



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Audition publique

Prise en charge de la psychopathie

15 et 16 décembre 2005
Paris (Ministère de la Santé et des Solidarités)

Rapport d'orientation

Mai 2006

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en mai 2006.

HAS (Haute Autorité de santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé – 2006

SOMMAIRE

RAPPORT D'ORIENTATION	4
I. INTRODUCTION.....	4
I.1. Pourquoi s'intéresser à la psychopathie ?.....	4
I.2. Comment proposer des orientations pour repérer et prendre en charge une population aussi mal définie dans un contexte aussi délicat ?.....	5
I.3. Le périmètre de l'audition publique et son contexte.....	5
I.4. Les objectifs et la méthodologie de l'audition publique.....	5
II. DE QUI ET DE QUOI PARLE-T-ON ?.....	6
II.1. Histoire et perspectives de l'usage du terme.....	6
II.2. Proposition de définition.....	8
II.3. Les problèmes posés par le diagnostic : les limites des outils d'évaluation clinique	10
II.4. Le diagnostic différentiel de l'organisation de la personnalité à expression psychopathique.....	12
II.5. Les comorbidités et les troubles associés.....	12
II.6. La faiblesse des données épidémiologiques.....	13
II.7. Rappel des recommandations.....	15
III. DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE.....	16
III.1. Que sait-on de l'enfance et de l'adolescence des personnes qui présentent des troubles de type psychopathique à l'âge adulte ?.....	16
III.2. Quelle prévention ?.....	19
III.3. Rappel des recommandations.....	32
IV. LES ADULTES.....	33
IV.1. Comment définir une politique publique ? Des objectifs pluriels et parfois contradictoires.....	33
IV.2. Les conditions du diagnostic d'une organisation de la personnalité à expression psychopathique.....	34
IV.3. Les prises en charge : dans le champ sanitaire, social et judiciaire.....	37
IV.4. Rappel des recommandations.....	52
ANNEXE I. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ CIM-10 ET DSM-IV	54
ANNEXE II. ÉCHELLE DE HARE	57
ANNEXE III. TROUBLES HABITUELLEMENT DIAGNOSTIQUÉS PENDANT LA PETITE ENFANCE CIM-10 ET DSM-IV	58
MÉTHODE AUDITION PUBLIQUE	62
PARTICIPANTS	65
FICHE DESCRIPTIVE	67

RAPPORT D'ORIENTATION

I. INTRODUCTION

I.1. Pourquoi s'intéresser à la psychopathie ?

Pour le grand public, la psychopathie est une notion péjorative et inquiétante. Elle est essentiellement perçue à partir des comportements agressifs les plus visibles. En témoigne l'utilisation dans le langage courant du mot *psychopathique* pour tout comportement violent qui fait peur ou qu'on ne comprend pas. Nourrie de nombreuses références cinématographiques, la représentation du psychopathe violent et délinquant reste forte.

Malgré la force de ces représentations, les psychopathes n'ont jusqu'à présent été l'objet d'aucune politique publique spécifique. Ils voyagent, sans beaucoup de coordination, entre la rue, le secteur psychiatrique, la prison et les structures d'hébergement et de réinsertion sociale.

Les multiples professionnels concernés s'accordent pour dire qu'ils existent en grand nombre et qu'ils ne font pas l'objet d'une prise en charge à la hauteur des enjeux. Il s'agit là d'un consensus fort.

Le contraste entre la grande richesse des expériences cliniques décrites lors de l'audition publique et l'extrême faiblesse des données scientifiques validées est cependant saisissant.

Même si les psychiatres disent reconnaître les psychopathes, la psychopathie reste une notion mal définie. Le mot *psychopathie* reste largement utilisé alors même qu'il a disparu de toutes les classifications internationales des troubles mentaux. Ses frontières avec d'autres comportements, pathologiques ou non, restent floues. C'est sans doute que la psychopathie ne peut être appréhendée à partir du seul champ psychiatrique : elle concerne de nombreux autres acteurs, notamment dans le champ social et judiciaire. De plus, elle est perçue différemment selon les cultures et l'environnement économique, politique et social.

Si les acteurs ont le sentiment que le nombre des psychopathes augmente, les données épidémiologiques disponibles sont trop pauvres pour permettre de le confirmer. Les études existantes, notamment en prison, ne distinguent pas les psychopathies des autres troubles de la personnalité ou des maladies mentales. Aucune donnée ne permet de rendre compte des parcours des psychopathes. L'hypothèse de l'existence de psychopathes, bien intégrés socialement, donc invisibles aux regards des psychiatres et des pouvoirs publics ne peut non plus être vérifiée.

La situation est encore compliquée par la multiplicité des acteurs et des institutions concernés. La question de la psychopathie se trouve en effet au carrefour de plusieurs disciplines : psychiatrie, psychologie, criminologie, sociologie, etc., dont les lectures différentes sont rarement croisées.

Les *psychopathes* sont également au cœur de plusieurs débats importants et difficiles qui mettent en évidence les contradictions de logique entre des approches qui privilégient l'ordre public à court terme et des pratiques professionnelles qui ne peuvent être efficaces que sur le long terme. Les questions relatives à la mesure de la dangerosité et à la prévention de la récidive ne peuvent en conséquence être évitées.

L'autre débat important concerne la prévention. Contrairement à la plupart des rapports publiés sur la santé des jeunes, la violence, la délinquance ou les drogues qui préconisent de donner une priorité à la prévention, sans susciter d'autres réactions qu'un consensus mou, et rarement suivi d'effets, cette question a suscité de vifs débats dans le cadre de cette audition publique. L'opportunité de mettre en place des actions de repérage précoce des enfants présentant des troubles des conduites reste en effet controversée, de nombreux experts craignant la stigmatisation qui en résulterait pour les enfants et adolescents concernés.

I.2. Comment proposer des orientations pour repérer et prendre en charge une population aussi mal définie dans un contexte aussi délicat ?

La revue de la littérature scientifique, de nombreux rapports sur des sujets voisins ainsi que l'audition publique ont montré que même s'ils n'étaient pas toujours totalement explicités, des points de consensus existaient, tant sur les définitions que sur les pratiques professionnelles.

Ces mêmes éléments ont également mis en évidence la faiblesse des données scientifiques et cliniques. Cette situation a conduit la commission d'audition à faire preuve de prudence dans ses conclusions tout en insistant sur la nécessité de développer les connaissances.

I.3. Le périmètre de l'audition publique et son contexte

La saisine du ministère de la Santé et des Solidarités (Direction générale de la santé et Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) porte sur les modes de traitement des psychopathes adultes. Ce ministère fait notamment observer que les possibilités de prise en charge des psychopathes sont méconnues par les psychiatres, alors que ceux qui exercent en milieu pénitentiaire estiment qu'elles pourraient être utilement développées. Cette saisine questionne en conséquence sur les moyens de promouvoir ces prises en charge et de garantir leur continuité.

Il existe aujourd'hui un consensus sur le fait que s'agissant d'un trouble de la personnalité, on ne peut pas parler de psychopathie avant l'âge adulte. Il est apparu cependant indispensable à la commission d'audition d'interroger les connaissances disponibles sur l'enfance et l'adolescence, notamment sur les facteurs susceptibles d'entraîner ou de favoriser un comportement psychopathique à l'âge adulte ou au contraire de jouer un rôle protecteur.

Dans le cadre de cette audition, les questions relatives aux comportements des enfants et des adolescents n'ont donc été examinées que dans le but d'éclairer la question de la psychopathie à l'âge adulte et de déterminer les facteurs de risque et de protection éventuels.

I.4. Les objectifs et la méthodologie de l'audition publique

À partir de la bibliographie disponible et des présentations des experts, la commission d'audition s'est donné comme objectif de faire un état des lieux des connaissances disponibles et du dispositif existant. Elle s'est attachée à dégager des points de consensus, mais aussi à dire ce qui reste incertain ou débattu. Elle s'est efforcée enfin de proposer des pistes pour une politique publique.

La commission d'audition souligne toutefois les difficultés rencontrées pour appréhender dans sa globalité un sujet qui fait appel à de nombreuses disciplines qui touchent aux champs sanitaire, social et judiciaire. Elle estime que le temps imparti ne permet d'effectuer qu'une première approche qui devra être complétée par des travaux ultérieurs.

Avant d'avancer des propositions d'orientation, la commission d'audition a organisé son travail autour de trois axes essentiels :

- les problèmes posés par la définition de la psychopathie ; les outils diagnostiques existants et leurs limites ; la faiblesse des données scientifiques, en particulier épidémiologiques et les perspectives de recherche ;
- les données relatives aux troubles des conduites pendant l'enfance et l'adolescence ; les facteurs de vulnérabilité et de protection au regard de l'émergence d'une personnalité de type psychopathique à l'âge adulte ; les mesures de prévention envisageables ;
- le parcours des psychopathes adultes et les problèmes posés par le repérage et la prise en charge ; les forces et les limites du dispositif existant ; les difficultés de coordination des acteurs sanitaires, sociaux et le cas échéant judiciaires.

II. DE QUI ET DE QUOI PARLE-T-ON ?

Il est apparu indispensable à la commission d'audition de donner une définition qui permette à la fois d'éclairer les professionnels et de conduire des recherches comparatives. Cet exercice est d'autant plus important que la psychopathie est définie dans de nombreuses publications plutôt par défaut, c'est-à-dire par ce qu'elle n'est pas. Elle est également qualifiée à partir de symptômes qui, pris isolément, ne sont pas spécifiques.

II.1. Histoire et perspectives de l'usage du terme

II.1.1. Aperçu historique de la notion de psychopathie

L'histoire de la psychopathie se confond avec celles de la psychiatrie et de la criminologie. La clinique médicale contemporaine, introduite par les aliénistes, a successivement décrit des accès périodiques de violences sous les termes de folies, qualifiées initialement de *raisonnantes* (Pinel - Traité de 1801), puis de *morales* (Falret, Pritchard 1835). Elle a été intimement associée aux tentatives de caractérisation des criminels et a épousé les théories successives de la dégénérescence de Morel et Maignan, des *manies sans délire* d'Esquirol en France, ou de *l'insanité morale* en Angleterre. Le concept de personnalité psychopathique a vu quant à lui le jour dans l'école allemande à la suite des travaux de Kraepelin et de son élève Schneider. C'est Kraepelin qui, dès 1933, pose clairement la question de la distinction du psychopathe et du perturbateur. À partir de cette époque, le concept de psychopathie a oscillé entre déséquilibre mental et sociopathie.

II.1.2. De l'histoire du concept aux usages du terme

Le problème de la définition des phénomènes traditionnellement désignés par les termes de *psychopathie* et de *psychopathe* ne résulte pas principalement de la diversité des appellations selon les pays, les époques et les écoles. Il réside plutôt dans la confusion entre plusieurs définitions qui correspondent chacune à des logiques et des usages différents.

Compte tenu de la complexité de la situation qui en résulte, la commission d'audition s'est même interrogée sur la pertinence du maintien de l'utilisation des termes *psychopathie* ou *psychopathe*.

Il importe de distinguer trois principaux usages :

- L'usage courant

Le terme *psychopathe* renvoie à un individu inquiétant car *malade mental, violent et dangereux*. L'exemple extrême est l'image du *serial killer* dans les œuvres de fiction contemporaines.

- L'usage des professionnels

Les termes de *psychopathe* et de *psychopathie* sont couramment utilisés par les psychiatres et les personnels de la santé mentale comme catégories pratiques. Dans ce cas, ces termes qualifient la perception puis l'identification clinique d'un type de patients.

Cet usage est ensuite transmis aux autres acteurs professionnels (justice, acteurs sociaux) qui le relaient plus ou moins, en fonction de l'intérêt que cette identification représente pour leur propre intervention.

- L'usage nosographique

Cette acception *stricto sensu* a disparu des classifications internationales. La définition clinique persiste sous forme de regroupements d'items dans la CIM-10 et le DSM-IV qui en font un trouble de la personnalité et non une maladie (cf. annexe I).

Actuellement, le DSM-IV distingue deux formes : *la personnalité antisociale* (F 63.2) et *la personnalité borderline* (F 60.31). La CIM-10 en reconnaît trois : *la personnalité dyssociale* (F 60.2) et *la personnalité émotionnellement labile* (F 60.3) avec deux sous-types, le *type impulsif* (F 60.30) et le *type borderline* (F60.31).

CIM-10 et DSM-IV privilégient l'approche descriptive, en insistant sur l'impulsivité, l'instabilité psychoaffective et d'insertion et sur des tendances antisociales n'évitant pas une connotation moralisante dans le jugement porté sur la conduite psychopathique¹.

Les concepts d'état limite ou borderline² se distinguent des personnalités dyssociales et antisociales par une approche plus structurée des troubles de l'identité se construisant autour d'une part d'une angoisse d'abandon et de vide, d'autre part d'une agressivité et de passages à l'acte envers les autres et soi-même.

À partir de ces classifications, JL Senon a proposé le tableau comparatif ci-dessous.

Tableau 1. De personnalité antisociale en borderline, la confrontation entre CIM-10 et DSM-IV³.

	CIM-10	DSM-IV
Personnalité antisociale	F 60.2 : dyssociale Écart entre comportement et normes sociales Absence de culpabilité Attitude irresponsable Incapacité à maintenir durablement les relations Faible tolérance à la frustration <i>Indifférence froide</i>	Antisociale : Incapacité à se conformer à la loi Absence de remords Irresponsabilité Instabilité des relations interpersonnelles Besoin de tromper par profit Impulsivité, irritabilité, agressivité
Personnalité borderline	F 60.31 : émotionnellement labile borderline Abandon Sentiments de vide Relations intenses et instables Instabilité Menaces de suicide Gestes auto-agressifs	Borderline : Efforts pour éviter les abandons Sentiments chroniques de vide Relations instables Perturbation de l'identité Impulsivité Répétitions Idéation persécutoire
Personnalité impulsive	F 60.30 : émotionnellement labile type impulsif Instabilité émotionnelle Manque de contrôle des impulsions Accès de violence Comportements menaçants Intolérance à la critique	

¹ JL Senon. Comment définir la psychopathie ? Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

² État limite : acception française ; borderline : acception anglo-saxonne.

³ JL Senon id.

Même si aucun des items ne cible particulièrement la *psychopathie*, ce tableau doit permettre aux cliniciens de communiquer entre eux, à partir des items les plus proches de leur observation clinique. La commission d'audition recommande aux professionnels de s'y référer.

II.2. Proposition de définition

L'usage courant se révèle aujourd'hui à la fois erroné et stigmatisant. Il doit être abandonné par les professionnels et laissé à son évolution naturelle dans le langage usuel.

La persistance du terme *psychopathie*, en dépit de son abandon dans les classifications internationales, témoigne de son utilité pour les professionnels de santé qui l'emploient comme catégorie pratique, intuitive et correspondant essentiellement à une expérience partagée. Il a cependant l'inconvénient d'être mal compris par les partenaires non spécialisés en psychiatrie. Il s'avère en outre inadapté aux exigences actuelles de la recherche et de l'échange de connaissances.

Les catégories du DSM-IV et de la CIM-10 qui se sont substituées au concept de psychopathie présentent un incontestable intérêt pour ce qui concerne l'échange scientifique entre spécialistes à visée de recherche. Elles trouvent cependant leur limite en pratique clinique dans la mesure où elles ne peuvent être utilisées comme seul support des décisions thérapeutiques.

Il convient toutefois d'observer que les psychiatres français ont construit en grande partie leur pratique sur la transmission d'une expérience clinique fondée sur les théories psychanalytiques et psychodynamiques. Cette approche qui s'appuie sur la relation thérapeutique singulière entre le patient et le médecin a montré sa pertinence avec un niveau de preuve scientifique faible, notamment au regard de *l'evidence based medicine*⁴.

Ce paysage sémantique confus a conduit la commission d'audition à proposer une définition susceptible d'être partagée utilement par l'ensemble des acteurs.

Ce qu'on a appelé jusqu'à aujourd'hui *psychopathie* renvoie, non à une maladie mentale, mais à un trouble complexe de la personnalité. Cette notion est placée aux confins de deux sphères, sociale et médicale, et s'accompagne de manifestations psychocomportementales significatives affectant l'environnement social.

La personnalité de base est caractérisée essentiellement par trois types de défaillances :

- défaillance narcissique (ce qui renvoie aux notions d'état limite ou de personnalité borderline) ;
- défaut de maîtrise comportementale ;
- défaillance du contrôle émotionnel.

S'il est traditionnel de parler d'absence d'empathie chez ces patients, celle-ci n'est pas synonyme d'absence de souffrance. Cette souffrance découle notamment des carences ci-dessus mentionnées.

Pour rendre compte de l'ensemble de ces éléments, la commission d'audition propose de préférer la CIM-10 qui non seulement rend mieux compte du caractère évolutif du trouble du comportement mais qui s'avère moins moralisatrice que le DSM-IV.

⁴ Conceptualisée dans les années 1980 à la faculté de médecine McMaster au Canada, l'*evidence based medicine* (EBM) se définit comme un processus systématique de recherche, d'évaluation et d'utilisation des résultats contemporains de la recherche clinique pour prendre des décisions concernant le patient. La démarche EBM consiste à poser des questions, trouver et évaluer les données appropriées et utiliser ces informations pour la pratique quotidienne.

Pour les praticiens, la CIM-10 apparaît en effet plus proche de la clinique rencontrée. Si le DSM est utilisé, notamment pour communiquer au niveau international, il reste marqué par le contexte socioculturel nord-américain dans lequel il a été élaboré.

Pour mieux rendre compte de la diversité des tableaux cliniques rencontrés, elle propose d'y associer certains éléments tels que JL Senon les décrit dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. Clinique des états limites à expression psychopathique⁵.

Clinique du passage à l'acte	Passages à l'acte hétéro-agressifs Passages à l'acte auto-agressifs : - automutilations - tentatives de suicide
Décompensations psychiatriques brutales et réversibles	Dépansions à l'emporte-pièce Décompensations psychotiques aiguës et réversibles Labilité thymique et émotionnelle Évolution cyclothymique possible
Addictions et conduites de prise de risque	Alcool Drogues illicites Médicaments Comportement de prises de risque
Troubles anxieux face au sentiment de vide	Intolérance aux fluctuations du niveau d'angoisse

Pour prendre en compte ces différents apports, la commission d'audition propose de modifier la terminologie et de parler d'*organisation de la personnalité à expression psychopathique* plutôt que de *psychopathie*.

Cette expression apparaît plus éclairante pour plusieurs raisons :

- elle dit clairement qu'il ne s'agit pas d'une maladie mentale ;
- elle rend compte de la complexité des déterminants du processus psychocomportemental en jeu ;
- elle comprend l'idée d'un processus qui reste évolutif ;
- elle permet de garder la trace de l'histoire de la clinique et du concept de psychopathie, en limitant son caractère stigmatisant ;
- elle a l'avantage de pouvoir être comprise par les professionnels autres que médicaux ;
- elle apparaît moins stigmatisante et péjorative pour la personne concernée qui peut la comprendre et éventuellement se la réapproprier.

Dès lors qu'il s'agit d'un trouble de la personnalité constituée, ce n'est qu'à l'âge adulte, au terme d'un certain temps de maturation, que se confirmera le fonctionnement psychopathique, même si le processus sous-jacent pouvait être à l'œuvre depuis l'enfance.

La plupart des professionnels estiment que la composante environnementale est majeure dans la problématique de la psychopathie. Il apparaît en conséquence légitime de s'interroger sur l'influence de l'évolution de la société et du contexte social, économique et culturel sur la psychopathie. À titre d'exemple, on peut s'interroger sur le lien entre l'exigence moderne de performance individuelle et les conditions d'émergence des troubles narcissiques de la personnalité à expression psychopathique.

La commission d'audition recommande que ces questions, qui ne sont pas aujourd'hui documentées, fassent l'objet d'un travail de recherche pluridisciplinaire et que des études

⁵ JL Senon id.

prospectives, permettant d'évaluer le poids des différents facteurs, soient réalisées en France.

II.3. Les problèmes posés par le diagnostic : les limites des outils d'évaluation clinique

II.3.1. L'usage des classifications internationales

Le DSM-IV et la CIM-10 ne sont pas conçus comme des outils opérationnels sur le plan clinique et pronostique.

Ils sont en revanche indispensables pour :

- le partage diagnostique entre professionnels ;
- la statistique et la recherche, en particulier épidémiologique.

Pour décider de l'utilisation d'instruments diagnostiques, il faut préalablement définir qui va les utiliser et pourquoi. Il faut également prendre en compte le fait que la transgression d'une norme ne signe pas une pathologie.

II.3.2. Les outils d'évaluation de la psychopathie et de la dangerosité

L'évaluation est principalement fondée en France sur l'entretien clinique réalisé par le praticien qui analyse l'éventuel trouble mental dont souffre le sujet, les éléments biographiques (antécédents personnels, familiaux, le cas échéant médico-légaux, judiciaires, etc.), les éléments de personnalité (fonctionnement psychodynamique et mécanismes de défense, etc.) et le contexte environnemental.

