique « *n'a pas lieu d'être* », menant à un échec.

Les « contre-attitudes » du thérapeute : peut être plus que pour d'autres pathologies, l'analyse, le contrôle des contre-attitudes, seront nécessaires. Le thérapeute est en effet vivement sollicité à travers les narrations d'actes transgressifs, à explorer en détail. Un travail d'éclaircissement sur les motivations même du thérapeute, qui pourra ressentir des sentiments d'intrusion, de voyeurisme de sa part, semble incontournable. Il pourra être pris dans l'excitation, la fascination, le dégoût, l'horreur... se gardera de la séduction vive, des manipulations, de la tendance à la fusion déployée par certains patients.

- C. Balier. Entre perversion et psychose : le pays de tous les dangers (88) :

« ... la sérénité du médecin pour accueillir les mouvements affectifs violents chargés d'angoisse des détenus, aussi bien que ceux en réaction des soignants, est un élément qui leur indique qu'il y a quelque part quelque chose d'indestructible susceptible de résister à toutes les attaques. La capacité des soignants à transformer l'excitation brute en quelque chose de compréhensible, donc à fournir une réponse permettant la décharge et la sédation de l'excitation, reproduit la fonction de pare-excitation de la mère vis-à-vis de son enfant ».

Le travail thérapeutique devra constituer un cadre protecteur, étayant, pare-excitation. Une équipe, des échanges nombreux et fluides entre les thérapeutes (afin d'éviter de « privatiser » la relation du patient à l'un des soignants), des éclairages des partenaires socio-judiciaires, seront nécessaires en vue de permettre à ces personnes de comprendre la gravité de leur acte, d'accéder à la culpabilité et la dépression, d'approfondir leur travail psychologique en SMPR, éventuellement en centre de détention, seront nécessaires.

- Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, novembre 2001 (48) :

Différentes méthodes thérapeutiques, modalités, indications, objectifs, obstacles, limites, complémentarités ?

- Psycho-dynamiques : cadre où la souffrance psychique des sujets peut être entendue et représentée. Les indications ne sont pas spécifiques. Peuvent coexister avec d'autres modalités thérapeutiques.
- Comportementales et cognitives : stratégies opératoires spécifiques à la prévention de la récurrence. Résultats intéressants ; moins bons pour les sujets au score PCL-R élevé.
- Psychothérapies de groupe : favoriser la prise de conscience de l'acte, éviter les passages à l'acte. Peuvent aider la préparation d'un travail individuel.
- Familiales et systémiques : lutter contre les dysfonctionnements familiaux (« emprise » ; « secret »). Pas de contre-indications spécifiques.
- Chimiothérapies : traitements hormonaux ; psychotropes.

Il est nécessaire de donner au patient les moyens de choisir, de mettre en œuvre des approches complémentaires, associer approches ciblées (comportement) et globales (organisation de la personnalité et souffrance familiale).

L'absence de continuité des soins est pénalisante pour l'efficacité de la prise en charge.

Les groupes fermés semblent plus appropriés aux personnes ayant reconnu leur implication dans les faits pour lesquels ils sont poursuivis.

Après l'incarcération, la relation thérapeutique aura à se maintenir pour pouvoir évoluer : il s'agira d'accompagner le sujet dans un repositionnement face à son acte, vers la reconnaissance de ses responsabilités, le développement de l'empathie pour la victime.

La pertinence des structures spécifiques réservées aux auteurs d'agressions sexuelles n'est pas établie (sans compter un renforcement de la stigmatisation que ces structures favorisent).

Recommandations concernant les moyens et modalités spécifiques d'organisation pour le traitement : la prise en charge est à organiser dans le dispositif psychiatrique et à articuler au secteur socio-éducatif.

Il est important de développer une formation initiale et continue des intervenants, de rapprocher les professionnels (psychiatrie, justice) pour améliorer l'accès et la continuité du soin, d'inciter les thérapeutes à s'inscrire dans un travail d'équipe.

L'évaluation des progrès individuels et de l'efficacité des programmes thérapeutiques devra suivre une méthodologie formalisée.

