

PSYCHOPATHIE ET SUICIDE

Mémoire DIU Suicidologie 2006

Alexandre Cailleau

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	3
1. LA PSYCHOPATHIE : UN TERRAIN PROPICE AU SUICIDE	4
A. EPIDEMIOLOGIE DU SUICIDE CHEZ LES PSYCHOPATHES	4
B. DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES GENERALES	5
<i>1. La notion d'états-limites à expression psychopathique</i>	6
<i>2. La psychopathie : un sous-type de la personnalité narcissique</i>	8
C. LA NOTION DE PASSAGE A L'ACTE	9
D. LES CONDUITES ADDICTIVES : UN EQUIVALENT SUICIDAIRE ?	12
2. SUICIDE ET PSYCHOPATHIE : PRISE EN CHARGE PAR LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE	15
A. ANALYSE DES RECOMMANDATIONS ANAES SUR LA CRISE SUICIDAIRE	15
B. PRISE EN CHARGE EN MILIEU HOSPITALIER	18
C. LES SOIGNANTS FACE AU PSYCHOPATHE	21
D. LA NOTION DE CONTRE-TRANFERT	23
3. SUICIDE ET PSYCHOPATHIE : PRISE EN CHARGE EN MILIEU PENITENTIAIRE	24
A. DONNEES GENERALES SUR LES CONDUITES SUICIDAIRES EN MILIEU CARCERAL	24
B. DEPISTAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE EN MILIEU CARCERAL ET PRISE EN CHARGE	26
C. LES AUTO-MUTILATIONS	28
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	36

Introduction

A une époque où le diagnostic de psychopathie est fréquemment posé et où ce vocable a une connotation très péjorative, il paraît nécessaire de s'intéresser à l'individu affublé de cette épithète. En effet, il n'en est pas moins sujet, un sujet potentiellement suicidaire.

Le concept de psychopathie pose question. Senon rappelle que « l'histoire de la psychopathie se confond avec la création de la psychiatrie en tant que discipline clinique médicale, comme avec la naissance de la criminologie »¹. Tantôt qualifiée de manie sans délire, tantôt considérée comme une preuve de la théorie de la dégénérescence, la psychopathie interroge les limites de la psychiatrie, la psychiatrie elle-même, son rôle, les soignants par l'agressivité renvoyée par ces patients, et aussi l'évolution de la société.

Pour les classifications internationales, la psychopathie n'est pas une maladie mentale mais un trouble de la personnalité. Elles traitent de manière descriptive de la personnalité antisociale, « en insistant sur l'impulsivité, l'instabilité psychoaffective et d'insertion et sur les tendances antisociales, n'évitant pas une connotation morale dans le jugement porté sur la conduite psychopathique »¹. Selon Reid Meloy², « la psychopathie est un trouble qui trouve son origine dans une déviation du développement et qui se caractérise par un excès d'agressivité pulsionnelle ainsi que par une incapacité à nouer des relations d'objet ». L'éclairage psychodynamique permet d'intégrer ces patients dans une histoire, dans un parcours, de leur donner un statut de sujet et de comprendre leurs actions ou leurs réactions.

La prise en charge du psychopathe suicidaire ou suicidant implique de considérer la dimension d'un passage à l'acte auto-agressif qui concerne sans aucun doute le psychiatre. Si certains soignants pensent que la place du psychopathe n'est pas à l'hôpital mais en prison, ils ne peuvent en dire de même du psychopathe suicidaire. Il faut donc comprendre comment entrer en contact avec ces patients, comment les aider au mieux ; c'est l'objet de ce mémoire.

Les failles narcissiques du psychopathe, sa propension aux conduites addictives et son fonctionnement, régi par le passage à l'acte, l'exposent aux conduites suicidaires. La prise

¹ SENON J.L. – Comment définir la psychopathie ? In Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique, décembre 2005, p. 9.

¹ Ibid.

² REID MELOY J. – Introduction. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison Roche, 2000, p. 21.

en charge se fait pour certains patients à l'hôpital, ce qui n'est pas sans poser des problèmes dans les contre-attitudes des soignants, mais également en milieu carcéral où le psychopathe est particulièrement représenté, et où la prise en charge comporte des spécificités.

1. La psychopathie : un terrain propice au suicide

a. Épidémiologie du suicide chez les psychopathes

Le diagnostic de psychopathie est souvent assimilé à celui de personnalité antisociale (PAS) du manuel diagnostique de santé mentale (DSM-IV)³. Comme le rappelle Thierry Pham, la Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R ou échelle de psychopathie de Hare⁴, développée en 1991, caractérise la psychopathie en insistant sur un certain nombre de traits de personnalité associés historiquement à la psychopathie. A la différence du trouble de la PAS, la psychopathie ne comprend pas uniquement des comportements antisociaux⁵. L'échelle de Hare se décline en deux parties : le facteur 1 caractérisé par des items évaluant le détachement émotionnel et le facteur 2 évaluant le comportement antisocial (impulsivité, agressivité...). Si la personnalité antisociale est incluse dans la psychopathie, la réciproque n'est pas systématique.

En ce qui concerne l'épidémiologie de la psychopathie elle-même, les publications ont surtout développé des données concernant la personnalité antisociale avec les réserves énoncées précédemment. Dans une revue de Moran⁶ en 1999, les prévalences en population générale sont comprises entre 0,2% et 3,7%. Parmi les détenus, la prévalence s'élève à 50-80%⁷, mais les critères de personnalité antisociale se confondent souvent avec les caractéristiques d'un sujet incarcéré. Une comorbidité importante est retrouvée avec les troubles addictifs⁸.

³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – DSM-IV, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996.

⁴ Annexe 1

⁵ PHAM T. – Outils d'évaluation chez l'adulte. In Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique. Décembre 2005, p. 31.

⁶ MORAN P. – The epidemiology of antisocial personality disorder. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Disorder, 1999.

⁷ COTE G., HODGINS S., TOUPIN H.T.- Psychopathie: Prévalence et spécificité clinique. In Pham H.T. & Gilles Côté (Eds). La psychopathie : Théorie et recherche. Presses universitaires du Septentrion : Villeneuve d'Ascq. France, 2000.

⁸ ROBINS L.N. – The intimate connection between antisocial personality and substance abuse. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1998, 33(8), p. 393-9.

La psychopathie est également associée à un risque suicidaire accru avec une sursuicidalité 3,7⁹ fois supérieure à la population générale. Un article de Verona en 2004¹⁰ fait état de 10,3% de diagnostic de personnalité antisociale parmi des sujets ayant fait une tentative de suicide (TS), la sursuicidalité par rapport à la population générale est alors de 2,93. C'est bien moins que la dépression majeure présente dans 24,3% des cas, cependant c'est le trouble de la personnalité le plus représenté.

Une étude de Verona de 2001 a évalué, grâce à l'échelle de Hare⁴ et les DSM-III-R et DSM-IV, des détenus hommes¹¹. L'auteur conclut à une relation significative entre le score à la PCL-R et une histoire de TS. Une analyse plus avancée révèle que le comportement suicidaire est relié spécifiquement au facteur 2 de la PCL-R c'est-à-dire à la déviance antisociale, et n'est pas relié au facteur 1. L'étude des corrélations entre la variable suicide et les facteurs de personnalité évalués par le questionnaire multidimensionnel de personnalité (MPQ) retrouve une association entre les dimensions impulsives et antisociales de la psychopathie avec un plus grand risque de suicide. Une disposition tempéramentale, reposant sur une forte « émotionnalité négative » (anxiété, névroticisme, aliénation et hostilité) et une faible « contrainte » (faible contrôle donc impulsivité, recherche de sensation), représenterait une vulnérabilité aux tentatives de suicide et au comportement antisocial.

Ainsi la psychopathie constitue-t-elle une structure de personnalité à risque de suicide surtout dans sa dimension antisociale. Il faut noter que les études concernent principalement les tentatives de suicide et que le recrutement est majoritairement carcéral. Cela s'explique par la difficulté à suivre ces patients qui par définition font rupture avec le soin rapidement.

b. Données psychopathologiques générales

Une caractéristique de la psychopathie est d'associer, dans sa description, une sémiologie sociale et une sémiologie clinique. Le danger est que l'une de ces dimensions occulte l'autre, ainsi qualifiera-t-on tel délinquant antisocial de psychopathe même s'il n'a

⁹ BEAUTRAIS A.L. et al. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*, 1996, 153(8), p. 1009-14.

¹⁰ VERONA E., SACHS-ERICSSON N., JOINER TE Jr. – Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *Am J Psychiatry*, 161, 3, Mars 2004, p. 444-451.

⁴ Ibid.

¹¹ VERONA E., PATRICK C.J., JOINER TE – Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *J. Abnorm. Psychol.*, 2001, 110(3), p. 462-470.

de psychopathique que son impulsivité ou son intolérance à la frustration. Il faut néanmoins se méfier de ces raccourcis.

1. La notion d'états-limites à expression psychopathique

En 1977, dans un travail sur « les nouvelles formes de la psychopathie chez l'adolescent », Flavigny¹² apporte un éclairage psychodynamique. Il distingue les symptômes essentiels, les symptômes secondaires et la toile de fond comme le rappelle Senon¹³.

Les symptômes essentiels comprennent :

- le passage à l'acte,
- la répétitivité des conduites,
- la passivité et l'oisiveté,
- la dépendance aux autres, associée à des exigences mégalomaniaques et la recherche de satisfactions immédiates.

Les symptômes secondaires regroupent :

- L'instabilité,
- le manque d'intérêt,
- le besoin d'évasion,
- l'instabilité relationnelle,
- les plaintes somatiques.

Enfin, la toile de fond est tissée par une angoisse permanente cachée derrière une présentation de soi agressive et provocatrice, et des frustrations affectives liées à des carences familiales précoces.

Flavigny précise que l'histoire de ces patients est marquée par des expériences multiples d'abandon, une « discontinuité brisante des relations affectives précoces », l'enfant allant d'une mère biologique à une mère adoptive pour souvent se retrouver finalement en institution. Les images parentales sont brouillées dans la mesure où le père est absent ou inexistant sur le plan symbolique et où la mère oscille entre des relations de fusion et de rupture à l'égard de son enfant. L'histoire du psychopathe est émaillée de traumatismes précoces, de deuils parentaux dans la famille proche, d'abandons,

¹² FLAVIGNY H. – De la notion de psychopathie. Revue de Neuro-psychiatrie infantile, 1, 1977, p.19-75.

¹³ SENON J.L. – Comment définir la psychopathie ? In Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique. Décembre 2005, p. 12.

d'agressions ou encore de violences physiques et sexuelles. Dès lors les conduites à risque, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, prennent tout leur sens : alcoolisations, toxicomanie, accidents de la voie publique ne faisant que reproduire ces événements de vie et balisant à nouveau l'histoire du patient.