Les pays d'Amérique du Nord (États-Unis, Canada) ont développé des recherches en psychocriminologie et élaboré des outils d'évaluation de la dangerosité criminologique des auteurs d'infraction pénale.

D'une manière générale, le débat actuel oppose deux méthodes qui peuvent aussi être utilisées de manière complémentaire :

- *les instruments actuariels* sont des instruments structurés qui à partir de variables anamnestiques ou sociodémographiques mesurables donnent une probabilité de risque (table actuarielle) s'appliquant à des circonstances données (définies généralement) et à une période donnée. L'ensemble brosse le tableau d'un contexte biographique avec un accent sur les éléments propices à l'émergence de comportements violents ;
- *les méthodes d'évaluation fondées sur un jugement clinique* qui utilisent des instruments semi-structurés ou des critères formalisés. Ces méthodes associent des connaissances empiriques concernant la violence et l'évaluation clinique, pour aboutir à une estimation qualitative, tenant également compte de façon beaucoup plus spécifique du contexte individuel (passé et futur)⁶.

La *Psychopathy checklist-Revised (PCL-R)*, ou *échelle de Hare*, initialement développée en population anglo-saxonne incarcérée, puis validée en français au Québec et en Belgique, en population sous main de justice, explore la dimension psychopathique selon vingt items relatifs à des comportements antisociaux et des traits de personnalités⁷. Inspirée des travaux

⁶ B Gravier et Y Lustenberger. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. Ann Méd Psychol, 2005, vol 163, n°8, p.668-680.

⁷ T Pham. Outils d'évaluation chez l'adulte. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

de Clekley⁸, cette échelle traduit ces éléments diagnostiques spécifiques en leur attribuant un score qui vise à établir un pronostic (cf. annexe II).

Cette échelle est intégrée selon des modalités variables dans d'autres échelles :

- dans la VRAG (*Violence Risk Appraisal Guide*), la psychopathie est l'item prépondérant ;
- dans la HCR 20 (*Historical Clinical Risk 20*), elle est l'un des 20 items.

Malgré l'intérêt de cette démarche, cet outil soulève un certain nombre de critiques :

- certains des critères choisis apparaissent à la commission d'audition imprécis, ouverts à une interprétation subjective et connotés moralement de sorte que leur transposition dans une autre culture n'est pas évidente ;
- la notion de score pose la question du *cut off*, c'est-à-dire du chiffre à partir duquel sera pronostiquée une dangerosité criminologique, c'est-à-dire induira une rétroaction sociale normative. La détermination du *cut off* nécessite une très grande rigueur dans l'établissement et la validation de l'échelle, rigueur qui paraît en l'espèce insuffisante ;
- cet outil conduit à établir une corrélation entre un score de personnalité et la survenue d'une récidive, sans pouvoir identifier de mécanisme causal ;
- il mesure la dangerosité en utilisant une partie seulement des manifestations de type psychopathique (en référence à la personnalité antisociale), de sorte que sa sensibilité vis-à-vis de tous les patients présentant une personnalité à expression psychopathique est inconnue ;
- cette échelle a été validée en milieu carcéral où la prévalence de sujets considérés comme dangereux est élevée. La commission d'audition considère que son utilisation dans un but diagnostique en population générale, où la prévalence de ces sujets est faible, doit être évitée tant qu'elle n'a pas été validée dans cette population et qu'elle n'a pas démontré qu'elle possédait pour celle-ci une valeur prédictive positive suffisante.

La commission d'audition recommande en conséquence la plus grande prudence dans l'utilisation de cet outil. Elle estime en effet que :

- dans son état de développement, cet instrument ne présente pas de garanties acceptables pour le repérage diagnostique de masse au sein d'une population générale dans laquelle il n'est pas à ce jour validé ;
- son utilisation large en psychiatrie légale risquerait d'en faire une norme rigide, permettant une orientation ou une mise à l'écart sur cette seule base et sans analyse clinique⁹ ;
- son utilisation en milieu carcéral permet seulement d'évaluer un risque statistique, sans qu'il puisse lui être attribuée avec suffisamment de confiance une valeur prédictive quant à la récidive pour un individu donné, car même dans cette population, les performances de l'échelle ne sont pas clairement établies ;
- son utilisation isolée pour évaluer la dangerosité criminologique dans le cadre d'une expertise pénale doit être évitée.

La commission d'audition considère qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches permettant d'identifier des facteurs éventuellement prédictifs d'évolution et/ou de dangerosité de tel ou tel trouble du comportement, en population générale et en population carcérale.

La commission d'audition recommande en l'état de ne pas utiliser cette échelle sans l'accompagner d'une évaluation clinique approfondie.

⁸ H Clekley. *The mask of sanity*. New York, Mosby, 1982.

⁹ B Gravier et Y Lustenberger id.

II.4. Le diagnostic différentiel de l'organisation de la personnalité à expression psychopathique

II.4.1. La perversion

La perversion s'analyse comme une déviation par rapport à une norme psychorelationnelle, sociale ou sexuelle.

Les notions de psychopathie et de perversion ne se superposent pas. Un sujet ayant une personnalité à expression psychopathique peut poser des actes relevant de la perversion, et toutes les conduites perverses ne relèvent pas de la psychopathie.

La jouissance des pervers s'organise communément autour de la souffrance qu'ils provoquent. En revanche, si les personnalités à expression psychopathique peuvent jouir de cette souffrance par opportunisme manipulateur, ce n'est pas systématique.

II.4.2. L'héboïdophrénie

L'héboïdophrénie est l'une des formes de la clinique traditionnelle des psychoses schizophréniques au même titre que la forme paranoïde, hébéphrénique, hébéphréno-catatonique ou *simple*.

Le tableau clinique de l'héboïdophrénie comporte des troubles du comportement d'allure psychopathique, surtout au début de son évolution.

II.4.3. La délinquance

Il existe un consensus sur les points suivants :

- si les personnalités à expression psychopathique peuvent commettre des actes de délinquance, tout acte de délinquance n'est pas d'origine psychopathique ;
- aucun type d'acte de délinquance ne définit spécifiquement un type de personnalité spécifique ;
- on ne peut pas davantage, comme auraient tendance à le suggérer les œuvres de fiction, corrélérer celle-ci avec les crimes les plus graves, notamment les homicides.

Il résulte de ce qui précède que les actes de délinquance ne constituent pas, à eux seuls, des éléments de définition d'une personnalité à expression psychopathique. La commission d'audition recommande en conséquence de ne proposer des réponses médicales à des actes de délinquance que lorsqu'un diagnostic médical est établi.

II.5. Les comorbidités et les troubles associés

II.5.1. La prise de risque

Le champ des états morbides associés aux *organisations de la personnalité à expression psychopathique* recouvre des troubles des conduites et notamment des prises de risques compulsives et répétées. L'observation clinique met ainsi en évidence de fréquents traumatismes et blessures liés à ces comportements : scarifications, cicatrices, fractures, séquelles d'accidents de la voie publique, etc. On ne dispose toutefois d'aucune étude permettant d'évaluer les prises de risques et leurs conséquences.

II.5.2. Les conduites addictives

La consommation abusive d'alcool, de drogues illicites, de médicaments est fréquemment associée aux organisations de la personnalité à expression psychopathique. Il s'agit même

de la comorbidité la plus fréquemment citée sans pour autant qu'il existe de données épidémiologiques permettant d'en apprécier l'exacte importance.

S'il n'existe pas de personnalité caractéristique ou prédisposant à une conduite addictive, les études utilisant les critères du DSM-IV de la personnalité antisociale mettent en évidence qu'il s'agit du trouble de la personnalité le plus souvent associé à l'abus et à la dépendance de substances psychoactives.

La personnalité antisociale est significativement associée à un type particulier d'alcoolodépendance caractérisé par sa rapidité d'installation. On observe également une fréquence élevée des antécédents paternels d'alcoolisme et d'autres conduites addictives. Il est rapporté que l'existence de ce trouble de la personnalité complique la prise en charge de la conduite addictive en aggravant la sévérité pronostique de la maladie alcoolique.

II.5.3. Les complications infectieuses (VIH, hépatites, etc.)

Elles sont rapportées comme fréquentes et s'expliquent par la difficulté de ces patients à respecter les consignes de prévention. Il n'existe pas cependant de données épidémiologiques précises.

II.5.4. Les troubles de l'humeur

Ils sont fréquemment associés. La dépression, sous toutes ses formes, peut faire partie du cortège morbide accompagnant *l'organisation de la personnalité à expression psychopathique*. Mais des phases maniaques ou maniformes peuvent aussi être observées. Un trouble bipolaire peut coexister.

II.6. La faiblesse des données épidémiologiques

Il n'existe pas de données épidémiologiques disponibles sur les psychopathies. Compte tenu de cette situation, la commission d'audition a examiné les données existantes sur les personnalités antisociales ainsi que les études sur les troubles mentaux en général qui permettent d'éclairer cette question.

II.6.1. En population générale

Les données disponibles en population générale rapportent un taux de prévalence des critères du DSM-IV de la personnalité antisociale très variable. Une revue de quinze études de prévalence dont aucune n'est française avance un taux compris entre 0,2 % et 3,7 % de la population générale¹⁰. Ces études ont été réalisées avec des instruments différents, sur la base de définitions différentes, dans des pays et des continents différents, ce qui peut expliquer les écarts de résultat. Il semble toutefois se dégager un consensus pour un taux de prévalence compris entre 2 % et 3 %¹¹.

II.6.2. L'influence des histoires de vie

On décrit classiquement une évolution pendant l'enfance et l'adolescence, une phase productive des troubles du comportement à l'âge adulte et un apaisement clinique à la quarantaine. En l'absence d'études de cohorte, cette évolution n'est pas précisément documentée.

Les seules études existantes sur les parcours de vie concernent les facteurs de vulnérabilité et de protection développés au cours de l'enfance. Il s'agit d'études de cohorte

¹⁰ P Moran. The epidemiology of antisocial personality disorder. Soc Psychiatr Epidemiol, 1999, vol 34, n°5, p.231-42.

¹¹ B Falissard. Epidémiologie de la psychopathie. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

essentiellement étrangères dont les résultats seront développés dans le chapitre relatif aux mineurs. Dès lors que les facteurs environnementaux et culturels sont importants, il apparaît indispensable à la commission d'audition de développer de telles études en France.

II.6.3. Existe-t-il des psychopathes invisibles ?

L'existence d'une catégorie non repérable ou socialement insérée de personnalités de type psychopathique est une hypothèse qui n'a été ni vérifiée ni invalidée.

II.6.4. L'influence du genre

Les conduites de type psychopathique sont traditionnellement considérées comme étant surtout le fait des hommes. La surreprésentation masculine est repérée sans que les déterminants aient été élucidés. L'éventuelle psychopathie féminine apparaît comme une zone d'ombre pour les cliniciens¹². L'hypothèse d'une expression psychopathique propre aux femmes reste posée.

Plusieurs études américaines montrent que dans la population incarcérée, il existe la même proportion de femmes ayant une personnalité de type psychopathique que d'hommes¹³. Il convient cependant d'observer que dans tous les pays étudiés, la proportion de femmes incarcérées est faible (entre 3 % et 8 % ; en France autour de 4 %).

Plusieurs experts ont fait observer qu'ils rencontraient de plus en plus souvent des expressions cliniques symptomatiques évocatrices de psychopathie chez des jeunes filles, sans être toutefois en mesure de chiffrer cette évolution.

II.6.5. Les facteurs environnementaux

L'influence des facteurs familiaux, sociaux et économiques apparaît évidente pour tous les experts auditionnés bien qu'elle ne soit pas aujourd'hui sérieusement documentée.

- En milieu psychiatrique
Les études réalisées en milieu psychiatrique ou dans des centres de traitement des addictions rapportent des taux de prévalence de la personnalité antisociale nettement supérieurs à ceux observés en population générale¹⁴. Ces études sont confortées par l'expérience des cliniciens.
- Dans la rue
Dans une étude française, menée en 1997 auprès de sans domicile fixe parisiens, la proportion de *personnalités pathologiques* était très élevée (57,6 %)¹⁵. Néanmoins, cette étude, ne permet pas de isoler les personnalités antisociales de cet ensemble.
- Les liens avec la délinquance
Tous les experts se montrent très prudents quant à l'existence d'une corrélation entre criminalité et personnalité à expression psychopathique. Il n'existe pas d'étude portant spécifiquement sur la délinquance des personnes souffrant d'un trouble de type psychopathique. Les seules études disponibles ne concernent que les troubles mentaux en général.

¹² A Martorell. Les psychopathies graves. *Evol Psychiatr*, 2001, vol 66, n°4, p.559-62.

¹³ JI Warren, ML Mandi, SC South *et al.* Psychopathy in women: structural modeling in comorbidity. *Int J Law Psychiatry*, 2003, vol 26, n°3, p.223-42.

¹⁴ B Falissard *Id.*

¹⁵ V Kovess et C Mangin-Lazarus. L'abord épidémiologique des troubles mentaux dans les populations défavorisées. La santé des sans-abri à Paris. *Rev Fr Psychiatr Psychol Méd.* 1997, n°9, p.17-24.

S'agissant des personnes souffrant de troubles mentaux, les études citées montrent que le risque de passage à l'acte violent est sensiblement identique à celui observé en population générale¹⁶. Plusieurs études montrent toutefois que le risque s'accroît lorsque le trouble mental est associé à la consommation de substances psychoactives et plus particulièrement l'alcool¹⁷.

Les experts estiment qu'il est à ce jour impossible de prédire la survenue d'un acte de violence ou de délinquance pour une personne précise. Les facteurs contextuels, événementiels, aléatoires et contingents sont en effet à la fois trop nombreux et trop divers. On peut seulement évaluer un risque statistique sur la base de facteurs psychopathologiques stables et de situations contextuelles connues, par exemple, la consommation de substances psychoactives¹⁸.

- En prison

Au sein de la population incarcérée en France, des taux très élevés de personnes souffrant de troubles de la personnalité sont évoqués (entre 30 % et 60 %). Cependant, les personnalités antisociales ne sont pas distinguées des autres pathologies psychiatriques, dans les enquêtes disponibles. Elles peuvent également être confondues avec des comportements qui ne sont que la conséquence de l'incarcération.

Une étude française récente¹⁹ montre que le tiers des hommes détenus avait consulté pour un motif psychiatrique avant l'incarcération et que, parmi eux, 16 % avaient été hospitalisés en psychiatrie. Une étude antérieure de la DREES (Direction de la recherche et des études du ministère de la Santé - 2001) estime à 50 % le nombre de détenus nécessitant des soins psychiatriques.

La dernière étude réalisée en 2006²⁰ auprès de 800 hommes détenus évalue à environ 35 % la proportion de détenus qui souffrent d'un trouble mental qualifié de grave à sévère, voire très sévère.

Aucune de ces études ne cible particulièrement les troubles à expression psychopathique. Elles confirment que les personnes détenues souffrent beaucoup plus souvent de troubles mentaux que la population générale et que la demande de soins est importante.

Elles ne donnent pas davantage d'indications sur la nature des relations entre ces troubles et les actes de délinquance. Pour établir des corrélations, il faudrait en effet disposer de données sur l'état de santé avant l'incarcération, les motifs d'incarcération, le parcours de vie des personnes concernées et l'influence du contexte carcéral.

Il résulte de l'ensemble de ces éléments que les études épidémiologiques disponibles ne permettent pas de connaître précisément les caractéristiques, les trajectoires, les morbidités associées et la mortalité de ces populations. La commission d'audition recommande en conséquence de conduire un programme de recherche qui permette d'avoir une connaissance plus précise de l'histoire et de l'évolution de ces personnes.

II.7. Rappel des recommandations

1. La commission d'audition recommande d'abord d'utiliser, aussi bien dans les rapports entre médecins psychiatres qu'avec les professionnels non spécialistes ou dans les expertises psychiatriques destinées à la Justice, le terme d'organisation de la personnalité à expression psychopathique. Cette nouvelle formulation permet de rappeler plus clairement

¹⁶ JW Swanson, 1990. in A Lovell. Commission "Violence et santé mentale" : Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Paris, Ministère de la santé et de la protection sociale, 2005.

¹⁷ A Lovell. Op précité.

¹⁸ A Lovell. id.

¹⁹ B Falissard, F Rouillon, 2004.

²⁰ B Falissard. *Prevalence of mental disorders in French prisons for men*. 2006, Article soumis.

qu'il ne s'agit pas d'une maladie mentale mais d'un trouble de la personnalité traduisant l'aboutissement d'un processus psychocomportemental complexe et multifactoriel.

2. La commission d'audition propose de privilégier la CIM-10 comme outil de partage diagnostique entre professionnels de santé. Elle propose d'y associer le tableau clinique des états limites à expression psychopathique décrit par JL Senon (tableau 2).

Cependant, l'importance des références à la personnalité antisociale du DSM-IV dans la littérature scientifique internationale conduit à l'associer à la CIM-10 dans les protocoles de recherche.

3. En l'absence de données scientifiques plus étayées sur les liens entre délinquance et organisation de la personnalité à expression psychopathique, la commission d'audition recommande la plus extrême prudence sur l'interprétation du lien causal qui pourrait être fait entre ces deux entités, s'il n'est pas tenu compte des nombreux cofacteurs familiaux, environnementaux, sociaux, économiques et culturels. Elle rappelle en effet qu'il s'agit d'une problématique humaine et multifactorielle dont il ne peut être rendu compte par la seule statistique.

4. La commission d'audition estime particulièrement urgent de disposer de données scientifiques validées. Dans cette perspective, elle propose de conduire des recherches et études épidémiologiques dans les directions suivantes :

- études transversales reconductibles, en population générale et dans certains lieux, notamment à l'hôpital psychiatrique, en prison, en centre d'hébergement et de réinsertion sociale, à l'hôpital général (service des urgences, traumatologie, etc.) ;*
- études permettant d'apprécier la prévalence des comorbidités et des conduites à risque associées, la délinquance, la mortalité ;*
- études permettant de mesurer le poids des facteurs familiaux, environnementaux, sociaux, économiques et culturels ainsi que l'influence du genre.*

La commission d'audition recommande à cet égard de conduire une étude longitudinale de cohorte à l'image de celles qui ont été menées dans d'autres pays. Une telle étude permettrait non seulement d'apprécier les facteurs de risque et de protection, notamment pendant l'enfance et l'adolescence, mais également de mesurer l'efficacité des prises en charge et des traitements. Elle aurait également l'avantage de permettre des comparaisons internationales.

Un tel programme de recherche devra à l'évidence associer plusieurs champs disciplinaires : psychiatrie, psychologie, santé publique, sociologie, criminologie, etc.

III. DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE

III.1. Que sait-on de l'enfance et de l'adolescence des personnes qui présentent des troubles de type psychopathique à l'âge adulte ?

III.1.1. Le poids des mots : peut-on parler de psychopathie avant l'âge adulte ?

Si, jusque dans les années 1990, les principaux ouvrages de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence traitent des personnalités psychopathiques, tous les experts sont aujourd'hui d'accord pour dire qu'on ne peut parler pour un enfant ou un adolescent ni de psychopathie, ni d'organisation de la personnalité à expression psychopathique. Ce diagnostic ne peut en

effet concerner que des personnalités constituées et ne saurait en conséquence s'appliquer à un être en devenir.

Plusieurs experts insistent sur la nécessité d'être prudent sur le choix des termes utilisés. Certains préfèrent parler d'*enfants et d'adolescents difficiles* et suggèrent une conception globale de l'*enfant en devenir*, plutôt que seulement médicale ou psychopathologique²¹. D'autres insistent sur l'imaginaire social fort qui est associé au terme de psychopathe et sur les risques qu'il y aurait à l'associer à l'enfance et l'adolescence²².

Plusieurs pédopsychiatres rappellent que l'utilisation de classifications chez l'enfant et l'adolescent est complexe. Il est en effet particulièrement difficile de distinguer les manifestations pathologiques de celles qui relèvent du développement normal, même s'il est parfois chaotique, de l'enfance et de l'adolescence²³.

III.1.2. Des connaissances limitées et hétérogènes

Les connaissances existantes sont hétérogènes et n'offrent pas le même niveau de preuve au regard des critères scientifiques internationaux habituellement retenus.

Les experts entendus ont confirmé qu'il n'existait pas d'autres données indexées et publiées que celles qui figurent dans l'expertise collective de l'Inserm sur les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent²⁴. Les études publiées sont cependant toutes d'origine étrangère de sorte que, dans un contexte où l'environnement culturel paraît jouer un rôle important, les résultats doivent être transposés avec prudence.

Cependant, ainsi que cela a été souligné pour la psychiatrie adulte, les pédopsychiatres français ont largement construit leur pratique sur la transmission d'une expérience clinique fondée sur les pratiques et les théories psychanalytiques et psychodynamiques. Cette approche est fondée sur la relation thérapeutique singulière entre le patient et le médecin. Elle est souvent insuffisamment reprise dans la littérature scientifique car elle offre un niveau de preuve faible au regard des critères de l'*evidence based medicine*. Elle apporte cependant un éclairage essentiel au présent rapport.