Les connaissances sont encore fragmentaires et empiriques. Cependant, la loi du 17 juin 1998 concernant l'articulation de la peine et du soin, dans un cadre médico-légal respectueux de l'éthique et de la déontologie, offre la possibilité d'un travail clinique et socio-éducatif, ainsi que des perspectives de synergie des compétences du judiciaire et du médical.

- T. Fillieux, I.O. Godfroid. Le point sur le traitement des psychopathes (43) :

Prise en charge et traitement :

Patients au carrefour des instances juridiques et psychiatriques.

Absence de consensus concernant :

- L'évolution : Certains médecins considèrent le psychopathe comme intraitable ; ou évolution spontanément favorable des symptômes à partir de la trentaine, et dans certaines conditions (surtout travail motivant, partenaire sentimental).
- L'approche pharmacologique (souvent utilisée de façon discutable).
- L'abord psychothérapeutique (différent d'un psychiatre à l'autre).
- Le lieu de prise en charge le plus approprié.

Psychothérapies :

Pas de consensus dans la littérature contemporaine.

Personnalité antisociale considérée comme facteur de mauvais pronostic en psychothérapie.

Aspect superficiel de la relation thérapeutique ; mauvaise réponse au traitement (fréquemment) ; demande initiale rarement émanée du malade (entourage, justice) ; approche psychologique ressentie comme menaçante. Importance de l'aspect préventif, de l'approche précoce de l'enfant antisocial et de sa famille : 26 % des enfants au diagnostic de trouble des conduites deviendront à l'âge adulte des personnalités antisociales.

- J.L. Senon, et al. Incidents collectifs et individuels en détention : étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires (89) :

« *Au delà des entretiens individuels, une approche thérapeutique se fait par le travail de groupes médiatisé : expression picturale, corporelle, sport, entretiens familiaux... ».*

- D. Bourgeois. Comprendre et soigner les états limites (40) :

« *L'objectif est de re-narcissiser la personne, de l'amener à redécouvrir son corps propre... »*

Utilisation de l'art-thérapie et approche psycho-corporelle, mais aussi psychothérapie, chimiothérapie.

- H. Searles. Mon expérience des états limites (90) :

Exemples cliniques de travail analytique avec des patients *borderline* : analyse de la relation transférentielle au centre de l'élaboration clinique. Analyse incontournable pour avancer dans le travail thérapeutique.

3.2 - PRISES EN CHARGE ET DETENTION

- H.M. Fortuit. La délinquance sexuelle, une délinquance spécifique ? (49) :

« *Le travail psychothérapique devra constituer dans le cadre carcéral, un cadre protecteur, de pare-excitation et d'étayage. Cela nécessite une équipe où les échanges entre thérapeutes seront nombreux et fluides, afin d'éviter de « privatiser » la relation d'un patient avec un des soignants. De même, les relations avec les partenaires socio-judiciaires nous apporteront des éclairages essentiels ».*

- J.L. Senon. Incidents collectifs et individuels en détention : étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires (89) :

« *Le travail du psychiatre n'a pas pour objet de traiter la délinquance... » qui nécessite plusieurs modes de réponses, comme énoncer la loi, favoriser l'insertion sociale, rétablir des relations correctes avec le milieu d'origine. Il s'agit aussi de traiter les épisodes de décompensation transitoire et des psychopathologies propres au milieu.*

La recrudescence des passages à l'acte des détenus malades peut être considérée comme le symptôme de la maladie institutionnelle.

Il convient d'établir un contrat de soins avec des objectifs limités dans leurs exigences et dans le temps.

Le développement des SMPR comporte le risque de cloisonner la psychiatrie pénitentiaire par rapport à la psychiatrie des hôpitaux spécialisés et de secteur.