Les travaux de Kernberg¹⁴ ou de Kohut¹⁵ aux Etats-Unis, tout comme ceux de Bergeret¹⁶, en France ont rapproché la psychopathie des états-limites.

Quant à Senon¹⁷, il rappelle que « les états-limites à expression psychopathique sont caractérisés par une clinique des passages à l'acte, des décompensations psychiatriques brutales et réversibles, des conduites de prise de risque et des addictions, associés à des troubles anxieux suraigus face au sentiment de vide. »¹⁴ Cela explique en partie les liens qu'entretiennent les conduites suicidaires et la psychopathie : la tentative de suicide, passage à l'acte par excellence, la tentative de suicide comme conséquence d'une dépression à l'emporte-pièce ou d'un sentiment de vide insupportable, enfin la tentative de suicide en réponse à l'intolérable frustration d'être angoissé.

Pierre Lamothe définit la psychopathie par trois éléments fondamentaux : « du point de vue structurel, les psychopathes appartiennent au groupe des états-limites ; du point de vue de leur mode d'expression, dans l'ordre des trois registres possibles, registre mental, registre du corps et registre du comportement, ils privilégient ce dernier ; enfin le psychopathe se heurte, s'est heurté ou se heurtera à la loi, le plus souvent jusque dans sa composante judiciaire. [...] on verra qu'il y a là une différence avec l'attaque du pervers contre l'existence même de la loi ou une attaque agressive contre la loi incarnée. »¹⁸

Il insiste également sur la relation d'objet bien spécifique développée par ces patients qui utilisent la relation d'objet sadomasochiste, conséquence de l'importance des fixations orales, de la carence d'une analité ayant à peine dépassé le stade expulsif, de l'échec des positions oedipiennes et même de positions phalliques durables. L'abandonnisme est une constante chez le psychopathe et répond, la plupart du temps, à une expérience

¹⁴ KERNBERG O. – Les troubles limites de la personnalité. Trad. D. Marcelli, Toulouse, Privat, 1979.

¹⁵ KOHUT H. – Le Soi. Paris, PUF, 1974.

¹⁶ BERGERET J. – La dépression et les états-limites, Paris, Payot, 1975.

¹⁷ Voir Annexe 2

¹⁴ Ibid.

¹⁸ LAMOTHE P., GEOFFRAY D. – La psychopathie revisitée...en prison. Perspectives psychiatriques, 19/IV (nouvelle série), 1989, p. 229-236.

traumatisante de la réalité. Toute nouvelle relation sera provoquée jusqu'au rejet de l'autre, le psychopathe prouvant ainsi qu'il ne peut connaître de relations durables. En ce qui concerne les rapports à la loi, ils sont le reflet de l'absence de véritable surmoi achevé, héritier des interdits paternels dépersonnalisés, comme dans toute organisation de personnalité limite. Cependant, l'image de la loi archaïque maternelle subsiste davantage dans ses aspects totalitaires, terrifiants et non négociables que dans ses aspects protecteurs et idéalisés. Le « caractère antisocial » du psychopathe serait plutôt lié à des difficultés relationnelles et à sa non intégration de la loi qu'à une tendance antisociale proprement dite.

Enfin, Lamothe s'intéresse au corps du psychopathe portant souvent les stigmates de son hypermotricité (cicatrices, fractures...). Il nous explique que « tout se passe comme si l'image du corps du psychopathe était certes plus cohérente que celle du psychotique mais traduisait ses troubles de fermeture et ses doutes sur son identité fondamentale par un corps dont les frontières perçues se situent en-deçà de la peau qui est plutôt un cuir insensible... »¹⁸. Il précise également que les gestes d'auto-mutilations sont très courants, notamment en prison, nous y reviendrons.

Lamothe insiste sur le fait que la définition de la psychopathie établie par les psychiatres américains néglige la référence à l'abandonnisme et se rapproche de notre conception du pervers, dans sa volonté de démontrer l'inanité de la loi, à la différence du psychopathe abandonnique qui la convoque¹⁹.

2. La psychopathie : un sous-type de la personnalité narcissique

Pour Reid Meloy, la psychopathie constitue « un processus intrapsychique qui possède à la fois une structure et une fonction »²⁰. Il explique que l'organisation psychopathique est un sous-type extrême et dangereux du trouble de la personnalité narcissique, elle-même présentant une fonction et une structure de niveau de développement plus élevé au sein de l'organisation limite de la personnalité.

L'organisation limite est caractérisée par la carence d'une identité intégrée, la prédominance de mécanismes de défense primitifs et la conservation d'une épreuve de réalité adéquate. Reid Meloy explique que, si le patient limite peut discriminer le soi et le

¹⁸ Ibid.

¹⁹ MICHEL L., BRAHMY B. – Les pathologies à expression psychopathique. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France, 2005, p. 212-213.

²⁰ REID MELOY J. – Origines dynamiques et biologiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 31.

non soi, ses représentations internes ne sont pas stabilisées. Les mécanismes de défense primitifs reposent sur le clivage mais aussi l'idéalisation primitive, l'identification projective, la projection, l'introjection, le déni, l'omnipotence et la dévaluation. L'individu psychopathe garde une capacité à distinguer les stimuli intéroceptifs des stimuli extéroceptifs, c'est d'ailleurs la conservation de cette épreuve de réalité qui fait la différence entre organisations limite et psychotique de la personnalité.

Toujours selon Reid Meloy, la personnalité psychopathique se distingue de la personnalité narcissique par plusieurs caractéristiques : « la prédominance de dérivatifs de pulsions agressives et la gratification par l'agression en tant que seul mode significatif de rapports avec les autres ; l'absence de modes plus passifs et plus indépendants de réparation narcissique ; la présence de comportements sadiques ou cruels [...] ; la présence d'un idéal du Moi maléfique ayant des racines dans un objet parental primaire cruel et agressif ; l'absence de tout désir de justifier moralement son comportement, qui supposerait l'existence de précurseurs surmoïques d'un idéal du moi socialement plus acceptable ; la présence simultanée de deux thèmes libidinaux, l'un d'expulsion anale et l'autre phallique-exhibitionniste, dans les cycles interpersonnels répétitifs du conflit d'intérêt avec les autres [...] dans des situations de stress, l'émergence d'une idéation paranoïaque plutôt que d'une sensibilité dépressive. »²¹

L'auteur précise quelques pistes développementales pour expliquer cette structuration singulière : une séparation précoce du parent primaire pendant la phase symbiotique de maturation ; des défauts d'internalisation qui débutent par une méfiance organismique envers l'environnement sensorio-perceptif ; la prédominance d'une identification archétypique à l'objet-soi étranger ; un échec de la constance de l'objet et un attachement narcissique primaire à la structure du soi grandiose ; et les états d'« être en relation » recherchés sur un mode agressif et sadomasochiste auprès d'objets réels. Il y a coexistence de détachement insouciant et de recherche de liens sur un mode agressif et sadomasochiste.

c. La notion de passage à l'acte

Réfléchir aux conduites suicidaires du psychopathe suppose de s'interroger sur la notion de passage à l'acte prépondérante dans cette organisation de personnalité. Pour reprendre les propos de Trillat, le passage à l'acte psychopathique a ses propres

²¹ REID MELOY J. – Origines dynamiques et biologiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 33.

caractéristiques : « l'impulsivité, la non préméditation et la maladresse au cours de la réalisation, l'absence de remords consécutifs, l'encadrement de la réaction par les troubles du caractère et du comportement »²². D'où vient ce primat de l'agir, comment expliquer ce recours si fréquent au passage à l'acte qui, comme l'explique Balier, vient court-circuiter toute mentalisation ?²³

Eissler considère le passage à l'acte destructeur comme une tentative de réparation ayant pour but de renforcer l'estime de soi et préserver l'épreuve de réalité²⁴.

Selon Anna Freud²⁵, qui s'est intéressée à la transition du narcissisme primaire vers l'amour objectal, lorsqu'une mère fait défaut en ne procurant pas de manière stable et sûre des émotions, la transformation en libido d'objet échoue. Du fait de cette carence, il peut y avoir liaison inadéquate des pulsions agressives et par la suite un clivage ou une dissociation de la conscience et ces pulsions peuvent se diriger vers des formes de comportement agressif et antisocial, au lieu d'être canalisées, neutralisées et sublimées grâce au développement de défenses de niveau plus élevé au cours de la période oedipienne.

Johnson²⁶, a quant à lui développé en 1949 l'hypothèse des superego lacunae ou déficits sélectifs dans le fonctionnement du Surmoi. Cette défectuosité du Surmoi de l'enfant correspondrait souvent à celle des parents qui tirent satisfaction des passages à l'acte de leurs enfants qui réalisent leurs propres pulsions antisociales inconscientes. Il y aurait donc un héritage inter-générationnel et sociogénétique de telles carences du Surmoi.

Ces passages à l'acte ne peuvent être expliqués sans faire référence à la défaillance du Moi de ces patients. En effet, les passages à l'acte semblent bien avoir pour fonction le sauvetage du Moi. Il faut rappeler que les patients psychopathes utilisent des défenses archaïques telles le déni et le clivage. C'est Freud²⁷ qui explique qu'« au lieu d'une attitude psychique, il y en a deux ; l'une, la normale tient compte de la réalité alors que l'autre sous l'influence des pulsions, détache le Moi de cette dernière. » Ainsi la coexistence de deux attitudes contradictoires, en se méconnaissant, permet-elle d'évacuer toute conflictualité. Pour Balier, « le recours au passage à l'acte effectue un travail

²² TRILLAT E.- Les déséquilibrés - personnalités et constitution. EMC Psychiatrie, Paris, Masson, 1955.

²³ BALIER C. - Recherche de concepts opératoires. In Psychanalyse des comportements. PUF, 1988, p. 29.

²⁴ EISSLER K.R. - Searchlights on delinquency. New York: International Universities Press, 1949.

²⁵ FREUD A. - The analytic treatment of major criminals : therapeutic results and technical problems. In Searchlights on Delinquency, ed. K. Eissler, p. 174-189. New York: International Universities Press.

²⁶ JOHNSON A.M. - Sanctions for superego lacunae of adolescents. In Searchlights on delinquency. Ed. K. Eissler, p. 225-245, New York: International University Press, 1949.

²⁷ FREUD S. - Abrégé de psychanalyse, trad. A. Berman. PUF, Paris, 1950.

similaire à celui du déni et du clivage, dans la mesure où il évacue également la conflictualité par retour à l'état zéro. »²⁸. Le passage à l'acte délictueux a moins la valeur d'un rapport à la réalité que d'une affirmation de soi mégalomane qui aurait pour but de compenser un narcissisme défaillant.