De nombreux experts ont précisé au cours de l'audition que la majorité des adultes souffrant d'une organisation de la personnalité à expression psychopathique a présenté des troubles de la conduite dans l'enfance et l'adolescence²⁵.

S'il existe de nombreuses études dont plusieurs menées sur des cohortes importantes et sur de longs suivis²⁶, elles utilisent essentiellement les critères nosographiques du DSM-IV et ne ciblent donc pas spécifiquement à l'âge adulte les personnalités à expression psychopathique mais plutôt les personnalités antisociales.

Ainsi, 80 % des personnes de 18-19 ans pour lesquelles le diagnostic de personnalité antisociale a été posé ont présenté des troubles des conduites pendant l'enfance et l'adolescence²⁷. Selon les mêmes études, entre 30 et 50 % des jeunes développant des

²¹ P Alecian. Quelles prises en charge possibles, au sein, auprès et hors de la famille. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

²² C Laval. Existe-t-il des facteurs de risque ou de protection et comment les identifier. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

²³ N Catheline. Existe-t-il des signes précurseurs et comment les identifier ? Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

²⁴ Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective. Paris, Inserm, 2005.

²⁵ cf. notamment Philippe Jeammet, Daniel Marcelli. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

²⁶ Expertise collective Inserm, 2005 id.

²⁷ Loeber *et al.* in Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective. Paris, Inserm, 2002.

troubles des conduites présenteraient une personnalité antisociale à l'âge adulte. Le risque serait plus élevé en cas d'usage de substance psychoactive à l'adolescence et à l'âge adulte.

III.1.3. L'évolution dans le temps : de l'enfance et l'adolescence à l'âge adulte

Les troubles des conduites sont essentiellement définis dans les études citées comme un ensemble de comportements répétitifs et persistants tendant à violer les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet. Les troubles oppositionnels avec provocation (TOP) ou les troubles déficit de l'attention/hyperactivité (THADA) dans l'enfance font partie des précurseurs possibles des troubles des conduites observés à partir de l'adolescence.

Les signes cliniques décrits par la CIM-10 sont similaires à ceux décrits par le DSM-IV mais leur classification diffère (cf. annexe 3).

Certaines données cliniques doivent être précisées car elles sont associées au pronostic à long terme : l'âge de début (dans l'enfance ou l'adolescence), la sévérité des troubles, leur caractère limité à un contexte précis (famille ou école par exemple), les autres troubles comorbides et le contexte psychosocial²⁸.

Selon les études réalisées en population générale, les troubles des conduites concernent entre 5 et 9 % des garçons âgés de 15 ans²⁹. Ces troubles concernent plus fréquemment les garçons que les filles. Il existe une forte stabilité du diagnostic dans le temps. Les 2/3 des enfants pour lesquels le diagnostic de troubles des conduites (TC) a été posé présentent encore ce diagnostic à l'adolescence³⁰.

Tableau 3³¹. Prévalence des troubles disruptifs en fonction du sexe et de l'âge (préadolescence, adolescence, postadolescence) (d'après Cohen *et al*, 1993).

Catégorie diagnostique	Sexe	Âge (années)		
		10-13	14-16	17-20
THADA	Garçons	17.1	11.4	5.8
	Filles	8.5	6.5	6.2
TOP	Garçons	14.2	15.4	12.2
	Filles	10.4	15.6	12.5
TC	Garçons	16.0	15.8	9.5
	Filles	3.8	9.2	7.1

Les évolutions décrites pour les troubles de conduite de type THADA sont de trois types³² :

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

²⁸ D Marcelli et D Cohen. La psychopathie. Outils d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

²⁹ Expertise collective Inserm, 2005 id.

³⁰ Expertise collective Inserm 2005 id.

³¹ D Marcelli et D Cohen id.

³² D Marcelli et D Cohen id.

La question de savoir dans quelle mesure ces troubles sont innés ou acquis a fait l'objet d'une attention constante dans l'histoire de la psychiatrie. Les nombreuses études de jumeaux réalisées permettent de mesurer la part des facteurs génétiques, de l'environnement partagé et de l'environnement non partagé. Elles mettent en évidence une forte composante génétique tout en insistant sur l'origine multifactorielle de ces troubles³³.

III.1.4. La nécessité de développer les connaissances

La commission d'audition souligne l'absence d'études françaises de cohorte dans un domaine où l'environnement joue un rôle important.

Elle rappelle les difficultés rencontrées pour établir des diagnostics qui différencient sûrement les troubles des conduites des manifestations normales des remaniements de l'adolescence.

Elle considère que la multiplicité des facteurs, des symptômes et des comorbidités repérés interdit d'utiliser ces données dans une perspective prédictive. Elle rappelle en effet que la majorité de ces enfants n'évoluera ni vers une organisation de la personnalité de type psychopathique, ni vers un autre trouble mental.

Elle recommande la conduite d'études :

- transversales, permettant de connaître la prévalence des troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, en population générale et dans certains lieux ciblés (protection judiciaire de la jeunesse, aide sociale à l'enfance, urgences hospitalières) ;
- de cohorte de l'enfance à l'âge adulte, permettant d'appréhender l'apparition des troubles, leur persistance ou leur transformation ainsi que l'influence des événements de vie ;
- permettant d'évaluer l'influence des actions de prévention ou des prises en charge individuelles.

III.2. Quelle prévention ?

III.2.1. Une prévention précoce mais non spécifique

Malgré la relative faiblesse des connaissances, les résultats publiés sont suffisamment éclairants pour conduire la commission d'audition à préconiser des actions préventives précoces assorties d'une offre de prise en charge individuelle lorsque c'est nécessaire.

Toutefois et compte tenu de la constellation de symptômes et de pathologies qui semblent conduire notamment aux troubles à expression psychopathique, la commission d'audition recommande que ces actions ne soient pas spécifiques, mais intégrées aux dispositifs de droit commun.

La commission d'audition est consciente du risque de stigmatisation inhérent à toute politique de repérage précoce. Elle estime cependant que le risque de laisser des enfants en souffrance sans proposition de prise en charge est largement plus important.

Elle fait notamment observer que porter une attention exclusive aux enfants les plus perturbateurs conduirait à oublier ceux dont les troubles évoluent à bas bruit.

Le développement d'une prévention non spécifique, c'est-à-dire non ciblée sur certains symptômes ou catégories de population, rend nécessaire un recensement des facteurs de

³³ Expertise collective Inserm, 2005 id.

vulnérabilité et de protection ainsi que des signes d'appel. C'est à partir de ces éléments que devra s'organiser la vigilance des professionnels en lien avec les enfants et les adolescents.

III.2.2. Les outils de la prévention dans l'enfance et l'adolescence : facteurs de vulnérabilité, facteurs de protection, signes d'appel

Si le recensement qui va suivre est indispensable, il est d'un maniement difficile. En effet, la plupart des facteurs ou signes repérés sont d'une extrême banalité et n'ont de signification que s'ils sont cumulés et récurrents.

Ces facteurs sont issus des avis d'experts entendus, des études citées par ceux-ci et de l'expérience clinique des membres de la commission d'audition, sans qu'on puisse documenter le lien de causalité ni le poids relatif de chacun.

Ces facteurs se situent en outre au carrefour de plusieurs dimensions biologiques, sociales, éducatives sur lesquelles les actions de prévention ont une prise inégale.

Malgré ces difficultés, la commission d'audition a choisi d'énumérer l'ensemble de ces facteurs et signes d'appel dans la perspective de contribuer à nourrir notamment les programmes de formation initiale et continue des acteurs de la prévention.

Les facteurs de vulnérabilité

Les troubles des conduites ont un point commun : l'absence d'un sentiment de sécurité interne suffisant qui permette aux enfants ou adolescents confrontés à une situation de conflit ou de stress de faire appel à leurs ressources psychiques internes pour différer leur réponse aux émotions ou avoir un minimum de choix quant à cette réponse³⁴. Les experts décrivent une discontinuité des relations affectives précoces qui rend l'enfant dépendant d'un monde sur lequel il se sent sans pouvoir, et auquel il ne parvient pas à donner de sens. C'est ce que H. Flavigny appelle l'*empreinte psychopathique*.

C'est l'existence de cette toile de fond qui donne sens aux facteurs identifiés ci-dessous dont il faut rappeler qu'aucun d'entre eux n'est spécifique ni déterminant par lui-même.

- Les facteurs de vulnérabilité individuelle :
 - facteurs génétiques (même si les données disponibles, essentiellement les études de jumeaux³⁵, n'apportent que des preuves par défaut sans pouvoir démontrer une causalité directe, il apparaît nécessaire de les mentionner car il s'agit de facteurs sur lesquels la prévention n'a par définition aucune prise) ;
 - facteurs de tempérament et de personnalité (impulsivité, intolérance à la frustration, impossibilité à partager ses émotions avec autrui, absence d'empathie, etc.). Il est à noter que ces facteurs sont largement dépendants des facteurs familiaux et environnementaux ;
 - le genre : le sexe masculin est prévalent dans toutes les études ;
 - le handicap physique.

- L'histoire individuelle et le contexte familial :
 - une promiscuité physique et/ou psychique ;
 - des violences et des humiliations subies ou observées ;

³⁴ P Jeammet. La psychopathie : les itinéraires de vie. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

³⁵ Expertise collective Inserm, 2005. id.

- des ruptures, *des histoires mais pas d'histoire*, une instabilité des relations affectives, des abandons et placements multiples qui aboutissent à une perte de la mémoire familiale ;
 - une absence de verbalisation dans la famille ;
 - trop ou trop peu d'investissement de l'enfant par les parents ;
 - parents souffrant de troubles mentaux ou d'autres pathologies lourdes.
- Les conditions de vie :
 - un habitat précaire, insalubre, excessivement isolé ou exigu ;
 - l'inactivité, le sentiment d'ennui ;
 - la pauvreté économique ;
 - le chômage des parents.

Le poids de la situation économique est peut-être surestimé dès lors que les familles les plus en difficulté sont également les plus visibles pour les services sociaux, de sorte qu'il est possible que les problèmes posés dans des familles plus favorisées restent plus longtemps invisibles.

L'absence d'attention aux signes d'appel ou l'absence d'adhésion des parents aux prises en charge proposées est également un facteur supplémentaire de vulnérabilité.

Les facteurs de protection

Ils sont classiques et évidents pour tous les experts entendus, et ne protègent pas seulement de l'apparition de troubles de type psychopatique à l'âge adulte.

- Histoire individuelle et contexte familial :
 - un contexte familial offrant les conditions d'un attachement suffisamment sécurisant ;
 - un socle identitaire solide et l'établissement précoce de relations affectives de qualité ;
 - si l'enfant n'est pas élevé par ses parents, l'existence d'adultes fiables et repérés par les enfants comme tels dans leur environnement.
- Environnement :
 - un environnement valorisant les potentialités : un réseau relationnel qui offre des points d'appui complémentaires ;
 - un soutien apporté par les communautés d'accueil (crèche, école, dispositifs associatifs, sportifs, culturels, etc.).

D'une manière générale, c'est l'existence d'un rapport structurant avec un modèle identificatoire qui garantit un lien social de qualité à l'âge adulte.

Le repérage précoce des signes d'appel ou de détresse de l'enfant par ses parents ou par son entourage est également un facteur de protection dès lors et **dès lors seulement** qu'il permet de proposer une prise en charge.

Si cette prise en charge est proposée, l'alliance thérapeutique entre les soignants et les parents est également un facteur favorable.

Les signes d'appel

Les experts insistent sur l'importance de tenir compte des signes ci-dessous. Ils rappellent cependant qu'ils sont l'expression d'une souffrance et/ou d'un risque mais qu'ils n'ont pas en

eux-mêmes de valeur prédictive d'une future organisation de la personnalité de type psychopathique.

Ils rappellent que la présence conjuguée de ces signes peut également annoncer d'autres impasses du développement de l'enfant et de l'adolescent (autres troubles de la personnalité et maladies mentales). Cette présence ne constitue pas, du point de vue des experts et des cliniciens, un indicateur spécifique de la *psychopathie*. Il convient de rappeler que ces signes peuvent également être des manifestations de troubles organiques.

- Chez le bébé :
 - une agitation ou une passivité excessives ;
 - des troubles du sommeil ;
 - des troubles alimentaires ;
 - des maladies somatiques à répétition ;
 - un retard staturo-pondéral.

- Chez l'enfant :
 - des troubles définis comme THADA, TOP ou TC (cf. tableau 3 et annexe III) ;
 - des difficultés majeures à supporter les frustrations ;
 - une impulsivité récurrente ;
 - un comportement destructif, violent ;
 - une absence de manifestation de culpabilité en cas de transgression ;
 - des difficultés à *mentaliser les éprouvés*, c'est-à-dire à éprouver les affects et émotions provenant tant de l'extérieur que de son monde interne et à en rendre compte ;
 - une absence de l'étape transitoire de phobie infantile (*disparition de la peur du loup*) : les mécanismes phobiques représentent en effet une étape nécessaire dans le développement de l'enfant, permettant la mise en forme des angoisses et leur expression ;
 - une absence de manifestations affectives ;
 - une prise d'autonomie/indépendance anormalement précoce ;
 - une mise en échec par les parents des soins proposés à l'enfant. Les experts ont insisté sur l'importance de l'alliance thérapeutique avec les parents et sur la difficulté d'agir utilement en son absence.

- Chez l'adolescent :
 - un absentéisme et des échecs scolaires ;
 - des troubles du sommeil ;
 - une marginalisation installée ;
 - un manque d'empathie, c'est-à-dire une incapacité à partager des émotions avec autrui, avec sa famille comme avec ses pairs ;
 - une forme d'ignorance de l'autre ;
 - la recherche d'une satisfaction immédiate, y compris sur le plan sexuel ;
 - des conduites addictives répétées avec une composante transgressive affirmée ;
 - des prises de risque excessives : accidents répétés, automutilations ;
 - des tentatives de suicide.

C'est la conjugaison de plusieurs signes, leur persistance et leur intensité qui les rendent significatifs. La commission d'audition insiste sur la souffrance psychique, souvent masquée, qui accompagne la plupart de ces signes et rappelle qu'ils peuvent également cacher

d'autres évolutions pathologiques que les troubles des conduites (des dépressions notamment).

La commission d'audition a cependant conscience que l'incitation au repérage précoce se heurte à une double difficulté :

- la multiplicité et la non-spécificité des signes d'appel, dont certains sont particulièrement banals, rendent difficile leur repérage par des non-spécialistes en l'absence d'outil pertinent. On oscille en conséquence entre deux risques : celui de la dramatisation et de la stigmatisation, d'une part, et celui, qui n'est pas moindre, de la banalisation et de l'indifférence, d'autre part ;
- si le repérage des situations problématiques n'est pas suivi d'une offre de prise en charge ou de soins adaptés, il risque d'être contre-productif et d'accroître les difficultés auxquelles il prétendait remédier.

Pour que ce repérage soit effectué avec discernement, la commission d'audition estime qu'un effort important d'information et de formation des professionnels doit être conduit. Il doit concerner tous les professionnels qui sont en relation avec les enfants et les adolescents, dans les champs sanitaires, sociaux et éducatifs. Cette formation devrait permettre de construire une culture partagée à partir de données validées.

La commission d'audition recommande d'intégrer ces questions dans les contenus des formations initiales et continues. Elle estime aussi nécessaire de mettre en place des sessions de formation et d'échange de pratiques pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles sur chaque territoire (départemental ou infradépartemental). C'est ce type d'échange qui devrait permettre aux professionnels d'être plus réceptifs aux signes d'appel des enfants et adolescents tout en évitant les interprétations partielles ou erronées.

III.2.3. Qui s'occupe aujourd'hui des enfants et des adolescents présentant des troubles des conduites ? Forces, faiblesses et perspectives d'évolution du dispositif

De multiples institutions et professionnels sont concernés par le repérage et la prise en charge des enfants et adolescents présentant des troubles des conduites.

Les services concernés par le repérage et la prévention

Les maternités, les services de PMI, l'Éducation nationale, les services de prévention des conseils généraux, l'aide sociale à l'enfance ainsi que les médecins généralistes et les pédiatres ont un rôle de repérage important à jouer. Ils n'ont cependant pas toujours les outils pour y procéder de manière pertinente.

En outre, lorsque le repérage est effectué, ils n'ont pas toujours les moyens de mettre en œuvre les actions de prévention nécessaires. Ils sont en effet surchargés de demandes diverses et non coordonnées d'actions de repérage et de prévention dans des domaines variés (mauvais traitements, abus sexuels, conduites alimentaires, maladies sexuellement transmissibles, violences scolaires, conduites addictives, etc.).

Si une circulaire récente³⁶ insiste sur l'importance de repérer les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents et de développer dans cette perspective les partenariats entre l'Éducation nationale et les acteurs de la santé mentale, ce repérage est encore loin d'être une réalité sur le terrain.

³⁶ Voir notamment la circulaire du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Santé du 18 octobre 2005 relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des enfants et adolescents.

Une enquête conduite dans les établissements scolaires en 2003-2004³⁷ montre que moins de 20 % des établissements scolaires ont formalisé une procédure de repérage précoce et que plus de 80 % n'ont pas rencontré les centres médico-psychologiques (CMP) pour élaborer ces procédures. La même enquête précise que 92 % des écoles primaires, 46 % des collèges et 53 % des lycées n'ont bénéficié d'aucune formation dans le domaine de la santé mentale.

Inciter au repérage si on ne dispose pas d'offre de prise en charge suffisante peut se révéler contre-productif. Les experts entendus ont insisté sur les difficultés rencontrées pour trouver un relais ou une prise en charge compte tenu de la surcharge des services et des délais qui en résultent. Ils font observer que cette situation conduit parfois les acteurs de première ligne à renoncer à signaler.

Des lieux d'accueil spécifiques pour les adolescents se sont développés depuis 20 ans sur l'ensemble du territoire : les missions locales pour l'emploi, qui ont pour mission de répondre globalement aux problèmes des jeunes de 16 à 25 ans, et les points d'accueil et d'écoute jeunes (cf. encadré 1). Ces structures peuvent constituer des lieux de repérage, d'écoute et d'orientation intéressants. Ils sont toutefois très hétérogènes, mal repérés et inégalement répartis sur le territoire.

Encadré 1. Les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ)

Il s'agit de structures légères de proximité destinées à l'accueil et l'écoute des adolescents et jeunes majeurs en difficulté familiale, sociale ou scolaire, et/ou adoptant des conduites à risque. Les parents sont également accueillis.

Elles ne dispensent aucune prestation de soins.

Créées dans un cadre associatif, ces structures recouvrent des réalités et des offres de prestations très diverses, de sorte qu'elles sont mal repérées par le grand public.

180 structures de ce type sont implantées sur le territoire³⁸.

Le plan de cohésion sociale prévoit la création de 300 PAEJ supplémentaires en 3 ans.

Les experts ont insisté sur l'intérêt d'une procédure rigoureuse de coordination des acteurs et des institutions qui ne peut reposer exclusivement sur la bonne volonté des acteurs. L'expérience montre en effet que toute action incitative qui ne s'accompagne pas d'une évaluation et d'une mise à disposition des moyens humains nécessaires s'épuise rapidement sans pouvoir s'installer dans la durée.

La commission d'audition fait observer que si le diagnostic est bien posé, en temps utile, il ne conduit pas nécessairement à une prise en charge thérapeutique. Dans de nombreux cas, le soutien scolaire, l'aide à la parentalité, l'écoute et le travail social suffisent à provoquer une amélioration significative.

Les services chargés de la prise en charge et/ou du soin : la pédopsychiatrie

Les services chargés du soin ont acquis une compétence reconnue, mais ils sont mal répartis sur le territoire et totalement surchargés. Cette situation entraîne d'importants retards de prise en charge : dans un des départements les plus difficiles de la région parisienne, il faut attendre environ 4 mois avant d'être reçu par un centre médico-psychologique (cf. encadré 2), ce qui conduit certaines familles à renoncer. Dans ce même département, plus de 5 000 enfants n'ont pas été reçus dans l'année de leur demande. Cet exemple n'est malheureusement pas isolé et tous les experts insistent sur les délais de réponse des services spécialisés.

³⁷ Rapport d'enquête sur les relations entre les CMP et les établissements scolaires. M Choquet, E Ernault. Inserm U669 juin 2005.

³⁸ Chiffres DGAS 2005.

Encadré 2. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile³⁹

Il existe 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui ont pris en charge 432 000 enfants et adolescents en 2000 dont 59 % de garçons et 41 % de filles (alors que la proportion est inversée pour la psychiatrie adulte).

97 % des enfants bénéficient d'un suivi ambulatoire.

Tous les secteurs bénéficient d'un centre médico-psychologique (CMP) et 91 % d'un hôpital de jour. Seulement 67 % disposent d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et 62 % ne disposent d'aucun lit d'hospitalisation.

La prise en charge des enfants et des adolescents à temps complet est problématique, faute de moyens adaptés, la fermeture des grandes concentrations asilaires n'ayant pas donné lieu à un redéploiement de moyens vers l'extra-hospitalier. Les réponses à l'urgence sont également insuffisantes.