- J-F. Burgelin. Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive (58) :

Proposition n° 14 : « *Il apparaît important qu'une meilleure coordination soit mise en œuvre entre les préfetures, les autorités judiciaires et sanitaires ainsi que les établissements hospitaliers, dans l'inscription, sur le fichier des personnes recherchées tenu par les forces de l'ordre, des personnes hospitalisées d'office à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux et qui, bénéficiant d'une sortie d'essai, ne sont plus suivies par les équipes de soins et les établissements de santé responsables de leur prise en charge ».*

3.3 - L'EXPERTISE :

- J-F. Burgelin. Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive (58) :

« *[...] il est nécessaire de ne pas laisser l'opinion publique dans l'illusion qu'il est possible de déterminer avec certitude si un individu est ou non un récidiviste en puissance. »*

« *Le recours à des 'experts en série' risque d'engendrer, au fil des années, une diminution de la compétence de ces derniers et un manque de recul par rapport à leur mission. »*

En 2003, 13 000 psychiatres recensés en France dont 700 à 800 experts. D'ici 2015, il est prévu une diminution de 20% de leur nombre.

« *[...] les pouvoirs de guérison et les capacités prédictives de la médecine ne doivent pas être surestimées [...] Les traitements psychiatriques [...] peuvent avoir un impact positif sur la dangerosité des personnes, à condition des soins soit [...] assurée de manière effective ».*

Certains individus sont atteints de troubles mentaux et sont dangereux en liaison ou pas avec ces troubles.
« Cette situation doit être prise en compte, tant lors de l'éventuelle déclaration d'irresponsabilité pénale prononcée en application de l'article 122-1, alinéa 1, du code pénal, qu'au moment et à l'issue de la mesure d'hospitalisation d'office le cas échéant ordonnée. »

- D. Zagury. Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ? (1) :

« Par rapport à cette volonté punitive généralisée, l'expert psychiatre est tantôt l'allié du châtement, tantôt l'empêcheur de punir en rond, ce qui est d'autant plus cocasse que le taux d'application de l'article 122-1 est ridiculement bas. »

« On réclame un rapport direct et exclusif entre l'état mental pathologique et l'infraction [...] La démarche médico-légale implique un examen clinique qui aboutit à un diagnostic, puis à une analyse rétrospective de l'état mental au moment de l'action, enfin l'évaluation du rapport entre l'état mental et les faits. »

- Bénézech M. Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques (91) :

Cet article dresse un véritable réquisitoire par rapport à l'expertise médico-légale et comme l'énonce le titre de cet article, il souligne que les experts sont responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques :

« Accepter que le « sort », le destin médico-légal et judiciaire d'une personne, fût-elle meurtrière, se joue après un examen d'une ou deux heures au maximum dans le bureau d'une prison paraît à notre époque un déni de justice...

Ceux-ci, criminels ou pas, doivent recevoir des soins appropriés et consciencieux dans les structures hospitalières les plus adaptées à leur état. »

CONCLUSION

Ce qui semble ressortir des différentes lectures :

- une action « préventive » auprès des enfants est envisageable ;
- il serait possible, bien que difficile, de « soigner » des psychopathes adultes ;
- l'orientation thérapeutique est fonction de la formation du psychiatre, les plus anciens ayant eu une formation à la psychopathologie dans leur cursus universitaire ;
- il serait préférable, selon certains, de ne pas recevoir ces patients dans les structures de soins psychiatriques classiques ;
- ceci nécessiterait des équipes soignantes motivées, formées et des lieux de soins à déterminer,
- sachant d'une part, que l'institution psychiatrique s'est déplacée vers le milieu carcéral et d'autre part, que les moyens de prise en charge des malades, dans la globalité, sont cruellement affaiblis (par ex. 40% des postes de psychiatres ne sont pas pourvus dans le secteur public) ;
- D'autre part, qu'il est probable qu'un certain nombre de « sans-domicile-fixe » présentent une pathologie psychopathique mais nous n'avons pas trouvé d'étude épidémiologique sur ce sujet. Nos lectures nous ont laissé supposer qu'il y avait une forte proportion de sujets présentant une pathologie psychiatrique avérée. (40,92-94).

De nombreuses fractures ne laissent pas encore prévoir ce que sera la psychiatrie de demain. Nous avons tenté de les laisser apparaître tout au long de ce travail.

