

# Psy



*au sud, les psy causent*

# Cause

- La psychopathie
- Horizons



Prix : 15 €  
Sodis : F22689  
Isbn : 2-912071-43-7

Mario Mella  
EDITION

## Sommaire

---

Éditorial : <i>Saynète de nouvelle année</i> .....	2
<b>Psycause I : La psychopathie</b> .....	3
Prise en charge de la psychopathie Audition publique par la Haute Autorité de la Santé Jean-Paul Bossuat .....	5
Mlle A. Do. ou l'attachement insécuré Lydia Barlag .....	31
<b>Psycause II : Horizons Spécial Bénin</b> .....	35
Besoins de prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA à Cotonou (Bénin) Matthieu C. Tognide, Prosper Gandaho, Josiane Ezin-Houngbe M. Dossa, René Gualbert Ahyi .....	36
Profil épidémiologique des élèves et étudiants toxicomanes de Cotonou (Bénin) Matthieu C. Tognide, René Gualbert Ahy, E. Agbede, J. Ezin-Houngbe ....	40
<b>Actualité scientifique méditerranéenne et occitane</b> .....	44
<b>Colloques et Conférences</b> .....	52
<b>Abonnement et instructions aux auteurs</b> .....	56



## *Saynète de nouvelle année*

Mon collègue Pierre Evrard, chargé par Psy-Cause de l'organisation scientifique de notre dixième congrès inter-régional annuel qui se déroulera le 9 juin à Vaison la Romaine, m'entretenait ces jours-ci d'un projet de saynète. Le point de départ est une anecdote rapportée par un membre de notre réseau, présent dans une CME d'un hôpital psychiatrique situé quelque part en France. Notre gouvernement a décidé d'une journée annuelle de solidarité avec les personnes âgées, sous la forme d'une journée de travail supplémentaire. Un représentant syndical propose qu'elle soit étalée sur l'année par deux minutes de travail en plus chaque jour. Réponse sans rire du Directeur des soins : « ce n'est possible que si l'on met en place pour tous la badgeuse. » Et mon collègue d'imaginer de les mettre en scène, ajoutant le qualicien sautant sur place comme un cabri tout en s'exclamant : « aqueuh, aqueuh, aqueuh,... ! ». Explication de texte : pour être fiable, la mesure préconisée devra être opérationnelle lors de la prochaine visite d'accréditation ; sera donc constitué un GAQ (Groupe d'Amélioration de la Qualité) mobilisant plusieurs heures par semaine l'ensemble des personnels par des outils d'évaluation à remplir, s'inscrivant dans une démarche d'Accréditation de la Qualité de l'Evaluation (AQE) de l'exactitude du temps offert à ceux qui en sont les plus démunis, à savoir les personnes âgées.

Vous l'aurez compris, nous sommes des bons citoyens et nous comprenons que le payeur, c'est-à-dire la structure administrative au service des élus qui a pour nom l'Etat, et en fait les contribuables, demande des comptes et exige une évaluation. Un peu d'humour ne nuit pas et nous sommes assurément avec cette saynète dans le domaine de la fiction. Par contre, cette petite histoire interroge sur un problème de fond : pourquoi cette juste évaluation passe-t-elle si mal dans la profession ? Est-ce parce qu'elle utilise un vocabulaire transposé du monde de l'entreprise dans celui de la psychiatrie, sans considération pour les références des cadres intermédiaires que sont, entre autres, les psychiatres ? Comme si le « management » de nos grands chefs avait perdu toute humanité, étant exclusivement circonscrit à la gestion de dossiers. Le coût humain en est faramineux et à l'opposé de l'objectif recherché. Pourquoi ne pas imaginer une audition publique des hommes de terrain sur cette question de l'évaluation en psychiatrie comme cela vient d'être fait à propos de la psychopathie ? Ou tout simplement requalifier leur parole, sur les lieux de soin.

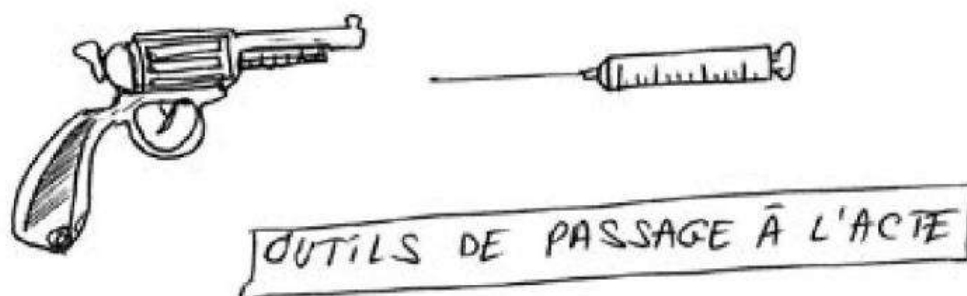
Autre anecdote de ces premiers jours de l'année, au self de mon hôpital, cette fois-ci : un tract syndical est étalé sur une table et proclame : « *NON à l'ordre infirmier* ». Intrigué, j'apprends l'existence d'un projet de loi qui vise à instituer pour les infirmiers un ordre professionnel similaire à celui des médecins dont on sait qu'il fut créé par le Maréchal Pétain en 1940. Ce syndicat dénonce : « *l'ordre sera l'incarnation d'une pensée unique, d'un corporatisme de bon aloi, plus prompte à défendre la tarification des actes infirmiers dispensés par les infirmiers libéraux aux malades suivis à domicile que les enjeux en matière de service public de santé.* » Dénoncer le corporatisme dont on se souvient qu'il fut un pilier du fascisme, voilà une bonne initiative. Quoique... le même tract poursuit deux lignes plus loin : « *on ne nous fera pas croire que l'ordre infirmier permettra une meilleure reconnaissance de la profession alors que la réforme de la « gouvernance médicale » consacre le tout médical au détriment des soignants.* » Encore cette dichotomie entre ceux qui soignent et les médecins... qui feraient quoi au juste ?

Le mois de janvier est le mois des vœux : que l'année 2006 soit celle d'un véritable changement. Pourquoi craindre un changement de cap lorsqu'on a fait le constat que depuis de nombreuses années et malgré les alternances politiques, l'outil de travail de ceux qui sont dans le soin (y compris les médecins !) ne cesse de se dégrader ? Alors oui, il faut non seulement ne pas avoir peur d'une « nouvelle » gouvernance, mais espérer dans sa nouveauté.

Jean-Paul Bossuat

## La psychopathie

L'état de quasi-guerre civile dans les banlieues, les agressions récurrentes qui ébranlent l'Education nationale, les dérives judiciaires sur la pédophilie, ont ponctué l'actualité de la fin de l'année 2005. C'est dans ce contexte où la jeunesse de notre pays occupe le devant de la scène et fait symptôme dans ce qu'il conviendrait d'appeler le malaise de notre civilisation, que la Haute Autorité de la Santé (HAS) a convoqué au ministère une audition publique sur deux journées, les 15 et 16 décembre 2005, à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Le thème de cette audition est « la prise en charge de la psychopathie ». L'HAS est issue de l'ancienne ANAES. Elle a pour missions principales l'évaluation et l'accréditation. La revue Psy-Cause fut invitée à cette audition et représentée par son directeur, sur proposition de Didier Bourgeois, membre de la commission d'audition chargée d'élaborer un texte sur la prise en charge des psychopathes en raison de la publication d'un livre sur le sujet.<sup>(1)</sup> S'il nous arrive de porter un regard critique sur des modalités de l'évaluation, ce n'est pas par rejet de celle-ci mais bien au contraire parce que nous avons pleinement conscience de ses enjeux et le souci qu'elle apporte un véritable éclairage des réalités du terrain à nos décideurs. Rappelons que Thierry Lavergne qui fut plus de huit années Rédacteur en Chef de notre revue et à ce titre l'un des principaux inspirateurs de notre ligne éditoriale, est à présent un cadre permanent de l'HAS. Il écrivait dans son dernier éditorial, en date du 21 juin 2004 : « j'ai passé le cap de ce qui m'avait poussé à passer le concours de psychiatre des hôpitaux, il y a quinze ans : à savoir mettre en œuvre une politique de santé mentale sur un territoire défini, et (...) j'aspire à trouver dans de nouvelles fonctions l'échange autour des pratiques innovantes et exemplaires mises en valeur par l'accréditation, l'accès à un regard global sur nos structures de soins, et enfin à valoriser une pratique clinique laissant place à l'élaboration et la théorisation, par exemple par le biais d'une évaluation régulière des pratiques



1. Didier Bourgeois, *Comprendre et soigner les états limites*, Dunod 2004.  
Lire la note de lecture dans PsyCause n° 39, p. 50.

professionnelles (...). *C'est pourquoi je suis si syntonie avec les questionnements de Psy-Cause (...).* »<sup>(2)</sup> Sa contribution à Psy-Cause fut déterminante et notre entente dans le cadre de notre binôme pour animer la revue ne s'était jamais démentie. Ce compte-rendu lui est assurément destiné. Sa communication au congrès de Psy-Cause à Carcassonne l'année dernière sur l'évaluation des pratiques professionnelles, aura toute sa place dans le prochain numéro.

Lors de ces deux journées d'audition publique au ministère, ne planait pas seulement le souvenir du couvre feu dans nos banlieues mais aussi l'anxiété des juges à la suite du scandale judiciaire du procès d'Outreau. L'audition du juge Fabrice Burgaud diffusée hier soir devant des millions de téléspectateurs fut assurément un événement majeur. Nous eûmes le spectacle d'une caricature de justice cumulant des dérives que nous avons déjà dénoncées dans notre revue : en particulier le fait de convoquer les « psy » à une place qui n'est pas la leur. Bousculé dans ses certitudes par la mauvaise foi de la principale accusatrice de dizaines d'innocents envoyés en prison, le juge demande l'avis d'un expert pour savoir si son interlocutrice est une affabulatrice. La réponse est non, donc elle dit la vérité. Comme s'il était nécessaire d'avoir un trouble de la personnalité pour mentir. Nous écrivions dans notre précédent numéro, que la justice se « *dé-robe* ». S'il y a un malaise dans la prise en charge des psychopathes, dont on sait qu'elle s'articule entre le juge, l'éducateur et le psy, c'est sans doute parce qu'il y a un malaise dans la civilisation de notre pays. La psychopathie en est un excellent révélateur parce qu'elle ne cesse de convoquer le passage à l'acte des professionnels.

Nous avons inclus dans ce dossier sur la psychopathie un article d'une jeune psychiatre, Lydia Barlag. Elle nous présente ici un point sur l'**attachement insécure** comme facteur prédictif de troubles à l'adolescence. Son texte fait écho à l'avis exprimé par plusieurs experts lors de l'audition. La prédictivité et la prévention sont au cœur des débats actuels au sein de l'Education nationale.

Jean-Paul Bossuat

---

2. PsyCause n° 35-36, p. 2.



Jean-Paul Bossuat

## Prise en charge de la psychopathie Audition publique par la Haute Autorité de la Santé

Nicole MAESTRACCI, magistrate et présidente de la Commission d'audition chargée de rédiger un document à huis clos durant le week-end, introduit les travaux. Elle rapporte que la D.G.S. et la D.H.O.S. s'inquiètent de l'augmentation du nombre de psychopathes en prison et s'interrogent sur les moyens d'améliorer l'efficacité et la coordination des prises en charges de ces personnes. L'Etat a préféré procéder à une audition publique plutôt qu'à une conférence de consensus. La question des psychopathes est, en effet, suffisamment controversée pour que l'on ne puisse espérer que d'aboutir à un consensus partiel. « *Ce qui fait consensus, c'est de dire : les psychopathes existent parce qu'on les a rencontrés. Mais pour le reste...* ».

Il existe déjà une difficulté à les nommer. On parle d'états limites, de personnalités antisociales. A l'adolescence, les frontières sont floues avec des états non pathologiques. Nous avons plutôt une définition par défaut. Qui plus est, la perception de la psychopathie est différente entre les Etats Unis où l'on a affaire au serial killer du « silence des agneaux », et la France plus proche des « valseuses ». Le psychopathe est cependant bien repéré dans les institutions qu'elles soient psychiatriques, sociales ou judiciaires : il est celui qui pose problème. Le psychopathe a un comportement hétéroagressif visible qui fait peur. Le périmètre des travaux de ces journées a été élargi à l'enfance et à l'adolescence : quels sont les facteurs de risque qui permettent de penser que l'enfant ou l'adolescent devienne psychopathe ?

### Séance n° 1

La première matinée est intitulée « **Introduction à la psychopathie** ». Jean-Louis SENON, psychiatre et professeur à l'Université de Poitiers, est le premier expert. Son exposé a pour titre : *Comment définir la psychopathie ?* Il constate que si la psychopathie semble avoir disparu des classifications internationales, elle est l'un des diagnostics les plus posés par les équipes psychiatriques intervenant dans les

situations de crise à composante sociale, par exemple aux urgences générales mais aussi dans les milieux sociaux défavorisés ou dans les établissements pénitentiaires.

Les classifications internationales ne considèrent pas la psychopathie comme une maladie mentale mais comme un trouble de la personnalité. Elles 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 D.S.M. IV parle de « personnalité antisociale » et de « personnalité borderline ». La C.I.M. 10 liste des troubles spécifiques de la personnalité en F 60 avec la « personnalité dyssociale » et la « personnalité émotionnellement labile ».

Le psychopathe est principalement connoté par la réaction de contre transfert qu'il génère. La clinique de la psychopathie est au carrefour entre la sociogénèse, la psychogénèse et le rapport à la loi. Ses trois principaux traits sont le défaut de maîtrise comportementale, la défaillance narcissique et la défaillance du contrôle émotionnel. Flavigny, en 1977, a jeté les bases de la compréhension psychodynamique de la psychopathie. Selon lui, la toile de fond est faite d'une angoisse permanente et de frustrations affectives. Il retrouve dans l'histoire du psychopathe des expériences multiples d'abandon, une « discontinuité brisante des relations affectives précoces ». Des travaux tels que ceux de Bergeret développent l'idée d'une clinique des états limites à expression psychopathique. Claude Balier (1988) attache une importance particulière à la « clinique du vide » qu'il relie à la défaillance du narcissisme primaire. Avec les psychopathes, nous sommes dans le registre des pathologies de carence. Nous devons nous interroger sur la place et la fonction de la psychiatrie, et penser notre travail dans une triangulation avec les partenaires du social et du judiciaire.

Le second expert est François CAROLI, Chef de Département de Psychiatrie à Sainte Anne. Son rapport est intitulé « *Psychopathie : genèse et évolution clinique* ». La psychopathie est le seul cas où nous sommes confrontés à l'éventualité d'une position morale. Cela ne se retrouve ni chez les psychotiques, ni chez les névrosés, ni chez les déficients intellectuels. Le mot « psychopathie » a disparu

Psychiatre

Centre hospitalier de Montfavet – Avignon.

de la nomenclature alors que c'est un concept dont on parle tout le temps. L'autre exemple est celui du concept d'hystérie, lui aussi démembré. L'Américain voit dans le psychopathe plutôt un pervers. François CAROLI nous propose quelques définitions telles que celle de Kanner : « *le psychopathe est quelqu'un que vous n'aimez pas* », ou celle de Hochmann : « *le psychopathe est d'abord la merde de certains des soignants à qui il s'est particulièrement agglutiné* ». Le psychopathe est au départ un individu qui souffre. Lorsqu'il commet un acte délictueux, il se retourne contre lui. Dans un vol de banque, ce sera lui qui se fera prendre. L'expert conclut sur la résistance du terme de psychopathie aux différents démembrements, « *ce qui tendrait à prouver, comme pour l'hystérie, qu'il recouvre une catégorie clinique incontournable* ». Il ajoute que « *si le terme hystérie était plutôt réservé aux femmes et le terme psychopathie plutôt réservé aux hommes, on rencontre de plus en plus d'hystériques chez les hommes et de plus en plus de psychopathes chez les femmes* ».

La parole est donnée à la salle, et tout d'abord aux membres de la commission. L'un d'entre eux revient sur le fait que l'on retrouve la psychopathie dans les troubles de la personnalité, au niveau du D.S.M. IV et du la C.I.M. 10. François CAROLI confirme que, selon lui, il s'agit bien de troubles de la personnalité. Toute la question est de savoir si l'on peut parler de personnalité pathologique. Cela dépend de la sémiologie individuelle. Didier BOURGEOIS, membre de la commission, observe qu'il y a lieu de considérer trois niveaux logiques : le niveau structurel sous-jacent, le niveau psycho-comportemental dont rend compte la définition d'état limite à expression psychopathique et le niveau social qui apparaît en creux dans la rétroaction sociale.

Eric MALAPERT, autre membre de la commission, chef de secteur à Paris, souhaite que soit précisé le rapport de la psychopathie avec la perversion. François CAROLI voit dans le rapport à la loi, un élément de réponse : « *le pervers dénie la loi et en invente une autre à son profit, ce dont il jouit. Le psychopathe ne sait pas ce qu'est la loi, il ne peut en réinventer une autre et il ne jouit pas* ». Jean-Louis SENON est plus nuancé. Il note que la dimension manipulatoire est souvent ce qui est retenu pour parler de proximité entre la psychopathie et la perversion. Il revient sur l'intérêt des classifications qui nous aident dans le diagnostic différentiel entre psychopathie et schizophrénie, entre psychopathie et troubles bipolaires. François CAROLI trouve lui aussi un intérêt dans les classifications. Elles permettent de parler le même langage au niveau des équipes. « *Surtout du fait de la confrontation à l'échec, car des classifications qui incluent l'échec nous aident à le supporter* ».

Le débat se poursuit sur la question du lien entre psychopathie et milieu défavorisé. François CAROLI admet que les psychopathes ne sont pas toujours issus d'un milieu défavorisé mais remarque que ceux qui sont issus de milieux favorisés prennent tous des aspects hystérisés avec des comportements psychopathiques et mettent leur propre

corps en jeu. Il n'empêche, qu'en règle générale, on a l'impression que pour les psychopathes, « *le milieu n'est pas franchement favorisé* ». La discussion s'achève avec deux remarques, celle d'Olivier BOITARD, psychiatre Chef de Service dans la région parisienne, qui attire notre attention sur l'intérêt de la psychothérapie institutionnelle avec des prises en charge longues pour ce type de patient et le fait que cette pratique soignante est en difficulté à cause du manque de lits dans les hôpitaux ; celle de Michel GOUJON, pédo-psychiatre Médecin Chef au Centre Hospitalier Edouard Toulouse à Marseille, qui déplore : « *les psychopathes sont dits de plus en plus comme étant des psychotiques. Cela m'embête un peu et j'ai envie de vous mettre en garde* ».

L'expert Serge LESOURD est professeur de psychologie à l'Université de Strasbourg et intervient sur le thème « *Psychopathies et normes sociales* ». La psychologie donne, de manière classique, une définition des psychopathies strictement comportementale. Elle retient quatre éléments : l'impossibilité à supporter les frustrations, une propension massive à répondre par des agis, une difficulté importante à mentaliser les éprouvés et à mettre en mots le passage à l'acte (à la différence des pervers), une absence de culpabilité face aux actes commis qui génère une réprobation sociale. Il évoque l'évolutivité des lectures d'un même trouble au fil du temps. Ainsi le TOP (Trouble Oppositionnel avec Provocation) dans le DSM IV sera selon une lecture sociale en 1970 un « gauchiste » et en 2000 un « jeune en difficulté ». Selon une lecture politique, il sera en 1970 un « fouteur de chienlit » et en 2000 un « sauvageon ». Les psychopathies ont certes un rapport avec la subjectivité et les impasses de sa construction, mais elles sont un symptôme social par une rencontre du sujet et des normes sociales du moment. La psychopathie prend appui sur les contradictions de notre modèle social : celle de l'exigence d'autonomie de l'enfant et dans un même temps de contraintes et limites éducatives, celle de la revendication de démocratie familiale tout en exprimant une demande d'autorité. Il est significatif de constater que « *le loup ne fait plus peur et que les enfants ne développent plus de phobies, mais des TDHA (Troubles De l'Attention et Hyperactivité). C'est pourtant par la peur, vécue comme une 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 appelons la faute* ».

Notre lien social moderne, poursuit Serge LESOURD, pose que tout plaisir est légitime tant qu'il n'empiète pas sur l'autre. Le but de l'acte est la réalisation du plaisir. Du coup l'agir devient le mode de satisfaction normal de l'individu. Notre lien social moderne pose également au cœur de notre socius la demande de sécurité, fait du semblable une source de danger, fait de celui qui s'oppose et fait autorité, un ennemi potentiel. La limite venue de l'Autre est de plus en



\* TROUBLE OPPOSITIONNEL  
AVEC PROVOCATION.

plus insupportable. C'est donc au carrefour de l'absence de peur génératrice de culpabilité, de la mise en avant de la réalisation du plaisir et de l'Autre disqualifié, 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* ».

Didier BOURGEOIS fait observer que le psychopathe est précieux car il va ressusciter le normopathe, définir le normal. Ce qui fait rebondir Serge LESOURD sur le fait que plus il y a de libertés, plus on est confronté au déficit des sexopathes, addictopathes et autres ; cela démontre que la psychopathie ne peut être pensée en dehors du lien social de la société dans laquelle elle s'exprime. Le psychopathe est celui qui outrepassera la norme proposée par le lien social... à partir de sa souffrance personnelle bien sûr.

Une pédopsychiatre à Paris s'interroge sur la différence entre la psychopathie masculine et la psychopathie féminine, Nikita de Luc Besson étant un modèle de femme psychopathe. François CAROLI observe, en effet, qu'il y a aujourd'hui de nombreuses filles qui ont des comportements psychopathiques tout à fait identiques à ceux des psychopathes hommes. Ce phénomène est peu évalué. Georges GACHNOCHI, psychiatre dans l'Essonne, évoque une disqualification du père dans sa fonction de présenter la loi, par une société très culpabilisée qui renonce à ses valeurs. Daniel MARCELLI, professeur de pédopsychiatrie à Poitiers, rappelle qu'il y a un siècle, notre société acceptait que quelque chose soit placé au-dessus du sujet alors que de nos jours, la problématique est centrée sur l'individu qui ne

l'accepte pas. « *Nous voulons à la fois un individu libre et lorsque l'enfant ne va pas bien, nous rappelons l'autorité du père. Le problème actuel est celui de l'assomption jubilatoire de l'individu. Nous sommes à présent dans un moment de fracture. Notre ministre en appelle à la responsabilité des parents alors qu'auparavant on ne pouvait faire appel au lien social pour mettre en cause l'individu. Peut-on rendre responsable quelqu'un d'autre d'un acte antisocial commis par une autre personne, rendre responsable le père ce qu'a commis le fils ? Doit-on remettre en cause une évolution du droit actuellement centré sur l'individu ? Dans les temps anciens de la haute antiquité, il y eut le code d'Hammourabi gravé dans l'argile. Que nous dit-il ? Un exemple : une maison mal conçue par un architecte s'effondre et tue le fils de son propriétaire. Ce que dit le code, c'est que le fils de l'architecte doit être tué. C'était la loi du lien social : le fils pour le fils. C'est une justice qui nous répugne à tous* ». Daniel MARCELLI conclut son propos par une définition : la psychopathie est la pathologie de l'assomption jubilatoire de l'individu.

Serge LESOURD rappelle qu'à une époque encore récente, on proposait au psychopathe de s'inscrire dans la légion étrangère qui lui offrait un idéal du moi très structuré. Dans la prise en charge du psychopathe, il y a à faire un travail de cet ordre.

François CAROLI remarque qu'au niveau du diagnostic, il y a lieu de différencier la gravité de l'acte de la gravité de la maladie.

Jean-Louis SENON observe que la prise en charge du psychopathe est un problème dans les équipes. Il y a l'intensité de la crise et la durabilité d'une problématique qui s'oppose

à toutes les représentations de l'équipe. Le lendemain, sera à refaire ce qui a été fait la veille. Le maintien du cadre est le véritable problème. La peur suscitée par le psychopathe fait synergie avec le sentiment qu'il va falloir tenir. Serge LE-SOURD précise que le psychopathe retourne sa propre peur à celui qui détient l'autorité. Il recherche un cadre groupal pour que la peur soit diffusée à l'ensemble des autres.

Daniel MARCELLI reprend la parole en tant qu'expert, avec son exposé intitulé : « *Outils d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent, de la psychopathie* ». L'exercice est difficile : « *On nous demande d'évaluer quelque chose qui n'existe pas chez l'enfant. Cela pose un problème de fond* ». Le terme de psychopathie peut s'appliquer aux grands adolescents de 15-16 ans. Mais avant ?

L'entité même « psychopathie » est difficile à appréhender car elle entrecroise trois dimensions dont la conjugaison est particulièrement difficile à démêler :

1. Une dimension émotionnelle dominée par une difficulté voire impossibilité à mettre en relation ses propres émotions avec celles des autres. Ce qui est un manque d'empathie. Le psychopathe est celui qu'on n'aime pas.... et qui ne nous aime pas.

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. Le psychopathe ne peut supporter un surcroît de tension et trouver des investissements de substitution.

Ce qui peut alerter en pédopsychiatrie, c'est une hyperactivité avec déficit de l'attention, chez des enfants chroniquement déprimés qui vont se structurer sur un mode psychopathique. L'hyperactivité peut déboucher sur des troubles antisociaux. « *Le résultat de mon expérience depuis 35 ans est l'impossibilité de développer la moindre alliance de soin avec les familles concernées, le fossé constant entre ce que nous leur proposons et ce que ces familles condescendent à accepter. L'interaction de disqualification réciproque est constante. Ce manque d'empathie nous maintient sans cesse dans un sentiment d'impuissance au fur et à mesure que la puberté se met en place et augmente les troubles* ». Le jeune ainsi élevé dans un état de suspicion inquiète permanente, ne peut entrer dans la nécessité de prendre en compte le désir de l'autre.