Le nombre des personnels affectés aux secteurs est stable depuis 1988 alors que la file active est en constante augmentation.

81 % des secteurs font état d'une liste d'attente alors que de nombreux jeunes de plus de 15 ans sont pris en charge par la psychiatrie adulte.

Les disparités régionales sont importantes. Le taux de recours varie de 1 à 2 selon les régions. Les régions où le taux de recours est important sont aussi les mieux équipées : elles ont un nombre élevé de CMP ; elles bénéficient toutes de CATP (centres d'accueil à temps partiel) et de possibilités de prise en charge à temps complet et d'accueil familial thérapeutique.

De nombreux rapports ont déjà insisté sur l'urgence de développer des réponses spécifiques pour les adolescents. C'est pour répondre à cette demande que le plan santé mentale (2005-2008) a prévu de développer des maisons des adolescents (cf. encadré 3). Il s'agit d'un dispositif ambitieux qui répond bien, au moins dans les intentions, aux besoins identifiés. En l'état, le nombre des maisons des adolescents reste toutefois encore marginal.

Encadré 3. Les maisons des adolescents

Leurs missions s'articulent autour de :

- l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation ;
- l'évaluation des situations ;
- la prise en charge médicale ;
- l'accompagnement éducatif, social et juridique.

Elles doivent travailler en réseau avec tous les dispositifs existants.

9 maisons des adolescents existent actuellement et une dizaine de maisons supplémentaires devraient être créées prochainement⁴⁰.

La continuité de la prise en charge de l'enfance à l'âge adulte

Tous les professionnels soulignent le flou des frontières entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte qui varient pour chaque individu et ne se superposent ni aux limites légales, ni aux catégories administratives. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 12 % de la file active des secteurs de psychiatrie adulte. Ils représentent 17 % de celle de la psychiatrie infanto-juvénile, 3,6 % de jeunes de plus de 20 ans étant suivi par celle-ci.

L'organisation actuelle des services de soins ne permet pas d'assurer la continuité de la prise en charge de l'adolescence à l'âge adulte de manière satisfaisante.

Les jeunes relèvent administrativement de la psychiatrie générale à partir de 16 ans mais, selon les régions, la pédopsychiatrie calque parfois les limites de son intervention sur celles de la pédiatrie (15 ans). Les familles en difficulté sont donc souvent orientées vers la psychiatrie d'adulte qui n'est pas préparée à accueillir les adolescents.

³⁹ Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000. Études DREES, 2003.

⁴⁰ Chiffres DGAS 2005.

Cette situation rend aléatoire la prise en charge des adolescents de sorte qu'à leur majorité, ils auront souvent accumulé des échecs, des rejets, voire des refus de prise en charge.

Or, c'est du contenu et de la qualité de la première rencontre avec la structure de soins que dépendra l'évolution favorable du processus de soin. Et c'est pendant la période fragile, au cours de laquelle s'accumulent les signes d'appel, qu'une intervention rapide apparaît le plus nécessaire.

La commission d'audition recommande en conséquence que dans chaque département, soient obligatoirement et précisément définies les conditions dans lesquelles les jeunes de 16 à 18 ans sont pris en charge. Cette solution qui tient compte de l'état des ressources locales est apparue plus pragmatique et opérationnelle à la commission d'audition que l'instauration d'une règle uniforme sur le territoire qui, compte tenu des moyens existants, aurait toutes les chances de ne pas être respectée.

La question des jeunes majeurs (18-25 ans) est en outre mal prise en compte. Avec l'abaissement de l'âge de la majorité à 18 ans en 1974, un dispositif de protection des jeunes majeurs a été instauré jusqu'à 21 ans. Il est aujourd'hui remis en cause pour des raisons économiques, aussi bien par le ministère de la Justice que par les conseils généraux, de sorte que de nombreux jeunes majeurs en grande difficulté se retrouvent à 18 ans sans aucune prise en charge sociale. La commission d'audition insiste sur la nécessité de garantir la continuité de l'accompagnement et des soins au-delà de la minorité. Les conditions d'accueil et de prise en charge des jeunes majeurs devraient également selon la commission d'audition faire l'objet d'un protocole local négocié entre les différents acteurs de la santé mentale en lien avec les acteurs sociaux.

L'intervention judiciaire

Il n'appartient pas au juge de faire un diagnostic. Ses critères d'intervention ne recouvrent pas les classifications médicales.

Si le diagnostic médical, tel qu'il est porté par un expert, lui est utile pour orienter sa décision, il ne détermine pas sa saisine.

La justice des mineurs remplit trois missions :

- elle juge les mineurs délinquants (ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante) (cf. encadré 4) ;
- elle protège les mineurs en danger (article 375 du Code civil) (cf. encadré 5) ;
- elle prend en charge, avec leur accord, les majeurs de 18 à 21 ans en graves difficultés d'insertion sociale (décret du 18 février 1975 fixant les modalités de protection judiciaire en faveur des jeunes majeurs).

Encadré 4. La justice pénale des mineurs

En application de l'ordonnance du 2 février 1945, les mesures éducatives doivent être privilégiées. Les mineurs de plus de 13 ans peuvent faire l'objet d'une condamnation pénale lorsque *les circonstances et la personnalité du mineur paraîtront l'exiger*.

Le juge des enfants instruit les affaires de mineurs et peut juger en audience de cabinet les infractions les moins graves.

*Le tribunal pour enfants*⁴¹ juge les contraventions, les délits et les crimes commis par des mineurs de moins de 16 ans.

La cour d'assises des mineurs juge les crimes commis par les mineurs de 16 à 18 ans.

La juridiction des mineurs peut prononcer des mesures éducatives (mesures éducatives en milieu ouvert ou placement). Elle peut également prononcer des peines (emprisonnement, peines de réparation, travail d'intérêt général).

Les possibilités d'incarcérer des mineurs sont toutefois limitées : impossibilité d'incarcérer un mineur de moins de 13 ans, possibilité seulement dans les cas les plus graves pour les mineurs de moins de 16 ans.

Les mineurs de plus de 13 ans peuvent également être placés dans des centres d'éducation fermés dans le cadre d'un contrôle judiciaire.

Encadré 5. Le système français de protection des mineurs en danger

La protection administrative

Elle est assurée par le conseil général et les services placés sous son autorité : la protection maternelle et infantile, les services sociaux du département et l'aide sociale à l'enfance. Ces services jouent un rôle préventif. Ils interviennent lorsqu'il existe un risque de danger. Des mesures de protection peuvent être prises à l'égard du mineur avec l'accord de ses parents.

La protection judiciaire

La justice intervient lorsque *la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur sont en danger ou lorsque les conditions de son éducation sont gravement compromises*⁴², soit lorsque le système de protection administrative ne suffit pas à protéger le mineur, soit lorsque l'intervention de l'aide sociale à l'enfance a échoué.

Le juge des enfants doit s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille. Il peut prononcer des mesures d'investigation et des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert. Si l'enfant ne peut être maintenu dans son milieu naturel, il peut ordonner son placement dans un établissement ou chez une personne *digne de confiance*.

Les mesures prises par le juge des enfants peuvent être modifiées à tout moment en cas d'évolution de la situation. Elles doivent être réexaminées dans un délai maximum de 2 ans.

Le juge des enfants peut aussi intervenir, pour les majeurs de 18 à 21 ans qui demandent la prolongation ou l'organisation d'une mesure de protection judiciaire, lorsqu'ils éprouvent de graves difficultés d'insertion sociale.

L'originalité du système français résulte de la double compétence du juge des enfants qui peut ainsi appréhender une situation familiale dans sa globalité et suivre un mineur dans la durée quelle que soit l'origine de sa saisine. La plupart des établissements et services peuvent en effet recevoir indifféremment des mineurs confiés au titre de l'assistance éducative ou de l'enfance délinquante.

La réforme de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante est régulièrement à l'ordre du jour bien que cette ordonnance ait été modifiée de nombreuses fois depuis 1945. Elle est souvent jugée inefficace pour les mineurs récidivistes. Pourtant, s'il est vrai que certains mineurs peuvent commettre de nombreux actes de délinquance dans un temps limité, il convient de rappeler qu'il est généralement admis qu'environ 90 % d'entre eux ne récidivent pas pendant leur minorité ou après leur majorité.

⁴¹ Le tribunal pour enfants est composé d'un juge des enfants qui le préside et de deux assesseurs non professionnels.

⁴² Article 375 du Code civil.

De même, le système judiciaire de protection de l'enfance et son articulation avec le système de protection administrative (encadrés 6 et 7) font aujourd'hui l'objet de nombreux débats. Une réforme législative est annoncée qui a notamment pour objectif de donner à l'intervention du juge des enfants un caractère subsidiaire limité aux situations dans lesquelles les familles n'adhèrent pas aux mesures proposées.

La frontière entre le risque de danger et le danger qui détermine la compétence judiciaire n'est pas facile à déterminer. Si cette notion n'est pas précisément définie par la loi, il appartient au juge de la qualifier à partir d'éléments concrets et précis. Selon la Cour de cassation, le danger doit être réel et non hypothétique, actuel ou au moins imminent⁴³. Il ne peut donc reposer seulement sur le rapprochement de signes ou sur un risque statistique.

Habituellement, le parquet des mineurs saisit le juge des enfants de chaque situation particulière. D'autres personnes (parents, tuteurs, services chargés de l'enfant, mineur lui-même) peuvent avoir recours directement au juge des enfants. Le débat devant celui-ci est éclairé par les rapports éducatifs et sociaux ainsi que par les éventuelles expertises médicales, psychologiques et psychiatriques. C'est le principe du contradictoire : chacun doit savoir et comprendre pourquoi le juge intervient, et doit être mis en situation de s'expliquer avant que la décision soit prise. Si cette décision ne lui convient pas, il peut également exercer des voies de recours.

Les décisions de séparation parents-enfant sont les plus délicates. Certains experts regrettent que la famille biologique soit trop systématiquement privilégiée. Ils estiment notamment que lorsque la famille se révèle inadéquate, des placements stables et de longue durée doivent être envisagés⁴⁴.

Il est certes difficile d'apprécier le moment opportun du placement et d'en déterminer le lieu, la nature et la durée. Cela dépend notamment de l'appréciation de la qualité des liens d'attachement existants, de l'efficacité potentielle de ceux créés par un placement en hébergement collectif ou en famille d'accueil et des perspectives d'évolution de la famille naturelle. Même si le juge s'entoure d'expertises et d'avis éclairés, il prend toujours un risque que seul un travail interdisciplinaire rigoureux peut limiter.

La commission d'audition estime à cet égard qu'on ne peut se fonder sur l'analyse rétrospective de l'histoire des enfants présentant les troubles les plus graves pour en conclure qu'en règle générale, les mineurs en souffrance psychique sont trop souvent maintenus dans leur famille biologique.

D'autres experts attirent à cet égard l'attention sur les conséquences parfois désastreuses de placements multiples, insuffisamment préparés et accompagnés.⁴⁵

En l'absence d'études longitudinales sur le devenir de ces enfants selon qu'ils font ou non l'objet d'une mesure de placement, la commission d'audition n'estime pas avoir les éléments suffisants pour remettre en cause le principe posé par l'article 375-2 du Code civil qui prescrit de privilégier chaque fois que c'est possible le maintien de l'enfant dans son milieu naturel de vie.

Compte tenu de la gravité des enjeux, la commission d'audition rappelle l'intérêt de conserver un système de protection qui garantit un débat judiciaire contradictoire chaque fois qu'une décision portant atteinte à l'autorité parentale est proposée.

⁴³ P Chaillou. Prévention de la psychopathie par la protection judiciaire de l'enfance. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

⁴⁴ M Berger. L'échec de la protection de l'enfance. Paris, Dunod, 2003.

⁴⁵ P Chaillou id

Elle rappelle également que le renforcement de la responsabilité des conseils généraux doit être accompagné de mesures permettant de garantir une certaine égalité des droits et de l'offre de prise en charge sur le territoire.

Les services de la protection judiciaire de la jeunesse et le secteur associatif habilité (cf. encadrés 7 et 8) connaissent aujourd'hui un déficit important en moyens humains (éducateurs et psychologues). De nombreuses mesures éducatives en milieu ouvert ordonnées par les juges sont donc en attente, le délai de prise en charge pouvant par exemple aller jusqu'à 6 mois dans plusieurs départements de la région parisienne.

Ces interventions trop tardives peuvent conduire à une aggravation de la situation des mineurs qui aurait pu être évitée.

Encadré 6. L'aide sociale à l'enfance

270 000 enfants pris en charge en 2005 un jour donné dont 147 000 font l'objet d'une mesure de placement.

Encadré 7. Les moyens de la protection judiciaire de la jeunesse

Secteur public

454 établissements et services dont 129 lieux d'hébergement (7 centres éducatifs renforcés, 42 centres de placement immédiat, 77 foyers d'action éducative, 3 centres éducatifs fermés).

7 956 agents dont 4 010 éducateurs et 292 psychologues.

Secteur associatif

1 184 établissements et services (dont 16 centres éducatifs fermés) gérés par 508 associations et 28 293 salariés.

Alors que l'emprisonnement doit rester exceptionnel, environ 4 000 mineurs ont été incarcérés en 2005 dans les prisons françaises. Cette situation résulte en partie de l'insuffisance des mesures éducatives disponibles et adaptées (milieu ouvert et hébergement).

Des structures d'hébergement à encadrement renforcé (centres éducatifs renforcés et centres éducatifs fermés) ont été créées depuis quelques années pour offrir un cadre éducatif plus contenant aux mineurs délinquants récidivistes. Il est encore trop tôt pour mesurer l'efficacité d'un tel dispositif qui repose davantage sur la qualité, la stabilité et le caractère pluridisciplinaire de l'équipe éducative que sur la nature juridique spécifique de la structure.

La commission d'audition insiste sur le fait que les mineurs en difficulté ont besoin, bien plus que de nouvelles lois, d'un soutien éducatif solide, compétent et garanti dans la durée, au-delà des placements successifs. Or, d'une part, dans de nombreux départements, le nombre d'éducateurs dédiés aux services de milieu ouvert est nettement insuffisant, d'autre part, les moyens affectés à ces services ont subi, ces dernières années, des variations brutales qui ne favorisent pas la cohérence des politiques publiques.

La commission d'audition insiste en conséquence sur la nécessité impérieuse de renforcer les moyens de la protection judiciaire de la jeunesse qui n'apparaissent pas à la hauteur des ambitions affichées ainsi que les moyens consacrés à l'aide sociale à l'enfance dans les départements.

Encadré 8. Répartition des mineurs ayant fait l'objet d'une décision judiciaire par type de mesures un jour donné (31 décembre 2004)

MINEURS DÉLINQUANTS : 31 420

Qui font l'objet :

- d'une mesure d'investigation : 2 117
- d'un placement judiciaire : 1 815
- d'une mesure de milieu ouvert : 28 292

Répartition secteur public/secteur associatif :

- secteur public : 82 % des mesures
- secteur associatif : 18 %

Répartition par sexe : 90 % de garçons, 10 % de filles (NB : 75 % des mineurs délinquants sont âgés de plus de 15 ans)

MINEURS EN DANGER : 138 090

Qui font l'objet :

- d'une mesure d'investigation : 17 554
- d'un placement judiciaire : 20 932
- d'une mesure de milieu ouvert : 99 833

Répartition secteur public/secteur associatif :

- secteur public : 9 % des mesures
- secteur associatif : 91 % de mesures

Répartition par sexe : 55 % de garçons, 45 % de filles (NB : 60 % des mineurs en danger ont moins de 13 ans)

JEUNES MAJEURS PROTEGES (18-21 ans) : 5 212 (56 % de garçons, 44 % de filles)

Répartition secteur public/secteur associatif :

- secteur public : 31 % des mesures,
- secteur associatif : 69 % des mesures

Les structures d'accueil et d'accompagnement des familles en difficulté économique et sociale

L'accompagnement social des familles les plus en difficulté est une prévention nécessaire même si elle n'est pas suffisante. Les difficultés de vie des parents (absence de logement, chômage, précarité, etc.) risquent en effet de masquer ou au contraire d'exacerber les difficultés des enfants.

Dans ce contexte, la commission d'audition s'est attardée plus particulièrement sur la situation des 15 000 enfants qui résident avec leurs parents dans des centres d'hébergement d'urgence ou des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)⁴⁶. Ces structures ne sont aujourd'hui ni formées ni organisées pour être suffisamment attentives aux relations parents-enfants et pour repérer utilement les troubles comportementaux répétés des enfants. En outre, l'accumulation de problèmes économiques, juridiques et sociaux de toutes sortes rencontrés par ces familles contribue à masquer ou au moins à reléguer au second plan les problèmes de comportements individuels des enfants.

Même si elles s'appuient sur l'école ou sur des lieux spécifiques d'accueil (haltes garderies, crèches, etc.), les équipes éducatives des centres d'hébergement ne sont pas en mesure de répondre seules aux troubles des conduites présentés par ces enfants. Elles doivent pouvoir bénéficier de l'aide de professionnels extérieurs qui leur apportent compétence et distance.

Les travailleurs sociaux des CHRS et centres d'accueil d'urgence seront ainsi mieux à même de proposer une aide à la parentalité, un suivi socio-éducatif, voire un placement de l'enfant. Cette exigence devrait donner lieu à des conventions spécifiques et être intégrée dans les projets d'établissement.

⁴⁶ Enquête de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Avril 2005, pour la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS).

Les perspectives d'évolution : la coordination entre les acteurs

La situation est encore compliquée par la multiplicité et le relatif cloisonnement des acteurs. La frontière entre les mesures de prévention et les mesures de prise en charge apparaît en pratique souvent artificielle et floue. En outre, l'articulation de ces mesures avec le soin n'est pas systématiquement organisée.

La commission d'audition rappelle à cet égard que seules les situations dans lesquelles des troubles et des pathologies sont avérés relèvent d'une médicalisation. La plupart des autres situations repérées comme difficiles relèvent d'une prise en charge éducative et/ou sociale. Ce constat n'exclut pas cependant l'intervention de psychiatres ou de psychologues susceptibles de soutenir les travailleurs sociaux. La commission d'audition souligne l'intérêt de prévoir des procédures de supervision pour les équipes éducatives et sociales confrontées à de telles situations.

Tous les experts ont insisté sur la nécessaire coordination des acteurs sociaux, éducatifs, médicaux et judiciaires. Pour éviter de rester au stade des bonnes intentions, une telle coordination doit reposer sur des protocoles de travail rigoureux qui définissent le rôle de chacun, qui construisent des objectifs et des langages communs. Ce n'est pas le fait de travailler ensemble, mais la manière de travailler ensemble qui se révélera déterminante.

Pour dépasser le slogan consensuel d'une meilleure coordination, il s'agit donc de créer les conditions d'une *clinique partagée*⁴⁷, c'est-à-dire d'un partage d'informations pertinentes dans le respect des règles déontologiques de chaque profession, au sein d'un réseau qui intègre localement les acteurs médicaux, sociaux, scolaires et judiciaires. Une telle organisation doit permettre d'éviter les décisions prises par un seul, d'aménager les tensions inévitables entre les logiques professionnelles et surtout d'aboutir à une meilleure compréhension de la psychopathologie des enfants et des situations à risque.

Elle souligne l'intérêt d'un travail rigoureux en réseau qui permet de définir les actions qui relèvent de la prévention, celles qui relèvent de l'accompagnement social ou éducatif et celles qui impliquent une intervention médicale. Elle insiste sur la nécessité d'organiser ce travail en réseau dans le cadre d'un strict schéma d'organisation territoriale.

L'organisation de ce travail en réseau devra s'appuyer sur les principes suivants :

- prendre le temps d'évaluer le bien-fondé des décisions, qu'il s'agisse d'interventions dans la famille ou de placements ;
- réserver les soins psychiatriques aux enfants et adolescents présentant des pathologies mentales associées ou une souffrance psychique sous-jacente à leurs problèmes de comportement ;
- pérenniser les actions engagées, en s'assurant de la mise en place des relais utiles, pour garantir la continuité de la prise en charge. Certaines des ruptures dont souffrent les mineurs résultent en effet exclusivement de dysfonctionnements institutionnels ;
- réaffirmer la primauté de l'éducatif dans la prise en charge des mineurs délinquants, ce qui n'exclut pas, en cas de nécessité, des prises en charge contenantantes.

Ce travail en réseau devra faire l'objet d'un protocole rigoureux qui impliquera notamment :

- d'associer des compétences professionnelles diversifiées et complémentaires (sociales, éducatives, sanitaires, judiciaires, etc.) ;

⁴⁷ C Ehrenberg. Prévention des comportements psychopathiques et prise en charge précoce au sein d'une unité de soins à temps partiel. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

- de développer, en cas de troubles repérés, des interventions dès la petite enfance dans les maternités, auprès des parents, dans les services de néonatalogie et de pédiatrie, dans les services de protection maternelle et infantile (PMI) et ceux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- d'assurer une formation pluridisciplinaire des acteurs sur site (c'est-à-dire la formation conjointe de tous les acteurs susceptibles de travailler ensemble sur un territoire donné) ;
- de développer l'accompagnement et la supervision des équipes et notamment de celles de première ligne ;
- de développer les lieux d'écoute pour les parents et les adolescents sur l'ensemble du territoire et mieux identifier leurs missions afin qu'ils soient accessibles au plus grand nombre ;
- de clarifier l'organisation du dispositif de soins psychiatriques dédié aux adolescents de sorte que ceux-ci soient réellement pris en charge sur l'ensemble du territoire.