Cette discipline est schématiquement partagée

- entre un courant biologisant, hérité du DSM, qui diagnostique des troubles sans lien avec l'histoire du sujet, qui privilégie les thérapies comportementales (qui s'appuient sur les théories de l'apprentissage et du conditionnement)
- et un courant psychodynamique qui reconnaît les apports de la psychanalyse et les utilise pour aborder les soins ainsi que les modalités de ses pratiques et qui envisage chaque sujet dans son histoire et sa singularité.

Il est probable que les expertises psychiatriques demandées par la justice diffèrent sur le fond en fonction de la formation et de l'orientation du psychiatre.

Ce sujet sur les psychopathies, au carrefour du social, du politique, du juridique et du psychiatrique en montre les intrications avec une rare acuité.

La trajectoire du psychopathe est faite d'une « histoire sans passé », sans début et sans fin ; le temps, pour lui, ne présente pas de scissions, il n'a pu s'y inscrire. Il nous est apparu comme un jeu de miroir. C'est peut-être aussi une des raisons pour lesquelles nous avons choisi de présenter cette étude, en gardant, comme fil conducteur, la trame de ce qui est en jeu pour l'avenir de la psychiatrie, soit son histoire et ce vers quoi elle pourrait évoluer. C'est une problématique qui dépasse le seul champ de la psychiatrie. Il conviendrait de s'en préoccuper sous peine, nous semble-t-il, de voir s'étendre le terrain de la psychopathie.

RÉFÉRENCES

1. Zagury D. Les psychiatres sont-ils responsables de la raréfaction des non-lieux psychiatriques ? *J Fr Psychiatr* 2000 ; (13) : 14-7.
2. Rumen JP. Pour une clinique de l'expertise. *J Fr Psychiatr* 2000; (13) : 46-9.
3. Flavigny H, Chartier JP, Descourtis JL, Fatela J, Monnier B, Bergerat MC. Les éclats de l'adolescence. Approches cliniques et éducatives. Paris : Expansion Scientifique Française; 1996.
4. Kinable J. Qu'est-ce que la psychopathie ? *Inform Psychiatr* 1999 ; 75 (6) : 617-24.
5. Chartier JP. Psychopathes ou pervers : le faux débat. *J Psychol* 2003 ; (211) : 27-30.
6. Reich J. Antisocial traits in psychiatrically ill veterans without antisocial personality disorder : relationship to Axis I disorders and effects on functioning. *Psychiatr Res* 1997 ; 71(2) : 77-82.
7. Lynam DR. Early identification of chronic offenders : who is the fledgling psychopath ? *Psychol Bull* 1996 ; 120(2) : 209-34.
8. Dolan M, Fullam R. Memory for emotional events in violent offenders with antisocial personality disorder. *Pers Individ Dif* 2005 ; 38 : 1657-67.
9. Kaylor L. Antisocial personality disorder: diagnostic, ethical and treatment issues. *Issues in mental health nursing* 1999 ; 20(3) : 247-58.
10. Frick PJ. The problems of internal validation without a theoretical context: the different conceptual underpinnings of psychopathy and the disruptive behavior disorder criteria. *Psychol Assess* 2000 ; 12(4) : 451-6.