L'expert suivant est Thierry PHAM, Psychologue à Tournai en Belgique, Professeur au Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS) de l'Université Mons-Hainaut, à l'Université des Trois Rivières au Québec et au Centre de Recherche de l'Institut Philippe Pinel à Montréal. Il nous présente son *échelle de psychopathie de Hare* utilisée en Belgique dans les prisons et les hôpitaux psychiatriques sécuritaires pour évaluer le risque généré par la psychopathie. Cette échelle comprend 20 items cotés de 0 à 2. Le score total est donc au maximum à 40. Ces critères sont :

1. Loquacité/charme superficiel.
2. Surestimation de soi.
3. Besoin de stimulation/tendance à s'ennuyer.
4. Tendance au mensonge pathologique.

5. Duperie/manipulation.

6. Absence de remords ou de culpabilité.

7. Affect superficiel.

8. Insensibilité/manque d'empathie.

9. Tendance au parasitisme.

10. Faible maîtrise de soi.

11. Promiscuité sexuelle.

12. Apparition précoce de problèmes de comportement.

13. Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste.

14. Impulsivité.

15. Irresponsabilité.

16. Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes.

17. Nombreuses cohabitations de courte durée.

18. Délinquance juvénile.

19. Violation des conditions de mise en liberté.

20. Diversité des types de délits commis par le sujet.

Thierry PHAM insiste sur l'intérêt de son échelle pour prédire de manière satisfaisante le risque de récidive, et ainsi aider à « *une approche préventive de ce trouble dévastateur* ». Il nous donne son adresse email : thierry.pham@crds.be.

En tant que membre de la commission, Catherine PAULET, Médecin Chef du SMPR de Marseille, s'interroge sur la pertinence des critères de l'échelle de Hare : « *Sont-ils psychométriques ou saturés par des jugements de valeur morale qui renseignent sur le défaut d'empathie de l'interlocuteur ?* ». Elle relève la tendance au parasitisme, la promiscuité sexuelle, l'irresponsabilité, les brèves et multiples relations conjugales, le non respect de la liberté conditionnelle. Elle se demande comment il est ainsi possible de prétendre proposer une échelle prédictive des récidives.

Thierry PHAM réfute cette critique : « *l'échelle repose sur un manuel de 70 pages qui définissent les critères. Vous n'en avez eu que les titres. D'où une interprétation péjorative de la part d'une personne tout-venante* ». Jean-Louis SENON rétorque que la question de Catherine PAULET est fondamentale et s'étonne que la commission ne dispose pas de l'échelle complète.

Didier BOURGEOIS, membre de la commission, observe que l'échelle de Hare est cotée sur 40 avec très peu de variations au niveau des réponses. Il appelle à la plus grande vigilance vis-à-vis d'une échelle qui, si elle est reconnue pour évaluer les psychopathies, aura un effet sur la psychiatrie dans les 5 à 10 ans à venir. Tous les internes devront la citer dans leur thèse. La responsabilité de la commission est importante et une évaluation de la pertinence de cette échelle est à faire.

Thierry PHAM insiste sur la prudence diagnostique dans son échelle : « *Il faut réserver le diagnostic très péjoratif de psychopathie à l'état le plus grave. C'est pourquoi nous avons situé le point de coupure à 30/40. L'utilisation d'une échelle standardisée déstigmatise un trouble et non l'inverse* ».



Un participant évoque le cas des petits psychopathes qui posent des problèmes dans la prise en charge, ceux que son institution a nommé les « *attachants* ». La Présidente de la Commission, quant à elle, considère que s'il y a une évaluation, on doit se poser la question de ce que l'on va en faire. Thierry PHAM répond que cela est clair pour un directeur de prison qui a 1500 détenus à gérer. Un indice élevé au niveau du score est aussi un critère de mobilisation du réseau de prise en charge. Daniel MARCELLI rétorque que vouloir mettre en paramètres quantifiés le travail d'une équipe relève du domaine des fantasmes.

Une question est alors posée à Thierry PHAM : « *Vous dites que l'échelle de Hare permet une déstigmatisation. Les échelles sont-elles faites pour le soin ou pour l'expertise judiciaire ? Etablir scientifiquement le risque en le ramenant au diagnostic de psychopathie, cela entraîne le raisonnement suivant : je crois qu'il va récidiver, donc je le maintiens plus longtemps en prison. D'autant plus que maintenant on va organiser avec la nouvelle législation, des expertises de dangerosité* ».

Thierry PHAM explique qu'il y a une ligne de conduite éthique sur le plan du risque. Les gens à score élevé sont à très haut risque. Cette échelle ne doit pas être utilisée dans une optique de réinsertion sociale. Elle n'a pas été évaluée systématiquement dans ce domaine. Le coût de la formation pour maîtriser l'échelle est de 175 euros par jour sur trois jours. Une participante apporte alors son témoignage : « *j'ai eu la chance de payer cette formation à Mons en Belgique, le coût est relativement accessible* ».

Catherine PAULET revient sur l'aspect réducteur de la présentation de cette échelle à la Commission. Ce qu'il

faut est de pouvoir en examiner la pertinence. La pertinence des items présuppose une réflexion sur le plan de la psychopathologie. Si tel est le cas, cette échelle sera pour le clinicien un extraordinaire outil d'interrogation psychopathologique. Elle conclut : « *je me demande si l'analyse psychopathologique permise par cette échelle ne serait pas alors au cœur de notre métier* ».

L'expert suivant est Bruno FALISSAR, pédopsychiatre et Professeur de biostatistique à Paris XI, Directeur de recherche INSERM. Son exposé est intitulé : *Epidémiologie de la psychopathie*. Son étude a porté sur l'importance de la comorbidité avec la toxicomanie et les troubles dépressifs. Il critique le concept de « trouble bipolaire » qui a évolué ces dernières années pour des raisons pas toujours scientifiques et se prête difficilement à une évaluation. Une comorbidité évaluable est l'augmentation du risque suicidaire. Il a travaillé sur les facteurs de risque que se développe une psychopathie. Ce qui est consensuel est l'existence dans l'enfance de troubles des conduites. Les études rétrospectives et prospectives ont mis en évidence qu'un enfant sur deux qui a des troubles des troubles des conduites aura plus tard une personnalité antisociale. L'ordre de grandeur est considérable. L'intervention est donc à envisager de façon ultra-précoce. Peu importe la nébuleuse autour des diagnostics.

Le rapport de l'expert Alain MOREL, psychiatre et directeur du CSAPA à Boulogne-Billancourt, aborde *la place des conduites addictives dans la psychopathie*. Il rappelle que l'usage de drogues n'est pas antisocial en soi, même s'il s'agit de drogues illégales. L'association psychopathie et toxicomanie a construit l'image du drogué incontrôlable

et inamendable. Une meilleure prise en compte du double diagnostic de psychopathie et de toxicomanie est nécessaire dans les dispositifs et les politiques publiques. Au niveau du diagnostic et de l'épidémiologie, on constate qu'il n'y a pas de trouble de personnalité prédictif d'une conduite addictive, mais qu'il existe une forte prévalence de la personnalité antisociale surtout dans l'usage de drogues illicites (de 25 à 38 % des héroïnomanes) ; on constate aussi qu'il n'y a pas de typologie addictive propre à la personnalité antisociale mais que la dépendance est plus sévère ; on constate enfin que les deux pathologies sont en grande partie autonomes, ce qui implique un double diagnostic et une double prise en charge ou un traitement intégré. Au niveau de la clinique, on a un socle psychopathologique commun mais des traits cliniques spécifiques. On note des troubles de l'identification et du narcissisme, l'instabilité, les passages à l'acte, les prises de risque, les comportements transgressifs et agressifs, la recherche de sensations. Le psychopathe addictopathe est le type même du malade difficile qui interroge la prise en charge thérapeutique. Au niveau de l'accès aux soins, on est confronté à la nécessité d'une intervention précoce alors qu'il n'y a pas de demande. La prise en charge se joue sur la durée tout en étant discontinuë : « *Ce sont des thérapies brèves qui durent longtemps et sont à répétition* ». Le traitement a comme corollaire une meilleure formation et des collaborations mieux établies entre services de psychiatrie et centres d'addictologie.

Catherine PAULET constate que la prévalence des conduites addictives se retrouve aujourd'hui dans beaucoup de pathologies. Il y aurait lieu de dépoussiérer voire d'invalider certaines terminologies dans les classifications internationales. Cela contribuerait à un meilleur repérage au niveau des champs d'intervention. Alain MOREL se dit tout à fait d'accord sur la nécessité de revoir les classifications internationales, de même que le recours à la drogue dans toutes sortes de situations de détresse. Jean-Louis SENON rappelle que le noyau du travail de psychiatrie est la pathologie psychiatrique... même si la pression des politiques est d'empiler pour lui des missions nouvelles.

## Session n° 2

La seconde session de travail, celle de la première après-midi, a pour thème : **La prévention de la psychopathie**. L'expert Antoine GUEDENEY, pédopsychiatre de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris à Bichat-Claude Bernard, aborde les **facteurs familiaux**. Si la pauvreté peut mettre la famille en difficulté, elle n'est pas l'école du crime. Les facteurs familiaux concernent l'encadrement et la supervision de l'enfant. A noter que l'on peut considérer comme facteur de risque aussi le fait que l'enfant soit trop contrôlé. Il y a l'ambiance de violence psychologique et physique au sein de la famille, la façon dont les parents s'entendent pour avoir un rôle différent, l'impact de la psychopathologie des parents, la déculturation d'une famille immigrée, l'instabilité et le divorce. C'est la conjugaison de facteurs qui permet une prédictivité. Ainsi l'existence conjointe de comportements

atypiques chez l'enfant, d'une attitude parentale inefficace, d'un attachement insécuré et d'une écologie familiale défavorable est à haut risque. La prévention est possible : on essaiera de favoriser un attachement sécurisé en procurant une relation stable à domicile. Par exemple, en cas de risque de dépression post-natale, on mettra en place des visites à domicile de soutien avant l'accouchement et après, durant les deux, trois premières années. Il faut éviter de stigmatiser les familles en difficulté. Au contraire, on cherchera ce qui va bien et ainsi à les engager dans un travail qui les amènera à la résilience.

L'expert Maurice BERGER, pédopsychiatre au CHU de Saint-Etienne s'intéresse à *l'apparition de la violence pathologique extrême chez l'enfant de moins de trois ans*, et à sa prévention. Son service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Bellevue à Saint-Etienne s'est spécialisé dans l'accueil de situations en provenance du dispositif de protection de l'enfance, 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 de jour quotidienne et deux ans et demi en hospitalisation temps plein. Au contraire, d'autres services de pédopsychiatrie qui traitent essentiellement les moments de crise, le service de Maurice BERGER a choisi l'option d'un processus thérapeutique long.

Maurice BERGER définit ce qu'il entend par violence pathologique extrême, avant d'en repérer les prémisses chez l'enfant de moins de trois ans. Ce type de violence concerne un sujet individuellement (donc dans un domaine différent des violences groupales) ; il n'est pas dirigé spécialement contre les figures parentales ou d'autorité et de loi ; il peut apparaître n'importe quand, n'importe où, sans raison. Cette violence omniprésente et irraisonnable est 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. Cette violence n'est suivie d'aucun sentiment de culpabilité ; l'enfant violent est indifférent à la douleur d'autrui. Il est pourtant 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, enfin, présente des troubles de la sensibilité corporelle avec une non perception de certaines zones corporelles, voire recherche parfois des perceptions douloureuses pour se sentir vivant.

On ne peut parler de délire, 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 pré-verbale, 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. Cet enfant est impuissant face au surgissement hallucinatoire de l'image de son père ou de sa mère violent en lui. Les troubles se fixent rapidement, souvent en moins de 18 mois. On se trouve 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.

Le travail d'anamnèse permet d'identifier des risques spécifiques précoces au niveau de l'enfant avant trois ans. Le signe majeur survient dès que l'apparition de la marche vers 15-16 mois libère la main. La violence peut alors être accompagnée de cruauté 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 psychotiques en jeu.

On retrouve chez les parents de l'enfant de moins de trois ans, des troubles de la personnalité, des pathologies psychiatriques, de la négligence, de l'incohérence. Mais plus que la violence directe, ce qui stresse le nourrisson

est d'abord la violence contre la personne qui le protège, lorsqu'elle est frappée devant lui. Dans un certain nombre de situations, 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.

Au niveau des professionnels face à l'enfant de moins de trois ans, on a retrouvé des failles : une confusion fréquente entre violence et agressivité, cette dernière étant plus structurée, dirigée vers des personnes précises et s'accompagnant de culpabilité ; une sous estimation de la gravité des troubles favorisée par le fait que le langage est parfois acquis sans retard ; une non évaluation du développement psychomoteur du nourrisson avant deux ans. A cela s'ajoutent des insuffisances lorsqu'une séparation parent-enfant a dû être effectuée. A noter également la 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'adoles-

cents, 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. Enfin, il y a la peur des professionnels face aux parents violents, qui les empêche de prendre les mesures protectrices nécessaires.



Une prévention est-elle possible ? Ce n'est pas certain mais on peut proposer une 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. Il faut utiliser un référentiel d'évaluation des situations de dysparentalité. Au niveau de la prise en charge précoce, il ne faut pas considérer l'aide à la parentalité comme devant être mise en place automatiquement. Quand les parents ne sont pas mobilisables, la question du placement se pose. Tout en sachant que le placement ne traite rien en soi, qu'il faut l'accompagner, voir quelles relations d'attachement stable se mettent en place et quels soins sont apportés. « *C'est respecter les parents que de faire en sorte que leur enfant ait un avenir meilleur que ce qu'ils vivent eux-mêmes* ».

Daniel MARCELLI relève que le mot le plus délétère dans la relation parents-enfant est le mot « humiliation ». C'est la jouissance des parents à humilier leur enfant. Jacques FORTINO insiste sur l'intérêt des structures de soins séquentielles (telles que les hospitalisations de fin de semaine, par exemple). Maurice BERGER revient sur la nécessité d'une longue hospitalisation continue d'un à deux ans pour les situations de violence extrême. Le séquentiel ne vient que dans un second temps. Il met en garde contre les excès de l'idéologie du lien : le lien physique fréquent parents-enfant est intouchable. Or, s'il y a des liens positifs, il existe aussi des liens désorganisateur. Il faut parvenir à un minimum de conditions pour que l'enfant reste dans sa famille. Sinon, il faut proposer à l'enfant un autre lien.

L'expert Nicole CATHELIN est pédopsychiatre, responsable depuis dix ans à Poitiers d'un Hôpital de Jour à temps partiel pour jeunes adolescents. Sa communication est intitulée : *Existe-t-il des risques précurseurs et comment les identifier ?* La question est celle du curseur : à partir de quand doit-on s'inquiéter des comportements ? Elle a construit son rapport sur une revue de la littérature internationale anglo-saxonne et son expérience personnelle. La littérature internationale fait apparaître une constellation de symptômes et de pathologies survenant dans l'enfance qui semblent conduire potentiellement à la psychopathie (diagnostic qui ne peut être porté qu'à l'âge adulte). Sont ainsi cités chez l'enfant : des troubles oppositionnels avec provocation, des troubles des conduites dans lesquels les droits d'autrui et les règles sociales sont bafoués de façon répétitive, le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, des manifestations anxieuses et dépressives, des troubles des apprentissages, une difficulté à planifier les tâches. Sont cités chez l'adolescent : les comportements violents, des actes délictueux mineurs mais suscitant l'intervention de la police, une sexualité précoce avec des conduites à risque (avant l'âge de 14 ans), une consommation de produits avec pharmaco-dépendance.

Dans tous les cas, les facteurs environnementaux se révèlent déterminants. 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-dépendance chez les parents ou la fratrie, l'emprisonnement d'un parent ou de la fratrie, l'appartenance à une communauté marginalisée (immigration récente, gens du voyage...), enfin, ce qui est propre aux Etats Unis, la possibilité de se procurer facilement des armes. 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 psychopathologique, on trouve l'association de trois facteurs :

1. des troubles affectifs en rapport avec une absence d'empathie dont l'expressivité dans le champ social est sous la forme de racket, vol, violence à l'égard d'autrui pour parvenir à ses fins, et dans le champ familial donne le modèle du bourreau familial, c'est-à-dire de l'enfant et de l'adolescent qui bat ses parents ou les exploite financièrement sans violence physique ;
2. l'intolérance à supporter la tension et la passivité, du fait d'un manque au niveau de la constitution d'un espace interne susceptible de contenir et de lier les pulsions. D'où le recours à l'agir et apparition de l'agressivité 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 ;
3. l'impulsivité qui est à l'origine des troubles du comportement.

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. Les études internationales confirment ce que les cliniciens observent dans leur pratique individuelle. Ces troubles dans l'enfance doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un soin mais le vrai problème est que ce n'est que dans 25 à 50 % des cas que ces signes sont corrélés avec le diagnostic de psychopathie à l'âge adulte.

Eric MALAPERT, membre de la commission, demande si, dans ces études internationales, on a étudié pourquoi les 50 % à 75 % restants n'évoluaient pas vers la psychopathie ? Nicole CATHELIN évoque le rôle des facteurs de protection mais constate que les études n'ont jamais été conduites en terme de facteurs individuels et ne permettent pas de répondre à la question. Daniel MARCELLI cite la puissance de l'imitation du comportement des parents, chez l'enfant. Les « neurones miroir » sont alors activés. Maurice BERGER évoque la décharge excessive d'adrénaline qui génère une incapacité d'apprendre par épuisement des réserves en cortisol : on en est là dans les recherches internationales.

L'expert Corinne EHRENBERG, psychologue et psychanalyste, Directrice de l'Unité de Soins Intensifs du Soir (USIS) en Hôpital de Jour pour enfants dans le 14<sup>e</sup> arrondissement de Paris, communique sur *la prévention des comportements psychopathiques et les prises en charge précoces au sein d'une unité de soins à temps partiel*. L'USIS, unité de proximité dans un quartier, reçoit des enfants et des adolescents,



à partir de l'âge de trois ans. L'action préventive n'y est pas spécifique mais doit être précoce car le système défensif d'attaque contre les liens auquel les enfants ont recours les met en danger et les rend potentiellement dangereux. Les enfants accueillis appartiennent à des familles à problèmes multiples et 70 % d'entre elles sont issues de l'immigration. Les parents ne consultent pas spontanément pour les troubles de leur enfant dont le fonctionnement mental est marqué par le passage à l'acte. Ce dernier 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.

La pauvreté des contenus mentaux nécessite l'utilisation de médiations et de méthodes thérapeutiques groupales et individuelles associées à des thérapies familiales. La plupart des enfants sont adressés à l'USIS par les écoles maternelles et primaires du quartier : *« Nous n'attendons pas la demande. Chaque enfant, dès qu'il est admis, se voit attribuer un couple de référents. Les enfants sont pris en charge en petits groupes thérapeutiques. L'un des ressorts de notre efficacité tient à la souplesse et à l'inventivité des cadres de suivi que nous offrons aux familles. La continuité des prises en charge est garantie car elle repose sur un réseau de partenaires. »*

La clinique qui sert de référence au travail est partagée et consensuelle entre tous les intervenants. Tous mettent en commun leur compréhension, chacun étant dans son rôle pour un objectif commun.

Cette stratégie de soins permet de 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 contention de l'excitation et de l'agitation est assurée par le cadre institutionnel et par les relations qui s'y établissent. Le symptôme est réduit en lui donnant son sens dans le contexte de l'enfant et en agissant sur le système relationnel dans lequel il vit.

Les ruptures ou les menaces de rupture dans la prise en charge favorisent la recrudescence symptomatique des comportements oppositionnels et destructeurs. Les décisions de signalement et de placement doivent faire l'objet d'une attention toute particulière et d'une délibération entre tous les partenaires.

*« Une étude visant à reconstituer les trajectoires des enfants suivis à l'USIS depuis sa création en 1981, permet d'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 prise en charge particulièrement difficiles : à l'USIS, j'ai appris à demander ».* Tout cela a été obtenu avec des moyens tout de même relativement importants : une équipe composée de 11 psychologues, dont 2 psychothérapeutes pour les suivis individuels, d'un accompagnateur social, d'une psychomotricienne et d'une assistante sociale, soit l'équivalent de huit temps plein pour une file active annuelle d'environ cinquante enfants.

En conclusion, l'expert recommande de multiplier les unités de soins de proximité dans les quartiers de relégation pour offrir les conditions d'une clinique partagée afin d'éviter la désinsertion scolaire précoce des enfants à la personnalité troublée.

L'expert suivant est Philippe CHAILLOU, Président de la chambre des mineurs à la cour d'appel de Paris. Le thème de son intervention est *la prévention de la psychopathie par la protection judiciaire de l'enfance*. 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 les 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, à savoir le juge des enfants, après avoir vérifié que les conditions de sa saisine sont bien remplies, peut faire deux choses : soit maintenir l'enfant dans son milieu actuel sous le bénéfice d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO), soit, si cela est nécessaire, ordonner le placement de l'enfant. Quand il ordonne le placement de l'enfant, le juge 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 (ASE). 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 centrales et toujours en vigueur aujourd'hui sont complétées par trois types d'autres dispositions :

1. Le particulier, l'établissement ou le service départemental de l'ASE qui a recueilli l'enfant peut saisir le juge aux affaires familiales pour se faire déléguer totalement ou partiellement l'exercice de l'autorité parentale.
2. Le retrait total d'autorité parentale peut être décidé par la juridiction pénale si les parents condamnés sont auteurs ou complices d'un crime ou délit commis sur leur enfant, ou si pendant plus de deux ans il se sont volontairement abstenus d'exercer leur autorité parentale ou leurs droits de visite ou d'hébergement à l'égard de leur enfant bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative. La conséquence majeure d'une décision de retrait de l'autorité parentale est que l'enfant devient adoptable même sans l'accord de ses parents.
3. Dernière disposition : la déclaration judiciaire d'abandon lorsque les parents se sont manifestement désintéressés de leur enfant pendant un an. Cette mesure permet également l'adoption d'un enfant sans l'accord de ses parents. Seul obstacle à cette mesure : le cas de grande détresse des parents.

Ce dispositif est-il de nature à éviter qu'un certain nombre d'enfants deviennent par la suite des psychopathes ? Tout système qui fonctionne sur de l'humain ne peut avoir d'obligation de résultat. Tout d'abord, parce que le problème dépasse 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 distillées 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 ! »*

*« 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'un 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 sexuel,*

*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. »*

Il reste tout de même, 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. Il reste des progrès à faire dans ce domaine. *« Mais, attention à 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 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 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.

Il n'empêche que déterminer si un enfant est en danger ou non est une mission délicate. Ce qui est certain, c'est que la loi et donc le juge ne peuvent se situer que dans l'interdit, dans le négatif. Le juge ne peut pas dire comment il faut élever les enfants. Ce n'est pas la fonction de la justice de dire ce qu'est une éducation idéale, c'est seulement de dire quelles sont les limites. L'interdiction pourrait être résumée par : « 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, l'intervention du Juge des enfants doit commencer par une intervention dans la famille. C'est la mesure d'AEMO qui a pour « mission d'apporter aide et conseil à la famille dans les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre ». Décidé par le Juge, 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 six 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 a été mûrement pensé, peut ouvrir un véritable espace 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 ne suffisait pas à elle-même. 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'ASE, 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 quinze 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 ? »

Le système peut être amélioré dans deux directions. La première est le renforcement de la compétence des professionnels. D'abord, par une véritable formation clinique à partir de cas qui permettrait peut-être d'abord aux travailleurs sociaux mais aussi aux 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 être élevé par ses parents. Mais, dans certains cas, l'intervention de la justice et même le retrait de l'enfant de sa famille sont nécessaires. « Cela ne peut jamais être question d'idéologie, cela n'est qu'une question de cas, de casuistique. » Cette casuistique est approfondie dans des formations pluridisciplinaires qui réuniraient les différents corps de métier qui, chacun de leur côté, oeuvrent à la protection de l'enfance, en amont du juge (services de l'ASE ou établissements privés ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse) mais aussi en aval (professionnels de la PMI, 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. »

Avant d'aborder la seconde direction d'amélioration, Philippe CHAILLOU veut dire un mot sur les relations entre le juge et le « psy ». L'écueil est une alliance trop étroite entre le discours juridique et le discours médical, qui ne laisserait plus de place au justiciable. « Car, qu'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. « *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 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.* »

Prenons garde, conclut Philippe CHAILLOU, 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 de la bannière de l'intérêt supérieur de l'enfant pour résoudre ces contradictions.* »

L'expert Monique BOURDAIS est Médecin Conseil à la Sous-Direction des Actions Familiales et Educatives du département de Paris, à la Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé. Son exposé a pour thème : *Santé des enfants et adolescents confiés à l'ASE*. Elle introduit son propos par ces mots : « *Je suis simplement médecin et je travaille en pluridisciplinarité dans l'ASE. Je ne prétends pas représenter l'ASE. Je ne suis là que pour donner un écho sur une enquête épidémiologique réalisée dans le département de Paris* ». A Paris en 2004, près de 9600 enfants adolescents et leurs familles ont bénéficié d'une mesure de prévention (4300) ou de protection (5300). En 1997-98 puis en 2002-2003, trois études épidémiologiques successives, effectuées pour la direction parisienne par le CAREPS (Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble) en collaboration avec les professionnels de l'ASE de Paris, ont permis de mieux mesurer les enjeux de la prise en charge.