III.3. Rappel des recommandations

III.3.1. Développer des travaux de recherche, notamment des études transversales et longitudinales :

- *des études épidémiologiques transversales sur des territoires et dans des lieux de vie déterminés ;*
- *des études de cohorte de la période anténatale à l'âge adulte qui permettent d'appréhender les conditions d'apparition des troubles des conduites, les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection, l'influence des événements de la vie ou des mesures éventuelles de prévention, ainsi que l'évolution voire la transformation ou la disparition de ces troubles à l'adolescence ou à l'âge adulte ;*
- *des études permettant d'apprécier les effets d'une stratégie de repérage et d'offre de prise en charge sur un territoire déterminé (à comparer avec un territoire sur lequel aucune stratégie n'aurait été mise en place).*

III.3.2. Mieux former les acteurs :

- *développer une culture commune et pluridisciplinaire de tous les professionnels impliqués concernant le repérage et l'offre de prise en charge ;*
- *intégrer systématiquement ces questions dans le programme de formation initiale et continue des acteurs concernés (notamment travailleurs sociaux, fonctionnaires de l'Éducation nationale, acteurs judiciaires) ;*
- *organiser une information sur site de l'ensemble des acteurs concernés sur un territoire donné (départemental et infradépartemental) et la renouveler systématiquement et régulièrement ;*
- *sensibiliser le grand public, notamment les parents, et l'informer sur les possibilités d'écoute et de prise en charge.*

III.3.3. Organiser une prévention précoce mais non spécifique :

- *coordonner les interventions à partir d'un protocole rigoureux de repérage et de prise en charge élaboré sur chaque territoire (logique de schéma territorial) qui précise notamment ce qui relève du médical et ce qui relève de l'éducatif ou du social ;*

- réserver les soins psychiatriques aux enfants et adolescents présentant des pathologies mentales associées ou une souffrance psychique sous-jacente à leurs problèmes de comportement ;
- pour les autres enfants, organiser les relais et proposer une prise en charge éducative et/ou sociale ;
- assurer le soutien des équipes éducatives en organisant un travail de supervision, dans les établissements et services accueillant des mineurs mais également dans les centres d'hébergement accueillant des familles ;
- assurer la continuité des prises en charge en dépit des changements de situation ou de lieu de vie, ce qui rend nécessaire la désignation de travailleurs sociaux référents.

III.3.4. Développer le dispositif d'accueil et de prise en charge :

- organiser et qualifier des lieux d'écoute pour les adolescents et leurs parents. Faire en sorte notamment que ces lieux soient connus du grand public, que les parents et les adolescents sachent où ils peuvent s'adresser et ce qu'ils peuvent en attendre. Même s'il faut conserver la souplesse nécessaire à l'adaptation aux réalités locales, cette orientation rend nécessaires une couverture suffisante du territoire et une forme de labellisation qui rendent visibles et accessibles les lieux existants ;
- renforcer les moyens des services intervenant sur décision administrative ou judiciaire auprès des mineurs en danger ou en risque de danger. Dans tous les départements, les mesures décidées, qu'il s'agisse de milieu ouvert ou de séjours hors de la famille, doivent pouvoir être mises en œuvre dans un délai compatible avec l'urgence que nécessite la gravité de la situation. Un tel objectif nécessite une continuité des politiques publiques garantie sur une période pluriannuelle ;
- établir dans chaque département un protocole précisant de manière claire et contraignante les conditions de prise en charge dans le secteur psychiatrique des mineurs âgés de 16 à 18 ans ;
- développer dans cette perspective les maisons des adolescents prévues dans le cadre du plan de santé mentale 2005-2008 de sorte qu'il en existe au moins une par département ;
- organiser selon des modalités similaires au niveau territorial la continuité de la prise en charge des mineurs devenus majeurs et des jeunes majeurs de 18 à 21 ans.

IV. LES ADULTES

IV.1. Comment définir une politique publique ? Des objectifs pluriels et parfois contradictoires

Ce n'est qu'à l'âge adulte qu'on peut parler de personnalité à expression psychopathique.

La problématique psychopathique se situe au carrefour de plusieurs champs : sanitaire, social, voire judiciaire. Cette pluralité de lecture complique la définition d'une politique publique de repérage et de prise en charge. Les objectifs des différents acteurs à l'égard des personnes souffrant d'un trouble de type psychopathique peuvent, en effet, se révéler différents voire contradictoires : soin, insertion, sécurité, contrôle social, prévention de la délinquance ou de la récidive.

La politique de prise en charge de ces personnes doit d'abord avoir pour objectif de proposer les soins les plus appropriés et les plus individualisés à des personnes en souffrance psychique majeure qui ne formulent pas nécessairement de demande de soins.

Mais elle doit également tenir compte des troubles du comportement engendrés par cette souffrance et donc chercher à les apaiser ou à en limiter les conséquences.

C'est la prise en compte de ce double objectif qui rend la définition d'une politique publique particulièrement difficile.

Celle-ci oscille entre deux risques : une médicalisation excessive de tous les comportements antisociaux, d'une part, un traitement social ou judiciaire des actes commis qui ne tiendrait pas compte des troubles affectant la personnalité de leur auteur, d'autre part.

IV.2. Les conditions du diagnostic d'une organisation de la personnalité à expression psychopathique

Ces troubles du comportement sont repérables dans les différentes sphères dans lesquelles évolue le sujet :

- familiale et conjugale ;
- scolaire, professionnelle ;
- le cas échéant, policière, judiciaire et pénitentiaire.

La *psychopathie* est un diagnostic souvent posé par les professionnels de santé intervenant dans des situations de crise à expression comportementale, par exemple aux urgences générales, dans les établissements médico-sociaux ou dans les établissements pénitentiaires.

Les classifications internationales rangent la *psychopathie* dans les troubles de la personnalité. Elles privilégient l'approche descriptive en insistant sur l'impulsivité, l'instabilité psychoaffective, les difficultés d'insertion et les tendances antisociales des sujets. Certains des critères retenus par ces classifications ne sont pas exempts de connotations moralisantes⁴⁸.

Si le diagnostic médical apparaît fondamental pour les acteurs du champ sanitaire dont il détermine l'action, il importe moins pour ceux du champ social et judiciaire dont les interventions obéissent à d'autres logiques.

Les acteurs sociaux en particulier manifestent leur réticence à utiliser des catégories médicales qui leur paraissent peu opérationnelles pour leur propre travail et dont ils craignent le caractère stigmatisant pour les personnes concernées.

La commission d'audition estime toutefois que tous les acteurs doivent disposer d'une meilleure connaissance de ce public, de ses besoins et de ses éventuelles expressions symptomatiques, même si tous n'en font pas le même usage dans leur travail quotidien.

IV.2.1. Que sait-on de l'évolution des personnalités à expression psychopathique ?

L'itinéraire de vie du sujet à personnalité à expression psychopathique est une *histoire à histoires*, un parcours classiquement jalonné par des ruptures réitérées : familiales, professionnelles et sociales, des accidents répétés, des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, constituant autant de *repères traumatiques*.

⁴⁸ cf. supra chapitre 1.

L'évolution naturelle de ces personnalités se fait sur plusieurs décennies. C'est avant 40 ans que se situent les manifestations les plus bruyantes des personnalités de type psychopathique. Les auteurs soulignent qu'il est habituel de dire que la 4^e décennie assagit la séméiologie par *épuisement pulsionnel et apprentissage relationnel et cognitif*⁴⁹. On décrit cependant de nombreux décès prématurés par accident (de circulation notamment) ou suicide. D'autres décès sont liés aux conséquences des comorbidités, en particulier aux complications résultant d'addictions polymorphes intensives ou prolongées. D'une manière générale, il y aurait peu ou pas de psychopathes âgés. Ce constat qui ressort des observations des cliniciens n'est toutefois pas documenté.

H. Flavigny, cité par tous les experts comme une référence, insiste sur la toile de fond faite d'une angoisse permanente et de frustrations affectives. On retrouve dans l'histoire du sujet des expériences multiples d'abandons et une *discontinuité brisante des relations affectives précoces* qu'il va reproduire de manière répétitive pour mieux se protéger du danger d'abandon⁵⁰.

Pour décrire le mécanisme du passage à l'acte, C. Balier parle du court-circuit qui protège du risque de l'effondrement. Il évoque le sentiment insoutenable de vide intérieur, qu'il relie à la défaillance du narcissisme primaire, comme pouvant être à l'origine d'automutilations, de gestes suicidaires graves ou de passages à l'acte violents⁵¹.

Les personnalités de type psychopathique sont donc caractérisées par une clinique des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs qui retiennent d'autant plus l'attention des intervenants qu'ils sont visibles et bruyants.

Cette clinique est également marquée par des décompensations psychiatriques aiguës souvent brutales et réversibles, des conduites addictives marquées, des conduites à risque et des troubles anxieux intenses.

L'évolution vers un positionnement relationnel paranoïaque n'est pas rare. Confrontée à une réalité perçue comme insoutenable, la personne souffrant de troubles de type psychopathique pourra avoir tendance à activer des mécanismes défensifs inconscients projectifs (dénégation, clivage). Si elle n'y parvient pas, l'effondrement dépressif peut survenir.

Bien qu'à strictement parler il s'agisse d'un diagnostic différentiel, une expression psychopathique peut masquer la constitution d'une psychose dans les premiers temps de son évolution. Cette situation est fréquemment décrite par les cliniciens ; c'est le cas de l'héboïdophrénie⁵².

Il n'est pas rare, enfin, que les psychoses infantiles et les schizophrénies évoluent vers un aménagement d'allure psychopathique.

IV.2.2. Le repérage : rencontre et amorce de prise en charge

La rencontre à un moment critique

La nature de l'institution ou de l'intervenant amené à *rencontrer* une personnalité à expression psychopathique sera déterminée le plus souvent non par le diagnostic médical, mais par

⁴⁹ P Lamothe. Intérêt du modèle psychodynamique de la psychopathie. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

⁵⁰ H Flavigny. Les éclats de l'adolescence. Approches cliniques et éducatives. Paris, Expansion scientifique française, 1996.

⁵¹ C Balier. Psychanalyse des comportements violents. Paris, PUF, 1988.

⁵² cf. supra chapitre 1.

l'événement qui a suscité l'intervention :

- *s'il s'agit d'un épisode pathologique médical ou psychiatrique* : institution sanitaire : services d'urgences, unités d'hospitalisation, centres médico-psychologiques (CMP), services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, services spécialisés en addictologie, etc. Tous les praticiens s'accordent notamment pour dire que les services d'urgences reçoivent de nombreux *psychopathes* bien que cette observation ne soit pas statistiquement documentée. Ceux-ci sont vécus d'une manière générale comme perturbant le service par leur impulsivité, leur quérulence, leur incontinence émotionnelle et leur intolérance à la frustration ;
- *s'il s'agit d'une difficulté sociale, d'un problème familial ou d'une situation de précarité* : service instructeur RMI, caisse d'allocation familiale, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), hébergement d'urgence, service social de secteur, espaces départementaux d'insertion (EDI), SAMU social, services municipaux, associations de quartier, etc. ;
- *s'il s'agit d'un trouble à l'ordre public*, les forces de l'ordre ou de sécurité civile ;
- *s'il s'agit d'une infraction pénale*, l'institution policière, judiciaire et/ou pénitentiaire (milieu ouvert ou fermé) ;
- si le comportement problématique est le fait d'un jeune majeur, l'institution scolaire pourra être interpellée.

L'établissement et la préservation du lien : l'organisation d'un suivi

Les experts insistent sur la notion de défaillance narcissique, le sentiment d'insécurité profonde et la problématique de nature abandonnique à l'origine des troubles. Le travail des acteurs devra en conséquence se construire autour de la continuité et de la permanence du lien : encadrement de l'espace de rencontre, mise en place de référents (structures et équipes) fiables et reconnus comme tels par les usagers. Cette structuration de la prise en charge est d'autant plus importante que l'acte de transgression peut être entendu comme un appel à la manifestation d'une limite, même si celle-ci est rejetée.

Les modalités de mise en œuvre d'un tel objectif seront évidemment fonction du moment, du champ (médical, social ou judiciaire) et du lieu de l'intervention. La question du consentement à la prise en charge proposée se posera de manière différente selon le contexte.

La coordination des différents acteurs s'impose d'autant plus que l'intervenant de première ligne ou de première intention n'est pas nécessairement déterminé par les besoins du sujet mais plus souvent par la nature de son comportement ou de l'acte posé.

Le syndrome de la patate chaude

Les personnalités de type psychopathique entraînent fréquemment une attitude institutionnelle de rejet qui les conduit à se retrouver toujours entre deux structures, deux équipes, dans des interstices dans lesquels elles ne peuvent trouver leur place. C'est le *syndrome de la patate chaude* qui entraîne des ruptures qui nourrissent d'autres ruptures et fragilisent encore davantage le fonctionnement du sujet.

La commission d'audition estime qu'il est indispensable de combattre de manière volontariste cette succession de rejets :

- en favorisant une compréhension du phénomène et de ses déterminants par les professionnels ;
- en organisant la supervision des équipes sociales de sorte qu'elles soient en mesure d'analyser leurs attitudes institutionnelles ;
- en instaurant une organisation en réseau qui implique l'intervention systématique de relais institutionnels.

IV.3. Les prises en charge : dans le champ sanitaire, social et judiciaire

IV.3.1. Des outils non spécifiques mais qui doivent être mis en cohérence

Si tous les experts s'accordent pour dire qu'il n'est pas nécessaire de créer des outils et dispositifs spécifiques, ils insistent en revanche sur la nécessité d'organiser la continuité de la prise en charge en dépit de la diversité des acteurs.

Cette mise en cohérence se construit d'abord à partir d'une meilleure connaissance du fonctionnement psychodynamique et relationnel de la personnalité à expression psychopathique. C'est cette connaissance qui permettra de dédramatiser la prise en charge et d'organiser de manière volontariste sa continuité.

Ainsi, un vécu abandonnique va souvent conduire le sujet à anticiper et réitérer l'abandon en le provoquant par ses passages à l'acte ou par la disqualification des intervenants.

Il appartiendra en conséquence aux professionnels d'assurer cette continuité en résistant aux mises en échec répétées.

Cet impératif se décline tant au niveau institutionnel, quelles que soient les institutions concernées (sanitaire, sociale et judiciaire), qu'individuel.

Au niveau institutionnel

Ce besoin de continuité, dans un contexte où les ruptures sont provoquées de manière chronique et récurrente, est particulièrement exigeant pour les personnels et les équipes. Il s'agit d'organiser la continuité dans la discontinuité :

- être *contenant* sans être rejetant avec les déclinaisons et logiques propres à chaque institution ;
- assurer impérativement des relais lorsque les limites sont atteintes et être attentif à la qualité de ceux-ci.

C'est ce travail de *suture sociale* qui est efficace dans un premier temps dans la mesure où il permet la mise en place d'un contenu psychothérapeutique ou d'un projet de réinsertion sociale, dans un cadre judiciaire ou non.

Cette orientation nécessite des équipes solides, composées de personnels expérimentés et stables, bien formés et en nombre suffisant. À cette fin, il est indispensable d'organiser rigoureusement le travail fonctionnel de l'équipe et de prévoir systématiquement sa supervision.

Dans cette perspective, la commission d'audition rappelle la nécessité d'engager un effort important pour mieux former ensemble et sur un même territoire les personnels concernés. Elle estime en effet que c'est davantage de la qualité de cette formation que de la création de nouvelles structures que dépendra la qualité du premier accueil et de la prise en charge qui suivra.

Au niveau individuel

L'objectif de l'intervention est double :

- apaiser la crise, en proposant un cadre ferme et rassurant, capable de poser des limites, sans pour autant imposer un contrat impossible à tenir pour chaque partie. Dès lors que la rupture est un moment clé de la relation, il est indispensable de pouvoir moduler le contrat qui se noue entre le sujet et

l'institution au cas par cas, en fonction de son évolution. Une *rupture réussie* est une rupture qui laisse une porte ouverte et l'opportunité de renouer un contact ;

- aider à la prise de conscience et à la verbalisation des émotions, des affects et des idées. Cet objectif est autant du registre thérapeutique qu'éducatif. Il doit permettre dans un premier temps une mise à distance des émotions et des *agirs* du sujet et, dans un second temps, une relation d'aide au changement.

IV.3.2. Le champ de l'aide sociale et de l'insertion

Les personnalités de type psychopathique sont rarement repérées comme telles par les équipes du champ de l'aide sociale et de l'insertion, vraisemblablement parce que la symptomatologie n'est pas toujours complète, qu'elle s'inscrit dans le temps de manière séquentielle et que les travailleurs sociaux ne sont pas formés à ce repérage. Les professionnels de l'insertion sociale considèrent toutefois que l'absence de diagnostic précis, dont ils craignent parfois le caractère stigmatisant, ne fait pas obstacle à un travail avec ces personnes. Ils disent toutefois être confrontés à une augmentation des situations de souffrance psychique qui les oblige à organiser la collaboration psychiatrie/secteur de l'insertion sociale.

La commission d'audition estime que cette question ne peut être abandonnée à la bonne volonté de chacun des acteurs. Elle estime que les pouvoirs publics doivent accompagner de manière volontariste la mise en œuvre d'une telle collaboration.

Les structures d'accueil et de réinsertion

Il n'existe pas de structures d'insertion spécifiques pour les personnes souffrant de troubles psychopathiques. Elles sont accueillies dans les structures de droit commun qui sont chargées de l'accompagnement social, l'accueil, l'hébergement et l'insertion des personnes en difficulté (cf. encadré 9). Il s'agit essentiellement :

- des équipes mobiles dont la démarche est *d'aller vers* les usagers ;
- des plates-formes d'accueil (115, service d'accueil et d'orientation, accueils de jour, accueils de nuit, etc.) ;
- des hébergements d'urgence (hôtels sociaux, hôtels, centres d'hébergement d'urgence, etc.) ;
- des structures d'hébergement d'insertion et de logement intermédiaire (CHRS, lieux de vie, maisons relais, etc.) ;
- des structures d'insertion par l'activité économique (IAE) : entreprises et chantiers d'insertion, centres d'adaptation à la vie active, ateliers des CHRS, entreprises de travail temporaire d'insertion, etc. ;
- des services sociaux : intervenant auprès des bénéficiaires du RMI, centres communaux d'action sociale (CCAS), services de tutelles, services sociaux de secteurs, etc.

Encadré 9. Quelques repères sur le dispositif d'hébergement et de réinsertion sociale (2005)

Nombre total de places d'hébergement : 90 000

Dont : 30 300 en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (745 CHRS)

21 000 en hébergement d'urgence auxquelles il faut ajouter 9 000 places supplémentaires pendant la période hivernale.

18 000 en centres d'accueil pour demandeurs d'asile

19 000 en centres d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile

1 800 places en maison relais

Dans un contexte de crise sociale et économique, les personnes souffrant de troubles psychopathiques rencontrent de nombreuses difficultés d'insertion. Le dispositif existant est peu accessible en raison notamment :

- de la saturation des structures liée notamment aux difficultés croissantes d'accès au logement et à l'arrivée de nouveaux migrants ;
- des nombreuses sorties de prison mal préparées, notamment en raison du nombre insuffisant de personnels d'insertion et de probation⁵³ ;
- de la succession ou la superposition de dispositifs d'insertion peu compréhensibles tant pour les professionnels que pour les usagers ;
- de la grande mobilité d'une partie des professionnels de l'insertion qui ne permet pas de garantir des équipes stables ;
- du syndrome mal contrôlé de *la patate chaude* précédemment décrit.

Le contenu de la prise en charge sociale

Dans un tel contexte, les personnalités de type psychopatique ont tendance à instrumentaliser le dispositif et à provoquer le rejet. Cette attitude entraîne inévitablement de la part des travailleurs sociaux des contre-attitudes de rejet qui ne favorisent pas la mise en place d'un projet d'insertion inscrit dans la durée, mais produisent au contraire des exclusions et de la violence.

Il est alors tentant pour les institutions d'édicter des règlements intérieurs ou des règles de vie rigides qui provoquent le rejet des usagers, alimentent le sentiment d'insécurité des intervenants et entraînent l'échec des prises en charge. Les structures en souffrance sont souvent celles qui restent de façon rigide centrées sur leur logique. Les structures qui fonctionnent le mieux, tant du point de vue des personnels que des usagers, sont au contraire celles qui sont capables de s'adapter et de remettre en question en permanence leur fonctionnement.

Les experts ont à plusieurs reprises insisté sur le fait que les limites rencontrées pour la prise en charge de ces personnes sont souvent les propres limites des institutions.