11. Zamble E, Palmer W. Prediction of recidivism using psychopathy and other psychologically meaningful variables. *Issues Criminol Legal Psychol* 1995 ; 24 : 153-6.
12. Zinger I. The misuse of psychopathy in Canadian court proceedings. *Issues Criminol Legal Psychol* 1995 ; 24 : 157-9.
13. Prins H. What price the concept of psychopathic disorder ? *Med Sci Law* 1995 ; 35(4) : 307-15.
14. Borduin CM. Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1999 ; 38(3) : 242-9.
15. Moran P, Hodgins S. The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004 ; 30(4) : 791-802.
16. Palermo GB, Liska FJ, Palermo MT, Dal Forno G. On the predictability of violent behavior: considerations and guidelines. *J Forensic Sci* 1991 ; 36(5) : 1435-44.
17. Moran P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999 ; 34(5) : 231-42.
18. Lapiere D, Braun CMJ, Hodgins S. Ventral frontal deficits in psychopathy: neuropsychological test findings. *Neuropsychologia* 1995 ; 33(2) : 139-51.
19. Hare RD. Psychopathy: a clinical construct whose time has come. *Criminal Justice Behav* 1996 ; 23 (1) : 25-54.
20. Warren JI, Burnette ML, South SC, Chauhan P, Bale R, Friend R, et al. Psychopathy in women: structural modeling and comorbidity. *Int J Law Psychiatry* 2003;26(3):223-42.
21. Morgan AB, Lilienfeld SO. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clin Psychol Rev* 2000 ; 20(1) : 113-36.
22. Laurell J, Daderman AM. Recidivism is related to psychopathy (PCL-R) in a group of men convicted of homicide. *Int J Law Psychiatry* 2005 ; 28(3) : 255-68.
23. Lalumière ML, Harris GT, Rice ME. Psychopathy and developmental instability. *Evol Hum Behav* 2001 ; 22(2) : 75-92.
24. Kroner DG, Mills JF, Reddon JR. A Coffee Can, factor analysis, and prediction of antisocial behavior : The structure of criminal risk. *Int J Law Psychiatry* 2005 ; 28(4) : 360-74.
25. Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clarck D. Searching for the pan-cultural core of psychopathic personality disorder. *Pers Individ Dif* 2005 ; 38 : 283-95.
26. Patrick CJ, Zempolich KA. Emotion and aggression in the psychopathic personality. *Aggress Violent Behav* 1998 ; 2(4) : 303-38.
27. Huss MT, Langhinrichsen-Rohling J. Identification of psychopathic batterer: the clinical, legal, and policy implications. *Aggress Violent Behav* 2000 ; 5(4) : 403-22.
28. Hervé HF, Hayes J, Hare RD. Psychopathy and sensitivity to the emotional polarity of metaphorical statements. *Pers Individ Dif* 2003;35(7) : 1497-507.
29. Porter S. Without conscience or without active conscience ? The etiology of psychopathy revisited. *Aggress Violent Behav* 1996;1(2) : 179-89.
30. Pham TH, Vanderstucken O, Philippot P, Vanderlinden M. Selective attention and executive functions deficits among criminal psychopaths. *Aggress Behav* 2003 ; 29(5) : 393-405.