Pour poursuivre la compréhension de ces passages à l'acte, il est nécessaire d'introduire la notion de pulsions et d'agressivité. On observe en effet chez les patients psychopathes une pauvreté de la vie fantasmatique mais une richesse de la vie instinctuelle. L'« agressivité libre » résulte de la désinhibition des pulsions, Freud explique que quand il y a union entre les pulsions c'est l'agressivité qui se met au service d'Eros ; quand il y a désunion c'est l'agressivité qui l'emporte. L'agressivité libre est caractérisée par cette tendance incoercible à la décharge. Les patients psychopathes ne peuvent contenir la moindre tension, « la moindre frustration déclenche une décharge de colère avec des gestes agressifs contre des objets, des personnes ou soi-même. »²⁹. C'est l'acte qui se substitue à la pensée. Toutefois, la psychopathie ne doit pas être assimilée au passage à l'acte incoercible, l'agressivité libre pouvant en effet cohabiter avec des constructions psychiques archaïques ou de type génital grâce à la protection par le déni. Ce drainage de l'agressivité vers les objets externes permet de sauver le Moi qui a gardé ses capacités d'auto-conservation. L'expérience de réalité est renforcée par cette confrontation qui permet de rétablir des limites dedans-dehors toujours menacées.

Ainsi, le passage à l'acte appartient à un ensemble de mécanismes primaires destinés à défendre le Moi de la faillite psychotique. Balier³⁰ démontre que ces patients sont placés devant un choix qu'ils ne font pas : soit accéder au processus d'intériorisation et constituer l'objet interne qui leur permettra de renoncer à la possession de l'objet externe, et faire un travail de deuil, soit revenir indéfiniment au langage de l'excitation, qui leur donne l'illusion de pouvoir posséder l'objet originel et le dispense d'en faire le deuil, et par lequel ils s'épuiseront s'il n'y avait pas les mécanismes de défense primaires pour le protéger.

Le passage à l'acte survient quand les défenses primaires que sont le déni, le clivage, l'identification projective, l'omnipotence, l'idéalisation sont débordées par la pulsion

²⁸ BALIER C. – Elaboration théorique. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 173.

²⁹ BALIER C. – Elaboration théorique. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 192.

³⁰ BALIER C. – Elaboration théorique. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 211.

agressive désintriquée. L'état violent impulsif s'appuierait sur un Moi fragile, un Moi inachevé, facilement débordé par la pulsion agressive, désintriquée mais capable de maintenir des limites dedans-dehors assez claires par le recours à l'objet externe, qui doit rester en sa possession, que ce soit par le meurtre ou ce qui en tient lieu.

d. Les conduites addictives : un équivalent suicidaire ?

En préambule, rappelons que l'addiction se caractérise par « l'impossibilité de contrôler un comportement ; la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne. [...] Ce qui signe l'addiction ce n'est pas le produit en lui-même mais l'utilisation qu'en fait le sujet. »³¹ C'est Goodman qui en a défini les critères en 1990³².

Les données épidémiologiques retrouvent une forte prévalence de la personnalité antisociale surtout chez les sujets dépendants de substances illicites : elle concernerait 25 à 38% des héroïnomanes et aurait « une place importante » parmi les sujets cocaïnomanes, aux côtés des personnalités limites et narcissiques³³. Ce trouble de la personnalité est le plus souvent associé à une plus grande sévérité de la dépendance et à une moins bonne réponse au traitement³⁴. Quelle signification donner à ces conduites addictives : ont-elles pour rôle d'anesthésier un patient tendu à l'extrême, sont-elles des équivalents suicidaires ?

Morel essaie d'identifier les liens entre conduites addictives et trouble psychopathique³⁵. Les troubles de l'identification et du narcissisme ont une place importante, on l'a vu, dans la problématique psychopathique. Chartier précise que « les soubassements narcissiques sont précocement sapés »³⁶, de plus, les carences identificatoires sont majeures ainsi que l'a développé Bergeret³⁷. L'utilisation des produits psychoactifs s'inscrit alors dans une stratégie de protection et de réassurance, voire

³¹ REYNAUD M. - Addictions et psychiatrie. Masson, 2005, p. 5-6.

³² GOODMAN A. - Addiction : definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1990, p. 1403-1408.

³³ FRANQUES P., AURIACOMBE M., TIGNOL J. – Personnalités du toxicomane, Paris, l'Encéphale, XXVI, 2000, p. 68-78.

³⁴ WOODY G., MC LELLAN A., LUBORSKY L. et al. – Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 1985, p. 1081-6.

³⁵ MOREL A. – Place des conduites addictives. In Haute Autorité de Santé, *Prise en charge de la psychopathie*, audition publique, décembre 2005, p. 38-39.

³⁶ CHARTIER J.P. – L'« assertitude » du toxicomane et du psychopathe. In *Les adolescents difficiles : psychanalyse et éducation spécialisée*, 1997, Paris, Dunod, p. 180-193.

³⁷ BERGERET J. – La personnalité du toxicomane. In *Précis des toxicomanies*, Paris, Masson, 1984.

constitue une prothèse identitaire qui légitime l'instabilité et la marginalité. Morel ajoute que « ces substances procurent l'impression d'être autosuffisant le temps de leurs effets, de combler des failles et de se protéger de l'insécurité interne et externe.»³⁷.

D'autre part, il faut nécessairement mentionner les passages à l'acte, qui soulagent le psychopathe et sont associés à l'effet de la substance qui réduit la tension psychique.

Si les comportements antisociaux sont caractéristiques de la personnalité psychopathe, ils ne le sont pas des conduites addictives et des dépendances. Il faut différencier la délinquance d'obligation, pour se fournir du produit éventuellement illicite dont on est dépendant, et la délinquance du psychopathe plutôt inhérente à sa structure même. Le comportement transgressif, lui, entrave sévèrement la prise en charge de ces patients en favorisant l'interruption des soins.

Zuckerman³⁸ a travaillé sur la recherche de sensation. Ce trait de personnalité semble prédictif d'abus ou de consommation d'alcool et de drogues. Cette caractéristique, liée à la personnalité antisociale, serait un facteur de vulnérabilité à la dépendance aux différentes substances et au maintien de l'addiction³⁹.

On ne peut aborder ces conduites sans introduire la notion de risque : ce sont des conduites à risque. Si « les premiers temps de la consommation, sont, en général, ceux d'un « flirt » vigilant avec le danger [...] l'urgence éprouvée du besoin et du manque, au fil de l'évolution de la dépendance vient ensuite l'emporter sur la ritualisation contrôlée de la toxicomanie : la recherche de l'atténuation du manque fait suite à celle du plaisir, et le jeu avec le risque fait place à la prise d'un risque réel, annulant toute précaution et laissant l'héroïnomane sous la menace permanente de l'overdose, du geste suicidaire, et actuellement de la contamination par le VIH. »⁴⁰. Sur le plan psychopathologique, Charles-Nicolas et Valleur font de ces conduites à risque des « conduites ordaliques »⁴¹. L'ordalie moderne impliquerait « la répétition d'une épreuve comportant un risque mortel, dans laquelle le sujet s'engage afin, par sa survie, de prouver sa valeur intrinsèque, ainsi reconnu par les puissances transcendantes du destin ... »⁴¹. Chez le toxicomane, la

³⁷ Ibid.

³⁸ ZUCKERMAN M. – Behavioral expression and biosocial bases of sensation seeking. New York : Cambridge University Press, 1994.

³⁹ FRANQUES P., AURIACOMBE M., TIGNOL J. – Personnalités du toxicomane. Paris, l'Encéphale, XXVI, 2000, p. 68-78.

⁴⁰ ADES J., LEJOYEUX M. et TASSAIN V. – Sémiologie des conduites de risque – Editions techniques – Encycl Méd Chir (Paris-France), Psychiatrie, 37-114-A-70, 1994, p. 4.

⁴¹ CHARLES-NICOLAS A., VALLEUR M. – Les conduites ordaliques. In Olivienstein C. ed. La vie du toxicomane. Nodule PUF. Paris, 1980.

⁴¹ Ibid.

répétition de la prise de drogue aurait pour fonction d'être une tentative de maîtrise de la jouissance du flash, mais aussi d'un jeu avec le risque de mort. De même, les suicides fréquents du toxicomane peuvent s'inscrire dans la dynamique du modèle ordalique, lorsque la mise en jeu répétée du risque vital par l'expérience du flash, qui « aide à vivre », est remplacée par l'expérience plus directe du jeu suicidaire avec la mort. Pour Charles-Nicolas, ces conduites à risque ont une fonction défensive contre la psychose et correspondent à des tentatives de structuration. En ce sens, l'ordalique qui frôle la mort, « puise dans cet éprouvé du risque, l'autorisation de vivre... »⁴². Hors du champ de la psychose, le « projet ordalique » pourrait permettre « d'étayer sur la mort des forces de vie initialement indécises ».⁴²

En résumé, la toxicomanie n'est pas une structure mentale spécifique mais une solution économique adoptée pour éviter l'affrontement aux conflits. Pour Balier, « l'usage de la drogue est utilisé pour éteindre la pulsion agressive, et finalement en empêchant son intégration la dérive contre le sujet lui-même et aboutit à sa destruction, soit par le suicide avéré ou masqué par une overdose, soit par les conséquences somatiques du toxique. »⁴³. Il ajoute que la pulsion de mort aboutit à une abolition du désir et à sa réduction à l'état de néo-besoin, ou de demande et besoin. Le travail d'élaboration devient ainsi impossible et il y a libération de la pulsion agressive qui se manifeste par un dangereux flirt avec la mort ; cela correspond aux conduites ordaliques de Charles-Nicolas. Il s'agit donc de véritables solutions économiques utilisées pour l'évitement de la confrontation à la scène primitive et au conflit oedipien.

⁴² CHARLES-NICOLAS A. – Ecoute clinique. In *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane. Inconscient et culture*. Dunod, Paris, 1981.

⁴² Ibid.

⁴³ BALIER C. – Etudes cliniques. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 133.

2. Suicide et psychopathie : prise en charge par la psychiatrie publique

a. Analyse des recommandations ANAES sur la crise suicidaire

Les recommandations de l'ANAES⁴⁴ insistent sur l'identification de la crise suicidaire. Celle-ci se définit par une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. C'est une trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes, jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. Mais il n'est pas évident que ce modèle soit toujours applicable au psychopathe. En effet, celui-ci est marqué par son impulsivité et la brutalité de ses passages à l'acte sans qu'il soit pour autant dans un processus suicidaire évolutif. Ce concept constitue néanmoins un cadre de réflexion intéressant pour notre propos.