Pour éviter ces écueils et les exclusions en cascade auxquelles ils conduisent, la commission d'audition recommande de respecter les principes suivants :

- les structures doivent penser leur cadre d'accueil et de vie de manière à créer un milieu sécurisant tant pour les collaborateurs salariés et bénévoles que pour les usagers ;
- dans cette perspective, des procédures doivent être systématiquement prévues pour ajuster les interventions en cas de crise (protection des personnes, sécurisation des lieux et des personnels, etc.). Dans le cas des structures d'hébergement et d'insertion, ces procédures doivent notamment prévoir l'accueil et l'accompagnement en binôme (deux travailleurs sociaux ou un travailleur social et un psychologue, etc.) ;
- les limites qui sont posées par l'institution doivent être expliquées et rapportées à des faits concrets ;
- quand des comportements de mise en échec sont repérés, cet échec doit être anticipé en prévoyant des portes de sortie ;
- la continuité des prises en charge doit être organisée avec d'autres relais institutionnels, ce qui nécessite un travail en amont avec des partenaires ;
- lorsqu'il y a eu crise (menaces, violences, fin de séjour brutale, etc.), un temps institutionnel d'analyse et d'échange doit être prévu afin d'étudier les éventuelles incohérences susceptibles d'avoir provoqué une telle situation. Ce travail doit être élaboré dans le cadre de ce que les professionnels appellent *la régulation*

⁵³ Les personnels d'insertion et de probation sont des travailleurs sociaux exerçant leur mission au sein de services départementaux d'insertion et de probation tant auprès des personnes détenues que des personnes condamnées à une peine alternative à l'incarcération (leur nombre est de 2 322 pour 60 000 personnes détenues et 125 000 personnes suivies en milieu ouvert).

ou *la supervision*. Cette orientation exige des moyens dédiés (temps de psychiatre ou de psychologue dans les services d'hébergement et d'insertion sociale ou conventions passées avec le secteur psychiatrique) ;

- des schémas d'intervention coordonnée notamment avec le secteur psychiatrique doivent être prévus, ainsi que le préconise le *Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 (recommandations de prise en charge)*. À cette fin, la contractualisation avec l'hôpital ou le secteur psychiatrique doit être intégrée dans les conventions de fonctionnement des structures d'hébergement et d'insertion sociale. Les indicateurs d'activité doivent témoigner de la cohérence d'une telle prise en charge. En 2000, seulement un secteur de psychiatrie sur cinq avait contractualisé avec un établissement de réinsertion⁵⁴.

La question des sans domicile fixe (SDF)

Les personnes souffrant de troubles psychiques sont surreprésentées parmi les personnes SDF, sans qu'on sache quelle est la proportion de personnes souffrant de troubles de la personnalité à expression psychopathique. La terminologie du SDF regroupe des populations très diverses et en constante évolution : jeunes, personnes vivant dans des squats, familles avec enfants, travailleurs pauvres, étrangers en demande d'asile ou en séjour irrégulier, personnes errant entre deux logements de fortune, *clochards*, etc.

Ces populations sont du ressort des services sociaux, d'hébergement et d'insertion et des SAMU sociaux. Cependant, l'augmentation de leur nombre, notamment dans les grandes régions urbaines, la plus grande complexité de leur situation et l'absence de solutions de logement en aval rendent difficile une prise en charge qui aille au-delà de la simple mise à l'abri provisoire.

Les structures d'hébergement existantes ne sont pas adaptées à l'accueil de ces populations, souvent abandonniques et réticentes à l'égard d'hébergements collectifs qu'elles jugent trop contraignants (leurs animaux ne sont pas acceptés, il y a des vols et des violences, on les oblige à se lever tôt, l'hébergement du lendemain n'est pas assuré, etc.).

Ce déficit d'offre d'hébergement adaptée encourage la *non-demande* des personnes concernées, qui vont ainsi se fondre dans le mobilier urbain et devenir presque invisibles au regard des autres. Cette situation est souvent le signe d'une grande souffrance psychique et de l'effondrement ultime de leur personne.

Si les experts entendus estiment que 30 à 50 % des SDF présentent des troubles psychiques, ce chiffre n'est pas sérieusement documenté. Aucune étude ne permet notamment de distinguer ce qui relève de troubles de la personnalité antérieurs de ce qui relève des conséquences du mode de vie.

La commission d'audition estime indispensable :

- de conduire des études épidémiologiques sur cette population ;
- d'aller au-devant de cette population sans attendre qu'elle formule une demande, notamment en développant les équipes mobiles ;
- de lui proposer une prise en charge dans la durée qui ne se contente pas d'une simple mise à l'abri pendant la période hivernale.

⁵⁴ Les secteurs de psychiatrie générale en 2000. Étude DREES, 2004.

IV.3.3. Le champ sanitaire : la prise en charge thérapeutique

À la question, les personnes présentant une personnalité de type psychopathique peuvent-elles être soignées, la réponse des experts est plutôt positive même s'ils insistent tous sur la difficulté d'une telle prise en charge.

Les principes

Seules les situations dans lesquelles des troubles psychologiques ou psychiatriques sont avérés relèvent d'un traitement.

La recherche d'un cadre de vie structurant tel qu'il a été précédemment défini fait partie intégrante du traitement. Ainsi, les principes relatifs à l'organisation d'un travail collectif et pluriprofessionnel, à la continuité des prises en charge et à la résistance aux mises en échec répétées doivent également fonder la prise en charge thérapeutique.

Les experts, s'appuyant notamment sur l'expérience des thérapeutes d'enfants et d'adolescents et des thérapeutes exerçant en milieu pénitentiaire, soulignent qu'un travail thérapeutique, en particulier psychothérapeutique, est possible et utile pour autant qu'il s'appuie sur un cadre clinique clair et bien défini, s'enracinant dans le travail d'une équipe pluridisciplinaire.

Ce cadre doit tenir compte de la problématique abandonnique, caractérisée par les passages à l'acte et les comportements répétitifs de rupture relationnelle et institutionnelle. Il devra intégrer la *discontinuité* vécue par le sujet tout au long de son histoire d'enfant et d'adolescent, qu'il rejoue inlassablement dans les relations avec les autres.

La prise en charge thérapeutique aura pour objectif de mettre à disposition du sujet des repères structurants mais non persécuteurs qui l'aident à trouver des balises, à vivre les émotions de manière moins mortifère, à *mettre en mots les éprouvés*.

Les traitements

Les techniques de soin ne sont pas spécifiques, les modalités thérapeutiques utilisées conjuguant souvent plusieurs registres.

La revue de la littérature ne permet pas de dégager un consensus sur des stratégies de prise en charge optimales. Tous les experts s'accordent cependant sur l'importance d'éviter la relation duelle et de privilégier le travail en équipe. Ils insistent également sur la formation des thérapeutes.

- L'approche pharmacologique

Il n'existe pas de traitement psychotrope spécifique de la *psychopathie*, à l'inverse des troubles dépressifs (antidépresseurs), psychotiques (antipsychotiques et neuroleptiques) ou dysthymiques (normothymiques).

Les médicaments psychotropes ont un intérêt symptomatique dès lors qu'ils peuvent apaiser la souffrance anxieuse, dépressive, délirante, addictive de ces sujets et par conséquent atténuer leurs troubles comportementaux. Antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques, sédatifs, normothymiques peuvent ainsi être indiqués.

La commission d'audition recommande cependant de tenir compte de l'appétence médicamenteuse habituelle de ces sujets qui peut induire des trajectoires incidentes de toxicomanie, voire égarer le diagnostic. Les benzodiazépines, en particulier, sont à manier avec discernement en raison du risque d'accoutumance.

Lorsque ces personnes sont dépendantes aux opiacés, elles peuvent bénéficier d'un traitement de substitution (méthadone ou Subutex[®] en France).

- L'abord psychothérapeutique

La prise en charge psychothérapeutique des personnalités à expression psychopathique est difficile car il s'agit de patients par définition instables, mobiles et peu compliants aux mesures préconisées. La psychothérapie est une relation d'aide au changement qui s'établit à partir du moment où le patient perçoit qu'il ne peut plus continuer comme avant et qu'il peut modifier son fonctionnement psychique sans pour autant se mettre en danger. De ce point de vue, l'obligation de soins, même si elle n'induit pas en elle-même une relation psychothérapeutique, présente un intérêt.

Plusieurs auteurs⁵⁵ soulignent que la relation d'aide au changement doit porter de façon équilibrée sur trois champs : le champ des apprentissages, le champ psychothérapeutique et le champ éducatif.

Les cures psychanalytiques ne sont pas indiquées pour les personnalités de type psychopathique. Cependant, l'approche analytique permet notamment d'offrir aux thérapeutes une grille de compréhension de l'histoire du sujet et de l'émergence des troubles.

Les thérapies cognitivo-comportementales visent à modifier durablement les comportements par une approche pragmatique. Il peut s'agir de thérapies brèves centrées sur un symptôme particulièrement gênant ou d'un processus plus long ayant pour objectif de permettre au sujet de réaménager son mode d'interaction avec le monde. De nombreux programmes de ce type ont été développés dans les pays anglo-saxons et notamment au Canada à destination de personnes présentant des conduites antisociales ou des délinquants sexuels⁵⁶. Ces thérapies peuvent être utilement mobilisées à la condition que le sujet s'engage dans le processus de changement.

Les thérapies médiatisées (thérapies psychocorporelles ou art-thérapie) ont un intérêt dans la mesure où elles permettent un travail de narcissisation préalable du sujet qui permettra d'engager par la suite des programmes de psychothérapie.

Les thérapies de groupe ou les groupes thérapeutiques (groupes de pairs) permettent également au sujet d'aborder certains processus de changement dans un cadre sécurisant, plus contenant qu'une thérapie duelle.

Les experts insistent sur l'absence d'études permettant de décrire les traitements mis en œuvre et de les évaluer.

La place des dispositifs de soins psychiatriques

Les psychiatres s'accordent sur l'absence d'intérêt d'un dispositif de soin spécifique aux organisations de la personnalité à expression psychopathique, qu'il s'agisse d'une prise en charge ambulatoire ou d'une hospitalisation, y compris sous contrainte.

⁵⁵ H Searles. Mon expérience des états limites. Paris, Gallimard, 1994 ; H Kohut. Le soi : la psychanalyse des transferts narcissiques. Paris, PUF, 2001.

⁵⁶ cf. notamment : GD Ryan et SL Lane. Juvenile sexual offending: causes, consequences, and correction. Lexington (MA), Lexington books, 1991 ; RR Ross et E Fabiano. Time to think: a cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation Johnson (TN), Institute of Social Sciences and Arts, 1985 ; AP Goldstein, B Glick, MJ Irwin, C Pask-Mccartney et I Rubama. Reducing delinquency: intervention in the community. New York, Pergamon Press, 1989.

Ils constatent cependant que la prise en charge de ces personnes est souvent insuffisante, soit en raison du manque de moyens humains, soit en raison du manque de volonté ou de savoir-faire.

Ils estiment que le dispositif psychiatrique sectoriel (cf. encadré 10) reste pertinent à la condition qu'un protocole de travail en réseau entre les différents partenaires médicaux, sociaux et judiciaires soit systématiquement organisé.

Encadré 10. Le secteur psychiatrique et son évolution⁵⁷

Le service public de psychiatrie française repose sur le principe de la continuité des soins entre les phases ambulatoires et/ou hospitalières d'une prise en charge. Il est organisé en 830 secteurs géographiques disposant d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, intervenants socio-éducatifs). Cependant, les pratiques et les équipements sont très hétérogènes. Tous les secteurs bénéficient au niveau ambulatoire de centres médico-psychologiques (CMP) et de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATP). En revanche, peu de secteurs bénéficient d'appartements thérapeutiques, de possibilités d'accueil familial ou d'hospitalisation à domicile. Les secteurs disposent également, au niveau hospitalier, de lits d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel (hôpital de jour, hôpital de nuit), mais le nombre de lits a été divisé par deux entre 1987 et 2000 ce qui a entraîné une réduction des hospitalisations et de leur durée. Il existe également des structures intersectorielles qui permettent de répondre à des besoins spécifiques : intersecteur de psychiatrie pénitentiaire, d'addictologie, de gériatrie-psychiatrie, etc.

1 150 000 personnes ont été suivies en 2000 par le secteur de psychiatrie générale dont 46 % d'hommes et 54 % de femmes (proportion inverse dans le secteur infanto-juvénile). 85 % sont suivis en ambulatoire.

Les taux de recours varient du simple au double selon les régions. Les taux de recours les plus élevés sont observés dans les régions où l'équipement est le plus développé.

Après une phase de développement, au cours des années 1960, la psychiatrie de secteur, en partie en raison du manque de moyens, n'est pas parvenue à aller jusqu'au bout de sa logique, c'est-à-dire soigner le patient au plus près de son milieu de vie en limitant le recours à l'hospitalisation.

La fermeture de nombreux lits hospitaliers et la réduction du nombre de psychiatres ont probablement entraîné l'externalisation de malades mentaux vers d'autres institutions : prisons, centres d'hébergement, etc.

Les psychiatres entendus soulignent l'intérêt d'hospitalisations séquentielles (non indéfinies) ou ponctuelles, centrées sur des projets courts et concrets, ce qui induit une articulation permanente entre lieux de vie et lieux de soins. Pour être efficace, ces hospitalisations doivent être structurantes et balisées (notion de contrat implicite ou explicite) afin qu'elles ne se terminent pas dans la rupture et le rejet réciproque.

La prise en charge doit être organisée dans le dispositif psychiatrique général mais articulée au secteur social.

Dans le cas particulier des addictions dont la prévalence est élevée chez ces personnes, l'approche préconisée est fondée sur l'élaboration d'une double prise en charge : prise en charge spécialisée de l'addiction et de ses complications et, dans le même temps, accompagnement à long terme.

IV.3.4. Champ sanitaire et champ judiciaire : articulation et conflits de logique

Le signe au sens de la sémiologie médicale ne doit pas se confondre avec le comportement déviant ou délinquant⁵⁸. Ainsi, un comportement déviant ou délinquant n'est pas nécessairement un comportement pathologique et inversement. C'est toute la difficulté de l'articulation entre le champ sanitaire et le champ judiciaire.

⁵⁷ Les secteurs de psychiatrie générale en 2000. Étude DREES, 2004.

⁵⁸ G Lanteri-Laura cité par D Zagury. L'expertise pénale des psychopathes. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

Les expertises psychiatriques

Entre l'obligation de soigner et celle d'assurer la sécurité et la prévention de la récidive, l'expertise pénale est l'illustration de la recherche difficile d'un équilibre entre psychiatrie et justice.

L'expertise psychiatrique vient éclairer la décision judiciaire en répondant aux questions du magistrat sur le diagnostic psychiatrique, sur la dangerosité psychiatrique, sur la prévention de la rechute pathologique et sur le soin possible au regard du diagnostic posé (cf. encadré 11).

Encadré 11. Les expertises pénales peuvent être ordonnées par toute juridiction d'instruction et de jugement. Elles sont de quatre types :

- L'expertise psychiatrique avant jugement a pour objectif de repérer des troubles mentaux et de déterminer si ceux-ci sont en rapport avec le passage à l'acte. Il s'agit notamment d'établir si l'intéressé était atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement (article 122-1 du Code pénal).
- L'examen médico-psychologique avant jugement a pour objectif d'apporter à la juridiction des éléments sur le profil de la personnalité en analysant sur le plan psychodynamique le passage à l'acte du sujet. Dans ce cadre, psychiatres et psychologues sont de plus en plus sollicités pour donner des indications sur le risque de récidive et la dangerosité du sujet.
- L'expertise mentale obligatoire réalisée dans le cadre du suivi socio-judiciaire⁵⁹ a pour objectif de déterminer si l'auteur d'atteintes graves à la personne (infraction sexuelle, atteintes volontaires à la vie, enlèvements, tortures...) peut bénéficier d'un traitement dans le cadre d'une injonction de soin (article 131-36-4 du Code pénal).
- L'expertise psychiatrique ou médico-psychologique dans le cadre de l'application des peines vise à adapter l'exécution de la peine à la personnalité du condamné, ainsi qu'à évaluer le risque de récidive et la pertinence de l'obligation de soins. L'expertise psychiatrique est obligatoire avant toute décision sur l'aménagement d'une peine (exemple : libération conditionnelle) prononcée pour atteinte grave à la personne (article 712-21 du Code de procédure pénale). Si l'expertise mentale conclut à sa dangerosité et constate un risque de récidive avéré, la personne condamnée à une peine supérieure à 10 ans pour des faits d'atteinte grave à la personne peut être soumise à une mesure de surveillance judiciaire après sa libération (article 723-2 du Code de procédure pénale, loi du 12 décembre 2005). La constatation par expertise médicale de la dangerosité du condamné est également une des conditions du placement sous bracelet électronique mobile (article 131-36-10 du Code pénal).
- L'expertise réalisée dans le cadre de la loi du 17 juin 1998 qui a pour objectif de déterminer si l'auteur d'une infraction sexuelle peut bénéficier d'un suivi socio-judiciaire.⁶⁰

Pour l'ensemble de ces expertises sont en principe pris en compte les travaux de la criminologie clinique qui étudient les facteurs sociaux, relationnels, éducatifs et leur influence sur l'évolution possible du sujet. Les experts doivent également étudier le rapport du sujet à la loi tout comme sa reconnaissance des faits et sa prise en compte de la souffrance des victimes.

Le législateur a multiplié ces dernières années les cas de recours obligatoire à l'expertise psychiatrique. Mais, en pratique, celle-ci ne parvient pas à atteindre l'ensemble des objectifs fixés par la loi.

Cette situation résulte essentiellement du déficit d'experts disponibles dans la plupart des ressorts judiciaires, en raison d'abord de l'évolution de la démographie médicale mais aussi de la trop faible rémunération allouée.

Par ailleurs, l'évolution des connaissances en criminologie est insuffisamment prise en compte en raison de la faiblesse des travaux de recherche en France dans cette discipline et du déficit de formation des psychiatres à l'expertise.

⁵⁹ Loi du 17 juin 1998 étendue par la loi du 12 décembre 2005 sur la récidive.

⁶⁰ cf. notamment JL Senon et C Manzanera. L'expertise psychiatrique pénale : les données du débat. AJ Pénal, 2006,n°2, p.66.

- L'expertise en garde à vue

Le procureur de la République peut ordonner une expertise psychiatrique dès le stade de la garde à vue. Il exerce notamment ce pouvoir lorsqu'il s'agit d'une personne soupçonnée d'infraction sexuelle et lorsque cette personne est jugée en procédure de comparution immédiate.

Il s'agit alors d'une véritable expertise pénale, destinée à éclairer le tribunal sur les aspects psychopathologiques du sujet, sur son niveau de responsabilité, son accessibilité à une sanction ou à une injonction de soin⁶¹.

Un examen psychiatrique d'urgence peut également être demandé en garde à vue en cas de doute sur l'état de santé mentale du sujet, soit dans le cadre de la mission de type expertale qui consiste à déterminer la compatibilité de l'état de santé avec la garde à vue, soit dans une optique de soins.

La commission d'audition estime que les expertises réalisées dans les conditions très particulières de la garde à vue doivent être interprétées avec une très grande prudence⁶².

Elle recommande en conséquence que les missions d'expertise ordonnées dans ce cadre soient limitées à une demande d'avis sur la nécessité de soins immédiats ou d'une éventuelle hospitalisation d'office ou encore sur l'opportunité d'ordonner ultérieurement une expertise approfondie.

- L'évaluation de la responsabilité pénale

En application de l'article 122-1 du Code pénal, l'expert recherche un rapport entre un état mental et une infraction pénale. Cette recherche implique un examen clinique aboutissant à un diagnostic actuel, une analyse rétrospective de l'état mental au moment de l'action, enfin une évaluation de la nature des relations entre l'état mental et les faits.

Le nombre des irresponsabilités pénales prononcées en application de ce texte reste relativement stable depuis plusieurs années et concerne environ 300 dossiers par an, soit environ 0,45 % des dossiers. Il s'agit essentiellement de psychoses chroniques, notamment schizophréniques en poussée évolutive, de bouffées délirantes, de troubles thymiques en phase aiguë (mélancolie et manie), de confusions mentales ou d'une détérioration cognitive au décours d'une démence de type Alzheimer⁶³.

Les troubles de la personnalité sont en pratique exclus du champ de l'irresponsabilité pénale, sauf en cas de décompensation psychiatrique majeure au moment des faits (par exemple, épisode délirant aigu).

Le champ de l'héboïdophrénie, des psychoses pseudo-psychopathiques et de certaines évolutions psychopathiques vers la psychose dissociative pose également pour l'expert judiciaire des problèmes diagnostiques non négligeables⁶⁴.

L'expert peut suggérer un traitement si nécessaire, mais il ne lui appartient pas d'en fixer les modalités pratiques (rythme et contenu), qui relèvent exclusivement du choix de l'équipe soignante en milieu pénitentiaire ou non.

⁶¹ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 et loi n° 2004-204 du 9 mars 2004.

⁶² Ces conclusions rejoignent celles de la conférence de consensus sur l'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. HAS, 2005.