31. Cooke DJ, Michie C. Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychol Assess* 2001 ; 13(2) : 171-88.
32. Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark DA. Reconstructing psychopathy: clarifying the significance of anti-social and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *J Personal Disord* 2004;18(4):337-57.
33. Skeem JL, Poythress N, Edens JF, Lilienfeld SO, Cale EM. Psychopathic personality or personalities ? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggress Violent Behav* 2003;8:513-46.
34. Claix A, Pham TH. Evaluation of the HCR-20 violence risk management scheme in a belgian forensic population. *Encéphale* 2004 ; 30(5) : 447-53.
35. Lamothe P. Psychopathie «américaine» et psychopathie « française » : une confrontation clinique et culturelle. *Evol Psychiatr* 2001 ; 66(4) : 602-8.
36. Chartier JP. L'analyste et le psychopathe. *Topique* 1981; (26) : 101-16.
37. Audition de M Jean-Pierre CHARTIER, directeur de l'école de psychologues praticiens (22 mai 2002). Commission d'enquête sénatoriale française sur la délinquance des mineurs 2002. <<http://www.reseau-voltaire.net/article10105.html>> [consulté le 28-7-2005].
38. Villerbu LM. La psychopathie au risque de la clinique épistémologique et considérations psychopathologiques sur la question des représentations et de l'acte dans la psychopathie dite grave. *Evol Psychiatr* 2001 ; 66(4) : 678-90.
39. Meloy JR. *Les psychopathes. Essai de psycho-pathologie dynamique.* Paris : Editions Frison-Roche; 2000.
40. Bourgeois D. *Comprendre et soigner les états limites.* Paris : Dunod ; 2004.
41. Gay A. *Face aux mineurs psychopathes, la prison peut-elle jouer un rôle constructif ? [mémoire].* Agen : Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire; 1999.
42. Chassaing JL. *Psychopathie oui, psychopathe pas sûr.* 1999. <<http://www.criminologie.com/virtulib/psychop.htm>> [consulté le 20-7-2005].
43. Fillieux T, Godfroid IO. Le point sur le traitement des psychopathes. *Ann Méd Psychol* 2001 ; 159 : 285-93.
44. Pham TH. Le traitement psychologique des sujets psychopathiques et des personnalités antisociales. *Rev Clin Comport Cognit* 1998 ; 3(1) :1-6.
45. Laakso MP, Vaurio O, Koivisto E, Savolainen L, Eronen M, Aronen HJ, et al. Psychopathy and the posterior hippocampus. *Behav Brain Res* 2001 ; 118(2) : 187-93.
46. Götz MJ, Johnstone EC, Ratcliffe SG. Criminality and antisocial behaviour in unselected men with sex chromosome abnormalities. *Psychol Med* 1999 ; 29(4) : 953-62.
47. Pham TH. Imagerie mentale et alexithymie chez psychopathes incarcérés. *Thérap Comport Cognit* 1995 ; 5(4) : 109-16.
48. Fédération Française de Psychiatrie. *Psychopathologie et traitement actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de Consensus, Paris, 22 et 23 novembre 2001.* Paris : FFP ; 2001.
49. Fortuit M. *La délinquance sexuelle, une délinquance spécifique ? Classification psychiatrique concernant les auteurs d'agressions sexuelles et possibilités thérapeutiques. Exposé à l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire Fleury-Mérogis, 12 mai 1998.* Agen : ENAP; 1998.
50. Kirk S, Kutchins H. « Aimez vous le DSM ». *Le Plessis Robinson : Institut Synthélabo* ; 1998.
51. Xambo JJ. *Vers une psychiatrie sans culture ?* *Psychiatries* 2001 ; (134) :19-27.
52. Maximin M. *Psychiatrie et science : anciens débats mais enjeux actuels.* *Psychiatries* 2001 ; (134) : 34-43.
53. Organisation Mondiale de la Santé. *CIM 10 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.* Genève : OMS ; 1993.
54. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé.* Paris : Masson ; 2003.
55. Pham TH. *Evaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge.* *Encéphale* 1998 ; 24 : 435-41.
56. Bourgon G, Bonta J. *Evaluation du risque que présentent les agresseurs en général et les partenaires violents.* Ottawa (ON) : Sécurité publique et Protection civile Canada ; 2004.
57. Réveillère C, Pham TH, Daneels M, Delacuse C, Largillière, Willocq L. *Etude comparative de caractéristiques psychopathiques, narcissique et de détachement émotionnel, au sein d'une population de délinquants, à partir de la PCL-R de Hare et du Rorschach (Système intégré d'Exner).* *Rev Eur Psychol Appl* 2003 ; 53 (2) : 107-16.
58. Burgelin JF. *Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive.* Paris ; 2005.
59. De Beaupaire C, Bénézech M, Kottler C. *Actes des 13^e Rencontres nationales organisées par le SMRP de Fresnes et l'UMD Henri Collin, Villejuif. « Les dangers : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et médecins » .* Paris: John Libbey ; 2004.