Pour l'ANAES, les non-professionnels pourront reconnaître la crise suicidaire par les idées et intentions suicidaires exprimées, la crise psychique et le contexte de vulnérabilité psychique (dépression, impulsivité, affections psychiatriques déjà existantes). L'attitude recommandée est alors d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et au soin. Cependant, le psychopathe fait rupture avec son entourage, et l'impulsivité appartient au tableau clinique. Ces recommandations, concernant l'entourage familial, sont donc peu applicables à ces patients.

Dans ses recommandations concernant l'évaluation en milieu sanitaire, l'ANAES introduit le concept de facteurs de risque. Les facteurs primaires correspondent aux troubles psychiatriques, aux antécédents personnels et familiaux de suicide, à la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité, facteurs qui pourront être influencés par les traitements ; ils ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel. Les facteurs secondaires regroupent les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, les difficultés financières et professionnelles, les événements de vie négatifs ; ils sont faiblement modifiables par la prise en charge, et ont une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires. Les facteurs tertiaires ne peuvent pas être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires ou secondaires : ce sont le

⁴⁴ ANAES. – La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000.

sexe masculin ainsi que l'âge (grand âge et jeune âge). Le texte insiste ensuite sur l'impulsivité, facilitant le passage à l'acte notamment en association à l'anxiété ou à la dépression. Le psychopathe cumule clairement des facteurs de risque primaires : le trouble de la personnalité, l'impulsivité ; secondaires avec la dislocation familiale, l'isolement et les événements de vie négatifs et enfin des facteurs de risque tertiaires, le psychopathe étant le plus souvent un homme. Le psychopathe est en effet confronté à la fois à des événements de vie prédisposants que sont les pertes précoces, les maltraitances éventuelles dans l'enfance et des événements de vie précipitants avec des conflits de nature diverse.

D'une manière générale la reconnaissance de la crise passera par un contexte suicidaire, une vulnérabilité psychique et une impulsivité. La difficulté réside dans le fait que, chez le psychopathe, impulsivité et vulnérabilité sont des éléments fixes et que le contexte suicidaire ne sera pas toujours présent compte tenu de la propension au passage à l'acte.

L'évaluation de l'urgence et de la dangerosité est une étape fondamentale dans l'évaluation de la crise suicidaire. Elle repose sur la prise en compte du niveau de souffrance, du degré d'intentionnalité, des éléments d'impulsivité, d'un éventuel événement précipitant, de la présence de moyens létaux à disposition et de la qualité du soutien de l'entourage proche. Là encore, le psychopathe se trouvera vite en urgence élevée, compte tenu de son accès à des moyens létaux et de son fréquent isolement, ce qui nécessitera une hospitalisation.

L'ANAES recommande d'adapter les modalités d'intervention au contexte du sujet : la famille et l'entourage proche sont peu présents autour de ces sujets, en revanche la prison, abordée dans une troisième partie, peut être un lieu d'intervention. Les travailleurs sociaux peuvent se révéler comme une aide et orienter le patient vers une structure adaptée. Si le psychopathe a un suivi par un psychiatre, celui-ci sera évidemment un recours. Mais le recours principal semble être les services d'urgence. Le patient y est alors évalué et une décision d'hospitalisation est prise en cas d'urgence élevée, cette évaluation sera développée dans la partie suivante. L'ANAES recommande d'utiliser aux urgences des échelles, principalement les échelles de Beck, et notamment l'échelle d'intentionnalité suicidaire⁴⁵ permettant d'évaluer le risque de récurrence à court terme de la TS. Certaines

⁴⁵ Voir Annexe 3

questions paraissent peu en rapport avec la problématique du psychopathe, notamment celles concernant la préméditation du geste, sa préparation. Le geste du psychopathe étant impulsif, il n'entre pas dans cette dynamique-là. Cela étant dit, faire verbaliser le sujet sur le but de son acte, ses regrets éventuels peut apporter des éléments intéressants si on les cherche au détour d'un entretien structuré sans forcément utiliser l'échelle de manière rigide.

Ainsi, le psychopathe apparaît comme particulièrement à risque suicidaire et, s'il y a contestation sur la place du psychopathe en psychiatrie, il ne devrait pas y en avoir sur celle du psychopathe suicidaire ou suicidant. En effet, il est par définition impulsif, il s'exprime par l'agir plus que par les mots, sa vie est émaillée de rupture et d'échecs avec un entourage familial le plus souvent disloqué et donc non soutenant, et dispose souvent de moyens létaux (psychotropes divers, éventuellement une arme à feu), autant d'éléments qui favorisent un passage à l'acte suicidaire.

Après la prise en charge de la crise suicidaire (prévention secondaire) se pose la question de la prévention de la récurrence ; il s'agit de la prévention tertiaire. Les chiffres montrent un risque majeur de récurrence dans l'année suivant le passage à l'acte : 10 à 20% des cohortes étudiées, un taux de suicide de 1%, à un an, et un risque accru de décès toutes causes confondues⁴⁴. Ces données générales s'appliquent également au psychopathe puisqu'on sait que, dans la psychopathologie des patients réitérant les TS, on trouve moins de situations de crise psychosociale mais plus de troubles psychiques chroniques dont les troubles de la personnalité et les conduites addictives. La conférence de consensus ajoute que ce risque de récurrence est majoré pour les patients qui présentent des facteurs de risque primaires⁴⁴ ce qui est le cas des patients psychopathes. La compliance au suivi, proposé par les équipes, serait faible⁴⁴ puisque 10 à 50% des personnes suivent l'orientation proposée, cette compliance serait augmentée en cas de relance systématique par téléphone ou courrier ou si un suivi à domicile est proposé. L'ANAES recommande pour les patients présentant des facteurs de risque primaires ou un cumul de plusieurs facteurs de risque : « un suivi spécialisé, qu'il s'agisse d'une hospitalisation ou d'un suivi ambulatoire. Cette orientation aura pour but, après la période de crise, d'initier, de

⁴⁴ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

modifier ou de poursuivre, ou bien encore de reprendre le traitement de la pathologie sous-jacente. Pour un premier contact indiqué en psychiatrie, le rôle du praticien ou de l'équipe intervenant au moment de la crise suicidaire est primordial et consiste à favoriser l'alliance thérapeutique sur le long terme, à informer le sujet et son entourage sur le choix de l'orientation et à préparer le relais avec les intervenants futurs pour éviter une rupture de la continuité des soins. »⁴⁴

Favoriser l'alliance thérapeutique semble difficile avec les patients psychopathes : s'il est recommandé de favoriser des visites à domicile avec un infirmier référent pour les psychotiques, cela peut s'avérer dangereux avec le psychopathe. Une référence infirmière unique sera en effet investie trop massivement par le patient au risque de le décevoir et de devenir un mauvais objet. Proposer des rendez-vous avec un psychiatre, proposer l'appui d'un centre médico-psychologique qui peut être le lieu d'un traitement neuroleptique retard donné par des infirmiers différents semblent être des lignes directrices pour éviter une récurrence. L'aide sociale a également un rôle important à jouer pour diminuer la fréquence d'événements précipitant le passage à l'acte. Mais il faut s'attendre à des rendez-vous manqués, à des traitements non pris, le temps étant probablement un allié de taille pour aider ces patients.

b. Prise en charge en milieu hospitalier

Avant même d'étudier la prise en charge du psychopathe en milieu hospitalier, il faut rappeler que la psychopathie est associée à un certain nombre de comorbidités. La plus souvent rapportée concerne les troubles addictifs (alcoolisme, toxicomanie, abus de psychotropes)⁴⁶ mais il ne faut pas oublier la dépression⁴⁷, les troubles anxieux et la schizophrénie⁴⁸. La psychopathie peut également se compliquer d'épisodes psychotiques brefs. La dépression intéresse tout particulièrement le sujet puisqu'elle constitue un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire quelle que soit la personnalité sous-jacente.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁶ ROBINS L.N. – The intimate connection between antisocial personality and substance abuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(8), 1998, p. 393-9.

⁴⁷ SANDERSON W.C. et al. – Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res*, 42(1), 1992, p. 93-9.

⁴⁸ BLAND R.C., NEWMAN S.C., ORN H. Schizophrenia: lifetime co-morbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand*, 75(4), p. 383-391, 1987.

Le psychopathe peut être admis aux urgences pour des motifs bien différents : TS, syndrome dépressif, troubles du comportement sur la voie publique, automutilations, toxicomanie, syndrome délirant...

Un premier temps d'évaluation se fera aux urgences. Il consistera à repérer le risque autoagressif, le risque hétéroagressif et les tentatives de manipulation. Face au patient psychopathe suicidaire, éventuellement hétéroagressif, une sédation avec des traitements neuroleptiques injectables sera nécessaire et pourra être associée à une contention si besoin. Une hospitalisation sous contrainte sera décidée : à la demande d'un tiers, si l'on estime qu'il a besoin de soins en urgence et que son consentement ne peut être obtenu, en hospitalisation d'office, dans le cas où ses troubles portent atteinte à l'ordre public. Celle-ci sera le plus souvent courte, quelques jours permettant de passer le cap de la crise suicidaire et d'éviter l'émergence du fonctionnement du psychopathe qui est difficilement compatible avec une hospitalisation. Les unités fermées paraissent les plus adaptées à ce type de patients, compte tenu du cadre contenant qu'elles leur offrent.

Lamothe⁴⁹ explique que, pour beaucoup de psychiatres, le psychopathe relève de la prison et qu'il dépasse leur champ d'action. En effet, les personnalités psychopathiques ne sont reconnues comme une maladie mentale par aucun pays. Ce praticien introduit le psychopathe comme un sujet souffrant d'une économie psychique généralement peu réussie et coûteuse pour le moi et pour les interlocuteurs du psychopathe. Avec ces patients, Lamothe recommande la neutralité affective, afin de ne pas réveiller les mécanismes sadomasochistes abandonniques et favorise les gratifications narcissiques adaptées qui reconstruisent identité et estime de soi.

Le psychopathe suicidaire, éventuellement déprimé, peut se montrer manipulateur, exprimer sa détresse au travers d'auto-mutilations ou de plaintes hypochondriaques. Face à cette dépression, il a recours à ses propres mécanismes de défense que sont la mégalomanie, la mythomanie, l'intolérance à la frustration. Il peut également se montrer séducteur avec certains, disqualifiant avec d'autres, pris dans des angoisses abandonniques. Devant ce patient déroutant, le soignant se trouve en position délicate, se demandant comment aider celui, qui, tout en nous montrant une réelle détresse, renvoie une agressivité insupportable. D'une manière générale, il faut instaurer une relation de confiance. Cela passe par une prise en charge somatique témoignant de l'importance

⁴⁹ LAMOTHE P. – Les pathologies à expression psychopathique. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, Heures de France, 2005, p. 208-217.

qu'on porte au patient, par un accompagnement et par une revalorisation avec des tâches accessibles afin de ne pas le mettre en échec. Le contrat de soins est intéressant dans la mesure où il fixe un cadre et maintient une cohérence à la prise en charge, les limites servant de repères au patient. Mais le psychiatre doit se méfier d'un contrat trop contraignant qui assurément sera perçu comme une provocation et favorisera un rejet réactivant chez le patient des vécus infantiles très précoces de tyrannie par la loi maternelle archaïque⁵⁰. Enfin, le recours à un référent unique est à proscrire car cette pratique aura tendance à encourager un surinvestissement de l'autre potentiellement délétère. Eric Marcel résume assez bien la problématique psychopathique à l'hôpital : « Ces patients [les psychopathes], nous les connaissons bien, nous les voyons souvent : ils sont régulièrement hospitalisés, ils perturbent les services, ils sont instables, testent en permanence la structure, ne se sentant bien que lorsque celle-ci est suffisamment solide pour leur répondre. Là sera l'importance du travail, de la cohérence, de l'équipe et de l'institution face à ces sujets. Ils sont accessibles avec le temps à un discours de soins, présentent finalement assez peu de violence dans le service. L'admission est souvent difficile mais nous arrivons la plupart du temps à les contenir. »⁵¹

En cas d'agressivité et notamment de menace auto-agressive, on peut avoir recours à l'isolement, accompagné d'une sédation, éventuellement à la contention. Il ne doit pas avoir valeur punitive, mais protectrice. De plus, il est primordial de veiller à la présence parmi les soignants de femmes pour mettre en place ces mesures.

Les agitations, favorisées par la frustration, les décompensations psychotiques, favorisées par les toxiques sont toujours à surveiller. La prise en charge repose alors sur la verbalisation, le recadrage tout en insistant sur le respect et la confiance.

Le travail d'équipe est fondamental avec ces patients, analyser les passages à l'acte, prendre de la distance ensemble afin d'éviter les contre-attitudes négatives et non thérapeutiques.

La chimiothérapie s'avère utile, notamment les neuroleptiques en cas d'agitation ou de décompensation délirante, les antidépresseurs en cas de dépression.

⁵⁰ LAMOTHE P. – Les pathologies à expression psychopathique. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, Heures de France, 2005, p. 216.

⁵¹ MARCEL E. – Dangerosité(s) et pratiques de secteur. Perspectives psychiatriques, Volume 44, N°3, 2005, p. 184.

c. Les soignants face au psychopathe

Si Pinel qualifiait de « manie sans délire » la psychopathie en 1801⁵², Prichard, lui, en 1835 parlait de folie morale⁵³, tandis que pour Kraepelin, la psychopathie était biogénétique dans son étiologie et dégénérative dans sa structure morale⁵⁴. Ainsi les descriptions de la psychopathie apparaissent-elles pour le moins péjoratives. D'ailleurs, au début du XX^{ème} siècle, l'hypothèse biogénétique d'une infériorité naturelle était favorisée⁵⁵. Or, nous retrouvons cette vision négative de ce trouble dans le quotidien : Reid Meloy explique que «les psychopathes, en raison de leur comportement, provoquent des réactions de contre-transfert qui mènent à l'étiquetage et à l'exclusion⁵⁶». Il s'agit bien de l'oscillation historique entre compréhension clinique et condamnation sociale du psychopathe dont parle Millon⁵⁷. En effet, face au patient psychopathe, le soignant a souvent du mal à se positionner, « il serait mieux en prison, il fait peur aux autres patients et à nous-mêmes » peut-on entendre au sein des unités de secteur. Le soignant essaie de maintenir un cadre, est la cible de l'agressivité du psychopathe et doit la gérer. Une tentation est de renvoyer cette agressivité sur le patient qui perd alors son statut d'individu souffrant. Dès lors, il n'est même pas imaginable qu'il puisse passer à l'acte contre lui-même et s'il le fait, il lui sera difficile d'obtenir un minimum d'empathie en retour.

Comment, dans cette perspective, aider ces patients alors même qu'il est difficile de se situer dans une position soignante ?

Canetti⁵⁸ pose bien le problème en expliquant qu'il est difficile de se sentir concerné par un individu qui semble prendre plaisir à manipuler son interlocuteur ; ce souci de ne pas se faire manipuler occulte alors la souffrance du patient. Or, cette souffrance déniée par le patient est projetée à l'extérieur afin de maintenir une intégrité de son identité. Le psychopathe, s'il n'est pas capable de se préoccuper de la souffrance s'autrui, n'est pas plus capable de s'occuper de la sienne. La tendance à la tromperie s'inscrirait dans une volonté de

⁵² PINEL P. – Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris : Richard, Caille et Ravier, 1801.

⁵³ PRICHARD J.C. – A treatise on insanity. Trans. D. Davis. New York : Hafner, 1835.

⁵⁴ KRAEPELIN E. – Psychiatrie : Ein Lehrbuch 2nd ed. Leipzig : Abel, 1887.

⁵⁵ REID MELOY J. – Introduction. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 23.

⁵⁶ REID MELOY J. – Introduction. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 21.

⁵⁷ MILLION T. – Disorders of personality DSM-III : Axis II. New York: Wiley.

⁵⁸ CANETTI C. – Quelles prises en charge possibles : au sein, auprès et hors de la famille ? – In Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique, décembre 2005, p. 94-98.

survie psychique. Donner du sens aux attitudes du psychopathe pourrait permettre d'éviter des réactions non thérapeutiques.

Dans *Psychanalyse des comportements violents*⁵⁹, un infirmier travaillant en milieu carcéral explique combien il a été frappé par l'autoagressivité des détenus. Du côté du personnel pénitentiaire, si certains surveillants soupçonnent des simulations intéressées, d'autres ont compris qu'il s'agit, la plupart du temps, de décharge d'un trop-plein de tension. Devant des phénomènes aussi intenses, aussi impulsifs que ces comportements auto ou hétéroagressifs, les réactions des soignants peuvent aller jusqu'à l'effroi, dont il faut se dégager pour maintenir une relation d'écoute positive, en s'appuyant sur la partie bonne de l'individu et en envisageant une possible guérison, tout en gardant à l'esprit son autre partie. Ce témoignage rejoint les réflexions précédentes : l'autoagressivité surprend, chez ce type de patients, et la surprise ou l'effroi risquent de paralyser le soignant ou d'induire une contre-attitude négative voire sadique. C'est ce que rapporte Balier⁶⁰, pour qui les possibilités de changement du sujet, si elles sont fonction de son passé et de son organisation psychique, sont aussi dépendantes des investissements contre-transférentiels de l'équipe traitante. La responsabilité de cette équipe et son travail consistent donc à accompagner ces patients, a fortiori, dans des moments suicidaires de leur évolution.

C'est tout le problème du traitement du patient psychopathe qui se pose, pour reprendre Reid Meloy, « la réponse de la plupart des cliniciens au patient psychopathe est de mettre en doute la possibilité de changement psychothérapeutique, ce qui peut être soit une réaction de contre-transfert à la dévaluation psychopathe, soit une décision réaliste basée sur un jugement clinique sain »⁶¹. L'auteur considère la psychopathie comme un processus déviant du développement, qui se traduit par un trouble fonctionnel de la personnalité. Pour lui, il est nécessaire de la considérer comme un trouble situé sur un continuum hypothétique s'étendant du léger au grave pour éviter la réaction de contre-transfert. Sinon, le risque est, pour le clinicien, de se retrouver victime de « sa propre impulsion de désidentification et de déshumanisation »⁶². Ainsi, le patient psychopathe peut nous enfermer dans sa problématique

⁵⁹ BALIER C. – La relation du soignant. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 238-259.

⁶⁰ BALIER C. – Le travail en équipe. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, Paris, 1988, pp. 233-238.

⁶¹ REID MELOY J. – Questions psychothérapeutiques. In *Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique*. Frison-Roche, 2000, p. 265.

⁶² REID MELOY J. – Questions psychothérapeutiques. In *Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique*. Frison-Roche, 2000, p. 267.

du passage à l'acte, induisant des contre-attitudes non soignantes parce que brutales et non réfléchies, et lorsqu'il passe à l'acte contre lui-même, ce risque persiste.

d. La notion de contre-transfert

Le contre-transfert est un concept issu de la théorie psychanalytique. Initialement, il recouvrait les projections de sentiment et d'attitudes inconscients du psychanalyste sur le patient. Pour Freud⁶³, le contre-transfert, au sens pathologique, se définit par l'incapacité du thérapeute à décentrer sa réaction affective au patient en raison de problèmes inconscients qui lui sont propres. En plus de cette dimension endogène du contre-transfert, il existe, pour Reid Meloy, « une dimension réactionnelle du contre-transfert qui est la réaction expérientielle du thérapeute au mode de communication préverbal du patient, qui souvent remet en actes les relations précoces à ses objets parentaux »⁶⁴.

Ce dernier a explicité les différents contre-transferts réactionnels.

Le nihilisme thérapeutique, réaction très courante avec les patients psychopathes, repose sur un postulat : l'incurabilité de ces patients.

L'alliance thérapeutique illusoire : c'est la réaction opposée, qui consiste en une illusion du clinicien de croire en l'existence d'une alliance thérapeutique. Le psychothérapeute qui souhaite ardemment un changement de son patient y est particulièrement vulnérable.

La peur d'être attaqué ou blessé, elle peut être fondée dans la réalité ou peut être contre-transférentielle. Dans ce dernier cas, elle constitue une réaction liée à la nature prédatrice de la structure grandiose du soi.

Le déni et la tromperie, défenses respectivement inconsciente et consciente. On peut trouver le déni dans les réactions contraphobiques au danger, au cours du traitement des individus psychopathiques. Ce déni du danger peut refléter l'identification concordante du thérapeute à la structure grandiose du soi du patient. Il arrive également que le psychothérapeute trompe son patient, souvent dans le but de maîtriser l'angoisse qu'engendrent la confrontation avec le patient et ses manœuvres de dévalorisation du thérapeute. Insistons sur le point que le psychothérapeute doit être honnête avec ce type de patient.

⁶³ FREUD S. – Perspectives d'avenir de la thérapie analytique. In La Technique psychanalytique. Paris, PUF, 1953.

⁶⁴ REID MELOY J. – Questions psychothérapeutiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 278.

L'impuissance et la culpabilité peuvent envahir le psychothérapeute face à la résistance importante de ces patients.

La dévalorisation et la perte d'identité professionnelle, elles sont liées à la purge agressive des introjects persécuteurs des patients.

La haine et l'envie de détruire, en effet, le psychothérapeute peut s'identifier de manière concordante avec la haine du patient et y réagir de même.

Enfin, *l'illusion de complexité psychologique* doit être explicitée. Elle repose sur la supposition projective du clinicien que le patient possède la même structure et le même fonctionnement psychologique que lui. Il ne faut pas supposer une structure de personnalité névrotique chez ces patients sauf si des éléments de comportement hors séance la confirment.

L'ensemble de ces données montre toute la complexité et la variété des réactions du thérapeute face à ces patients. Il lui est nécessaire d'analyser ces réactions car elles apportent des informations importantes sur le patient.

La notion de contre-transfert apparaît donc fondamentale dans la prise en charge des patients psychopathes et constitue un guide pour le psychiatre, dans sa conduite à tenir et son analyse lui permet d'orienter sa décision. En cas de crise suicidaire, les caractéristiques intrinsèques du psychopathe telles la manipulation ou la tricherie ne seront plus au premier plan, occultées par la crise suicidaire. Dans l'évaluation de ces patients aux urgences, il est fondamental d'écarter la tentative de manipulation du médecin et de l'institution, d'évaluer le risque hétéroagressif, les bénéfices secondaires éventuels du patient et les difficultés potentielles de gestion du patient dans un service hospitalier, autant d'éléments qui rendraient l'hospitalisation inutile et délétère pour le service. Les points forts de la prise en charge du psychopathe suicidaire ou suicidant reposent sur une hospitalisation, éventuellement sous contrainte, dans un cadre contenant tel une unité fermée.

3. Suicide et psychopathie : prise en charge en milieu pénitentiaire

a. Données générales sur les conduites suicidaires en milieu carcéral

Les psychopathes sont particulièrement représentés en prison ; les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) seront donc confrontés très souvent à l'évaluation du risque suicidaire de cette population. Les SMPR constituent le pivot de la sectorisation psychiatrique en milieu pénitentiaire et sont le plus souvent implantés dans de grosses

maisons d'arrêt. Ils ont un rôle de dépistage, de soins psychiatriques et de préparation à la sortie en collaboration avec les structures de soins en milieu ouvert. 23 établissements pénitentiaires en sont dotés en France métropolitaine et 3 dans les départements et territoires d'outre-mer pour un total de 180 établissements pénitentiaires.

Le milieu carcéral compte dans sa population pénale 10 à 60% d'états-limites à expression psychopathique⁶⁵. Cette population représenterait plus de 80% des tentatives de suicide et des automutilations et plus de 60% des incidents graves en prison. En France, la surmortalité par suicide en milieu pénitentiaire est 6 fois plus importante que dans le reste de la société⁶⁶. Le nombre de suicides réalisés en milieu pénitentiaire est élevé, il augmente régulièrement et significativement depuis plusieurs années : 39 en 1980, 59 en 1990, 104 en 2001, 122 en 2002, et 120 en 2003. 92% des suicides en prison se font par pendaison, 3,5% par intoxication médicamenteuse, 11% des suicides ont lieu au Quartier disciplinaire, et 80% dans la cellule⁶⁷. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes que les suicides. Elles sont comptabilisées par l'administration pénitentiaire. Le Breton rapporte 1022 tentatives de suicide pour l'année 1997⁶⁸. Les automutilations entreraient rarement dans le champ des tentatives de suicide d'après Brahmy. Les autres données épidémiologiques révèlent que « le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants est un facteur de risque au moment de l'incarcération, les périodes critiques sont le premier mois d'incarcération (1/3 des suicides) et la première année (3/4 des suicides), 60% des suicidés sont des prévenus et 90,7% ont lieu en maison d'arrêt [...] les détenus qui se suicident semblent exprimer leur vulnérabilité particulière par un nombre considérable de tentatives de suicide (24,2 fois plus)... »⁶⁹

Les tentatives de suicide touchent aussi bien les détenus masculins que féminins avec un taux moyen de morbidité par suicide respectivement à 10,1 et 8,3 pour 1000. Les taux maximum sont atteints pour les détenus âgés de 21 à 30 ans et les taux minimum pour ceux âgés de moins de 21 ans et de plus de 50 ans. Les prévenus sont là aussi les plus touchés (68% des cas), la majorité des tentatives a lieu dans les maisons d'arrêt. La

⁶⁵ BOURGOIN N. – Le suicide en prison. Paris, L'Harmattan, Logique sociale, 1994.

⁶⁶ LAURENCIN G. – Violence et suicide en milieu pénitentiaire. In La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, décembre 2000, tome IV, n°43, p. 21.

⁶⁷ BRAHMY B. – Le suicide en milieu pénitentiaire. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France, 2005, p. 285.

⁶⁸ LE BRETON D. – Atteintes corporelles délibérées en situation carcérale. In La peau et la trace, sur les blessures de soi. Métaillé, 2005, p. 88.

⁶⁹ ANAES -La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000, p. 19

tentative de pendaison est le moyen le plus courant (47%) suivie des auto-mutilations (30%) et de l'absorption de produits toxiques (16%)⁷⁰.

On peut identifier trois grands cadres dans lesquels surviennent les suicides : chez une personne dont une maladie mentale est déjà reconnue et traitée ; une personne détenue qui a fait le choix de se suicider en l'absence de tout symptôme ou de toute pathologie psychiatrique ; enfin réalisés de manière impulsive, cadre auquel appartiennent les psychopathes.

b. Dépistage de la crise suicidaire en milieu carcéral et prise en charge

Le risque suicidaire est donc très présent en milieu carcéral, lieu de choix pour appliquer une prévention du suicide aux patients psychopathes qu'il n'est pas facile de dépister dans la cité car ils nous échappent. Il semble alors pertinent de développer les différents axes de cette prévention.

Une circulaire du ministère de la justice concernant la prévention des suicides a été diffusée le 29 mai 1998 à l'ensemble des établissements pénitentiaires. Elle insiste sur trois axes : un effort sur l'accueil du détenu ; une action sur le repérage des détenus à risque devant faire l'objet d'une prise en charge globale, et notamment une attention particulière aux détenus auteurs d'actes auto-agressifs. En 2004, le Pr Terra rédige un rapport sur la prévention du suicide dans les établissements pénitentiaires et fait un certain nombre de recommandations.

Il convient également de citer Michel qui rappelle que « la prévention repose sur la prise en compte de la notion de crise suicidaire correspondant à un processus psychique évoluant pendant plusieurs semaines et aboutissant, par étape, d'une simple idéation suicidaire à la mise en œuvre d'un scénario puis son application. »⁷¹

Le repérage, l'évaluation et la prise en charge de ces détenus en crise suicidaire s'organisent de la manière suivante : au début de l'incarcération, les équipes de soins doivent recevoir les informations issues de la notice individuelle émise par le magistrat, des éléments relevés par les personnels pénitentiaires ou le Service de Probation et

⁷⁰ BENEZECH M., RAGER P. – Suicide et tentative de suicide en milieu carcéral : considérations générales. *Psychologie Médicale*, volume 19, numéro 5, avril 1987.

⁷¹ MICHEL L. – La prévention du suicide. In *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Heures de France, 2005, p. 292.

d'Insertion Professionnelle (SPIP) et les données concernant d'éventuels antécédents. Une évaluation médicale peut ainsi être faite et des mesures décidées en cas de risque suicidaire. Lors de l'entretien d'accueil, il faut évaluer les antécédents. On propose, s'ils sont présents, une prise en charge en vue d'éviter une décompensation favorisée par l'incarcération. On recherche particulièrement des passages à l'acte antérieurs. Au cours de la détention, un signalement peut être fait en cas d'inquiétude.

A tout signalement fait suite une évaluation rapide. Elle est faite, dans un premier temps, par l'infirmier ayant effectué l'entretien d'accueil arrivant si le détenu n'a pas de suivi actuel. Elle s'attarde sur « la recherche d'un état pathologique avéré en particulier dépressif, psychotique ou anxieux ; l'existence de facteurs de risques internes ou externes ; les antécédents psychiatriques et de passages à l'acte de quelque nature qu'ils soient ; la présence d'une idéation suicidaire, sa fréquence et son intensité ; la conviction qui y est associée, les scénarios éventuels, la peur du détenu d'être dépassé ; la nature des facteurs en cause dans l'éclosion de la crise suicidaire et leur réversibilité ; la demande d'aide formulée par le détenu. »⁷²

Si un risque suicidaire est perçu, une prise en charge est proposée, graduée en fonction de l'intensité de la crise. Des objectifs peuvent être fixés à court terme avec le détenu, impliquant les partenaires de détention (surveillants, SPIP, direction...). Dans les cas particulièrement difficiles, afin d'extraire le détenu du milieu carcéral, une hospitalisation d'office (article D.398 du code de procédure pénale) pourra être décidée. Des mesures conservatoires peuvent être décidées : doublage en cellule, surveillance particulière de la part du personnel pénitentiaire, délivrance quotidienne des traitements en lieu de soins... Il faudra informer le détenu de ces mesures.

En analysant les lettres des détenus suicidés, Bourgoïn⁷³ fait apparaître que la position de déprivation des détenus les met en position de faiblesse et les rend particulièrement sensibles aux événements qui les entourent. Le suicide peut être un moyen de reprendre le dessus, une façon d'affirmer son autonomie, fût-ce au détriment de sa vie. Dans ce contexte, le psychopathe est alors particulièrement vulnérable. L'incarcération prend son corps, porteur des stigmates de sa biographie à travers tatouages ou cicatrices d'auto-mutilations. Tout se passe comme si les limites de son schéma corporel se situaient en-deçà, la peau constituant une espèce de cuir insensible ou hyperesthésique. Enfin, il faut

⁷² MICHEL L. – La prévention du suicide. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France, 2005, p. 297.

⁷³ BOURGOÏN N. – Le suicide en prison. L'Harmattan, Logique sociale, Paris, 1994.

rappeler que certaines tentatives de suicide en milieu carcéral sont des conduites à risque face à une menace dépressive, à rapprocher des conduites ordaliques.

c. Les auto-mutilations

Les auto-mutilations, cicatrices de phlébotomies par exemple, côtoient les tatouages sur la peau du psychopathe. Elles ont une signification propre et sont très courantes en prison.

Les auto-mutilations ont une place particulière, en milieu carcéral, et touchent tout particulièrement les patients psychopathes. Baron-Laforêt et Brahmy expliquent que « le corps a une place particulière en prison, c'est le dernier espace privé, l'espace d'autonomie. -...- L'espace quotidien est partagé avec un autre, voire plusieurs autres, et l'espace intime se rétrécit, voire disparaît. On comprendra ce que cela peut avoir comme retentissement pour des personnalités aux limites floues. »⁷⁴

Vacola et Gayda⁷⁵ distinguent :

- les ingestions de corps étrangers digestifs, fréquentes (150 cas en 3 ans à l'hôpital central des prisons de Fresnes). Ces « avaleurs » récidivent très souvent. Les objets ingérés sont de toute nature. D'après les auteurs, le désir suicidaire y serait exceptionnel.
- Les amputations volontaires sont très rares. Elles peuvent avoir une valeur symbolique mais ne sont jamais réellement une conduite suicidaire.
- Les piqûres septiques et les inclusions de corps étrangers.
- Les phlébotomies ne mettent pratiquement jamais en jeu le pronostic vital mais peuvent avoir des conséquences fonctionnelles. Leur signification est variable.

Pour ces auteurs, les auto-mutilations ont souvent une fonction utilitaire, c'est parfois la volonté de revendiquer quelque chose vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, un désir de voir réviser un procès. C'est aussi l'espoir d'être hospitalisé, d'échapper au quartier disciplinaire, d'être changé de cellule.

Le Breton rapporte que, pour l'année 1997, on a compté 1337 actes d'auto-mutilation pour 75738 détenus⁷⁶. Il explique que l'auto-mutilation constitue un appel à l'aide dans l'impuissance d'agir sur la machinerie pénitentiaire ou judiciaire. Elle a également pour

⁷⁴ BARON-LAFORET S. et BRAHMY B. – Psychiatrie en milieu pénitentiaire, EMC, 37-953-A10, 1998.

⁷⁵ VACOLA G., GAYDA M. – Les conduites suicidaires en milieu carcéral. In Actualités Psychiatriques n°3, 1983, p. 68-70.

⁷⁶ LE BRETON D. – Atteintes corporelles délibérées en situation carcérale. In La peau et la trace. Métailié, 2005, p. 88.

rôle de rompre avec l'angoisse. La douleur, de même que la crainte des conséquences du geste sont court-circuitées par la trop vive souffrance. Dans certains cas, ce geste renverra à un chantage pour exercer un pouvoir sur les autres ou pour exercer un chantage sur l'administration pénitentiaire ou judiciaire comme si le corps prenait la relève d'une parole qui n'a pas pu toucher l'interlocuteur. Pour Hewitt⁷⁷, l'auto-mutilation apparaît comme le dernier recours pour être reconnu comme sujet et non plus seulement comme détenu. Elle provoque la rupture d'une routine mortifère. Le Breton voit dans ces pratiques un geste pour conjurer une souffrance diffuse en la fixant en un point précis et en la traduisant sous la forme d'une trace. On se fait mal pour avoir moins mal, pour reprendre le contrôle de son corps. Cela permet alors d'accéder à nouveau à sa propre existence par le biais de l'initiative de l'auto-mutilation. Ces blessures sont exposées en prison, à la différence de ce qu'on observe à l'extérieur. Elles ont valeur de démonstration personnelle, le corps devient le lieu d'affirmation de soi pour des individus où la parole est considérée comme secondaire.

Balier⁷⁸ s'est également intéressé à ce phénomène particulièrement représenté en prison. Il l'explique par le fait que les possibilités de décharge y sont encore plus rares. Ces patients ont une grande fragilité narcissique, et les perturbations au niveau de l'auto-érotisme se traduisent par l'incapacité à se donner des satisfactions. Balier se réfère à la conception du Moi-peau de Anzieu⁷⁹ pour expliciter les auto-mutilations. Le Moi-peau correspond à ce que Freud appelait la « projection d'une surface » quand il parle de « Moi corporel ». Les auto-mutilations seraient rendues possibles par atteinte de l'investissement de la représentation de soi à un niveau tout à fait primaire. Une mauvaise qualité de la relation à la mère serait en cause et favoriserait une perturbation du fonctionnement auto-érotique.

Les auto-mutilations ont des significations variables mais toutes doivent être évaluées par le psychiatre afin d'en déterminer les enjeux. Dans les populations carcérales où l'impulsivité, l'intolérance à la frustration et le recours aux passages à l'acte sont fréquents, elles peuvent avoir une valeur cathartique et un effet anxiolytique. Mais Laurent Michel rappelle que cette auto-agressivité peut remplacer une hétéro-agressivité

⁷⁷ HEWITT K. – Mutilating the body. Identity in blood and ink. Bowling Green, Bowling Green State University Popular Press, 1997, p. 63.

⁷⁸ BALIER C. – Elaboration théorique. In Psychanalyse des comportements violents. PUF, 1988, p. 184.

⁷⁹ ANZIEU D. – Le Moi-peau, Paris, Dunod, 1985.

qui conduirait le patient à des sanctions disciplinaires et des allongements de peine⁸⁰. Dans un contexte de tension et d'isolement, elles auront pour rôle d'évacuer des affects intolérables d'origine interne (trouble psychique, sevrage en toxiques...), ou externe (frustrations, séparations...). C'est l'usage qu'en font les détenus psychopathes.

Michel souligne que les auto-mutilations sous-tendent un rapport au corps tel que sa mutilation entraîne un soulagement de la tension, ce qui fait craindre un risque de geste suicidaire plus important chez ces patients. Elles témoignent également d'une propension au passage à l'acte, facteur favorisant le passage à l'acte suicidaire. Les détenus s'automutilant sont donc des sujets à risque de suicide et sans doute d'agression sur autrui. D'ailleurs, l'ANAES repère les auto-mutilations comme un signe de crise suicidaire et recommande la plus grande attention⁸¹. Depuis ces dernières années il y a une diminution de fréquence progressive du nombre d'automutilations en milieu carcéral, avec parallèlement une augmentation du nombre de suicides et de passages à l'acte hétéroagressifs. Cela reflète une radicalisation de la violence avec un abandon de ses formes dérivées ou symbolisées⁸².

Le milieu carcéral constitue par définition un cadre contenant. C'est un atout pour la prise en charge des psychopathes, notamment quand ils sont suicidaires, et c'est notamment ce cadre qui est recherché avec les unités fermées. Les différentes stratégies de prévention du suicide en prison permettent de repérer ces patients et de les orienter vers les SMPR. L'incarcération offre un regard constant sur les détenus psychopathes même s'il n'est pas celui des professionnels soignants, regard ou soutien dont ils bénéficient plus difficilement dans la cité. Mais la prison n'est pas un lieu de vie définitif et ces mêmes patients, qui ont pu être pris en charge par les SMPR, ne reprendront pas forcément contact avec les structures de soins à leur sortie. Ce sont les limites des SMPR.

⁸⁰ MICHEL L. – Les automutilations. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France, 2005, p. 302.

⁸¹ ANAES – La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000, p. 10.

⁸² MICHEL L. – Les automutilations. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France, 2005, p. 303.

Conclusion

D'une manière générale, la prise en charge du psychopathe soulève donc des problèmes complexes, implique à la fois des connaissances psychodynamiques, sur cette organisation de personnalité et une réflexion des soignants sur leur ressenti et leur propre vécu afin de ne pas fonctionner en miroir selon un schéma action-réaction délétère. C'est tout l'intérêt d'un travail en équipe ; ces patients ne peuvent être pris en charge que dans des milieux hospitaliers ou en milieu pénitentiaire afin de maintenir un cadre contenant répondant à leur problématique.

Les conduites suicidaires de ces patients renvoient les soignants à leur propre ambivalence entre l'agressivité ressentie : « il faut qu'il sorte, il n'a rien à faire là » et l'envie d'aider, comme ils le font habituellement, celui qui exprime son envie de mourir. C'est une difficulté majeure dans la prise en charge des psychopathes à laquelle la conférence de consensus sur la crise suicidaire, qui constitue néanmoins une base de travail intéressante, ne répond pas tout à fait. L'ANAES reste en effet dans des considérations plus générales, peut-être parce qu'il n'y a pas de réponse unique, ou parce que les psychopathes, souvent réduits à leur impulsivité, n'ont pas de légitimité de droit en psychiatrie.

Aider ces patients passe donc par l'adaptation à leur mode de fonctionnement comme on le ferait pour un patient hystérique ou schizophrène, tout en maintenant un cadre et des limites qui sont de toute manière thérapeutiques. Se rappeler que le psychopathe suicidaire ou suicidant souffre permet de lui redonner la dimension humaine, occultée parfois par son agressivité. Cela nécessite évidemment du travail et du temps mais il ne faut pas oublier qu'une des missions du psychiatre, spécialiste de la relation, est de donner du sens aux symptômes, de dépasser la réaction commune afin de l'analyser.

BIBLIOGRAPHIE

1. SENON J.L. – Comment définir la psychopathie ? In Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique, décembre 2005, p. 9.
2. REID MELOY J. – Introduction. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison Roche, 2000, p. 21.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – DSM-IV, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996.
4. REID MELOY J. – Echelle de Hare. Questions psychothérapeutiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 272-273.
5. PHAM T. – Outils d'évaluation chez l'adulte. In Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique. Décembre 2005, p. 31.
6. MORAN P. – The epidemiology of antisocial personality disorder. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Disorder, 1999.
7. COTE G., HODGINS S., TOUPIN H.T.- Psychopathie: Prévalence et spécificité clinique. In Pham H.T. & Gilles Côté (Eds). La psychopathie : Théorie et recherche. Presses universitaires du Septentrion : Villeneuve d'Ascq. France, 2000.
8. ROBINS L.N. – The intimate connection between antisocial personality and substance abuse. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1998, 33(8), p. 393-9.
9. BEAUTRAIS A.L. et al. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. Am J Psychiatry, 1996, 153(8), p. 1009-14.
10. VERONA E., SACHS-ERICSSON N., JOINER TE Jr. – Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. Am J Psychiatry , 161, 3, Mars 2004, p. 444-451.
11. VERONA E., PATRICK C.J., JOINER TE – Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. J. Abnorm. Psychol., 2001, 110(3), p. 462-470.
12. FLAVIGNY H. – De la notion de psychopathie. Revue de Neuro-psychiatrie infantile, 1, 1977, p.19-75.
13. SENON J.L. – Comment définir la psychopathie ? In Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique. Décembre 2005, p. 12.
14. KERNBERG O. – Les troubles limites de la personnalité. Trad. D. Marcelli, Toulouse, Privat, 1979.
15. KOHUT H. – Le Soi. Paris, PUF, 1974.
16. BERGERET J. – La dépression et les états-limites, Paris, Payot, 1975.
17. SENON J.L. – Comment définir la psychopathie ? In HAUTE AUTORITE DE SANTE, Prise en charge de la psychopathie, audition publique. Décembre 2005, p. 13.
18. LAMOTHE P., GEOFFRAY D. – La psychopathie revisitée...en prison. Perspectives psychiatriques, 19/IV (nouvelle série), 1989, p. 229-236.
19. MICHEL L., BRAHMY B. – Les pathologies à expression psychopathique. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France, 2005, p. 212-213.
20. REID MELOY J. – Origines dynamiques et biologiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 31.
21. REID MELOY J. – Origines dynamiques et biologiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 33.
22. TRILLAT E.- Les déséquilibrés - personnalités et constitution. EMC Psychiatrie, Paris, Masson, 1955.

23. BALIER C. - Recherche de concepts opératoires. In *Psychanalyse des comportements*. PUF, 1988, p. 29.
24. EISSLER K.R. – Searchlights on delinquency. New York: International Universities Press, 1949.
25. FREUD A. – The analytic treatment of major criminals : therapeutic results and technical problems. In *Searchlights on Delinquency*, ed. K. Eissler, p. 174-189. New York: International Universities Press.
26. JOHNSON A.M. – Sanctions for superego lacunae of adolescents. In *Searchlights on delinquency*. Ed. K. Eissler, p. 225-245, New York: International University Press, 1949.
27. FREUD S. - *Abrégé de psychanalyse*, trad. A. Berman. PUF, Paris, 1950.
28. BALIER C. – Elaboration théorique. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 173.
29. BALIER C. – Elaboration théorique. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 192.
30. BALIER C. – Elaboration théorique. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 211.
31. REYNAUD M. - Addictions et psychiatrie. Masson, 2005, p. 5-6.
32. GOODMAN A. - Addiction : definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1990, p. 1403-1408.
33. FRANQUES P., AURIACOMBE M., TIGNOL J. – Personnalités du toxicomane, Paris, *l'Encéphale*, XXVI, 2000, p. 68-78.
34. WOODY G., MC LELLAN A., LUBORSKY L. et al. – Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 1985, p. 1081-6.
35. MOREL A. – Place des conduites addictives. In Haute Autorité de Santé, *Prise en charge de la psychopathie, audition publique*, décembre 2005, p. 38-39.
36. CHARTIER J.P. – L' « assertitude » du toxicomane et du psychopathe. In *Les adolescents difficiles : psychanalyse et éducation spécialisée*, 1997, Paris, Dunod, p. 180-193.
37. BERGERET J. – La personnalité du toxicomane. In *Précis des toxicomanies*, Paris, Masson, 1984.
38. ZUCKERMAN M. – Behavioral expression and biosocial bases of sensation seeking. New York : Cambridge University Press, 1994.
39. FRANQUES P., AURIACOMBE M., TIGNOL J. – Personnalités du toxicomane. Paris, *l'Encéphale*, XXVI, 2000, p. 68-78.
40. ADES J., LEJOYEUX M. et TASSAIN V. – Sémiologie des conduites de risque – Editions techniques – *Encycl Méd Chir (Paris-France)*, Psychiatrie, 37-114-A-70, 1994, p. 4.
41. CHARLES-NICOLAS A., VALLEUR M. – Les conduites ordaliques. In Olivienstein C. ed. *La vie du toxicomane*. Nodule PUF. Paris, 1980.
42. CHARLES-NICOLAS A. – Ecoute clinique. In *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane. Inconscient et culture*. Dunod, Paris, 1981.
43. BALIER C. – Etudes cliniques. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 133.
44. ANAES. – La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000.
45. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck. ANAES, *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*. Novembre 1998.
46. ROBINS L.N. – The intimate connection between antisocial personality and substance abuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(8), 1998, p. 393-9.
47. SANDERSON W.C. et al. – Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res*, 42(1), 1992, p. 93-9.
48. BLAND R.C., NEWMAN S.C., ORN H. Schizophrenia: lifetime co-morbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand*, 75(4), p. 383-391, 1987.

49. LAMOTHE P. – Les pathologies à expression psychopathique. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, Heures de France, 2005, p. 208-217.
50. LAMOTHE P. – Les pathologies à expression psychopathique. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, Heures de France, 2005, p. 216.
51. MARCEL E. – Dangerosité(s) et pratiques de secteur. Perspectives psychiatriques, Volume 44, N°3, 2005, p. 184.
52. PINEL P. – Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris : Richard, Caille et Ravier, 1801.
53. PRICHARD J.C. – A treatise on insanity. Trans. D. Davis. New York : Hafner, 1835.
54. KRAEPELIN E. – Psychiatrie : Ein Lehrbuch 2nd ed. Leipzig : Abel, 1887.
55. REID MELOY J. – Introduction. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 23.
56. REID MELOY J. – Introduction. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 21.
57. MILLION T. – Disorders of personality DSM-III : Axis II. New York: Wiley.
58. CANETTI C. – Quelles prises en charge possibles : au sein, auprès et hors de la famille ? – In Haute Autorité de Santé, Prise en charge de la psychopathie, audition publique, décembre 2005, p. 94-98.
59. BALIER C. – La relation du soignant. In Psychanalyse des comportements violents. PUF, 1988, p. 238-259.
60. BALIER C. – Le travail en équipe. In Psychanalyse des comportements violents. PUF, Paris, 1988, pp. 233-238.
61. REID MELOY J. – Questions psychothérapeutiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 265.
62. REID MELOY J. – Questions psychothérapeutiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 267.
63. FREUD S. – Perspectives d'avenir de la thérapie analytique. In La Technique psychanalytique. Paris, PUF, 1953.
64. REID MELOY J. – Questions psychothérapeutiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 278.
65. BOURGOIN N. – Le suicide en prison. Paris, L'Harmattan, Logique sociale, 1994.
66. LAURENCIN G. – Violence et suicide en milieu pénitentiaire. In La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, décembre 2000, tome IV, n°43, p. 21.
67. BRAHMY B. – Le suicide en milieu pénitentiaire. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France, 2005, p. 285.
68. LE BRETON D. – Atteintes corporelles délibérées en situation carcérale. In La peau et la trace, sur les blessures de soi. Métailié, 2005, p. 88.
69. ANAES -La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000, p. 19
70. BENEZECH M., RAGER P. – Suicide et tentative de suicide en milieu carcéral : considérations générales. Psychologie Médicale, volume 19, numéro 5, avril 1987.
71. MICHEL L. – La prévention du suicide. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France, 2005, p. 292.
72. MICHEL L. – La prévention du suicide. In Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Heures de France, 2005, p. 297.
73. BOURGOIN N. – Le suicide en prison. L'Harmattan, Logique sociale, Paris, 1994.
74. BARON-LAFORET S. et BRAHMY B. – Psychiatrie en milieu pénitentiaire, EMC, 37-953-A10, 1998.
75. VACOLA G., GAYDA M. – Les conduites suicidaires en milieu carcéral. In Actualités Psychiatriques n°3, 1983, p. 68-70.

76. LE BRETON D.– Atteintes corporelles délibérées en situation carcérale. In *La peau et la trace*. Métailié, 2005, p. 88.
77. HEWITT K. – *Mutilating the body. Identity in blood and ink*. Bowling Green, Bowling Green State University Popular Press, 1997, p. 63.
78. BALIER C. – Elaboration théorique. In *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, 1988, p. 184.
79. ANZIEU D. – *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1985.
80. MICHEL L. – Les automutilations. In *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Heures de France, 2005, p. 302.
81. ANAES – La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000, p. 10.
82. MICHEL L. – Les automutilations. In *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Heures de France, 2005, p. 303.

ANNEXES

Annexe 1

Evaluation quantitative de la gravité du trouble psychopathique par l'inventaire de Hare

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 comportements 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 liberté conditionnelle
20. Versatilité criminelle

Les items qui ne s'appliquent pas sont cotés 0 ; les items applicables dans une certaine mesure ou dont l'applicabilité est incertaine sont cotés 1 ; les critères applicables qui correspondent bien au sujet sont cotés 2. Hare propose d'utiliser un seuil de 30 pour différencier les individus psychopathes des non-psychopathes. Reid Meloy propose le regroupement clinique suivant, selon la gravité du trouble psychopathique :

Trouble psychopathique léger	10-19
Trouble psychopathique modéré	20-29
Trouble psychopathique grave	30-40

Cet instrument n'est pas encore validé pour des populations autres que criminelles

D'après REID MELOY J. – Questions psychothérapeutiques. In Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique. Frison-Roche, 2000, p. 272-273.

Annexe 2

CLINIQUE DES ÉTATS LIMITES À EXPRESSION PSYCHOPATHIQUE

CLINIQUE DU PASSAGE À L'ACTE	Passages à l'acte hétéro-agressifs Passages à l'acte auto-agressifs : automutilations Tentatives de suicides
DÉCOMPENSATIONS PSYCHIATRIQUES BRUTALES ET RÉVERSIBLES	Dépressions à l'emporte pièce Décompensations psychotiques aiguës et réversibles Labilité thymique et émotionnelle Évolution cyclothymique ?
ADDICTIONS ET CONDUITES DE PRISE DE RISQUE	Alcool Drogues Médicaments Comportement de prises de risque
TROUBLES ANXIEUX FACE AU SENTIMENT DE VIDE	Intolérance aux fluctuations du niveau d'angoisse

D'après SENON J.L. – Comment définir la psychopathie ? In HAUTE AUTORITE DE SANTE, Prise en charge de la psychopathie, audition publique. Décembre 2005, p. 13.

Annexe 3

Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

A. Circonstances objectives de la TS

1. Isolement (une personne était-elle présente ou a-t-elle été jointe par téléphone par le suicidant ?)
2. Gestion du temps (la TS a-t-elle été planifiée de manière que le patient ne puisse pas être découvert ?)
3. Précautions prises pour ne pas être découvert (par exemple TS dans une pièce fermée à clé)
4. Dissimulation de la TS aux personnes présentes (le sujet a-t-il évoqué sa TS lorsqu'il a été sollicité ?)
5. Actes réalisés en prévision de la mort (changements de projet, cadeaux inhabituels)
6. Préparation de la TS
7. Intention écrite de la TS
8. Communication verbale de l'intention suicidaire
9. But de la tentative (y avait-il une intention de disparaître ?)

B. Propos rapportés par le patient

10. Attentes par rapport à la létalité du geste
11. Appréciation de la létalité de la méthode employée (le patient a-t-il utilisé un moyen plus dangereux que ce qu'il croyait être ?)
12. Gravité perçue du geste suicidaire (le patient pensait-il que ce geste suicidaire était suffisant pour mourir ?)
13. Attitude ambivalente par rapport à la vie (le patient souhait-il réellement mourir ?)
14. Perception de l'irréversibilité de l'acte (le patient était-il persuadé de mourir malgré d'éventuels soins médicaux ?)
15. Degré de préméditation (le geste a-t-il été impulsif ou a-t-il succédé à plusieurs heures de réflexion à son sujet ?)
16. Réaction à l'issue de la prise en charge (le patient regrette-t-il d'être en vie ?)
17. Représentation de la mort (la mort est-elle représentée de façon positive ?)
18. Nombre de TS antérieures (y a-t-il eu dans le passé plusieurs TS ? Ont-elles été rapprochées ?)