⁶³ JL Senon et C Manzanera id.

⁶⁴ D Zagury. L'expertise pénale des psychopathes. Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

Si l'irresponsabilité pénale n'est pas souvent retenue, les experts semblent retenir beaucoup plus fréquemment une altération du discernement, en application de l'article 122-1 al. 2 du Code pénal. Cette altération, qui devrait entraîner une atténuation de la responsabilité, paraît conduire plus souvent à un allongement de la durée de la peine, ce qui témoigne d'une préoccupation sécuritaire. Cette constatation qui résulte de l'observation des magistrats rapportée par l'inspection générale des affaires sociales n'est toutefois pas documentée⁶⁵.

- L'évaluation de la dangerosité criminologique et/ou psychiatrique

La notion complexe de dangerosité comporte deux acceptions, criminologique et psychiatrique, qui ne sont pas nécessairement liées. La première peut être définie comme étant la probabilité de commettre une infraction pénale, et la seconde, comme étant le risque de passage à l'acte lié à un trouble mental.

Ces deux notions qui sont toutes deux multifactorielles ne doivent pas être confondues.

La dangerosité psychiatrique apparaît éminemment variable dans le temps, selon les circonstances et selon la prise en charge ou le traitement dont fait l'objet le sujet concerné. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène permanent.

Les caractéristiques des personnalités de type psychopatique (impulsivité, intolérance à la frustration, irruption du passage à l'acte comme voie de métabolisation des tensions et de décharge des conflits) les exposent à des comportements pouvant constituer des infractions pénales. Mais cette évolution n'est ni linéaire, ni systématique.

On observera en outre que *l'agir psychopatique* ne coïncide pas nécessairement avec la commission d'une infraction contre d'autres personnes. Il peut être auto-agressif, ce qui situe alors le sujet dans une dimension plus victimaire que délinquante.

Les outils d'évaluation décrits sont peu nombreux. Ce sont principalement les échelles d'évaluation diagnostique (instruments actuariels) appliquées à la détermination d'un pronostic. La commission d'audition a recommandé une certaine prudence sur leur utilisation⁶⁶. Elle estime nécessaire que leur usage soit accompagné dans tous les cas d'une évaluation clinique approfondie.

En l'état des connaissances, les psychiatres experts s'accordent sur l'impossibilité de déterminer avec certitude si un individu souffrant de troubles de type psychopatique est ou non susceptible de récidiver.

Or, le dispositif législatif actuel, résultant notamment de la loi du 9 mars 2004 et de celle du 12 décembre 2005 sur le traitement de la récidive des infractions pénales, prévoit l'évaluation de la dangerosité criminologique, au moment du prononcé de la peine ou avant la remise en liberté du condamné, soit par mesure expertale, soit par évaluation socio-éducative.

Les instruments actuariels comme l'expérience clinique permettent seulement de définir un risque dont la marge d'erreur est inconnue.

La loi sur le suivi socio-judiciaire⁶⁷ a introduit une nouvelle catégorie de soins obligés, l'injonction de soin. Le texte exige de l'expert qu'il se prononce sur *l'opportunité d'une*

⁶⁵ JL Senon et C Manzanera. Psychiatrie et justice pénale : à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir. AJ pénal, 2005, n°10, p.253-7.

⁶⁶ cf. supra chapitre 1.

⁶⁷ Loi du 17 juin 1998.

mesure de suivi socio-judiciaire, mais surtout il doit déterminer si l'intéressé peut *bénéficier d'un traitement* et se prononce donc sur la faisabilité et l'opportunité des soins.

La loi du 12 décembre 2005 introduit deux mesures de sûreté (de l'ordre du contrôle par opposition à la peine), le placement sous bracelet électronique mobile et la surveillance judiciaire, qui peuvent être imposées si *une expertise médicale* constate la dangerosité du condamné.

Ces dispositions ne font pas référence aux soins. Ceux-ci peuvent néanmoins être réintroduits par le juge sur la base d'une expertise du type de celle du suivi socio-judiciaire.

Il convient de noter que le décret du 13 décembre 2004 prévoit l'obligation pour le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de procéder à une *synthèse socio-éducative* des condamnés en récidive légale pour des infractions punies d'au moins 10 années d'emprisonnement afin d'apprécier leur *dangerosité et le risque de récidive*.

Au cours des auditions, les experts psychiatres ont exprimé leur malaise face aux dispositions de la loi du 12 décembre 2005 qui situe la perspective du soin dans une logique purement sécuritaire. Ils ont à cet égard souligné que la compétence (et donc le rôle) de l'expert psychiatre porte essentiellement sur la compréhension psychodynamique du sujet examiné et non sur la prédiction incertaine d'une récidive.

Les obligations ou injonctions de soin pénalement obligées

Le cadre général décrit ci-dessous ne concerne pas spécifiquement tel ou tel type de pathologie ou de personnalité. Il peut concerner les sujets présentant un trouble de personnalité de type psychopatique dès lors que l'infraction pénale est en rapport avec le fonctionnement psychodynamique du sujet.

Toutes les infractions pénales, quelle que soit leur nature, peuvent donner lieu à une obligation de soins. Cependant, certains types d'obligations de soins sont liés à des infractions spécifiques, notamment des infractions de type sexuel.

- L'incitation aux soins concernant les détenus

En prison, et c'est une constante depuis 1974, le soin est un droit, et non une obligation.

La loi du 17 juin 1998 a néanmoins instauré une incitation aux soins pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel incarcérés condamnés à une *peine de suivi socio-judiciaire avec injonction de soin*. Dans ce cas, le juge de l'application des peines informe le condamné qu'il peut commencer les soins pendant la période de détention et l'y incite fortement. Le refus de s'y astreindre peut compromettre l'octroi d'aménagements ou de réductions de peine.

La loi du 12 décembre 2005 relative à la prévention de la récidive a étendu l'incitation aux soins et modifié le régime des réductions de peine :

- l'incitation aux soins systématique est maintenue pour les condamnés à une peine de suivi socio-judiciaire. Celle-ci est désormais encourue pour toutes les infractions graves d'atteinte à la vie et non plus seulement les infractions sexuelles ;
- la nouvelle loi prévoit que le juge de l'application des peines peut proposer au condamné, *pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru⁶⁸*, un traitement, *si un médecin estime que la personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement* (art. 717-1 modifié du Code de procédure pénale) ;

⁶⁸ C'est-à-dire qu'il suffit que la peine soit encourue même si elle n'a pas été prononcée par les juges.

- désormais, l'ensemble des condamnés à une peine de suivi socio-judiciaire ou à une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru seront privés de réduction supplémentaire de peine *s'ils refusent de suivre le traitement qui leur est proposé* (art. 721-1 modifié du Code de procédure pénale) ;
- parallèlement, la loi a prévu que des remises de peine supplémentaires pourraient être accordées aux condamnés acceptant de *suivre une thérapie visant à limiter les risques de récidive*.

Aucune disposition ne vient préciser le cadre dans lequel un médecin peut en détention estimer qu'un traitement est nécessaire.

Les experts entendus se sont montrés réservés à l'égard de ces dispositions qui pourraient remettre en cause la notion de droit à l'accès libre au soin (et donc son corollaire la liberté de s'en abstenir) en milieu fermé. Ils ont rappelé que la prévention de la récidive ne pouvait être l'objectif premier du traitement.

Ils ont notamment insisté sur le fait que la réussite de celui-ci repose sur un long travail d'élaboration psychique permettant au sujet de repérer son fonctionnement mental ainsi que son mode relationnel et ses conséquences, puis d'y remédier. C'est ce travail qui pourra contribuer à la prévention de la récidive.

- L'obligation et l'injonction de soin

Les obligations et injonctions de soin s'exercent en milieu ouvert et non en établissement pénitentiaire.

Lorsqu'elle est décidée par les magistrats, l'obligation de soin s'impose au sujet sans son accord, et parfois sans expertise médicale préalable. L'inobservation d'une obligation de soin peut se traduire par une incarcération. Elle peut être prononcée avant le jugement dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou après le jugement dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une mesure d'aménagement de peine (libération conditionnelle par exemple) ou d'une mesure de travail d'intérêt général.

Le respect de l'obligation de soin est contrôlé par le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Ce contrôle est essentiellement fondé sur les attestations de suivi fournies par le thérapeute au patient qui donnent une information sur la réalité du suivi et non sur son contenu.

Le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soin. Celle-ci s'impose au sujet condamné pour une infraction sexuelle avec son accord, sur préconisation d'une expertise médicale préalable. L'inobservation de cette obligation peut se traduire par une incarcération.

La spécificité de l'injonction de soin réside dans l'intervention d'un médecin coordonnateur qui est destinataire des pièces du dossier pénal (notamment les expertises) et fait l'interface entre le juge de l'application des peines ou le service pénitentiaire d'insertion et de probation et le médecin traitant auquel il peut transmettre ces pièces.

Les dispositifs de soins obligés ont pour objectif d'assurer la réinsertion de la personne condamnée et de prévenir la récidive. Ces mesures qui apparaissent contradictoires avec le principe de la liberté et du consentement aux soins ont été vivement discutées de sorte que pendant longtemps, elles n'ont pas été réellement mises en œuvre, les pratiques des psychiatres et des juges évoluant parallèlement sans jamais se rencontrer.

La plupart des experts s'accordent aujourd'hui pour dire que l'obligation judiciaire de soin peut constituer un cadre pertinent pour proposer des soins à condition, et à condition seulement, que ceux-ci soient médicalement fondés, ce qui conduit à recommander de ne pas les multiplier en dehors de cette indication.

Ils admettent que même si aucun traitement ne peut être conduit dans la durée sans l'accord du sujet, l'obligation judiciaire, par la forte incitation qu'elle entraîne, permet d'engager des soins auprès de personnes qui ne les auraient pas sollicités. Ils estiment que, s'agissant des personnalités à expression psychopathique, les obligations de soin peuvent être adaptées dès lors que la relation entre le juge de l'application des peines, le service d'insertion et de probation et la structure soignante est suffisamment organisée et structurée.

Ils soulignent toutefois que le traitement ne peut avoir pour premier objectif la prévention de la récidive même s'il peut y contribuer. Ils insistent sur l'idée que si tout homme porte en lui une certaine aptitude au changement, aucun traitement ne peut garantir le risque zéro.

IV.3.5. La prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire

Les personnes souffrant de troubles mentaux sont surreprésentées dans les établissements pénitentiaires sans que les études publiées permettent de distinguer les personnalités de type psychopathique. Tous les établissements pénitentiaires sont réputés pourvus d'un dispositif de soins leur permettant d'assurer un suivi médical et psychologique approprié (cf. chapitre 1 et encadré 12).

Encadré 12. Le dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

La prise en charge sanitaire des personnes détenues est assurée par le service public hospitalier dans les 188 établissements pénitentiaires. Dans chaque établissement pénitentiaire, des conventions avec des établissements de santé sont passées, permettant que soient en principe assurés des soins ambulatoires somatiques et psychiatriques courants.

Le dispositif de soins psychiatriques repose sur :

- 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP) dont la structure pivot, le service médico-psychologique régional (SMPR), est un service à vocation régionale animé par une équipe pluridisciplinaire et implanté dans l'établissement pénitentiaire le plus important de la région desservie ;
- 129 secteurs de psychiatrie générale, et le cas échéant infanto-juvénile, qui interviennent dans les établissements pénitentiaires de leur aire géographique dans lesquels il n'y a pas de SMPR ou d'antenne SMPR ;
- 15 centres de soins spécialisés aux toxicomanes.
- L'accès à l'hospitalisation psychiatrique en établissement de santé, dès lors que l'état de santé mentale du patient détenu nécessite des soins intensifs immédiats et qu'il n'y consent pas, se fait sous la forme exclusive de l'hospitalisation d'office.

Tout comme le dispositif de soins somatiques a été complété par une structure d'hospitalisation spécifique (8 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSl) sont prévues dont 3 ont été ouvertes en 2004 et 2005), le dispositif des soins psychiatriques va être prochainement complété par 19 unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA). Ces structures à vocation régionale assureront l'hospitalisation psychiatrique, avec ou sans consentement, des détenus (700 lits prévus à moyen terme).

Au niveau régional, des soins diversifiés et intensifs, incluant l'hospitalisation le plus souvent de jour avec consentement de la personne détenue, sont assurés.

Cependant, des disparités importantes existent sur le territoire. Celles-ci résultent notamment du déséquilibre de la démographie médicale et paramédicale des secteurs psychiatriques de la région concernée, mais aussi parfois de la faible priorité accordée aux soins en prison.

L'existence d'un SMPR⁶⁹ ou d'une antenne de SMPR dans l'établissement a également une influence notable sur la réalité et la qualité de la prise en charge. Enfin, les problèmes de coordination entre les différents acteurs observés en milieu libre existent également, parfois exacerbés, en milieu pénitentiaire.

Pour toutes ces raisons, il n'est pas rare que des situations repérées comme problématiques restent de fait sans prise en charge médicale et psychiatrique adéquate, ce qui laisse les personnels pénitentiaires en première ligne, et en grande partie démunis.

Cette situation conduit la commission d'audition à recommander que tous les établissements pénitentiaires bénéficient d'un SMPR (service médico-psychologique régional) ou au moins d'une antenne de ce service. À cet égard, elle demande que la définition de la politique de santé mentale en milieu pénitentiaire soit systématiquement prise en compte lors de la définition des politiques régionales, notamment au sein des comités régionaux de concertation en santé mentale (CRCSM) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Par ailleurs, il est indispensable d'organiser systématiquement et de manière volontariste la coordination entre les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), le secteur psychiatrique et les autres intervenants (antennes de lutte contre la toxicomanie, services spécialisés dans le domaine des addictions, etc.)

La rencontre

Le repérage précoce des troubles psychiatriques fait partie des priorités des professionnels de santé. Il est assuré notamment par la visite médicale systématique des entrants.

À tout moment de son parcours pénal et pénitentiaire, la personne détenue doit en principe pouvoir solliciter une consultation psychiatrique. De même, toute personne (professionnel ou entourage) doit pouvoir alerter l'équipe de soin.

Ce principe ne fait pas toutefois l'objet d'une application uniforme sur le territoire, en raison du déficit de moyens déjà évoqué, mais pas seulement. La difficulté de coordonner tous les intervenants médicaux et sociaux à l'intérieur des établissements fait également souvent obstacle à la mise en œuvre de la prise en charge.

Le soin psychiatrique en milieu carcéral

Les experts insistent sur le fait que la pratique médicale en milieu pénitentiaire obéit aux mêmes impératifs éthiques et déontologiques que la pratique en milieu ordinaire :

- indépendance professionnelle et technique ;
- respect de la confidentialité des échanges et du secret médical ;
- médecine de la personne, à l'écoute de ses besoins.

Les principes généraux de prise en charge (indications et techniques de soin) obéissent aux mêmes principes qu'en population générale.

Un axe prioritaire du soin en milieu pénitentiaire est le respect du consentement du patient détenu aux soins proposés, ce qui n'exclut pas de favoriser l'émergence de la demande, voire de la solliciter.

⁶⁹ 26 SMPR pour 188 établissements pénitentiaires.

Les informations médicales, notamment à destination des magistrats, doivent passer par la personne détenue elle-même (remise de certificats médicaux par exemple) et l'échange d'information entre professionnels de champs distincts doit se faire avec l'accord de la personne concernée et respecter la confidentialité due au patient.

Comme en milieu libre, il est recommandé d'éviter la relation duelle mais de développer le travail en équipe pluridisciplinaire avec des référents.

Le contexte carcéral joue évidemment un rôle très prégnant. L'intervention de professionnels multiples dont les missions sont parfois contradictoires auprès de la même personne détenue suppose une cohérence et une coordination institutionnelles rigoureuses.

La prise en charge des personnalités de type psychopathique en détention exige, au-delà de l'intervention des services de santé, une cohérence, une articulation et des procédures de travail organisées avec les personnels pénitentiaires et le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).

Quelques spécificités du travail avec les personnalités de type psychopathique en milieu pénitentiaire

Le fonctionnement psychodynamique et relationnel des personnalités de type psychopathique marqué par l'intolérance à la frustration, l'impulsivité et l'instabilité, résiste mal aux contraintes et frustrations inhérentes à la vie en milieu pénitentiaire.

Les sanctions disciplinaires, les changements d'établissement pénitentiaire, en réponse à des troubles du comportement vécus comme insupportables par l'institution, rejouent les affrontements et abandons précoces.

Le parcours pénitentiaire est émaillé de nombreux passages à l'acte qui constituent le mode relationnel privilégié. Ces passages à l'acte ont souvent une dimension protestataire. Ils parlent pour le détenu et traduisent ses difficultés à verbaliser.

Des passages à l'acte auto- (ou hétéro-) agressifs graves peuvent survenir au cours de raptus anxieux, d'états dépressifs intenses et de vécus anxio-délirants sans pour autant qu'un désir de mort soit nécessairement présent.

Les passages à l'acte de ces détenus constituent souvent des infractions disciplinaires et sont difficiles à gérer par le personnel pénitentiaire qui a parfois des difficultés à distinguer dans les passages à l'acte ceux qui relèvent de troubles de la personnalité et à en tirer des conséquences. Quoi qu'il en soit, la sanction administrative sera le plus souvent indifférenciée dans un souci d'égalité des personnes incarcérées.

Paradoxalement, si le monde carcéral est générateur de souffrances psychiques par frustrations répétées et sentiment d'injustice, il peut aussi représenter un monde relativement sécurisant dans la mesure où le sujet y a ses repères.

Le projet de soins ne vise pas (ou pas seulement) la suppression des symptômes. Il cherche à optimiser le fonctionnement mental du sujet en lui donnant les moyens d'élaborer la crainte d'effondrement sous-jacente dont il se défend par le passage à l'acte et les troubles du comportement.

Les experts soulignent que le cadre institutionnel joue une fonction de suppléance et d'étayage dès lors que les limites sont claires, stables et repérables.

Dans le cas particulier des mineurs incarcérés, les experts soulignent que l'objectif des soignants durant le temps d'incarcération, généralement court, est de donner aux jeunes l'accès à un espace de parole qui leur permettra d'aborder une souffrance trop souvent banalisée. À cet égard, le premier entretien est un temps fondamental qui doit permettre d'anticiper la prise en charge extérieure à la sortie de prison.

La continuité des soins

L'étape de la sortie, retour à la vie libre, parfois vécue comme une rupture, est un temps fragile et essentiel à préparer, un moment clé de prise en charge et de préparation des relais. Là aussi, la capacité d'anticipation et de coordination des équipes est fondamentale.

Les experts soulignent, d'une part, le déficit de structures d'accueil et d'hébergement qui précarise les sortants de prison sans domicile et, d'autre part, le peu d'empressement des structures sanitaires et sociales à prendre en charge ces publics vécus comme sources de problèmes.

Les consultations post-pénales organisées par les équipes de soins du milieu pénitentiaire ont à cet égard l'intérêt de créer un espace-temps transitionnel permettant d'organiser les relais vers les dispositifs de droit commun. Elles sont à ce jour peu développées. Le bilan positif qui en a été tiré conduit cependant à recommander, au moins pour les sortants de prison qui viennent d'exécuter de longues peines, des espaces de transition qui permettent d'organiser une prise en charge à l'extérieur.

IV.4. Rappel des recommandations

1) Développer les connaissances

La commission d'audition recommande de conduire des études épidémiologiques afin d'évaluer la prévalence des personnalités à expression psychopathique dans les établissements pénitentiaires, dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale et au sein des populations sans domicile fixe.

Elle propose également que soient conduites des études descriptives permettant de connaître les différentes techniques thérapeutiques mises en œuvre par les équipes prenant en charge ces personnes. Des études contrôlées devraient permettre d'évaluer les différents traitements.

2) Former les acteurs à partir d'un référentiel commun

La commission d'audition recommande d'organiser, systématiquement et sur chaque territoire, des formations multiprofessionnelles permettant à partir d'une base de connaissances communes (référentiel) un échange sur les métiers (objectifs et limites), un partage régulier de connaissances et d'informations entre les différents intervenants (médecins, travailleurs sociaux, personnels pénitentiaires) afin de créer une culture commune sur la prise en charge de ces personnes et d'assurer une cohérence aux interventions.

Elle préconise également une formation systématique et continue des experts judiciaires à partir d'un référentiel commun.

3) Organiser la prise en charge

La commission d'audition recommande d'organiser, au niveau départemental ou infra-départemental, des schémas d'intervention coordonnés entre l'hôpital, le secteur psychiatrique et les intervenants sociaux réactualisés régulièrement.

Dans le cadre de ces schémas, la collaboration entre le secteur de psychiatrie et les structures d'insertion sociale devrait être systématiquement organisée et faire l'objet d'une convention. Cette exigence devrait être intégrée dans les projets d'établissements (CHRS, centres d'accueil de jour, hébergements d'urgence, équipes de rue, etc.) et dans les indicateurs d'activité de ceux-ci. Elle devrait également entraîner l'allocation de moyens dédiés.