60. Lovell A. Commission « Violence et santé mentale ». Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Paris : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale ; 2005.
61. Centre de Recherche en Défense Sociale. Rapport d'activité. Tournai : CRDS ; 2003.
62. Menghini M, Ducro C, Pham TH. Evaluation de la récidive auprès d'agresseurs sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Forensic* 2005 ; (n° spec) : 39-48.
63. Pham TH, Debruyne I, Kinappe A. Evaluation statique des délinquants sexuels incarcérés en Belgique francophone. *Criminologie* 1999 ; 32(2) : 117-25.
64. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en 2003-2004 (synthèse). 2005.
65. Bourgeois ML, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et co-morbidité psychiatrique. *Ann Méd Psychol* 2001;159(7) : 475-86.
66. Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique détenus, accueillis par les services médico-psychologiques régionaux. *Etudes Résultats* 2002;(181).
67. Verhulst FC, Georges CS. Les enfants adoptés à l'étranger : étude longitudinale sur l'adoption aux Pays-Bas. *Psychiatr Enf* 2000 ; 43(2) : 647-67.
68. Arbiso C. De l'enfant pervers à l'enfant violent. *J Psychol* 2003 ; (211) : 34-9.
69. Jeammet P. De la psychopathie aux organisations intermédiaires à expressions comportementales. Evolution des idées de Hubert Flavigny. *Neuropsych Enfance Adolesc* 1995 ; 43(3) : 85-9.
70. Marty F. Le jeune délinquant. Paris : Payot ; 2002.
71. Marty F. L'illégitime violence. La violence et son dépassement à l'adolescence. Ramonville Saint-Agne : Editions Eres ; 2000.
72. Audition de M. Philippe JEAMMET, professeur de pédopsychiatrie et chef du service de psychiatrie de l'adolescent et jeune adulte à l'institut mutualiste Montsouris (29 mai 2002). Commission d'enquête sénatoriale française sur la délinquance des mineurs 2002. <<http://www.reseauvoltaire.net/article10112.html>> [consulté le 4-4-2005].
73. Welniarz B. Évolution des comportements violents chez l'enfant entre trois et six ans. *Perspect Psychiatr* 2001 ; 40(3) : 172-81.
74. Choquet M. Les jeunes et la violence : quelles sont les évidences ? *Actual Doss Santé Publique* 2001 ; (37) : 11-2.
75. Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales, Mucchielli L. Familles et délinquances. Un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones. *Etudes et données pénales*. Guyancourt : CESDIP ; 2000.
76. Marcelli D., Nordmann R, Auquier L, Tubiana M. Enfants tyrans et violents. *Bull Acad Nat Méd* 2002 ; 186(6) : 991-8.
77. Jacob M. Les préadolescents auteurs d'abus sexuels. *Forensic* 2002 ; (12) : 17-20.
78. Chartier JP, Chartier L. Délinquants et psychanalystes. Les chevaliers de Thanatos. Paris : Hommes et groupes ; 1986.
79. Tremblay RE. L'origine de la violence chez les jeunes. *Isuma* 2000 ; 1(2) : 10-6.
80. Prairat E. Réflexions sur la sanction dans le champ de l'éducation. *Sanction* 2004 ; (57) : 31-4.
81. Parent du Chatelet I, Roussey M, Morellec J, Chaperon J. Etude épidémiologique des signalements d'enfants de moins de 6 ans en danger aux services médico-sociaux d'un département français (Ile et Vilaine). *Pédiatr Marseille* 1993 ; 48(3) : 195-203.
82. De Broissia L. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge des mineurs protégés. Paris : Ministère de la famille et de l'enfance ; 2005.
83. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective. Paris : INSERM ; 2005.
84. Institut National de Veille Sanitaire, Lovell A. Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Saint Maurice : INVS ; 2005.
85. Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. Paris : Dunod ; 2004.
86. Inspection générale des affaires sociales, Jourdain-Menninger D, Strohl-Maffesoli H. Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques. Paris : IGAS ; 2004.
87. Daigle M, Côté G. Vers une modélisation de la violence exprimée en milieu carcéral. *Forensic* 2005 ; (n° spécial) : 31-46.
88. Balier C. Entre perversion et psychose : le pays de tous les dangers. *Evol Psychiatr* 1996 ; 61(1) : 27-43.
89. Senon JL, Niery B, Lafay N. Incidents collectifs et individuels en détention : étude des relations avec les psychopathologies pénitentiaires <<http://membres.lycos.fr/medpen/doc/pdf/a0000170.pdf>> [consulté le 7-1-2005].
90. Searles H. Mon expérience des états limites. Paris : Gallimard ; 1994.

-
91. Bénézech M. *Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques.* *J Fr Psychiatr* 2000 ; (13) : 23-4.
 92. Médecins du monde, Cayla F, Drouot N, Simonnot N, Fauvel G. *L'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde. Rapport 2003.* Paris : Médecins du monde ; 2004.
 93. Declerck P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris.* Paris : Plon ; 2003.
 94. Firdion JM, Marpsat M, Mauger G. *Etude des sans-domicile : le cas de Paris et de l'Ile de France. Les séminaires de la valorisation de la recherche, séance du 19 avril 2000.* Paris : INED ; 2000.