Au niveau du parcours au sein de l'Aide Sociale à l'Enfance des enfants de 11-12 ans, on a trouvé deux indicateurs majeurs : la scolarité est dans 1/5 des cas sans problème et dans 1/4 très problématique ; la santé est dans 1/3 des cas bonne, et dans 1/5 très problématique. Cinq groupes sont identifiables :

- ceux qui vont très bien : 19 %

- ceux qui vont mieux : 35 %
- ceux qui stagnent : 32 %
- ceux pour lesquels on a peu d'éléments : 7 %
- ceux dont la situation personnelle se dégrade : 6 %

L'étude des problèmes de santé a montré que 21 % des 5-6 ans et 13 % des 14-15 ans ont un suivi médical régulier pour un problème important. En tête chez les 5-6 ans, les troubles du comportement (20, 8 %), puis les troubles neuropsychiatriques (13, 2 %). En tête chez les 14-15 ans, une pathologie chronique (13, 5 %), puis les troubles du comportement (10, 3 %). Au niveau des troubles psychiques, prédominent l'anxiété, puis les troubles du sommeil. Les troubles du développement psychomoteur concernent 36 % des 5-6 ans et 13 % des 14-15 ans. Pour les premiers, les plus jeunes, prédominent les retards ou troubles du langage et pour les 14-15 ans, les difficultés de compréhension. A noter également que l'énurésie concerne pour 15 % les 5-6 ans. Au niveau des troubles du comportement, on note chez les adolescents, des conduites addictives proches de celles des autres populations, des fugues fréquentes et souvent répétées : 1 adolescent sur 8 a déjà fugué depuis son arrivée dans le placement actuel, 25 % ont fugué au moins une fois dans leur vie. On note des violences verbales principalement envers d'autres jeunes, plus qu'envers les adultes. 19 % des filles et 8 % des garçons disent avoir été victimes au moins une fois dans leur vie, de violence physique grave. 16 % des filles disent avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie. 3 % des 14-15 ans ont fait une tentative de suicide depuis leur arrivée dans le placement actuel.

Quels enjeux sont à repérer pour l'ASE, à propos de la psychopathie ? Trois axes sont à privilégier : un repérage précoce pluridisciplinaire, un accès aux soins rapide, une continuité dans le suivi médical. L'une des préoccupations majeures est un accès aux soins proche du lieu de vie quel que soit le lieu du domicile parental. Une autre est celle des parents qui ne veulent participer à rien.

Après les exposés des experts, vient le temps de la discussion. Maurice BERGER s'adresse au juge Philippe CHAILLOU : « *le sentiment de beaucoup de pédopsychiatres est d'être maltraités. Les choses convergent sur nous et nous sommes la voiture balai. Si nous n'avons pas d'obligation de résultat, nous n'avons pas non plus d'obligation de bilan. Et là, les magistrats manquent d'exigence. Il existe en effet en France, une allergie à l'évaluation. Il faut que les magistrats me contraignent à fournir des bilans* ». Il est important de pointer l'évolution de l'état de l'enfant. Maurice BERGER s'interroge sur le bien fondé de mesures telles que retirer un enfant à sa famille d'accueil pour le rapprocher de sa mère qui ne le voit qu'une fois tous les sept mois. Monique BOURDAIS rappelle que la loi de 2002 invite fortement à l'évaluation. Elle constate que l'enquête réalisée à Paris en 1997-98 avait été précédée d'une autre en Seine et Marne en 1992, d'une autre à Marseille. Il faudrait créer au niveau national un centre ressource pour les évaluations de l'ASE.

Olivier BOITARD dénonce l'illusion présente dans la salle, sur l'entière collaboration entre les métiers. Il préconise une

collaboration institutionnelle sur la manière de travailler, sur l'injonction de soins, que tous se mettent autour d'une table pour savoir ce qu'ils vont faire pour untel. Ce point de vue n'est pas partagé par Corinne EHRENBORG qui a le souvenir de ces réunions de synthèse où l'on invitait les partenaires et qui étaient paralysantes. « *C'est beaucoup mieux de parler de notre compréhension et de nos difficultés. Nous avons tous l'angoisse de l'institutrice qui va faire la psychologue.* »

Maurice BERGER parle des rapports faits au magistrat pour l'éclairer dans sa décision. « *Lorsque nous avons des éléments qui font penser que l'enfant a besoin d'un cadre protecteur et que, sinon, il ne nous est pas possible de continuer les soins, nous les disons au magistrat. C'est un début.* »

Philippe CHALLOU répond qu'il faut distinguer trois choses. En premier lieu, le travail au quotidien : « *Quand il y a du juge, ces paroles croisées ne peuvent avoir lieu que dans le cabinet du juge* ». Le second aspect est le travail de formation autour de cas cliniques « *qui ne peuvent être ceux que nous avons ensemble* ». Il est d'accord avec le troisième niveau : cette demande d'évaluation. Ce ne sont pas les juges qui peuvent la faire. C'est le ministère qui est concerné.

Nicole MAESTRACI, la présidente de la commission, relève le problème des moyens. Elle pointe la rareté de structures comme l'USIS, les listes d'attente de six mois en CMPP. Corinne EHRENBORG rappelle qu'en terme de moyens, il y a la nécessaire proximité : le travail en réseau est plus difficile lorsque l'unité de soins est à dix kilomètres, que les enseignants ne peuvent pas venir aux réunions de synthèse. Les soignants doivent aller sur le terrain, être un moyen de rencontre. Il faut en tenir compte dans les moyens.

Nicole CATHELINE rappelle que l'une des difficultés quant aux grilles d'évaluation est de ne pas laisser ces outils entre les mains de professionnels non formés. La question est : quelle évaluation, par qui et pourquoi faire ? Les personnes qui utilisent ces outils doivent être supervisées.

Un participant fait part de sa nostalgie du temps où il y avait des psychiatres dans les instances d'évaluation qui intégraient les instances éducatives et l'administration centrale. « *Maintenant, on bafouille* ».

## Session n° 3

La matinée du second jour (la session 3) est consacrée à l'**adolescent à comportement psychopathique**. Le premier expert est Philippe JEAMMET, Professeur, Chef de Service de Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris. Sa base de réflexion est l'œuvre de Flavigny qui a consacré sa vie à la psychopathie et qui allait jusqu'à recevoir des psychopathes chez lui. Il introduit son exposé intitulé « *La psychopathie : les itinéraires de vie* » par une citation de Flavigny : « Si l'histoire du psychopathe est faite d'histoires, on peut dire qu'il n'a pas d'histoire ». A l'origine de la psychopathie, il y a des enfants insécures. Il est nécessaire pour son développe-

ment, que l'enfant puisse avoir confiance. En attendant que maman amène le biberon, il investit un champ intérieur. Winnicott a dit : « pour que l'enfant soit créateur de l'objet, il faut que l'objet soit déjà là ». Si l'enfant dépend d'un environnement imprévisible, il ne peut exister qu'en s'opposant. « *Ces enfants, puis ces adolescents, sont à la fois pris dans une angoisse d'abandon et dans une angoisse d'intrusion lorsqu'on s'occupe d'eux. Des enfants qui, entre 3 et 5 ans, sont dans une opposition constante, ont beaucoup de chances de devenir psychopathes. Il faut s'en occuper or, sous prétexte de ne pas vouloir être intrusif, on les abandonne. Il faut chercher les moyens d'être efficace et ne pas refuser la prescription, si besoin, du "médicament comme outil de liberté". Car, en effet, nous ne choisissons pas nos émotions, nous ne choisissons que de nous en servir ou de les calmer.* »

L'expert Patrick ALECIAN est un pédopsychiatre, chargé d'enseignement à l'Université René DESCARTES de Paris, au niveau de l'Institut de psychologie. Sa réflexion est issue d'une expérience clinique dans les institutions psychiatriques pour adolescents et éducatives de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), et de travaux collectifs qu'il a coordonnés pour le ministère de la justice associé au ministère de la santé (entre 1996 et 2003). Dans son exposé intitulé « *Quelles prises en charge possibles : au sein, auprès et hors de la famille ?* », il préconise d'établir un **socle de connaissances communes** transversales entre les travailleurs sociaux, les enseignants et les soignants qui travaillent avec les enfants et adolescents difficiles. Le premier élément du socle propose trois critères à propos de ces jeunes : ils présentent des signes suffisamment graves pour que leurs parents ou institutions qui les suivent s'en préoccupent et cherchent un soutien ; les signes sont réitérés ; ces signes désorganisent le cadre dans lequel le jeune évolue. Le second élément du socle est la nécessité de former les personnels à la destructivité de l'enfant. Le troisième élément du socle est que toutes les approches de compréhension doivent intégrer les données psychogénétiques et sociogénétiques. Il ne faut pas accepter de clivage entre ces deux champs.

Patrick ALECIAN a nommé dans ses travaux, des substrats susceptibles de soutenir les pratiques :

1. Accepter la conflictualité comme un élément de travail au lieu de l'esquiver.
2. Reconnaître les processus destructifs.
3. Reconnaître les troubles à expression supra-individuelle dans les institutions. Ainsi, par exemple, un foyer a été régulièrement le fait de violences à la suite du départ de son cuisinier qui avait une importance fondamentale auprès des enfants : l'encadrement n'avait pas pris en compte le manque généré par son départ.
4. La fonction de passeur de l'éducateur auprès de l'adolescent à haut risque psychique.

Il conclut sur le constat qu'à 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. Cependant, il ne faut pas

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. »



L'expert Jean-Pierre CHARTIER est psychanalyste membre du IV<sup>ème</sup> groupe, Directeur de l'École des psychologues praticiens à Paris et Lyon. Le titre de son exposé est : « *La psychanalyse transdisciplinaire et péripatéticienne : une réponse thérapeutique à la psychopathie ?* ». Avec ces personnalités psychopathiques, rien ne marche : ni les techniques cognitivo-comportementalistes, ni les médicaments, ni la psychanalyse sous sa forme orthodoxe du fait d'une impossibilité fondamentale à respecter le cadre analytique. C'est donc en deçà et au delà qu'il faut chercher des réponses thérapeutiques. Freud disait qu'il faut adapter la technique aux singularités des patients. La psychopathie est bornée par les 3 D (déli, déficit, délit). Le déni est l'impossibilité de reconnaître leur responsabilité dans leurs actes criminels ainsi que les conséquences de leurs actes, d'où l'imprévisibilité de leur conduite. Le déficit s'exerce vis à vis de l'autorité : on a vu que ce ne sont pas seulement les

policiers qui sont caillassés mais aussi les pompiers et les conducteurs de bus. Le délit est la conséquence de ce qui précède et survient inmanquablement.

Ces psychopathes n'ont pas rencontré les violences (au sens positif de *via* = la vie) nécessaires à leur développement : la violence de l'interprétation (celle de la mère qui interprète les borborygmes de son enfant), des interdits : le premier étant le non protecteur du toucher lorsque l'enfant commence à marcher ; aussi l'interdit du meurtre surtout lorsque les enfants ont été confrontés à des parents qu'ils ont considéré comme potentiellement meurtriers, ayant assisté à des scènes d'agression intrafamiliale ; puis, enfin, l'interdit de l'inceste.

Que faire ? Jean-Pierre CHARTIER raconte : « *J'ai ouvert un service de soins et d'éducation spécialisée à domicile, car il faut accepter d'emmener son espace thérapeutique sur son dos pour les rencontrer* ». D'où le terme de psychanalyse péripatéticienne dans l'énoncé. Il faut également un suivi de longue durée qui dure des années pour passer de l'agir à l'élaboration psychique.

L'expert Marie-Colette LALIRE est Directrice de l'enfance et de la famille au Conseil Général de l'Isère, à Grenoble. Elle nous apporte *le point de vue de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)*. Les départements ont en charge la PMI et l'ASE depuis 1985. Le Conseil Général de Seine Saint Denis avait évalué que 10 % des enfants ont besoin d'un soutien psychologique au moins a minima. L'ASE propose des aides à domicile, une prise en charge dans des familles d'accueil, des structures. 70 % des interventions de l'ASE sont par décision de justice.

Les difficultés rencontrées sont de divers ordre. En premier lieu, celles engendrées par la méconnaissance des missions et des modalités de travail entre institutions, le manque de communication et le décalage « culturel » entre équipes professionnelles (par exemple la difficulté de prise en compte de la santé par le milieu éducatif). Autres difficultés : le travail dans l'urgence ; l'utilisation pas toujours efficiente des structures existantes avec, en particulier, le manque de places 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 ; l'insuffisance d'articulation dans l'évaluation et la réponse avec les trois niveaux national, régional et départemental qui s'ignorent, de même qu'entre la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte et la santé somatique.

Marie-Colette LALIRE préconise donc de garantir une continuité de la prise en charge notamment par la désignation d'un référent ; d'améliorer l'attention des professionnels du champ social et éducatif pour la santé ; de développer le travail en réseau ; de soutenir les professionnels en développant une culture commune via des diplômes d'université, des possibilités d'analyse de pratiques et de situations, des supervisions ; d'améliorer le dispositif par un soutien à l'élaboration de projets, le développement des petites structures avec possibilités de financement conjoint

(ce qui est laborieux), l'amélioration du travail en urgence, l'adaptation des capacités d'hospitalisations et de soins ambulatoires aux besoins réels.

La session est ponctuée par une discussion. Eric MALAPERT a l'impression que beaucoup de cas ne sont pas détectés. En particulier, du fait de l'opposition aux soins, des familles et des jeunes. Et ce n'est que lorsque surviennent les troubles majeurs portant atteinte à l'ordre public, que le social intervient.

Un participant s'adresse à Jean-Pierre CHARTIER car il ne voit pas comment on peut mettre en relation la psychopathie et la perversion : les grands pervers sexuels ont un scénario intangible tandis que les psychopathes n'ont pas de scénario fixé. Hospitalisé, le grand délinquant est le patient modèle tandis qu'avec le psychopathe, la structure de soins est attaquée. Jean-Pierre CHARTIER répond que la psychopathie et la perversion ont un mécanisme en commun : le déni. Au début d'une hospitalisation, le psychopathe est charmant, il est dans son round d'observation pour voir comment jouer les uns contre les autres. Les psychopathes ne sont pas normalement fous : leur folie est dans l'agir. D'ailleurs, ils posent la question de l'irresponsabilité psychiatrique vis à vis de leurs délits : mieux vaut la sanction.

Philippe JEAMMET considère qu'on ne doit pas laisser les psychopathes sans avoir la possibilité de se « nourrir », c'est-à-dire sans moyen de se valoriser, d'accéder au petit plaisir de réussir des choses. Il ajoute : « *Je pense qu'il faudrait abolir le terme de psychopathie qui est trop négatif. Je propose celui d'organisation limitée à expression comportementale. Les Américains ont raison dans ce sens* ».

Un magistrat s'interroge sur la pertinence de l'intervention soignante du fait qu'elle peut être source d'exclusion. Philippe JEAMMET répond que dès que l'on fait quelque chose, il y a un risque. L'autre danger, celui de l'abandon, lui apparaît plus grand que celui de la stigmatisation.

Didier BOURGEOIS considère que la période 15-20 ans est une période clé. Or le cut off entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte traverse cette période. Il faut envisager la création d'une psychiatrie juvénile pour les 15-20 ans. Philippe JEAMMET précise qu'il était contre mais qu'à présent il y est favorable.

Un participant suggère que l'on généralise dans les secteurs de psychiatrie, ces unités spécialisées qui se déplacent avec leur bagage thérapeutique sur le dos. Jean-Pierre CHARTIER rappelle que regrouper les psychopathes dans des unités fermées est explosif et qu'il est préférable de faire du soin à domicile. Faut-il obliger tout le monde à se déplacer ? C'est-à-dire, rebondit Daniel ZAGURY psychiatre chef de secteur à Bondy, que l'on envisagerait de « forcer » le secteur. Or, dit-il, « *le secteur est agonisant et inforçable* ». Roger TEBOUL, pédopsychiatre dans le département sensible de la Seine Saint Denis pense qu'il est grand temps de favoriser des recherches sur le traitement institutionnel de la psychopathie et sur le problème politique qu'il pose.

Un autre pédopsychiatre revient sur le problème de la prise en charge plurielle. Il rappelle que le secteur n'est pas mort et qu'il est engagé de façon non médiatique dans un travail pluriel avec la PMI.

Marie-Colette LALIRE revient sur la question de la psychopathie chez les garçons et chez les filles. Selon elle, s'il y a moins de filles concernées, ce sont elles qui ont le plus troublé les institutions. Peut-on parler également de la psychopathie en col blanc, s'interroge Patrick ALECIAN. De plus en plus de parents appartenant à un milieu social non défavorisé consultent par rapport à la violence de leurs enfants. Marie-Colette LALIRE reprend la parole et conclut le débat par un hommage au travail qui se fait en collaboration entre l'ASE et la pédopsychiatrie, alors même que cette dernière est aujourd'hui en difficulté quant à ses moyens.

La session reprend avec l'intervention de l'expert Jean MENJON, Directeur Départemental de la PJJ du Lot et Garonne. Il nous propose un éclairage à partir de sa dernière expérience, la création puis la pérennisation du *Centre Educatif Fermé (CEF)* public de Mont de Marsan. « *Le CEF 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. Le non respect de ces obligations peut entraîner en dernier lieu la révocation et la détention du mineur* ».

Jean MENJON considère que nier le passage à l'acte serait une folie pure et que l'objectif d'un tel centre est l'apprentissage de l'interdit par la réparation et la sanction. « *Nous accueillons des mineurs multirécidivistes de 16 à 18 ans, garçons et 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 et générateur d'un climat sécurisant qui rend le travail éducatif possible* ». C'est un travail quotidien sur l'impulsivité et le passage à l'acte autour de quatre 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 avec la justice et la police, l'hospitalisation momentanée lorsque l'état de crise relève du soin, la gestion au quotidien du passage à l'acte par l'équipe éducative, la disponibilité.

L'équipe éducative évite d'enfermer le jeune dans une pathologie même si le psychiatre vient quelques heures par semaine et en parle. Le travail sur l'interdit est au cœur de l'institution. « *Il est illusoire de vouloir tout contrôler. L'important est d'organiser des temps d'expression de la déviance pour pouvoir la travailler et aider les jeunes à réparer* ». Par exemple, la vie institutionnelle permettra de travailler sur le vol d'un gâteau, alors que le groupe est constitué

de délinquants majeurs. La confrontation à l'autorité se traduit par une réponse systématique et rapide à tout passage : « *On privilégie toujours la réparation (qui peut être 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 du sens vis-à-vis du groupe qui, en retour, a souvent une action structurante sur le jeune* ». Si besoin, on aura recours à de brèves mises en détention temporaire. Le programme éducatif comprend, par ailleurs, trois 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. Tout acte déviant peut impliquer le retour au module précédent. Dans le module 3, de mise en autonomie, le jeune peut se rendre seul au travail.

L'expert Charlotte TRABUT est *juge des enfants* au tribunal de grande instance de Bobigny. L'intervention du juge signifie l'utilisation d'une certaine contrainte. Elle recherche de l'adhésion et favorise un débat contradictoire. Le juge est censé entendre chacun. Il existe une voie de recours : l'appel. Charlotte TRABUT précise : « *Je ne suis pas une experte de la psychopathie* ». Sa pratique concerne des jeunes hélas déscolarisés, qui ne dialoguent plus avec leurs parents et pour lesquels la question des soins se pose. Les parents sont défaillants, dépassés, malades eux-mêmes, rejetants ou absents, voire physiquement absents de l'audience. Le juge n'utilise pas de diagnostic. Ce qui est utile, c'est d'interroger pour faire évoluer la situation. Pour illustrer ses propos, l'expert propose plusieurs cas pratiques.

Le premier cas présenté est Pierre, un jeune qui va vers ses 17 ans. Il vient de Guyane où habite son père. Celui-ci l'a brusquement envoyé en métropole alors qu'il était bien connu et suivi par l'Hôpital de Cayenne, manifestant des troubles du comportement depuis qu'il est entré dans l'adolescence. Sa mère, chez laquelle 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 entendre parler. Au bout de 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 jamais 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. 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 tous deux été peu présents pendant tout ce temps de crise.

Ce cas de ratage complet illustre bien le fait que l'intervention en urgence 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 important que l'adolescent comprenne que les adultes, qui se succèdent pour l'aider, travaillent en concertation et parlent d'une même voix. Enfin, il faut aborder la question des consommations de drogue autrement que comme un problème disciplinaire : « *dans le cas de Pierre, je ne suis pas sûre que sa consommation de cannabis aie été traitée en tant que telle* ».

Le second cas pratique est celui d'Ahmed. Ce garçon subit une agression sexuelle grave à 16 ans par un ami de la famille. Au vu du contexte familial (mère en grande difficulté, carences éducatives, absence du père, difficultés scolaires non traitées), un placement en urgence est décidé. Il est un échec : décidé dans l'urgence malgré l'opposition farouche de la mère et de la grande sœur, il est réalisé dans une famille d'accueil sans compétence particulière, et Ahmed ne cesse de fuguer pour rentrer chez lui ou pour traîner dans la rue. Le juge lève le placement avec une mesure éducative en milieu ouvert. Ahmed passe des vacances au Maroc, revient et semble aller mieux. Mais, dès les premières semaines d'école, il s'enferme chez lui, reste cloué à son ordinateur et ne voit plus personne. Sa mère vient seule au tribunal, paniquée. Le service passe à domicile, n'arrive pas à voir Ahmed, la porte reste close. « *Au bout de quelques mois* », raconte Charlotte TRABUT, « *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* ». La juge a tenté en vain d'obtenir l'alliance du pédopsychiatre qui avait soigné Ahmed il y a quelques années. Elle déplore le manque d'échanges entre l'éducatif et la pédopsychiatrie et s'interroge : quand un jeune se terre chez lui, comment utiliser la contrainte à bon escient alors que les parents ne demandent pas l'hospitalisation ? Elle imagine plusieurs solutions : un déplacement conjoint du service éducatif et du service de pédopsychiatrie à domicile, une AEMO associant un éducateur et un thérapeute, voire une expertise à domicile pour préparer une hospitalisation. Mais cela suppose l'existence d'experts prêts

à se déplacer et un service de psychiatrie adapté à l'accueil des adolescents.

Le troisième cas est Zoé, une fille de 15 ans dont les parents sont séparés après plusieurs années de violence conjugale. Monsieur, aveugle, vit dans un studio à Paris et est très complaisant à l'égard du comportement de Zoé qu'il impute aux maladroites éducatives de sa mère. Zoé vit chez sa mère et avec ses deux grandes sœurs. En échec scolaire, insolente, elle terrorise sa mère, capable de casser une pile d'assiettes ou de déchirer les rideaux quand elle est contrariée. La mère est douce et dépressive, les deux grandes sœurs font des études supérieures et sont la perfection incarnée. Zoé refuse 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 psychiatrique parents/enfants. Zoé est bien sûr insaisissable* ». Elle fugue et revient de temps en temps. L'expert, à force d'insistance, finit par réussir à voir Zoé qui établit un lien de confiance avec cet adulte ni chargé de la soigner ni de la prendre en charge. L'ASE parvient à être en liaison avec elle, un projet s'élabore. Il existe donc un besoin d'experts dont l'intervention ne doit pas se limiter à un diagnostic. « *L'expert devient 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, à peine 16 ans, est un tyran domestique. Il a frappé sa mère et cassé toutes les vitres du véhicule familial parce qu'on lui a interdit de l'utiliser. A la maison, il est tout puissant : Il est le seul à avoir sa chambre, sa sœur dormant dans le salon ; il a imposé son chien contre l'avis de sa mère. Son père dépressif ne joue aucun rôle d'autorité. Mohamed rentre et sort quand il veut, fréquente qui il veut dans la cité, ne supporte aucune remarque. Il est déscolarisé depuis six mois. Lors de l'audience, il est haineux contre sa mère

(le père est absent) et grossier envers la juge qui décide une mesure de placement dans un centre de placement immédiat, 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 l'envoie en prison. Si la prison a le mérite de poser un cadre clair, l'incarcération d'un mineur nécessite une intervention éducative et thérapeutique systématique. Or, il n'y a plus de pédopsychiatre dans le quartier des mineurs. Charlotte TRABUT espère dans l'intervention de la PJJ au sein des quartiers pour mineurs.

Le dernier cas est Stéphane, 15 ans, en conflit paroxystique avec ses parents, au point que, quand il habite chez son père, sa mère ne veut plus le voir ni entendre parler de lui. Il ne se plie à aucune injonction parentale, 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 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 participe bien à ce qui est proposé par le service, ouvert à l'échange, mais nul ne sait où il réside. Tous les projets de placement dans des structures échouent. Il est en errance jusqu'à ce qu'il réapparaisse à presque 17 ans, à l'accueil d'une maison pour adolescents du département où il est hospitalisé deux nuits. Informée, l'ASE, présente et tenace face aux frasques de Stéphane, s'achemine actuellement vers un nouveau projet d'accueil. Ce cas illustre l'utilité d'établissements d'accueil capables d'une grande tolérance vis à vis des comportements déviants des jeunes.



Il illustre aussi la fonction de pivot du juge dans le suivi. Charlotte TRABUT conclut son exposé sur l'importance du rétablissement du dialogue qui est une étape essentielle.

L'expert Cyrille CANETTI est psychiatre au *SMPR de Fleury Mérogis, dans le centre de jeunes détenus*. Il rappelle qu'aucun soin ne peut être imposé à un détenu sauf si on l'adresse en Hôpital Psychiatrique. De plus, un consentement au soin est différent d'une adhésion au soin. La prescription médicamenteuse est exceptionnelle pour les jeunes incarcérés. Ces jeunes présentent une opposition violente pouvant être accompagnée d'automutilation. Ils se soucient peu de leur propre souffrance et plutôt que de s'exposer à une lecture redoutable de leur personnalité, ils préfèrent passer à l'acte. Ils sont la première victime de leurs manipulations. La prise en charge consiste à leur donner un espace de parole. Le premier entretien est fondamental. Il faut alors leur manifester de la confiance en travaillant sur leurs dires sans les vérifier. Il y a un risque de raptus anxieux lors du retour dans la cellule. Il n'est pas rare qu'au bout d'un certain temps, ces jeunes s'essoufflent et ne viennent plus aux soins. Il faut faire avec. Et, lorsqu'ils sont signalés, il faut savoir aller les chercher. Leur prise en charge est un exercice qui demande beaucoup de recul et de discernement.

Philippe JEAMMET intervient de nouveau comme expert pour nous parler de *la continuité de la prise en charge au cours de l'adolescence*. Elle est d'autant plus difficile que la psychopathie n'est pas une maladie. Mais celle-ci n'est pas un choix. Il faut s'entendre sur des minima à entendre au niveau du comportement : nous sommes obligés de dire aux jeunes ce qui est bien et ce qui ne l'est pas, que tel comportement est acceptable ou non. Sinon, ils sont perdus. Ils posent le problème d'une prévention payée par l'assurance maladie alors qu'ils ne sont pas malades, quoique victimes de contraintes qui pèsent sur eux. Signalons l'importance de la rencontre qui repose sur une veille éducative.

Il faut qu'un tiers ait un regard sur le projet de ce sujet, soit un garant qu'on les regarde. « *Dieu sait s'ils ont besoin d'être vus car ils n'ont aucun regard intérieur* ». Reste à trouver la bonne distance : ils sont en quête d'attachement et ne supportent pas ce qu'on leur propose. Il faut donc organiser une diversité de solutions avec une marge de choix dans laquelle ils peuvent avoir des gens à détester. Si ce sujet manipule, c'est qu'il y a un lien. Mais nous ne devons pas entrer dans cette manipulation.

Leur prise en charge nous oblige à une révision de nos modèles. Ils nous demandent de leur donner une indication sur le chemin à suivre. Nous avons à leur dire que nous n'acceptons pas cette injustice qu'ils soient leur propre bourreau. La destruction est la solution de l'impuissance. Ce qui nous différencie de l'animal est la capacité de nous voir, c'est notre narcissisme, la représentation que nous avons de nous et que les autres nous donnent de nous. Nous avons à les aider sur ce plan.

Par contre, nous subissons nos réponses émotionnelles, nous ne les choisissons pas. Nous avons des différences,

les uns et les autres, qui sont d'ordre biologique, devant les émotions. Le poids du biologique existe et le médicament est à considérer comme un outil de liberté.

Dans la prise en charge de ces jeunes en souffrance, il faut développer les jeux de rôle car ils ont du mal à se mettre à la place de l'autre : leur faire jouer la victime, par exemple. Il faut exploiter une petite possibilité réflexive.

Pierre JEAMMET conclut : « *Laissons nous interroger et réviser nos modèles. Travailler sur la capacité du moi à choisir et ne pas se faire du mal, cela devient urgent dans une société de liberté* ».

Une discussion clôt cette troisième session. Un juge rappelle qu'il est confronté à la question de la loi et du mal et qu'il voudrait savoir quel est le poids du biologique dans la violence. Pierre JEAMMET répond que l'angoisse, l'humeur, la violence ont un support génétique mais que les gènes se révèlent en fonction de l'environnement. On a repéré que des femmes ayant un gène de la violence, s'expriment dix fois plus que les autres si le milieu favorise la violence, alors qu'elles ne sont pas plus violentes que les autres dans un milieu non violent. « *Des jeunes en difficulté mis sous ritaline ont un peu plus de liberté et de meilleurs résultats. Ceux qui ne veulent pas le voir sont dans un déni total* ».



Jean MENJON rappelle qu'en terme de dépistage, nous sommes des champions de l'évitement. « *Des gamins ont attendu 15 à 20 délits graves avant d'être en rapport avec la justice* ». Il se souvient aussi des sarcasmes des journalistes venus visiter son centre fermé, qui affirmaient : « *ça ne peut pas marcher* ». Pourtant certains des multirécidivistes concernés ont mérité leur présence dans une entreprise à l'extérieur. « *Lorsque j'ai ouvert cette structure fermée, c'était pour ouvrir* ». Patrick ALECIAN approuve la nécessité de structures fermées contenantes ; Mais on a tellement peur du mot « fermé » que l'on ment au jeune que l'on envoie

dans une telle structure. On lui dit qu'il va y rester quinze jours alors que le travail doit s'y poursuivre longtemps. Il ne faut pas s'étonner qu'il y ait beaucoup de casse.

Jean-Pierre CHARTIER se méfie des idéologies. Comment un enfant va-t-il devenir un être moral ? Il lui faut pour cela rencontrer des interdits structurants et aussi un amour parental suffisant. L'enfant intègre l'interdit parce qu'il sait que s'il transgresse, maman ou papa ne l'aimera plus. Jean-Pierre CHARTIER se dit également sceptique sur les mythologies génétiques actuelles pour lesquelles les Américains en arrivent à se demander s'il existe des criminels nés.

La présidente de la commission, Nicole MAESTRACCI, se demande quel est l'intérêt d'abolir le terme de psychopathie : il faut bien nommer les choses, avoir un référentiel pour reconnaître simplement ce dont il s'agit. Philippe JEAMMET répond que d'après lui il est nécessaire de supprimer le mot psychopathie qui fait un amalgame explosif. Peut-être serait-il plus simple d'en rester à des troubles du comportement. Il y a des organisations de personnalité qui ont des points communs et des différences, ce qui doit nous conduire à une vision modeste. Il faut, selon lui, trouver autre chose dans le vocabulaire.

Charlotte TRABUT revient sur son changement de perception : « *Lorsque le service mandaté me demandait d'interrompre une prise en charge car rien ne marche, j'avais tendance à clôturer le dossier. Maintenant non* ». Jean MENJON demande de ne pas sous-estimer le fait que les établissements qui s'occupent de ces mineurs, vivent bien souvent la même chose que leurs mineurs : car ils sont abandonnés eux aussi. Lorsque ce n'est pas le cas, ça va beaucoup mieux.

## Session n° 4

La quatrième session, celle de l'après-midi de ces deux journées d'audition publique, a pour thème **les adultes psychopathes**.

L'expert Anne-Cécile JACOT est chargée de la *mission « jeunes » à la FNARS* (Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale) d'Ile de France. La FNARS Ile de France rassemble 137 associations et 230 établissements : des CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), des centres maternels, des foyers, des lieux d'accueil de jour, des collectifs de logement, différentes associations du secteur de l'insertion par l'activité économique, etc. « *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 Ile de France a mis en place une « Commission Jeunes » qui rassemble différents travailleurs sociaux qui s'investissent auprès des jeunes en difficulté : association du réseau FNARS, organismes de formation, foyers de jeunes etc.

Annie-Cécile JACOT témoigne : « *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* ». Elle articule son exposé en deux temps. Premier temps : la présentation de trois parcours. Second temps : des préconisations des acteurs de terrain ayant apporté leur témoignage.

Trois membres de la Commission Jeunes ont souhaité faire part de leur expérience de travailleurs sociaux auprès de jeunes adultes en souffrance psychique. Le premier témoignage est celui d'un directeur d'*Espace Dynamique Insertion*, 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. Il présente le cas d'un jeune Réunionnais de 19 ans accueilli à l'Espace et chez lequel est perçu un fond psychotique. Un travail en association avec les psy et les éducateurs de la cité permet de le stabiliser.

Le second témoignage est celui d'une chef de service au sein d'un CAVA (Centre d'Adaptation à la Vie Active). Le principe des CAVA est d'insérer par le travail, de remettre en activité afin de parvenir à former des personnes en difficulté. Le cas présenté est celui d'une jeune femme de 19 ans originaire du Zaïre, dont la mère est placée en appartement thérapeutique, elle-même suivie en AEMO puis en CMP. Le CAVA lui a permis d'avoir une activité dans les Ateliers, point de repère stable alors qu'elle enchaîne les hébergements d'urgence et les foyers.

Le troisième témoignage est celui d'un psychothérapeute superviseur intervenant dans 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 de deux mois en entreprise. Le cas présenté est celui d'un jeune souffrant d'un handicap physique (un doigt raide) pour lequel la COTOREP lui reconnaît une incapacité à 80 % ajoutant qu'il n'est pas inapte à tout emploi. S'ajoute à ce handicap une tendance obsessionnelle. Les tentatives d'accompagnement dans le monde du travail se soldent par l'échec et la conclusion qu'il lui faut un travail protégé : « *Il me semble important d'avertir la COTOREP qu'à long terme il puisse avoir un comportement de type passage à l'acte. Elle prendra alors ses responsabilités. Le jeune semble avoir plus que le handicap de son doigt* ». Après avoir créé une petite frayeur à la mission RMI, il obtient de la COTOREP une orientation CAT.

Des préconisations sont proposées :

1. Adapter les modes de prise en charge psychologique en veillant à la souplesse des dispositifs, en mettant en place des ponts entre les structures de soin et les structures d'insertion, en allant au devant de la souffrance du jeune, en soutenant le jeune dans la démarche de soin, en restant dans son champ de compétence, en n'étant pas dans la toute puissance et en sachant déléguer : « *le jeune ne nous appartient pas* ».
2. Faire face au problème de masse du mal-être croissant des jeunes. Il faut pour cela agir dès l'école : « *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 créatrices 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 ».*

Pour ces jeunes, tout un travail doit être fait au niveau de l'expression de soi par notamment des activités sportives et culturelles. Le financement de CMP doit être renforcé pour permettre d'intégrer un public plus large et non seulement les cas les plus lourds. Les professionnels doivent être formés et supervisés. Il faut permettre aux jeunes en souffrance psychique de bénéficier d'un hébergement fixe. Enfin, se pose la question de la reconnaissance institutionnelle d'un handicap mental ou psychique : « *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 ?* » L'expert conclut sur la nécessité d'une prise en charge globale et pose cet avertissement : « *la santé ne doit pas être en dehors de la vie* ».

L'expert Sandrine BONNEL est psychiatre de secteur et apporte son expérience de *partenariat depuis plus de dix ans entre un secteur de psychiatrie adulte de Seine Saint Denis et un CHRS* (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), dénommé La Cité Myriam, qui accueille une population d'une centaine d'hommes entre 18 et 65 ans et est implanté sur ce même secteur. 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 des institutions.

Sandrine BONNEL nous décrit son secteur : « *la Seine Saint Denis est un département dont je n'ai pas besoin de détailler les difficultés. Nous sommes dans un espèce de laboratoire de la misère humaine, où l'on retrouve la donne sociale du terreau psychopathique* ». Le dispositif de soins du secteur comprend un CMP (Centre Médico-Psychologique), un CATTP (Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel), un Centre d'Accueil situé au sein d'un Hôpital Général mais distinct des urgences, une unité d'hospitalisation de vingt lits délocalisée hors de l'asile (mais avec des moyens plus faibles qu'à l'asile).

Le partenariat mis en place comporte une réunion bimensuelle au CHRS entre le praticien hospitalier responsable du Centre d'Accueil et l'équipe des travailleurs sociaux du CHRS. Les situations individuelles relevant d'une intervention de soin psychique y sont discutées et peuvent faire l'objet d'une orientation vers les structures du secteur, ou 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. A ces réunions, s'ajoutent les liens informels créés par une

connaissance mutuelle. L'expérience a montré que les psychopathes proprement dits sont mieux pris en charge au sein du CHRS, l'intervention du secteur étant plus efficace chez des psychotiques présentant un fonctionnement de type psychopathique qui trouvent une réponse adaptée dans le savoir faire traditionnel du secteur. Lequel savoir faire traditionnel est actuellement mis à mal par les difficultés que connaît aujourd'hui la psychiatrie de secteur française : la pénurie de personnel médical et infirmier, la féminisation des équipes, la disparition du diplôme infirmier spécialisé, la judiciarisation de la société, la modernisation des locaux dans une optique de réduction des coûts non corrigée par les lunettes de l'expérience de la violence psychiatrique. Lorsque l'addiction est au premier plan, la prise en charge est plus aléatoire. Le CMP a fait le choix de refuser la pratique de la prescription des produits de substitution aux opiacés (Méthadone, 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 soins. Intervient également le souci de ne pas exposer les équipes et les patients habituels du CMP aux dommages collatéraux traditionnels de l'habitus toxicomaniaque : violences, trafic* ». Par ailleurs, un centre spécialisé pratiquant la substitution est situé à proximité et répond aux besoins. Il peut donc y avoir une orientation des psychopathes selon un effet de filière, que l'on retrouve avec ceux qui s'alcoolisent et vont vers les Centres d'Hygiène Alimentaire (CHA).

La psychiatrie et le psychiatre font toujours peur chez nombre de psychopathes qui ont un faible niveau d'éducation. Le vœu des équipes du CHRS ou de l'entourage de voir le psychopathe consulter, rencontre le célèbre « je ne suis pas fou ». La prescription au CMP est au premier plan à visée apaisante : un agir médical contre l'agir psychopathique. Au niveau du CHRS, c'est la cohérence et la continuité du cadre bienveillant, patient mais ferme, la personnalisation des projets, l'élaboration collective des décisions délicates, qui permettent d'infléchir la trajectoire existentielle désespérante, désespérée, de ses hébergés.

Sandrine BONNEL conclut sur les limites de la psychiatrie de secteur qu'elle dit humiliée par la suspicion économique, la bureaucratie de l'hôpital et des tâches soignantes, la judiciarisation de la société. Le travail de secteur repose sur des moyens humains, c'est à dire sur des salaires et de la formation. Les réponses qu'il peut apporter doivent être clairement définies dans un champ soignant. Ainsi, la catégorie diagnostique relève du médecin, alors que celle de la délinquance relève de la loi.

L'expert Nouraddine ETJAJANI intervient en complémentarité du point de vue de Sandrine BONNEL, puisqu'il s'agit du directeur adjoint du CHRS « *La Cité Myriam* ». La Cité Myriam est un établissement social créé à l'initiative du Secours Catholique en 1954 pour venir en aide aux hommes migrants venus travailler en France depuis le Maghreb. En 1985, La Cité obtient l'agrément pour être classé en qualité de CHRS afin de recevoir jusqu'à 126

hommes isolés. La politique d'humanisation des établissements d'accueil entre 1998 et 2001 ramène la capacité à 106 personnes. Les personnes entre 18 et 60 ans, voire plus, sont hébergées en chambre de deux places. Une restauration collective sur place est proposée 365 jours par an. Outre le public accueilli par la convention d'aide sociale (libérés de prison, sortis de lieux de soins, vagabonds, Français sans logement ni ressources, rapatriés Nord-Africains et Harkis en difficulté, descendants d'immigrés à double nationalité), La Cité Myriam a depuis 1995 la possibilité d'accueillir des personnes sous main de justice dans des mesures d'alternative à la détention en prison, certaines relevant également d'un suivi psychologique inscrit par le juge d'application des peines dans l'ordonnance de placement dans le CHRS. On voit ainsi que les personnes « psychopathes » orientées par le CMP sont entourées et cohabitantes de personnes autres, différentes et sujettes à des comportements très incertains. Tous les 26 salariés du CHRS participent à l'accueil et au soutien des personnes dans leur démarche d'insertion et de recherche d'un mieux-être. 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.

Le cadre est structurant. Dès le premier jour, l'hébergé est accueilli par un référent. Chaque référent a 15 suivis. Dans un premier temps, on laisse les personnes s'opposer, puis, après quinze jours à un mois, on propose un contrat dans lequel l'hébergé doit s'engager à quelque chose, par exemple à se soigner. Le CHRS propose des ateliers d'adaptation à la vie quotidienne et dans cet esprit, le petit déjeuner est réalisé par les hébergés. La multiprofessionnalité de la prise en charge permet d'évaluer la personne, son aptitude d'autonomie, de resocialisation, d'adaptation au collectif.

Des partenariats sont établis avec le Secteur 11 de psychiatrie, avec Pass 93 pour l'addiction, avec le ministère de la justice. Le Juge d'Application des Peines vient à La Cité Myriam pour voir comment vivent les gens.

L'hébergement des personnes est temporaire. Les hébergés ont terminé leur parcours lorsqu'ils sont insérés socialement. Ils séjournent dans le CHRS de six mois à deux ans mais pas au-delà. L'équipe les aide à trouver un logement et dispose de logements passerelle partagés. La réussite du parcours nécessite de la cohérence en particulier avec l'équipe de psychiatrie, et que la personne soit acteur de son projet.

L'expert Pierre LAMOTHE est médecin-chef du SMPR de Lyon. Il présente sa contribution comme étant un *plaidoyer pour une vision psychodynamique de la psychopathie*, qui est un état limite avec une problématique narcisso-abandonnique et un doute identitaire. Le psychopathe est un vilain petit canard victime de l'échec de l'accueil mutuel initial, d'un attachement désorganisé, d'une insécurité, d'une incapacité à éprouver du bien-être et à en créer les conditions. Le maître mot est l'excitation : il a souffert d'excès de stimuli, d'une défaillance du pare-excitation initial. Ce qui fait que tout stimulus est excitant et potentiellement traumatique, de même qu'indifférencié même si la parole existe. Sur le plan de la sémiologie, il faut souligner la compulsion de répétition et le déséquilibre passivité-activité. Il y a une carence de la rétention qui se retrouve dans l'échec des apprentissages. Le but du jeu dans la conduite de sa vie est la vérification amère de l'échec. Le diagnostic différentiel est à faire avec les pervers qui établissent des scénarios caractérisés par la maîtrise. Il existe tout de même des psychopathes réussis : tels que les conquérants de l'impossible, les rameurs fous.

La prise en charge doit créer une spirale vertueuse en utilisant la répétition en sécurité par une positive attitude qui gratifie par le succès, hiérarchise les événements et établit que l'échec ne tue pas. Il ne faut pas hésiter à marquer des limites selon la phrase de J. HOCHMANN : « ce n'est pas la peine d'essayer d'être tolérant jusqu'au bout, il n'y a pas





de bout ». Les grands principes de cette prise en charge peuvent s'énoncer ainsi :

- On ne peut pas refaire la partie.
- Partir de l'existant : on vit avec ce qui reste.
- Je ne suis pas là pour t'aimer.
- Mais je te veux du bien.
- Je peux te soigner parce que je vais mieux que ti, que j'ai toute une équipe qui me réconforte, que je n'ai pas peur du contact même si j'ai peur de ta dangerosité.
- Il y a une vie entre les projets et dans les projets.

L'un des points forts est de rétablir la confiance. Le risque est d'être contaminé par le psychopathe. Il faut se dire : je ne suis pas offensé parce qu'il me traite comme il traite les autres et se traite lui-même.

Pierre LAMOTHE conclut son exposé par quelques aphorismes à méditer :

- Quand on n'a pas connu trop, on ne sait pas ce que c'est qu'assez.
- Ce qui est tolérable est tolérable, ce qui ne l'est pas, l'est pas.
- Le pire n'est jamais sûr.
- Il n'y a pas de mal à se faire du bien.
- Ce qui doit finir n'est pas déjà fini. (C'est à dire que c'est la peine de s'y mettre même s'il n'est pas forcé qu'on ait l'espoir de réussir).

L'expert Bruno GRAVIER est Médecin Chef du service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires, dans le Département de psychiatrie du CHU Vaudois et Professeur associé à l'université de Lausanne. Il nous propose *quelques éléments issus de la clinique en milieu pénitentiaire*. Il s'interroge d'abord s'il y a lieu de garder le mot « psychopathie » que l'on ne peut pas balancer sans précaution. Il appelle également à la prudence dans l'usage des échelles par rapport à un diagnostic : « *si nous ne travaillons pas notre écart entre notre clinique et les échelles, nous arriverons à des monstruosité législatives. Il faut laisser ce qui est du côté de la clinique et ne faire que la cotation de la violence* ».

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 interrogent la délimitation entre psychopathie et trouble de la personnalité antisocial.

On note en premier lieu les agirs psychopathiques qui sont une décharge de tension intérieure, une maladie de la rencontre, qui présentent une proximité avec la psychose dans le vécu abandonnique, la recherche de maîtrise et l'exploration des limites, qui peuvent laisser de la place à des manifestations hystérisantes et des phobies archaïques. On notera également la destructivité qui est une attaque contre les pensées de l'autre, la pauvreté fantasmatique avec incapacité à penser et à mentaliser, et la trace du traumatisme. La relation du psychopathe avec son entourage en particulier et le monde en général est en effet marquée par le traumatisme, en tant que celui-ci empêche toute continuité relationnelle, affective et psychique. Du fait de cette expérience psychologiquement ingérable, il ne peut métaboliser l'émotion et tente de la maîtriser. Il peut utiliser une problématique perverse, une recherche masochique de sensations.

Les comportements du psychopathe en prison sont : la violence agie sur soi, dont les automutilations, utilisant le corps dans une dimension de chantage, comme instrument d'une plainte qui ne vise pas à une satisfaction utilitaire ; la violence sur autrui inquiétante, déstabilisante, perturbant l'ordonnement pénitentiaire, qui agit une recherche primitive de sanction ; la distorsion relationnelle par laquelle les patients assujettissent 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. L'équilibre est toujours instable ; les interlocuteurs sont impuissants et confrontés à une jouissance perverse, une contractualisation impossible ; le regard prime ; l'envie de rétorsion et de contre violence point. Ces caractéristiques se retrouvent à un moment ou l'autre dans les manifestations les plus voyantes et les plus désespérantes de ces sujets.

L'accompagnement thérapeutique se définit à partir de deux axes. Le premier au niveau institutionnel : travailler l'anticipation et la réponse aux passages à l'acte grâce à un indispensable travail de liaison entre les intervenants ; mettre en place un système de pare-excitation, c'est-à-dire un airbag psychique : calmer l'excitation qui s'empare de tous par des décisions fermes et des moments de supervision, indiquer au patient qu'on peut le contenir sans le détruire. Certains moments prennent toute leur valeur dans une rencontre structurante. Il en est ainsi du temps de la 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 est un excellent modèle qui permet la co-gestion des conflits et une fonction d'étayage.

Le second axe de l'accompagnement thérapeutique est au niveau individuel : aider le patient à la mise en mots et à la mentalisation. Tout moment n'est pas propice à une rencontre thérapeutique. Il existe de véritables moments de crise psychopathique : celle où les agirs se 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-mêmes être prisonniers. Apaiser l'excitation est alors la seule règle mais c'est souvent 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.

Le cheminement thérapeutique vise en premier lieu à remettre en place des repères structurants mais non persécuteurs qui aident 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 deux 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 qui a manqué dans la reconnaissance de l'autre.
- L'ici et maintenant de la vie quotidienne pénitentiaire. L'observation de ce qui s'y joue prend valeur de témoignage de la répétition de ce qui a rendu impossible le processus de socialisation et d'élaboration des conflits. L'impossible défi est de fonctionner entre souplesse et fermeté, d'amener une petite intériorité. Une chose à ne pas oublier : une institution qui veut soigner les psychopathes, doit intégrer ses limites.

En ce milieu de la quatrième et dernière session, la parole est à la discussion. Une question est posée sur l'intérêt de faire émerger le diagnostic de psychopathie, en particulier dans les CHRS. Sandrine BONNEL témoigne que la qualité de l'articulation et de la réflexion a permis que le CHRS fonctionne bien, contrairement à d'autres et précise : « nous avons été amenés à nommer entre nous la psychopathie comme objet du travail en commun avec le CHRS. Cependant, je suis persuadée que pour la plupart des travailleurs sociaux, le terme de psychopathie ne signifie rien. Il est question de sujets qui posent ou non des problèmes dans l'institution, pour lesquels on engage ou non un travail thérapeutique. Le problème du diagnostic ne se pose pas et c'est bien comme cela. Je suis d'accord pour parler de prudence dans ce sens ».

En réponse à une autre question de la commission, Anne-Cécile JACOT évoque le rapport à la loi : « Les travailleurs



*sociaux doivent respecter les règles. Lorsqu'on demande aux jeunes de ne pas fumer, cette règle s'applique aussi aux éducateurs* ». Cela va dans le sens de la cohérence éducative.

Pierre LAMOTHE affirme qu'il n'y a pas de bonne institution pour les gens spécialisés dans la mise en échec des institutions. Il faut constamment savoir passer au voisin pour résoudre des crises et se dire : « *J'ai atteint mes capacités de tolérance* ». Il faut se dire vulnérable : « *à un psychopathe, je dirai : je ne suis plus bon en karaté, je ne peux plus me battre* ».

Jean-Pierre CHARTIER rebondit sur ces propos en rappelant qu'on est là pour parler de thérapeutique et que ce qu'il ne faut surtout pas faire, c'est rentrer dans l'escalade symétrique de la violence. Or, Dieu sait s'ils nous y incitent ! Il nous narre une expérience personnelle dans la rue qui a failli mal tourner jusqu'au moment où il comprit qu'il avait un psychopathe en face de lui. Il a changé d'attitude et évité le coup de couteau qui lui était promis.

Bruno GRAVIER évoque un autre écueil rencontré en prison : « *Dans notre exercice professionnel, il y a le quotidien avec les surveillants, nos relations avec la direction et le travail avec le magistrat. Ce sont trois niveaux différents et il faut éviter que la communication passe par le service médical* ».

Catherine PAULET, membre de la commission, demande que soient précisés les liens entre le secteur 11 de la Seine Saint Denis et La Cité Myriam. Sandrine BONNEL répond qu'il n'y a pas de lien contractuel. Il y a simplement que La Cité Myriam est sur le territoire du secteur : « *Nous nous sommes d'abord engueulés, ensuite nous avons posé des règles de bonne conduite, et puis, nous avons mis en place les réunions institutionnelles* ». Nouraddine ETTAJANI rappelle que le CHRS n'a pas de compétence dans le soin ni de spécialiste sur place. Daniel ZAGURY, psychiatre, considère que c'est l'intérêt du secteur de travailler avec les CHRS et inversement. Si cela fonctionne, c'est une question de personnes : « *La tragédie du service public est de savoir qu'il y a des choses comme celle-là à faire et de ne pouvoir le faire* ». Jean-Louis SENON estime que Sandrine BONNEL pose bien l'impérieuse nécessité d'aller travailler chez l'autre, en particulier pour la prise en charge des psychopathes. On peut éviter ainsi d'envoyer un psychopathe dans un cadre non contenant, ce qui est irresponsable. Il faut se connaître, pouvoir s'interpeller. En un mot, c'est cela le réseau.

L'expert Pascal BRUSSON est Juge d'Application des Peines (JAP) dans le cadre de la justice pénale pour les majeurs. Il rappelle *les deux cadres légaux qui imposent des soins* : l'obligation de soins et l'injonction de soins qui s'intègre dans un suivi socio-judiciaire. L'obligation de soins a été créée en 1958 en même temps que le JAP. Elle est une mesure générale non spécifique. L'injonction de soins a été créée en 1998 et mise en place en 2001-2002. Elle a été récemment complétée par la loi du 12 décembre 2005.

Il s'agit de prendre en compte la récidive des infractions sexuelles graves. Il y a deux principes cadres : le sursis de mise à l'épreuve qui génère un certain nombre d'obligations et l'aménagement de peine. S'il n'y a pas d'obligation d'expertise, le juge l'a établie en pratique courante pour avoir une base sur laquelle s'appuyer. Le choix du médecin traitant est fait par le condamné lui-même. Mais ce dernier est incité par le Juge à s'adresser à des équipes pluridisciplinaires et est contrôlé par le service d'insertion et de probation. L'irrespect de l'injonction de soins entraîne la révocation du sursis. Cette injonction a une fonction préventive du risque de récidive. Dix mille sont actuellement en cours en France. Il est exigé que soit fixée la durée du suivi qui est de dix ans au minimum, voire sans limitation de durée. L'injonction de soins peut être mise en œuvre pendant le temps de détention : dans ce cas, le non respect entraîne la suppression des réductions de peine. Quand le condamné est libre, le médecin coordonnateur est l'interface et prévient le juge en cas d'irrespect. La loi du 12 décembre 2005 a introduit des nouveautés : au lieu d'un médecin traitant, on peut avoir un psychologue traitant ; le médecin traitant a la possibilité de donner un traitement qui fait chuter la libido même s'il n'est pas sur le marché, le JAP peut imposer la prise d'un traitement en prison (sinon il y a perte des réductions de peine). Pascal BRUSSON conclut sur l'attente par la justice, de préconisations concernant les psychopathes.

L'expert Michel DUBEC, psychiatre et expert à Paris, explique qu'il a été chargé de tester *l'obligation judiciaire pour traiter la psychopathie*. Il énonce d'entrée une question : cette obligation judiciaire est-elle nécessaire ? Il répond oui parce qu'elle est imposée par la violence incontrôlée de l'individu, par la difficulté de sa prise en charge par un service de psychiatrie et par l'intérêt social. Il existe cependant des contradictions : la première étant qu'une obligation judiciaire ne peut être décidée que sur un délit. L'embaras réside dans la conduite psychopathique car c'est de conduite dont il s'agit, d'un style de vie. Les délits sont multiples et variés tandis qu'un diagnostic n'est pas une catégorie juridique. De plus, la psychopathie peut donner lieu à des manifestations antisociales dès l'âge pubertaire et se prolonge au delà de l'âge de 40 ans, d'où une obligation judiciaire de soins sur une longue durée, susceptible de traverser les juridictions pour mineurs et les juridictions pour majeurs sans être interrompue. Il est souhaitable que le service de contrôle reste unique au gré des pérégrinations du psychopathe.

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. Henry EY écrivait en 1974 : « *La dépression, 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* ». Ces propos nous rassurent sur un fait, celui que la connaissance psychiatrique est stable.

Dans les services de psychiatrie, il n'y a pas de troubles qui ne mobilisent autant le vœu d'un recours à la loi de la part des soignants. Dans les prisons, la contrainte de soin s'exerce pesamment, le point de vue de l'administration pénitentiaire étant : calmez le. Dans le même temps, le détenu souvent toxicophile demande des médicaments. Il existe donc une double pression. L'article D 398 permet au psychiatre d'organiser le transfert vers l'Hôpital Psychiatrique d'un patient que le confrère hospitalier ne voit pas arriver d'un très bon œil. D'autant plus que le psychopathe a tendance à se normaliser dès qu'il débarque à l'hôpital. A l'inverse, l'hôpital peut-il recourir à la prison ? La réponse est non. La seule solution est l'UMD. Une autre issue, plus facile à mettre en œuvre, qui est la pire des solutions, est de le faire sortir. Une loi sur la psychopathie doit être une loi de protection des services hospitaliers.

Quels critères pour l'injonction de soins aux psychopathes ? La loi du 17 juin 1998 peut servir de base. Le premier critère serait la réitération des actes dont on sait qu'elle entraîne un supplément de peine au nom de la récidive. 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 dont Cayenne était un exemple ? 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.

Quels moyens de pression pour cette injonction de soins ? Pourrait-on envisager un supplément de peine comme dans la loi de juin 1998 ? La carotte serait une alternative à l'incarcération dans les cas où le délit est peu grave, associant un travail d'intérêt général et une obligation de soin. Ce marchandage peu en vogue dans le système judiciaire français a l'avantage de toute relation marchande : il pacifie. Une obligation judiciaire de soin spécialement 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'articulent à la justice. Une évolution de la loi de 1990 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, d'éviter de nouvelles hospitalisations sous contrainte pour imposer un traitement ou bien des sorties d'essai d'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. Une telle obligation pourrait encore être décidée au décours d'une détention pendant laquelle un détenu aurait présenté des troubles mentaux avérés avec passage au SMPR ou transfert en hôpital psychiatrique.

Il serait important de créer la fonction de tuteur judiciaire pour les plus jeunes, 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. Ce trait d'union entre le judiciaire et le médical serait éminemment positif (un rapport de l'INSERM avait proposé en 1991 un tuteur pénal pour les adolescents criminels). Le tuteur judiciaire, constant, représenterait le risque de la sanction encourue et l'accompagnement du soin. La peine encourue, en cas de rupture de soins est laissée à l'appréciation du législateur.

L'expert Daniel ZAGURY est psychiatre des hôpitaux au Centre Psychiatrique du Bois de Bondy, il intervient sur le thème de *l'expertise pénale des psychopathes*. La loi a défini l'état de démence (article 64 de l'ancien code pénal), puis l'abolition du discernement (article 122-1 alinéa 1 du code pénal), l'atténuation de la responsabilité pénale (circulaire Chaumié), puis l'altération du discernement (article 122-1, alinéa 2 du code pénal). 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 sur le taux de malades mentaux bénéficiant d'un non-lieu pour irresponsabilité. Ajoutons qu'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. 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. Le rapport relève d'une étude au cas par cas.

De façon constante, les déséquilibrés ont été exclus du champ de l'irresponsabilité quand seule l'économie psychopathique était en jeu dans la commission de l'infraction. Le débat est ouvert sur les limites entre les troubles de la personnalité et les maladies mentales. Cette question des limites fut 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 moyens 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 Lan-téri-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 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.

Daniel ZAGURY donne deux exemples cliniques : dans le premier, ce qui est au premier plan est une maladie mentale (une schizophrénie) et dans le second, un trouble de la personnalité (une pédophilie).

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 pas rare, eu égard à sa variabilité thymique et émotionnelle, qu'il accepte l'expertise à la tentative suivante. Lorsqu'on s'occupe des psychopathes, observe Daniel ZAGURY, on est confronté à une utilisation perverse de cette sollicitude. Lorsqu'ils se retrouvent en prison, on note le contraste entre la fuite en avant qui a précédé et l'apaisement en milieu carcéral. Personne n'est plus convainquant que le psychopathe pour dire qu'il n'est pour rien au fait de se retrouver en prison. Avec les psychopathes, il ne faut pas en faire trop. La modestie des ambitions nous permet d'accepter de les suivre en pointillé. L'après-coup de ce pointillé va devenir une histoire et une continuité. Une nouvelle loi de soins sous contrainte pour les psychopathes doit donc s'adresser en priorité aux soins ambulatoires.

La parole est donnée à la commission et à la salle pour la discussion finale. Daniel ZAGURY reprend la parole pour rappeler que la psychiatrie de secteur n'est pas concernée que par la psychose puisque 50 % de sa file active est constitué de patients non psychotiques.

En réponse à la question : est-ce que la psychopathie, ça se soigne ? Daniel ZAGURY répond que la psychopathie,

ça décompense. La décompensation se soigne à l'hôpital par une hospitalisation courte. Les problèmes rencontrés alors, le sont avec les autres patients hospitalisés. Il insiste : « la psychopathie, ça se soigne car il y a beaucoup de psychopathes dans les files actives des secteurs. Bien sûr, que cela se soigne ! ». Mais, remarque Sandrine BONNEL : « la personnalité est une maladie chronique et donc ça ne guérit pas ».

Didier BOURGEOIS se dit interpellé par l'idée d'une obligation de soins pour les psychopathes par rapport à un diagnostic. Daniel ZAGURY répond que les psychiatres ont perdu la main sur cette question : qui soigne-t-on aujourd'hui ? « On soigne les psychopathes parce qu'ils ont des troubles qui gênent la société et non parce que nous pensons qu'ils relèvent de soins psychiatriques ».

Bruno GRAVIER considère que la question de l'obligation de soins occulte l'accompagnement du psychopathe sur lequel on a beaucoup progressé. Michel DUBEC rappelle qu'un psychopathe âgé de 50 ans est moins dangereux et que notre travail est d'accélérer cette évolution. Catherine PAULET revient sur la loi du 12 décembre 2005 et la question posée aux experts sur le risque de récidive. Elle dénonce une nouvelle mission donnée au psychiatre qui est celle d'une médecine de contrôle social : « il s'agit d'une thérapie qui vise à limiter les risques de récidive ». Une loi spécifique pour suivre indéfiniment les psychopathes, entendue au premier degré est en résonance avec la loi du 11 décembre 2005 : « je croyais que c'était au deuxième degré », conclut-elle.

Michel DUBEC répond qu'une loi doit s'éprouver et si elle n'est pas adaptée, elle tombe comme beaucoup en désuétude. « De toute façon des experts répondent déjà aux magistrats sur le risque et la prévention de la récidive ». Daniel ZAGURY observe que ce qui intéresse à présent la société, ce n'est plus le diagnostic mais le pronostic et l'imputation de la récidive à l'un ou à l'autre : « l'un, c'est vous et nous. L'avenir appartient à celui qui assurera le rôle de l'astrologue qui dit ce qui va arriver ».

**La conclusion de l'audition publique** est confiée à Nicole MAESTRACCI, présidente de la commission d'audition. Elle constate qu'il est difficile de penser la psychopathie en terme de politique de santé publique. Le travail qui va être réalisé sur la psychopathie devra être lisible par l'ensemble des psychiatres et des personnes concernées. Les lois votées ces dernières années ne tombent pas en désuétude. Les professionnels n'ont pas suffisamment fait connaître les limites de leur champ en dehors de leur bulle. « Nous devons faire connaître les raisons pour lesquelles nous avons raison ».





Lydia Barlag

## Mlle A. Do. ou l'attachement inséculaire

Travaillant dans un service de psychiatrie adulte, nous suivons peu de grands adolescents ou de jeunes adultes. Ils sont accueillis lors d'une situation de crise, ils sont la plupart du temps à un moment crucial de leur vie sur le plan social, professionnel et familial. Parfois, alors qu'ils l'ont été jusque là, ils ne sont plus suivis en pédopsychiatrie en raison de leur âge. Cette période est propice aux décompensations. Un des questionnement présents est celui du mode d'attachement acquis durant la petite enfance et de son devenir.

Ce mode influence les représentations que l'enfant a de lui-même et des autres, ainsi que ses stratégies mises en place pour traiter les pensées et les émotions relatives à l'attachement. Ainsi, le sentiment continu d'exister, le sentiment de sa propre valeur, le narcissisme se constituent et s'inscrivent dans une succession de relations fondatrices du processus d'attachement décrit par Bowlby (Attachement et pertes, 1999). C'est à partir de cette base sécurisée (lorsqu'elle est acquise) que se développe la personnalité de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte jeune (Visier, mai 2004). Son envie de découvrir le monde, sa confiance dans les autres et son lien avec eux et son estime de soi-même, sont la composante narcissique de l'existence si importante à cette période.

Il s'avère que 97 % des adolescents hospitalisés en psychiatrie ont un attachement inséculaire. Ils ont dû établir des stratégies alternatives pour se structurer, pour apercevoir et gérer le monde, la relation avec les autres, et l'estime d'eux-mêmes. Ils sont donc plus vulnérables et plus à même de développer des pathologies psychiatriques tout particulièrement. Placés à un moment crucial de leur développement, ils prennent leur entrée en maladie « en pleine figure » (Atger, Pionnié, 2003). Pourtant, il y a des signes précurseurs, repérables pendant toute leur enfance, passant souvent inaperçus, dont le repérage permet de mettre en place un suivi pédopsychiatrique.

Le cas clinique de Mlle A. Do., est exemplaire : c'est une « jeune majeure » hospitalisée dans notre service pour troubles dépressifs avec idées noires, scarifications, associées à un délire de persécution avec hallucinations auditives et visuelles évoluant depuis 5 mois. Nous verrons au fur et à mesure l'existence de facteurs de risque de troubles de l'attachement et de prodromes de sa maladie non-repérés depuis son enfance. Nous verrons que cet attachement inséculaire non seulement aura favorisé son entrée dans la maladie, mais continue à la mettre en échec dans sa vie débutante d'adulte.

### Cas Clinique

Mademoiselle A. Do. vient à sa propre demande accompagnée par les éducateurs du foyer de l'enfance dans lequel elle vit depuis quatre ans.

Elle est l'aînée de deux ans de sa sœur. Elle a été annoncée comme garçon par l'échographiste pendant la grossesse, son nom « Adrian » a été modifiée en « Adriane » le jour de sa naissance. Un prénom de fille n'était pas prévu par les parents.

La mère de la patiente est femme au foyer, femme battue, sans profession et porteuse d'une maladie neurologique. Lorsque la patiente a 2 ans, sa sœur venant de naître, sa mère sera hospitalisée pendant 6 mois suite à un accident. Pendant ce temps, ce sont des voisins qui s'occupent d'Adriane et de sa sœur.

Suite à cet accident, la mère reste handicapée et ne peut plus s'occuper de sa fille aînée. Le contact avec Adriane devient sporadique, distant et conflictuel pendant toute l'enfance de la patiente. Le père est un ancien toxicomane, maltraitant et agissant sur un mode pervers vis-à-vis de l'ensemble sa famille. Ni lui, ni sa femme ne posent de limites cohérentes à leurs filles.

Adriane a présenté des troubles du comportement dès le retour au domicile de sa mère. Elle la frappe, est opposante par principe et se montre intolérante à la frustration. A l'âge de 8 ans, elle fait partie d'une bande d'enfants commettant des vols à l'étalage. Au moment où, surprise et sanctionnée, alors qu'elle est « forcée » à rembourser la valeur du butin

pris, c'est à dire qu'une limite lui est posée, sa pulsion de voler s'arrête net.

La violence et la notion de danger (conduite ordalique) font partie de sa vie ce qu'illustre sa première relation amoureuse. A l'âge de 16 ans, elle a une relation avec un garçon qui la bat sans qu'elle puisse se défendre. Au moment de l'hospitalisation, elle n'a pas eu de rapports aboutis.

Le père élève ses deux filles après la séparation de sa femme survenue alors qu'Adriane a 11 ans. C'est elle qui le retrouve, mort, au lendemain d'une dispute forte avec elle au cours de laquelle elle lui a souhaité la mort. Elle fait alors semblant de n'avoir rien remarqué et attend que sa sœur donne l'alerte.

Après le décès de leur père, les deux filles seront placées dans un foyer de l'enfance. Elles ne verront leur mère que pendant les vacances scolaires et encore, sur insistance du juge des enfants. Ce n'est que 2 ans plus tard que la mère initie un processus de rapprochement familial et que ses filles doivent changer de département pour la rejoindre. La patiente est placée dans le foyer où elle réside au moment de l'hospitalisation ; sa sœur est acceptée dans une famille

d'accueil. Le contact entre la patiente et sa mère ne s'améliore pas et contiendra des ruptures de contact pendant plusieurs mois.

C'est à partir du placement en foyer que la patiente se pose des questions existentielles comme: « D'où venons-nous ? » « Est-ce que quelqu'un nous a posé sur terre ? » et qu'elle commence à croire aux esprits. Depuis qu'elle a vu le film « The Truman Show <sup>1</sup> », la patiente a un sentiment de déréalisation et un syndrome d'influence et de persécution conçue comme dirigée contre elle. Toutes ces manifestations lui font très peur et elle se replie sur elle-même sans oser sortir seule du foyer. Elle se fait faire une dizaine de piercings, commence à ressentir de la tristesse accompagnée d'idées noires et se scarifie de plus en plus souvent. Elle ne se sent liée qu'à elle-même, n'ayant jamais pu établir des liens fiables avec qui que ce soit.

A l'école, la patiente reste très performante jusqu'en Première S. Elle envisage des études de sage-femme, ou alors des études de médecine. Au cours de l'année 2003/2004 on note un absentéisme et une baisse continue des résultats scolaires jusqu'à son hospitalisation.



1. The Truman show, film USA 1998, Paramount, réalisateur Peter WEIR.

## ***Nous pouvons repérer comme facteurs de risque pour le développement de troubles de l'attachement :***

Dès le début de sa vie intra-utérine, Mlle A. Do. n'est pas acceptée pour ce qu'elle est réellement, un fille. Elle reste d'ailleurs « garçon manqué » pendant toute son enfance.

S'y rajoute la séparation de longue durée de sa mère après son accident. D'après Bowlby<sup>2</sup>, les pertes ou deuils sont souvent à la source d'une pathologie psychiatrique.

Les carences affectives, l'incohérence parentale, l'agressivité au cours du développement précoce privent l'enfant de points de sécurité adéquats et le contraignent à des stratégies relationnelles génératrices d'un attachement insécure. L'enfant établit des relations en termes de rapports de forces : « Ou tu me tabasses, où je te tabasse » (Visier, cours de D.U. 2004).

Les représentations mentales, ainsi que la perception du « soi » d'un tel enfant sont également déformées en comparaison avec celles d'un enfant doté d'un modèle d'attachement sécure. Différentes pathologies comme celle du deuil pathologique, la dépression névrotique, l'agoraphobie, les troubles de la personnalité, une psychose, des troubles du comportement ou alors les comportements suicidaires peuvent s'ensuivre comme solution pathologique d'une situation désespérée d'un trouble de l'attachement.

La notion de « danger » de ne pas être reconnue, d'être abandonnée, fait depuis toujours partie de la vie de Mlle A. Do. A sa naissance, elle a vécu le danger d'être une fille ayant été attendue comme garçon. Elle a vécu le danger de perdre sa mère à l'âge de 2 ans, puis a pâti de l'incapacité de cette dernière de s'occuper d'elle convenablement. Elle a vécu le danger de la maltraitance de par son père et l'indifférence de sa mère. Ensuite, son père meurt et elle peut (inconsciemment ou consciemment) s'en voir comme actrice à cause de leur dispute de la veille et de ses pensées, comme si sa pensée « magique » pouvait tuer. Elle devient donc elle-même porteuse du danger de mort.

## ***Symptômes d'un trouble de l'attachement :***

Les troubles du comportement sont une manière de montrer un attachement insécure. En utilisant une hyper signalisation, l'enfant essaie à tout prix d'attirer l'attention de la figure d'attachement (Bader, Pierrehumbert, 2004).

Le détournement du corps de son père peut être vu comme le signe d'un attachement insécure. L'enfant se détourne de ses propres émotions, les fuit, sachant que sa figure d'attachement n'y prêtera de toute façon pas attention. Il pouvait aussi y avoir, dans cette scène « primordiale et fondatrice », la notion d'une culpabilité d'un indicible : dire la mort du père qu'on avait souhaité (Bader, Pierrehumbert, 2004).

Les piercings sont des phénomènes très répandus de nos jours. Ils se réfèrent à des rituels vieux de plusieurs millénaires, mais expriment des choses bien à eux. Ils renvoient aux pathologies de l'image du corps et de la pensée, et à l'histoire de l'attachement pendant la toute petite enfance (Scialom, 2003).

Tous ces événements montrent un attachement insécure tel que l'a construit Mlle A. Do. pendant sa petite enfance. Dans aucun domaine, cette patiente a été sécurisée. L'exploration de son environnement, elle a dû la faire sans le soutien d'une mère « suffisamment bonne » (Winnicott), qu'elle n'a jamais eue.

A l'entrée dans l'adolescence, l'attachement insécure de Mlle A. Do. est confirmé par la perte physique de son père et le nouveau désinvestissement de sa mère.

## ***Symptomatologie :***

La symptomatologie de Mlle A. Do. est complexe. On y trouve la dépression avec des idées noires très brutales : « J'ai envie de me foutre une balle dans la tête », un délire de persécution avec hallucinations acoustique-verbales et visuelles, l'auto-dépréciation, la culpabilité par rapport à la mort de son père, le vide existentiel, ainsi que des angoisses massives. Mlle A. Do. se scarifie pour meubler sa solitude. Elle craint le regard des autres mais se sent incapable de changer de présentation, d'enlever ses piercings qui attirent le regard ou de ne pas s'habiller dans le style « gothique ».

Elle ne se sent liée qu'à elle-même, n'ayant jamais eu l'occasion d'établir des liens fiables ni avec sa mère, ni avec son père, ni avec d'autres personnes autour d'elle.

L'ambivalence est un autre symptôme, elle se reflète à travers ses changements d'humeur incessants (passage des larmes et de l'effondrement dans le pavillon au rire avec ses amis dans le trois minutes), dans les nombreuses variations de comportement (radieuse avec des amis, renfermée dans le pavillon) ainsi que par rapport à la nécessité de son hospitalisation, ses permissions et ses relations. Ce symptôme a tendance à lui porter tort parce qu'elle se présente sur des modes de comportement et d'attitudes divergents selon les personnes.)

## ***Prise en charge de la patiente***

La prise en charge de cette patiente s'est avérée complexe dès le début de son hospitalisation. Le test de la personnalité (Rorschach) révèle une structure psychotique. Son ambivalence, ses passages à l'acte, ses changements d'humeur réussissent à cliver l'équipe soignante, les uns la jugeant « manipulatrice et hystérique », les autres l'appréhendant comme gravement malade.

L'accompagnement par l'Aide Sociale à l'Enfance est problématique. Le « contrat jeune majeur » doit être renouvelé tous les trois mois. Mlle A. Do. risque de perdre son logement au foyer parce qu'elle est située au delà de la limite d'âge de prise en charge par ce foyer. En effet, à un moment la patiente se retrouve sans logement. Adriane est donc constamment dans l'insécurité concernant son propre domicile et ses ressources, le danger d'abandon est encore présent, même de la part des structures de prise en charge.

Nous avons mis en place un traitement psychotrope associé à des entretiens médicaux bi-hebdomadaires, ainsi qu'une psychothérapie hebdomadaire. La patiente accroche à ces



nouveaux points de référence dans sa vie. Dans le but de la narcissiser, nous lui proposons de la relaxation, l'activité piscine, gymnastique et danse, c'est à dire des soins psychocorporels. En parallèle avec la poursuite d'une scolarisation en milieu normal, nous établissons des dossiers de candidature pour différents centres de réinsertion sociale et professionnelle, dont un lycée pour malades mentaux.

Le but sera d'obtenir une adhésion aux soins et de passer du registre de la dépendance et de l'assistance (générateur d'ambivalence) à l'autonomie. Il faudra être vigilant à ses essais de mettre en échec les projets d'avenir et surtout éviter ce qui pourrait être vécu comme un autre abandon en référence à son vécu abandonnique établi depuis la toute petite enfance.

L'hospitalisation se déroule en dents de scie. Nous constatons une survenue de plus en plus fréquente de larmes, capacité que la patiente n'avait plus depuis le décès du père. Il y a une ouverture de plus en plus nette dans ses propos, une prise de confiance et conscience de ses troubles et l'essai d'en comprendre l'origine. On constate une diminution des idées noires, ainsi que de son délire et de ses hallucinations, mais leur recrudescence est inévitable à chaque événement difficile vécu par la patiente. Elle s'attelle à son travail scolaire pendant son hospitalisation et une rescolarisation dans sa filière d'origine est tentée selon son souhait. En même temps, nous essayons d'établir un filet de sécurité en envisageant d'autres projets d'avenir avec elle.

A ce jour, la patiente cherche son chemin d'avenir. Elle a presque 20 ans et a mis en échec plusieurs projets professionnels. Elle vit dans une famille d'accueil de l'ASE qu'elle devra quitter à l'âge de 21 ans, au moment où la prise en charge de l'ASE s'arrêtera.

Elle accepte l'hôpital comme un point de chute auquel elle revient régulièrement lors d'évènements de vie douloureux qui provoquent la recrudescence de la symptomatologie délirante et dépressive. Nous nous posons actuellement la question d'une orientation COTOREP en vue de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et d'une demande d'AAH afin de lui éviter une fin de toute prise en charge d'ici un an.

## Bibliographie

1. Pionnie N., Atger F., « Attachement et Psychopathologie », Perspectives Psy, vol. 42, n° 2, avril-juin 2003, p. 129-133.
2. Atger, F., Pionnie, N., « Attachement et adolescence », Perspectives Psy, vol. 42, n° 2, avril-juin 2003, p. 122-128.
3. Visier J.-P., « Sentiment d'exister et estime de Soi », texte pour cours du D.U. « Adolescences », 03/05/2004.
4. Vaillant N., « Synthèse », Encéphale du Praticien, n° hors Série 5, novembre 2000, p. 53-54.
5. Bader M., Pierrehumbert B., « Attachement et violence », Psychiatrie Française, vol. 43, n° 4, octobre-novembre 2004, p. 255-295.
6. Visier J.-P., « Troubles du comportement de l'adolescent », texte pour cours du D.U. « Adolescences », 22/04/2004.
7. Scialom P., « Circoncision, Tatouage, Tags : vrais ou faux rituels ? », Evolutions Psychomotrices, vol. 15, n° 61, 2003.
8. Guedeney N., Guedeney A., L'attachement. Concepts et applications, collection : Les âges de la vie, Paris, Masson, 179 p., 2002.
9. Bowlby J. (1978), Attachement et perte, Paris, PUF, 2002.

## Horizons Spécial Bénin

La présence au Bénin plusieurs mois par an, de Monique Wagner chargée par notre revue de développer les relations avec l'Afrique subsaharienne, a permis de tisser des liens très vivants. C'est ainsi que Psy Cause est une revue de référence pour les publications des psychiatres de ce pays et qu'au moment où j'écris ces lignes, deux collègues français impliqués dans nos liens avec l'étranger sont venus apporter leur aide au Bénin.

Deux articles béninois abordent ici des problèmes de société : tout d'abord celui du SIDA qui en Afrique noire est une pandémie meurtrière à propos de laquelle les psychiatres ont un rôle à jouer ; ensuite, le fléau montant de la toxicomanie. Rappelons que ces maux ont été ailleurs abordés dans Psy Cause en particulier par l'intermédiaire de notre rédactrice Sophie Sauzade par ses liens avec les anthropologues principalement au Cameroun.

Le royaume du Bénin était un puissant état du sud de l'Afrique de l'ouest lorsque les premiers navigateurs portugais y abordèrent en 1472. Au XIX<sup>e</sup> siècle, le royaume plus ou moins divisé s'opposera aux entreprises coloniales de la France et surtout de l'Angleterre qui en intégrera dans sa colonie du Nigéria la plus grande partie. Il sera par ailleurs dispersé dans les provinces du sud du Togo et du Dahomey. Le Bénin actuel est l'ancienne colonie française du Dahomey d'une superficie de 112 600 km<sup>2</sup>. Cet état revêt un caractère artificiel, le colonisateur ayant regroupé plusieurs royaumes concernant des ethnies différentes voire de simples organisations tribales. Il a très tôt développé une élite cultivée qui amena à parler du Dahomey sous le vocable de « Quartier latin de l'Afrique ». Mais ceci doit être modulé en distinguant d'une part une zone littorale (Cotonou, Porto Novo) avec des instituteurs, des petits fonctionnaires et des commerçants qui contribuèrent à la naissance d'une identité nationale et jouèrent un rôle moteur lors de l'indépendance, et d'autre part le Nord, autour de Parakou, dont le développement a été plus tardif. A noter que Parakou est à présent bien investi par nos collègues béninois et que cela est probablement contemporain d'un rééquilibrage du pays.

Jean-Paul Bossuat



Matthieu C. Tognide<sup>1</sup>  
Prosper Gandaho<sup>2</sup>  
Josiane Ezin-Houngbe<sup>1</sup>  
M. Dossa<sup>3</sup>  
René Gualbert Ahyi<sup>1</sup>

## Besoins de prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA à Cotonou (Bénin)

**Résumé :** Hormis l'aspect physique, les problèmes qui se posent à une personne vivant avec le VIH / SIDA (PV VIH / SIDA) dans notre pays, le Bénin, sont essentiellement d'ordre psychologique et sociale. A travers une étude prospective transversale à la fois descriptive et analytique qui s'est déroulée aux sites de prise en charge spécifique, des PV VIH / SIDA de COTONOU, les auteurs visent à recenser les besoins de prise en charge psychosociale exprimés par ces dernières. Les principaux besoins exprimés par les PV VIH / SIDA restent dominés par l'appui financier (56,6 %) car 49,8 % de ces dernières ont connu une modification professionnelle avec 32,5 % de perte d'emploi. Le revenu mensuel a considérablement diminué avec la survenue de l'infection. Elles ont mentionné qu'il faut faciliter l'accès aux antiretroviraux (55,1 %) sans oublier l'information et le soutien psychologique qui sont indispensables car le sentiment de peur de mourir (15 %) reste permanent chez les PV VIH / SIDA. Certes des efforts louables sont faits pour assurer un mieux être aux PV VIH/SIDA à COTONOU, néanmoins l'approche psychologique paraît négligée et le personnel soignant reste focalisé sur l'aspect physique de cette pandémie.

**Summary :** Except the physical aspect, the problems which arise for a person living with the VIH/SIDA (statement VIH/SIDA) in our country, the benign one, are primarily of a psychological and social nature. With through an at the same time descriptive and analytical transverse exploratory study which proceeded with the sites of catch in specific charge, of statement VIH/SIDA of COTONOU, the authors aim at counting the needs for psychosocial assumption of responsibility expressed by these last. The principal needs expressed by statement VIH/SIDA remain dominated by the financial support (56,6 %) because 49,8 % of these last knew a professional modification with 32,5 % of job loss. The monthly income decreased with occurred considerably of the infection. They mentioned that it is necessary to facilitate the access to antiretroviraux (55,1 %) without forgetting information and the psychological support which are essential because the feeling of fear of dying (15 %) remains permanent at statement VIH/SIDA. Admittedly creditable efforts are made to ensure a greater comfort statement VIH/SIDA with COTONOU, nevertheless the psychological approach appears neglected and the looking after personnel remains focused on the physical aspect of this pandemic.

**Key words :** Needs- Psychosocial treatment statement – VIH/SIDA – Cotonou.

### Introduction

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) représente de nos jours, en dépit du traitement antiretroviral, une affection dont la prévalence ne cesse de progresser [4]. C'est

une pandémie qui prend sa source au carrefour de la vie et du plaisir, surtout dans nos pays sous- développés. A côté de l'aspect purement médical, les véritables problèmes qui se posent à une personne vivant avec le VIH / SIDA sont d'ordre psychologique et social. D'où les besoins de prise en charge thérapeutique globale visant à aider la personne vivant avec le VIH ou le malade du SIDA sont d'une importance capitale. Cette étude vise donc à recenser les besoins de prise en charge psychosociale exprimés par les personnes vivant avec le VIH / SIDA.

#### Psychiatres

1. Département de Santé Mentale FSS/ UAC.
2. Ecole de Médecine de Parakou.
3. Service de Psychiatrie du CNHU – HKM 03 BP 386 Cotonou.

## 1. Cadre et méthode d'étude

Le cadre d'étude est la ville de COTONOU où des activités de prise en charge des personnes vivant avec le VIH / SIDA sont les plus développées.

Les entretiens avec les PV VIH / SIDA se sont déroulés aux sites de l'Initiative Béninoise d'Accès aux antiretroviraux (IBA – ARN) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA ( CNHU – HKM) et du Centre de Traitement Ambulatoire ( CTA), au Centre Arc-en-ciel et au siège de l'association Action, Espoir et Vie.

*L'étude prospective transversale* à la fois descriptive et analytique, s'est déroulée en deux phases : une première phase surtout quantitative du 17 Décembre 2002 au 31 Mars 2003 avec les PV VIH / SIDA ; une seconde phase qualitative du 1<sup>er</sup> Avril au 22 Mai 2003 avec quelques personnes intervenant dans la prise en charge des PV VIH / SIDA.

### *Critères d'inclusion :*

- Avoir eu au moins une sérologie HIV positive.
- Avoir eu connaissance de son statut sérologique.
- Donner son consentement pour participer à l'étude.

### *Critères de non inclusion*

- Etre âgé de moins de quinze ans.
- Avoir un état général très altéré, indice de Karnofsky < 50 %.

En tenant compte de ces critères, nous avons enregistré sur l'ensemble des sites 203 PV VIH / SIDA au cours de la période d'étude.

Pour l'étude qualitative, nous avons procédé à un échantillonnage par choix raisonné en incluant toutes les personnes disponibles pouvant nous donner des informations utiles pour l'évolution des besoins des PV VIH / SIDA surtout en matière de prise en charge sociale. Les données ont été recueillies par nous-même auprès des PV VIH / SIDA à l'aide d'un guide d'entretien.

Pour atteindre l'objectif nous avons étudié les variables dépendantes telles que les besoins de prise en charge psychologique et sociale des PV VIH / SIDA sans oublier les variables indépendantes qui sont les indicateurs permettant de cerner les premières.

Les données au niveau des personnes intervenant dans la prise en charge des PV VIH / SIDA ont été recueillies à l'aide des questionnaires complétés parfois par une interview. Le traitement et l'analyse des données ont été faits à l'aide du logiciel EPI-6 INFO FR du CDC Atlanty / OMS, SPSS et Excel.

## 2. Résultats

### *Le sexe et l'âge des PV VIH / SIDA*

Il existe une prédominance des femmes au niveau des PV VIH / SIDA enquêtées (53 %) avec une sex-ratio H/F = 0,88. La tranche d'âge de 35 – 40 ans est la plus représentée avec un pourcentage de 28,6 %. Signalons que la personne la moins âgée à 18 ans et la plus âgée 63 ans. L'âge moyen est de 36,58 ans.



## Réaction et attitude des PV VIH / SIDA

Tableau I : fréquence des réactions et attitude dans les trois premiers mois qui ont suivi la connaissance du statut sérologique.

Reaction / Attitude	Fréquence	Pourcentage
• Anxiété	16	7,8
• Peur de mourir	71	35,0
• Peur de souffrir	6	3,0
• Inquiétude / Subsistance	27	13,3
• Résignation	92	45,3
• Dépression réactionnelle	44	21,7
• Repli sur soi	2	1,0
• Dénégation	2	1,0
• Idées de suicide	16	7,8
• Peur de contaminer	2	1,0
• Honte	2	1,0

Attitude de ceux qui savent que le sujet est porteur du virus VIH

Tableau II : Fréquence des attitudes de ceux qui savent que le sujet est porteur du VIH

Attitudes	Fréquence	%
• Soutien psychologique	156	76,8
• Appui financier	97	47,8
• Apport matériel / vivres	60	29,6
• Indifférence	16	7,9
• Rejet / isolement	24	11,8

### Conséquences de l'infection sur la vie socioprofessionnelle

49,8 % des PV VIH / SIDA ont connu une modification professionnelle avec 32,5 % qui ont perdu leur emploi. Dans ce lot, 9,8 % connaissent une reconversion professionnelle et 6,5 % un abandon des études. 9 % des cas d'abandon par le conjoint ou la famille ont été observés.

### Revenus mensuels des PV VIH / SIDA avant et après l'infection

Le revenu mensuel a diminué avec la survenue de l'infection. On observe une plus forte proportion de faible revenu après l'infection : 76 personnes se sont retrouvées avec un revenu mensuel inférieur à 10 000 F CFA après l'infection contre 4 avant. Parmi ces 76 personnes, 72 sont sans aucun revenu. Notons que la moyenne des revenus mensuels est passée de 53 405 F CFA à 24 500 F soit une baisse de 54 % alors que la médiane est passée de 35 000 F CFA à 15 000 F.

### Evolution des dépenses mensuelles pour la santé avant et après infection

Les dépenses pour la santé ont augmenté après l'infection. Les proportions de faibles dépenses sont plus élevées avant l'infection qu'après et parallèlement les proportions de fortes dépenses sont plus élevées après infection qu'avant. Signalons que la moyenne est passée de 2 760 Frs avant infection à 12 970 Frs après ; elle a presque quintuplé ; la

médiane est passée de moins de 1 000 Frs CFA à 10 000 Frs CFA. Avant l'infection, les dépenses mensuelles pour la santé représentaient 5,1 % du revenu mensuel ; après l'infection ce même rapport est passé à 52,9 % ; plus de la moitié de revenu mensuel est donc investie dans les dépenses pour la santé après l'infection.

### Principaux besoins de prise en charge psychosociale exprimés par les PV VIH / SIDA

Tableau III : Fréquence des principaux besoins de prise en charge psychosociale exprimés par les PV VIH / SIDA.

Besoins	Fréquence	%
• Appui financier pour monter des activités génératrices de revenu	115	56,6
• Rendre l'accès aux ARV facile à toutes les PV VIH / SIDA	112	55,1
• Former, informer et soutenir psychologiquement les PVVIH/ SIDA	56	27,6
• Lutter contre la discrimination et la stigmatisation	24	11,8

## 3. Discussion

### 3.1 Aspects épidémiologiques

Dans notre étude, nous retrouvons une prédominance féminine (53 %) donnant une sex-ratio H/F = 0,88. Ce résultat est conforme à la tendance épidémiologique actuelle de l'infection par le VIH. En effet, en décembre 2002 l'ONU SIDA signale 58 % de femmes parmi les adultes atteints [5]. Dans notre série, 77,9 % des PV VIH / SIDA ont entre 25 et 45 ans : tranche d'âge où l'on est relativement très actif avec beaucoup de responsabilités ou de charges financières.

### 3.2 Vécu et besoin de prise en charge psychosociale

#### 3.2.1 Réaction et attitudes des PV VIH / SIDA à l'annonce de la séropositivité

Les différentes réactions observées au cours de l'étude sont sous-tendues par d'idée de mort avec un désespoir de survivre et parfois des attitudes de résignation et d'acceptation fataliste au fur et à mesure que la vie se prolonge. Ainsi, après trois mois environ, l'attitude des PV VIH / SIDA reste la résignation (45,3 %) acceptant malgré elles cette situation face à laquelle elles sont impuissantes. Une grande majorité de ces dernières avait des réactions de peur de mourir, d'affect dépressif, d'anxiété, d'idée de suicide, de repli sur soi, de déni comme toutes les affections somatiques graves [9].

Dans la même logique que ces réactions et attitudes des PV VIH / SIDA, ceux qui savent qu'une personne est porteuse de VIH ont adopté dans la majorité des cas une attitude bienveillante caractérisé par le soutien psychologique (76,8 % des cas), l'appui financier (47,8 %) et l'appui matériel (29,6 %).

Dans l'étude conduite par le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) en 1998, 54,8 % des PV VIH / SIDA ont reconnu qu'elles sont assistées par leur famille [7] et GAYE quant à elle retrouve 84,8 % de PV VIH / SIDA affirmant obtenir une prise en charge financière de leur famille pour les soins [1].

### 3.2.2 Infection par le VIH et conséquences socio professionnelles et économiques

49,8% ont connu, après infection par le VIH, une modification professionnelle avec 32,5% de perte d'emploi, 9,8% de reconversion professionnelle. NGOUNOU, en 2000, a retrouvé dans sa série 54% de perte d'emploi [3]. Les raisons fondamentales de ces modifications restent essentiellement la santé défaillante.

Les revenus mensuels ont connu à la survenue de l'infection par le VIH une baisse de 54 % avec 42 % des PV VIH / SIDA se retrouvant sans aucun revenu. Pendant ce temps, les dépenses mensuelles pour la santé ont connu une hausse 370 %. Nos résultats sont superposables à ceux retrouvés au cours des enquêtes réalisées en milieu urbain en Cote d'Ivoire et rapportées par Peter Piot de l'ONU SIDA, où il a été noté que les familles où survient un cas de SIDA subissaient souvent une réduction marquée de leur revenu (jusqu'à 67 %) pendant que les dépenses de santé ont plus que quadruplé [6].

37,4 % des PV VIH / SIDA ont un revenu mensuel inférieur à 10 000 Frs CFA. Elles vivent largement en dessous du seuil de pauvreté globale en équivalent adulte qui est de 166 773 Frs CFA à COTONOU [8]. Les PV VIH / SIDA se retrouvent donc après l'infection avec des revenus très bas sinon nuls pour faire face à des besoins grandissants, notamment pour les soins de santé. Il s'avère alors nécessaire de leur apporter une assistance financière et technique pour monter des activités génératrices de revenu selon leurs capacités physiques. Ce besoin est d'ailleurs le premier exprimé par les PV VIH / SIDA (56,6 % d'entre elles) en matière de prise en charge psychosociale. Ce même besoin a été retrouvé dans une étude conduite par l'organisation Ougandaise d'aide aux malades du SIDA (TASO) où 3/5 des enquêtés ont indiqué qu'ils ont besoin de capital pour mettre sur pied une activité qui puisse leur assurer des revenus [2]. A côté de ce besoin

fondamental il faut faciliter l'accès aux antiretroviraux à toutes les PV VIH / SIDA 55,1 % et soutenir psychologiquement ces dernières (27,6 %).

## Conclusion

Les besoins de prise en charge psychosociale exprimés par les PV VIH / SIDA sont dominés par une assistance financière qui leur permettra de faire face aux problèmes socioprofessionnels et économiques auxquels elles sont confrontées. Elles doivent toutes avoir accès aux antirétroviraux. Ces besoins semblent être cernés à divers niveaux mais beaucoup d'efforts restent à faire notamment dans le soutien psychologique qui semble être négligé dans cette prise en charge des PV VIH / SIDA à COTONOU.

## Références

1. Gaye O. C, La problématique de la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA par le personnel soignant hospitalier du CHU de Cotonou.
2. Jayle D., Mode de transmission et prévention. Impact – Médecin - Guide – Infection à VIH 2001, 35-41
3. N Gounou R., Prise en charge ambulatoire et à domicile des personnes vivant avec le VIH/SIDA, expérience du centre médical Arc-en-ciel de COTONOU. Thèse Med. COTONOU 2000, n° 849, 95 p.
4. ONU SIDA, Prendre conscience du désastre. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. Genève, ONU SIDA, 2000, 21-36
5. ONU SIDA / OMS, Le point sur l'épidémie de SIDA. Genève, ONU SIDA/OMS, 2002, 38 p.
6. PIOT P, Le SIDA en Afrique. Impact – Médecin – Guide – Infection à VIH 2001, 187-196.
7. PNLS / PNUD / MSP, Impact socio-économique des ménages, ville de Cotonou, INSAE, 1996, 68 p.
8. PNUD / INSAE, Profil de pauvreté et profil socio-économique des ménages, ville de Cotonou, INSAE, 1996, 68 p.
9. Revidi P., Réactions psychologiques aux affections somatiques graves, Encyclopédie Medico-Chirurgicale Paris, 37 675 A20, 1994, 10 p.



Matthieu C. Tognide  
René Gualbert Ahy  
E. Agbede  
J. Ezin-Houngbe

## Profil épidémiologique des élèves et étudiants toxicomanes de Cotonou (Bénin)

**Résumé :** La toxicomanie des élèves et étudiants constitue un fléau qui prend une ampleur inquiétante dans nos grandes villes d'Afrique. A travers une étude rétrospective quantitative et qualitative effectuée dans un centre privé de cure, de sevrage, de désintoxication des toxicomanes de COTONOU (la Maison blanche), les auteurs ont voulu cerner le profil épidémiologique des élèves et étudiants toxicomanes hospitalisés dans ce centre de prise en charge. De cette étude, il ressort que 28,82 % de ces toxicomanes recherchent dans l'usage des drogues, des moyens de s'adapter au rythme scolaire et d'améliorer leurs performances scolaires. Les drogues habituellement consommées sont par ordre d'importance le chanvre indien, le tabac, l'alcool, la cocaïne, l'héroïne, le crack, les amphétamines, le Valium, la LSD. L'âge d'initiation à la drogue se situe en moyenne entre 15 et 20 ans. Ce qui correspond à la période d'adolescence. Le toxicomane élève et étudiant est donc en général un jeune Béninois de sexe masculin dont l'âge est compris entre 15 et 20 ans. Il est issu d'une famille du type monogamique avec un niveau relativement élevé et réside avec ses parents. Il fréquente un collège privé ou un établissement de formation professionnelle. La prise en charge de ces toxicomanes à la Maison Blanche a été bénéfique à 19,25 % qui ont pu continuer leurs études et à 9,75 % qui ont commencé un apprentissage.

**Mots clés :** Profil – Elèves – Toxicomanies – Cotonou

**Summary :** The drug-addiction of the pupils and students constitutes a plague which becomes worrying extensive in our large towns of Africa. With through a quantitative and qualitative retrospective study carried out in a private center of cure of weaning and of dextoxication of the drug addicts of COTONOU (the House Blanche), the authors wanted to determine the epidemiologic profile of the pupils and student drug addicts hospitalized in this center of assumption of responsibility. From this study, it comes out that 28,82 % of these drug addicts seek in the use of drugs of the means of adapting to the school rate/rhythm and to improve their school performances. Drugs usually consumed are by order of importance the Indien hemp, the tobacco, alcohol, cocaine the héroïne, the ace, amphetamines, valium, the LSD. The age of initiation to drug ranges on average between 15 and 20 ans. Ce which corresponds to the period of adolescence. Le drug addict raises and student is thus in in general a young person béninois of male sex whose âge lies between 15 and 20 ans. Il results from a mnogamic family of the type with its parents. Il attends a private college or an establishment of professinnelle formation. The assumption of responsibility of these drug addicts at the White House was beneficial at 19,25 % who could one continue their studies and to 9,75 % which could begun a training

**Key words :** Profile – Pupil – Drug addicts – Cotonou

### Introduction

Les toxicomanies constituent un phénomène mondial qui touche de nos jours à des degrés divers tous les pays. Le Bénin, pays de transit des drogues dans la sous région ouest africaine est très concerné par la consommation locale de drogues. Un nombre sans cesse croissant de jeunes adolescents, notamment des élèves et étudiants s'adonne à la toxicomanie dans le pays. Une étude menée en 1990

au niveau de l'ex district de COTONOU VI nous révèle que la couche des élèves et étudiants représente 33,5% des consommateurs de drogues [6]. Face à l'ampleur de ce fléau, dans la capitale économique de notre pays, il est important de cerner le profil épidémiologique des élèves et étudiants toxicomanes reçus dans le centre privé de cure de sevrage et de désintoxication des toxicomanes à COTONOU.

### 1. Cadre et méthode d'étude

Le cadre de cette étude est la « MAISON BLANCHE », un centre de cure de sevrage, de désintoxication et de

réinsertion socioprofessionnelle des toxicomanes. Située à Mènontin, un quartier de COTONOU, la Maison Blanche est une structure non gouvernementale créée par le Professeur AHYI René Gualbert en 1990. Ce seul centre privé spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes se trouve à COTONOU, qui compte de nombreux collèges privés et publics, d'écoles supérieures et quelques démembrements de l'Université d'Abomey Calavi.

C'est une étude rétrospective avec des enquêtes quantitatives couvrant la période de décembre 1994 à décembre 2004 ; une étude qualitative pour s'enquérir du devenir de ces toxicomanes après leur cure de servage à la Maison Blanche s'est déroulée du mi-juillet au début septembre 2005. Après un échantillonnage raisonné accidentel, nous avons pu avoir un échantillon de 41 toxicomanes. Leurs parents ont été ciblés pour les entretiens ainsi que 12 autorités ou professeurs de 6 établissements scolaires et universitaires que ces toxicomanes ont fréquenté.

La toxicomanie d'un enfant étant un sujet très pénible pour les parents, nous avons veillé à ce que chaque toxicomane et ses parents soient préalablement préparés, avertis et mis en confiance avant l'enquête qualitative. L'anonymat des toxicomanes a été garanti et il a été prévu des visites à domicile des agents de la maison blanche aux parents et autorités scolaires.

Le traitement des données est effectué par les logiciels Epi Info 6 et Excel 2003.

## 2. Résultats

### 2.1 L'âge et le sexe des toxicomanes

Tableau I : Répartition selon l'âge et le sexe des élèves et étudiants toxicomanes.

Age	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
15-20	20	1	21
20-25	13	1	14
25-30	3	0	3
30-35	3	0	3
Total	39	2	41

### 2.2 La structure familiale des enquêtes

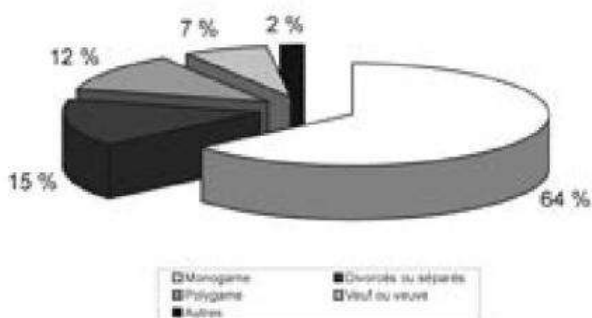


Figure 1 : Répartition des toxicomanes suivant la situation matrimoniale des parents.

### 2.3 Le type d'établissement fréquenté

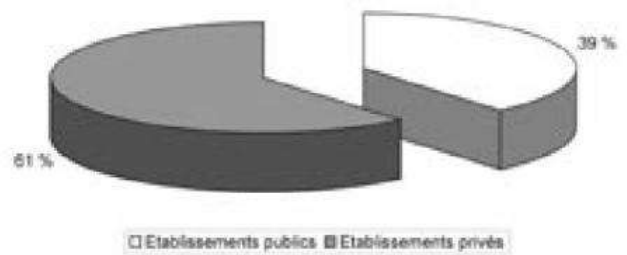


Figure 2 : Répartition des usagers de drogues suivant le type d'établissement fréquenté.

### 2.4 Différents modalités de l'usage des drogues

Tableau 2 : Répartition des élèves et étudiants suivant les raisons évoquées pour la première prise.

Motif évoqué	Age à la première prise de drogue				Total
	10 à 15 ans	15 à 20 ans	20 à 25 ans	25 à 30 ans	
Curiosité	3	21	8	1	33
Pression du groupe	1	3	1	0	5
Imitation	3	22	11	1	37
Raisons religieuses	0	1	0	0	1
Révolte	0	1	1	0	2
Autres	0	1	3	0	4
Non indiquée	0	0	0	0	0

Tableau 3 : Répartition des élèves et étudiants suivant les raisons évoquées de consommation.

Raison évoquée	Usage soutenu de drogue par tranche d'âge				Total
	15 à 20 ans	20 à 25 ans	25 à 30 ans	30 à 35 ans	
Carence Affective	12	12	3	3	30
Mieux étudier	3	4	2	2	11
Communiquer facilement	10	6	0	1	17
Calmer la fatigue	3	0	0	0	3
Autres	10	5	0	1	16
Non indiquée	0	0	0	0	0

Tableau 4 : Répartition selon le type de toxicomanies et de sexe.

Type de toxicomanie	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Toxicomanie à un seul produit	1	0	1
Poly-toxicomanie	38	2	40
Total	39	2	41

## 2.5 Les drogues usitées par les élèves et étudiants

Tableau 5 : Répartition selon les drogues habituellement consommées et l'âge des usagers.

Drogues utilisées	Tranches d'âge des usagers			
	15-20	20-25	25-30	30-35
Tabac	17	12	3	3
Alcool	11	6	3	0
Chanvre indien	21	13	2	2
Cocaïne	9	7	1	2
Héroïne	7	6	1	1
Crack	5	2	0	0
Amphétamines	2	2	1	0
LSD	0	0	1	0
Autres	5	1	1	0

## 3. Discussion

Les élèves et étudiants représentent 20% de l'effectif des toxicomanes et alcooliques reçus dans le centre de servage, de désintoxication et de réadaptation (la maison blanche) au cours des dix dernières années. L'étude nous a permis de constater une augmentation sans cesse croissante au cours des trois dernières années. Devant cette situation, il est important de cerner les caractéristiques générales de ces élèves et étudiants toxicomanes et les raisons profondes de l'usage abusif des drogues.

### 3.1 Caractéristiques juvéniles des élèves et étudiants toxicomanes

De notre étude, il ressort que les garçons font plus usage de drogues que les filles. En effet, sur un échantillon de 41 toxicomanes, nous n'avons que deux filles. BINOUZO

en 1993 n'en avait retrouvé aucun [2]. Remarquons que les garçons plus que les filles sont séduits par le côté rebelle et clandestin de la consommation des substances illicites. Dans une étude menée au Cameroun par WANSI 22% des garçons ont déjà pris des drogues pour 9% des filles à l'âge de 15 ans [7]. Les éducations familiales et environnementales des enfants en Afrique plus restrictives à l'égard de la fille permettent au garçon d'être « l'homme du dehors ». Or c'est au dehors que se rencontre la drogue, surtout à la phase adolescentaire où ce garçon est dominé par les tentatives de rupture des liens avec les objets parentaux avec un besoin pulsionnel de réassurance. 51,22% des toxicomanes de notre étude sont des adolescents avec un âge compris entre 15 et 20 ans. Période sensible dans le développement de la personnalité, elle constitue un moment de crise, propice à la toxicomanie. C'est à ce sujet que GUASH déclarait « l'adolescence est comme un aveugle qui se meurt dans un milieu dont les dimensions ont changé » [3]. TOGNON avait trouvé que l'intervalle global de l'âge de la consommation était de 13 à 35 ans [6]. Ici, il s'agit essentiellement de tous les usagers de drogues. Il est à noter qu'on observe de nos jours un rajeunissement de la population des toxicomanes même chez les élèves et étudiants : trois toxicomanes de notre échantillon ont commencé l'usage de drogues à partir de 10 ans.

### 3.2 Le milieu familial des toxicomanes

Les trois quarts des élèves et étudiants de notre étude viennent des parents mariés et vivent avec eux. 15% de ces toxicomanes sont issus de parents divorcés ou séparés. Comme l'a souligné POMMERAU « l'adolescent qui va très mal cache des parents qui vont mal » [4]. La structure familiale monogamique ne garantit pas toujours l'épanouissement et



la stabilité psychoaffective des membres qui la composent, surtout dans une ville cosmopolite comme COTONOU. Les guérisseurs traditionnels ont d'ailleurs toujours affirmé que la toxicomanie est une maladie de la ville, des « blancs ». Elle ne figure pas dans leur registre d'interprétation. De même, contrairement à ce qu'on pensait, la pauvreté n'est pas exclusivement le facteur favorisant de la toxicomanie, car nos résultats montrent bien qu'elle touche aussi les milieux aisés. En effet, la quasi-totalité des parents des toxicomanes de notre échantillon exerce un métier. Les parents ont largement les moyens de subvenir aux besoins de leurs enfants. 68% de ces élèves sont au secondaire avec 41,5% aux collèges privés, avec un droit d'écologie élevé, surtout à COTONOU. Ce constat est aussi valable pour les étudiants des écoles de formation professionnelle de notre échantillon qui représentent les 21,95%. Ils fréquentent de hautes écoles d'administration, de gestion, de génie civil etc. Ces élèves ont ainsi plus de facilité à se procurer des drogues les plus chères et plus néfastes (cocaïne, héroïne, etc).

### 3.3 Raisons et signification de la toxicomanie des jeunes élèves et étudiants

Beaucoup de signes d'inadaptation sont créés dans la population de nos villes par les profondes mutations sociales qui s'y opèrent. Ces signes ressentis, surtout, au niveau des jeunes découlent de la mise en cause des deux institutions fondamentales et de la société que sont la famille et l'école. En effet 73,17%, des élèves et étudiants toxicomanes reçus à la « Maison Blanche » évoquent la carence affective comme raison fondamentale de leur véritable entrée dans la toxicomanie. L'absence des parents à la maison, occupés quotidiennement par des activités multiples perturbe la fonction éducative de ces derniers avec une pauvreté de la relation parents – enfants. La dégradation, de nos jours, de la cellule familiale, les divorces et les séparations des parents amènent l'adolescent à chercher d'autres compensations en dehors de la famille notamment à l'école, le second lieu de vie de ces élèves et étudiants. 90,24% de ces derniers dans notre étude ont débuté l'usage de drogue à l'école par imitation et 12,20% l'ont fait sous la pression du groupe. 28,82% prennent des amphétamines appelées communément chez nous en langue FON « Azobahounté », C'est-à-dire « je cherche du travail » pour veiller et travailler hardiment [5]. Comme l'a souligné AHYI, l'école qui doit compléter l'éducation familiale est en plus défaillante et les structures scolaires sont inadaptés avec une sélection impitoyable et la course aux diplômes [1]. L'élève ou l'étudiant est dans cette problématique accablante avec le souci d'un avenir incertain. Ainsi fragilisés, ils s'adonnent à plusieurs drogues (97,36% sont des polytoxicomanes avec prédilection au chanvre indien 92,68%). Ils sont désignés comme des malades ou des individus ayant besoin d'être soutenus et réinsérés.



### Conclusion

De personnalités timides qui ont du mal à se socialiser et avoir confiance en eux, les élèves et étudiants reçus à la Maison Blanche consomment des drogues pour communiquer facilement. Ils recherchent dans l'usage des drogues des moyens de s'adapter au rythme scolaire et d'améliorer leurs performances scolaires. Le problème de la toxicomanie des jeunes élèves et étudiants doit être pris dans sa globalité psycho socio économique.

### Références

1. Ahyi R.G., Agossou Th, Gandaho P., Houngbe J., Approche communautaire de la prévention des toxicomanes; l'expérience Béninoise. Réalités Africaines 2000, 1, 64-69.
2. Binouzo S., Contribution à l'étude de la lutte contre l'usage abusif des drogues par les jeunes de 10 à 35 ans dans l'ex district urbain de COTONOU 6, Mem ENAS, Cotonou, 1991, 54 p.
3. Guash G.P., L'adolescent et son corps, EP Universitaires, Paris, 1973, 30 p.
4. Pommereau ; Joffrin L., Les drogues en Afrique subsaharienne, Observatoire Géopolitique des drogues « Ed » Karthala, Cameroun, 1998, 40-45.
5. Tognide C.M., Préalables à une éducation préventive relative à l'usage des drogues en Rép. de Bénin. (A propos des conclusions d'une enquête sur la connaissance des drogues dans l'ex district urbain de COTONOU 6. Thèse Med, Cotonou 1990, n° 514, 169 p.
6. Tognon F., Etude épidémiologique descriptive de l'usage des drogues sur un échantillon représentatif de la tranche de 10 à 44 ans des populations scolaires et extra scolaires de l'ex district urbain de COTONOU 6. Thèse Med, Cotonou 1990, n° 515, 82 p.
7. Wansi E., Les drogues en Afrique sud-saharienne, « in » Observatoire Géopolitique des drogues Ed Karthala Cameroun, 1998, 50-57.

# Actualité scientifique

## *méditerranéenne et occitane*

### Saint Alban, les 17 et 18 juin 2005 : L'invention du quotidien<sup>(1)</sup>

Les 17 et 18 juin 2005 se tenaient à Saint Alban les XX<sup>èmes</sup> rencontres de Psychothérapie Institutionnelle. L'hôpital de Saint Alban, lieu emblématique de l'histoire de la psychiatrie, s'appelle désormais Centre Hospitalier François Tosquelles. Le thème retenu cette année : *l'invention du quotidien*. Le quotidien n'est pas seulement cette répétition du même génératrice d'ennui monotone. Il est aussi tissé de multiples liens, de stratégies ingénieuses et éphémères, de savoirs modestes, de ruses, de bricolages, d'un ensemble de faits invisibles. Le tout a valeur de *résistance* à la « raison technique qui croit comment organiser les choses » selon l'expression de Michel de Certeau.

Ces journées débutèrent par une dense communication de *Christophe Dejours*. Avec ses multiples casquettes : psychiatre, médecin du travail, psychanalyste, chercheur en sciences sociales, il dirige un laboratoire de *psychodynamique du travail*.

Le *travail* occupe une place prépondérante dans la quotidienneté, place a contrario vérifiée par le quotidien des chômeurs, RMistes ou malades désœuvrés.

Les travaux de C. Dejours apportent un éclairage original sur notre propre travail de soignant en psychiatrie et sur la question actuelle de *l'évaluation*.

Dans l'échelle des objets de recherche et des pratiques, le « *travail* » est sans gloire. Médecin, philosophe, sociologue, psychologue, anthropologue, historien, ces spécialistes « du travail » ne sont pas reconnus comme spécialistes d'un champ « noble ».

Il est plutôt prestigieux de se pencher sur la « fin du travail ».

C. Dejours n'a pas craint de s'y consacrer en poursuivant des recherches sur *une clinique des activités*, en problématisant les pratiques ordinaires.

Le travail ayant partie liée avec l'idée de *normalité*, il pose une question renversante : comment se fait-il que la majorité des gens qui travaillent arrivent à rester dans la « normalité » ? Cela s'offre comme une énigme. La normalité comme la santé n'est pas un *état* mais un *compromis*. C'est un compromis entre la souffrance liée aux contraintes et les défenses

déployées contre cette souffrance. Il y a un foisonnement de stratégies de lutte pour ne pas se laisser déborder par les pressions contraignantes. Ce sont ces stratégies souterraines qui réalisent des « inventions au quotidien ».

Ce rapport entre la subjectivité de chacun et son travail est précisément ce qui ne peut être pris en compte par le système « *d'évaluation individualisé des performances* » qui s'implante de nos jours.

Le « *travailler* » implique un certain mode d'engagement de la subjectivité : capacité de sentir, de penser, forme d'intelligence et de savoir faire. Tout cela entraîne un *décalage* inévitable, entre ce qui est prescrit et ce qui est effectif entre une organisation formelle et une organisation informelle, entre tâche et activité.

Le « travailler » concerne ce que le *sujet* doit ajouter aux prescriptions pour être effectif. Cela est vérifié par la conséquence d'une grève du zèle : plus rien ne fonctionne. Aucune organisation ne marche si tout le monde ne fait qu'obéir aux ordres.

La panne, l'incident, l'imprévu, le dysfonctionnement sont la marque du *REEL*. Le *réel est ce qui résiste aux prescriptions*. Il se fait connaître sous l'aspect de *l'échec*. Il se révèle au sujet « *affectivement* ». Face à l'échec, il faut toujours trouver une solution sous forme d'une *astuce*.

Tout travail ordinaire nécessite cette intelligence inventive laquelle ne *s'enseigne pas*. On enseigne des connaissances, on n'enseigne pas le travail.

Dejours fait appel au mythe de Métis personnifiant l'intelligence agissant par ruse. L'ayant mise enceinte et se méfiant de l'enfant à naître, Zeus avale Métis. Cette incorporation magique dans son ventre donnera naissance à Athéna, sortie toute armée de sa tête. C'est ainsi que pour Dejours, l'intelligence au travail se mémorise dans le corps (un avion de chasse se pilote avec les fesses – « faire corps » avec la machine...).

Tout ce champ de sensibilité enrichit la subjectivité, au delà du registre des « compétences ». Celles-ci ne permettent pas à elles seules de prévoir des situations nouvelles. L'intelligen-

1. Compte-rendu de Pierre Evrard.

ce de la pratique s'accompagne d'une obstination face à l'échec. L'invention de solutions nouvelles passe toujours par une transformation de soi.

Le tact, la disponibilité, l'attention, l'ingéniosité, cette intelligence invisible, sont généralement déniés par les gestionnaires. On ne peut pas « mesurer » objectivement « le travailler ». Il n'y a pas de « rapport » entre le travail subjectif et le résultat. La reconnaissance ne peut venir que des *pairs*. Cette reconnaissance est la *rétribution symbolique* qui donne son *sens* au travail et transforme la souffrance en plaisir.

Dejours interpelle les psychiatres. Nous sommes maladroits à rendre compte de ce *réel du travail*. Il est amputé de sa plus grande part dans tous les systèmes de mesure des performances.

Ensuite, *Jean Oury* rappela la place du concept de *transfert* dans le travail psychiatrique. Cette dimension n'entre pas dans « l'économie restreinte », celle de la production capitaliste et technocratique. Il s'agit plutôt de l'ordre d'une « économie générale » (distinction que faisait Georges Bataille). Ce n'est pas « l'exactitude » qui est en jeu mais la « vérité ». Il s'agit de tenir compte *de ce qui compte* (domaine du désir, des pulsions, du transfert, de la jouissance).

Ce qui est « efficace » n'est pas visible. Peut-on « évaluer » l'invisible ?

Face aux « remises en ordre » de la bureaucratie, il est nécessaire d'opérer une résistance permanente.

Pour J. Oury, la bureaucratie est plus dangereuse encore que la technocratie.

Le lendemain, J. Oury poursuit ses diatribes contre les dérives destructrices de la psychiatrie.

Le recueil de « signes » et la recherche de leur « signification » pathologique sont à l'opposé de la démarche *éthique* de donner un *sens* au symptôme. S'opposer à ces dérives implique de soustraire le symptôme à toute traduction. Il s'agit de le *soutenir* en acceptant d'en être l'adresse temporaire. Il n'est pas assignable à une personne, mais il est le « passage vibrant » entre les personnes, dans une certaine *convivence*.

Les hôpitaux fabriquent du *traumatisme*. Le plus traumatisant n'étant pas tant le traumatisme lui-même que le *silence* et sa *non-inscription*. Pas de fonction scribe. Pas de traces. C'est cette non-inscription qui affecte les survivants des génocides.

L'évolution sociale actuelle fabrique du traumatisme en silence. De plus en plus de sujets sont *cryptophores*, porteurs d'une crypte de silence. Ce qui est en cause n'étant ni le refoulement, ni la forclusion.

Cette fonction « cryptophorique » a été l'œuvre du 20<sup>e</sup> siècle. « Ce fut tellement énorme qu'on n'en parlait pas ».



C'est par une logique poétique que quelque chose peut s'inscrire. La question est toujours celle de notre inventivité, seule voie pour limiter notre assujettissement. Comment la destrudo se transforme en sublimation ? Qu'est-ce qui fait qu'on accueille l'autre ?

Oury revient sur les concepts de la psychothérapie institutionnelle : la tablature institutionnelle, la réflexion sur les *espaces* des patients, la création de *liens*, l'ambiance, l'accueil du transfert dissocié, la prise en compte de l'« historial » et de l'« archéologique » du tissu social dans lequel on travaille... Ce tissu est celui de la quotidienneté, faite



de l'intrication d'imaginaire et de symbolique. Oury repose à nouveau cette question, sans réponse, mais essentielle à poser : « qu'en est-il du Réel de la réalité quotidienne ? ».

**Pierre Delion**, tout en nous promenant dans la quincaillerie de son enfance avec son intelligence joyeuse, nous suggère qu'inventer le quotidien c'est créer un monde avec des *bords* à l'instar du petit-fils de Freud avec sa bobine. Les limites spatiales et temporelles sont là pour limiter la toute puissance infantile et lui éviter de tomber des bords du monde. De l'autre côté des limites il y a des fantasmes originaires. Inventer le quotidien avec les autres serait comme un autre fantasme originaire. En tout cas c'est un monde avec des bords qui fait un *paysage*.

De nombreuses équipes ont témoigné dans les ateliers de cette covivance avec les psychotiques, de ces gestes, paroles, actes créatifs, attentivement accueillis, par la médiation de

la vie quotidienne, ses errances, ses événements, ses rencontres, ses créations : le théâtre à Ville-Evrard, la cuisine au domaine Saint Pierre dans le Vaucluse, la haute couture à La Borde. Gilles Marais communiqua son enthousiasme à l'assemblée en évoquant cet atelier où sont confectionnés les costumes des spectacles labordiens, mobilisant pour cela divers autres ateliers. On vit des schizophrènes investir ce travail et accompagner ensuite l'exposition itinérante des costumes confectionnés pour « le songe d'une nuit d'été ».

Ces rencontres de Saint Alban sont précieuses, notamment à l'adresse des plus jeunes maintenus dans l'ignorance de la psychothérapie institutionnelle. Celle-ci incarne avec son approche des faits psychiques le meilleur outil de résistance à l'hégémonie croissante d'une psychiatrie réductrice de symptôme, de plus en plus au service d'une police des comportements.

## Marseille, les 4 et 5 novembre 2005 : Illusions et thérapeutique<sup>(2)</sup>

Un autre lieu de résistance est Marseille. L'AMPI organise depuis 20 ans des rencontres à l'automne. Celles des 4 et 5 novembre derniers à l'Alcazar avaient retenu pour thème : *Illusions et thérapeutique*.

**Michel Balat**, psychanalyste et sémioticien, engagé par ailleurs dans un travail avec les comateux, rappelle qu'illusion a signifié manie, moquerie, provenant du latin *illudere* « se jouer de », avant de rendre compte de « ce qui abuse l'esprit par un caractère séduisant ». Différente de l'erreur, l'illusion comporte une dimension de souhait. La question du *désir* s'y joue. Pour Freud, les doctrines religieuses sont des illusions, marquées par le Désir... d'avoir des réponses. Il faut sortir de l'illusion spéculaire du corps pour détacher la place du *sujet* avec le travail de parole.

Il aborde ensuite les quatre modes de constitution de la *croissance* (selon Charles Sanders Peirce).

1. La croissance par *ténacité* qui implique la négation de tout ce qui pourrait mettre en cause cette croissance. On fait une hypothèse : on y croit sinon on ne la fait pas.
2. La croissance par *autorité* « vous avez intérêt à penser comme ça ».
3. La croissance *a-priori*.
4. La croissance *par méthode scientifique*.

Michel Balat propose l'outil de la logique abductive (Peirce) pour penser la thérapeutique.

**Braulio de Almeida e Sousa**, psychiatre portugais, s'élève contre le paradigme médical transposé en psychiatrie. L'objectivation nosologique s'oppose à la reconnaissance de la souffrance psychique.

**Jean Oury** dénonce à son tour la destruction de la psychiatrie opérée par l'EBM (évidence based médecine) qui cherche à appliquer à la psychiatrie « une médecine fondée sur un haut niveau de preuves scientifiques » !

Il évoque la mémoire de Roland Khun, psychiatre suisse qui vient de mourir dans l'indifférence. C'était un grand phénoménologue et de plus l'inventeur du Tofranil.

Puis il reprend ses thèmes favoris : le Religieux B de Kierkegaard, l'humour, le transfert, la répétition, la pression aliénante, la mise en acte de la « fonction soignante ». Cela implique bien sûr de ne pas chosifier les « statuts » de soignant et de soigné, et ne pas être enfermé dans une hiérarchie. Il rappelle la prééminence du club comme outil de soin. La psychiatrie est davantage une « phronesis » (une « sagesse pratique ») qu'une « technè ». Être « avec », « être dans le paysage », permettre « la rencontre », voilà ce qui compte.

**Jacques Tosquellas**, expert en navigation et en météo, se livre à une allégorie du travail avec les patients. Comment maintenir un espace d'illusion ? Est-ce encore possible ? Il se demande ce qu'il en est aujourd'hui de *l'histoire* de la psychiatrie. Il rappelle que la première décision d'un dictateur est de déclarer l'histoire morte ! Il s'insurge contre ce qui se profile : tenter de faire un diagnostic prénatal de schizophrénie avec preuve sérologique ! Que devient la capacité de penser ?

L'« écoute » permet de repérer la différence entre le psychotique et le névrotique. Le névrotique maîtrise les 3 points (point de drisse, point d'amour, point d'écoute). Le psychotique ne peut en même temps tenir les voiles et tenir sa route. Sa détresse est celle d'un bateau ballotté.

---

2. Compte-rendu de Pierre Evrard.

Pour maintenir un champ ouvert d'espoir, il faut « jouer » avec les écoutes.

Jean Ayme fera un rappel historique. Au cours des années 50-60, on considérait que *tout* était thérapeutique. L'illusion nécessaire c'est le *transfert*, adressé à un *sujet supposé savoir*. Mais voici que le psychiatre est avant tout convoqué en tant qu'« expert ». Pour ma part, je dirai qu'au SSS se substitue le MPS (Moi Prétendant Savoir).



Claudie Cachard et la compagnie le « Cercle de Craie », théâtre-laboratoire intervenant à Ville-Evrard, présentèrent un spectacle où s'entrecroisent des voix, travail inspiré par le texte du Président Shreber.

Le Carpentier, psychiatre à La Borde, insiste sur la valeur humaine de la folie. Reprenant les dates clefs qui ont ponctué notre histoire depuis 1936, il montre le passage de l'illusion créatrice à l'illusion omnipotente (référence à Winnicott), d'une médecine hippocratique à une médecine statistique en germe chez Sydenham, et la transformation de la valeur humaine en valeur marchande.

Pierre Delion rappelle le débat entre Freud et Romain Rolland. Le « sentiment océanique » était associé par Freud à la toute puissance magique et infantile qui se manifeste dans l'illusion religieuse.

Le renoncement aux désirs infantiles (castration symbolique) incite à penser en même temps : ce que je sais est limité, et je sais que c'est limité. S'appuyant sur Dolto, il distingue :

- la castration ombilicale amenant à l'interdiction du vampirisme,
- le sevrage impliquant l'interdiction du cannibalisme,
- la castration anale conduisant à l'interdit du meurtre,
- la castration oedipienne menant à l'interdit de l'inceste.

Le renoncement à la toute puissance infantile implique en partie la déception de beaucoup quant à la psychanalyse : on ne peut attendre d'elle ce que l'on attend d'une religion.

Pierre Delion évoque la parution du « livre noir de la psychanalyse » qui respire le « sang de la haine » à l'endroit de la psychanalyse. Ses auteurs l'attaquent par l'éclairage de sa face cachée faite selon eux de mensonges, de cocaïne et de lucre. Il y voit de « l'envie » sans « gratitude ».

Pierre Delion est en revanche partisan d'une véritable *anthropologie médicale* qui articulerait les neurosciences et le transfert.

A propos des dérives sécuritaires, Patrice Hortonedea avait noté que les équipes étaient souvent « intoxiquées » par la violence et la sécurité. Pierre Delion attribue cela au « capome » de Sarkozy (le sarcome de Kaposi était une des premières manifestations du SIDA).



Les rencontres de l'Alcazar se terminèrent par un débat, animé par une journaliste Jacqueline de Grandmaison. Tous insistèrent sur la dégénérescence actuelle de la psychiatrie et sa déshumanisation. Pierre Roussel, de l'UNAFAM, ne cacha pas les reproches des familles envers les psychiatres. Il reste en effet beaucoup à faire...

La conclusion revient à Jean Oury, en invitant à la Résistance : il faut mettre l'accent sur ce qui compte : la vie quotidienne des psychotiques. Il convient de « généraliser » la fonction soignante. La psychiatrie est très en retard. En chirurgie, l'asepsie a dû attendre Semelweiss, lequel fut même dans un premier temps rejeté. L'équivalent de l'asepsie en psychiatrie consiste à transformer l'*ambiance*. La fonction d'*accueil* (à distinguer de l'admission) doit être *permanente*.

## Avignon le 2 décembre 2005 : Art, psychanalyse et politique<sup>(3)</sup>

C'est à la librairie « La mémoire du monde » à Avignon, que le psychanalyste Alain Didier-Weill présente le numéro 1 de la nouvelle revue « *Insistance* », dont l'objet est de faire lien entre l'art, la psychanalyse et la politique : « *Se laisser enseigner par le nouage que l'inouï, l'invisible et l'immatériel tissent entre la musique, la peinture et la danse, renouvelle la question du langage et pose une question politique : dans notre monde où l'objet industriel tend à être plus accessible, quelle place sa consommation laisse-t-elle à l'objet inaccessible cause du désir ?* ».

Edith Thibault, psychanalyste à Carpentras et correspondante locale de la revue, introduit la présentation d'*Insistance* : « *avec cette revue, le psychanalyste est à l'écoute des artistes* ». Elle rappelle qu'Alain Didier-Weill est auteur de pièces de théâtre et que sa dernière création, « *Vienne 1913* », sera jouée à Avignon au théâtre des Halles le 8 avril 2006. Cette pièce met en scène Freud, Jung et un certain artiste viennois qui a pour prénom Adolphe et dont on connaît le devenir... La revue *Insistance* est une rencontre à plusieurs voix qui donne la parole à des personnes qui créent, ce qui n'est pas courant car en règle générale, les psychanalystes parlent des œuvres et donnent peu la parole aux créateurs. Ainsi dans *Insistance*, des auteurs ne parlent pas seulement à partir du savoir, mais aussi à partir d'un point de non savoir.

Alain Didier-Weill commence son exposé par une présentation du Comité de Rédaction de la revue, constitué de psychanalystes, de philosophes et de créateurs artistiques. Le principe est de se mettre à plusieurs pour essayer de penser le monde dans lequel nous vivons, le malaise de ce monde. « *Nous essayons de nous enseigner les uns les autres, car nous, psychanalystes, sommes enseignables par des gens qui ont un rapport avec la création* ». Alain Didier-Weill a été sensible à une articulation entre l'art et la politique, via la psychanalyse. Il nous donne l'exemple de l'électorat du Front National qui, selon lui, est constitué de gens pris dans un rapport de déshérence symbolique, qui auraient perdu la capacité de vivre une expérience esthétique. Ces gens ne seraient que dans le conditionnement esthétique tel que celui généré par la pub, par le marketing. Ce déficit entraînerait une rage vis à vis du monde dans lequel nous vivons. Telle est la thèse défendue avec Alain Didier-Weill par Bernard Stiegler dans ce numéro 1, dans l'article intitulé « *Les nouveaux misérables* ».

Alain Didier-Weill rappelle que pour le psychanalyste, l'objet qui cause le désir, qui donne un sens au mouvement qui nous anime, qui anime une subjectivité, est inappropriable. Tandis que pour le politique, l'objet est une marchandise



que l'on peut acheter. Et lorsqu'on l'achète, l'argent versé nous rend quitte envers cet objet dont on a désormais le droit de jouir. L'objet a un statut différent dans les sociétés primitives car il renvoie tout le temps à un au-delà de lui-même, à une altérité. Cette altérité disparaît dès que l'on est quitte par l'argent. « *La psychanalyse offre la possibilité de trouver un mouvement nouveau pour vivre, tandis que l'objet marchandise que l'on possède, nous possède* ».

Le conférencier poursuit en présentant à propos de la psychanalyse et de la politique, deux concepts fondamentaux chez Freud : la Verneinung (la dénégation) et la Verleugnung (le déni). Ils peuvent être mis en rapport avec le politique, car de ces concepts dépendent la façon dont un être humain peut dire *non* à un autre homme, le racisme et la discrimination. En 1933, Freud écrivait dans une lettre à ses élèves, à propos d'un autodafé : « *il y a une bonne nouvelle : au Moyen Age ils m'auraient brûlé, aujourd'hui, ils brûlent mes livres* ». Un grand esprit comme Freud pensait que lui et les juifs d'Autriche, ne risquaient absolument rien. « *Jamais les Nazis ne toucheront à un juif autrichien, car aussitôt la Société des Nations réagirait* », affirmait-il. Vis-à-vis de la capacité humaine à faire le mal, Freud n'aurait pas été capable d'une dénégation, mais se serait aveuglé dans un déni de la réalité.

Alain Didier-Weill en vient au lien entre l'art et la politique. La notion sociale d'artiste est née pendant les Lumières, après la Révolution française. Ainsi Kant s'intéresse à l'utopie de l'égalité citoyenne, apportée par cette révolution. Il est devant la contradiction de l'idée de l'égalité et du fossé creusé entre les princes et les paysans par la réalité économique. Dans « *La critique du jugement* », Kant considère qu'il existe un jugement universel dans l'appréciation du beau, qui échapperait à l'éducation et aux privilèges d'une classe

3. Compte-rendu de Jean-Paul Bossuat.

favorisée. Il y aurait là une catégorie universelle partageable par les favorisés et les défavorisés. L'art (et la fonction de l'artiste) serait ce par quoi l'utopie citoyenne ne serait pas une illusion. L'artiste établirait une communication entre les classes sociales.

C'est lorsque cette utopie du rôle de l'artiste s'écroule, que naît la psychanalyse. C'est-à-dire que naît l'idée d'une sortie de l'aliénation de l'homme, non plus d'un point de vue politique, mais en coupure d'avec le politique. Le point de rencontre entre l'objet psychanalytique et l'objet artistique existe cependant : c'est la notion de valeur. Par la psychanalyse, un être parlant souffrant est amené à reconnaître qu'il a de la valeur. Lorsque la valeur de l'existence disparaît, il entre dans la dépression. Quant à l'artiste, il fait valoir la valeur non du sujet, mais de l'objet. Le musicien donnera de la valeur à l'objet son, le peintre à ce que nous voyons. Le psychanalyste et l'artiste peuvent être mis l'un en face de l'autre, car lorsqu'on est accessible à la valeur de l'existence, on peut voir la valeur du monde. Et voir la valeur du monde facilite l'accession à la valeur de l'existence. Il existe donc une continuité entre la valeur de l'existence et la valeur de l'objet artistique.

Alain Didier-Weill conclut son exposé : « *ainsi j'ai lancé des liens entre l'art, la psychanalyse et la politique. Là, est l'intérêt de cette revue. Dans ce premier numéro, l'accent est mis sur le son et la voix, dans le prochain ce sera le théâtre* ».

La parole est donnée au public. Une question est débattue, celle du rapport des nazis avec l'art. Les nazis faisaient la promotion d'un art qu'ils plaçaient en opposition avec l'art moderne dit dégénéré (qui comprenait par exemple le jazz considéré comme une musique de singes). Est-ce que la production artistique du Troisième Reich mérite de s'appeler art ? Cette question peut être posée de la même façon pour l'état stalinien. Alain Didier-Weill rappelle qu'aussi bien dans l'Allemagne nazie que dans l'URSS stalinienne, la psychanalyse fut combattue : « *dès qu'un état devient totalitaire, la psychanalyse devient interdite* ». Il poursuit en citant cet aphorisme de Freud : « *Wo es war, soll ich werden* », là où le ça était, le moi est en devenir. Cette notion de devenir peut s'interrompre lorsque l'on est en face d'objets industriels, c'est-à-dire lorsque l'objet artistique est remplacé par le conditionnement esthétique. Cela montre que nous sommes entrés dans une nouvelle forme de la lutte des classes, qui n'est plus en rapport avec la fortune mais avec la capacité que l'on a ou non de trouver de la valeur dans la vie. A titre d'exemple, le Rap est une vraie révolte qui a du sens, mais qui se situe aussi dans l'aliénation de la marchandise.

Est évoqué ensuite le personnage d'Heidegger qui a inspiré la psychanalyse, en particulier à travers Lacan, alors qu'il s'était commis avec le pouvoir nazi. C'est troublant. « *Doit-on parler de lâcheté ou d'aveuglement comme pour Freud en 1933 ? Les penseurs sont-ils capables de penser le mal ?* » Le grand résistant René Char recevait chez lui Heidegger dans les années 1960. Après la guerre, des penseurs qui avaient une éthique, étaient fascinés par lui. Nous pouvons nous



interroger aujourd'hui sur la pensée d'Heidegger qui ne serait pas dénuée d'une non-altérité, ce qui lui permettait d'accepter beaucoup de choses du nazisme. En fait, ce qui fut déterminant pour les penseurs d'après guerre chez Heidegger, c'est le retour aux présocratiques, la traduction qu'il en a fait. Quelqu'un comme Lévinas a suivi l'enseignement de Heidegger et il a fallu les horreurs de la seconde guerre mondiale pour qu'il puisse se permettre de critiquer celui qui fut son maître à penser. Après la guerre, s'est réuni un colloque autour de Heidegger. Pouvons-nous, tous, être piégés dans une pensée esthétique ?

D'où une question posée par le public : existe-t-il des formes contemporaines de déni parmi les psychanalystes ? Un exemple peut en être donné avec ce que sont devenues certaines formules de Lacan telles que : « *l'analyste ne peut être autorisé par une instance hiérarchique, il ne peut s'autoriser que de lui-même* ». Formule prononcée lors de la rupture avec l'IPA. Dans certaines associations d'analystes, la formule devient : « *nous nous autorisons de nous-mêmes* ». Est-ce que parler avec autorité est l'équivalent de s'autoriser ?

Charles Melman, dans son livre « *L'homme sans gravité* », a mis en scène le sujet qui veut la jouissance absolue. Ce qui est le propre du libéralisme. L'aveuglement des psychanalystes serait de ne pas entendre que le libéralisme laisse sur le carreau des millions d'exclus de la culture et de la valeur.

Alain Didier-Weill revient sur Lacan qui aurait traité indirectement cet aveuglement, lorsqu'il a inventé le dispositif de la passe pour soustraire la psychanalyse à une possibilité d'administrer l'inconscient. Lacan a fondé une école dans laquelle il y a de l'administration et dans le même temps, a senti que le danger dans la transmission est l'administratif.

Françoise Dolto disait que les psychanalystes sont coupés de la politique, mais compensent cela en vivant la passion politique entre groupes de psychanalystes. Il est un fait que c'est par dépit politique qu'un nombre important de gens est venu à l'analyse. En France, les premiers psychanalystes furent des juifs athées, anciens militants communistes, qui



étaient dans un type d'athéisme qui les conduisait à ne pas prendre en compte le fait que Freud est d'origine juive. Lors de sa rupture avec l'IPA, Lacan, lui, le goy, leur disait que pour comprendre Freud, il fallait faire un retour au judaïsme. Ces psychanalystes étaient, à la sortie de la guerre, dépités par le fascisme et le communisme. Plus tard, cette modalité de dépit politique mérite d'être relevée dans des chemins individuels. Ainsi, après 1968, lorsqu'un terrorisme violent et structuré se développait en Italie et en Allemagne, fut publié un grand article dans *Le Monde* qui disait que ce type de terrorisme structuré n'était pas apparu en France car les militants potentiels en avaient été détournés par l'enseignement de Lacan.

Alain Didier-Weill aborde la question, de la différence entre l'athéisme de Freud et celui de Lacan. Freud avait

une grande admiration pour les philosophes des Lumières. Pourtant, à leur différence, il ne fit pas référence à Newton, c'est-à-dire à une formule mathématique universelle qui rend compte des mouvements de la matière. Freud se réfère aux débuts de la pensée grecque, celle des présocratiques qui avaient abandonné les noms des dieux pour les remplacer par les éléments « eau », « terre », « feu », etc., les désacralisant ainsi. Mais la nature n'était pas pour eux une vision mécanique scientifique, elle était vivante. Ce qui rend compte chez Freud de ce mouvement vital, c'est la pulsion. Ce même mouvement qui, chez Ampédocle, fait apparaître et disparaître.

Edith Thibault nous propose d'interrompre là cette séance de présentation de la revue *Insistance* ; à nous de réfléchir sur la question de l'athéisme chez Lacan.

# L'équipe de *Psy Cause*

## ■ Directeur et Rédacteur en Chef

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

## ■ Directeur Adjoint

Thierry Lavergne (Paris)

## ■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

## ■ Secrétaires de Rédaction

**Webmaster** : Didier Bourgeois (Avignon)

### *Sponsoring* :

André-Salomon Cohen (Avignon)

### *Formation infirmière* :

Bernard Petit (Aix)

*Afrique* : Monique Wagner (Boulbon)

## ■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)

Ashraf Amin (Toulon)

Michèle Anicet (Avignon)

Joëlle Arduin (Avignon)

Geneviève Ayach (Paris)

Nadia Benathzmane (Marseille)

Claude Bissolati (Marseille)

Hervé Bokobza (Montpellier)

Jean-Marc Boulon (Saint-Rémy-de-Provence)

Ikrame Brando (Avignon)

Mireille Brun (Avignon)

Estel Camera (Toulon)

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Marie-Christine De Médrano (Aix)

Joël Delaval (Dunkerque)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

Jean-Yves Feberey (Pierrefeu)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Réjane Galy (Béziers)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Bernard Javellot (Pierrefeu)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Françoise Lanciaux (Thuir)

Daniel Lefranc (Saint-Claude, Guadeloupe)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Avignon)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Rémi Picard (Avignon)

Michèle Platroz (Lyon)

Patricia Princet (Fains)

Danielle Raoux (Salon)

Françoise Ruault (Avignon)

Ecatarina Saracaceanu (Toulon)

Jeanie Schott (Uzès)

Béatrice Segalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Julien Starkman (Avignon)

Martin Tindel (Pierrefeu)

Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné  
les illustrations originales.

## ■ Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Agnès Beisson (Avignon)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Marc Bounias (Avignon)

Patrick Boyer (Uzès)

Pierre Evrard (Avignon)

Laurence Feller (Uzès)

Huguette Ferré (Avignon)

Thierry Fouque (Nîmes)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Marie-Claude Gardone (Uzès)

Patrick Jouventin (Avignon)

Philippe Khalil (Marseille)

Richard Kowalyszyn (Dun sur Auron)

Danielle Monbet (Avignon)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Jacques Peyre (Montpellier)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Mila Ramon (Béziers)

Sophie Sauzade (Martigues)

Gilbert Schott (Uzès)

## ■ Correspondants étrangers

Séverin Cécil Abega (Yaoundé, Cameroun)

René-Gualbert Ahyi (Cotonou, Bénin)

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)

Enzo Desana (Turin, Italie)

François Dony (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)

Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Mohamed Lakloui (Marrakech, Maroc)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie Britannique, Canada)

Valère Nkelzok (Douala, Cameroun)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Georges F. Pinard (Montréal, Québec, Canada)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)

## ■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucheron (Marseille)

Denise Beaudouin (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Henri Bernard (Avignon)

Marie-Hélène Bertocchio (Aix)

Daniel Bley (Arles)

Carmen Blond (Avignon)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Stéphane Bourcet (Toulon)

Jean-Louis Champot (Aix)

Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)

Boris Cyrulnik (Toulon)

Rémi Defer (Aix)

Françoise Deramond (Toulouse)

Myriam Duprat (Montpellier)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Fanny Frey (Avignon)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Sébastien Giudicelli (Marseille)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Joëlle Levezuel (Orange)

Christian Mejean (Pierrefeu du Var)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Gérard Mosnier (Avignon)

Dominique Paquet (Avignon)

Dominique Pauvarel (Pierrefeu)

Régis Polverel (Martigues)

Nadine Pontier (Montpellier)

Jean-Marie Potoczek (Pierrefeu)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Marie Rajablat (Toulouse)

Edmond Reynaud (Avignon)

Yves Rousselot (Aix)

Mohand Soulali (Avignon)

René Soulayrol (Cassis)

Jean-Pierre Suc (Avignon)

Yves Tyrode (Avignon)

Nicole Vernazza (Arles)

# Colloques et Conférences

**PsyCause**  
*Au sud les Psy causent*

N° d'agrément Formation Continue 93840166884

N° d'enregistrement en Préfecture : 208250

N° SIRET : 44519187700015

N° APE 804C

N° SIREN : 445191877

## LE POINT SUR LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS NOUVELLES ET ANCIENNES

---

**Demi-journée d'étude**  
**9h à 13h**

**Jeudi 27 avril 2006**

**Centre Hospitalier de Montfivet**  
**Salle de conférence**

Les temps changent, les diverses addictions, symptômes bruyants de l'évolution sociale présentent de nouveaux visages. Leurs modalités psychiatriques et légales de prise en charge évoluent. Il est apparu important de faire le point sur la question. Des professionnels du champ de l'addiction sont invités à partager leur expérience.

- Dr R. PICARD : Addictions dans l'enfance et l'adolescence : (cannabis, jeux vidéo) Où en est-on ?
- Dr Marie-Pierre PETIT (AVAPT) : Sevrage/substitution : Les alternatives existent-elles ?
- Dr D. BRY (RESAD 84) : Grossesse et traitements de substitution
- M. L. LIZE : Pratiques drômoises de la prise en charge des addictions
- Dr O. BORICEANU : Nouvelles substances, nouveaux effets cliniques.
- M. G. FRIZET : Approche psychopathologique de la dépendance

Inscription pour la journée :  
Institutionnels : 50 euros  
abonnés 30 euros

*Possibilité de prise en charge Formation continue et Formation médicale continue*

**Inscriptions, renseignements**

D. BOURGEOIS : 4° secteur CH de Montfivet Tel : 04 90 03 91 49

**Congrès de *Psy Cause* à Tahiti**  
**du 25 octobre au 5 novembre 2006**  
***Les Humeurs océaniques***



**Programme scientifique prévisionnel**

**Jeudi 26 octobre 2006, à partir de 18 heures**

- . Madame Simone Grand : la création du monde polynésien
- . Docteurs Khalil et Roche : les délires mystiques
- . Docteurs Letang et Fernandez : Les soins dans les archipels.
- . Docteurs Atger et Vabret : la dépression chez l'enfant
- . Gilbert Fabre : Propos sur l'adolescent
- . Mme Le Dr Atger et Dr Brugiroux : Toxicomanie et problèmes à l'adolescence.

**Vendredi 27 octobre 2006, à partir de 18 heures**

- . Patricia Princet : Evolution du concept de la mélancolie
- . Mína Crepin : La vie aux Tuamotu
- . Docteurs Cohen et Khalil : Propos sur Gauguin
- . Docteurs Gouiran et Teppa : Les thérapies familiales et systémiques
- . Edgard Tetakiopupa (anthropologue marquisien) : les médecines traditionnelles
- . Dr Note : Thérapies cognitives et comportementales

**Samedi 28 octobre 2006, à partir de 14 heures**

- . Docteurs Petit et Diallo : les troubles bipolaires et addictologie.
- . Docteur Farisse : les urgences de l'humeur
- . Pascal Schindelholz : Humeurs de soignants
- . Docteur Bonierbale : Propos sur la sexologie

**Clôture du congrès à 17 heures**

Les tarifs ne sont pas encore définitifs : ils devraient au plus s'établir pour l'ensemble du séjour dans une fourchette entre 1950 € et 2950 € selon les options du circuit touristique. Les renseignements sont disponibles auprès du secrétariat de *Psy Cause* (Secteur 27, Centre Hospitalier, 84143 Montfavet cedex, téléphone 04 90 03 92 76). Le nombre de participants est limité. La réservation est acquise avec le versement de 100 € par personne de droits d'inscription et l'abonnement à la revue (40 €), par chèque à l'ordre de *Psy Cause*.

# X<sup>e</sup> colloque de la Revue *Psy Cause*

Jeudi 8 et vendredi 9 juin 2006

## Vaison-La-Romaine (Vaucluse)

Lieu du colloque : Centre A Cœur Joie – avenue César Geoffray 84110 Vaison La Romaine

### *Saint-Alban (1942) et/ou Largactil (1952)*

## *Les mythes originaires de la psychiatrie contemporaine*

### Argument

La psychiatrie a une histoire. A lire la pluralité des récits, elle en a même au moins deux.

- Dans une de ses versions, entre l'électrochoc (1938) et l'emploi des neuroleptiques après 1952 : R.A.S.
- Une toute autre narration fait de l'hôpital de Saint Alban, pendant les années d'occupation, le foyer de rien de moins qu'une **révolution psychiatrique**.

D'où le cri de Bonnafé : « ils ont oublié ce que nous avons fait avant la chlorpromazine ».

Notre génération, venue à la psychiatrie avec le Livre Blanc de 1967, la critique exaltée de ses institutions (1968) et sa séparation de la neurologie, a appris son métier au contact des acteurs de ces années d'après guerre.

La maladie mentale s'inscrivait dans un champ complexe aux multiples références : critique sociologique, psychanalyse, groupes, « fraternisation » des rapports soignants-soignés, phénoménologie, anthropologie... Les approches biologiques n'étaient pas exclues de ce champ. Le neuroleptique, l'antidépresseur y avaient aussi leur place.

De nos jours, cette complexité là est effacée. L'emprise du présent produit l'oubli de l'histoire. Le médicament dit « antipsychotique » est présenté comme **LE** traitement de la schizophrénie. La formation privilégie la pharmacologie, l'économie de la santé, le droit... Les notions d'efficacité, de rentabilité, de sécurité, d'hygiène, de judiciarisation dictent la conduite de tous.

On ne prend plus guère en considération la **situation** dans laquelle s'effectue la **rencontre** avec le malade.

Une psychiatrie scientifique, secrétée par nombre d'universitaires, monopolisant désormais la formation, dénigre comme obscurantiste tout ce que les générations précédentes ont forgé, notamment toute l'élaboration des « conditions de possibilité » du traitement des psychoses.

« Droit dans ses bottes », identifié à son statut et ne doutant pas de son rôle, le psychiatre post-moderne « communique » mais ne rencontre pas. Exit le transfert et le sujet de l'énonciation derrière les énoncés informatifs.

Le devenir de la psychiatrie inquiète. Un sursaut de résistance s'est manifesté lors des Etats Généraux à Montpellier en 2003.

Il apparaît nécessaire de faire appel à l'histoire, ne serait-ce qu'au titre d'un devoir de **transmission**.

Gardons-nous cependant de faire croire que « c'était mieux avant ». Nous n'avions que la chance de « penser » un avenir plus ouvert.

Maintenant nos « marges de manœuvre » rétrécissent. Au delà des protestations contre l'Etat, les administrations, le post-moderne, les contraintes économiques, l'industrie pharmaceutique, le déficit de formation..., posons-nous aussi la question : qu'en est-il actuellement de l'**engagement dans ces métiers** du champ multiréférentiel de la psychiatrie ?

Une clinique de la « rencontre singulière » s'efface au profit d'interrogatoires standardisés.

Docteur Pierre EVRARD

## PROGRAMME

### Soirée du jeudi 8 juin 2006

18 heures : Accueil des participants, remise des clés aux hébergés, exposition d'ouvrages de Psy-Cause des dix ans écoulés.

19 heures : Introduction du Colloque

- Allocution de bienvenue de Mr MEFFRE, Maire de Vaison la Romaine
- Dr Jean-Paul BOSSUAT, Directeur de la revue Psy-Cause
- Dr Pierre EVRARD, Scénariste du Colloque
- Dr André-Salomon COHEN, Régisseur du Colloque

Film (6 minutes) proposé par le laboratoire Janssen-Cilag

Intermède musical Œuvre de LISZT : par André CHASTEL (piano)

20 heures 30 : Buffet dînatoire - Orchestre de Jazz

### Journée du vendredi 9 juin 2006

8 heures 30 : Accueil – Café – Stands

9 heures 15 : 1<sup>ère</sup> séance \* présidée par Hanna SLOMCZEWSKA

- Equipe du CMP de Vaison : « Singularité d'une expérience »
- Jacques ROUSSET et Anne D'ANJOU (Montfavet) : « Enquête sur la psychothérapie institutionnelle »
- Pierre EVRARD (Montfavet) : « La psychothérapie institutionnelle : pourquoi ses principes sont toujours de première nécessité ? »

- Pierre CHABRAND (Montfavet) : « Contre-point : une réflexion critique sur la psychothérapie institutionnelle »

10 heures 45 : Pause

11 heures : 2<sup>ème</sup> séance \* présidée par Dominique PAQUET

- Youssef MOURTADA (Le Mans) : « La psychiatrie actuelle a-t-elle encore des mythes ? »
- Jacques DUBUIS (Le Vinatier) : « Psychiatrie et psychanalyse : le malentendu »
- Hervé BOKOBZA (Clinique de Saint Martin de Vignogoul) : « L'inclusion excluante »

12 heures 45 : Déjeuner

14 heures 30 : 3<sup>ème</sup> séance \* présidée par Agnès BEISSON  
\* discutant : Michel DUGNAT

- Dimitri KARAVOKYROS (Laragne Htes Alpes) : « Années 70-80. Le tournant : contradictions et impasses de la psychiatrie »
- Michel GILLET (Le Vinatier - Lyon) « Ethique de la transmission – Transmission de l'éthique »
- Débat collectif

17 heures 30 : Clôture du Colloque

18 heures 00 : Assemblée générale de l'Association Psy-Cause

## TARIFS

**Inscription au Colloque** (repas de midi inclus)

- Formation permanente : 120 € (abonnés 100 €)
- Individuels sans prise en charge : 60 €
- Etudiants : 20 €

**Soirée de gala** du 8 juin : 30 €

**Hôtellerie** sur place, au Centre A Cœur Joie

- Chambre individuelle avec petit-déjeuner : 45 €/personne
- Chambre double avec petit-déjeuner : 30 €/personne

### Contact pour information

Docteur André-Salomon COHEN

Tél. 08 75 31 74 54

andre.cohen@wanadoo.fr

### Inscription

Secrétariat du Docteur Jean-Paul BOSSUAT

Secteur 27 - Centre Hospitalier

84143 MONTFAVET CEDEX

Tél. : 04 90 03 92 76 – Fax : 04 90 03 92 79



### Bulletin d'inscription

au Colloque de Psy-Cause à Vaison-la-Romaine

N° d'agrément Formation Continue : 93840166884

N° d'enregistrement en Préfecture : 208250

N° SIRET : 44519187700015 - N° APE : 804C

N° SIREN : 445191877

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

- Inscription au Colloque <sup>(1)</sup> ..... €
- Soirée de gala <sup>(1)</sup> ..... €
- Hôtellerie <sup>(1)</sup> ..... €

**Total** ..... €

Chèque à l'ordre de PSY-CAUSE

1. Indiquer le nombre de personnes

# Abonnement

## – Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 40 € à partir du n° ..... (sauf n° épuisés).

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer au trésorier de la revue :

Michel Bayle  
La Méridienne, route de Belle Croix 13520 Le Paradou

Nom et prénom ..... □

Adresse professionnelle ..... □

Code postal ..... Ville .....

À l'occasion de ses 10 ans, *Psy Cause* sort un numéro hors série consacré aux dessins de Didier Bourgeois qui ont illustré la revue depuis sa création.

Ce livre est en vente au prix de 20 euros  
(règlement à l'ordre de *Psy Cause* à envoyer au trésorier de la revue Michel Bayle).

## et Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée à : Dr J.-P. Bossuat, Centre hospitalier de Montfavet 84143 Montfavet cedex.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication.

### Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :
- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (type photo d'identité)
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**  
L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.  
Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).  
Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.
- **Bibliographie** :  
Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière pages de l'article.

### Instructions techniques

#### Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

#### Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

#### Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).

# X<sup>e</sup> colloque interrégional de Psy Cause

Jeudi 8 et vendredi 9 juin 2006

*Saint-Alban (1942) et/ou Largactil (1952)*

*Les mythes originaires de la psychiatrie contemporaine*



*Lieu du colloque*

Centre A Cœur Joie  
avenue César Geoffray 84110 Vaison La Romaine  
tél. 04 90 36 00 78 – fax 04 90 36 09 89

*Président du comité d'organisation*  
André Salomon Cohen

*Président du comité scientifique*  
Pierre Evrard