La commission d'audition préconise un renforcement et une harmonisation des moyens dédiés aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Tous les établissements devraient pouvoir bénéficier de l'appui d'un SMPR ou au moins d'une antenne de ce service.

Elle recommande également que la coordination en milieu pénitentiaire des interventions médicales (secteurs de psychiatrie, UCSA, CSST) avec le travail des personnels pénitentiaires et ceux du service pénitentiaire d'insertion et de probation fasse systématiquement l'objet d'un protocole.

4) Améliorer la qualité de la prise en charge

La commission d'audition recommande que le travail fonctionnel des équipes médicales et sociales confrontées à la prise en charge des personnes présentant des troubles psychopathiques soit rigoureusement organisé afin d'éviter les relations duelles et privilégier le travail collectif et coordonné.

Elle préconise dans cette perspective que soit prévu dans toutes les équipes un temps institutionnel d'analyse et d'échange. Elle estime que l'organisation d'une supervision est indispensable.

S'agissant des établissements d'insertion, cette supervision doit pouvoir être intégrée dans la convention qui lie l'établissement au secteur psychiatrique.

Elle estime que les sorties des établissements pénitentiaires doivent être mieux préparées et anticipées, notamment s'agissant des longues peines et des personnes sans domicile ou attaches sociales. Elle préconise dans cette perspective que les structures sanitaires et sociales soient incitées à développer, outre l'accueil en urgence, des relais préparés et anticipés (places réservées dans les centres d'hébergement, domiciliation prévue avant la sortie de prison, rencontres préalables avec les équipes susceptibles d'intervenir à l'extérieur). S'agissant des établissements pour peine et des grandes maisons d'arrêt, elle fait observer que cette orientation exige une organisation des services d'insertion et de probation qui dépasse le cadre du département.

Le développement de consultations post-pénales organisées par les équipes de soins du milieu pénitentiaire afin de permettre une transition avec la prise en charge en milieu ouvert doit être encouragé dans la perspective d'un passage de relais (et non de la constitution d'une filière spécifique).

ANNEXE I. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ CIM-10 ET DSM-IV

CIM-10 : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

Personnalité dyssociale - F60.2

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

- (a) une indifférence froide envers les sentiments d'autrui ;
- (b) une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des règles et des contraintes sociales ;
- (c) une incapacité à maintenir durablement des relations, alors même qu'il n'existe pas de difficulté à établir des relations ;
- (d) une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de la violence ;
- (e) une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions ;
- (f) une tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société. Le trouble peut s'accompagner d'une irritabilité persistante.

La présence d'un trouble de la conduite pendant l'enfance ou l'adolescence renforce le diagnostic, mais un tel trouble n'est pas toujours retrouvé.

Inclure : personnalité amoral, antisociale, asociale, psychopathique et sociopathique.

A l'exclusion de : personnalité émotionnellement labile (F60.3) et trouble des conduites (F91)

Personnalité émotionnellement labile - F60.3

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur. Les capacités d'anticipation sont souvent très réduites et des éclats de colère peuvent conduire à de la violence ou à des comportements explosifs ; ceux-ci sont volontiers déclenchés lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués par autrui. Deux variantes de ce trouble de la personnalité sont spécifiées ; toutes deux ont en commun l'impulsivité et le manque de contrôle de soi.

Inclure : personnalité agressive, borderline, explosive.

À l'exclusion de : personnalité dyssociale (F60.2)

F60.30 type impulsif

Les caractéristiques prédominantes sont l'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle des impulsions. Des accès de violence ou des comportements menaçants sont courants, particulièrement lorsque le sujet est critiqué par autrui.

F60.31 type borderline

Plusieurs des caractéristiques de la personnalité émotionnellement labile sont présentes ; de plus, l'image de soi, les objectifs et les préférences personnelles (y compris sexuelles) sont perturbés ou incertains et des sentiments permanents de vide sont habituellement présents. Une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables conduit souvent le sujet à des crises émotionnelles et peut être associée à des efforts démesurés pour éviter les abandons et à des menaces répétées de suicide ou à des gestes auto-agressifs (ceux-ci peuvent également survenir sans facteurs déclenchants manifestes).

Référence : Organisation mondiale de la santé. CIM-10 – Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Genève, OMS, 1993.

DSM-IV. Troubles de la personnalité

Trouble de la personnalité antisociale - 301.7

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

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

B. Âge au moins égal à 18 ans.

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

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

Correspondance avec les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10

Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 et les critères du DSM-IV pour la personnalité paranoïaque sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état. À la différence du DSM-IV, la CIM-10 ne demande pas de symptôme de trouble de la conduite durant l'enfance. Dans la CIM-10, cet état s'appelle personnalité dyssociale.

Trouble de personnalité borderline - 301.83

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

1. efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
2. mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
3. perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
4. impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) ;
5. répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;

6. instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
7. sentiments chroniques de vide ;
8. colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;
9. survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Référence : *American Psychiatric Association*. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Traduction française. Paris, Masson, 2003.

ANNEXE II. ÉCHELLE DE HARE

Liste des symptômes de la psychopathie (liste révisée)

Hare Psychopathy checklist –Revised (PCL-R)

1. Façonde/charme superficiel
2. Sentiment grandiose de la valeur de soi
3. Besoin de stimulation/penchant à l'ennui
4. Mensonge pathologique
5. Tricheur/manipulateur
6. Carence de remords ou de culpabilité
7. Affect superficiel
8. Insensibilité/carence d'empathie
9. Mode de vie parasite
10. Faible contrôle du comportement
11. Promiscuité sexuelle
12. Problèmes de comportement précoces
13. Absence de buts réalistes et à long terme
14. Impulsivité
15. Irresponsabilité
16. Incapacité d'accepter la responsabilité de ses actions
17. Nombreuses relations maritales de courte durée
18. Délinquance juvénile
19. Révocation de la libération conditionnelle
20. Versatilité criminelle

Référence : R Hare. Traduction française d'A Andronikof. In : JR Meloy. Les psychopathes : essai de psychopathologie dynamique. Paris, Frison-Roche, 2000, p.272.

ANNEXE III. TROUBLES HABITUELLEMENT DIAGNOSTIQUÉS PENDANT LA PETITE ENFANCE *CIM-10* ET *DSM-IV*

CIM-10. Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

Perturbation de l'activité et de l'attention – F90.0

Altération de l'attention :
syndrome d'hyperactivité
trouble avec hyperactivité

Trouble des conduites – F91

Troubles caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant. Ces troubles dépassent ainsi largement le cadre des *mauvaises blagues* ou *mauvais tours* des enfants et les attitudes habituelles de rébellion de l'adolescent. Ils impliquent, par ailleurs, la notion d'un mode de fonctionnement persistant (pendant au moins six mois). Les caractéristiques d'un trouble de la conduite peuvent être symptomatiques d'une autre affection psychiatrique ; dans cette éventualité, ce dernier diagnostic doit être codé.

Le diagnostic repose sur la présence de conduites du type suivant : manifestations excessives de bagarres et de tyrannie, cruauté envers des personnes ou des animaux, destruction des biens d'autrui, conduites incendiaires, vols, mensonges répétés, école buissonnière et fugues, crises de colère et désobéissance anormalement fréquentes et graves. La présence de manifestations nettes de l'un des groupes de conduites précédents est suffisante pour le diagnostic, alors que la survenue d'actes dyssociaux isolés ne l'est pas.

Trouble oppositionnel avec provocation – F91.3

Trouble des conduites, se manifestant habituellement chez de jeunes enfants, caractérisé essentiellement par un comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur et non accompagné de comportements délictueux ou de conduites agressives ou dyssociales graves. Pour qu'un diagnostic positif puisse être porté, le trouble doit répondre aux critères généraux cités en F91 ; les *mauvaises blagues* ou *mauvais tours*, et les perturbations même sévères observées chez des enfants, ne justifient pas, en eux-mêmes, ce diagnostic. Cette catégorie doit être utilisée avec prudence, en particulier chez les enfants plus âgés, étant donné que les troubles des conduites présentant une signification clinique s'accompagnent habituellement de comportements dyssociaux ou agressifs dépassant le cadre d'un comportement provocateur, désobéissant ou perturbateur.

DSM-IV. Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

Déficit de l'attention/hyperactivité

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

(1) six des symptômes suivants **d'inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

- (a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- (c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement

- (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- (e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- (f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- (g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par ex. : jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
- (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes
- (i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

(2) six des symptômes suivants d'hyperactivité/impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé assis
- (c) souvent, court et grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- (e) est souvent *sur la brèche* ou agit souvent comme s'il était monté *sur ressorts*
- (f) parle souvent trop

Impulsivité

- (a) laisse souvent échapper une réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- (b) a souvent du mal à attendre son tour
- (c) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par ex. : fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (par ex. à l'école – ou au travail – et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par ex. : trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Trouble des conduites

A. Ensemble des conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence de trois des critères suivants (ou plus) au cours des douze derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des six derniers mois :

Agression envers des personnes ou des animaux

- (a) brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
- (b) commence souvent les bagarres
- (c) a utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (par ex. un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
- (d) a fait preuve de cruauté physique envers des personnes
- (e) a fait preuve de cruauté physique envers des animaux
- (f) a commis un vol en affrontant la victime (par ex. : agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
- (g) a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

Destruction de biens matériels

- (a) a délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
- (b) a délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)

Fraude ou vol

- (a) a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
- (b) ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (par ex. : *arnaque* les autres)
- (c) a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (par ex. : vol à l'étalage sans destruction ou effraction ; contrefaçon)

Violations graves des règles établies

- (a) reste dehors tard en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
- (b) a fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
- (c) fait souvent l'école buissonnière, cela a commencé avant l'âge de 13 ans

B. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

C. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne correspond pas au critères de la personnalité antisociale.

Trouble oppositionnel avec provocation

A. Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins six mois durant lesquels sont présentes au moins quatre des manifestations suivantes (ou plus) :

- (a) se met souvent en colère
- (b) conteste souvent ce que disent les adultes
- (c) s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes
- (d) embête souvent les autres délibérément
- (e) fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
- (f) est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
- (g) est souvent fâché et plein de ressentiment

(h) se montre souvent méchant ou vindicatif

N.B. On ne considère qu'un critère est rempli que si le comportement survient plus fréquemment qu'on ne l'observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables.

B. La perturbation des conduites entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

C. Les comportements décrits en A ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique ou un trouble de l'humeur.

D. Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble des conduites ni, si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, à ceux de la personnalité antisociale.

MÉTHODE *AUDITION PUBLIQUE*

La méthode *Audition publique* est l'une des méthodes utilisée par la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations. Elle repose sur le travail d'une *commission d'audition* qui rédige en toute indépendance un *rapport d'orientation* et des *recommandations* au décours d'un débat public sur un problème de santé controversé. Le rapport d'orientation et les recommandations sont destinés à la fois aux décideurs en santé et aux professionnels de la santé, voire à des professionnels d'autres champs. Ils peuvent également contenir des messages spécifiquement destinés aux patients et aux usagers du système de santé.

La réalisation d'une audition publique est particulièrement adaptée lorsque :

- le thème traité correspond à un sujet de santé publique qui concerne tous les acteurs de la société, à la fois les institutionnels, les décideurs, les professionnels de la santé et d'autres domaines, les patients et les usagers. Il peut s'agir par exemple d'un problème de prise en charge, de prévention ou d'organisation des soins ;
- il existe des controverses ou des incertitudes majeures, et les données scientifiques sont soit rares et incertaines, soit d'interprétation difficile, discutée, voire franchement polémique ;
- le débat public entre experts, professionnels, patients et usagers apparaît indispensable pour discuter des données disponibles, faire entendre les avis divergents, écouter la parole des patients et usagers, éclairer et, si possible, résoudre les controverses ;
- les questions à traiter sont précises et peu nombreuses permettant un débat public de durée limitée (2 à 4 demi-journées) ;
- le travail attendu de la commission d'audition est d'abord de faire un état des lieux des connaissances, des incertitudes et des débats d'experts, permettant de proposer aux décideurs et aux professionnels des éléments d'orientation en santé publique et en termes d'organisation, de recherche et de prise en charge, et pas seulement de rédiger des recommandations ou un consensus professionnel.

Choix du thème de travail

Les thèmes d'auditions publiques sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

En cas d'audition publique, la méthode de travail comprend les étapes et l'intervention des groupes suivants.

Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, la recherche bibliographique à effectuer, les patients, les usagers et les professionnels concernés. Il désigne les experts amenés à prendre la parole lors de réunion publique. Il choisit les membres de la commission d'audition et en désigne le président, qui participe aux réunions du comité.

Commission d'audition

Une commission d'audition multidisciplinaire et multiprofessionnelle est constituée. Elle est composée de professionnels concernés par le thème, issus de champ de la santé ou d'autres domaines, et de représentants d'associations. Les membres de la commission d'audition ne sont pas nécessairement des non-experts du thème traité.

La sélection, l'analyse et la synthèse de la littérature médicale et scientifique pertinente sont effectuées par un chargé de projet (désigné par la HAS), voire par la commission d'audition elle-même. Des réunions de travail de la commission d'audition ont lieu avant la réunion publique pour lui permettre de prendre connaissance et débattre des données disponibles et des rapports d'experts, pour discuter du niveau de preuve des études identifiées, et pour préparer les questions à poser aux experts et le plan du rapport d'orientation.

Experts

Les experts sont choisis en raison de leur expérience, de leur compétence, de leur notoriété et de leurs publications sur le thème traité. Chaque expert rédige un rapport, remis à l'avance à la commission d'audition. Chaque expert synthétise les données publiées en soulignant ce qui lui paraît le plus significatif pour résoudre la question qui lui est posée, et donne son avis personnel, fruit de son expérience. Il en fait également une présentation synthétique au cours de la réunion publique et participe à l'intégralité des débats publics.

Rédaction du rapport d'orientation et des recommandations

La commission d'audition rédige son rapport d'orientation et ses recommandations dans les suites immédiates de la réunion publique. Elle finalise ensuite son travail lors d'une ou deux réunions de travail ultérieures. Le rapport d'orientation peut contenir des références bibliographiques utiles à l'argumentation développée par la commission. Les études retenues sont critiquées et leur niveau de preuve est précisé.

Rôle des instances de la HAS

Le rapport d'orientation et les recommandations sont de la responsabilité de la commission d'audition. La *Commission Évaluation des stratégies de santé* de la HAS donne un avis sur les documents produits par la commission d'audition, que cette dernière prend en compte ou non. Le Collège de la HAS est informé du rapport d'orientation et des recommandations avant leur diffusion.

Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) le rapport d'orientation et les recommandations, et si possible les rapports d'experts.

Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la coordination de l'ensemble du travail et sa conformité avec les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques si besoin. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Les langues retenues sont le français et

l'anglais. Les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent d'apporter des informations à la commission d'audition pour construire son rapport d'orientation indépendamment des rapports des experts. Ces recherches sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés et les rapports d'experts permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information.

PARTICIPANTS

Comité d'organisation

M^{me} Danielle Barichasse, Direction générale de la santé, Paris
D^r Betty Brahmy, psychiatre, Sainte-Geneviève-des-Bois
D^r Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis La Plaine
M. Yves Feuillerat, Direction générale de la santé, Paris
D^r Michel Gentile, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris

D^r Marc Grohens, psychiatre, Poissy
D^r François-Xavier Huchet, HAS, Saint-Denis La Plaine
M^{me} Marie-Noëlle Machu, Direction générale de la santé, Paris
M^{me} Nicole Maestracci, magistrat, Melun
P^r Jean-Louis San Marco, médecin de santé publique, Marseille
M. Alain Verleene, magistrat, Paris
D^r Daniel Zagury, psychiatre, Bondy

Commission d'audition

Mme Nicole Maestracci, magistrat, Melun - présidente de la commission d'audition
Dr François-Xavier Huchet, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine

D^r Philippe Batel, psychiatre, Clichy
D^r Didier Bourgeois, psychiatre, Montfavet
M. Jean-Louis Daumas, directeur régional de la protection judiciaire de la jeunesse, Amiens
M^{me} Valérie Decroix, directrice de la prison de la Santé, Paris
M. Jean-Marie Faucher, directeur général de l'Association Arapej – Île-de-France, Paris
M. Jean-Marie Fayol-Noireterre, magistrat honoraire, Saint-Étienne
D^r Patrice Huerre, pédopsychiatre, Paris

M. Pierre Le Moussu, juge d'application des peines, Bordeaux
D^r Éric Malapert, psychiatre, Paris
D^r Catherine Paulet, psychiatre, Marseille
M. Joseph Rossetto, principal de collège, Bobigny
P^r Jean-Louis San Marco, médecin de santé publique, Marseille
D^r Guy-Noël Teinturier, médecin généraliste, service d'accueil et d'orientation Entr'Aide Ouvrière, Tours
M. Philippe Urfalino, sociologue, Paris

Experts

D^r François Caroli, psychiatre, Paris
P^r Bruno Falissard, pédopsychiatre, biostatisticien, Paris
P^r Serge Lesourd, psychologue, professeur de psychopathologie, Strasbourg
P^r Daniel Marcelli, pédopsychiatre, Poitiers
D^r Alain Morel, psychiatre, Boulogne-Billancourt
M. Laurent Mucchielli, sociologue, Guyancourt
M. Thierry Pham, psychologue, Tournai
P^r Jean-Louis Senon, psychiatre, Poitiers
P^r Maurice Berger, pédopsychiatre, Saint-Étienne
D^r Monique Bourdais médecin conseil aide sociale à l'enfance, Paris
D^r Nicole Catheline, pédopsychiatre, Poitiers
M. Philippe Chaillou, président de la chambre des mineurs, cour d'appel, Paris
M^{me} Corinne Ehrenberg, psychologue, psychanalyste, Paris
P^r Antoine Guedeney, pédopsychiatre, Paris
M. Christian Laval, sociologue, Bron
M^{me} Charlotte Trabut, vice-présidente chargée des fonctions de juge des enfants, tribunal de grande instance, Bobigny

D^r Patrick Alecian, psychiatre, Paris
D^r Cyrille Canetti, service médico-psychologique régional, centre de jeunes détenus, Fleury-Mérogis
M. Jean-Pierre Chartier, psychologue, psychanalyste, Paris
P^r Philippe Jeammet, psychiatre, Paris
M^{me} Marie-Colette Lalire, directrice enfance et famille, conseil général de l'Isère, Grenoble
M. Jean Menjon, directeur départemental de la protection judiciaire de la jeunesse, Agen
M. Bruno Albert, directeur de centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Montreuil
D^r Sandrine Bonnel, psychiatre, Bondy
D^r Michel Dubec, psychiatre, Paris
D^r Bruno Gravier, psychiatre en milieu pénitentiaire, Lausanne
M^{lle} Anne-Cécile Jacot, chargée de mission jeunes, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale d'Île-de-France, Paris
M. Xavier Lameyre, magistrat, Paris
D^r Pierre Lamothe, psychiatre, service médico-psychologique régional, Lyon
D^r Daniel Zagury, psychiatre, Bondy

Analyse bibliographique

D^r Linda Sarfati, psychiatre, Marseille - chargée de projet

FICHE DESCRIPTIVE

TITRE	Prise en charge de la psychopathie
Type de document	Audition publique
Date de validation	Mai 2006
Objectif(s)	<p>Proposer des recommandations pour le diagnostic et la prise en charge des adultes dont l'organisation de la personnalité est à expression psychopathique, tant dans le domaine psychiatrique, que social, que judiciaire.</p> <p>Proposer des recommandations pour le repérage et la prise en charge des enfants et des adolescents ayant des troubles des conduites potentiellement à risque d'évolution vers une organisation de la personnalité à expression psychopathique.</p>
Professionnel(s) de santé concerné(s)	Psychiatres, autres professionnels de santé, travailleurs sociaux, éducateurs, magistrats, personnels pénitentiaires, etc.
Demandeur	Direction générale de la santé et Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Promoteur	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	<p>Coordination : Dr François Xavier HUCHET , chef de projet, service des recommandations professionnelles (chef de service : Dr Patrice DOSQUET)</p> <p>Secrétariat : Mme Isabelle Le PUIL</p> <p>Recherche documentaire : Mme Christine DEVAUX, avec l'aide de Mme Renée CARDOSO, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique PAGÈS)</p>
Participants	<p>Société savante associée : Fédération française de psychiatrie</p> <p>Comité d'organisation</p> <p>Experts</p> <p>Chargé de projet (sélection bibliographique)</p> <p>Commission d'audition</p>
Recherche documentaire	Recherche effectuée par le service de documentation de la HAS (période de recherche : janvier 1995-avril 2005).
Auteurs de l'argumentaire	Rapport d'orientation : commission d'audition (présidente : Mme Nicole MAESTRACCI, magistrat, Melun)
Auteurs des recommandations	Commission d'audition (présidente : Mme Nicole MAESTRACCI, magistrat, Melun)
Validation	<p>Avis de la Commission Évaluation des stratégies de santé de la HAS en mai 2006. Information du Collège de la HAS en mai 2006.</p> <p>Validation finale par la commission d'audition.</p>
Autres formats	Rapports d'orientation, recommandations et rapports des experts téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr