

Sous la direction de
Roland COUTANCEAU
et Joanna SMITH

Troubles de la personnalité

Ni psychotiques, ni névrotiques,
ni pervers, ni normaux...

Préface de
Jean-Daniel Guelfi et Patrick Hardy

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2013
ISBN 978-2-10-070170-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

<i>AUTEURS</i>	VII
----------------	-----

<i>PRÉFACE</i>	XI
----------------	----

Julien-Daniel Guelfi et Patrick Hardy

<i>AVANT-PROPOS</i>	XIII
---------------------	------

Roland Coutanceau

PREMIÈRE PARTIE

ASPECTS CLINIQUES

1. Les troubles de la personnalité dans le DSM-V	2
Julien-Daniel Guelfi	
2. Le trouble de la personnalité borderline	15
Bernard Granger	
3. De la personnalité antisociale à la psychopathie	27
Michel Bénézech, Patrick Le Bihan	
4. Perversion-perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale	50
Daniel Zagury	
5. Parano/mégalo : deux problématiques de l'ego	62
Roland Coutanceau	
6. Les troubles de la personnalité chez l'enfant et le préadolescent	68
Jean-Yves Hayez	

DEUXIÈME PARTIE
PSYCHOPATHOLOGIE

- 7. La relation d'emprise** 89
Roger Dorey
- 8. États limites et traumatismes** 113
Jean-Luc Viaux
- 9. Psychopathologie et troubles de la personnalité : une question de normes ?** 128
Jean Motte dit Falisse
- 10. Profils de personnalité des adolescents auteurs d'agressions sexuelles** 139
Samuel Lemitre
- 11. Nature et rôle des psychotraumatismes dans la genèse des structurations limites de la personnalité** 166
Didier Bourgeois
- 12. Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche théorique** 185
Joanna Smith

TROISIÈME PARTIE
ÉVALUATION

- 13. Expertise psychiatrique, psychologique ou psycho-criminologique** 193
Roland Coutanceau
- 14. Troubles de la personnalité, expertise pénale psychiatrique et altération du discernement** 204
Cyril Manzanera, Magali Teillard-Dirat et Jean-Louis Senon
- 15. Les expertises psychiatriques et psychologiques dans leur état actuel vivent-elles leurs derniers jours ?** 217
Alain Penin
- 16. Les troubles de la personnalité et les tests** 225
Geneviève Cedile

17. Structure latente de la personnalité	236
M. Benbouriche, N. Longpré, O. Vanderstukken, J.-P. Guay	
18. Niveaux d'organisation de la personnalité au Rorschach	246
Joanna Smith	
19. Évaluation du risque de récidive et de la dangerosité criminologique	266
Joanna Gourlan	
20. Présentation du Centre national d'évaluation	282
Marie Deyts	

QUATRIÈME PARTIE

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

21. Un certain esprit dans l'approche du suivi	298
Roland Coutanceau	
22. Les états limites à expression psychopathique après l'audition publique de la Haute Autorité de santé sur la psychopathie	300
Jean-Louis Senon	
23. La thérapie des schémas pour le trouble borderline	312
Firouzeh Mehran	
24. La thérapie cognitive émotionnelle de groupe pour le trouble de la personnalité borderline	323
Firouzeh Mehran	
25. Schémas et passages à l'acte	336
Sylvain Crochet	
26. Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche thérapeutique	347
Joanna Smith	
27. Groupe pour parents ayant un trouble de personnalité limite dont l'enfant est suivi en protection de l'enfance	356
L. Laporte, L. Ounis, I. Laviolette, J.-F. Cherrier, S. Lavoie	
28. Les SPIP et les PPR : une expérience originale et à approfondir	376
Philippe Pottier et Marina Pajoni	

CINQUIÈME PARTIE

PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES

- 29. La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité** 383
Muriel Salmona
- 30. Troubles de la personnalité et psychothérapie en contexte de deuil** 399
Hélène Romano
- 31. Les mères abusives « Münchausen »** 411
Yves-Hiram Haesevoets
- 32. L'audition judiciaire du mineur victime d'agression sexuelle : approche criminologique** 433
Bernard Vilamot, Jean-Michel Breton, Marc Passamar et Olivier Tellier

SIXIÈME PARTIE

REPÈRES LÉGISLATIFS ET ASPECTS INSTITUTIONNELS

- 33. Troubles de la personnalité et mesures de soins pénalement ordonnés** 465
Myriam Quéméner
- 34. Les troubles de la personnalité en unité pour malades difficiles** 476
Jean-Luc Senninger et Alexandre Baratta
- 35. Prise en charge des troubles de la personnalité au SMPR** 485
Magali Bodon-Bruzel et Florent Gatherias
- 36. Les enjeux de réceptivité chez les auteurs d'agression sexuelle : chronique d'un espoir retrouvé** 498
Virginie Guillard et André McKibben

POSTFACE. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DANS L'ACTUALITÉ JUDICIAIRE, THÉRAPEUTIQUE ET ÉDUCATIVE 513

Loick M. Villerbu et Anne Winter

TABLE DES MATIÈRES 522

Auteurs

Ouvrage dirigé par :

Roland COUTANCEAU, psychiatre des hôpitaux, expert national, président de la Ligue française de santé mentale, chargé d'enseignement en psychiatrie et psychologie légales à l'université Paris-V, à la faculté du Kremlin-Bicêtre et à l'École de psychologues praticiens.

Joanna SMITH, psychologue clinicienne, praticienne de la thérapie EMDR, praticienne de la thérapie ICV, chargée d'enseignement à l'École de psychologues praticiens et à l'université PARIS-V.

Auteurs ayant collaboré :

BARATTA Alexandre, psychiatre.

BENBOURICHE Massil, psychologue clinicien, chargé d'enseignement, doctorant (Rennes 2), école de criminologie (université de Montréal), laboratoire « Applications de la réalité virtuelle en psychiatrie légale », Institut Philippe-Pinel de Montréal.

BÉNÉZECH Michel, professeur associé des Universités, psychiatre, légiste, criminologue, expert judiciaire honoraire, conseiller scientifique de la Gendarmerie nationale.

BODON BRUZEL Magali, psychiatre des hôpitaux, expert près la cour d'appel.

BOURGEOIS Didier : psychiatre, chef de pôle, centre hospitalier de Montfavet.

BRETON Jean-Michel, officier de police judiciaire, brigade des recherches Toulouse-Mirail.

CÉDILE Geneviève, psychologue, expert près la cour d'appel de Paris, expert agréé par la Cour de cassation.

CHERRIER Jean-François, travailleur social et psychothérapeute.

CROCHET Sylvain, psychologue clinicien, psychothérapeute TCC et systémique.

DEYTS Marie, directrice de service de probation (CNE).

DOREY Roger, psychiatre, psychanalyste, professeur honoraire.

GATHÉRIAS Florent, psychocriminologue.

GOURLAN Joanna, psychologue clinicienne.

GRANGER Bernard, professeur de psychiatrie à l'université Paris-Descartes.

GUAY Jean-Pierre, professeur agrégé, chercheur titulaire, école de criminologie, Centre international de criminologie comparée, université de Montréal, Institut Philippe-Pinel de Montréal.

GUELFI Jean-Daniel, professeur de psychiatrie, professeur des universités.

GUILLARD Virginie, psychologue.

HAESEVOETS Yves-Hiram, psychologue clinicien, psychothérapeute, formateur, superviseur institutionnel, expert en victimologie et en criminologie clinique, expert près des tribunaux, professeur des Hautes Écoles et chargé de recherche.

HARDY Patrick, professeur de psychiatrie à la faculté du Kremlin-Bicêtre.

HAYEZ Jean-Yves, psychiatre infanto-juvénile, docteur en psychologie, professeur émérite à la faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain.

LAPORTE Lise, PhD, directrice de recherche du Programme des troubles de la personnalité du centre universitaire de santé McGill, chercheur au centre de recherche du centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, professeur adjoint, département de psychiatrie, faculté de médecine, université McGill.

LAVIOLETTE Isabelle, psychologue.

LAVOIE Stéphanie, psychologue, clinique des troubles de la personnalité.

LE BIHAN Patrick, praticien hospitalier, chargé d'enseignement de criminologie clinique à l'université Bordeaux 4.

LEMITRE Samuel, docteur en psychopathologie clinique, psychologue, criminologue, chargé d'enseignement à Paris X-Nanterre.

LONGPRÉ Nicolas, chargé d'enseignement, doctorant, école de criminologie, Centre international de criminologie comparée, université de Montréal, Institut Philippe-Pinel de Montréal.

MANZANERA Cyril, psychiatre, CRIAVS-LR, département Urgence et post-urgence psychiatrique, prof. Courtet, CHRU Lapeyronie, Montpellier.

MCKIBBEN André, criminologue et sexologue. Enseignant en criminologie.

MEHRAN Firouzeh, psychologue.

MOTTE Jean dit FALISSE, docteur criminologue, psychologue, DESS de clinique criminologique, expert agréé près la cour d'appel de Poitiers, chargé de cours universitaires (université de Poitiers, université de Rennes 2, Faculté libre de droit), vice-président de la Fédération nationale des centres de ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles.

OUNIS Linda, adjointe clinique.

PAJONI Marina, Conseillère Pénitentiaire d'Insertion et de probation, rédactrice au bureau PMJ1/(DAP), chargée du suivi des PPR.

PASSAMAR Marc, psychiatre, pédopsychiatre, praticien hospitalier.

PENIN Alain, psychologue, expert national près la Cour de cassation.

POTTIER Philippe, directeur de l'École nationale de l'administration pénitentiaire.

QUÉMÉNER Myriam, magistrat.

ROMANO Hélène, docteur en psychopathologie clinique, psychothérapeute, référente de la cellule d'urgence médico-psychologique du SAMU 94 et de la consultation spécialisée de psycho-traumatisme du CHU Henri-Mondor, chercheur associée au laboratoire INSERM U669.

SALMONA Muriel, psychiatre-psychothérapeute, responsable de l'Institut de victimologie du 92, présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie.

SENNINGER Jean-Luc, psychiatre des hôpitaux.

SENON Jean-Louis, psychiatre, professeur des universités de Poitiers – SHUPPM CHH, faculté de médecine, CRIMCUP, faculté de médecine de Poitiers.

TEILLARD-DIRAT Magali, psychologue, CRIAVS-LR, département Urgence et post-urgence psychiatrique, prof. Courtet, CHRU Lapeyronie, Montpellier.

TELLIER Olivier, psychiatre, praticien hospitalier, unité pour malades difficiles.

VANDERSTUKKEN Olivier, psychologue clinicien, SMPR Annoeullin-Sequedin, coordinateur réseau CRIAVS-URSAVS Nord- Pas de Calais, CHRU Lille.

VIAUX Jean Luc, professeur de psychopathologie, université de Rouen.

VILAMOT Bernard, psychiatre, pédopsychiatre, praticien hospitalier, expert près la cour d'appel de Toulouse.

VILLERBU Loïck, psychologue, psycho-criminologue, professeur émérite Université Rennes 2 et Paris VII.

WINTER Anne, docteur en psychologie, psychologue clinicienne, IGR, GIS Crim-SO, CIPAHS, Rennes 2.

ZAGURY Daniel, psychiatre des hôpitaux, expert près la cour d'appel de Paris, chargé d'enseignement en psychiatrie légale (faculté du Kremlin-Bicêtre, Paris IV).

Préface

Julien-Daniel Guelfi et Patrick Hardy

TOUS LES MANUELS DE PSYCHIATRIE abordent au moins dans un chapitre spécifique le domaine des troubles de la personnalité.

L'originalité du DSM-III, troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* publiée en 1980, consistait, d'une part, à employer systématiquement des critères diagnostiques pour délimiter l'ensemble des catégories diagnostiques en psychiatrie, d'autre part, à placer les troubles de la personnalité sur un axe différent de celui des autres troubles mentaux. Cette particularité disparaît — comme l'ensemble des évaluations multi-axiales — dans le DSM-V en 2013.

Il existe néanmoins divers arguments pour penser que les troubles de la personnalité ne sont pas des troubles du fonctionnement psychique « comme les autres ».

Qu'ils se limitent à des troubles de l'identité d'un sujet, ou qu'ils impliquent, de plus, en règle générale, des difficultés dans les relations interpersonnelles, en raison même de l'existence de traits de personnalité particuliers par leur nature ou leur intensité, ils sont à l'origine d'une souffrance (pour le sujet lui-même et, souvent, pour autrui) et, à ce titre, ils méritent bien une place à part au cœur de la psychopathologie.

En revanche, les individualiser sous la forme de catégories diagnostiques paraît de plus en plus contestable, même si les médecins — psychiatres ou non — sont plus à l'aise avec ce type de classification qu'avec le continuum des différentes dimensions psychologiques.

Le recours exclusif à un système dimensionnel de classification représente en effet une tentation croissante, à laquelle les membres de l'Association américaine de psychiatrie ont cependant renoncé à la

dernière minute, fin 2012, lors de l'élaboration définitive des critères pour le DSM-V.

Nous utiliserons donc encore — jusqu'au DSM-VI au moins — les catégories diagnostiques classiques.

Toutefois, des recherches empiriques vont se développer au cours des prochaines années, qui vont permettre d'établir plus solidement quelles dimensions psychologiques paraissent les plus utiles à retenir en pratique clinique et quels seuils diagnostiques vont pouvoir être fixés pour les traits de caractère les plus marquants.

Ce livre est une illustration des perspectives actuelles dans le champ des dimensions paranoïaques, borderline, antisociales ou perverses de la personnalité, des troubles de l'identité sexuelle, des conduites agressives, violentes, dangereuses, de leur psychopathologie, mais aussi de leurs conséquences médico-légales et de leurs répercussions sur les victimes et sur la société.

Ce livre aborde en outre la question des modalités de prise en charge des différents troubles de la personnalité, sachant que l'on assiste de nos jours à un développement considérable des outils thérapeutiques, notamment lorsqu'existent des troubles du comportement associés.

De nombreux espoirs sont ainsi liés à l'utilisation dans un but thérapeutique de certaines molécules nouvelles susceptibles de modifier le potentiel d'agressivité ou d'impulsivité et les expressions pulsionnelles.

Un renouveau est aussi perceptible dans le champ des psychothérapies comme le montre la diversification des techniques destinées à améliorer la régulation des émotions et le contrôle de la réactivité émotionnelle.

Les cadres institutionnels font enfin l'objet de nombreuses réflexions constructives. Tout le monde s'accorde pour condamner le milieu carcéral traditionnel en tant que réponse médico-légale de la société à la pathologie de la personnalité. Des alternatives existent mais elles sont en nombre insuffisant et elles s'avèrent coûteuses. Les preuves de leurs avantages par rapport aux solutions punitives classiques doivent donc être établies scientifiquement de façon suffisamment assurée.

Voici quelques-unes des pistes de réflexion que ce livre nous offre ! À nous de nous en saisir pour approfondir notre réflexion et élaborer de nouvelles pistes de recherches cliniques à préconiser dans ce champ prioritaire de la santé publique de notre société.

Avant-propos

Roland Coutanceau

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : ni psychotiques, ni névrotiques, ni structures perverses dans leur grande majorité..., ni personnalités normales.

Définition par défaut dans un premier temps, qui souligne le sous-investissement dans l'enseignement universitaire de ces organisations de la personnalité.

L'esprit de ce livre est de proposer un regard opérationnel pour la pratique quotidienne de ce que nous avons appelé un « troisième champ » de la psychopathologie

Mieux comprendre les troubles de la personnalité, c'est à la fois mieux les évaluer, mais aussi développer des techniques diversifiées et complémentaires pour leur prise en charge.

En pratique quotidienne, on est plus habitué au champ bien balisé des maladies mentales, ainsi qu'au champ des banales structures normonévrotiques relevant de psychothérapies classiques.

Les professionnels sont moins à l'aise avec le « troisième champ » troubles de la personnalité qui concerne aussi bien les personnalités dérivant vers des passages à l'acte médico-légaux, que des personnalités difficiles compliquant la vie relationnelle dans la famille, les institutions ou les entreprises.

Dans cet ouvrage, nous évoquerons successivement les aspects cliniques, psychopathologiques, puis l'évaluation et la prise en charge.

Dans une première partie, l'analyse clinique approfondira les repérages classiques : psychopathie ou personnalité antisociale, borderline ou état limite, problématiques perverses, caractère paranoïaque.

Sera également traitée la coexistence d'un axe de l'ordre de la psychose et d'un trouble de la personnalité (aménagement paranoïaque, pervers ou psychopathique chez un schizophrène).

Parallèlement, on restituera la place des troubles de la personnalité dans la dernière classification (DSM-V).

Puis, dans une deuxième partie, pour éclairer notre réflexion, nous proposerons plusieurs regards sur la psychopathologie des troubles de la personnalité avec la recherche de thématiques utiles dans l'évaluation, puis pour la prise en charge qu'elle soit psychothérapeutique ou éducative.

Dans une troisième partie, nous aborderons l'évaluation avec un repérage pluri-axial, qui nous est cher ; avec tout d'abord un aspect classique (psychiatrique, psychologique, psychopathologique ainsi que les tests), puis une analyse psycho-criminologique centrée sur le passage à l'acte ou le comportement problématique.

La recherche de thématiques spécifiques complétera l'évaluation (analyse sexologique pour les comportements sexuels ; jalousie, peur de perdre pour les violences conjugales...).

Cette approche évaluative s'inscrit dans la dynamique d'un trident : clinique classique, portant sur la personnalité de l'être humain indépendamment de son comportement ; analyse psycho-criminologique du comportement en lui-même ; recherche de thématiques spécifiques au cas par cas, à situer comme des problématiques existentielles douloureuses sous-tendant des affects débouchant sur des troubles du comportement.

Au-delà de l'évaluation préliminaire, on tentera de théoriser les risques de répétition, la récidive pour mieux circonscrire ce débat parfois trop polémique autour de la question légitime, mais difficile de la dangerosité criminologique.

Dans une quatrième partie, seront développées diverses approches de prise en charge, en soulignant l'intérêt de la complémentarité (individuel, groupe, entourage) et également la pertinence de thématiques à privilégier ; avec parallèlement le repérage de schémas de l'organisation mentale.

Dans un esprit ouvert, les références psycho-dynamiques, psycho-comportementales, systémiques seront proposées dans une recherche de sensibilité intégrative.

Complémentarité également d'une attitude éducative et d'un processus psychothérapeutique.

Intérêt également de variations dans les techniques permettant la prise en charge d'adultes, comme d'adolescents ou d'enfants.

Dans une cinquième partie, seront évoquées quelques problématiques spécifiques (« Troubles de la personnalité et troubles dissociatifs » ; « Contexte de deuil » ; « Mères abusives »...).

Enfin, pour les passages à l'acte médico-légaux, nécessité de situer les éléments législatifs qui balisent le cadre du suivi médico-psycho-social.

Et, dans une dernière partie, nous détaillerons quelques dispositifs institutionnels pour l'accompagnement des troubles de la personnalité ayant déclenché des passages à l'acte médico-légaux (consultations spécialisées, UMD, SMPR, établissements pénitentiaires spécialisés...).

Dans ce livre, il s'agit pour nous de proposer à tous les professionnels du champ de la santé, des sciences de l'éducation, et du droit, des repérages pour mieux évaluer les troubles de la personnalité, et pour développer une prise en charge pluridisciplinaire. Et ce dans une visée d'évolution, mais aussi de prévention ; en privilégiant une sensibilité humaniste et intégrative.

PARTIE I

Aspects cliniques

■ Chap. 1	Les troubles de la personnalité dans le DSM-V	2
■ Chap. 2	Le trouble de la personnalité borderline	15
■ Chap. 3	De la personnalité antisociale à la psychopathie	27
■ Chap. 4	Perversion-perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale	50
■ Chap. 5	Parano/mégalo : deux problématiques de l'ego	62
■ Chap. 6	Les troubles de la personnalité chez l'enfant et le préadolescent	68

Chapitre 1

Les troubles de la personnalité dans le DSM-V¹

Julien-Daniel Guelfi

HISTORIQUE

Les travaux préparatoires à la révision du DSM-IV ont commencé dès la fin des années 1990, avant même la publication du DSM-IV-TR (APA, 2000), sous la direction annoncée de David Kupfer, Professeur de psychiatrie à l'université de Pittsburg, assisté de Darrel Regier.

L'orientation générale de l'évolution de ce chapitre de la classification a été annoncée par M. First de l'université Columbia dans le livre blanc coordonné par D. Kupfer *et al.* en 2002.

Je résumerai ci-dessous les principales étapes du projet de révision au cours des dix dernières années. Celles-ci illustrent de façon exemplaire les objectifs parfois contradictoires que poursuivent les auteurs de la classification des troubles mentaux la plus utilisée dans le monde.

J'envisagerai successivement la période 2002-2006, puis les recommandations initiales du groupe de travail formulées en février 2010, enfin les réactions et controverses développées depuis lors qui ont conduit à des décisions définitives concernant la structure de la classification et les critères diagnostiques en décembre 2012.

1. Je remercie Jean-Pierre Rolland pour sa relecture attentive de ce chapitre et pour ses conseils.

La publication de la cinquième édition du Manuel est prévue pour mai 2013, lors du congrès annuel de l'Association américaine de psychiatrie à San Francisco.

LA PÉRIODE 2002-2006

Le chapitre des troubles de la personnalité du DSM-IV a fait l'objet de critiques croissantes au cours des dernières années résumées récemment par C. Pull en 2011 : critiques du modèle catégoriel pour ce chapitre de la nosographie, attrait croissant pour les modèles dimensionnels, trop grand nombre de diagnostics comorbides, surtout lorsque le trouble a une intensité sévère, utilité clinique contestable pour le choix d'une thérapeutique et difficultés persistantes pour atteindre une fidélité inter-juges suffisante pour les diagnostics portés, malgré les améliorations successives des critères diagnostiques et la multiplication des recommandations destinées à améliorer la situation grâce à l'emploi des entretiens semi-structurés.

Une conférence conjointe APA/NIH (American Psychiatric Association et National Institute of Health) s'est tenue en décembre 2004 à Arlington (VA). Elle a permis de disposer d'une revue générale consacrée aux dix-huit principaux modèles dimensionnels proposés dans la littérature et ayant fait l'objet d'un nombre appréciable de travaux publiés. Cette conférence s'est tenue sous la présidence conjointe de Thomas Widiger, psychologue américain, et d'Eric Simonsen, psychiatre danois, tous deux spécialistes reconnus dans le domaine.

L'ouvrage résumant les exposés, les discussions et les conclusions de la conférence a été publié par Widiger *et al.* en 2006. Il montre que la communauté scientifique est loin d'être unanime sur le choix du « meilleur modèle dimensionnel » à retenir, même si le modèle à cinq facteurs, modèle dit des *Big Five* est, de loin, le modèle qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études et dont les conclusions militent en faveur de son emploi (Widiger, 2002, 2006).

Par la suite, les vingt-sept membres de la *task force* du DSM-V ont désigné des groupes de travail chargés d'élaborer des propositions pour la révision du Manuel.

Le groupe de travail sur les troubles de la personnalité a été présidé par Andrew Skodol, de l'université de l'Arizona (askodol@gmail.com).

Ce groupe a publié ses recommandations sur le site internet de l'APA (www.dsm5.org) en février 2010.

Celles-ci comprennent plusieurs innovations majeures.

LES RECOMMANDATIONS INITIALES DU GROUPE DE TRAVAIL EN 2010

Les principales modifications préconisées par le groupe de travail ont concerné :

- la définition même de ce qu'est un trouble de la personnalité, avec de nouveaux critères diagnostiques généraux (projet élaboré par John W. Livesley, psychiatre canadien, alors rédacteur en chef du *Journal of Personality Disorders*) ;
- une évaluation en cinq points du niveau global de fonctionnement d'une personnalité, préparée par une psychologue de l'Arizona, Donna S. Bender ;
- une description dimensionnelle de la personnalité à côté des catégories préexistantes avec six dimensions principales correspondant à un total de trente-sept facettes cliniques de traits de personnalité, préparée par deux psychologues américains de renom : Lee Anna Clark de l'Iowa et Robert F. Krueger du Minnesota ;
- une limitation enfin du nombre de catégories diagnostiques distinctes : cinq au lieu des dix figurant dans le DSM-IV, à savoir les personnalités antisociales, évitantes, borderline, obsessionnelles et schizotypiques ; les autres configurations de traits ne devaient désormais figurer que sous la forme de profils de traits pathologiques de personnalité « trait specific type », à savoir les traits histrioniques, narcissiques, paranoïaques, dépendants et schizoïdes ;
- Les principaux arguments (Skodol, 2011a et b) pour préconiser une diminution du nombre des types pathologiques ont été : l'insuffisance de justifications empiriques publiées permettant de s'assurer de la validité d'un certain nombre de catégories et la quasi-absence de travaux de recherche spécifiques les concernant. Cette réduction du nombre total des catégories devait par ailleurs conduire à une diminution notable du nombre des comorbidités, considérée comme un objectif nécessaire pour améliorer la validité discriminante des différents diagnostics. Enfin, l'emploi de traits de personnalité au sein même des critères diagnostiques des troubles de la personnalité représente aussi une reconnaissance de la continuité entre personnalité et trouble de la personnalité. Cet emploi devait, aussi, conduire à une meilleure stabilité temporelle du diagnostic (Skodol, 2011a et b)

La nouvelle définition générale d'un trouble de la personnalité retenue par le groupe de travail, du moins dans sa version provisoire initiale, est

la suivante : « critère A : “Échec du développement du sens de l’identité et de la personne (le soi) et de la capacité à disposer d’un fonctionnement interpersonnel adapté” ». De nouveaux critères diagnostiques sont par ailleurs proposés pour délimiter les deux volets de dysfonctionnement :

- le soi (avec trouble de l’identité et de l’auto-détermination) ;
- le registre relationnel (degré d’empathie, relations intimes, coopération et intégration des représentations d’autrui).

Le second critère obligatoire pour porter un diagnostic de trouble de la personnalité (critère B), comprend « au moins un trait pathologique de personnalité répertorié, à l’origine de l’échec adaptatif », présent « à un degré extrême ».

Les six dimensions de la personnalité initialement retenues sont largement inspirées du modèle à cinq facteurs ; elles comprennent : l’émotionnalité négative (qui englobe l’ancien névrosisme ou *neuroticism*), le détachement (qui comprend l’ancienne introversion), l’antagonisme, la désinhibition, la compulsivité et la schizotypie (ne figurant pas en tant que telle dans le modèle à cinq facteurs).

C’est pour ces deux dernières dimensions qu’il n’y a pas de stricte superposition entre les cinq facteurs et le nouveau modèle proposé.

En effet, une des dimensions du modèle à cinq facteurs, l’Ouverture, est peu concernée dans les troubles de la personnalité ; en revanche, deux dimensions du modèle à cinq facteurs ne couvrent pas le champ psychopathologique des troubles de la personnalité de façon optimale et doivent donc être ajoutées aux premières dimensions, à savoir la dimension obsessionnelle-compulsive (qui déborde le « caractère consciencieux ») et la schizotypie, particulièrement dans ses dimensions cognitivo-perceptuelles et comportementales.

C’est ainsi qu’un total de six grands domaines ont été proposés par le groupe de travail auxquels correspondent, selon les experts, trente-sept facettes cliniques (à l’image de ce qui avait été établi pour le modèle à cinq facteurs, avec six facettes cliniques par facteur, soit un total de trente facettes).

Quant au procédé préconisé pour déterminer si une personne satisfaisant aux critères généraux d’un trouble de la personnalité répond aussi au diagnostic d’un trouble spécifique, il s’agit de l’approche dite du *prototype matching*. Ce procédé, imaginé initialement par une psychologue américaine, Tracie Shea, à la fin des années 1970 dans un questionnaire, le *Personality Assessment Form*, consiste pour le clinicien à apprécier le degré d’appariement ou d’adéquation entre la personne

examinée et des descriptions de cas prototypiques. Une échelle globale en cinq points permet ainsi d'évaluer la qualité de l'appariement entre un sujet et diverses descriptions prototypiques. Le diagnostic d'un trouble déterminé est confirmé lorsqu'il existe un bon appariement, c'est-à-dire une bonne ou une très bonne adéquation (*very good match*) entre une personne et une description prototypique.

LES RÉACTIONS DU MONDE SCIENTIFIQUE AUX PROPOSITIONS INITIALES

Elles ont été nombreuses et majoritairement très critiques.

Dans un commentaire signé par le psychologue américain J. Shedler en collaboration avec six auteurs de renommée internationale, A. Beck, P. Fonagy, G. Gabbard, J. Gunderson, R. Michels et D. Westen, il a été solennellement affirmé que le nouveau système proposé était beaucoup trop complexe, que son utilité clinique n'avait pas été véritablement évaluée, même si quelques publications montrent qu'il peut être appliqué dans la pratique quotidienne, et surtout que les preuves de validation des domaines dimensionnels retenus ainsi que des facettes n'étaient en rien établies (Shedler *et al.*, 2011).

Par ailleurs, si plusieurs articles font état d'un certain intérêt clinique pour les modèles prototypiques (Westen, 1997 ; Westen et Shedler, 2000), les psychiatres ne sont pas accoutumés à ce type de procédure diagnostique par raisonnement analogique, et le modèle choisi n'a pas fait la preuve de sa validité (Zimmerman, 2011).

Quelques mois plus tard, en janvier 2011, Skodol, dans une lettre à l'éditeur de l'*American Journal of Psychiatry*, simplifiait notablement le système proposé, maintenait l'évaluation globale du fonctionnement en cinq points, réhabilitait la personnalité narcissique en tant que catégorie diagnostique à part entière et réaffirmait que la validité du système hybride proposé ainsi que son intérêt clinique allaient bien être explorés, comme prévu, par les enquêtes sur le terrain (*field trials*) dont deux vagues étaient programmées dans la période 2010-2012. Ces enquêtes programmées étaient destinées à tester l'applicabilité des propositions faites et à vérifier la qualité des accords diagnostiques inter-juges obtenus avec les nouveaux critères (par le calcul des coefficients kappa de Cohen auxquels les auteurs américains accordent une importance déterminante depuis le DSM-III de 1980, sous la direction de R. Spitzer, psychiatre et statisticien).

La simplification annoncée par Skodol concerne aussi le nombre des domaines concernés : cinq au lieu de six, la désinhibition *versus* contrainte, champ bipolaire englobant la compulsivité, et le nombre des facettes cliniques : vingt-cinq au lieu de trente-sept.

Toutefois, la simplification ne concerne pas le critère B d'un trouble de la personnalité ainsi libellé :

« *“Good match” or “very good match” to a personality disorder type or with a rating of “quite a bit like the trait” or “extremely like the trait” on one or more personality domaine.* »

Les critères simplifiés ont été mis en ligne en juin 2011 et ont été à nouveau soumis à discussion sur Internet. Le maintien d'un système hybride intégrant catégories et dimensions n'a pas atténué la violence des critiques adressées au nouveau système proposé, et ce, malgré un nombre croissant d'arguments plaidant en faveur de ce type d'approche mixte.

Certaines de ces critiques sont d'ailleurs venues du groupe de travail lui-même, dont deux membres ont démissionné : J. Livesley de Vancouver et R. Verheul d'Amsterdam.

Dans un éditorial, en 2012, Livesley (william.livesley@ubc.ca) a rappelé que 80 % des utilisateurs du DSM-IV s'étaient déclarés insatisfaits de la classification catégorielle des troubles de la personnalité et que le temps était donc venu de proposer dans le DSM-V un changement radical par l'adoption d'un modèle délibérément dimensionnel.

Le modèle hybride proposé lui a paru rigoureusement inadapté, manquant de justifications empiriques et entretenant le mythe des catégories discrètes. Pour Livesley, les modèles catégoriels et les modèles dimensionnels sont en réalité incompatibles les uns avec les autres. Les premiers impliquent des distributions continues de variables, les seconds, une discontinuité. En d'autres termes, selon cet auteur, le modèle à retenir pour la description de la pathologie de la personnalité n'est, en définitive, pas le même que celui qui convient pour la pression artérielle. Pour cette dernière en effet, au-delà d'un certain seuil, on entre dans la maladie, déterminée par la fréquence des complications à partir du seuil considéré.

Les critiques développées par R. Verheul sont partiellement distinctes de celles de Livesley. Ce dernier nous met en effet surtout en garde contre les risques d'opter pour une rupture complète avec les recherches antérieures, ruinant ainsi trente années de recherches cliniques, sans assurance aucune que le nouveau système proposé sera plus efficace et médicalement plus utile que son prédécesseur.

LES ENQUÊTES D'OPINION

Elles représentent une autre source d'informations.

Une enquête préalable (Bernstein *et al.*, 2007) avait montré, chez des spécialistes des troubles de la personnalité recrutés au sein de deux associations internationales reconnues, que 80 % des quatre-vingt-seize réponders (sur quatre cents personnes sollicitées) s'étaient déclarés favorables à un point de vue dimensionnel (ou à celui de spectre) plutôt qu'à un point de vue catégoriel traditionnel.

Une enquête de plus grande envergure (Mullins-Sweatt *et al.*, 2012) a été effectuée auprès des membres de l'ARPD (Association for Research on Personality Disorders) et de ceux de l'ISSPD (International Society for the Study of Personality Disorders). Cent quarante-six experts — soit 28 % des personnes contactées (dont deux Français seulement !) — ont répondu aux questions posées sur l'utilité clinique, la validité et le statut de chacune des dix catégories de troubles de la personnalité individualisées dans le DSM-IV ainsi que sur les propositions simplifiées de Skodol.

Une majorité substantielle des réponders à cette enquête a considéré que tous les troubles isolés dans le DSM-IV possédaient une certaine validité, celle-ci étant la plus fermement établie pour les personnalités antisociales et borderline. Seule, une minorité d'experts a considéré que certaines individualisations étaient non valides, par exemple 23 % des réponders pour les personnalités schizoïdes, 19 % pour les personnalités histrioniques et 18 % pour les personnalités obsessionnelles.

Les diagnostics les plus souvent portés par ces spécialistes chez leurs propres patients (diagnostics portés « fréquemment » ou « très fréquemment ») sont ceux de personnalités borderline (92 %), antisociales (61 %), narcissiques (57 %) ou évitantes (51 %).

Au moins trois-quarts des réponders considèrent que porter un diagnostic de personnalité borderline, antisociale, paranoïaque, évitante ou narcissique est « important » ou « très important » pour prendre une décision thérapeutique.

Le seul diagnostic qui n'est pas considéré comme « utile » pour la majorité des experts est celui de personnalité schizoïde (55,5 %), sans qu'une majorité se déclare pour autant pour sa suppression de la classification (37 % seulement se déclarent favorables à cette suppression). Des chiffres très proches sont obtenus pour la personnalité histrionique.

Il semble par ailleurs que la revue de la littérature sur laquelle s'est reposé Skodol en 2011 n'ait été « ni systématique, ni exhaustive » et sans utilisation des techniques statistiques de type méta-analyse.

LES DÉCISIONS DÉFINITIVES

Les décisions définitives prises par l'Association américaine de psychiatrie ont été rendues publiques le 1^{er} décembre 2012.

Elles ont entériné la suppression pure et simple de l'Axe II, les troubles de la personnalité étant désormais classés sur le même axe que les autres troubles mentaux. Elles ont maintenu les dix catégories diagnostiques du DSM-IV et elles ont ajouté, dans une troisième section du Manuel, une nouvelle méthodologie « trait-specific », destinée à encourager des travaux de recherche dans ce secteur.

Ainsi, la décision définitive concernant le statut des troubles de la personnalité peut apparaître comme un net recul par rapport aux propositions initiales. Ce recul est survenu malgré la publication toute récente de plusieurs résultats intéressants concernant la validité prédictive du modèle hybride et malgré l'intérêt heuristique potentiel du nouveau modèle proposé.

Un des avantages potentiels d'un modèle hybride, celui d'améliorer la stabilité temporelle des diagnostics de troubles de la personnalité, est suggéré dans la littérature depuis plusieurs années (McGlashan, 2005 ; Sanislow *et al.*, 2009).

De plus, Hopwood et Zanarini ont montré en 2010 que l'utilisation conjointe du diagnostic de personnalité borderline *et* de deux dimensions du modèle à cinq facteurs, l'extraversion et l'agréabilité, permettait d'améliorer l'exactitude d'un pronostic annoncé concernant l'adaptation sociale sur une durée de dix années.

De la même façon, l'étude de la cohorte issue du *Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study* (Morey *et al.*, 2011), chez quatre cent trente et un patients sur les six cent soixante-huit inclus initialement dix années auparavant, a comparé le modèle catégoriel du DSM-IV au modèle dimensionnel des cinq facteurs et au modèle développé par L. A. Clark avec le questionnaire SNAP de trois cent soixante-quinze items intégrant quinze traits de personnalité (*Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*) en termes de validité prédictive au long terme.

Les trois modèles s'avèrent valides mais le modèle intégratif de Clark est celui qui fournit les coefficients de validité les plus élevés.

Enfin, il ne faut pas minimiser l'intérêt potentiel d'une évaluation simple, globale, de la gravité d'ensemble de l'altération du fonctionnement psychique. Il a pu être établi par exemple que le pronostic des troubles de la personnalité est plus lié à cette gravité d'ensemble qu'à la nature même des troubles spécifiques de tel ou tel trouble de la personnalité (Tyner, 2011).

Il est vraisemblable que les décisions prises en décembre 2012, qui peuvent apparaître comme une victoire des positions conservatrices, sont aussi dues à d'autres facteurs, non mentionnés jusqu'à présent.

Ainsi, la suppression de l'axe II était aussi une demande formulée par un nombre croissant de spécialistes des troubles de la personnalité pour des raisons extra-scientifiques de non-remboursement des frais médicaux par les assurances pour un trouble isolé de la personnalité.

L'instauration d'un axe II dans le DSM-III en 1980 avait eu un double intérêt majeur, celui d'attirer l'attention des cliniciens sur ce secteur de la pathologie et celui d'évaluer une personnalité indépendamment des troubles de l'axe I associés, que ceux-ci soient d'ordre anxieux, dépressif ou d'une autre nature.

La disparition de l'axe II va inévitablement réalimenter les débats anciens concernant l'appartenance ou non des troubles de la personnalité au reste de la pathologie mentale, bien qu'un nombre croissant d'arguments existent en faveur d'une continuité entre l'axe I et l'axe II (Krueger *et al.*, 2008).

Par ailleurs, il est aussi vraisemblable que les résultats décevants — voire catastrophiques pour certains d'entre eux — des enquêtes sur le terrain en matière de concordances inter-juges des diagnostics soient intervenus pour précipiter la décision d'un retour en arrière.

Ces mauvais résultats ont été dénoncés sur Internet, dès décembre 2012, par Allen Frances, le responsable de la *task force* du DSM-IV. Cet auteur a multiplié, en fait, les mises en garde et les critiques des modalités de travail de ses successeurs au sein de l'APA depuis plusieurs années (Frances, 2009, 2010). Il a notamment déploré la rédaction hâtive, sinon bâclée, de nombre de critères diagnostiques et les modalités précipitées des enquêtes sur le terrain. Il avait d'ailleurs appelé de ses vœux le report d'une année de la parution du DSM-V, mais sans succès, plusieurs retards ayant déjà été enregistrés par rapport aux prévisions initiales.

Des résultats plus complets concernant les coefficients de concordance inter-juges des diagnostics de troubles de la personnalité vont sans nul doute être publiés dans les prochains mois, qui risquent de donner cruellement raison à Allen Frances.

CONCLUSION : LES ÉTUDES DE DEMAIN

À ce stade de la réflexion sur l'élaboration du DSM-V en matière de troubles de la personnalité, il est nécessaire de rappeler certains des principes généraux qu'avait énoncés et publiés Kupfer en 2002.

La classification du DSM-IV et les critères diagnostiques ne devront être modifiés que lorsque des études empiriques auront établi que les avantages des changements envisagés sont supérieurs à leurs inconvénients. Or la quasi-totalité des propositions du groupe de travail sur les troubles de la personnalité du DSM-V ne remplissent pas aujourd'hui ces conditions. Plutôt que de rompre avec le passé, il a paru préférable aux responsables de l'élaboration du Manuel de chercher à améliorer l'existant en recommandant la promotion d'études empiriques destinées à vérifier la validité et l'utilité clinique (First, 2004) des propositions formulées avant de se prononcer sur leur acceptation définitive.

Il est certainement nécessaire de promouvoir d'autres techniques que l'entretien clinique traditionnel pour explorer le fonctionnement d'une personnalité ; il en est ainsi, par exemple, des échelles d'évaluation et des tests psychométriques comme les questionnaires d'auto-évaluation. Mais ceux-ci doivent être utilisés et maîtrisés par les cliniciens et ils doivent faire l'objet de diverses études de validation avant que leur emploi puisse être officiellement recommandé. Dans ce domaine, l'expérience des psychologues est bien supérieure à celles des psychiatres, viscéralement attachés aux modèles catégoriels médicaux et globalement réticents vis-à-vis de l'approche psychométrique.

Changer les esprits et étudier la validité des outils à préconiser demande manifestement plus de temps que celui de la préparation d'une nouvelle version du DSM. Il est, à ce propos, utile de rappeler que l'outil qui a véritablement popularisé le modèle à cinq facteurs, le NEO-PI-R ou *Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory Revised*, a été publié par Costa et Mc Crae aux États-Unis il y a plus de vingt ans, en 1992 ! L'ensemble des études menées avec ce questionnaire ont largement contribué à améliorer la compréhension des relations entre la personnalité normale et pathologique (Widiger et Costa, 2012).

De longues études s'avèrent donc nécessaires, réalisées avec de nouveaux outils d'évaluation, avec de nouveaux critères diagnostiques, de nouvelles échelles d'appréciation du fonctionnement psychique et des échelles indépendantes visant à explorer les traits (*Clinicians' Personality Trait Rating Forms*) avant que l'on puisse être assuré de réels progrès dans la connaissance des diverses formes de pathologie de la personnalité. À titre d'exemple, la stabilité factorielle du nouveau modèle

dimensionnel proposé (celui des cinq domaines et des vingt-cinq facettes de traits) doit être vérifiée avant que ce modèle soit définitivement accepté. Les évaluations psychométriques vont devoir associer outils d'hétéro-évaluation et questionnaires d'auto-évaluation. Les résultats préliminaires obtenus avec le PID-5 (*Personality Inventory for DSM-V*) de Krueger *et al.* (2011) sont encourageants et doivent être répliqués au sein de populations hétérogènes de patients présentant un trouble de la personnalité. La version française de ce nouveau questionnaire de personnalité est actuellement en cours de validation (coordonnateur : Jean-Pierre Rolland).

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th éd, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC, trad. fr. Guelfi J.-D. (dir.), Crocq M.-A. *et al.*, Paris, Masson, 2003.

BERNSTEIN D. P., ISCAN C. ET MASER J. (2007). « Opinions of Personality Disorders experts regarding the DSM-IV personality disorder classification system », *J. Pers. Disord.*, 21, 536-51.

CLARK L. A. (2007). « Assessment and Diagnosis of Personality Disorder : perennial issues and an emerging reconceptualization », *Ann. Rev. Psychol.*, 58, 227-257.

FIRST M. B., PINCUS D. A., LEVINE J. B. *et al* (2004). « Clinical Utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses », *Am. J. Psychiatry*, 161, 946-954.

FRANCES A. (2009). « A Warning Sign on the road to DSM-V. Beware of its unintended Consequences », *Psychiatric Times*, 26, 1, 4.

FRANCES A. (2010). « À propos des 19 propositions du DSM-V : on ouvre la boîte de Pandore », trad. fr. Botbol M. et Dussert F., *La Lettre de psychiatrie française*, 194, 10-14

FRANCES A. (2012). <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212>.

HOPWOOD C. J., ZANARINI M. C. (2010). « Borderline personality traits and disorder : predicting prospective patient functioning », *J. Cons. Clin. Psychol.*, 78, 585-589.

KRUEGER R. F., SKODOL A. E., LIVESLEY W. J., SHROUT P., HUANG P. (2007). « Synthetizing dimensional and categorical approaches to personality disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V Axis II », *Int. J. Methods in Psychiatr. Res.*, 16, suppl 1 : S65-S73.

KRUEGER R. F., SKODOL A. E., LIVESLEY W. J., SHROUT P. E., HUANG Y. (2008). « Synthetizing Dimensional and Categorical Approaches to Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V Axis II », in *Dimensional approaches in Diagnostic Classification : Refining the Research Agenda for DSM-V*, Washington DC, American Psychiatric Association, 85-99.

KRUEGER R. F., DERRINGER J., MARKON K. E., WATSON D. et SKODOL A. E. (2011). « Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-V », *Psychol. Med.*, doi : 10.1017/S0033291711002674.

KUPFER D. J., FIRST M. E., REGIER D. A. (éd.) (2002). *A Research Agenda for the DSM-V*, Washington, DC., American Psychiatric Association.

LIVESLEY W. J. (2010). « Confusion and Incoherence in the classification of Personality Disorder : Commentary on the preliminary Proposals for DSM-V », *Psychol. Inj. and Law*, 3, 304-311.

LIVESLEY J. (2012). « Editorial Tradition versus empirism in the current DSM-V proposal for revising the classification of personality disorders », *Crim. Behaviour and Mental Health*, 22, 81-90.

MCGLASHAN T. H., GRILO C. M., SANISLOW C. A., RALEVSKY E., MOREY L. C., GUNDERSON J. G. (2005). « Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders : Towards a hybrid model of Axis II disorders », *Am. J. Psychiatry*, 162, 883-889.

MOREY L. C., HOPWOOD C. J., MARKOWITZ J. C. et al. (2011). « Comparison of alternative models for personality disorders, II : 6-, 8- and 10-year follow-up », *Psychol. Med.* (version électronique) doi : 10.1017/S0033291711002601.

MOREY L. C., HOPWOOD C. J. (2013). « Stability and Change in Personality Disorders », *Ann. Rev. Clin. Psychol.*, 9 : 12.1- 12.31 (version électronique) – <http://clinpsy.annualreviews.org>.

MULLINS-SWEATT S., BERNSTEIN D. P., WIDIGER T. A. (2012). « Retention or Deletion of Personality Disorder Diagnosis for DSM-V : An Expert Consensus Approach », *J. Pers. Disord.*, 26, 031.

PULL C. (2011). « The classification of Personality Disorders : crouching categories, hidden dimensions », *Eur. Psychiatry*, 26, 64-68.

SANISLOW C. A., LITTLE T. D., ANSELL E. B. et al. (2009). « Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders » *J. Abnorm. Psychol.*, 118, 7-19.

SHEDLER J., BECK A. T., FONAGY P., GABBARD G. O., KERNBERG O., MICHELS R. et WESTEN D. (2010). « Personality Disorders in DSM-V », *Am. J. Psychiatry*, 167, 1026-1028.

SKODOL A. E., BENDER D. S., MOREY L. C., CLARK L. A., OLDHAM J. M., ALARCON R. D. et al. (2011a). « Personality disorder types proposed for DSM-5 », *J. Pers. Disord.*, 25, 136-169.

SKODOL A. E., CLARK L. A., BENDER D. S., KRUEGER R. F., LIVESLEY W. J., MOREY L. C. et al. (2011b). « Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5. Part I Description and Rationale », *Personality Disorders. Theory, Research and Treatment*, 2, 4-22.

SKODOL A.E. (2011c). « Revision of the Personality Disorder Model for DSM-5. Letter to the Editor », *Am. J. Psychiatry*, 168, 96-98.

TYRER P. (2011). « A simple useful classification of personality disorders : summary of the initial proposals of the ICD-11 working group », *J. Pers. Disord.*, 25, 4-5.

VERHEUL R. (2012). « Personality Disorder Proposal for DSM-5. A Heroic and Innovative but Nevertheless Fundamentally Flawed Attempt to improve DSM-IV », *Clin. Psychol. Psychother.* (version électronique : wileyonlinelibrary.com) DOI : 10.1002/cpp.1809.

WESTEN D. (1997). « Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders : implications for research and the evolution of Axis II », *Am. J. Psychiatry*, 154, 895-903.

WESTEN D. et SHEDLER J. (2000). « A prototype matching approach to diagnosing personality disorders : toward DSM-V », *J. Pers. Disord.*, 14, 109-126.

WIDIGER T. A., COSTA P. T., MC CRAE R. R. (2002). « A proposal for Axis II : diagnosing personality disorders using the five-factor model », in Costa P.T., Widiger T.A. (éd.), *Personality Disorders and the five-factor model of personality*, Washington DC : American Psychiatric Association, 431-456

WIDIGER T. A., SIMONSEN E., SIROVATKA P. J., REGIER D. A. (éd.) (2006). *Dimensional Models of Personality Disorders : Refining the Research*

Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

WIDIGER T. A., COSTA P. T. (2012). « Integrating normal and abnormal personality structure : the five-factor model », *J. Pers.*, 80 : 1471-1506. doi : 10.1111/j.1467-6494.2012.00776.x.

ZANARINI M. C., FRANKENBURG F. R., HENNEN J., REICH D. B., SILK K. R. (2006). « Prediction of the 10-year course of borderline personality disorders » *Am. J. Psychiatry*, 163, 827-832.

ZIMMERMAN M. (2011). « A critique of the proposed prototype rating system for the personality disorders in DSM-V », *J. Pers. Disord.*, 25, 206-221.

Chapitre 2

Le trouble de la personnalité borderline

Bernard Granger

DE DESCRIPTION RÉCENTE, le trouble de la personnalité borderline (TPB), ou état limite, a été introduit en 1980 dans la troisième édition de la classification américaine des troubles mentaux, le DSM-III. Probablement sous-diagnostiqué, il a suscité de nombreuses études et le développement de psychothérapies spécifiques (pour revues sur le TPB, voir Granger et Karaklic, 2012 ; Gunderson, 2011 ; Leichsenring *et al.*, 2011).

HISTORIQUE

Le psychanalyste américain Stern (1938) est à l'origine du concept d'état limite (pour un historique détaillé, voir Granger et Karaklic, 2012). Selon lui, les borderlines se caractérisent par une idéalisation et une dévalorisation des proches, ainsi que par des difficultés à faire face aux situations stressantes.

La littérature psychanalytique a poursuivi l'exploration de cette entité. Deutsch a défini en 1942 la personnalité *as if*, qui a donné naissance à la notion de « faux self » due à Winnicott. Schmilberg a trouvé en 1947 a caractérisé les borderlines comme étant « instables de façon stable ». Kernberg (1967) a considéré que l'état limite est une organisation stable et spécifique de la personnalité de type névrotique, mais qu'elle s'en distingue par une expression pulsionnelle archaïque, des mécanismes de

défense organisés autour du clivage, de l'idéalisation primitive, de l'identification projective, de l'omnipotence, de la dévalorisation et du déni. Pour le psychanalyste français Jean Bergeret (1975), cette pathologie correspond au contraire à une absence de structuration psychique.

Les travaux de Gunderson menés à partir des années 1970 ont permis la validation empirique du TPB, entité internationalement acceptée désormais au-delà des cercles psychanalytiques. Gunderson et ses collaborateurs ont mis au point un entretien structuré pour diagnostiquer le trouble de la personnalité borderline (Gunderson *et al.*, 1981, Zanarini *et al.*, 1989).

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le TBP touche environ 2 % de la population générale (les estimations vont de 0,5 % à 6 %). Chez les patients consultant en psychiatrie, sa fréquence est de 10 %. Il se situe entre 20 % et 50 % chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Les borderlines sont surreprésentés parmi les patients consultants en médecine générale (quatre fois plus que dans la population générale). Dans les échantillons cliniques, le trouble de la personnalité borderline est retrouvé plus fréquemment chez les femmes (70 %) que chez les hommes (30 %). Dans la population générale, le sex-ratio serait plutôt d'1.

DESCRIPTION CLINIQUE

Les symptômes du trouble de la personnalité borderline s'organisent en trois grands groupes, les symptômes émotionnels et affectifs, les troubles comportementaux, les perturbations relationnelles. Ils sont dominés par l'instabilité et l'impulsivité.

► Symptomatologie émotionnelle et affective

Les borderlines ont une difficulté majeure à contrôler les émotions fortes. Leurs réactions émotionnelles sont imprévisibles et toujours disproportionnées, trop intenses ou bien inhibées. L'humeur est très labile, la tristesse, l'angoisse, la colère, la rage alternant au cours d'une même journée. Les états émotionnels positifs sont plus rares et peu durables. L'angoisse est quasi permanente. Les borderlines ont beaucoup

de mal à gérer leur colère : certains la répriment, d'autres l'expriment de façon excessive. Certains éprouvent de façon plus ou moins chronique rage et irritabilité, manifestant leur agressivité de façon détournée, par l'ironie, les sarcasmes, ou la recherche du conflit. Le borderline a une image de lui-même fragile et instable, qui varie en fonction des circonstances et de l'état thymique. Il éprouve un sentiment de vide et d'ennui plus ou moins constant. Ce vécu le conduit à se sentir étranger aux autres, différents, incompris.

Les émotions violentes engendrées par le stress perturbent la capacité des borderlines à se concentrer, à organiser leur pensée et leurs actes. Une angoisse intense peut susciter un sentiment d'irréalité ou des idées de persécution. De brèves hallucinations ou des sensations corporelles inhabituelles peuvent également survenir.

► Impulsivité et troubles du comportement

Le passage à l'acte impulsif s'impose souvent comme la seule possibilité de neutraliser le désarroi émotionnel intense ressenti par le borderline. En fonction de ses habitudes ou des circonstances, il abuse alors de l'alcool ou de drogues illicites, il avale une quantité énorme de nourriture pour ensuite se faire vomir, il se livre à des achats inconsidérés, adopte des conduites sexuelles à risque, etc.

Les tâches à long terme, particulièrement lorsqu'elles sont ennuyeuses et routinières, ne sont pas menées à bout. Le temps et l'argent sont mal gérés. Dans le domaine professionnel, les borderlines ont des difficultés à supporter les contraintes et l'autorité. Certains évitent les conflits au travail en démissionnant, ce qui rend leur parcours professionnel chaotique. Néanmoins, certains ont un emploi stable, le travail constituant le seul domaine où le trouble ne se laisse pas voir.

Les automutilations, fréquemment observées chez les borderlines, peuvent avoir plusieurs fonctions : apaiser les émotions fortes, se punir, rendre la détresse émotionnelle plus concrète, retourner l'agressivité sur soi, atténuer le sentiment de vide et d'irréalité. À la suite d'un événement négatif, le borderline se sent extrêmement coupable, sans valeur et abandonné. Les émotions douloureuses s'intensifient. La tension interne grandissante devient insupportable et pousse le sujet à se cogner la tête contre le mur, à se couper ou se brûler, ce qui entraîne un soulagement immédiat. Bien que les automutilations ne soient pas motivées par le désir de mourir, elles doivent être prises au sérieux car elles augmentent le risque suicidaire.

La gravité du trouble de la personnalité borderline est liée principalement au risque de décès par suicide, qui touche environ 8 % à 10 % des sujets atteints (Oldham, 2006). Bien que ce taux soit vingt fois plus élevé que le taux de suicide observé dans la population générale, si l'on considère la fréquence des tentatives (70 %) parmi les borderlines, la mortalité suicidaire paraît relativement faible. Toutefois, une simple tentative de suicide peut entraîner des séquelles physiques graves.

Suicide et tentatives de suicides surviennent le plus souvent de façon impulsive dans un contexte de frustration, d'abandon, d'angoisse ou de dépression. Elles sont favorisées par les abus d'alcool ou de drogues. Le sujet recourt aux gestes suicidaires pour des raisons diverses : se punir, atténuer son désespoir, fuir une situation pénible, se venger, créer des ennuis à autrui, obtenir quelque chose ou tout simplement appeler au secours. L'envie de pousser les proches à réagir et de mettre à l'épreuve leur amour est l'une des raisons les plus fréquentes. Plus les tentatives de suicide et les automutilations sont fréquentes et violentes, plus le risque de mort par suicide est élevé. Les borderlines décident de mettre fin à leurs jours lorsqu'ils ont perdu tout espoir de guérison. Il ne s'agit pas en général des borderlines les plus jeunes, mais de ceux qui, ayant atteint la trentaine, ont lutté pendant des années contre la maladie.

► Perturbations relationnelles

Le borderline éprouve des difficultés à inférer correctement les émotions des autres à partir de leurs comportements et utilise souvent un mécanisme de projection. Son sentiment subjectif d'être perdu, vide et différent des autres peut le conduire à adopter une attitude d'hypernormalité de surface (faux self) pour être accepté et apprécié.

Au début d'une relation, le borderline se montre souvent distant, voire méfiant, en cherchant à se protéger ainsi de l'autre dont il craint le jugement et les intentions. Paradoxalement, il tolère mal la réserve et la méfiance chez l'autre, vécues comme un signe de rejet venant confirmer sa conviction de ne pas être digne d'intérêt. En revanche, pour peu que l'autre se montre chaleureux et lui prête attention, la méfiance disparaît aussitôt pour laisser place à une confiance aveugle. La personne à peine connue est idéalisée. Comme il se donne complètement, corps et âme, les débuts de ses relations sentimentales sont toujours idylliques et intenses. Le partenaire est rapidement séduit par ce don de soi sans réserve, par l'idéalisation dont il fait l'objet et par la mission de sauveur dont il est investi. Toutefois, l'avidité affective insatiable du borderline est dévorante pour le partenaire, qui se trouve vite saturé et impuissant,

inévitablement décevant après une première période d'illusion. Les colères, les caprices et les changements d'humeur épuisent le partenaire.

Certains borderlines ne supportent pas de rester seuls même pendant de très courtes périodes, s'imaginant sans cesse que la personne absente ne reviendra jamais plus. Durant ces périodes de solitude, l'angoisse, la tristesse et le désespoir s'intensifient.

Son estime de soi étant extrêmement faible, le borderline est convaincu qu'il finira seul. C'est pourquoi il est sur ses gardes et constamment en quête d'indices montrant que la personne à laquelle il tient ne l'aime pas vraiment et veut le quitter. Lorsqu'il est en couple, le borderline n'est jamais en paix. La possessivité et la jalousie le hantent. En poussant à bout son partenaire, le sujet borderline provoque l'abandon ou bien abandonne pour ne pas être abandonné.

COMORBIDITÉS

Le trouble de la personnalité borderline se complique souvent d'autres troubles psychiatriques (Zanarini *et al.*, 1998) dont les plus fréquents sont les troubles de l'humeur, dans plus de 85 % des cas (dépression, dysthymie, troubles bipolaires I et II), les troubles anxieux, l'état de stress post-traumatique dans 30 % à 71 % des cas, les troubles des conduites (abus de substances, alcool, drogues, médicaments dans 75 % des cas, troubles alimentaires). La personnalité dépendante, la personnalité évitante et la personnalité paranoïaque sont les personnalités pathologiques le plus souvent associées au TPB.

ÉVOLUTION

Le TPB apparaît le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. L'enfance de certains de ces sujets est marquée par l'instabilité affective, l'impulsivité, l'hyperactivité. Les signes avant-coureurs sont la recherche de relations exclusives, les comportements auto-agressifs et addictifs, des sentiments de honte intenses, une extrême sensibilité au rejet, des préoccupations concernant l'image corporelle. Le trouble de la personnalité borderline a tendance à s'exprimer différemment chez la jeune fille, plutôt dépressive, anxieuse, agressive envers elle-même, que chez le jeune garçon, plutôt colérique, impulsif et agressif envers les autres.

Si 8 % à 10 % des sujets atteints de trouble de la personnalité borderline meurent par suicide, les études récentes montrent que l'état de la majorité d'entre eux s'améliore avec le temps (Zanarini *et al.*, 2006, 2010). L'évolution du TPB montre qu'environ 34 % des sujets atteints ont obtenu une rémission au cours des deux premières années et 88 % après dix ans. Il s'agit de sujets ayant bénéficié d'une psychothérapie et d'un traitement médicamenteux. Les modalités évolutives spontanées ne sont pas connues. La rémission correspond au fait de ne plus répondre à au moins cinq critères du trouble de la personnalité borderline selon le DSM-IV-TR, ce qui veut dire que le sujet peut présenter seulement quatre critères et être considéré en rémission. L'amélioration de ces patients n'est donc pas aussi spectaculaire que les chiffres présentés ci-dessus le laissent paraître.

Les conduites impulsives autodestructrices et les expériences dissociatives s'estompent le plus vite. En revanche, les fluctuations thymiques, le sentiment de vide, la peur de l'abandon et la dépendance affective sont plus tenaces. Ces symptômes peuvent diminuer avec le temps, mais ne disparaissent jamais complètement.

Certains événements de vie positifs peuvent accélérer ce processus d'amélioration : la grossesse, un nouvel emploi, une rencontre avec une personne bienveillante et compréhensive, une relation amoureuse stable, le fait de nouer une alliance thérapeutique de bonne qualité avec un psychothérapeute... Paradoxalement, ce sont aussi parfois des événements de vie négatifs impliquant une confrontation avec la mort et donnant le sentiment d'avoir « touché le fond ».

DIAGNOSTIC CRITÉRIOLOGIQUE

Selon la quatrième version révisée du *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* édité par l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV-TR) parue en 2000, le diagnostic de trouble de la personnalité borderline est retenu si le patient présente au moins cinq des neuf critères suivants :

- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;

- impulsivité marquée dans au moins deux domaines potentiellement dommageables ;
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;
- instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur ;
- sentiments chroniques de vide ;
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère ;
- dans des situations de stress, survenue transitoire d'idées de persécution ou de symptômes dissociatifs sévères.

Au TPB du DSM-IV-TR correspond la personnalité « émotionnellement labile » de la classification internationale des maladies, 10^e version (CIM-10) parue en 1994. Elle comporte deux sous-types : borderline et impulsif. Malgré cette différence de vocabulaire, les critères des deux classifications sont peu différents. Le DSM-V ne doit pas apporter de bouleversement en matière de critériologie diagnostique du trouble de la personnalité borderline.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

► Dépression

L'humeur dépressive des sujets borderline est dominée par des sentiments de vide, de solitude et d'abandon qui apparaissent en réaction à un événement négatif. L'humeur dépressive ne dure donc pas pendant deux semaines de façon constante comme dans l'épisode dépressif.

► Trouble bipolaire

Les débats scientifiques sont nombreux autour du lien entre le trouble de la personnalité borderline et le trouble bipolaire II (Bassett, 2012). Le diagnostic du trouble bipolaire n'inclut pas la perturbation identitaire, la dépendance affective, l'angoisse d'abandon et les difficultés persistantes dans les relations interpersonnelles que l'on observe chez les borderlines. Par ailleurs, les symptômes du trouble bipolaire sont limités dans le temps, tandis que ceux du trouble de la personnalité borderline sont plus ou moins constants. Certains patients peuvent souffrir des deux troubles à la fois.

► État de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique peut être confondu avec le trouble de la personnalité borderline, d'autant plus que leur association est relativement fréquente. Cependant, l'état de stress post-traumatique est lié à un événement bien précis contrairement à la souffrance des borderlines.

► Autres personnalités pathologiques

Les borderlines peuvent avoir des traits de la personnalité paranoïaque. Toutefois, la méfiance du paranoïaque est constante et inébranlable, celle du borderline se dissipant assez rapidement, pour peu que l'autre se montre chaleureux et agréable. Par ailleurs, contrairement au borderline qui est hypersensible et vite débordé par les émotions fortes, le paranoïaque est rigide et froid.

Certaines caractéristiques sont communes aux personnalités borderlines et dépendantes. Toutefois, le dépendant est toujours soumis et conciliant par peur d'être critiqué ou abandonné, tandis que le borderline tolère mal sa dépendance à l'autre et met à l'épreuve son amour.

Comme le sujet présentant une personnalité évitante, le borderline éprouve souvent une angoisse intense dans les situations sociales, par crainte d'être critiqué ou rejeté. À la différence du sujet évitant, qui fuit systématiquement tous les contacts, le borderline s'isole rarement complètement.

Les réactions de rage ou de colère face aux critiques et à la désapprobation caractérisent aussi les personnalités narcissiques. Mais, contrairement au borderline qui se dévalorise, le narcissique est hautain, orgueilleux, vantard.

Les traits de personnalité histrionique, tels que l'hyperémotivité et la dramatisation, s'observent souvent chez les femmes borderlines. Toutefois, la haine de soi et l'autodestructivité sont nettement plus prononcées chez le borderline.

L'impulsivité, les accès de colère, l'abus de drogues et d'alcool caractérisent aussi bien la personnalité borderline que la personnalité antisociale (psychopathie). Cependant, à la différence du sujet borderline qui est hyperémotif, le psychopathe se montre complètement indifférent à la souffrance de l'autre. Chez l'homme, les traits du trouble de la personnalité borderline sont souvent associés aux traits de personnalité antisociale.

ÉTIOLOGIE

Les études longitudinales ont montré que le TPB se caractérise par deux types de symptômes : les symptômes transitoires (conduites impulsives et expériences dissociatives) et les symptômes chroniques (peur de l'abandon, dépendance affective). Les symptômes transitoires surviennent lors des périodes de crises. Les symptômes plus stables relèveraient du tempérament (base biologique de la personnalité). Cela a conduit à élaborer une hypothèse étiologique selon laquelle les borderlines se caractériseraient par une vulnérabilité émotionnelle de nature biologique sur laquelle la survenue d'expériences traumatiques précoces et répétées favoriserait le développement du trouble de la personnalité borderline (Leichsenring *et al.*, 2011).

► Causes biologiques

Des prédispositions génétiques à certaines anomalies observées dans le trouble borderline sont probables, notamment l'impulsivité, laquelle est en lien avec les circuits neuronaux sérotoninergiques.

Les principales anomalies retrouvées lors des études d'imagerie menées dans le TPB concernent le système limbique, dont les relations avec les structures corticales sont perturbées : l'hyperréactivité émotionnelle est plus marquée chez les sujets atteints de trouble de la personnalité borderline lorsque ceux-ci sont placés dans un environnement hostile ou négatif, ce qui est interprété comme une absence de contrôle cognitif des émotions.

► Causes psychosociales

De nombreuses études rétrospectives ont retrouvé une fréquence élevée de mauvais traitements répétés et prolongés (abus sexuel ou maltraitance psychologique) dans l'enfance des sujets atteints d'un trouble de la personnalité borderline. Il peut s'agir aussi de négligence lorsque les désirs et les souhaits du nourrisson ou du petit enfant ne sont pas pris en compte. Il peut s'agir enfin de violences verbales ou physiques.

La crainte de l'abandon des borderlines est liée à des séparations ou à des négligences affectives précoces de la part de l'un des parents. L'angoisse de l'abandon peut aussi être due à l'attitude de la mère, qui mettrait en échec toute tentative d'autonomisation et d'individuation de

son enfant, en étant soit trop proche, envahissante et intrusive (à cause de sa propre peur de l'abandon), soit trop distante, voire rejetante (en raison de sa propre peur du rapprochement affectif), soit les deux à la fois (mère imprévisible).

TRAITEMENT

► Psychothérapies

Il a été démontré que les symptômes et le risque suicidaire diminuaient fortement dès qu'une alliance thérapeutique solide avait été établie avec un psychothérapeute. Un traitement de plusieurs années est nécessaire pour parvenir à un changement profond, notamment dans le domaine des relations interpersonnelles.

Plusieurs méthodes psychothérapeutiques ont été créées pour le traitement du TPB. Les plus connues sont la thérapie centrée sur le transfert (Kernberg, 1968), la thérapie basée sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 2006), toutes deux de type psychanalytique, la thérapie dialectique comportementale (Linehan, 1993) et la thérapie des schémas (Young, 2003), toutes deux de type cognitivo-comportemental. Elles ont fait la preuve de leur efficacité (Zanarini, 2009), mais sont difficiles à mettre en œuvre, car le nombre de thérapeutes formés à ces méthodes est réduit. Une approche plus pragmatique dérivée de certains des principes appliqués dans les méthodes spécifiques a montré également son efficacité (Gunderson, 2011).

► Traitements médicamenteux

La prescription médicamenteuse fait partie de la prise en charge globale, en prenant aussi en considération les comorbidités, mais son impact est limité. Tous les psychotropes peuvent à un moment ou à un autre trouver une utilité dans le trouble de la personnalité borderline. Plusieurs études médicamenteuses, mais finalement en nombre peu élevé, ont été menées de façon plus ou moins rigoureuse dans le trouble de la personnalité borderline (Stoffers *et al.*, 2010). Il en ressort des résultats favorables principalement pour les antipsychotiques de deuxième génération et les thymorégulateurs.

La plupart des patients atteints de troubles de la personnalité borderline reçoivent plusieurs psychotropes, ce qui peut constituer un

aveu d'inefficacité, ou au contraire témoigner de la difficulté à aider ces patients. Il faut surtout savoir arrêter les traitements se révélant inefficaces plutôt que de les empiler.

CONCLUSION

Caractérisé principalement par l'instabilité affective et l'impulsivité, le trouble de la personnalité borderline est fréquent (entre 0,5 % et 6 % de la population). Poser le diagnostic apporte souvent un grand soulagement aux patients et leur entourage. Le pronostic à court terme est lié au risque suicidaire élevé. À long terme, l'évolution est plutôt favorable, surtout si une prise en charge psychothérapeutique arrive à se mettre en place.

BIBLIOGRAPHIE

BASSETT D. (2012). « Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre ? A review », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 327-339.

BATEMAN A., FONAGY P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder : A Practical Guide*, New York, Oxford University Press.

BERGERET J. (1975). *La Dépression et les états limites*, Paris, Payot.

GRANGER B., KARAKLIC D. (2012). *Les Borderlines*, Paris, Odile Jacob.

GUNDERSON J. G., KOLB J. E., AUSTIN V. (1981), « The diagnostic interview for borderline patients », *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.

GUNDERSON J. G. (2011), « Borderline Personality Disorder », *New England Journal of Medicine*, 364, 2037-2042.

KERNBERG O. F. (1967), « Borderline Personality Organization », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.

KERNBERG O. (1968), « The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization », *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 600-619.

LEICHSENRING F., LEIBING E., KRUSE J., NEW A.S., LEWEKE F. (2011), « Borderline personality disorder », *Lancet*, 377, 74-84.

LINEHAN M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, The Guilford Press.

OLDHAM J. M. (2006). « Borderline Personality Disorder and Suicidality », *American Journal of Psychiatry*, 163, 20-26.

STERN A. (1938). « Psychoanalytical Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neurosis », *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.

STOFFERS J. M., VÖLLM B. A., RÜCKERT G., TIMMER A., HUBAND N., LIEB K. (2010). « Pharmacological interventions for borderline personality disorder » (Electronic version), *The Cochrane Library*, 6.

YOUNG J. E., KLOSKE J. S., WEISHAAR M. E. (2003). *Schema Therapy : A Practitioner Guide*, New York, The Guilford Press.

ZANARINI M. C., GUNDERSON J. G., FRANKENBURG F. R., CHAUNCEY D. L. (1989). « The Revised Diagnostic Interview for Borderlines : Discriminating BPD from other Axis II Disorders », *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.

ZANARINI M. C., FRANKENBURG F. R., DUBO E. D. *et al.* (1998). « Axis I Comorbidity of borderline personality disorder », *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.

ZANARINI M. C., FRANKENBURG F. R., HENNEN J. *et al.* (2006). « Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder », *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-32.

ZANARINI M. C. (2009). « Psychotherapy of borderline personality disorder », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 373-377.

ZANARINI M. C., FRANKENBURG F. R., REICH D. B., FITZMAURICE G. (2010). « Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery : a 10-year prospective follow-up study », *American Journal of Psychiatry*, 167, 663-667.

Chapitre 3

De la personnalité antisociale à la psychopathie

Michel Bénézech, Patrick Le Bihan

INTRODUCTION

Le trouble de la personnalité antisociale (TPAS) n'est-il pas simplement la condition « naturelle » de l'humain mû par ses instincts ? Ne confondons-nous pas ledit TPAS des classifications internationales avec la classique « psychopathie » des auteurs européens ? La réponse à ces interrogations n'est pas simple. On trouvera son approche détaillée dans notre récent article de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie* (Bénézech, Le Bihan, 2012) que nous résumons ici.

► Classification

La CIM-10 (1992) range la « personnalité dyssociale » (F60.2) dans les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60 à F69) et plus précisément dans la catégorie des troubles spécifiques de la personnalité (F60). Cette dernière concerne « les perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. » Il est ensuite précisé que ces perturbations apparaissent habituellement durant l'enfance ou

l'adolescence et qu'elles persistent pendant tout l'âge adulte (OMS, 1994).

Le DSM-IV-TR (2000) situe pour sa part le trouble de la personnalité antisociale (F60.2 [301.7]) dans le groupe B des troubles de la personnalité qui comprend en outre les personnalités borderline, histrionique et narcissique. Là encore, les notions de précocité, de sévérité et de durée du trouble sont présentes. Il s'agit d'un « mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte. Ce tableau a aussi été nommé psychopathie, sociopathie ou personnalité dyssociale » (APA, 2003).

Les propositions de révision (DSM-V) des troubles de la personnalité retiendraient pour le trouble de la personnalité antisociale (*antisocial personality disorder*, *dyssocial personality disorder*) les mêmes critères répertoriés en cinq rubriques :

- A. Perturbations significatives dans le fonctionnement de la personnalité ;
- B. Traits de personnalité pathologiques ;
- C. Perturbations relativement stables dans le temps et les circonstances ;
- D. Perturbations considérés comme anormales dans la période de développement de l'individu ou dans l'environnement socio-culturel ;
- E. Ces perturbations ne sont pas dues à l'effet physiologique d'une substance (drogue, abus de médicament) ou à une affection médicale générale (traumatisme crânien grave).

► Épidémiologie

Selon les pays, les variations culturelles et les critères diagnostiques, la prévalence globale dans la population générale serait de l'ordre de 3 % chez l'homme et de 1 % chez la femme (APA, 2003 ; Debray, Nollet, 2008 ; HAS, 2006 ; Moran, 1999 ; *NICE Clinical Guideline*, 2009 ; Sperry, 2003). Côté *et al.* (2000), dans une revue d'ensemble sur les travaux utilisant l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R) obtiennent les résultats suivants : chez les détenus masculins, les taux de prévalence se situent entre 3 % et 39,2 % alors que chez les femmes détenues les chiffres varient de 11 % à 37,5 % (rares études sur des échantillons restreints) ; chez les pédophiles et délinquants sexuels non violeurs, les taux s'échelonnent de 3 % à 15 % mais chez les violeurs ils se situent entre 35 % et 77 % ; dans le groupe hétérogène des toxicomanes,

les chiffres pour les deux sexes vont de 23,3 % à 40,1 %. Parmi les populations de patients atteints de troubles psychiatriques graves, la prévalence varie de 0 % à 13 %, les chiffres les plus élevés concernant les hommes schizophrènes (26,1 %). Une proportion encore plus importante est retrouvée chez les détenus en utilisant les critères DSM ou CIM (70 %) (Côté, Hodgins, Toupin, 2000). Quoi qu'il en soit, le sexe masculin est prévalent dans toutes les recherches.

► Clinique

Ici commencent les difficultés majeures selon la définition, la place et l'approche structurale que l'on donne au trouble de la personnalité antisociale. Nous allons progresser du plus simple au plus complexe, du plus restreint au plus général, du presque normal au plus pathologique.

LE STYLE DE PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

Sperry (2003) fait une intéressante distinction entre style et trouble de la personnalité antisociale. Pour cet auteur, les personnalités antisociales forment un continuum du normal (*healthy*) au pathologique, le style de personnalité antisociale se situant à la fin de la normalité alors que le trouble de la personnalité antisociale est placé à la fin de la pathologie (Sperry, 2003).

► La personnalité criminelle

Pinatel (1963) émet l'hypothèse d'un noyau central de la personnalité criminelle constituée de quatre traits psychologiques. Pour cet auteur, la nature de ces facteurs est commune aux non-délinquants et aux délinquants, mais leur niveau quantitatif est plus élevé chez ces derniers où ils dominent la personnalité et engagent le comportement antisocial. Ces éléments sont les suivants : l'égoïsme, la labilité ou instabilité des affects et du comportement, l'agressivité, l'indifférence affective ou insensibilité à la souffrance d'autrui et absence de culpabilité (Pinatel, 1963).

► La personnalité antisociale

Si le modèle proposé par Pinatel ne fait appel qu'à l'augmentation quantitative de quatre traits psychologiques, sans référence à un trouble mental identifié et reconnu, le trouble de la personnalité antisociale décrit dans les classifications internationales (APA, 2003 ; OMS, 1994) constitue une pathologie de la personnalité. Cet état touche majoritairement le sexe masculin, concerne l'adulte, reste stable au cours de la vie et est généralement précédé d'un trouble des conduites dans l'enfance.

Ses caractéristiques comportementales principales peuvent être résumées comme suit :

- mépris des normes légales et des obligations sociales ;
- mépris des droits et de la sécurité des autres ;
- transgressions multiples ;
- inconséquence, irresponsabilité, incapacité à maintenir les engagements ;
- inamendabilité malgré les expériences vécues et les sanctions pénales.

Ses caractéristiques psychopathologiques principales sont les suivantes :

- indifférence froide pour autrui ;
- tendance au mensonge, à la manipulation et à la tromperie ;
- faible tolérance à la frustration, irritabilité, impulsivité, agressivité, violence ;
- instabilité affective et professionnelle ;
- absence de culpabilité vécue avec minimisation des conséquences des actes et tendance à rejeter la faute sur les victimes ou la collectivité.

► La personnalité psychopathique

Gayral (1974), citant Borel, en donne le tableau synthétique suivant :

« Le début est précoce, visible dès l'adolescence, impulsivité, instabilité générale : motrice, des sentiments, de profession, de buts, labilité émotionnelle, immédiatisme de la satisfaction hédonique, tendance à la délinquance sous toutes formes, à l'alcoolisme, à la toxicomanie, absence de persévérance, de profondeur de réflexion, mauvaise tolérance à la frustration, crises de dépression et suicide impulsif, immoralité sexuelle, mépris des usages ; l'évolution est continue et indéfinie, irréductibilité des troubles et des tendances, inefficacité des essais de rééducation. Il y

a des degrés, forme simple ou mentalité subnormale, formes agitées et formes passives, formes graves avec troubles importants du comportement et délinquance majeure, épisodes psychotiques » (Gayral, 1974).

À lire ce tableau clinique traditionnel, on ne peut que s'étonner du nombre de symptômes partagés avec la « personnalité émotionnellement labile », à la fois dans ses types impulsifs et borderline, de la CIM-10 (F60.3) et avec la « personnalité borderline » du DSM-IV-TR (F60.31 [301.83]). Ces éléments communs sont : humeur dysphorique, périodes anxieuses, instabilité affective, explosions émotionnelles avec colères intenses inadaptées, comportement impulsif et querelleur, conduites dangereuses, relations conflictuelles et manipulatrices avec les autres, tendances autodestructrices, moments délirants. Selon l'expérience des psychiatres européens, la psychopathie, au sens fort du terme, est donc l'association de traits de personnalité antisociale et de traits de personnalité borderline des classifications internationales. Une personne délinquante diagnostiquée comme psychopathe présente nécessairement une personnalité antisociale, alors que l'inverse n'est pas systématique. La psychopathie se présente donc comme la forme clinique la plus sévère et la plus pathologique du trouble de la personnalité antisociale. Ce continuum entre trouble de la personnalité antisociale et psychopathie est maintenant accepté sur le plan international (Coid, Ullrich, 2010 ; NICE Clinical Guideline, 2009 ; Understanding NICE Guidance, 2009).

RELATIONS INTERPERSONNELLES

Il faut d'abord préciser que tous les « psychopathes » ne sont pas des criminels inadaptés. Parmi les plus intelligents et les moins gravement atteints, quelques-uns parviennent à une insertion sociale réelle, à satisfaire aux obligations collectives, pouvant même obtenir des emplois publics, des mandats électoraux, des positions de leadership (*successful psychopaths*). Nous exposerons ci-dessous les relations interpersonnelles des psychopathes antisociaux ordinaires (*unsuccessful psychopaths*).

► Style émotionnel et relationnel

Il peut être extrêmement variable chez la personne à expression psychopathique selon les situations, l'humeur du moment et la prise de toxiques (alcoolisation) : tantôt enjôleur, souriant, séducteur, agréable, manipulateur, tantôt jouissif dédaigneux, tantôt indifférent, froid, superficiel, tantôt méprisant et rejetant, tantôt dépressif, morose, désintéressé,

ennuyeux, tantôt hostile, vindicatif, récriminateur, tantôt agressif, menaçant, coléreux, exalté, cyclothymique, hyper-expressif, tantôt pseudo-repentant avec remords peu sincères. Il est classique de souligner la facilité de contact des psychopathes et l'importance des attitudes de surcompensation et d'affirmation.

► Perception de soi

Foncièrement insécure, immature et anxieux, en dépit d'attitudes volontaristes, provocatrices et de bravades, le psychopathe se veut fort, compétitif, courageux, hors des sentiers battus, s'affirmant sans répit dans la domination et l'action. Contrairement à l'affirmation qui prétend que, à l'exemple du pervers, le psychopathe ne souffre pas, se contentant de faire souffrir les autres, son éprouvé personnel est souvent douloureux devant l'échec de sa vie sentimentale et de ses entreprises, de sa propre violence et son incapacité à la comprendre et à y faire face. Sa revendication affective n'est pas exprimée comme telle, car il la ressentirait comme une faiblesse. Elle ne se traduit que sous la forme d'une exigence agressive.

► Perception d'autrui

Même s'il se présente sous un aspect sympathique et inoffensif, le psychopathe cherche toujours à exploiter les faiblesses des autres personnes qu'il considère comme à sa disposition pécuniaire ou sexuelle. C'est finalement un prédateur utilitariste par surcompensation qui recherche avant tout pouvoir, plaisir et réassurance. Méfiant et calculateur, manquant d'empathie, la souffrance de ses victimes lui est généralement indifférente. Ses remords sont habituellement peu sincères et de courte durée, exprimés du bout des lèvres, et destinés à tromper les représentants du système répressif (police, justice).

► Gestion du comportement

En général, le déficit de l'élaboration verbale et de la pensée, la pauvreté de la fantasmatisation non agie rend les psychopathes incapables de gérer correctement leurs émotions et leurs besoins, d'où des mouvements d'humeur et des passages à l'acte brusques souvent inadaptés. Impatients, ne pouvant différer leurs désirs, ils vivent dans le présent immédiat, sans compromis ni inhibitions. Ne tirant de leurs actes et des sanctions qui

les frappent aucune conclusion raisonnable, ils répètent inlassablement les mêmes erreurs, témoignant ainsi de leur irresponsabilité et de leur inamendabilité. Sur le plan interpersonnel, ils oscillent volontiers entre l'angoisse de séparation ou d'abandon et celle de fusion, d'intrusion étrangère.

ÉVOLUTION NATURELLE

On sait empiriquement que la psychopathie évolue spontanément dans le temps vers une sédation des troubles du caractère et des manifestations criminelles. Le vieillissement naturel, souvent perceptible dès la fin de la trentaine, entraîne une diminution progressive des conduites dangereuses pour autrui et eux-mêmes et donc du risque important de surmortalité par suicide, rixe, accident, complications liées aux addictions et aux comportements à risque. Il s'agirait davantage d'une diminution de l'énergie que d'un changement de structure de la personnalité. L'âge, le mariage, l'activité professionnelle sont des éléments favorables. La maturité venant, les survivants se « rangent » dans des situations précaires ou sont assistés en foyers d'hébergement. La gravité du pronostic à long terme du trouble de la personnalité antisociale semble en relation positive avec la sévérité initiale du tableau diagnostique (Black, Monahan, Baumgard, Bell, 1997).

DIAGNOSTIC POSITIF

Comme dans l'ensemble de la pathologie mentale, plusieurs sources d'information sont utiles pour établir le diagnostic et la prise en charge du trouble de la personnalité antisociale. L'observation, l'information collatérale et les tests mentaux sont importants pour compléter et vérifier les données rapportées par le sujet. Pour porter le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale, le DSM-IV-TR se contente de trois manifestations du critère A chez un sujet d'au moins 18 ans (critère B), ayant manifesté un trouble des conduites avant l'âge de 15 ans (critère C), son comportement antisocial ne survenant pas « exclusivement » au cours de l'évolution d'une schizophrénie ou d'un épisode maniaque (critère D) (APA, 2003). En fait, le diagnostic clinique se fait avant tout sur le parcours biographique, le *modus vivendi* singulier, la relation prédatrice à autrui, tout ce qui construit l'existence particulière de l'adulte organisé sur le mode psychopathique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

► Normalité

Chez un adolescent ou un adulte, toute action paraissant de nature psychopathique ne relève pas obligatoirement d'un déséquilibre de la personnalité. Certains traits de comportement (par exemple, braver les limites) de l'adolescent non pathologique en crise juvénile peuvent ressembler à ceux décrits dans l'organisation psychopathique. Un facteur de stress important, une injustice grave, un accident physique ou mental peuvent entraîner occasionnellement une conduite délinquante réactionnelle plus ou moins sérieuse chez une personne jusqu'alors bien adaptée socialement et sans antécédents psychiatriques et judiciaires.

► Comportement antisocial répétitif de l'adulte

Les adultes exempts de troubles mentaux, ou qui ne remplissent pas tous les critères de la personnalité antisociale, peuvent avoir une activité criminelle régulière, soit comme activité principale (professionnels qui vivent exclusivement du crime), soit comme activité secondaire.

► Trouble des conduites

Dans les deux classifications internationales, ce diagnostic ne peut être porté que chez le mineur de 18 ans. Son début précoce pendant l'enfance et sa sévérité augmentent le risque d'évolution vers un TPAS ou d'autres troubles mentaux (APA, 2003).

► Trouble oppositionnel avec provocation

Pour la CIM-10 (F91.3), il s'agit d'un trouble des conduites se manifestant habituellement chez les jeunes enfants et se caractérisant essentiellement par un comportement « provocateur, désobéissant ou perturbateur et non accompagné de comportements délictueux ou de conduites agressives ou dyssociales graves ». Le DSM-IV-TR (F91.3 [313.81]) précise que dans le trouble oppositionnel l'agressivité de l'enfant envers les adultes ou ses pairs est verbale, sans violence physique, contrairement au trouble des conduites.

► Trouble déficit de l'attention/hyperactivité

Ce trouble, associé fréquemment chez l'enfant avec un trouble oppositionnel ou un trouble des conduites, peut persister jusqu'au milieu de l'âge adulte. Le type hyperactivité-impulsivité prédominante (F90.0 [314.01]) semble plus souvent associé avec d'autres troubles mentaux. La CIM-10 signale que les troubles hyperkinétiques peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

► Trouble explosif intermittent

Ce trouble du contrôle des impulsions (F63.8 [312.34]), non secondaire à un autre syndrome psychiatrique reconnu, doit être différencié tout particulièrement du trouble de la personnalité antisociale. En effet, les attaques impulsives intenses et inadaptées, à l'origine de voies de fait graves ou de destruction de biens, peuvent parfois être accompagnées, entre les explosions de violence, de signes d'agressivité, d'impulsivité, d'un vécu chronique de colère et d'épisodes agressifs « infraliminaux ». Nous sommes ici dans la catégorie peu étudiée des colères pathologiques (Bénézech, 1998).

► Autres troubles de la personnalité

Les troubles caractériels et les comportements antisociaux se rencontrent préférentiellement dans la personnalité borderline du DSM et la personnalité émotionnellement labile, type impulsif ou borderline, de la CIM. Nous avons vu que le psychopathe présentait des traits borderline, le classement dans l'un ou l'autre de ces troubles de la personnalité dépendant beaucoup de l'intensité des symptômes et de la nature de la délinquance, théoriquement plus organisée et utilitaire dans le TPAS où l'exploitation d'autrui fait partie du mode de vie.

► Héroïdophrénie

Les auteurs anciens insistaient sur une présentation « pseudo-psychopathique » de la schizophrénie, l'héroïdophrénie se définissant comme une forme mineure d'hébéphrénie dans laquelle le patient est incapable de s'adapter à une vie sociale et productive. Cette « psychopathie schizoïde », au caractère dissonant, froid, bizarre,

s'oppose au caractère réactionnel, cathartique et intentionnel du comportement psychopathique.

► Psychoses et troubles de l'humeur

Il est bien évident que, par définition, le diagnostic de TPAS ne peut être porté devant un acte criminel qui survient « exclusivement » au cours de l'évolution d'un état psychotique aigu ou chronique, d'un épisode maniaque ou d'une maladie dépressive. La maladie bipolaire, accompagnée de manifestations antisociales, peut être provisoirement confondue avec un trouble de la personnalité antisociale. On peut encore évoquer les troubles schizophréniques à comportement psychopathique, ce dernier intervenant à la fois comme masque et comme forme de stabilisation de la psychose (Duval, 1994). Il en est de même pour divers troubles de l'humeur à expressions psychopathiques : formes atténuées ou atypiques de BP II, états mixtes, dépressions masquées ou agitées, trouble dysthymique ou cyclothymique (Meynard, Delaunay, 1997).

COMORBIDITÉ ET TROUBLES ASSOCIÉS

La classification catégorielle du DSM-IV-TR permet de porter simultanément plus d'un diagnostic de trouble de la personnalité à condition que les critères soient remplis pour chacun des diagnostics retenus. Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale ont souvent des caractéristiques d'autres troubles de la personnalité (schizoïde, borderline, histrionique, narcissique, paranoïaque) et nous répétons que la personnalité psychopathique classique englobe les traits de la personnalité borderline. Le trouble de la personnalité antisociale peut être associé à des troubles anxieux, de l'humeur, de somatisation (hypocondrie), factices ou du contrôle des impulsions (jeu pathologique par exemple) (APA, 2003). L'association à des troubles liés à la consommation de substances psychoactives est classique et fréquente. Rappelons en particulier l'alcool-dépendance d'installation rapide, les ivresses pathologiques, les bouffées psychotiques.

Le trouble de la personnalité antisociale (axe II) est souvent comorbide chez les schizophrènes paranoïdes ou dysthymiques violents (axe I). Ses caractéristiques cliniques ou celles du trouble des conduites précèdent alors l'apparition des symptômes psychotiques (Nolan, Volavka, Mohr, Czobor, 1999). Son association est connue avec les paraphilies et plus particulièrement le sadisme sexuel. La comorbidité avec le retard

mental (axe II) donne au comportement psychopathique un caractère peu élaboré, plus impulsif et instinctuel, de nature essentiellement sexuelle ou agressive : exhibitionnisme, abus sexuel d'enfants, viols, incendies volontaires.

ÉTIOPATHOGÉNIE, PSYCHOPATHOLOGIE

► Approche génétique

Comme pour d'autres troubles de la personnalité, les études familiales et génétiques montrent que le risque de trouble de la personnalité antisociale est significativement plus élevé chez les enfants de parents de premier rang souffrant de ce même trouble, ce qui souligne l'importance des facteurs biologiques et environnementaux (Bénézech, 1981 ; Brenann, Raine, 1997 ; Mednick, Christiansen, 1977 ; Meloy, 2000 ; Raine, Brenann, Farrington, Mednick, 1997 ; Wilson, Herrnstein, 1985). Si les enfants adoptés ressemblent davantage à leurs parents biologiques qu'à leurs parents adoptifs, l'environnement de la famille adoptive influence le risque de trouble de la personnalité antisociale ou des troubles mentaux associés (APA, 2003). La revue de Gottesman et Goldsmith (1994) sur sept études de jumeaux montre que les monozygotes ont un taux de concordance de trouble de la personnalité antisociale égal à 51,5 % contre 23,1 % chez les hétérozygotes (Gottesman, Goldsmith, 1994).

► Approche neurophysiologique

● *La faible réactivité du système nerveux autonome*

Un certain nombre de travaux révèlent que les psychopathes violents présentent quatre caractéristiques psychophysiologiques originales les différenciant statistiquement des groupes témoins non délinquants (Bénézech, 1981 ; Brenann, Raine, 1997 ; Mednick, Christiansen, 1977 ; Meloy, 2000 ; Raine, Brenann, Farrington, Mednick, 1997 ; Wilson, Herrnstein, 1985) :

- ils paraissent avoir un niveau cortical d'éveil plus bas, ce qui explique leur besoin anormal de stimulation externe avec diminution de la réactivité aux stimuli aversifs ;
- ils sont davantage extravertis et de ce fait auraient un seuil de douleur plus élevé et surtout un niveau de conditionnement plus bas. Extraversion, activité basale et réactivité autonomes faibles expliqueraient une

hyporéactivité à la peur qui gênerait l'apprentissage de l'inhibition anxieuse de la réponse agressive, c'est-à-dire l'anticipation des conséquences négatives, et qui perturberait donc la sociabilité par carence de l'acquisition des interdits collectifs ;

- ils sont plus impulsifs, l'impulsivité dépendant de leur faible conditionnabilité mais aussi de la faiblesse de l'intelligence verbale (QI performance plus élevé), du langage et du monologue intérieur ;
- ils sont souvent anxieux, irritables, susceptibles.

● *Les anomalies cérébrales*

Signalons simplement que les recherches récentes mettent en évidence une réduction fonctionnelle et structurale du cortex orbitofrontal, un dysfonctionnement de l'amygdale et de l'insula et une baisse de l'amplitude du potentiel évoqué. Par ailleurs, certains gènes associés au TPAS interviendraient dans la régulation de la dopamine, de la sérotonine et de la monoamine-oxydase. Il résulte de l'ensemble de ces études que des déficits anatomiques et physiologiques de l'auto-régulation de l'émotivité et de la cognition dès la première enfance sont des facteurs de risque importants dans le développement futur d'un comportement antisocial. Les psychopathes adaptés non délinquants pourraient ne pas présenter ou pourraient compenser ces perturbations neurobiologiques (Gao, Raine, 2010).

► **Approche psychosociale**

L'existence d'une criminalité chez l'un des parents, particulièrement le père, représente pour l'enfant mâle un facteur de risque majeur par les facteurs héréditaires, les carences affectives et éducatives et les conduites d'identification et d'imitation qui résultent de cette situation. Le sociopathe est en effet très souvent issu d'un milieu brisé et/ou abusif. L'absence prolongée ou la mort d'un parent, les troubles mentaux, l'alcoolisme et les autres conduites addictives, l'asociabilité, la faible verbalisation, l'inattention aux besoins et aux signes de souffrance psychique de l'enfant, la violence psychologique ou physique dans la famille, le foyer dissocié ou hostile, le divorce, la fratrie importante, la mère très jeune, rejetante ou surprotectrice, la discipline sévère ou irrégulière, l'incohérence éducative, le manque de supervision parentale et l'absence de réaction adaptée de l'environnement qui n'arrive pas à poser des limites, la séparation prématurée, l'abandon de l'enfant aux services sociaux, les placements multiples en institutions publiques

ou en familles d'accueil sont des facteurs de vulnérabilité rencontrés habituellement dans l'enfance des psychopathes.

Des conditions comme les crises économiques, la pauvreté, l'habitat précaire et insalubre dans les grandes cités ou les zones dangereuses, l'inactivité des parents, les mauvais résultats et l'échec scolaire, l'absence de qualification professionnelle, le célibat, le chômage, la fréquentation de pairs délinquants sont classiquement répertoriées pour favoriser la déviance sociale en association avec les éléments héréditaires et environnementaux des psychopathes. La probabilité de conduite criminelle est d'autant plus élevée que les facteurs de risque sont nombreux, que l'exposition est plus forte et qu'elle touche plusieurs cadres de vie (maison, école, rue) (Blatier, 2011).

► Approche psychanalytique

Dans son remarquable traité, Meloy (1988) indique d'emblée que la recherche clinique conforte l'hypothèse que l'organisation psychopathique de la personnalité est un sous-type du trouble de la personnalité narcissique, dont elle représente une variante extrême et dangereuse. La maltraitance physique et émotionnelle retrouvée dans l'histoire des psychopathes serait comparable à « une naissance psychologique prématurée ». Schématiquement, l'abus ou la négligence parentales entraîneraient :

- une séparation anormalement précoce d'avec la mère, l'enfant éprouvant trop tôt et trop brutalement « le sentiment d'être deux ». Cette expérience traumatisante serait la cause d'une coquille narcissique protectrice, qui précéderait une structure de caractère phallo-narcissique (puissance, contrôle), et d'une méfiance envers l'environnement ;
- des défauts d'internalisation se traduisant par une pauvreté des identifications profondes et inconscientes avec la figure parentale primaire et avec les modèles sociaux, culturels et humains. Il en résulterait une carence d'intégration et de structuration modulée du surmoi, une absence de refoulement, une altération de la capacité d'empathie avec impossibilité de s'identifier spontanément au malheur d'autrui ;
- l'identification de l'enfant au parent narcissique et agressif et son internalisation dans la structure grandiose du soi comme « objet-soi étranger » ;
- l'échec de la constance de l'objet, source d'insécurité affective, et un attachement narcissique primaire à la structure grandiose du soi ;

- des états « d'être en relation » activement recherchés sur un mode agressif et sexuel sadomasochiste auprès d'objets réels, dans le but de découvrir enfin l'objet constant qui se dérobe. La carence de structure inhibitrice interne appropriée laisserait ainsi s'exprimer les pulsions agressives et sexuelles primitives (Meloy, 2000).

Meloy remarque que la fréquence des traits hystériques chez les antisociaux est connue depuis longtemps, ces derniers pouvant présenter des conversions hystériques et des troubles de somatisation. Il précise qu'il lui est « extrêmement difficile » de situer un caractère psychopathique à un niveau névrotique d'organisation du fait des carences du surmoi et de la structure grandiose du soi. Le patient psychopathe, lorsqu'il est organisé à un niveau psychotique de la personnalité, se présente le plus souvent sur le plan diagnostique comme un schizophrène paranoïde avec une personnalité antisociale ou comme un bipolaire atypique avec le même trouble de la personnalité. La paranoïa (au sens de défense contre l'angoisse prédatrice) et la manie (au sens de triomphe prédateur) paraissent à cet auteur les voies caractéristiques de l'expression psychotique du processus psychopathique (Meloy, 2000).

► Approche cognitive

La personne à expression psychopathique se caractérise par un ensemble de pensées automatiques, de distorsions cognitives et de schémas inadaptés (Debray, Nollet, 2008). Beck et Freeman (1990) proposent trois catégories de croyances de base propres au trouble de la personnalité antisociale. Premièrement, à propos de l'affirmation de soi : « je dois être sur mes gardes » ; « si je ne pousse pas les autres, les autres me pousseront » ; « j'ai été traité de façon désagréable et j'obtiendrai ce qui me revient » ; « si je veux quelque chose, je l'obtiendrai par n'importe quel moyen ». Deuxièmement, en matière de morale : « nous sommes dans la jungle et ce sont les plus forts qui survivront » ; « il n'est pas important de tenir ses promesses et d'honorer ses dettes » ; « il faut être astucieux, c'est la meilleure manière d'obtenir ce que l'on veut ». Troisièmement, en ce qui concerne autrui : « ce que les autres pensent de moi n'a guère d'importance » ; « si les autres ne sont pas capables de se défendre, c'est leur problème » (Beck, Freeman, 1990).

D'autres schémas cognitifs centraux du trouble de la personnalité antisociale, hérités des expériences familiales négatives, sont proposés : « la fin justifie les moyens » ; « c'est un monde où le loup mange le loup » ; « vous devez être fort et rusé pour survivre » ; « je suis malin et

j'ai le droit d'obtenir ce que je veux » ; « la vie est tortueuse et hostile et les règles m'empêchent de satisfaire mes besoins. Par conséquent je vais les contourner ou les violer parce que mes besoins arrivent en premier et je vais me défendre contre toute action visant à me contrôler ou m'abaisser » (Sperry, 2003).

ÉVALUATION

► Clinique

Pour évaluer le risque de violence, le *NICE Guidance* précise qu'il est indispensable d'envisager de façon détaillée :

- la violence actuelle et passée, incluant la sévérité, les circonstances, les facteurs précipitants et les victimes ;
- les contacts avec le système de justice pénale, incluant les condamnations et les périodes d'incarcération ;
- la présence de troubles mentaux comorbides et/ou de l'usage de substances ;
- les facteurs de stress actuels, les relations interpersonnelles et les événements de vie ;
- les informations recueillies dans les dossiers ou auprès des familles et intervenants sociaux (*NICE Clinical Guideline*, 2009).

► Instrumentale

L'échelle de psychopathie de Hare ou *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) a été développée par cet auteur depuis 1991. Une seconde édition a été publiée en 2003 (Hare, 2003). Il s'agit au départ d'un outil de mesure de la psychopathie dont le score a été intégré au cours des années dans différentes échelles de mesure du risque de récurrence (VRAG, HCR-20). Utilisée seule, cette échelle de vingt items est maintenant reconnue pour sa valeur évaluative de la dangerosité et prédictive de la récurrence générale et violente (Niveau, 2011). Il en existe une version française validée (Pham, 1998). On la renseigne à partir des dossiers sociaux, cliniques et institutionnels ainsi que d'entretiens semi-structurés. Une version abrégée (*Screening Version*) est disponible (PCL : SV) (Hart, Cox, Hare, 1995) ainsi qu'une version applicable aux jeunes adultes et aux adolescents (*Youth version*) ou PCL : YV (Forth, Kosson, Hare, 2003).

D'autres instruments psychologiques peuvent être utilisés pour aider à porter le diagnostic de psychopathie. Au *Minnesota Multiphase Personality Inventory* (MMPI-2), le profil 4-9 ou 9-4 (Psychopathie-Hypomanie) est considéré comme classique dans le TPAS. Au *Thematic Apperception Test* (TAT), les récits sont souvent immatures et puérils, généralement sans mention des conséquences négatives des mauvaises actions des personnages. Au test de Rorschach, les sujets antisociaux tendent à donner un nombre faible ou moyen de réponses. Il existe souvent une réaction différée aux cartes de couleur mais ils peuvent aussi produire des réponses C (Couleur pure) de façon impulsive. Ils tendent à donner un nombre élevé de réponses A (Animal), avec des contenus à valence agressive, et P (Popular) ou banales et un faible nombre de réponses M (Mouvement humain) et G (Globale).

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

► Considérations générales

Il existe un large consensus pour considérer le pronostic du trouble de la personnalité antisociale comme réservé. Classiquement, ces sujets ne sont pas intéressés par un traitement ou y sont réfractaires s'il leur est imposé par l'employeur, les proches ou les tribunaux. La demande initiale émane rarement du patient, mais plutôt de son entourage ou de la justice. L'alliance thérapeutique est difficile à établir avec ces sujets percevant l'approche psychologique comme menaçante (Fillieux, Godfroid, 2001). Selon Reid (2000), la plupart des publications soulignent l'intérêt de rechercher les pathologies associées, de traiter certains comportements spécifiques (abus de substances, violences), mais ont peu de choses à dire sur la thérapeutique du trouble de la personnalité antisociale sous-jacent en lui-même. À terme, les programmes de traitement les plus efficaces sont rigoureux, laissant peu de place à la souplesse thérapeutique, aux excuses et rationalisations des patients. Le trouble de la personnalité antisociale n'est pas un trouble dans lequel la personne doit guider son propre traitement, rendre si elle le peut les choses plus confortables, ce qui est presque toujours contre-thérapeutique. Il faut donc un protocole rigide, une supervision stricte de l'équipe soignante qui ne doit pas enfreindre les règles (Reid, Gacono, 2000).

Lors de la prise en charge des sujets présentant un trouble de la personnalité antisociale, il est nécessaire d'avoir conscience du risque et des conséquences possibles de leur manque de compliance, du taux élevé

de perdus de vue, du mésusage des traitements prescrits, des interactions entre médicaments mais aussi de ces derniers avec l'alcool et les drogues illicites. Les recommandations du *NICE* plaident pour un renforcement positif plutôt qu'une stratégie punitive pour amener le patient à s'engager dans un traitement et le poursuivre. Il est conseillé à l'équipe soignante d'envisager les options thérapeutiques dans une atmosphère d'espoir et d'optimisme, en expliquant que la guérison est possible. Il est souhaitable de construire une relation de confiance, de travailler de façon ouverte, engageante et sans jugement, en se montrant cohérent et fiable (*NICE Clinical Guideline*, 2009).

Salekin (2002), au travers d'une revue de quarante-deux études concernant le traitement de la psychopathie, montre le peu de base scientifique sur laquelle repose l'opinion qu'il s'agit d'un trouble sans traitement possible. Notons que la plupart des travaux repris dans cette méta-analyse sont à orientation psychodynamique et que les critères d'amélioration varient. Contrairement à bien d'autres données, cet auteur constate que quand la psychothérapie de groupe est associée à une psychothérapie individuelle, la proportion de patients améliorés est importante. De même, l'inclusion de membres de la famille dans les programmes de traitement augmente le pourcentage de patients s'améliorant (Salekin, 2002).

Du fait d'une importante comorbidité avec les autres troubles de la personnalité et les pathologies de l'axe I, le pronostic dépend du bon traitement des affections associées. La prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie, d'un état dépressif ou de troubles anxieux, est importante car ces pathologies comorbides peuvent exacerber les comportements antisociaux. L'usage de psychostimulants tels que la cocaïne, la désinhibition liée à l'alcool ou le *craving* lié au manque de substances doivent également être pris en considération car potentialisant les actes violents des personnalités antisociales (*NICE Clinical Guideline*, 2009). Quand un diagnostic de TPAS est fait, il est nécessaire de discuter ses implications, les risques associés et les possibilités de prise en charge avec la personne, sa famille ou les travailleurs sociaux lorsque c'est approprié, et l'équipe dont il relève. Il est indispensable de délivrer cette information et de clarifier les rôles et les tâches respectifs des services de santé, sociaux et judiciaires, avec une bonne articulation entre eux. Les soins doivent être centrés sur la personne, prenant en compte ses besoins et préférences dans la mesure du possible (*NICE clinical guideline*, 2009).

► Psychothérapie individuelle

● Approche psychodynamique

Le pessimisme semble largement partagé sur le fait qu'une psychothérapie dynamique puisse seule modifier une personnalité antisociale (Kaylor, 1999 ; Sperry, 2003). Placer ces sujets impulsifs dans une situation de frustration liée au cadre thérapeutique risque d'induire des passages à l'acte. Il s'agit pour certains d'une contre-indication à la psychanalyse (Fillieux, Godfroid, 2001). L'existence de traits narcissiques, d'une dépression majeure ou d'une souffrance authentique et sincère peuvent favoriser un abord psychothérapeutique. Cependant, le prédicteur le plus important pour le succès du traitement est l'aptitude à développer une alliance thérapeutique (Sperry, 2003).

● Approche cognitivo-comportementale

Les buts du traitement étant établis d'un commun accord, il est conseillé de se centrer sur des situations spécifiques en utilisant des stratégies comportementales ou de résolution de problème. Des stratégies de management de la colère ou du contrôle des impulsions peuvent être indiquées. Ces sujets étant alors plus aptes à contrôler leurs impulsions et anticiper les conséquences de leurs actes, la thérapie peut davantage se centrer sur les pensées automatiques et les schémas inadaptes sous-jacents. La prise en charge se focalise ensuite sur les pressions sociales que le patient doit affronter du fait de son comportement. Des stratégies de prévention de la rechute sont utiles afin de sensibiliser ces sujets aux personnes, lieux et situations pouvant être des déclencheurs de pensées et comportements antisociaux. On trouvera dans les ouvrages français de Debray *et al.* (2005) et Cottraux et Blackburn (2006) le profil cognitif détaillé de la personnalité antisociale ou psychopathique et les protocoles de traitement (Cottraux, Blackburn, 2006 ; Debray, Kindynis, Leclère, Seigneurie, 2005).

► Thérapie de groupe

Des groupes psychothérapeutiques peuvent être proposés. Ils utilisent des thèmes communs à ces déviants. Ces groupes sont à long terme, de périodicité hebdomadaire, d'une durée d'une heure trente et limités à dix patients déterminés par le clinicien. La participation de deux thérapeutes est souhaitable. Elle permet de diminuer le risque d'attaque et de disqualification de la part du groupe, et offre plus d'opportunité

d'identification constructive en fonction du style et de la personnalité des praticiens. Des groupes de soutien peuvent enfin être intéressants au décours d'une thérapie de groupe plus intensive. Ouverts, ils sont destinés à la prévention des rechutes et au développement d'un support par le groupe.

● *Thérapie de couple et familiale*

Les personnes antisociales sont rarement enclines à une thérapie familiale ou de couple mais plus le praticien parvient à impliquer le partenaire ou les parents et plus les changements sont possibles. Un des buts majeurs du traitement est d'aider les membres de la famille ou le partenaire à poser des limites au patient, ce qui n'est pas souvent le cas antérieurement (Sperry, 2003).

● *Thérapie systémique et institutionnelle*

Une thérapie multisystémique, impliquant la famille, les systèmes éducatifs et sociaux, la justice criminelle et la collectivité, serait utile dans le traitement des adolescents présentant un trouble des conduites. Une prise en charge dans une unité carcérale ou hospitalière spécifiques, avec un programme structuré, une attitude ferme et une implication active des soignés, pourraient donner des résultats positifs. La délégation aux patients de responsabilités leur permettrait de développer un sentiment de réussite personnelle et une estime de soi (Fillieux, Godfroid, 2001 ; *NICE Clinical Guideline*, 2009).

► **Traitement pharmacologique**

Il existe relativement peu d'études sur l'approche pharmacologique de la personnalité antisociale et on ne connaît pas de traitement psychotrope spécifique de la psychopathie. Le NICE recommande de ne pas utiliser en routine des interventions pharmacologiques pour le traitement du TPAS ou des comportements associés d'agression, de colère et d'impulsivité. L'emploi de psychotropes doit en revanche être envisagé dans le traitement des troubles comorbides (*NICE Clinical Guideline*, 2009). Les recherches cliniques indiquent que les antipsychotiques ou les benzodiazépines sont d'une efficacité limitée ou inconstante (Sperry, 2003). Pour Fillieux et Godfroid (2001) les benzodiazépines et les neuroleptiques devraient être réservés à la prise en charge aiguë du fait de leur action sur les comportements impulsifs et antisociaux (Fillieux,

Godfroid, 2001). Certains symptômes, tels que l'impulsivité, orientent la pharmacothérapie et, lors de la prescription, une attention particulière doit être portée au risque de non-compliance, mésusage ou overdose (*NICE Clinical Guideline*, 2009). De manière générale, l'utilisation au long cours des psychotropes dans le trouble de la personnalité antisociale nécessite des recherches complémentaires contrôlées et randomisées.

Mulder (1996) recommande pour les patients présentant un trouble de la personnalité antisociale et avec leur accord après information : les antipsychotiques pour les psychoses brèves et le mauvais contrôle comportemental ; le lithium pour le comportement violent ; la carbamazépine pour le mauvais contrôle du comportement, particulièrement s'il est épisodique ; les psychostimulants pour l'hyperactivité grave de l'enfant et de l'adulte ; les antidépresseurs pour l'impulsivité et la colère (Mulder, 1996). Reich (2002) conseille pour les sujets agressifs et impulsifs de commencer par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) à posologie antidépressive. En cas d'insuccès, l'essai d'un autre IRS doit être tenté. En cas de réponse partielle, l'ajout d'un antipsychotique atypique ou d'un normothymique, tel que le valproate ou la carbamazépine, peut être envisagé (Reich, 2002). Lors des accès aigus de violence, fréquents chez ces patients, les benzodiazépines et les neuroleptiques seront utilisés de façon ciblée et limitée dans le temps. En ce qui concerne le traitement de fond de la personnalité antisociale, aucune molécule n'a démontré à ce jour d'efficacité spécifique par des études contrôlées (HAS, 2006 ; Mulder, 1996 ; Rodrigo, Rajapakse, Jayananda, 2010 ; Sperry, 2003).

SYNTHÈSE

En dépit du pessimisme largement partagé sur la curabilité du trouble de la personnalité antisociale, qui relèverait davantage de mesures correctionnelles que thérapeutiques, il y a place pour un optimisme prudent à condition que le traitement soit combiné ou multimodal et adapté aux besoins particuliers du sujet ainsi qu'aux circonstances (Sperry, 2003). La prise en charge thérapeutique sera généralement longue et difficile du fait de l'absence de désir du sujet ou de sa difficulté à changer. En pratique, il s'agira le plus souvent de quelques périodes de traitement entrecoupées de longs intervalles sans soins. Dans tous les cas, le thérapeute doit tenter d'établir une relation positive en maintenant fermement des limites. Les données scientifiques sont en faveur d'un traitement au long cours, associant psychothérapie individuelle, de groupe, familiale,

comportementale, psycho-éducationnelle et médicaments dans un cadre soignant structuré.

PRÉVENTION

La question de la prévention du trouble de la personnalité antisociale est essentielle, quoique difficile, vu la diversité et la complexité des facteurs étiopathogéniques. Elle pose par ailleurs certains problèmes éthiques (Rodrigo, Rajapakse, Jayananda, 2010). Elle peut être envisagée au travers du dépistage et de la prise en charge du trouble des conduites dans l'enfance, en associant les proches aux méthodes socio-éducatives et thérapeutiques. Dans certaines conditions, des interventions cognitives et comportementales peuvent être proposées aux enfants à risque de 8 ans et plus. Elles consistent en un entraînement à la résolution de problèmes avec l'apprentissage de différentes réponses aux situations relationnelles, en se centrant sur les processus de pensée : tâches structurées, jeux et histoires, *modeling*, jeux de rôle et renforcement (*NICE Clinical Guideline*, 2009).

CONCLUSION

Le trouble de la personnalité antisociale est un trouble relativement fréquent dans la population générale masculine, mais sa prévalence et surtout élevée chez les toxicomanes, les violeurs et les délinquants incarcérés. Cette pathologie de la personnalité pose d'épineux problèmes diagnostiques, pronostiques, thérapeutiques et préventifs. Son étiopathogénie la situe par ailleurs aux frontières de l'inné et de l'acquis. Le pronostic de ce trouble, longtemps considéré comme très réservé, semblerait maintenant plus favorable grâce à une stratégie thérapeutique de longue durée, structurée et complète. Sa prévention passe en particulier par le traitement du trouble des conduites dans l'enfance. L'évaluation et la prise en charge d'une personne souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale nécessitent une confrontation interdisciplinaire entre les praticiens de la santé mentale, les magistrats et les personnels socio-éducatifs et pénitentiaires.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e éd., texte révisé) (DSM-IV-TR), Paris, Masson.

BECK A. T., FREEMAN A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York, The Guilford Press.

BÉNÉZECH M. (1981). « La bio-médico-criminogénèse », *L'Encéphale*, VII, 65-82.

BÉNÉZECH M. (1998). « Colère normale et colère pathologique : considérations générales et observations cliniques », *Ann. Méd. Psychol.*, 156, 361-374.

BÉNÉZECH M., LE BIHAN P. (2012). « Personnalité antisociale », *EMC – Psychiatrie* (Elsevier Masson SAS, Paris), 37-490-G-10, 16 p, sous presse.

BLACK D. W., MONAHAN P., BAUMGARD C.H., BELL S.E. (1997). « Predictors of long-term outcome in 45 men with antisocial personality disorder », *Ann. Clin. Psychiatry*, 9(4), 211-217.

BLATIER C. (2011). *Les Personnalités criminelles. Évaluation et prévention*, Paris, Dunod.

BRENANN P.A., RAINE A. (1997). « Biosocial bases of antisocial behavior : psychophysiological, neurological, and cognitive factors », *Clin. Psychol. Rev.*, 17 (6) : 589-604.

COID J., ULLRICH S. (2010). « Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy », *Comprehensive Psychiatry*, 51 : 426-33.

CÔTÉ G., HODGINS S., TOUPIN J. (2000). « Psychopathie : prévalence et spécificité clinique », in T. H. Pham et G. Côté (éd.). *Psychopathie : théorie et recherche*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 47-67.

COTTRAUX J., BLACKBURN I. M. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*, (2^e éd), Paris, Masson.

DEBRAY Q., KINDYNIS S., LECLÈRE M., SEIGNEURIE A.S. (2005). *Protocoles de traitement des personnalités pathologiques. Approche cognitivo-comportementale*, Paris, Masson.

DEBRAY Q., NOLLET D. (2008). *Les Personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique* (5^e éd), Paris, Masson.

DUVAL F. (1994). « Des troubles des conduites psychopathiques chez les psychotiques », *Actualités psychiatriques*, 24(3), 20-22.

FILLIEUX T., GODFROID I.O. (2001). « Le point sur le traitement des psychopathes », *Ann. Méd. Psychol.*, 159, 285-293.

FORTH A.E., KOSSON D., HARE R.D. (2003). *The Hare PCL : Youth version*, Toronto, Ontario : Multi-Health Systems.

GAO Y., RAINE A. (2010). « Successful and unsuccessful psychopaths : a neurobiological model », *Behav. Sci. Law*, 28(2), 194-210.

GAYRAL L. (1974). *Sémiologie clinique en psychiatrie*, Rueil-Malmaison, Sandoz Éditions.

GOTTESMAN, GOLDSMITH H. H. (1994). « Genetic of personality disorders : perspectives from personality and psychopathology research », *Psychol Bull.*, 115 : 365-370.

HARE R. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2^e éd). Toronto (Ontario), Multi-Health Systems.

HART S.D., COX D.N., HARE R. (1995). *Manual for the Psychopathy Checklist : Screening Version (PCL : SV)*.

Toronto, (Ontario), Multi-Health Systems.

HAS (2006). *Audition publique : Prise en charge de la psychopathie*, Rapport d'orientation. Paris, Haute Autorité de santé, Service des recommandations professionnelles, mai.

KAYLOR L. (1999). « Antisocial personality disorder : diagnostic, ethical and treatment issues », *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 247-258.

MEDNICK S.A., CHRISTIANSEN K.O. (éd.) (1977). *Biosocial bases of criminal behaviour*, New York, Gardner Press.

MELOY J.R. (1988). *The Psychopathic Mind. Origins, Dynamics and Treatment*, trad. fr. *Les Psychopathes. Essai de psychopathologie dynamique*, Paris, Frison-Roche, 2000.

MEYNARD J.A., DELAUNAY J. (1997). « Psychopathie et/ou troubles thy-miques », *Rev. Fr. Psychiatr. Psychol. Med.*, 6, 57-62.

MORAN P. (1999). « The epidemiology of antisocial personality disorder », *Soc. Psychiatr. Epidemiol.*, 34 (5), 231-242.

MULDER R.T. (1996). « Antisocial personality disorder. Current drug treatment recommendations », *CNS Drugs*, 5(4), 257-263.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2009). *NICE clinical guideline 77. Antisocial Personality Disorder. Treatment, Management and Prevention*, janvier.

NIVEAU G. (2011). *Évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence*, Paris, L'Harmattan.

NOLAN K.A., VOLAVKA J., MOHR P., CZOBOR P. (1999). « Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder », *Psychiatr. Serv.*, 50(6), 787-792.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1994). *CIM-10/ICD-10. Classi-*

fication internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche, Paris, Masson.

PHAM T.H. (1998). « Évaluation psychométrique du questionnaire de psychopathie de Hare dans une population carcérale belge », *Encéphale*, 24 (5), 435-441.

PINATEL J. (1963). « Criminologie », in P Bouzat et J Pinatel (éd.). *Traité de droit pénal et de criminologie*, t. III, Paris, Dalloz (3^e éd., 1975).

RAINE A., BRENNAN P.A., FARRINGTON D.P., MEDNICK S.A. (éd.) (1997). *Biosocial Bases of Violence*, New York, Plenum.

REICH J. (2002). « Drug treatment of personality disorders traits », *Psychiatr. Ann.*, 10, 590-600.

Reid W.H., Gacono C. (2000). « Treatment of antisocial personality, psychopathy, and other characterologic antisocial syndromes », *Behav. Sci. Law*, 18, 647-662.

RODRIGO C., RAJAPAKSE S., JAYANANDA G. (2010). « The "antisocial" person : an insight in to biology, classification and current evidence on treatment », *Ann. Gen. Psychiatry*, 9, 31, 1-12.

SALEKIN R.T. (2002). « Psychopathy and therapeutic pessimism : clinical lore or clinical reality ? », *Clin. Psychol. Review*, 22, 79-112.

SPERRY L. (2003). *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorders*, chap. 2 : « Antisocial personality disorder » (2^e éd.), New York, Routledge.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2009). *Understanding NICE guidance. Antisocial personality disorders*, janvier.

WILSON J. Q., HERRNSTEIN R. J. (1985). *Crime and Human Nature. The Definitive Study of the Causes of Crime*, New York, Simon and Schuster.

Chapitre 4

Perversion-perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale

Daniel Zagury

PRÉAMBULE

Je souhaite reprendre ici de façon synthétique les données cardinales de travaux antérieurs (Zagury, 1996, 2002, 2003) en les prolongeant vers une réflexion sur la clinique du clivage chez les tueurs en série et dans les cas les plus habituellement rencontrés en expertise médico-légale. Je tenterai ensuite de caractériser l'émergence d'un troisième champ dans la psychiatrie publique, à côté de ceux de la demande et du soin sans consentement : il concerne les soins pénalement obligés, avec l'obsession d'éviter des confusions qu'Henry Ey aurait qualifiées de « psychatricides ». Il convient en effet de ne pas rester sourd face aux demandes de missions nouvelles qui nous sont adressées. Mais, à l'inverse, il faut absolument éviter le piège de la dédifférenciation, de la « cloaqualisation » de la clinique psychiatrique : les troubles de la personnalité ne sont pas des maladies mentales et les recours à l'acte des pervers ne sont pas les passages à l'acte des psychotiques (Kendall, 2002 ; Zagury, 2008).

PERVERSION/PERVERSITÉ

Tous ceux qui, en milieu carcéral, en unités sectorielles ou en pratique libérales, ont accepté d'affronter de tels enjeux thérapeutiques, ont ressenti un malaise devant le fossé qui sépare la théorie freudienne des perversions de toute la gamme des cas cliniques observés. Comme j'ai pris l'habitude de le dire, les « pervers de divan » ne sont pas « les pervers de prison ». Si l'on s'en tient à la définition freudienne de 1905 (Freud, 1905), les sujets dont la recherche de satisfaction sexuelle obéit à « l'exclusivité et à la fixation » ne représentent qu'un faible contingent de tous ceux dont le fonctionnement mental pervers ou les conduites d'allure perverse sont au premier plan. Des formes mixtes névrotico-perverses, ce qui fera bondir ceux qui placent le dogme avant l'observation, aux raptus pervers (Chasseguet-Smirgel) de toutes sortes de personnalités (psychopathique, limite, narcissique, borderline, psychotique...), nous rencontrons des défenses perverses, des moments pervers, des mouvements pervers, des stations perverses à évolution aléatoire, bien plus fréquemment que des organisations stables. Après vingt-cinq ans d'expertises pénales, je crois même pouvoir avancer que les organisations stables, fixées, dans lesquelles la perversion est centrale, à l'exclusion de tous les autres registres cliniques, est l'exception. On pourrait même pousser le paradoxe jusqu'à énoncer que la seule vraie contre-indication au suivi thérapeutique des délinquants sexuels est la perversion quand elle occupe tout le champ de la personnalité et qu'elle régule et organise toutes les relations.

La métaphore minérale et le recours à la notion freudienne de structure ne m'ont jamais semblé les avancées les plus heureuses de l'œuvre freudienne. Quoi qu'il en soit de ce débat, dans le champ des délinquants sexuels, l'a-structuration est beaucoup plus fréquemment observée que l'organisation stable. La vulgate psychiatrique s'est longtemps trop facilement emparée de l'alibi freudien pour court-circuiter le trajet qui va de l'acte à la personne, en invoquant « une structure perverse », dont Lantéri-Laura (1992) a bien montré qu'elle assurait exactement le même office que la constitution perverse de Dupré, « qui incarnait laïquement le mal ». Certes, on semble plus savant en faisant appel à la structure plutôt qu'à la constitution, mais cela revient au même : la condamnation sans appel de tout espoir de changement, en contradiction avec les statistiques de récidive et avec l'observation clinique. En caricaturant à peine, le préjugé s'articule autour d'une logique implacable, que j'ai souvent repérée dans des expertises, et qui était la représentation dominante jusqu'aux années quatre-vingt : ces actes relèvent de la perversion

sexuelle ; celle-ci répond à une structuration définitive ; toute ambition thérapeutique est un leurre dangereux. La psychanalyse freudienne est alors invoquée pour justifier l'abstention, forme théorisée du rejet.

Cette lecture des perversions condense plusieurs contresens : confusion des perversions érotiques et des perversions narcissiques, des perversions sexuelles et de la perversité, de l'érotisme triste qui colore toute perversion sexuelle, pour reprendre l'heureuse formule de Racamier, et de la violence qui s'empare secondairement de l'appareil sexuel, caractérisant la plupart des actes de délinquance sexuelle. Confusion surtout de toute une série de défenses face à la menace d'effondrement et de l'organisation stable, que l'on observe dans un assez faible contingent d'abuseurs sexuels.

Tout l'effort freudien avait été de dégager les perversions sexuelles du mal. Freud déniait « que l'on puisse attribuer au terme de perversion un caractère de blâme ». Il a « démoralisé » la perversion, selon le mot heureux de mon maître Jacques Chazaud (1973). La malignité, la cruauté, sont reléguées dans le champ de la perversité et sont exclues du territoire freudien des perversions. Mais l'ambiguïté est d'abord sémantique puisqu'à l'adjectif pervers correspondent deux substantifs : « perversion » et « perversité ». Le moins que l'on puisse dire c'est que le recours au terme pervers, dans la plus grande confusion polysémique, déborde très largement la définition freudienne stricto sensu, depuis la simple attitude manipulatoire jusqu'aux crimes les plus effroyables.

Le mal a donc été repoussé sur le terrain de la perversité. Le problème reste entier, mais déplacé. André Green (1998) l'a remarquablement résumé :

« La sexualité n'a partie liée avec le mal que lorsque sa composante érotique est dominée par sa composante narcissique, c'est-à-dire lorsque la haine, qui prend sa source dans l'auto-affirmation du moi, monopolise presque entièrement l'érotisme. »

Dans le champ qui nous concerne, celui des délinquants sexuels, l'importance des concepts de violence fondamentale (Bergeret), d'emprise (Grunberger), de perversité sexuelle (Balier), de déni d'altérité (Dorey)... sans citer les travaux de Chazaud, Chasseguet-Smirgel, Joyce Mac Dougall, Stoller, Denis, Green, Tomassini, Racamier... témoignent d'un effort de saisie conceptuelle de ce champ complexe et hétérogène.

La prise en compte du poids de la haine, de la destructivité, de la dévitalisation objectale, de la pulsion de mort, de la pauvreté fantasmatique, de la carence narcissique... invite à distinguer ceux qui mettent en scène leur scénario et ceux qui mettent en acte leur destructivité ou, pour en

revenir à notre point de départ, les « pervers de divan » et les « pervers de prison »...

C'est d'ailleurs l'un des paradoxes que nous donnent à voir les auteurs de violences sexuelles : leur sexualité n'est engagée qu'en termes de co-excitation ou d'annexion par une violence plus fondamentale. De plaisir, il est bien peu question dans le viol qui concerne, dans la majorité des cas, dans un moment de déstabilisation, le mouvement de passage brutal de la menace d'effondrement à l'emprise sur l'objet-victime, de la passivité à l'activité, de la sidération face à l'effroi d'une imago féminine terrifiante au triomphe provisoire de sa déroute. La réinstauration pour un temps du clivage permet alors de poursuivre sa route... comme si de rien n'était. Stoller (1978) avait bien pointé cette transformation perverse de la détresse en triomphe.

Le défi clinique auquel ont été confrontés tous ceux qui ont fait l'expérience de la prise en charge des délinquants sexuels, a donc été de donner à la perversité un autre statut que celui de traits constitutionnels définitivement fixés dans le registre de l'amoralité, de la malignité et de la jouissance à faire du mal à autrui. Deux auteurs ont particulièrement contribué à faire avancer la question : Claude Balier et Paul Claude Racamier.

Claude Balier a remarquablement illustré l'ensemble de ces mécanismes autour de la notion de perversité sexuelle, qui utilise le recours à l'acte sexuel violent et le clivage du moi pour éviter d'entrer dans la psychose. Claude Balier montre bien que ce n'est pas du côté de la sexualité qu'il faut se tourner, mais plutôt vers l'investissement narcissique phallique à la recherche de la toute-puissance. « violence et destructivité y règnent en maître » (Balier, 1997). Il insiste à juste titre sur la prévalence du « pénétrant — pénétré » sur la personne même de la victime. Comme la plupart des cliniciens qui ont eu à rencontrer de tels sujets, il note le caractère crucial du passage d'une passivité insupportable, corollaire de l'envahissement par l'objet, à une démarche active d'emprise. « Après l'acte, il y a pour ainsi dire réveil d'un sujet qui reprend le cours de sa vie habituelle. Il n'y a pas d'oubli, mais impression qu'ils s'agit de quelqu'un d'autre qui a commis le crime, du fait du clivage. »

Les travaux de Claude Balier m'ont donné l'occasion de critiquer le terme même de « crime sexuel ». Ce n'est jamais la sexualité qui tue. Confondre celui qui a besoin d'un fétiche pour jouir et celui qui sodomise le cadavre de la personne qu'il a mise à mort, est un contresens absolu. Ce ne sont pas plus des « crimes sadiques ». Le sadisme implique une scénarisation psychique. Son rituel est exigeant. Certes, il peut y avoir

des ritualisations sadiques qui dérapent (c'est rarissime) ; il peut y avoir également des violences destructrices accompagnées de co-excitation sexuelle qui tentent secondairement la liaison psychique, la scénarisation fantasmatique, par exemple chez certains tueurs en série. Mais l'on ne saurait confondre les registres. Je prendrai un exemple en analogie avec les termes juridiques. Si l'on utilise pour tuer un cendrier ou un chandelier, il s'agit d'une arme par destination. La destructivité primaire s'empare de la sexualité comme d'une arme par destination et l'on devrait parler de crime de sexe, plutôt que de crime sexuel.

Paul Claude Racamier a situé la perversion narcissique dans le champ classique de la perversité, en vivifiant un concept que la clinique psychiatrique n'était jamais parvenue à dégager de ses racines morales et religieuses.

Dans son cheminement, à partir des écrits freudiens de 1927 et 1938, il n'était pas le seul. Roger Dorey avait notamment écrit que la perversion narcissique pouvait être considérée comme le modèle prototypique de toute relation perverse. Mais Racamier en a brossé un tableau distinct des perversions érotiques, qui explore sa dimension pathologique et son germe universel, ses composantes intra-psychiques et interactives, son mouvement défensif, le statut de ses objets, son origine et ses destins, selon la réussite ou l'échec de sa visée.

Autrement dit, compte tenu de son flou nosologique et de son statut métapsychologique incertain, la perversité peut être pensée et appréhendée de façon plus fine, selon les axes proposés par Racamier, sans confusion (avec les perversions sexuelles), sans exclusion (en la cantonnant au seul champ psychiatrique), sans pétrification (en la limitant à des traits de caractère précocement inscrits)... et peut-être surtout sans cette difficulté à concevoir ce qui est si souvent invoqué de façon allusive pour être convaincante : sa fonction de défense contre la psychose. Racamier décrit un double mouvement : progrédient, quand la perte du délire l'active ou quand l'évolution se fait vers la cicatrisation perverse ; régrédient quand le colmatage du clivage s'avère incapable d'endiguer une béance hémorragique qui met la psyché en danger vital. C'est dans cette gradation qui va du clivage le plus accompli à l'écartèlement irréparable du moi, que se situe le chemin qui mène de perversion narcissique en psychose.

C'est donc d'abord le mouvement qui anime la perversion narcissique qui est souligné par Racamier, comme sa dimension essentielle, celle d'une défense spécifique contre le deuil et le conflit interne. Ce processus est dénié ; expulsé chez autrui, « l'hôte du venin », tarissant l'envie au sens kleinien, précipitant la déroute de l'objet au profit de la

survalorisation narcissique propre. La visée de ce puissant travail de déni interne et d'expulsion, qui puise sa source à l'universelle mégalomanie infantile, qui récusé toute limitation anti-narcissique, c'est d'éradiquer en soi le gouffre de la dérégulation en le transformant en jouissance de toute-puissance agie, au détriment de son objet. « La perversion narcissique la plus accomplie est toute dans l'action et très peu dans le fantasme : à quoi bon le fantasme, lorsqu'il n'y a pas véritablement d'objet ? » Dans la lignée de ses précédents travaux sur « l'objet/non-objet », Racamier délimite clairement cet objet des pulsions partielles, inanimé, employé, comme simple amulette ou ustensile, en une prédation qui ne se pare même pas de la haine. Sur le déni et le clivage du pervers narcissique, Racamier fait deux remarques décisives : il souligne l'effort du cliveur pour impliquer ses objets dans la réussite du colmatage, pour leur faire « co-agir » sa défense. S'y surajoute un mouvement de déni de toute contradiction interne, ce qui lui permet, « délivré de toute gêne et de tout souci, d'offrir à l'observateur médusé l'air de la plus parfaite innocence ». Leur acte aurait pour fonction de colmater les lèvres du clivage du moi.

Il me semble nécessaire aujourd'hui d'insister sur ce fait : il ne faut pas faire la confusion entre la remarquable description clinique de la perversion narcissique par Racamier, qui rend compte au mieux de certains tableaux, avec la mode qui consiste aujourd'hui à l'invoquer de façon extraordinairement extensive et abusive. Dans nombre de divorces, la femme qui a lu quelques ouvrages de vulgarisation en est désormais certaine : elle avait épousé un pervers narcissique. Depuis le début, elle avait été sous son emprise, elle qui croyait à la sincérité des sentiments amoureux qu'il lui exprimait, pour mieux la flouer. Elle a été une victime. Elle ne doit pas réfléchir à son propre désir, son histoire, sa relation... elle doit se reconstruire grâce à l'aide d'un thérapeute spécialisé dans les perversions narcissiques, en regrettant de ne pas avoir rencontré plus tôt l'un de ces spécialistes capables de détecter au milieu de la foule ces sujets qui incarnent le Mal. « L'enfer c'est les autres. » La victime c'est soi-même. La psychothérapie n'est plus une plongée en soi, une quête de subjectivation, une lente assomption de ce que l'on est ; mais une reconstruction après des destructions occasionnées par un autre maléfique. On comprendra que je distingue farouchement l'avancée clinique géniale instaurée par Paul Claude Racamier de cette mode médiatique qui sombre dans le ridicule par son extension abusive et sa caricature.

LA CLINIQUE DU CLIVAGE

Je commencerai par rappeler brièvement ce que j'ai écrit à propos du clivage chez les tueurs en série (Zagury, 2003, 2008). Ce sont en effet les manifestations directes et indirectes du clivage chez ces assassins hors normes qui fascinent le plus le public, autour du thème de la double personnalité. Par clivage du moi, Freud (1927) désignait un puissant mécanisme de défense aboutissant à la coexistence au sein du moi de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure : l'une tient compte de la réalité ; l'autre la dénie. Ces deux attitudes persistent côte à côte.

L'expression clinique du clivage, puissant mécanisme de déformation du moi, est donc proprement déconcertante voire stupéfiante chez les tueurs en série. Elle éclaire en partie la fascination qu'ils exercent : « Je l'ai fait, mais ce n'est pas moi » disait l'un ; « ce que j'ai fait, c'est l'autre côté... l'autre côté, c'est le mystère absolu », disait l'autre.

Durant leur examen, on est désemparé devant leur pseudo-normalité et devant l'empathie qui peut s'installer. On est frappé par leur intuition aiguë des attentes de l'autre, à la mesure de leur méconnaissance d'eux-mêmes et de toute capacité introspective. On vacille quand ils se penchent avec nous sur l'énigme et que l'on s'aperçoit que ce mécanisme très particulier n'a rien à voir avec la feinte ou la manipulation consciente. Ils sont sincères. Ils nous demandent de comprendre cette part maudite qui leur échappe, cette zone poubelle, ce lieu psychique du crime.

Le moi conscient sait bien qu'ils ont commis ces actes, mais ils ne s'en sentent pas coupables ; pour bien saisir cela, il faut comprendre la différence entre une expérience éprouvée, vécue, traversée, et un événement constitué comme expérience du moi, ayant laissé des représentations psychiques. C'est justement parce que ces traumatismes sont irreprésentables qu'il y a eu mise en scène dans la représentation du crime. Le plus souvent, c'est la scène du monde que se figure le crime et non dans un scénario fantasmatique.

À la suite des travaux de Winnicott, René Roussillon (1999) rappelle que certains pans de la vie psychique ne sont pas refoulables, parce qu'ils ne sont pas représentés. Seule la représentation peut faire l'objet d'un refoulement. Avec Winnicott, René Roussillon invoque les états d'agonie psychique du tout petit enfant qui ne peut se dégager d'une expérience traumatique massive et durable, et qui assure sa survie en se retirant, en se coupant de sa propre subjectivité. Il se délivre en s'amputant d'une partie de lui-même. Cette expérience, encore une fois éprouvée mais trop précoce et trop massive pour être constituée comme expérience du

moi, engendre un clivage : une partie est dotée de représentations et une autre ne contient que des traces perceptives. Mais la psyché n'est pas un ordinateur. Il n'y a pas de corbeille. On ne peut pas se débarrasser définitivement de ces traces. Elles persistent et peuvent être mises à feu. C'est leur télescopage intempestif avec certaines qualités psychiques ou physiques intuitivement repérées chez un autre de rencontre qui risquerait de provoquer l'échec du clivage et l'effondrement. C'est que j'ai appelé « le coup de foudre criminel ».

Je vais maintenant évoquer des situations criminelles moins spectaculaires, plus fréquemment rencontrées en criminologie clinique, notamment après des viols. C'est la clinique du clivage ordinaire. Les « pervers de prison » frappent leurs interlocuteurs en milieu carcéral par leur pseudo-normalité, leur pseudo-adaptation. Encore une fois, ni névrosés, ni psychotiques, ils surprennent par leur absence de conflictualité interne, prenant parfois le visage trompeur de l'angélisme. Leur discours est pauvre, terne, essentiellement événementiel. Leur pensée est comparée à la pensée opératoire. Leur capacité élaborative est pauvre. On a invoqué à leur sujet l'alexithymie (Sifneos, 1991 ; Tardif, 1998). Qu'il soit cru ou qu'il soit banalisant, leur récit est égréné sans charge affectivo-émotionnelle. Chez ces sujets réputés « pervers » on note une absence de tout imaginaire érotique. Ils s'avèrent incapables de restituer leur passage à l'acte autrement que par quelques phrases passe-partout (« J'ai fait une connerie »). Ils en sont sûrs : ils ne recommenceront pas. Ils ne peuvent en dire plus. Après l'acte, ils poursuivent leur route comme si de rien n'était, comme si un autre l'avait commis à leur place, comme si la violence de leur geste ne leur était plus accessible. Tous ceux qui ont expertisé des violeurs le savent : certains d'entre eux demandent à leur victime de leur laisser leur numéro de téléphone car ils aimeraient bien la revoir...

Seuls les cas de sériations (viols en série) nous permettent d'observer au fur et à mesure des viols, l'émergence d'un scénario psychique élaboré.

Le reste du temps, ce sont des tableaux banals, bâtards, d'où l'importance de connaître les faits, de confronter le discours terne et banalisant du sujet à des données objectives du dossier d'instruction. C'est souvent ainsi qu'ont appris à travailler les psychiatres et psychothérapeutes en milieu carcéral, afin de ne pas « cliver avec le cliveur », selon la belle formule de Jean Guillaumin.

Un débat s'est récemment instauré en France autour de l'intérêt des échelles actuarielles. Les recommandations de la commission d'audition

publique¹ sur la « dangerosité psychiatrique » rejoignent le rapport récent de l'Académie de médecine² et la plupart des cliniciens (Gravier, 2012 ; Senon, 2009 ; Millaud, Dubreucq, 2012), pour estimer que ces échelles actuarielles ne doivent être utilisées que conjointement à l'exploration clinique. Si leur intérêt a été qualifié de « moyen » par l'Académie de médecine, la clinique du clivage me semble justement être l'un des arguments en faveur d'une utilisation conjointe des échelles actuarielles. En effet, l'exploration clinique est souvent très pauvre. Ce qui doit surtout être relevé, c'est l'absence de ce qui devrait être et qui n'est pas. Le sujet est anormalement à l'aise, aconflictuel, dénué d'angoisse... Certaines affaires particulièrement tragiques ont permis de réaliser après coup que, tandis que tous les signaux paraissaient au vert pour l'ensemble des interlocuteurs psychiatriques, psychologiques, judiciaires et sociaux, le sujet était obnubilé par la récidive. Ni psychotiques, ni névrosés, ni nécessairement psychopathes, ni pervers au sens classique du terme, ces sujets peuvent nous déconcerter. À défaut de constituer une panacée, des outils statistiques peuvent constituer un prolongement intéressant à une clinique souvent trompeuse, même pour les praticiens les plus expérimentés.

UN TROISIÈME CHAMP POUR LA PSYCHIATRIE

La clinique des « pervers de prison » emprunte donc un trajet qui va du champ restreint des perversions classiques vers une grande diversité des personnalités ; de la structure perverse vers l'astructuration ; des perversions sexuelles vers la perversité, sous ses formes de perversion narcissique ou de perversité sexuelle ; de la perversité comme constitution vers la destructivité qui utilise la sexualité comme une arme par destination.

Le vaste débat qui s'est engagé rejoint dans une large mesure la question du rapport entre les troubles de la personnalité et les maladies mentales (Kendall, 2002 ; Zagury, 2008) entre le dimensionnel et le catégoriel. Il est naïf de penser que la psychiatrie est allée trop loin dans l'extensivité de son champ : de nouvelles missions nous ont été confiées

1. Dangerosité psychiatrique : « Étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur », mars 2011, *L'Information psychiatrique*, vol. 88, n° 8, octobre 2012, p. 647-675.

2. *Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique*, Académie nationale de médecine, 6 novembre 2012.

par la société ; les patients présentant des troubles de la personnalité sont nombreux dans nos files actives ; nous avons eu raison de mettre en place des centres ressources, des consultations spécialisées, des articulations Santé-Justice... Le véritable danger, ce n'est pas l'extensivité de notre champ et de nos missions, c'est la confusion, la dédifférenciation des maladies mentales et des troubles de la personnalité, des soins aux malades mentaux psychotiques et des soins pénalement obligés (obligation et injonction).

Le tableau 4.1 est destiné à marquer des oppositions entre deux champs, à les différencier, à ne pas tomber dans la confusion et l'amalgame. Ces risques seraient en effet « psychiaticides » pour reprendre le néologisme cher à Henry Ey. Ces espaces nettement différenciés une fois ces oppositions clairement établis, il est possible de nuancer au cas par cas.

CONCLUSION

J'avais d'emblée noté que les pervers de divan ne sont pas les pervers de prison. Les expériences accumulées de l'observation et de l'étayage thérapeutique nous amènent donc à définir de nouvelles règles dans un nouveau champ. On débat beaucoup aujourd'hui pour savoir si les pervers sont ou ne sont pas des malades. Il ne s'agit en réalité que d'une convention, que l'on décide ou non de les qualifier de malades. Ce qui importe, c'est de ne pas les confondre avec les psychotiques dans l'observation, dans le traitement, dans l'appréciation médico-légale, dans l'analyse psychodynamique, dans les mots et dans les pratiques, dans le discours que nous tenons à la société.

BIBLIOGRAPHIE

BALIER C. (1997). « Violence et survie psychique », monographie de la *Revue française de psychanalyse (Le Mal-être)*, Paris, PUF.

CHAZAUD J. (1973). *Les Perversions sexuelles*, Toulouse, Privat.

Dangerosité psychiatrique : « Étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes

ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur », mars 2011, *L'Information psychiatrique*, vol. 88, n° 8, octobre 2012, 647-675.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE (2012). *Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique*, 6 novembre.

Tableau 4.1.

Les soins sans consentement	Les soins pénalement obligés (obligation et injonction)
Lois de 1838, 1990, 2011.	Loi de 1998, dite loi Guigou.
Irresponsabilité pénale avec application de l'article 122-1 du Code pénal, quand l'infraction est en relation directe et déterminante avec le processus psychotique.	Discernement entier ou altéré (art. 122-1 aliéna 2 du Code pénal), selon les cas.
Soin ou sanction.	Soin et sanction.
Le juge intervient pour le contrôle du soin.	Le juge est la condition du soin, car il est exclu de prendre en charge un délinquant sexuel en dehors d'un cadre légal, sauf s'il est spontanément demandeur d'aide, craignant par exemple de passer à l'acte.
Le traitement est théoriquement possible en dehors de tout consentement du sujet. C'est notamment le cas en début d'hospitalisation dans un contexte de bouffée délirante, de moment fécond d'une psychose chronique... L'encadrement institutionnel et le traitement vont permettre un apaisement symptomatique.	Il est exclu d'envisager un traitement sans un minimum d'engagement du sujet. On pourrait même soutenir sans absurdité que les perversions fixées comme organisations centrales sont les contre-indications du soin obligé. La mise en échec des tentatives de traitement, ne ferait qu'apporter un surcroît de jouissance.
Soin – traitement	Nous sommes pris au piège du nominalisme. En désignant avec les mêmes mots des choses très différentes, nous nous mettons en position de « soigner » un pervers comme l'on soigne un schizophrène, ce qui est absurde. Faute d'une vigilance sur les mots, on nous demandera, on nous demande déjà, de les « guérir ». C'est pourquoi il conviendrait d'utiliser des formules comme accompagnement thérapeutique, étayage, aide thérapeutique, aide au réaménagement des défenses... plutôt que de parler de soin.
Impérativité du passage à l'acte psychotique. Celui-ci constitue un sursaut de survie au bord du gouffre, un acte de défense vitale face à un danger imminent. L'expérience médico-légale montre que lorsque les conditions du passage à l'acte sont remplies, quel que soit l'environnement, le sujet agit.	Recours à l'acte (Claude Balier). L'expérience de la pulsion ne peut être assimilée à l'impérativité du passage à l'acte psychotique. Le tueur en série ou le violeur diffère son action lorsque les conditions d'une impunité ne sont pas remplies, selon lui.
Clinique du morcellement.	Clinique du clivage.

FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1987.

FREUD S. (1927). « Le fétichisme », in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.

GRAVIER B. (2012). « De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence », in *Psychocriminologie*, Paris, Dunod

GREEN A. (1998). « Pourquoi le mal ? », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 38, 239-261.

KENDALL R. E. (2002). « The distinction between personality disorder and mental illness », *British Journal of Psychiatry*, 180, 110-115.

LANTÉRI-LAURA G. (1992). *Lecture des perversions*, Paris, Payot.

MILLAUD F., DUBREUCQ J.-L. (2012). « Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites », *Information psychiatrique*, vol. 88, n° 6, juin-juillet, 431-437.

ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, cli-vage et symbolisation*, Paris, PUF.

SENON J.-L. (2009). « Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts », *Information Psychiatrique*, vol. 85, n° 8, octobre, 719-725.

SIFNEOS P.E. (1991). « Affect, emotional conflict and deficit : an overview », *Psychotherapy and psychosomatics*, 56 (3), 116-122.

STOLLER R. (1978). *La Perversion, forme érotique de la haine*, Paris, Payot.

TARDIF M. (1998). « Les déterminismes de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte », in F. Millaud (dir.), *Le Passage à l'acte*, Paris, Masson.

ZAGURY D. (1996). « Entre psychose et perversion narcissique, une clinique de l'horreur : les tueurs en série », *Évolution psychiatrique*, 61, 87-122.

ZAGURY D. (2002). « Les serial-killers sont-ils des tueurs sadiques ? », *Revue française de psychanalyse*, 4, 1195-1213.

ZAGURY D. (2003). « Les nouveaux monstres, plaider pour un traitement raisonné des agresseurs sexuels », in A. Ciavaldini (dir.), *Traitement sous contrôle judiciaire*, Inpress, 37-52.

ZAGURY D. (2008). *L'Énigme des tueurs en série*, Paris, Plon.

ZAGURY D. (2008). « Les troubles de la personnalité sont-ils des maladies mentales ? », *Information psychiatrique*, vol. 84, n° 1, 11-13.

Chapitre 5

Parano/mégalo : deux problématiques de l'ego

Roland Coutanceau

QUE LE CLINICIEN ÉVOQUE L'HYPERTROPHIE DU MOI, que le psychopathe développe la pathologie du narcissisme, que le criminologue parle « d'égoïsme extrême quoique parfois caché », ce sont des formulations différentes mais superposables pour décrire les aléas de développement du moi.

Dans la description clinique, les deux figures les plus lisibles de la problématique de l'ego sont la dynamique paranoïaque et la boursoufflure mégalomane. Pour chacune, on peut tenter d'en ciseler la symptomatologie, et parallèlement d'en proposer la lecture psychopathologique la plus opérante. Reste à en préciser le champ existentiel ; on n'est pas parano ni mégalomane dans tous les domaines.

Mais dans les deux cas, c'est le rapport à l'autre qui pose question : l'interprétabilité (déformée) du comportement et de l'attitude de l'autre, pour la tonalité paranoïaque ; la non-prise en compte de la réalité psychique de l'autre pour la dynamique mégalomane. En filigrane s'inscrit une pathologie de la relation intersubjective.

PARANO

Rappelons la sémiologie classique du caractère paranoïaque : susceptibilité, méfiance, rigidité du moi, tendance à l'interprétation avec vécu persécutif.

Ces traits sont assez facilement repérables, mais il faut en préciser l'intensité. Si quelqu'un est très susceptible, on parlera de sensibilité.

Dans le rapport à l'autre, tout sujet peut se décrire comme observateur, prudent, plutôt méfiant, particulièrement méfiant, caractéristiques pouvant être lues comme des degrés dans la méfiance dans le rapport à l'autre. Pourtant, c'est la tendance à l'interprétation qui est la plus spécifique.

Ces traits (sensibilité, méfiance, interprétativité persécutrice) sous-tendent logiquement une réactivité tonique d'un sujet se vivant injustement blessé, en proie à un sentiment de préjudice, connoté à un vécu d'animosité (colère, rage, voire haine).

Que la dynamique paranoïaque soit corrélée avec l'impulsivité est ainsi explicité, parallèlement qu'on la retrouve dans nombre de passages à l'acte s'inscrit dans une logique clinique ; seul l'objet de la violence variant (objet érotique, objet amoureux...).

Cette dynamique paranoïaque varie également dans son intensité. Elle peut être simplement présente à type de traits dans le large spectre de la normalité. Elle peut atteindre le niveau psychopathologique, celui du caractère paranoïaque, ou plus rarement relever du niveau délirant, celui du délire paranoïaque. C'est le caractère paranoïaque, qui nous retiendra. Rappelons le catalogue classique des formes cliniques du caractère paranoïaque : érotomane, inventeur passionnel, quérulent processif...

Les problématiques transgressives nous permettront d'enrichir ce catalogue, se distinguant simplement, quant à la thématique sur laquelle porte l'interprétativité paranoïaque :

- l'excitation sexuelle ou l'objet sexuel désiré pour l'auteur d'agression sexuelle ;
- la jalousie pour certains auteurs de violence conjugale ;
- le rapport à l'autorité dans l'éducation pour le parent (mère ou père) auteur de violence sur son enfant ;
- le rapport à l'autorité dans le management en milieu professionnel pour le harceleur ou le chef « hyperautoritaire ».

Pour éclairer cette réalité interprétative, nous prendrons pour type de description le vécu de l'excitation sexuelle.

L'excitation sexuelle est vécue comme ambiguë, entraînant une sensation de plaisir (charme du fantasme) mais aussi d'une sensation de déplaisir (irritation, car nécessité d'un travail psychique pour lier l'excitation).

En soi, l'excitation peut donc avoir un aspect douloureux (étant exigence de travail), générant, à un niveau archaïque, un aspect flou teinté de haine, comme le précise Freud dans « Pulsions et destins des pulsions ».

Le sens premier du sentiment de haine représente, quant à lui, la relation dirigée contre le monde étranger, « véhicule d'excitations ».

Dans un second temps, l'autre est perçu, vécu alors comme un séducteur persécutif, alors que le sujet est tout simplement séduit (avec un éprouvé de blessure narcissique d'être séduit, car dépendant du désir de l'autre, avec une crainte d'être castré dans une potentielle scène de demande à l'autre ; scène plus souvent scotomisée que représentée).

Émerge alors un sentiment agressif (rage, colère, haine) vis-à-vis de l'autre, considéré comme activement persécutateur par une séduction provocatrice ; citons à nouveau Freud :

« Le moi hait, exècre, poursuit de ses intentions destructrices tous les objets lorsqu'ils sont pour lui une source de sensation de déplaisir et peu importe qu'ils impliquent une privation de la satisfaction sexuelle ou des besoins d'autoconservation. Bien plus, on peut affirmer que les modèles pertinents de la relation de haine ne proviennent pas de la vie sexuelle, mais de la lutte acharnée du Moi pour se maintenir et s'affirmer. »

Dit autrement, le moi hait l'objet lorsqu'apparaît le déplaisir par privation de la satisfaction sexuelle ou des besoins narcissiques. Bien plus, on peut affirmer que les modèles pertinents de la relation de haine ne proviennent pas tant de la vie sexuelle en elle-même que de la lutte acharnée du Moi pour se gratifier narcissiquement.

La souffrance est donc autant sinon plus du côté de la blessure narcissique, que du côté de la privation sexuelle ; souffrance vécue de façon archaïque et infantile, sous-tendant alors un vécu de haine.

Ce vécu d'animosité débouche parfois sur un passage à l'acte, se vivant subjectivement comme une vengeance.

Dans l'après-coup, l'agi sexuel violent peut être légitimé, donnant lieu à un discours parfois partiel, d'autojustification.

Ces divers éprouvés ne sont certes pas spécifiques des auteurs d'agression sexuelle, mais ils présentent, chez eux, une intensité particulière (avec une dynamique paranoïaque prévalente se cristallisant parfois ; et ce, aussi bien dans le vécu de l'excitation sexuelle en elle-même, que dans le rapport à l'autre appréhendé comme un séducteur persécutant).

MÉGALOMANIE

Concernant maintenant la problématique mégalomaniacale, elle ne s'exerce véritablement que dans la relation à l'autre. Certes, à un niveau descriptif, on évoque un égocentrisme extrême, ou une mégalomanie infantile persistante, mais tantôt cette expansivité est lisible dans l'être au monde du sujet, tantôt elle est masquée, cachée ou simplement dormante (ne s'actualisant qu'en situation conflictuelle) ; le savoir-faire du clinicien évaluateur étant alors de la rendre objectivable, en la faisant émerger.

Plus classiquement, la mégalomanie apparaît dans l'analyse du triptyque moi-relation-autre. À cet égard, livrons deux formulations qui se rejoignent, l'une plus psychopathologique, l'autre plus psycho-criminologique. La première s'explicité ainsi : existence d'une pathologie du narcissisme, avec tentation d'une relation d'emprise et déni d'altérité. L'autre pourrait s'énoncer : sujet égocentré, ayant tendance à abuser l'autre, sans respecter sa réalité psychique ou son non-consentement.

Ce deuxième énoncé permet également de préciser le mode opératoire par lequel l'autre est abusé : violence, menace, harcèlement ou manipulation.

Le premier élément du triptyque est le moi en lui-même, avec sa dimension égocentrée, bien illustrée par la citation suivante : « Des sujets dont l'égocentrisme extrême, quoique caché, et qui s'étant vécus blessés narcissiquement dans leur enfance, s'autorisent à voler, tuer, plus qu'à s'auto-punir » (Lacan et Régis, congrès de criminologie, 1950). Deux remarques sur cette citation : la première est qu'elle souligne à la fois l'aspect mégalomanie et la dynamique paranoïaque ; la deuxième est qu'elle met en exergue l'autolégitimation du passage à l'acte, plus qu'une propension hypothétique à s'auto-punir, moins pertinente, et qui serait plus banalement névrotique. Mais on l'a vu, la question de l'égocentrisme extrême, c'est qu'il faut l'objectiver.

Le deuxième élément du triptyque, c'est la tendance à recourir à des modes d'agression de l'autre, en cas de différend, en situation de conflit. La recherche de ces modes : violence, menace, harcèlement, manipulation peut être étudiée par l'histoire des relations interpersonnelles du sujet, par le témoignage des victimes potentielles. Cela suppose l'écoute des autres, car le sujet ne va forcément le révéler de lui-même. L'entretien clinique classique ne suffit souvent pas. À un niveau psychopathologique, c'est la tentation de l'emprise.

La relecture de Roger Dorey de la pulsion d'emprise de Freud, en la resituant dans un champ relationnel, est particulièrement éclairante, pour comprendre les comportements. Freud entendait par là « une pulsion non sexuelle qui ne s'inscrit que secondairement à la sexualité et dont le but est de dominer l'objet par la force » (Laplanche et Pontalis), mais, comme le souligne R. Dorey, cette « *Bemächtigungstrieb* ne prend son plein sens que dans le champ de l'intersubjectivité, et que c'est là précisément qu'elle doit être abordée en tant que relation d'emprise ».

Cet auteur y voit à la fois une action d'appropriation par dépossession de l'autre, mais aussi une domination et une emprise sur l'autre.

Tout se passe comme si la relation à l'autre demeurait sous le primat de l'archaïque, du primaire, avec un insuffisant développement d'une intersubjectivité secondarisée dialectisée. Le modèle d'une intersubjectivité secondarisée serait la maîtrise, système ouvert, avec capacité de renoncement à l'objet et aptitude de reconnaissance de l'autre en tant qu'autre.

A contrario, l'emprise est un mode relationnel primaire avec incapacité au renoncement, appropriation totalitaire de l'autre, supposant que l'autre comme tel soit nié.

Il est fondamental de préciser que la maîtrise ne saurait être conçue comme une maturation établie une fois pour toutes et qu'il y a toujours une potentialité d'emprise s'inscrivant comme actualisation d'une rage infantile. Lorsqu'elle survient, l'emprise traduit l'impossibilité d'un travail psychique, alors trop coûteux, pour l'économie psychique du sujet. Mais les deux éléments primordiaux du regard de Roger Dorey sont de placer la notion de relation d'emprise dans le champ de l'intersubjectivité d'une part, et de la lier au déni d'altérité d'autre part : « L'emprise traduit donc une tendance très fondamentale à la neutralisation du déni d'autrui, c'est-à-dire à la réduction de toute altérité, de toute différence, à l'abolition de toute spécificité ; la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable. »

L'emprise sur l'autre vire à la réalisation d'un agi égocentrique, considérant l'autre comme un non-sujet, ne s'intéressant pas (ou faisant fi) à la réalité psychique de l'autre ; *a fortiori* à son désir ou non désir.

Reste donc le troisième élément du triptyque, *quid* de la réalité de l'autre, dans la tête d'un sujet mégalomane.

Nous décrivons trois manières de nier l'altérité : la première par défaut, la deuxième par défi, la troisième, corollaire de la seconde, intégrant le plaisir conscient de faire souffrir.

Dans la première dynamique, par immaturité, le sujet a tant à faire avec lui-même qu'autrui n'est pas véritablement perçu. On pourrait presque dire qu'autrui n'existe pas dans la réalité psychique du sujet. L'emprise avec déni de l'autre est plus en rapport avec une cruauté infantile, mais n'ayant pas pour but la souffrance d'autrui, mais plutôt n'en tenant pas compte (phase antérieure aussi bien à la pitié qu'au sadisme).

Dans la seconde dynamique, le sujet perçoit l'autre, mais fait fi du désir de liberté de l'autre. La domination avec défi est assumée, parfois avec un certain cynisme — corollaire présent ou pas, le plaisir de faire souffrir connoté d'une tonalité sadique, que certains identifient à la perversité.

En synthèse, les troubles de la personnalité, quelle qu'en soit la description clinique, sont infiltrés par une problématique de l'ego qui débouche sur une relation pathologique, avec rapport distordu à l'altérité. La tonalité paranoïaque sous-tend une interprétativité persécutive, faisant appréhender l'autre comme un excitant persécuteur ; tandis que la dimension mégalomaniacale (formulation que nous préférons à dimension perverse) vise à s'approprier l'autre, en faisant l'économie de la réalité psychique, scotomisation de l'autre par immaturité, ou par défi. Ces deux dynamiques se conjuguent avec des facteurs de pondération variable ; et il y a lieu de bien ciseler chacune de ces deux logiques ; pour proposer une prise en charge travaillant spécifiquement chaque aspect.

Chapitre 6

Les troubles de la personnalité chez l'enfant et le préadolescent¹

Jean-Yves Hayez

LA PERSONNALITÉ CHEZ L'ENFANT

En sciences humaines, le terme « personnalité » revêt des significations plurivoques. Même pour chaque auteur, les critères d'inclusion et d'exclusion dans sa propre acception du terme sont souvent flous. Ceci m'autorise à proposer ma définition, certes pas sucée de mon pouce, mais dont je suis incapable d'énumérer et de décrire tous les auteurs qui l'ont inspirée : c'est comme une musique en moi que je vous restitue, alimentée par quarante ans de pratique professionnelle et de lectures.

► La personnalité de l'enfant et le trouble de celle-ci

C'est une représentation et une désignation élaborée et exprimée par l'adulte témoin de la vie quotidienne de cet enfant au terme d'un processus inductif : elles énoncent un concept très résumé et synthétique pour

1. Dans ce texte, je me limiterai à parler des mineurs d'âge enfants et préadolescents, donc approximativement jusque douze ans révolus (fin de la première année de collège).

rassembler au moins une bonne partie des comportements, des affects et des pensées conscientes de l'enfant ainsi ciblé, et qui apparaissent cohérents, complémentaires, « suffisamment bien¹ » organisés autour d'un projet de vie au sens large du terme : personnalité saine, forte, bien affirmée ou alors « trouble de la personnalité... personnalité déviante : évitante, antisociale, paranoïaque, etc. ».

F. Palacio-Espasa (2000) assimile pratiquement personnalité et traits de caractère (ceux que l'on peut regrouper au sein d'un ordre cohérent... bien que l'on ne soit pas sûr, ajoute-t-il, que l'on se trouve dans un registre descriptif factueliste, ou qu'une structure y soit sous-jacente).

Il y a alors trouble quand ces traits sont stéréotypés, rigides (*enduring*, dit le DSM-IV-R) et inadaptés. Inadaptés, c'est-à-dire à l'origine d'un sentiment subjectif de malaise, de souffrance significatif, ou d'un *impairment* dans la société, donc en déviance marquée par rapport aux attentes de la culture de l'enfant concerné.

Une proposition de cette nature ne nous indique cependant pas à coup sûr que c'est bien à un trouble de la personnalité que l'on a affaire, et le DSM-IV-R ajoute avec sa sagesse pragmatique : « Il faut aussi que ce que l'on observe soit peu probable de correspondre à une phase de développement normal pour un enfant ou à un des troubles (psychopathologiques) repérés par ailleurs sur l'axe I » : une psychopathologie par exclusion, en quelque sorte !

► Principaux critères qualifiant la personnalité de l'enfant

1. Si les signes à inclure sous l'attribution « personnalité » doivent être chaque fois « suffisamment bien » nombreux, il est néanmoins quasi de règle que ce que l'on désigne comme personnalité ne concerne qu'un secteur important de l'être de l'enfant concerné : d'autres composants de sa manière d'être et de fonctionner ne s'y incluent pas.

2. Chez de nombreux enfants, on ne détecte pas une typicité et une cohérence suffisamment stables de son mode de vie qui permettent d'évoquer une personnalité standard, traditionnellement bien repérée dans la littérature scientifique : à côté de quelques types bien décrits (et parfois transmis et ânonnés d'un auteur à l'autre avec une monotonie

1. « SUFFISAMMENT BIEN » ? J'affectionne cette expression de D.W. Winnicott, qui affirmait dès 1974 que la vraie bonne mère n'est jamais que celle qui est « suffisamment bonne », qualification à extrapoler à bien des phénomènes humains (Winnicott, 1974).

désespérante), la créativité et la plasticité de l'auto-construction infantile sont telles que l'on peut repérer nombre de personnalités originales : la personnalité du clown, celle du suiveur prudent, celle du rebelle discret, etc. Chez d'autres enfants, il se combine deux ou trois types de personnalités (cf. *infra* : psychopathie + délinquance).

3. Une stabilité « suffisamment bonne » est également définitoire de toute personnalité. Ceci n'exclut nullement qu'il existe de lentes mouvances, mais qui sont rarement des virages à 360 degrés dans la manière d'être au monde. Par exemple, une personnalité toute-puissante, une fois bien prise en charge, peut évoluer vers ce que l'on peut redéfinir comme « forte » personnalité, mais n'en deviendra pas pour autant effacée et timide.

4. Autre caractéristique essentielle à mes yeux, c'est celle de l'ego syntonie. Même si sa personnalité aujourd'hui fait parfois souffrir l'enfant lui-même quand il s'introspecte, même si elle est déviante, il a voulu au sens large du terme la construire comme telle et quand on le rencontre, il l'assume avec plaisir ou au pire, s'y résigne en s'y reconnaissant et sans désir immédiat de la mobiliser. Avec cette manière de voir, pour moi, Andres Brejvik est une personnalité très paranoïaque et pas un psychotique paranoïaque : c'est bien lui qui pilote ses idées, insensées pour le commun des mortels.

Même si l'enfant ne conceptualise pas chaque jour ce qu'est et veut être sa personnalité, il existe donc pour élaborer et faire vivre celle-ci :

- un projet, un plan intérieur psychique qui organise suffisamment bien un certain nombre de comportements en référence à un objectif : une image de lui que l'enfant veut donner, une puissance ou un confort qu'il veut avoir, etc. ;
- le jeu au moins partiel, intuitif et spontané d'un choix, d'une liberté... pour montrer et réaliser qui il est.

Dans cette logique, vous ne m'entendrez donc pas parler de personnalité immature, puisqu'ici, ce sont les pulsions et les désirs qui font largement la loi, l'enfant ayant beaucoup de mal pour se socialiser face à eux. Donc les enfants-rois ne constituent pas un trouble de la personnalité.

Dans le même ordre d'idée, je n'inclurai pas non plus les états limités et autres dysharmonies d'évolution, les enfants étant ici encore davantage victimes d'une souffrance chaotique qui leur échappe.

Pour des raisons analogues, je ne parlerai pas non plus de personnalité dépressive, ni anxieuse. Par contre, des enfants très anxieux, par exemple, peuvent mettre beaucoup d'énergie à déployer des stratégies voulues

par eux et qui les protègent plus ou moins bien du retour d'agressions anxiogènes, même seulement dictées par leur imagination. Il me semble donc judicieux de dire alors qu'ils souffrent d'un gros trouble anxieux *et* présentent une personnalité évitante. Autant pour certaines adaptations au rejet et à la dépression comme la passivité ou « la haine » !

► Est-il intéressant de se référer à l'idée d'une personnalité chez l'enfant ?

Le langage de tous les jours le fait occasionnellement, en positionnant alors souvent dans le futur l'achèvement de cette personnalité. Il désigne ainsi tant des réalités positives que préoccupantes : « Il a déjà sa (petite) personnalité » ; « C'est une forte personnalité » ; « On devine déjà sa personnalité » ; « Il a une personnalité saine » ; « Sa personnalité est déjà fort perturbée »...

Pour le clinicien aussi, quand c'est bien évalué, il peut être utile d'évoquer l'idée que l'enfant relève d'une personnalité momentanément pathologique — personnalité psychopathique par exemple. Cette référence peut constituer l'un des moins mauvais points de départ pour l'accompagner de façon constructive. En effet, l'adulte en charge de cet accompagnement peut se souvenir qu'il a en face de lui une liberté, un projet, un corpus d'idées lentement élaborés par l'enfant, même si elles sont déviantes par rapport aux projets et à la convivialité du grand nombre. Il faut donc mettre en place un patient système de dialogue (pour faire évoluer les idées), des relations quotidiennes, des invitations subtiles à « sublimer » les modes d'expression les plus archaïques, etc.

Les risques de cette désignation ne sont cependant pas nuls comme par exemple :

- croire que la liberté de l'enfant à modifier son projet (son pouvoir d'autocréation) est plus puissant qu'il n'est en réalité et donc que s'il ne change pas, c'est qu'il ne veut pas. Or la liberté de l'enfant ne fait jamais que s'appuyer sur des prédispositions, sur sa génétique par exemple et que sur des influences externes de ses systèmes de vie (par exemple rapport entre la toute-puissance affichée par un certain nombre et l'affaiblissement de l'autorité sociale et parentale). En outre, il n'est jamais facile pour personne de changer des habitudes bien ancrées !
- croire que la construction et la mobilisation de la personnalité sont des affaires strictement individuelles ! C'est bien en interaction avec ses

systèmes de vie que l'enfant se construit. Aider sa personnalité à évoluer, c'est donc aussi réfléchir à ces influences émanant de l'entourage et modifier ce que l'on estime être source d'idées déviantes ;

- un autre risque est de vouloir faire trop strictement correspondre le diagnostic, ici judicieux, d'un trouble de la personnalité avec les quelques grandes catégories existant dans les nosographies, et qui ont d'abord été « pensées » pour les adultes. J'y ai déjà fait référence plus haut dans le texte.

QUELQUES CATÉGORIES DE PERSONNALITÉS PRÉOCCUPANTES

Je me limiterai à décrire trois catégories de personnalités d'enfants préoccupantes aux yeux du tiers social¹ : préoccupantes par leur asocialité ou leur anti-socialité significatives, ou/et leur inadaptation profonde ou/et leur étrangeté inquiétante ou/et l'autodestruction de leurs ressources les plus humaines².

► Les personnalités autarciques ou arbitraires ou toutes-puissantes³

● Introduction

Certains enfants finissent par installer au centre de leur projet de vie le désir agressif d'ignorer, voire de combattre les règles sociales communes et même — à des degrés variables — les lois universelles : leur code de bonne conduite, c'est eux qui se le définissent tout seuls.

1. Tiers social : c'est un jury populaire représentatif et représentant de la communauté « tout-venant » dans une culture et une situation donnés, et qui serait de bonne qualité : par exemple, 50 personnes au hasard, entre 15 et 75 ans, et exemptes de pathologie mentale lourde.

2. Je ne vise donc pas l'exhaustivité. J'aurais pu élargir ma liste en parlant par exemple des personnalités évitantes, qui aménagent leurs nombreuses angoisses par l'hyperconformisme ou l'immobilisme, ou encore des personnalités passives, chez les enfants ayant une mauvaise image de soi permanente. Par ailleurs, je n'ai pas vraiment rencontré chez l'enfant de personnalités narcissiques comme on le décrit chez les adolescents ou les adultes.

3. Vous trouverez des descriptions beaucoup plus détaillées dans mon livre Hayez, 2007, 2^e éd., p. 171-196, 213-226 et 243-262.

Entendons-nous bien : nombre d'enfants sont susceptibles de fonctionner de la sorte sur de courtes périodes et dans des domaines limités. D'autres, immatures, sont peu capables de résister à la pression de leurs pulsions en tous genres et c'est alors en référence à la fragilité de leur capacité d'adaptation et de contrôle de soi qu'on les définit comme des enfants-rois. Ce n'est pas d'eux que je parle ici : je m'en suis déjà expliqué.

Chez ces personnalités fondées sur l'asocialité ou l'anti-socialité, on peut distinguer trois intentions principales et distinctes :

- vivre (pour soi) et affirmer (pour les autres) une très forte puissance ressentie en soi : dominer à l'extrême, par la force physique ou l'intelligence ; soumettre le monde entier. C'est le propre des personnalités psychopathiques (PA) ;
- rechercher à tout prix le profit, le plaisir, les libertés matérielles sans produire de travail. C'est le propre des personnalités délinquantes (D) ;
- détruire autrui, moralement ou/et physiquement ; semer autour de soi la souffrance, voire la mort, et non l'amour : on a affaire ici à des personnalités centrées sur la perversité ¹ (PE).

Ces intentions ne s'excluent pas mutuellement. En faisant appel à mon expérience clinique, j'ai rencontré par ordre de fréquence décroissante : des personnalités délinquantes et presque autant de mélanges délinquance-psychopathie, puis de purs fonctionnements psychopathiques ; puis, assez loin derrière, des mélanges perversité-délinquance et enfin de pures applications de la perversité.

● *Traits communs*

- Le surinvestissement de l'agressivité dans l'ensemble de la vie, sous des formes variées et parfois très subtiles ;
- Le mépris des règlements : PA l'affiche ostensiblement ; D peut faire semblant d'y adhérer par ruse, pour donner le change et PE aussi, pour mieux le détruire ;
- L'absence de relations amicales ou affectueuses authentiques : petit bémol pour PA, qui peut encore aimer, mais l'un ou l'autre soumis,

1. Je ne trouve pas mieux que cette périphrase ; je refuse de parler de « personnalités perverses » car la confusion s'installerait alors facilement avec les perversions sexuelles, qui ne sont pas centrales ici.

et qui fréquente parfois de grands ados auxquels il s'identifie. PE, lui, peut faire semblant de donner de l'amitié à celui qu'il va détruire ;

- Relations familiales (et sociales) : affrontements sévères chez PA ; mise à distance ou duplicité chez D et PE.

● Description détaillée du pôle psychopathique pur

- Investissement de l'agressivité « pour le plaisir » ; jouissance claire de l'exercice de celle-ci. Agressivité souvent physique et plus rarement domination intellectuelle intransigeante.
- Idéal de référence : être le plus fort du monde. L'enfant peut s'intégrer à un groupe d'ados marginal/violent et s'y faire accepter par l'aura de force qui émane de lui, son intrépidité et sa débrouillardise sociale.
- Culte d'actes puissants, posés davantage pour aller au bout de soi-même que pour la galerie : virtuosité musculaire ; conduites à risque et sports extrêmes... transgressions hardies, possession précoce d'armes. Actes rapides, bruyants, peu réfléchis mais pas vraiment totalement impulsifs (du moins habituellement).
- Veut être le chef intransigeant de l'un ou l'autre « ami » ; jouit de soumettre tous les autres, de force supposée égale ou supérieure à la sienne.
- Opposition systématique et ouverte aux demandes et règles des adultes. Refuse les sanctions et intensifie la guerre si on l'en menace. S'il ne sait pas échapper à la sanction, la subit stoïquement, mais reste rétif à un quelconque amendement.
- Transgressions assez nombreuses dites statutaires : indiscipline prononcée depuis toujours ; fugue dès 10-11 ans, tel le petit Anglais de 10 ans qui réussit à s'embarquer tout seul sur un avion de ligne ; consommation de substances ; sexualité précoce dès la préadolescence : on a déjà connu des proxénètes de 14 ans... Délits au sens du Code pénal adulte (bagarres sanglantes, destructions, vandalisme, vols audacieux...). Imaginez le personnage d'Alex, dans *Orange mécanique*¹ à l'âge de 10 ans : il a déjà le diable au corps... et j'ai dû expertiser un jour deux frères de 9 et 10 ans qui avaient fait dérailler un train pour le fun et la sensation exceptionnelle vécue face au crash...

1. *Orange mécanique*, S. Kubrick, 1971 : le psychopathe à l'état pur, mieux décrit que dans le meilleur des traités de psychiatrie

● Description détaillée du pôle délinquant pur

- Aucun investissement du travail (scolaire, effort sportif, tâches à la maison...) ; enfant oisif, se récréant passivement (télévision, ordinateur...) ou furetant à la recherche d'un profit malhonnête.
- Cherche à esquiver toutes les contraintes et à se donner le maximum de libertés ou de profits.
- Pour y arriver : triche, ment, dissimule, trompe son monde, donne le change sur qui il est vraiment, et s'empare subtilement de ce dont il a envie.
- Foncièrement asocial. Avec ses pairs : les trompe, les exploite, les combat ou noue parfois une association d'intérêts avec d'autres délinquants que lui. Pas d'empathie, pas de vrai lien qui le retient.
- Avec les adultes : dynamique analogue : exploite le faible et esquivé ou combat souvent subtilement le fort qui s'oppose à lui.
- Transgressions précoces, nombreuses et de plus en plus graves pour se donner très vite tous les plaisirs et biens matériels du monde (vols habiles, trafics précoces, recels...)
- S'il est menacé et qu'il ne peut pas esquiver, l'enfant recourt d'abord à une puissante argumentation mensongère et déstabilisante. Si ça ne marche pas, il peut éliminer ceux qui continuent à se dresser sur son chemin (dégoûte les agents de changements par des provocations destructrices ; accuse faussement un adulte...) Plus tard dans sa vie, l'idée de l'élimination physique ne l'arrête pas.

● Description détaillée du pôle de perversité pure

- On y retrouve beaucoup de dysfonctions relationnelles décrites chez le délinquant : tricheries, mensonges, dissimulations, tromperies pour atteindre un but spécifique, le plus souvent de façon inavouée : détruire, faire souffrir ceux qui le frustrer et même plus gratuitement ceux qu'il attire dans ses filets et qu'il fait semblant d'aimer.
- Parfois, la combinaison d'un pôle délinquant et d'un pôle de perversité est claire et nette ; alors, l'enfant est également intéressé par la possession de biens malhonnêtement acquis ou de libertés qui à tout le moins ne sont pas de son âge.
- Petit à petit, en reconstituant des événements qui se répètent, on finit par soupçonner la cruauté des actes qu'il a posés directement ou générés, souvent secrètement, pour détruire le bonheur de vivre ou la sécurité des autres, ou encore pour les avilir, les immerger dans de la boue morale : « Ne serait-ce pas lui qui, en fin de compte, vole à

son “ami” cet objet auquel celui-ci tenait tant ? Ou qui a initié son petit frère de cinq ans à de la pornographie hard ? »

- Si on le confronte à ses probables exactions, lui aussi contre-argumente puissamment comme le délinquant ou/et élimine.
- Si jamais il accepte de partager son monde intérieur, on voit combien sont importants ses goûts morbides (les sites les plus *gore* du Net, et sa fantasmagorie violente, voire sadique) En vieillissant, il peut torturer et tuer des animaux et un jour, si on ne l'arrête pas, des gens...

● Mécanismes de mise en place

- On ne peut exclure l'influence possible de prédispositions d'origine génétique : par exemple, prédisposition à la domination, à la froideur affective, défaillance en empathie et en pro-socialité...
- On trouve également souvent — mais pas systématiquement — des constellations et des interactions familiales typiques. Par exemple, les familles qui élèvent leurs enfants très durement sans vraiment les rejeter — style *US marine* —, pour les soumettre et les vouloir forts en même temps génèrent significativement des fonctionnements psychopathiques¹. Par exemple aussi, les familles qui trichent perpétuellement avec les règles, celles où un parent passe subtilement son temps à saboter l'autre, celles, matérialistes et asociales, qui indiquent au jeune enfant « Débrouille-toi tout seul avec les choses et l'argent qu'on te donne, peu importe comment, mais ne nous embête pas », ces familles-là génèrent assez souvent des structures délinquantes. Et la personnalité faite de perversité ? C'est souvent une protestation, une vengeance face à des traumatismes de la petite enfance, très bien refoulés, au cours desquels l'enfant s'est senti, de façon imprévue, trompé, humilié, relégué comme objet sans importance de la part de personnages jusqu'alors positifs et significatifs de sa vie.
- Ensuite, il y a le rôle renforçateur, voire addictogène, des premiers plaisirs ressentis à se donner les voluptés que l'on désire.
- Le regard du groupe (la famille, les pairs) joue souvent aussi un rôle provocateur ou renforçant au-delà des apparences : par exemple l'enfant jouit de l'effroi ou de la fascination qu'il provoque et veut en remettre.

1. De la même manière que l'exclusion sociale et la volonté de soumettre par anticipation des préadolescents « différents » (par la couleur de leur peau par exemple) entraînent régulièrement des protestations psychopathiques en groupe pendant l'adolescence.

► Les personnalités caractérisées par l'insensibilité à autrui et la haine

Ce que je viens de faire remarquer à propos des PE aide à comprendre la mise en place de ce type de personnalité qui y est apparentée et demeure plutôt rare. Il s'agit d'enfants qui ont été longuement témoins et objets de violence graves, de disqualifications et de rejets. Beaucoup d'entre eux en restent profondément marqués et fonctionnent avec de nombreuses angoisses plus ou moins archaïques, une mauvaise image de soi et des sentiments d'échec qui les empêchent d'entreprendre : on les désigne parfois alors sous le vocable très peu précis de « dysharmonies d'évolution grave », mais j'ai exposé plus haut pourquoi j'avais choisi de ne pas vraiment les inclure alors dans les troubles de la personnalité. Par contre, une minorité d'entre eux parvient à « désaffectiver » ces souvenirs traumatiques et à se remettre debout, développant alors une sorte de résilience noire. Dès la seconde partie de leur enfance, quand ils cessent d'être soumis de l'intérieur à la peur, ils présentent des personnalités sombres, solitaires, sans affects ni empathie, qui n'attribuent aucune importance à l'existence de l'autre — pas plus qu'on n'en a attribué à la leur — et même qui sont porteurs de haine à l'égard de tous les vivants : ils ne vivent que pour eux, peuvent torturer ou tuer des animaux pour le plaisir, concoctent des forteresses et se donnent des plaisirs sadiques, et sont parfaitement capables d'éliminer ceux qui se dressent sur leur chemin. S'ils prennent goût au plaisir de l'agression physique et du meurtre, ils peuvent constituer au fil du temps l'une des catégories des *serial-killers*. Probablement aussi l'une des catégories des meurtriers de masse. La littérature n'a pas de dénomination très précise pour désigner leur personnalité : disons qu'elle constitue une combinaison de psychopathie et de perversité aggravée.

► Troubles de la personnalité évoquant la psychose

Je n'en ai presque jamais rencontré chez les enfants, surtout depuis que, dans le petit groupe des enfants d'une inquiétante et durable étrangeté, beaucoup ont été redirigés dans des catégories comme « schizophrénie débutante », « trouble envahissant du développement non spécifié » ou encore « syndrome d'Asperger ».

J'ai quand même rencontré trois fois des personnalités paranoïaques précocissimes, répondant caricaturalement aux descriptions psychiatriques classiques. Je me souviens par exemple de Justin, pour qui sa famille a consulté entre ses onze et ses treize ans : premier de classe,

d'une intelligence aiguë, totalement méprisant — et méchant — à l'égard de son frère aîné et de ses deux cadets, envahissant sans permission leur territoire mais furieux si l'on entrait dans le sien, solitaire, passant beaucoup de temps à construire des châteaux forts et des villes fortifiées. Justin interprétait toutes les petites frustrations de la vie comme des actes malveillants à son égard, principalement les petits manquements de sa mère, dont il allait jusqu'à affirmer avec conviction qu'elle voulait le perdre (en ville) ou le tuer¹. Seul le père trouvait un peu grâce à ses yeux ! En investiguant, je n'ai jamais eu l'impression que le premier investissement de sa personne ait été problématique. Détail de son histoire cependant, au moment de sa naissance, ses parents vivaient avec l'aîné (puis lui) au fond d'une brousse africaine. Avant Justin, elle avait fait trois fausses couches éliminées dans les w.-c. de leur maison. Justin n'ignorait rien de cette histoire...

Un autre paranoïaque que j'ai connu — pourtant bien intelligent du haut de ses treize ans — évoquait parfois lui aussi et fugacement l'idée que sa mère pouvait le manger (« Mais c'est pour rire, hein ») et avait des fantasmes de dévoration très primitifs. Toutes griffes dehors, méchant — très — verbalement et solitaire lui aussi !

LA PRISE EN CHARGE ÉDUCATIVE ET THÉRAPEUTIQUE

J'ai considéré le fonctionnement de chaque personnalité comme résultant en bonne partie d'un choix, d'un projet, tout déviant soit-il lorsque ladite personnalité est perturbée. En quelque sorte, c'est un ensemble d'habitudes que l'enfant ne remet pas spontanément en question. Sans nier pour autant que ces aménagements de soi puissent constituer à l'occasion des mécanismes de défense ou de protestation très stables contre des images traumatiques elle-même très puissantes et très refoulées.

J'ai signalé aussi que chez la grande majorité des enfants porteurs d'un trouble de la personnalité, celui-ci est rarement aussi rigide que chez l'adulte et qu'il coexiste avec d'autres dimensions plus saines, ou en tout cas organisées selon d'autres modes (l'immaturité par exemple).

Ce rappel est important pour énoncer deux objectifs essentiels de la prise en charge :

1. Bien sûr, à la longue, sa mère était devenue désespérée et exaspérée par lui : à certains moments, dans son langage, « elle l'aurait bien tué »...

- donner progressivement envie de changer d'habitudes, parce que d'autres types de fonctionnement apparaissent plus intéressants ;
- renforcer le jeu des ressources et des fonctionnements non problématiques déjà présents ou au moins en germe davantage que se crispier sur la lutte contre ce qui est problématique.

Comment opérationnaliser ces objectifs ?

► **Combattre les facteurs externes de mise en place ou/et d'entretien du trouble**

Il en existe deux groupes.

● *Les facteurs relationnels primaires*

J'en ai déjà évoqué quelques-uns, mais j'admets qu'on n'en trouve pas toujours de très convaincants. Néanmoins, si l'on en repère et que l'on ne les combat pas énergiquement, la prise en charge pourrait être de l'ordre du remplissage du tonneau des Danaïdes.

Dans cette perspective, je ne partage pas une idéologie contemporaine qui voudrait que l'on garde presque à tout prix un enfant très perturbé dans sa famille d'origine, et que le déplacer pour le faire vivre en famille d'accueil ou en collectivité n'est jamais qu'un pis-aller provisoire !

Certaines attitudes familiales pèsent lourdement et contribuent à la mise en place de graves troubles de la personnalité. Certes, cela vaut la peine de mettre beaucoup d'énergie pour tenter de les mobiliser mais si l'on n'y arrive pas au terme d'un délai raisonnable, inutile de s'acharner : l'enfant ou l'adolescent doit en être éloigné le temps qu'il faut : je me sens sur la même longueur d'onde que Maurice Berger¹ à ce propos.

● *Les réactions aux manifestations déviantes de la personnalité*

Lorsque ces réactions sont inadéquates, elles constituent un facteur de provocation plutôt que d'apaisement : des « spirales transactionnelles négatives » peuvent devenir énormes, chacun escaladant vers l'exclusion, si non l'élimination de l'autre. Il est donc essentiel d'observer comment les systèmes de vie significatifs de l'enfant problématique réagissent face à ses traits de fonctionnement les plus perturbateurs.

1. Voir, par exemple, Berger, 2011.

Parmi les réactions contre-productives, je relève notamment :

- la séduction par l'enfant et la perte de lucidité : par exemple, le charme trompeur et subtil de certains délinquants ou porteurs de perversité peut anesthésier la fonction critique de l'adulte, en quelque sorte prisonnier d'un « délit de bonne gueule ».
- la fascination par l'audace exceptionnelle de certains actes commis (vécue souvent par une partie des pairs, mais aussi par certains adultes) ;
- la peur, l'évitement, la soumission ;
- et au moins aussi souvent son contraire : la réduction du jeune à ses aspects problématiques, la disqualification et le rapport de forces en continu (« Il faut le mater, il doit obéir aux règles quand même... et on ne parle que de ça ») c'est encore pire lorsque s'y ajoute l'indifférence dans les moments où ça semble aller mieux.

Une illustration banale ? Un excellent pédagogue de mes amis me racontait combien il avait été charmé, lors de sa visite dans une institution résidentielle pour ados difficiles québécois, parce que c'est un pensionnaire de dix-sept ans — probablement un bon délinquant — qui faisait faire la visite, avec une excellente capacité de communication (voilà donc mon ami séduit...) Je lui pose la question : « Et que ferais-tu si, sortant dans la rue, tu constates que ton portefeuille a disparu ? »

Il me répond du tac au tac : « Je dépose plainte. La loi, c'est la loi. » (Aïe, on passe abruptement au seul rapport de forces, sans plus penser à parler avec le jeune...). Évidemment, dans ma fonction de tiers écoutant, il n'a pas été facile de faire remarquer à mon ami cette volte-face émotionnelle, et nous avons réfléchi... sur papier je l'avoue... à d'autres manières de réagir¹ face à ce type de jeune probablement partagé entre le désir d'une bonne relation et celui de laisser parler ses vieux démons ou de décourager les possibles agents de changement. On pourrait à tout le moins retourner vers lui, parler de tout ce qui s'était passé, lui demander de faire le tour de l'institution pour voir si, lui, ne retrouvait pas le portefeuille disparu (à malin, malin et demi...) et n'évoquer la plainte qu'en dernier recours...

En résumé : observer précisément comment les sous-systèmes réagissent aux comportements du jeune, s'efforcer de réduire ce qui provoque le retour des comportements indésirables et d'amplifier ce

1. La première réaction concrète de bon sens eût d'ailleurs été d'envisager une possible perte naturelle du portefeuille, aux pieds d'un pot de WC par exemple...

qui pourrait provoquer l'advenue de comportements plus désirables, ce projet tout simple, de culture behavioriste, est trop peu exploité ! Il pourrait prendre place dans la majeure partie des réunions de synthèse consacrées à l'enfant, où l'on se limite bien trop à donner une énorme attention négative à ses outrances et à étudier comment mieux le mater, avec l'exclusion qui n'est jamais très loin !

► **Proposer tout en douceur des relations d'un nouveau type**

L'enfant a d'autant plus de chances d'y adhérer que son trouble de la personnalité était partiel ou/et seulement en cours d'installation.

1. Il ne faut cependant pas faire de pressions, ni séductrices ni autoritaires, pour lui faire passer en accéléré la porte de ces nouvelles relations : l'enfant à la personnalité troublée est épris de sa liberté et souvent méfiant par rapport aux agents de changement : donc il hésite à s'engager, fait un pas en avant puis un autre en arrière. Le drame survient alors quand l'éducateur est trop vite et trop intensément déçu, parce qu'il s'est d'abord emballé et montré trop généreux : sa colère peut être à la mesure de son espoir déçu.

Du moins dans les cas graves, mieux vaut donc que les adultes en charge des relations quotidiennes constituent un petit groupe solidaire, cohérent, courageux où des relais peuvent être pris quand des individus sont momentanément découragés et où la fonction du tiers peut jouer amicalement, chacun étant susceptible de fonctionner selon les circonstances comme le tiers de son voisin. Petit groupe expérimenté et lucide aussi, où les mauvais coups, sabotages et récidives probablement à venir peuvent être anticipés et gérés autrement que par l'aveuglement naïf, l'escalade ou la démission progressive.

2. Je pense qu'il vaut mieux ne pas annoncer verbalement et explicitement à un jeune qui souffre d'un trouble de la personnalité qu'on désire le faire changer radicalement. Il suffit qu'il sache qu'on désire vivre le quotidien avec lui en le respectant et en lui demandant de remplir les tâches que l'on attend de tout jeune (l'école, l'apprentissage, une certaine participation à la vie collective) Inutile même de lui parler des règles, règlements et autres sanctions : il les connaît et, pour une fois, il sera déconcerté que l'on n'agisse pas anticipativement devant lui cet os sur lequel ses babines pourraient déjà saliver et son intelligence chercher tout de suite où est la faille...

3. Ceci dit, quelles sont les composantes de la relation que peut lui proposer le petit groupe d'adultes concerné par son éducation ?

- un style de vie vécu et géré « pour soi » par l'adulte, individu et groupe, qui soit « suffisamment bien » sociable ;
- un intérêt authentique pour la personne du jeune ; de la bienveillance pour toutes ses potentialités estimées positives ; mais de la discrétion aussi, de la retenue pour exprimer cet investissement, car le jeune n'a pas envie de se sentir récupéré ;
- de l'énergie mise pour que le jeune ait des choses à lui, dont il est propriétaire, et pour en garantir l'intangibilité. La garantie aussi pour qu'existe à son intention un socle de base de petits plaisirs, libertés et privilèges qu'aucune punition ne peut altérer ¹ ;
- une valorisation explicite mais discrète des réalisations positives spontanées du jeune et de ses éventuels efforts pour améliorer sa socialisation ou son travail ;
- de la présence, beaucoup de présence aux côtés du jeune, tant pour le surveiller discrètement, sans le lui claironner, que pour le soutenir et/ou lui proposer des activités intéressantes ;
- de la lucidité pour bien deviner et déjouer les nombreuses stratégies déviantes du jeune, et de la force qui vise à faire régner un cadre de vie sociable ;
- mais du réalisme et de la tolérance aussi, car des attaques contre les agents de changement ou des récidives auront très probablement lieu et ne devraient pas entraîner que la relation ne redevienne un pur rapport de force ;
- l'absence de pressions et de moralisations pour faire changer le jeune : on veut vivre avec lui une vie « normale », où se mêlent sociabilité, travail (scolaire), repos et plaisirs. On ne lui demande pas explicitement de changer, tout en espérant que l'ambiance lui en donnera envie. Bien sûr néanmoins, ses actes significativement négatifs ne seront pas admis et seront sanctionnés, mais sa personne continuera à être acceptée.

1. Les éventuelles punitions ne raboteront donc que les suppléments, pas le socle de base ! Si la vie quotidienne devient un pur épouvantail, on ne récolte que révolte haineuse...

► Mettre en place des opportunités de greffe pour des « sublimations »

Ce n'est évidemment pas sur demande que l'enfant déplace vers une sublimation¹ ce qui était jusqu'alors la part préoccupante de son énergie vitale. N'empêche, on peut penser à mettre en place des opportunités qu'il décidera soit de saisir parce qu'attractives, soit d'ignorer.

Les plus simples à opérationnaliser concernent la personnalité psychopathique : par exemple, on peut voir avec l'enfant s'il serait intéressé par la pratique d'un sport « hard » allant parfois jusqu'à l'extrême (acrobaties en skate ou VTT *and Co*) On peut aussi y regarder à deux fois avant de le dissuader, voire de le sanctionner pour des choix personnels spontanés transgressifs sans être franchement destructeurs : par exemple, je me suis déjà intéressé positivement aux « prouesses » de jeunes clients dans le domaine des tags et graffitis ou des parcours urbains (parcours d'obstacles à travers la ville et ses bâtiments) : je trouvais ces choix déjà bien mieux que de terroriser les autres !

Mais ces opportunités sont plus délicates à trouver avec les personnalités délinquantes (certains jeux stratégiques où l'on trompe l'adversaire ? des objectifs très consuméristes-matérialistes, mais liés au travail ?). Et encore plus avec les paranoïaques (s'engager dans des causes sociétares où l'on lutte à fond contre l'exploitation ?). Continuons donc à faire preuve de créativité...

► Les rencontres verbales

Parler de façon authentique avec l'enfant à la personnalité perturbée peut aussi contribuer à le faire évoluer. Néanmoins, je n'attribue pas à la seule parole un effet mobilisateur magique : second volet d'un diptyque, elle est complémentaire à l'entreprise de reconstruction de relations que je viens d'esquisser !

Cet engagement dans la parole, c'est une responsabilité partagée par tous les adultes compagnons de vie de l'enfant. Partagée et, espérons-le, cohérente : ils gagnent toujours à échanger sur le contenu de leurs dialogues et même à se définir un langage commun, avec quelques idées clés à discuter prioritairement.

1. Au sens psychanalytique du terme.

● Qui sont les porte-parole ?

J'en distingue trois catégories, également importantes :

- tout adulte partageant le quotidien de l'enfant et qui a sa confiance, au moins partielle¹ et momentanée. L'échange de paroles consiste ici en tout et rien : blagues, commentaires sur le contenu des écrans, sur les événements et sur la vie ensemble ; témoignages sur soi ; signes d'intérêt pour l'enfant, etc. ;
- un adulte en charge officielle de *coach* : par exemple, l'éducateur-référent dans une institution résidentielle. Il a les mêmes missions informelles que la catégorie précédente, mais aussi celle de définir avec l'enfant un projet de vie qui inclut quelques comportements souhaités et d'autres indésirables². Il investit tout particulièrement le champ des valorisations. Il peut encore mener un premier niveau de réflexion sur les vécus, pensées et questions immédiates de l'enfant, et procéder à des entretiens « sur-le-champ » lors des crises ;
- l'un ou l'autre spécialiste du psychisme affectif ou/et cognitif qui travaille en individuel ou en petit groupe. Il a largement les mêmes missions que les précédents, en tout cas pour penser avec l'enfant, puisque la décision concrète d'un projet est de la responsabilité du coach.

En institution résidentielle pour jeunes perturbés, une bonne formule me semble être que *tous* les jeunes aient la même obligation : par exemple, aller s'asseoir poliment 45 minutes par semaine face à un psy spécialiste de l'affectif.

Selon les besoins repérés chez chaque jeune et le degré d'accordage qui s'élabore, le spécialiste peut se centrer plus spécifiquement sur : les difficultés cognitives ; les questions et problèmes intimes ou relationnels vécus par l'enfant ; la recherche de son identité et des raisons d'être de certaines habitudes prises ; la proposition de nouvelles stratégies sociales et l'entraînement pour les utiliser.

1. Partielle ? ce ne saurait être plus, avec ces personnalités méfiantes, tricheuses, etc. Confiance partielle et en outre fragile, instable, car de vieux démons peuvent aller et venir au sein des idées de l'enfant et lui faire reprendre aujourd'hui ce qu'il a donné hier ! Attention plus que jamais à la vulnérabilité de l'adulte et à son découragement !

2. Sans se mettre en contradiction toutefois avec ce que j'ai dit précédemment : il ne faut pas planifier un changement global, mais parler d'une vie sociable qui requiert quelques petits changements concrets de ci-de là.

À noter que l'évocation par l'enfant de son histoire de vie et des traumatismes qui l'ont émaillée peut être jugée comme intéressante par lui — histoire de mieux se comprendre ! — mais le psychothérapeute doit éviter plus que jamais de s'en servir pour essayer de dissuader son jeune de recourir à ses passages à l'acte actuels. Non seulement ce projet procéderait-il d'un activisme simplificateur, mais surtout, l'enfant détesterait cette tentative de récupération et refermerait son livre d'histoire à peine entrouvert !

● *Enjeux de la rencontre verbale*

- En exprimant verbalement et sans vouloir donner de leçon ses idées sur la vie, sur ce qu'est l'humain, sur la gestion des relations quotidiennes, etc., l'adulte interlocuteur intrigue, stimule la curiosité de l'enfant, lui donne éventuellement envie « d'essayer autre chose ».
- Il s'agit d'interpeller l'enfant dans tout ce qu'il est et de persister dans cette position sans affrontement, ni réduction progressive au rapport de forces : continuer à parler avec lui de ses ressources estimées positives, de ses caractéristiques neutres, et de ses comportements estimés problématiques.
- À propos de ces derniers, ne pas se centrer tout de suite sur le reproche et la répression. Essayer plutôt de comprendre avec l'enfant la raison d'être de tel comportement précis, en évoquant au besoin des facteurs comme la recherche de puissance ou de plaisir : après tout, ces réalités nous intéressent quasi tous, mais pas à n'importe quel prix. Peser avec lui le pour et le contre des bénéfices et des inconvénients rencontrés. Au rang des inconvénients, il y a peut-être des sanctions désagréables (s'il y est encore sensible). Le faire réfléchir, sans forcer sa liberté. Veut-il maintenir tel type de comportement ? Existe-t-il des alternatives plus sociables et aussi attractives ?
- Ce qui est important, c'est que la question de la désapprobation et de la sanction n'empoisonne pas tout de suite le dialogue, comme une épée de Damoclès brandie dans un contexte de lourdes émotions négatives : un temps pour comprendre et pour réfléchir à l'avenir, et un temps pour sanctionner si c'est inévitable et de surcroît, pas nécessairement géré par les mêmes personnes !

► **Les sanctions**

L'espace va me manquer pour décrire en détail toutes les sanctions possibles, leurs raisons d'être et les processus de leur application. Je

vous renvoie au livre déjà cité *La Destructivité chez l'enfant et chez l'adolescent* (2007, p. 81-96). Je me limiterai à un résumé.

● Types de sanctions

- L'indifférence par rapport à un certain nombre de transgressions mineures peut s'avérer payante.
- Des *time out* bien dosés peuvent aussi avoir une certaine efficacité.
- Quand on en a l'occasion, les sanctions positives appliquées avec discrétion et délicatesse sont plus efficaces que les négatives (reconnaître verbalement et même matériellement les progrès vers davantage de socialisation).
- Il est important également d'identifier et de reconnaître les moments de « réparation de soi » où l'enfant s'efforce spontanément de démontrer qu'il peut produire du bon après s'être conduit de façon destructrice. L'on peut aussi s'efforcer de l'y sensibiliser et d'en provoquer l'issue.
- S'il faut en passer par des sanctions pénibles à volonté dissuasive, demander du dédommagement matériel sous l'une ou l'autre forme et soutenir le travail de l'enfant qui y procède, c'est plus efficace que les « simples » punitions (privations de plaisir matériel).
- Non à toute sanction qui fait peur, humilie, insulte, ou qui est de l'ordre du chantage ou de la privation affective.
- L'exclusion (et la menace d'exclusion qui précède) n'a souvent comme fonction inavouée que de se passer la patate chaude d'une institution à l'autre. Elle ne devrait intervenir que rarement, lorsque par exemple l'enfant montre de façon persistante qu'il ne veut plus profiter du système éducatif et thérapeutique qui lui est proposé, ou encore lorsque son image sociale est définitivement et gravement compromise par des actes qu'il a posés.

● Processus d'application

À mon sens, les petites sanctions positives ou négatives du quotidien relèvent de tout ce qui est en fonction d'éducation, selon des rites définis par les personnes et les groupes concernés. Pour les sanctions estimées importantes (qu'elles soient positives ou pénibles), il vaudrait mieux rendre compte à un chef qui décide : l'autorité ultime en quelque sorte, par exemple le directeur d'une institution (ou papa et maman ensemble, après qu'ils aient bien réfléchi ; même parfois quand ils sont séparés). Ceci ajoute de la solennité et garantit mieux que le dialogue

avec l'enfant ne soit pas toujours dans la confusion « compréhension-évaluation-sanction ». La sanction est liée au degré de liberté de l'acte et à sa destructivité, et pas du tout — ou presque pas — aux motivations qui l'ont mis en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER M. (2011). *Les Séparations à but thérapeutique*, Paris, Dunod, 2^e éd.

HAYEZ J.-Y. (2007). *La Destructivité chez l'enfant et chez l'adolescent*, Paris, Dunod, 2^e éd.

PALACIO-ESPASA F. (2000). « Personnalité (troubles de) », in D. Houzel et

coll. (dir.), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 505-506.

WINNICOTT D.W. (1974). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

PARTIE II

Psychopathologie

■ Chap. 7	La relation d'emprise	89
■ Chap. 8	États limites et traumatismes	113
■ Chap. 9	Psychopathologie et troubles de la personnalité : une question de normes ?	128
■ Chap. 10	Profils de personnalité des adolescents auteurs d'agressions sexuelles	139
■ Chap. 11	Nature et rôle des psychotraumatismes dans la genèse des structurations limites de la personnalité	166
■ Chap. 12	Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche théorique	185

Chapitre 7

La relation d'emprise¹

Roger Dorey²

UNE DOUBLE CONSTATATION s'impose d'emblée lorsqu'on prend en considération la notion d'emprise. On observe, en parcourant la littérature psychanalytique, qu'un nombre relativement limité de travaux y font référence, le plus souvent d'ailleurs de manière assez confuse. Par ailleurs, on est réellement saisi par l'importance clinique de tout ce qui peut être cerné comme gravitant autour de ce pôle que nul autre concept ne permet de traduire de façon satisfaisante. Par la manière même dont il a introduit cette dimension dans le champ analytique, Freud n'est certainement pas totalement étranger à cet état de choses. Il la constitue en effet comme la finalité d'une pulsion spécifique, non sexuelle, d'abord rattachée à la cruauté infantile, puis au sadomasochisme, et, enfin, à partir de 1920, à l'action proprement dite de la pulsion de mort. Or tout donne à penser que cette pulsion d'emprise (*Bemächtigungstrieb*) est une notion très ambiguë qui rend compte de l'impasse dans laquelle nous nous trouvons sur le plan conceptuel. Il semble bien que la notion d'emprise ne pourra trouver de véritable fécondité qu'à être considérée essentiellement comme un mode très singulier d'interaction entre deux sujets, qui ne se réduit pas à l'activité d'une seule tendance mais correspond à un agencement complexe de la relation à l'autre, dont la dynamique pulsionnelle reste entièrement à préciser. C'est dire que l'emprise ne

1. Texte paru dans la *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°24, Gallimard, 1981 ; puis dans *Le désir de savoir, nature et destins de la curiosité en psychanalyse*, Éditions Denoël, 1988, p. 119.

2. Roger Dorey, 32 boulevard Marbeau, 75116 Paris.

prend son plein sens que dans le champ de l'intersubjectivité et que c'est là, précisément, qu'elle doit être abordée, en tant que *relation d'emprise*.

En un premier sens, le terme *Bemächtigung* évoque l'idée de prise, de capture ou encore de saisie. C'est d'ailleurs la signification ancienne du mot « emprise », lequel, au XVII^e siècle, en langage juridique, désignait l'action de prendre des terrains par expropriation ; plus spécialement encore, il était utilisé pour rendre compte d'une atteinte portée à la propriété privée à la suite d'un acte administratif illégal. Au niveau interpersonnel, il s'agit donc d'une action *d'appropriation par dépossession de l'autre* ; c'est une mainmise, une confiscation représentant une violence infligée et subie qui porte préjudice à autrui par empiècement sur son domaine privé, c'est-à-dire par réduction de sa liberté.

La deuxième dimension, inséparable de la précédente, et qui pourtant doit en être clairement distinguée, est celle de la domination. C'est le sens courant du terme emprise, celui que nous utilisons habituellement pour rendre compte d'une domination intellectuelle ou morale exercée sur un individu ou sur l'homme en général. Une telle signification dérive de l'expression juridique ancienne mais acquiert aussi sa propre spécificité, peut-être sous l'influence du mot empire, ainsi qu'on le propose, ce qui suggère que ce deuxième courant sémantique fait référence à l'exercice d'un pouvoir suprême, dominateur, voire tyrannique, par lequel l'autre se sent subjugué, contrôlé, manipulé et, en tout état de cause, maintenu dans un état de soumission et de dépendance plus ou moins avancé.

Enfin, un troisième type de signification apparaît comme la conséquence ou la résultante de la double action d'appropriation-domination, laquelle ne peut s'exercer sans qu'il en résulte l'inscription d'une trace, l'impression d'une marque. Car celui qui exerce son emprise grave son *empreinte* sur l'autre, y dessine sa véritable spécificité. C'est en tant que telle qu'il nous est donné de l'observer dans notre pratique et c'est ainsi qu'elle nécessite d'être abordée : d'un point de vue phénoménologique tout d'abord, pour en rendre compte en tant qu'expérience vécue, mais surtout dans son statut psychanalytique, métapsychologique, et enfin sur le plan psychogénétique, afin que soient dégagés les principaux déterminants qui président à son instauration.

Dans la relation d'emprise, il s'agit toujours et très électivement d'une atteinte portée à l'autre en tant que sujet désirant qui, comme tel, est caractérisé par sa singularité, par sa spécificité propre. Ainsi, ce qui est visé, c'est toujours le désir de l'autre dans la mesure même où il est foncièrement étranger, échappant, de par sa nature, à toute saisie possible. L'emprise traduit donc une tendance très fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui, c'est-à-dire à la réduction de toute altérité, de toute

différence, à l'abolition de toute spécificité ; la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable. Deux voies principales s'offrent pour cela, qui correspondent à deux types d'organisations hautement différenciées, aux problématiques perverse et obsessionnelle, que je retiendrai comme modalités tout à fait exemplaires.

PERVERSION ET SÉDUCTION

Dans la perversion, la relation d'emprise se déploie électivement dans le registre érotique. L'emprise du pervers s'exerce de façon privilégiée sur son partenaire sexuel, sans que cela soit exclusif. L'arme utilisée est essentiellement la séduction, à entendre ici dans son sens le plus fort, celui d'une véritable action de séparation — c'est d'ailleurs le sens étymologique — de détournement, de conquête, qui parvient à ses fins par l'étalement de ses charmes et de ses sortilèges, c'est-à-dire par l'édification d'une illusion dans laquelle l'autre va s'égarer. Cette séduction, en fait, prend valeur de fascination ; toute la stratégie du pervers consiste à arborer tel type de désir érotique qui le caractérise et à tenter de révéler chez l'autre un désir équivalent ou d'obtenir de lui la réponse la plus adéquate à son exigence, traduisant donc l'émergence d'un désir complémentaire du sien. Qu'il parvienne ou non à ses fins, de toute manière, par cette entreprise le pervers nous fait violence car il réussit toujours plus ou moins activer en nous soit un désir présent à l'état latent parce que nous voulons le méconnaître, l'ignorer, le rejeter, et qu'il nous force ainsi à le prendre en considération ; soit un désir dont nous sommes davantage conscients mais que nous tenons à maintenir réprimé et qui est, par cette action, sollicité, voire libéré. Cette séduction ne laisse donc jamais l'autre indifférent ; il y réagit tantôt par la rébellion, tantôt par la soumission. Dans ce dernier cas, il est alors la victime d'une véritable captation par l'image puisqu'il lui est proposé un désir qui n'est rien d'autre que le reflet de son propre désir. La relation d'emprise, dans la perversion, est ainsi essentiellement spéculaire, duelle, non médiatisée, et se développe entièrement dans le registre imaginaire. L'autre, en tant qu'il est réellement prisonnier de cette séduction par l'image, se voit donc intimement nié dans la singularité même de son désir, dans son altérité ; son être désirant, comme tel, n'est pas aboli, mais il n'a pas d'existence que dans la mesure où il se maintient dans la position de double qui lui est assignée.

Dans cette perspective, on comprend dès lors sur quoi repose le pouvoir du pervers et comment il assure sa domination ; par la contrainte, on serait même tenté de dire par la contrainte par corps en tant que cette coercition n'est active que parce qu'elle fait écho dans le corps de l'autre qui, se soumettant, accepte de participer à l'aliénation qui lui est imposée parce que, d'une certaine manière, il y trouve lui aussi sa propre satisfaction. Celle d'être en quelque sorte exproprié de son désir propre, possédé par le séducteur, puisqu'il est, par lui, dépossédé de ce qu'il a de plus personnel, et réduit à n'être que son reflet fidèle. La perversion comporte donc une indéniable dimension destructrice : il s'agit en effet d'abattre, de nier toute différence et, en tout premier lieu, cette différence originaire qui tient à ce que tout sujet désirant est foncièrement irréductible à celui que l'on désigne bien imprudemment comme son semblable. Lorsque le pervers parvient à établir avec l'autre la similitude à laquelle il tend mais qui, nous le savons, ne sera jamais qu'illusion, lorsque l'autre est entièrement captif dans les rets de son désir, l'emprise est à son comble et c'est alors que le séducteur est en mesure de croire qu'il a véritablement réussi à imprimer sa marque sur la personne de son partenaire. Il lui est en effet impérieusement nécessaire de graver son empreinte ; car l'état d'asservissement, d'assujettissement de sa victime à l'exigence de son désir, la dépendance qu'il crée, lui fournit des témoignages incontestables de la réalité de son appropriation. Mais il a besoin d'aller plus loin encore, d'en avoir des preuves tangibles, concrètes, effectivement perceptibles. C'est pourquoi, dans la plupart des scénarios pervers, mais tout particulièrement dans le sadomasochisme, il importe à ce point qu'une trace soit inscrite sur le corps même de l'autre. Électivement, c'est la marque du fouet incrustée dans la peau qui signe, de manière irréfutable, l'état de soumission imposée et acceptée, et qui en atteste, tant auprès du maître qu'aux yeux de tout un chacun, convaincu et peut-être à son tour séduit.

Parfois, cette empreinte revêt un caractère plus personnel ; à proprement parler, elle représente son auteur, et lui seul, grâce à une convention tacite ou délibérément explicite. Dans *Histoire d'O*, c'est la bague de fer passée au doigt d'une fille soumise qui signe son assujettissement, cependant que, sur son corps, l'incrustation du chiffre même de Sir Stephen témoigne à tout jamais de son appartenance, empreinte indélébile qui authentifie l'emprise qu'il exerce sur elle. Cet écrit, qui ne saurait commodément être considéré sans autre forme de procès comme le récit pur et simple d'une perversion, concerne chacun de nous en son être le plus intime, celui-là même auquel on refuse si souvent la parole, peut-être parce qu'il risquerait d'avouer que nous désirons tous

et que nous sommes tous, à des degrés divers, ou bourreau ou victime, le plus souvent même les deux à la fois. Jean Paulhan fait remarquer très plaisamment que les « contes de fées sont les romans érotiques des enfants » ; l'on peut même inverser cette proposition et voir dans un récit comme *Histoire d'O*, à l'égal de ce que représentent les contes pour enfants, l'expression de nos tendances les plus profondes mais poussées à leurs limites extrêmes, comme pour en révéler la véritable nature, en souligner toute la portée. La perversion proprement dite, telle qu'il nous est donné de l'observer notamment dans notre pratique, est une forme d'organisation apparemment irréversible, fixée, en impasse, devenue impérieusement nécessaire et même indispensable pour que la tendance sexuelle puisse se satisfaire sans rencontrer l'angoisse. Le destin qui est réservé à O peut donc, à juste titre, être considéré comme exemplaire ; il est l'illustration même de la relation d'emprise, en tant que domination absolue d'un être sur son semblable qui progressivement se voit dépossédé de lui-même, asservissant son désir au désir qui le contraint.

Si c'est bien, en effet, dans le registre d'Éros qu'une telle emprise trouve primitivement la possibilité de son accomplissement, les pulsions destructrices sont cependant elles aussi présentes. Mais leur action est en quelque sorte complémentaire de la tendance unificatrice qui apparaît, dans la problématique perverse, comme plus fondamentale, d'une certaine façon comme plus originaire.

On n'en sera pas moins sensible, ici, à tout ce qui est de l'ordre du négatif, depuis l'atteinte portée à l'intégrité du désir de l'autre jusqu'à l'anéantissement inexorable de son être physique et psychique ; le récit de Christian Pierrejouan, *MS* (1979), entre autres témoignages, nous en fournit un exemple saisissant. Quant à la haine de l'état pur, il nous est donné de l'apercevoir lorsque le sujet dominé résiste à l'emprise de celui qui le contraint. Mis en échec, celui-ci réagit par le rejet et par la néantisation ; action en tout point comparable à cette activité archaïque de l'appareil psychique qui, face à l'objet insatisfaisant, l'expulse de son orbe, le détruit et, opérant un véritable renversement, le vit alors comme persécuteur.

Cette relation d'emprise n'est donc pas sans nous suggérer l'idée de la recherche d'une hypothétique unité originaire ; du moins nous fait-elle évoquer cet état primitif de la psyché caractérisé par l'indistinction du sujet et de son image. C'est pourquoi, de ce point de vue, la perversion narcissique peut être considérée comme le modèle prototypique de toute relation perverse. Quand, fasciné par son image spéculaire, le sujet est la proie d'une captation imaginaire et la victime de l'emprise qu'exerce

sur lui son reflet dans le miroir, il est, dans le même temps, l'auteur et le bénéficiaire d'un état de béatitude qui n'a d'égal que l'aliénation profonde dans laquelle il se maintient mais qui est sa seule et véritable source de jouissance. Mais cette dernière est éminemment fragile, étant sans cesse à la merci du surgissement de l'autre qui, en imposant son désir, entraîne le sujet au bord d'un gouffre de déréliction.

Cette fascination qu'exerce la retrouvaille de l'unité primordiale, nous y sommes tout à fait sensibles à la lecture du livre de Michel Tournier : *Les Météores*. En donnant la parole, tantôt à Paul, tantôt à Jean, éléments constitutifs de la cellule gémellaire, il exprime très fidèlement les deux aspects complémentaires de cette relation symbiotique. D'une part, leur lien n'est à nul autre comparable ; c'est celui des frères-pareils, étroitement unis dans une activité fusionnelle, le Jeu de Bep, dont les multiples aspects sont : la cryptophasie, l'intuition gémellaire, les amours ovales, la prière tête-bêche, la communion séminale, comme autant d'expériences réunificatrices débouchant sur l'absolu, sur l'infini, sources premières et intarissables de la plus grande félicité. Mais cette fusion gémellaire est aussi, par ailleurs, le contraire de l'existence, la négation du temps et de l'histoire, l'immobilité inaltérable, le refus de s'engager dans la dialectique du temps et de la vie, l'établissement dans un univers figé, sans vicissitudes, celui de la mort par abolition de toutes les tensions qui forment le ressort profond de la vie. La trame du roman de Michel Tournier est donc constituée par la relation d'emprise que l'un des jumeaux établit avec l'autre, le désir de l'un, sous la forme la plus originaire, ayant pour finalité l'absorption assimilatrice du désir du frère, réduit à n'être que l'écho fidèle de cette tendance symbiotique qui détruit toute altérité. C'est à cette emprise que l'autre tente d'échapper, d'imposer son désir propre mais en détruisant par là même la cellule primitive et en instaurant alors une lutte pathétique dont l'enjeu n'est autre que la possibilité d'être.

Mais qu'en est-il de la séduction ? À cet égard, les déviations sexuelles les plus évidentes nous fournissent une indication des plus précieuses. Dans l'histoire infantile de ces patients, il est un fait que nous retrouvons avec la plus grande régularité, dont on peut même dire qu'il ne manque jamais, c'est l'existence de conduites séductrices subies par l'enfant de la part de la mère (ou de tel substitut privilégié). Cela ne doit pas être banalisé, car il s'agit d'une séduction effective, généralement très précoce, massive, intense, répétitive et polymorphe. Ainsi se crée, entre les deux partenaires, un lien de plaisir érotique qui se développe dans la complicité, voire même dans la connivence la plus archaïque, à un niveau

charnel. Cette complicité s'exprime encore dans un autre registre privilégié, celui du regard. L'échange, à ce niveau, est d'une intensité tout à fait remarquable, qui vient renforcer et exprimer l'état de félicité de chacun des protagonistes qui lit dans le regard de l'autre à la fois la satisfaction de celui-ci et le reflet de la sienne propre. Mais l'autre versant de cette relation tient à l'insécurité foncière dans laquelle baigne l'enfant, ce qui détermine chez lui une fragilité profonde, une vulnérabilité excessive qui le met à la merci du surgissement imprévisible d'un véritable état de détresse. C'est que la mère est fondamentalement ambivalente et ne se limite aucunement à la recherche d'une fusion bienheureuse : en réalité, elle laisse paraître une très grande hostilité, voire même une destructivité certaine. Les comportements de condamnation, de rejet, d'abandon, sont fréquents et surgissent de manière brutale et inopinée. La mère cherche ainsi avant tout à exercer sur son enfant un contrôle omnipotent qui exige de la part de celui-ci une totale soumission. La position qui lui est assignée est donc essentiellement de passivité face au désir de la mère, lequel lui est imposé alors qu'il est sans véritable défense, et fait effraction en lui, l'envahit et le submerge totalement, anéantissant toute possibilité de faire valoir son désir propre sauf à être la réplique exacte de celui qui le contraint. L'emprise apparaît donc alors comme résultante d'une double tendance, *unificatrice* d'une part, *destructive* d'autre part. Mais l'action d'Éros, là encore, paraît prédominante en tant qu'elle est constitutive d'une relation fusionnelle fondée sur la séduction.

Si séduire est séparer, l'édification de ce lien exclusif entre l'enfant et sa mère sépare en effet l'enfant de celui qui a pour fonction essentielle de devoir s'interposer, à savoir le père. Cette relation de complicité ou de connivence mérite donc d'être définie comme une véritable *collusion*, c'est-à-dire établissement d'une entente secrète se constituant au préjudice d'un tiers. Mais il y a davantage encore, car cette entreprise de séduction a pour conséquence ultime de venir entraver gravement un autre processus de *séparation*, soit l'opération même d'*engendrement du sujet*. Nous saisissons alors que cette emprise est profondément aliénante et que le sujet y est piégé à l'intérieur d'un cercle imaginaire dans lequel il est condamné à tourner indéfiniment, c'est-à-dire à répéter. Tel est bien, en effet, son destin, puisque le pervers reproduit sans cesse avec son partenaire, mais plus généralement avec autrui, ce même type de relation, mais en l'inversant. Victime d'une domination tyrannique qu'il subissait passivement, il devient actif et, par un mécanisme certainement assimilable à une identification à l'agresseur, il exerce à son tour son empire sur l'autre, en lui imposant son désir. Cependant, du fait de la structure spéculaire de cette relation, il sera toujours aussi bien dominant

que dominé, étant celui qui exerce l'emprise au tant que celui qui la subit.

On a souvent fait remarquer — Freud le premier et cela dès 1905 dans les *Trois Essais* — que toute mère est pour son enfant sa première séductrice. Dans ces conditions, ne faut-il pas voir, dans les soins maternels et la séduction qu'ils comportent le prototype de toute relation d'emprise ? Par l'inscription au niveau du corps de son désir et de ses fantasmes, elle fait naître chez l'enfant, investi comme son objet sexuel de plein droit, une sexualité à l'image de la sienne et sous l'empire de laquelle celui qu'elle a procréé restera placé toute sa vie. Nous pourrions voir dans cette disposition la possibilité de rendre compte de la sensibilité à la séduction qui existe en chacun de nous, ainsi que la propension qui est la nôtre, dans ce registre, d'accepter l'emprise exercée par autrui ou, inversement, celle que nous avons de lui imposer la nôtre. En viendrons-nous alors à faire de l'emprise érotique une dimension commune à tous les êtres humains ? C'est là une proposition qui ne saurait être contestée globalement mais qui mérite d'être nuancée, car cette dimension est certes toujours présente dans la vie amoureuse de l'homme, mais à des degrés infiniment variables.

Mais ce lien étroit entre emprise et séduction renvoie à l'importance que Freud a toujours accordée à la séduction dans la psychogénèse des névroses. Sa découverte de la nature fantasmatique des scènes traumatiques n'a en effet jamais, pour autant, entièrement annulé la valeur et la portée d'événements effectivement vécus et qui ne sont pas aussi rares qu'on a bien voulu le croire par la suite. Intenses ou discrètes, ces expériences ont pour mérite de focaliser notre attention sur un type de relation où l'interaction de deux désirs se solde par l'asservissement de l'un au profit de l'autre, ce qui me paraît déterminant dans l'éclosion d'une problématique névrotique. Celle-ci ne doit pas être en effet considérée uniquement comme un conflit intrapsychique mais avant tout comme un conflit interpsychique, entre deux appareils psychiques dont l'un obtient la reddition de l'autre.

La psychanalyse, en tant que pratique thérapeutique, est née de l'abandon de l'hypnose et de la suggestion qui en sont cependant les précurseurs. Mais l'efficacité, il est vrai limitée, de ces derniers reposait entièrement sur une forme particulière de séduction et sur l'instauration d'une relation d'emprise combien aliénante ! Peut-on dire pour autant que la psychanalyse elle-même, en tant que pratique, soit indemne de toute recherche séductrice ? C'est ce que nous ne saurions prétendre puisque le processus analytique, entre autres, a pour effet de révéler chez celui qui s'y soumet des désirs qu'il veut méconnaître mais qui

paradoxalement le fascinent lorsqu'il les rencontre chez autrui. Si l'emprise contre-transférentielle tient à la fonction de révélateur qui, parmi d'autres fonctions, est celle de l'analyse, à la différence de l'emprise telle que nous l'avons cernée dans la relation perverse, il ne doit y avoir là aucune tentative de réduire le désir de l'autre (du patient) à l'image même du désir de l'analyste ; de ce dernier il est avant tout exigé, sur ce plan, le minimum d'interférence. Il n'en demeure pas moins que la situation analytique, de par les règles qui la régissent, est une situation de contrainte et qu'en dehors même de la séduction, l'emprise peut résulter de l'exercice d'un pouvoir ; mais c'est déjà faire référence à un autre registre que, précisément, nous allons aborder maintenant.

LA TYRANNIE DE L'OBSESSIONNEL

Entre la relation d'emprise dans la problématique perverse et celle que nous ne manquons jamais de rencontrer dans l'organisation obsessionnelle, on constate un certain nombre de similitudes mais plus encore de très notables différences, voire même des oppositions qui lui confèrent une indéniable spécificité. L'obsessionnel exerce son emprise sur l'autre dans le registre du pouvoir et dans l'ordre du devoir. C'est principalement à la force qu'il a recours pour contraindre tout un chacun ; nul n'y échappe en effet pour peu qu'il établisse avec lui un rapport, même le plus distant qu'il soit. Son empire est totalitaire, couvrant l'ensemble de la personnalité sur laquelle il a entrepris de régner ; l'autre doit agir comme il entend, lui, qu'il le fasse ; il doit penser selon des normes qu'il lui impose ; il doit désirer conformément à un schéma qu'il a tracé à son intention, adopter sa conception de l'ordre des choses ; il sait où est son bien et rien ne l'autorise à en douter.

Cette volonté de puissance fait bien souvent de lui un tyran, même s'il ne s'agit généralement que d'un tyran domestique dont le pouvoir est d'autant plus efficace qu'il s'exerce insidieusement par un contrôle permanent et par des intrusions répétées qui violent l'intimité de l'autre en brisant les limites de son espace personnel. Il exerce cette influence tantôt de manière active, tantôt sous forme de résistance passive quasiment insurmontable, mêlant le plus souvent d'ailleurs à deux types de contrainte. C'est ainsi qu'il aime à s'opposer, à contrarier les projets des autres, à argumenter à l'infini, à freiner toute initiative qui n'est pas sienne. Incontestablement, son but est d'immobiliser le cours des événements, de fixer, voire de figer ou de pétrifier ce qui est vivant, de favoriser l'inertie et ainsi d'édifier avec l'autre, ou plutôt en dépit de

l'autre qu'il engloutit, un monde monolithique, sans faille, qui a toutes les apparences de la mort.

Dans la relation analytique, l'aménagement même de la situation, de par l'usage qu'il en fait, favorise une telle entreprise. Son discours monotone, méticuleux, répétitif a le plus souvent pour effet de paralyser celui qui l'écoute, de l'empêcher de penser et tout autant d'intervenir. Il cherche ainsi à le neutraliser au maximum, ce qu'il obtient d'ailleurs lorsqu'il réussit à l'endormir, à moins que celui-ci ne se soit prémuni contre cette action d'annihilation en s'évadant dans ses propres rêveries. Son emprise peut cependant revêtir une forme plus subtile encore qui tient à la manière même dont il va appliquer l'ensemble des règles qui lui sont proposées. Les poussant à l'extrême, par un excès de formalisme que nous sentons difficilement interprétable, il enraye toute possibilité de travail véritable ; la situation est gelée, car il y a d'un côté des droits (les siens), de l'autre des devoirs (ceux de l'analyste) ; l'affrontement est réalisé et nous sommes alors dans une relation de pouvoir du type dominant-dominé, qui prend souvent un caractère manichéen. Mais la situation analytique n'est pas seule à être propice à ce genre de développement. Chaque fois qu'il y a rapport d'autorité — et c'est ainsi que bien souvent il vit la cure —, l'obsessionnel tentera de le transformer en épreuve de force. C'est assez dire que, dans toute relation avec autrui, il a impérieusement besoin d'exercer une domination absolue, d'assurer sur lui son emprise, donc de l'assujettir, essentiellement par la force, et, s'il résiste, par la destructivité pure et simple ; son pouvoir est un pouvoir mortifère.

On comprend que, devant une telle menace de néantisation, l'autre se sente envahi par l'angoisse ; il réagit alors par la révolte, voire par une violence qui est à la mesure de celle qui lui est faite car il s'éprouve comme étant véritablement en péril dans son autonomie, dans son identité dont il mesure qu'elle est à proprement niée. Mais nous devons envisager aussi que l'autre puisse se soumettre, accepter la domination, se faire esclave ; l'emprise est alors totale, mais le maître n'en sera pas pour autant pleinement satisfait et il poursuivra son œuvre destructrice, impérativement car il est dans l'impossibilité d'échapper à la force qui le contraint. Car si l'obsessionnel est assiégé de l'intérieur, il n'a généralement pas d'autre issue que d'assiéger à son tour ceux qui lui sont proches, sauf à entrer dans un état de décompensation, sous forme de symptômes, et à entreprendre progressivement sa propre destruction ; encore peut-on remarquer d'ailleurs que l'une ne va pas nécessairement sans l'autre, tant s'en faut.

Il est clair que l'emprise de l'obsessionnel n'échappe pas à la règle générale selon laquelle, dans toute relation d'emprise, la visée dernière est et demeure le désir de l'autre. Il ne s'agit cependant plus maintenant, comme dans la problématique perverse, de capter celui-ci dans un jeu de miroir afin de le réduire à n'être qu'une image, mais bien davantage, cette fois-ci, de le détruire. Très précisément, l'objet véritable de cette action de destruction est, en tant que tel, l'autre comme sujet désirant qui doit impérieusement être gommé, annulé, néantisé. On comprend alors que l'obsessionnel ne puisse supporter chez l'autre aucune singularité, nulle marque de sa spécificité, mais surtout aucune manifestation de désir érotique le concernant. L'observation attentive de son comportement révèle en effet qu'il est dans l'incapacité quasi totale d'avoir, à proprement parler, une vie amoureuse. Certes, il est généralement en mesure d'avoir une activité sexuelle, mais celle-ci semble être réduite à l'accomplissement d'une fonction purement physiologique. Pour l'homme autant que pour la femme, la sexualité est habituellement vécue avec de la réticence, de la crainte ou du dégoût ; si la femme paraît en mesure de s'en passer très facilement, l'homme semble, quant à lui, n'obéir qu'à des impulsions auxquelles il ne peut échapper parce qu'elles l'astreignent. En tout état de cause, ce qui doit être absolument évité et même exclu, plus encore qu'une manifestation de tendresse ou d'affection, c'est l'expression évidente d'un désir érotique face auquel l'obsessionnel apparaît comme dérouté, incapable de répondre, le plus souvent angoissé et parfois révolté et violent. La relation qu'il établit avec son partenaire « sexuel » se fait essentiellement sur le mode de la possession-domination, ou de la toute-puissance annihilante ; au moindre degré, c'est un rapport froid et distant, sans effusion et comme désincarné.

W. Wyler, dans son film *The Collector*¹, a su dresser un remarquable portrait d'un amoureux collectionneur de femmes et de papillons ; son œuvre a surtout le mérite de nous rendre particulièrement sensibles à la relation que cet homme établit avec celles qu'il veut s'approprier, à l'impasse de son désir, lequel ne peut supporter d'être désiré. Car, par son emprise, l'obsessionnel traite l'autre comme une *chose* contrôlable, manipulable, parfois même négociable : c'est ainsi qu'il marque son empreinte jusqu'à ce que l'autre soit en quelque sorte comme totalement dessaisi de lui-même et habité par une force qui le dirige et le fige dans une position de servitude complète.

Le vecteur principal de cette emprise n'est autre que la pulsion de mort, agissant en quelque sorte à l'état pur. Tournée d'abord vers le dedans,

1. Tiré du roman de J. Fowles, 1964.

elle contraint l'obsessionnel de l'intérieur et, secondairement, elle est projetée vers le dehors, par un mécanisme d'autoprotection, devenant alors contrainte par l'extérieur. On est tenté d'interpréter cette relation en termes de sadomasochisme, donc d'y reconnaître une satisfaction de nature libidinale. Mais à y regarder de près, rien n'est moins sûr, du moins dans les formes d'emprise les plus caractérisées. Car le sadomasochisme se rattache bien davantage la problématique perverse, en tant que nous y retrouvons la même structure dialectique de désirs. Si, classiquement, sadomasochisme et organisation obsessionnelle sont considérés comme allant de pair, c'est qu'il existe entre perversion et obsession une série de formes de transition où ces deux dimensions se mêlent l'une à l'autre et rendent le partage particulièrement difficile. Il n'en demeure pas moins, quitte à être schématique, qu'une telle différenciation doit être faite car elle nous permet de clarifier la dynamique pulsionnelle.

Dans la relation d'emprise de l'obsessionnel, Éros, en effet, est partie prenante, mais non pas sous la forme d'une liaison libidinale des pulsions destructrices ; il y a plutôt action à part, désintriquée, de chacune des deux tendances fondamentales agissant séparément. C'est dans la recherche de l'appropriation que nous pouvons repérer l'action des pulsions de vie en tant que leur but premier est l'unification, laquelle devient possible après destruction de l'autre. Mais devons-nous à ce point séparer les deux modes d'action et y voir même une succession ; faut-il d'abord tuer la proie avant de se l'approprier ? Une telle conception du jeu pulsionnel ne va pas sans artifice et montre bien que nous devons nuancer. Il semble que les deux activités doivent nécessairement être conjointes mais non intriquées pour que puisse se réaliser ce type d'emprise, pour qu'il y ait non seulement domination mais aussi mainmise sur l'autre. Cette dimension de l'appropriation-expropriation est en effet véritablement prédominante au point que l'on est amené à se demander si la finalité essentielle n'est pas la fusion...

L'action d'Éros ne se limite cependant pas à ce type d'action et est aussi repérable dans ce qu'une telle emprise véhicule secrètement comme désir de reconnaissance. Cette demande, paradoxale dans ce contexte de destruction, ne laisse pas l'autre totalement insensible et le place à son tour dans une situation tout aussi paradoxale. En quelque sorte, il lui est dit : « Aime-moi, compte tenu que je fais tout pour ne pas être aimé et même pour te détruire. » C'est au creux de ce paradoxe que se débat l'obsessionnel, écartelé entre sa tendance fondamentale à nier l'autre comme sujet désirant et son propre désir d'être reconnu. Mise à distance, voire mise à mort, et en même temps recherche de la proximité, voire de l'unité, telles sont donc les forces contradictoires qui l'agitent et rendent

compte de son essentielle ambivalence¹. Mais cette quête impossible de l'autre ne nous laisse pas insensibles. Par ce qu'elle a de désespéré, elle rencontre en nous un écho lointain, frêle, ténu car, malgré l'action destructrice à laquelle nous sommes soumis, notre désir est quand même d'une certaine façon provoqué.

Mais ce n'est pas la seule ni la principale raison de la complicité que trouve toujours en nous une telle emprise et cela, bien que nous nous en défendions. L'activité de la pulsion de mort que nous devons supporter stimule en tout un chacun sa propre tendance autodestructrice qui le sollicite et à l'envoûtement de laquelle il doit résister ; mais la mort, elle aussi, fascine. Ainsi, l'emprise de l'obsessionnel est-elle *une emprise de et par la mort*, de la mort distillée et envahissante. La mort résulte ici tant de l'action de Thanatos que de celle des pulsions de vie, agissant chacune pour leur propre compte, car la tendance foncière à l'entropie, à la réduction de toute tension, est en nous la marque du pulsionnel à l'état brut.

Dans « L'Homme aux rats », Freud fait l'hypothèse que, dans toute organisation obsessionnelle, il est sans doute possible de retrouver à l'origine, une scène de séduction sexuelle précoce. L'expérience clinique ne corrobore guère cette hypothèse, mais on peut la reprendre en interrogeant la relation étroite qui ne manque jamais de s'établir entre la mère et son enfant dans ce type de problématique. Cette relation est différente de celle que j'ai décrite pour le pervers et, dans le même temps, partage avec celle-ci une dimension majeure qui concerne la séduction. Il n'est pas du tout fondamental d'établir si cette scène a existé réellement ou non : le problème est d'ailleurs insoluble car la rareté clinique peut toujours être mise au compte de l'amnésie infantile. Mais posons que le désir de séduction de la mère pour son enfant est le pivot de l'organisation obsessionnelle comme il l'est dans la perversion. Cependant, à l'encontre de ce que nous observons dans cette dernière, à savoir la satisfaction effective et même démesurée d'un tel désir, dans la problématique obsessionnelle, ce désir de séduction existe, mais à l'état de refoulement. Dans l'histoire de ces patients, nous sommes mis en présence de conduites maternelles que nous avons toutes raisons d'interpréter comme autant de formations réactionnelles, étant des expressions inversées d'un désir réprimé de nature érotique. Celui-ci se trahit régulièrement chez la mère par une façon d'être avec son enfant, essentiellement marquée par la pudeur, la retenue, la mise à distance

1. Freud considérait que l'ambivalence de l'obsessionnel constituait un exemple privilégié de désintringement pulsionnel.

sur le plan physique, comme par la rigueur, l'austérité, le devoir sur le plan moral. Certes, ce tableau est quelque peu schématique, donc excessif, car de tels traits de caractère vont rarement sans leurs contraires qui, simultanément, traduisent de façon atténuée une part de satisfaction directe. Ce qui importe est que, dans l'économie maternelle, la pulsion libidinale subit un refoulement qui va marquer, de façon décisive, la relation entre la mère et l'enfant, donc être déterminant dans le devenir de ce dernier. En réprimant chez elle tout désir érotique, la mère refuse en quelque sorte de prendre en compte un désir équivalent chez son enfant et qui la concerne personnellement. Pour l'enfant, quelque chose est donc barré dès l'origine, ce qui marquera à tout jamais sa vie sexuelle ultérieure.

Que dire alors du sort réservé à la pulsion de mort ou, plus précisément, à la haine ? Pour une part, elle subit le même sort que la pulsion libidinale ; refoulée, elle se traduit par une série de formations réactionnelles qui, elles aussi, s'expriment dans le comportement maternel. En lieu et place de l'agressivité apparaît bien souvent une sollicitude exagérée et suspecte, un intérêt démesuré, une attention de tous les instants. Autant d'attitudes qui sont infiniment proches d'autres traits de comportement traduisant la satisfaction sans détour des pulsions destructrices sous forme d'envahissement, de contrôle, de manipulation qui font de cet enfant un objet entièrement à disposition donc privé de toute initiative, prisonnier d'une relation close et désincarnée qui préfigure son univers d'adulte. C'est dire que, pour l'obsessionnel, ainsi qu'il en allait déjà pour le pervers, le mécanisme d'identification à l'agresseur (la mère) apparaît comme essentiel. Au cœur de la relation qui s'établit entre cette mère et son enfant, nous trouvons, en effet, le prototype de ce que nous avons décrit comme rapport de l'obsessionnel à autrui, c'est-à-dire une emprise fondée sur l'annulation du désir de l'autre. C'est ce qui résulte en effet des modalités de l'économie psychique maternelle, tant pour ce qui est du refoulement des tendances libidinales que pour ce qu'il en est du destin des pulsions destructrices qui, complémentirement, concourent à instaurer entre les deux protagonistes une relation étroite, excluant le père, fermée sur elle-même, qui tend vers la stabilité complète, donc vers l'entropie ; une relation qui, dès l'origine est frappée du sceau de la mort.

Dans la perversion, comme dans la névrose obsessionnelle, il apparaît clairement que la visée ultime est l'autre comme être de désir. Dans la problématique perverse, il y a captation, donc neutralisation du désir de l'autre par la séduction, alors que dans la problématique obsessionnelle, ce désir est comme néantisé par une opération de destruction. Dans chacune de ces organisations, la finalité est donc bien, mais par des

voies distinctes, d'atteindre l'autre comme sujet désirant et, par-là, de nier en lui sa singularité, de gommer tout ce qui est de l'ordre de la différence. C'est que le désir de l'autre est, de par sa nature même, révélateur du « manque d'objet », *Objektlosigkeit* dit Freud, qui situe là l'origine de toute angoisse¹. Le surgissement de l'autre dans le champ du désir est en effet primitivement créateur et, par la suite, réactivateur de l'*expérience originnaire* de détresse ; c'est ce contre quoi le pervers comme l'obsessionnel, chacun à sa manière, cherche à se prémunir, ou ce qu'il entreprend de combattre. La relation d'emprise apparaît donc comme une véritable formation défensive ayant pour fonction d'occulter le manque dévoilé par la rencontre de l'autre ; elle consiste à investir cet autre, non pas sous la forme de sa reconnaissance comme sujet désirant, mais en tant qu'objet, au sens où naissance comme sujet désirant, mais en tant qu'objet, au sens où l'objet — Freud le souligne fortement — « est une protection [*Schutz*] contre toutes les situations de détresse² ». L'objet ainsi considéré apparaît en quelque sorte comme ce qui vient colmater la brèche ouverte par la perte originnaire. Cela signifie l'instauration d'une relation directe, non médiatisée, spéculaire, donc éminemment réversible, se développant pour l'essentiel dans le registre imaginaire³.

Mais pourquoi cette lutte qui ne fait que reproduire, en l'inversant, le type même de la relation établie très précocement avec la mère ? Ainsi qu'il en va habituellement, lorsqu'il est confronté avec la perte de l'objet partiel primordial, l'enfant, de manière défensive, tente de réinstaurer avec la mère, objet total, une relation sur le modèle même de la relation la plus archaïque. Pour ce faire, il s'identifie — dit-on — à l'objet du désir de la mère, ce dont celle-ci, généralement, ne se satisfait point en tant que son désir à elle se réfère au père. Ainsi est-elle conduite à détourner l'enfant de cette position identificatoire et à s'imposer à lui pour ce qu'elle est essentiellement, sujet désirant qui confronte l'enfant avec l'expérience originnaire de la différence. Or c'est précisément cette médiation par le père qui, tant pour l'obsessionnel que pour le pervers, fait défaut ou n'intervient que de manière très imparfaite. Dans les deux

1. S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse* (complément relatif à l'angoisse), *op. cit.*, p. 94-98, G.W. XIV, p. 197-202.

2. *Ibid.*, p. 94-98.

3. Ce sont précisément les caractères de la relation d'emprise telle que nous l'avons repérée dans l'une et l'autre problématique et l'on comprend que cette relation à l'objet soit du type dominant-dominé, qu'elle soit marquée par l'appropriation (réversible après tout) de l'un des deux termes par l'autre et que la dimension même de l'empreinte y soit présente étant donné ce que nous savons de sa fonction en éthologie animale quant au rôle de l'image.

cas, nous avons pu remarquer que le père était constamment tenu à l'écart de la relation exclusive qui s'établissait entre la mère et l'enfant. C'est la conséquence directe de la position que la mère occupe par rapport à la castration, l'absence de pénis étant vécue par elle comme dommage ou préjudice qui nécessite d'être réparé¹. Ainsi, son enfant est-il par elle identifié à l'objet même de son désir, comme objet phallique destiné à pallier l'absence qui la constitue. Elle ne fait alors que cautionner l'enfant dans sa propre position identificatoire, le captant à l'intérieur d'une relation spéculaire close où se piège son désir naissant. Ainsi est-il à tout jamais condamné à la répétition incessante à laquelle il ne saurait échapper, particulièrement lorsqu'il y a réactivation de l'état de détresse originaire comme c'est précisément le cas lorsque l'autre s'impose à lui par son désir propre. L'emprise sur l'autre réduit celui-ci à la fonction d'objet de sauvegarde qui doit être impérieusement dominé et possédé de manière totalitaire, ainsi qu'il en a été de l'objet primordial.

EMPRISE ET PHÉNOMÈNE TRANSITIONNEL

Les phénomènes transitionnels nous fournissent une illustration de la relation à l'objet, telle que nous pouvons la saisir dans l'évolution normale. Il me semble pourtant que l'usage que l'on fait, depuis quelques années, de cette forme bien particulière d'expérience infantile, et la faveur certaine qu'elle connaît dans le milieu psychanalytique et même hors de celui-ci, ne sont pas dénués d'une certaine ambiguïté qui semble déjà présente dans la théorisation que nous a proposée Winnicott de faits par ailleurs incontestables et riches d'enseignement. Sa perspective est, au départ, très claire ; elle nous est annoncée dès le sous-titre de son étude sur ce qu'il désigne comme *first not-me possession*. En soulignant, dans une note, qu'il utilise à dessein le mot « possession » et non celui d'« objet », il entend marquer d'emblée la spécificité du phénomène et montrer qu'il l'envisage essentiellement sous l'angle de la relation. En effet, si le mot anglais *possession* désigne la chose possédée, il rend compte tout autant, sinon davantage, du fait de posséder cette chose, de la jouissance qu'on en a et de la conquête que l'on en fait. C'est pourquoi cette première « possession non-moi » peut être parfaitement différenciée de l'objet interne de nature fantasmatique — le sein — et de l'objet total extérieur — la mère. Elle n'est réductible ni à l'un ni à l'autre et pourtant, d'une certaine manière, elle participe à la fois de l'un et de l'autre. Elle

1. Plus que de réparation, il s'agit en fait du déni d'une réalité inacceptable.

se situe dans une zone intermédiaire entre la réalité interne et la réalité externe, entre le subjectif et l'objectif ; de par sa nature même, elle est donc neutre. Qu'en est-il alors de sa fonction ? Pour Winnicott, c'est *une défense contre l'angoisse et plus particulièrement l'angoisse de type dépressif* (Winnicott, 1969, p. 112). Le phénomène transitionnel ainsi conçu apparaît donc comme une formation défensive contre l'angoisse liée à la perte de l'objet.

Cette première possession n'est pas assimilable à la relation à la mère comme personne, comme sujet désirant. Elle relève au contraire d'une réaction de protection contre l'état de détresse lié au manque d'objet révélé par le désir de la mère. Et en effet l'enfant a principalement recours à son objet transitionnel lorsque la mère est absente ou que, d'une manière ou d'une autre, elle lui fait défaut. S'assurer de cette possession a pour finalité d'assurer la *continuité* là où précisément il y a *discontinuité* ; cela, sans doute, doit être rapproché du fait, judicieusement noté par Winnicott, selon lequel la mère sait qu'elle ne doit pas introduire de solution de continuité dans l'expérience que l'enfant a de cet objet, en le lui retirant même provisoirement, car ce serait détruire sa signification et sa valeur. Celles-ci, en effet, tiennent à la dimension de présence, donc de fiabilité de l'objet. Comment ne pas rapprocher, alors, ce type d'investissement de la relation d'emprise, étant donné que sa fonction dans l'économie psychique y est tout à fait comparable ? Nous retrouvons d'ailleurs cette analogie sur le plan phénoménologique puisque cette relation de possession est marquée par une volonté de domination pouvant aller jusqu'à la destruction et que l'empreinte y est remarquablement scellée par l'élection d'un objet unique, pratiquement irremplaçable, faisant partie intégrante du sujet.

Est-ce à dire, pour autant, que nous devons reconnaître au phénomène transitionnel une signification pathologique ? Telle n'est pas ma position, car si nous en soulignons la valeur défensive, nous devons avant tout le situer comme « moment » génétique fondateur, en ce sens que cette relation représente aussi la première possession *non-moi*, c'est-à-dire un dégagement par rapport à la relation à l'objet partiel qui est un fragment du moi primitif. N'étant pas non plus accès à l'objet total maternel, le phénomène transitionnel se situe bien dans une zone intermédiaire qui est zone d'incertitude. Il est donc juste, comme le remarque Winnicott, de souligner qu'il est antérieur à l'épreuve de réalité ; c'est pourquoi nous ne voyons rien là qui soit de l'ordre d'un processus de symbolisation. Aussi est-il difficile d'admettre que cette zone intermédiaire puisse être considérée comme l'origine même de « l'expérience intense qui est du

domaine des arts, de la religion, de la vie imaginative, de la création scientifique » (Winnicott, 1969, p. 125).

L'ambiguïté de la position théorique de Winnicott me paraît tenir à ce qu'il assimile la zone intermédiaire, dite de l'illusion, à l'aire de la créativité. Mais il ne peut y avoir véritablement création, c'est-à-dire activité de symbolisation, que s'il y a reconnaissance et acceptation de cette réalité spécifique que constitue le manque d'objet : toute création est recréation de l'objet originellement perdu. Dans le phénomène transitionnel, qui s'établit avec l'instauration de l'épreuve de réalité, la possession concerne un objet protecteur qui a une fonction d'occlusion, et non pas de représentation, de métaphorisation de *l'absence*, comme c'est le cas dans le jeu de l'enfant et dans toutes les activités différenciatrices qui constituent le domaine de la culture. C'est pourquoi cette relation première de possession, tout en étant une dimension normale de l'évolution de l'individu, ayant peut-être même un caractère d'universalité, s'inscrit comme le premier terme d'une série continue d'expériences que nous pouvons retrouver chez l'adulte où elles prennent alors une signification pathologique en tant que formations défensives de caractères régressive¹. Il s'agit alors plutôt d'une modalité ancienne d'activité de l'appareil psychique, du type de la relation d'emprise, qui resurgit dans certaines circonstances particulières de lutte contre l'angoisse. Le fétichisme s'inscrit dans une telle perspective comme le terme ultime de cette problématique : cependant, si nous y retrouvons la même fonction de protection dévolue à l'objet, le fétiche se différencie nettement de l'objet transitionnel par la signification spécifiquement génitale qui est la sienne.

Si le fétichisme est un modèle privilégié de relation d'emprise, c'est que le sujet instaure avec l'objet fétiche un rapport où domination, appropriation et modelage réciproque atteignent un rare degré d'intensité. Nous sommes là directement confrontés à l'investissement régressif d'un objet primitif ayant pour fonction de représenter le pénis maternel mais aussi, d'une certaine façon, le premier objet partiel. Cet investissement prend, pour le fétichiste, valeur de formation défensive lorsqu'il est en présence d'une situation éminemment traumatique, celle qui résulte de la perception de l'absence du pénis féminin, réalité qui doit être désavouée. Mais cet effroi n'est insurmontable que dans la mesure où il réactive une expérience beaucoup plus archaïque, celle de la détresse originaire liée à la rencontre du désir de la mère comme premier Autre. Dans le

1. Cf. cet ensemble d'expériences très singulières généralement rassemblées sous l'appellation de pseudo-fétichisme. Voir notamment, à ce sujet, Greenacre, 1960.

fétichisme, la satisfaction orgastique ne peut être obtenue qu'en présence de l'objet électif et parfois même avec cet objet uniquement, en l'absence de toute partenaire. C'est assez dire que l'autre comme sujet désirant tend ici complètement à disparaître et devient même inessentiel et cela, grâce à l'édification d'une relation d'emprise sur le fétiche qui recueille tous les investissements¹.

Nous trouvons quelque chose d'assez équivalent dans la problématique obsessionnelle, avec l'attachement à l'endroit des objets matériels ou à l'égard de tel ou tel genre d'activité concrète dont la place dans la vie du sujet devient tout à fait prévalente. Le collectionnisme représente la forme la plus évidente de cet attachement à un ou plusieurs objets, parfaitement définis, jalousement possédés, amoureuxment entretenus dont on voit qu'ils sont véritablement élus par le sujet, de façon si intense et si exclusive que toute relation intersubjective, par comparaison, apparaît comme tout à fait secondaire, voire même inopportune. Dans ce mode d'emprise, cependant, le collectionneur ne tire pas de son activité une jouissance orgastique contrairement à ce qui se produit dans le fétichisme. Différence notable mais qui ne saurait nous surprendre étant donné la distinction que nous avons été amenés à faire entre les deux types de relation d'emprise quant à la dynamique pulsionnelle qui sous-tend chacun d'entre eux.

Cette différenciation mérite cependant d'être précisée davantage encore. Dans la problématique perverse l'emprise se fait, pourrait-on dire, par *la ruse du désir* ; c'est avant tout une emprise séductrice qui découle du fait que le pervers se situe, face à autrui en position de SAVOIR qui est savoir sur ce qu'il en est du désir de l'autre, ce qui rend alors possible sa captation. Le jeu pulsionnel est donc marqué par la prééminence des tendances libidinales intervenant conjointement avec les pulsions destructives, les deux catégories pulsionnelles agissant dans un état de relative intrication laquelle paraît plus importante que la désintrication qui n'est cependant pas du tout absente. Cette prédominance doit être mise en rapport avec l'action prévalente d'Éros dont le but, précisément, est la liaison. Le sadomasochisme est sans doute le meilleur exemple auquel nous puissions nous référer pour illustrer ce mode de fonctionnement. Dans la problématique obsessionnelle il en va différemment, l'emprise s'exerce par la force, c'est une emprise destructrice dans laquelle celui qui en use est en position de POUVOIR sur l'autre. La dynamique pulsionnelle, dans laquelle prévaut l'action de la pulsion de mort, a pour

1. Dans toutes les autres perversions, il existe un *objet* dont le statut et le rôle sont comparables à ceux du fétiche ; c'est le fantasme sous-jacent à tout scénario pervers.

caractéristique une forte prévalence de la désintrication sur l'intrication ; ce qui résulte du fait que le but des tendances destructrices n'est autre que la déliaison. Dans ce type de relation d'emprise, nous avons bien vu que les actions d'Éros et de Thanatos paraissent avoir la même visée destructrice, le retour à la stabilité organique que nous savons être le propre de toute pulsion et qui réapparaît ici, chaque catégorie agissant avant tout pour son propre compte. La différenciation relativement claire qu'il est donc possible d'opérer entre les deux types de relation d'emprise sur le plan de la dynamique pulsionnelle s'éclaire davantage encore lorsqu'on se reporte à l'économie de la relation mère-enfant dans chacune de ces organisations. Le jeu réciproque des pulsions de vie et des pulsions de mort y est comparable, c'est celui qui caractérise le fonctionnement psychique maternel repris en compte par l'enfant. Mère séductrice d'une part pour laquelle l'enfant est pleinement son objet sexuel dont elle tire des satisfactions érotiques quasi exclusives de tout désir, hypothèque gravement le processus même d'engendrement du sujet en asservissant l'enfant par son action mortifère. Dans un cas comme dans l'autre l'action entreprise aura de toute façon pour conséquence de déterminer chez celui qui y est soumis une sensibilité, une vulnérabilité véritablement spécifique à l'égard de tout ce qui est en mesure de réactiver l'état d'impuissance originaire consécutif à l'expérience de perte de l'objet. C'est la raison pour laquelle nous avons été amenés à considérer que la relation d'emprise devait être principalement interprétée comme formation défensive spécifique dans laquelle l'objet a pour fonction d'occulter le manque, c'est-à-dire de réduire toute différence.

Nous pouvons dès lors différencier deux termes utilisés souvent par Freud dans des sens apparemment très proches mais parfois en les distinguant quelque peu l'un de l'autre, ceux de *Bemächtigung* et de *Bewältigung*. *Bewältigung* qu'il faut traduire par « maîtrise », exprime l'idée de venir à bout d'une difficulté, c'est-à-dire de surmonter une épreuve. Cela ne comporte cependant pas, comme nous l'avons souligné pour l'emprise, la notion d'appropriation, ni celle d'empreinte : la domination à laquelle il est fait ici référence doit être entendue dans le sens d'une domination exercée sur soi-même. C'est du moins dans cette perspective que Freud utilise fréquemment le terme, notamment lorsqu'il part de *Reizbewältigung* pour rendre compte d'une maîtrise de l'excitation à l'intérieur de l'appareil psychique afin d'éviter ou dans le but de faire face à une situation traumatique. C'est une activité de « liaison » (*Bindung*) des excitations qui s'accomplit « non pas sans doute en opposition avec le principe de plaisir, mais indépendamment de

lui et partiellement sans en tenir compte ¹ ». Essentiellement, c'est une tâche préparatoire qui introduit et assure la domination de ce principe, tâche préliminaire indispensable à toute activité de décharge pulsionnelle (l'acte sexuel, par exemple), comme à tout processus de différenciation, donc de symbolisation.

Un des exemples privilégiés choisi par Freud pour illustrer ce processus de maîtrise concerne l'activité ludique de l'enfant, et, particulièrement, ce jeu dit du *Fort-Da*, longuement analysé dans « Au-delà du principe de plaisir ». En rapportant cette activité à l'alternance présence-absence de la mère, Freud montre comment elle permet à l'enfant de supporter le départ de celle-ci sans manifestation d'opposition et sans être submergé par un développement d'angoisse. C'est qu'une telle production représente l'élaboration psychique, c'est-à-dire la maîtrise d'une situation traumatisante, l'absence la mère, par le domptage des excitations qu'elle détermine. Là encore, le facteur principal peut être rapporté à l'objet en tant qu'il fait défaut et est comme tel articulé au désir de l'Autre, la mère, laquelle peut, « à son gré », paraître ou disparaître. Cette activité est donc essentiellement différente de ce que nous avons rencontré dans les phénomènes transitionnels, bien que le point de départ soit identique. Il ne s'agit plus de l'édification d'une formation défensive par laquelle le sujet tente de colmater le manque en s'assurant une emprise absolue sur un objet substitutif, mais d'un véritable travail psychique d'élaboration intérieure d'une expérience vécue angoissante dans laquelle l'objet lui-même est tout à fait secondaire ; cette maîtrise est en quelque sorte une autotransformation adaptative de l'appareil psychique, premier pas de toute symbolisation.

Nous sommes donc maintenant en mesure de mieux différencier l'emprise de la maîtrise. Alors que l'emprise est apparue comme une production régressive et défensive fondée sur le *déni* de cette réalité spécifique qu'est le manque d'objet, la maîtrise se présente, au contraire, comme fondée sur la *reconnaissance* et l'*acceptation* de ce manque. Emprise et maîtrise méritent ainsi d'être nettement distinguées². Or, dans la littérature analytique, ce partage est rarement fait³ comme en témoigne la traduction anglo-saxonne du terme freudien *Bemächtigungstrieb*

1. S. Freud, G.W. XIII, p. 36, trad. fr. in *Essais de psychanalyse, op. cit.*, p. 78.

2. Il revient à J. Laplanche et J.-B. Pontalis d'avoir eu le mérite, quant à eux, de faire clairement cette distinction et de proposer de traduire *Bemächtigungstrieb* par « pulsion d'emprise », traduction déjà adoptée par B. Grunberger.

3. Cette distinction peut être aussi repérée dans le jeu pulsionnel : la maîtrise, contrairement à l'emprise, témoigne électivement d'une intrication pulsionnelle très avancée, comme c'est le cas dans toute activité différenciatrice.

par *instinct to master* ou encore *instinct for mastery*, ce qui ne peut qu'entretenir la confusion des deux concepts¹. Je pense au contraire que nous sommes là en présence d'un véritable *couple d'opposés*, dont la portée est telle qu'il mériterait de prendre rang parmi les grandes polarités ou oppositions qui dominent la vie psychique et que nous retrouvons tout au long de l'œuvre de Freud.

Et pourtant, au moment même où nous affirmons l'importance de cette opposition emprise/maîtrise, nous sommes amenés à introduire la notion de *pulsion d'emprise*, dont le statut est tel dans l'œuvre freudienne qu'il tend à invalider complètement notre proposition. Rien de plus ambigu en effet que ce concept à travers les différents écrits qui y font référence. D'une part, cette pulsion est considérée par Freud comme un avatar de la pulsion de mort, donc des tendances destructrices, comme aussi bien de la volonté de puissance, ainsi qu'il l'affirme clairement dans « Le Problème économique du masochisme ». D'autre part, dans « Au-delà du principe de plaisir », il a recours à cette notion de *Bemächtigungstrieb* pour préciser la force qui est à l'origine même du jeu des enfants, comme « poussée à élaborer psychiquement une expérience traumatisante² », alors que, quelques chapitres plus loin au contraire, il décrira cette tâche de l'appareil psychique en utilisant le mot *Bewältigung*. Voici qui devrait nous décourager d'opérer cette différenciation entre emprise et maîtrise puisque Freud, pour rendre compte d'un même processus, utilise indistinctement l'un ou l'autre de ces deux termes. En vérité, le problème tient au fait de vouloir rattacher l'emprise à l'action de la seule pulsion de mort. L'ambiguïté de cette position apparaît tout à fait clairement lorsque nous lisons dans « La Disposition à la névrose obsessionnelle » que la pulsion de savoir « n'est au fond qu'un rejeton sublimé, intellectualisé, de la pulsion d'emprise³ », car c'est laisser entendre que le mécanisme de la sublimation pourrait concerner aussi la pulsion de mort. Ce n'est pas à proprement parler exclu mais cela suscite alors de nombreuses interrogations. Plutôt que de rapporter l'emprise à l'activité d'une seule tendance, il me paraît au contraire plus fécond de considérer que ce type

1. Cette confusion nous paraît tout à fait comparable à celle que nous avons dénoncée plus haut et qui consiste à voir dans les phénomènes transitionnels une activité analogue au jeu des enfants, qui serait donc de l'ordre de la maîtrise puisque considérée comme créatrice. Nous constatons une nouvelle fois que, derrière une erreur de traduction, se profile toujours une ambiguïté sur le plan théorique quand il ne s'agit pas d'une véritable déviation conceptuelle.

2. S. Freud, G.W. XIII, p. 14, trad. fr. in *Essais de psychanalyse*, op. cit., p. 54.

3. S. Freud, G.W. VIII, p. 450, trad. fr. in *Névrose, psychose et perversion*, op. cit., p. 196.

spécifique de relation à l'objet peut résulter de l'action prédominante aussi bien de l'une que de l'autre catégorie pulsionnelle. De ce point de vue, l'emprise tend donc aussi bien à traduire l'action unificatrice des pulsions de vie que l'action destructrice des pulsions de mort ; encore faut-il préciser que, dans ce dernier cas, la désintrication prédomine nettement sur l'intrication pulsionnelle.

Si nous devons donner un statut métapsychologique plus ferme à la notion d'emprise, ce n'est donc pas en en faisant l'attribut d'une tendance particulière mais bien en la situant dans le cadre d'une opposition rigoureuse avec le concept de maîtrise. Cette double polarité traduit l'antagonisme de deux modes spécifiques de fonctionnement de l'appareil psychique qui ne sauraient être confondus sans qu'il en résulte de graves confusions. Si l'on se réfère à la théorie générale des systèmes, on peut avancer que l'activité de maîtrise est assimilable au fonctionnement d'un *système ouvert*, adaptatif, producteur de différenciation, alors que la relation d'emprise sur l'objet est analogue à un *système clos*, homéostatique, à visée conservatrice. Pour qu'il y ait maîtrise, il faut qu'il y ait renoncement à l'objet originairement satisfaisant, donc aptitude à la reconnaissance de l'autre en tant qu'autre. À l'opposé, l'emprise apparaît comme l'exact contraire du renoncement puisqu'elle est domination et appropriation totalitaire de cet objet, ce qui suppose, nous l'avons vu, que l'autre comme tel soit nié. Il serait évidemment erroné de croire que ces deux processus psychiques, parce qu'ils sont antagonistes, sont pour autant exclusifs l'un de l'autre. Ils ne le sont pas davantage que l'activité et la passivité, le plaisir et le déplaisir, l'amour et la haine. Ils subsistent côte à côte, tout au long de la vie, dans un jeu d'alternance entretenant entre eux des rapports quantitatifs essentiellement variables selon les âges et selon les individus. C'est ainsi que la relation d'emprise, si intensément développée dans certains états pathologiques, n'en est pas moins présente dans toute relation à l'autre. Elle témoigne ainsi de ce qui subsiste, inaltérable, en chacun de nous, comme part de la relation archaïque à l'objet primordial.

Cette relation est à tout moment en mesure de resurgir lorsque le sujet se sent menacé par une expérience évocatrice de l'état de détresse originaire, comme c'est le cas par exemple lorsqu'il est confronté avec le danger de perdre l'amour d'une personne privilégiée. C'est alors qu'il cherche à exercer sur celle-ci ou sur un substitut une emprise qui lui permettra d'atténuer ou d'éviter l'angoisse qui l'envahit. En dehors même de telles épreuves, l'emprise est perceptible dans un grand nombre de situations diverses qui vont de l'état amoureux jusqu'à l'exercice du pouvoir sous toutes ses formes, en passant par l'édification d'une

idéologie et beaucoup de pratiques religieuses. D'une façon générale, on peut considérer que la relation d'emprise apparaît chaque fois que la maîtrise se révèle impossible ou, du moins, trop coûteuse pour l'économie psychique du sujet. Le pervers comme l'obsessionnel en sont l'illustration la plus frappante ; d'où le caractère véritablement pathétique, parce que désespéré, de leurs conduites répétitives qui témoignent de leur impuissance fondamentale à maîtriser un danger pour eux insurmontable.

« Les actions communes et antagonistes des deux pulsions originaires, Éros et la pulsion de mort, peuvent seules expliquer la variété des phénomènes de la vie, jamais une seule de ces actions seulement¹ », écrit Freud, en 1937, dans « Analyse finie, analyse infinie. » L'approche psychanalytique de ce que nous avons cherché à cerner sous l'appellation de *relation d'emprise* et celle, corrélative, de la notion de maîtrise illustre parfaitement cette remarque. Nous nous devons d'en mesurer la portée, invités que nous sommes à préciser dans toutes les opérations de l'appareil psychique les multiples modalités d'associations et de rupture d'associations des deux grandes catégories pulsionnelles, si nous voulons être en mesure de rendre compte de la spécificité de chacune d'entre elles.

BIBLIOGRAPHIE

GREENACRE Ph. (1960). « Further Notes on Fetishisme », in *Psychoanal. Study Child*, 15, 191-207.

FOWLES J. (1964). *L'Amateur (L'Obsédé)*, Paris, Le Seuil.

PIERREJOUAN Ch. (1979). *MS*, Paris, Paris, Le Seuil.

TOURNIER M. (1975). *Les Météores*, Paris, Gallimard.

WINNICOTT D.W. (1969). « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

1. S. Freud, G.W. XVI, p 89, trad. fr. « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », in *Résultats, idées, problèmes*, II, *op. cit.*, p. 258.

Chapitre 8

États limites et traumatismes

Jean-Luc Viaux

OUVRANT UN NUMÉRO CONSACRÉ AUX ÉTATS LIMITES, V. Estellon (2012) croit pouvoir recenser pas moins d'une trentaine de dénominations en psychiatrie et une quinzaine en psychanalyse pour ces « folies à la recherche d'un nom » :

« Tantôt isolée en tant que syndrome autonome, tantôt rabattue du côté de la névrose, plus souvent du côté de la psychose ou de la psychopathie, l'organisation limite s'est peu à peu individualisée pour exister aujourd'hui en tant que telle dans les classifications des maladies mentales. Il importe de donner une définition intrinsèque de l'état limite car il ne s'agit ni d'une psychonévrose gravissime, ni d'une prépsychose, ni d'un état passager naviguant entre les structures. Désormais, ce n'est plus tant une pathologie "à la limite de" qu'une pathologie des limites du moi. »

Ce qui se résume assez bien par l'idée que le sujet est « limite » quand il ne sait jamais où il est, ou plus exactement qu'il est en permanence dans l'illusion de vouloir et pouvoir être « là », alors qu'il vit le plus souvent dans un sentiment de vide. Nombre d'auteurs évoquant ces personnes décrivent comme le fait Estellon (2012) le « zapping » des états psychiques, notamment dans le relationnel entre investissement et désinvestissement, entre attachement collant et angoisse d'abandon, dans des temporalités brèves autant qu'irrégulières : cette instabilité des sujets états limites qui figure comme symptôme tant dans le DSM que dans maintes autres descriptions n'est qu'une façon de dire le passage sans cesse d'un « état » à l'autre d'un sujet à la recherche d'une limite, qui serait définitivement le point d'équilibre « sécuritaire », comme si on pouvait tenir sa vie en équilibre sur un fil.

Cette question sur l'équilibre à trouver plutôt que de l'éviter n'est pas nouvelle

*« Whether 'tis nobler in the mind to suffer
The slings and arrows of outrageous fortune,
Or to take arms against a sea of troubles,
And by opposing end them : to die, to sleep
No more [...] To die to sleep,
To sleep, perchance to dream¹. »*

Ainsi le sujet état limite est sans cesse à chercher ce qui l'apaisera du repli/évitement ou de l'impulsion bagarreuse contre ce qu'il ressent comme injuste ou persécutif, tant il est incertain de mettre fin au trouble océanique qui l'envahit, et oscille donc entre dépression passive et acting. Comme ces vers suivent le célèbre *to be or not to be* on pourrait réinterroger la tragédie pour savoir si Hamlet ne serait pas plutôt un sujet de cette sorte qu'un névrosé ferraillant dans un conflit œdipien, comme on l'a beaucoup dit : le dialogue avec le fantôme du père est avant tout un exercice narcissique où la question posée est moins la vengeance que d'accepter « d'être ce que je suis », donc aussi d'avoir les imagos parentales idéales (ou plutôt insuffisamment idéales) qui sont ce qu'elles sont. Question récurrente des patients limites en clinique quotidienne : idéalisé ou abandonné, il n'y a rien entre deux. Toujours dans *Hamlet*, le meurtre de Polonius est une de ces impulsions non résolutive assez typique puisqu'elle ne s'inscrit dans aucun cheminement, mais agit comme une simple décharge.

Bien entendu en tirant Hamlet vers les états limites nous prenons position d'accorder importance d'emblée sur un point crucial : l'importance du traumatisme dans la réalité (ici le meurtre du père) en tant que désorganisateur bloquant l'accès à la névrotisation *via* la problématique œdipienne authentique et provoquant une pseudo-latence,

Ces états sont souvent décrits en commençant par ce qu'ils ne sont pas — adolescent infini, pas adulte, pas névrosé, pas psychotique — et en rendre compte de façon brève revient souvent à en dresser un catalogue de traits tous plus instables les uns que les autres, ce que résume assez bien Régnier Pirard (2003) :

1. « Y a-t-il plus de noblesse d'âme à subir la fronde et les flèches de la fortune outrageante, ou bien à s'armer contre une mer de douleurs et à l'arrêter par une révolte ? Mourir... dormir, rien de plus... Mourir... dormir, dormir ! peut-être rêver ! » Shakespeare, *Hamlet*, acte III.

« Si les états limites ne se laissent ramener, en tout cas pas aisément, ni à la névrose ni à la psychose, ni même à la perversion, il est par contre bien difficile de les circonscrire positivement, *a fortiori* de leur conférer un statut structural. »

« D'où le sentiment babélien, dit J. André, qui menace de s'emparer du lecteur devant la littérature de référence. Sur fond de frontières incertaines, chaque auteur est d'autant plus tenté de marquer le territoire en "découvrant" un nouveau mécanisme de défense (même si clivage et identification projective dominant les débats) ou une nouvelle (dés) organisation du moi : *as if*, faux self, *blank self*, etc. On observe dans cette littérature assez "borderlique" (tant elle est éclatée et disparate) un mélange quasi inextricable de notations cliniques et de concepts psychologiques. »

Le moins qu'on puisse dire est que les limites du concept psychopathologique unique, rendant compte de ce foisonnement, sont inatteignables : ajouter un chapitre aux très nombreux livres et articles produits sur ce sujet depuis une cinquantaine d'années revient plus à contribuer à un débat que faire un point d'arrêt ou de synthèse sur la clinique d'un état de la personnalité.

Notre propos n'est donc pas de faire de nouveau une synthèse des positions théoriques et cliniques (voir par exemple Chartier et Hirschelmann, 2009 ou Estellon, 2012) car s'il est difficile de savoir de quoi on parle, le foisonnement des prises de positions théorico-cliniques et des descriptions conduit indiscutablement à penser qu'à défaut d'une unanimité sur un « état », un « fonctionnement » ou une « structure », la répétition d'une recherche de la terminologie la plus appropriée est en soi la reconnaissance d'un fait psychopathologique : en débat depuis un siècle, ce fait est aussi troublant à l'heure actuelle que la perversion — quand névrose et psychose sont posées sur des socles descriptifs, théoriques et cliniques à l'abri relatif des flottements idéologiques — si on excepte les entreprises dites a-théoriques de classification.

Pourquoi les « cas limites » interrogent-ils à ce point tant les psychopathologies classiques que les écoles psychanalytiques ? sans doute parce que ces personnes « limites » sont celles qui, dans le quotidien de la pratique, interrogent le plus la clinique de chacun des cliniciens qui les rencontrent — que ce soit de façon brève pour une évaluation en vue d'une orientation thérapeutique ou au long d'un traitement quel qu'il soit.

Green (1999) rappelait que « toute conception de l'appareil psychique est une référence aux limites. Que d'autre part les limites sont des zones d'élaboration. Que ces zones d'élaboration sont intrapsychiques et entre l'appareil psychique et l'objet, intersubjectives ». Puis rappelant que le moi est marqué par les angoisses de séparation et d'intrusion, Green

ajoute : « C'est-à-dire que nous voyons là que la notion de limite du moi prend un sens très précis puisqu'il s'agit en effet de jouer sur ces limites. » D'où la difficulté d'aborder ces patients.

Comme le rappelle aussi Jacques André (1999) dans son texte « L'unique objet » qui introduit un séminaire des années 1996-1997 sur les « états limites », avant même Freud, névrose psychose et perversion existent en psychopathologie : la question des « limites » naît avec cette nouvelle clinique — en résistance, en quelque sorte, à elle —, et sur deux fondements, le narcissisme primaire et ce que Winnicott nomme « l'environnement », l'ensemble psychique que constitue les interrelations complexes mère-nourrisson.

Les cliniciens savent bien qu'une de ces interrogations les plus constantes et qui surgit très vite dans la prise de contact est précisément celle de la limite à ne pas dépasser (cf. Bergeret, 1975) : ni dans l'écoute étayante, ni dans la prudente attention non structurée uniquement soucieuse de faire que cela parle — puisque justement ça ne parle pas, cela n'émotionne pas, cela attend que surgisse la limite moïque, comme au bord de la mer le flux et le reflux, soit pour nager soit pour se noyer dans le regard de l'autre¹. Cela ? quelle singulière expression pour parler d'un sujet ! Comment décrire ce que représente le *nothing* de Winnicott : *There is nothing as a baby* ? Beaucoup d'auteurs et notamment Green (2011)² ont évoqué le « vide » qui habite ces sujets et qui peut aller « jusqu'au sentiment d'autodisparition du moi³ ». Pour ces sujets qu'ils soient silencieux ou prolixes l'attente est toujours la même, celle de l'interrelation primaire sans laquelle le sujet est *nothing*, rien, vide, non-être : mais ils sont là à vous demander « qui suis-je » pour ne pas avoir à élaborer eux-mêmes la réponse qu'ils ne veulent pas entendre. D'où ce contact « hamletien » de l'incertitude d'être soi.

La seconde des questions cruciales de l'état des sujets limites est la place de l'objet interne : il apparaît vidé de substance, au point de n'être que négatif, alors que le sujet qui est là, souffre et dit sa souffrance intérieure — ses doutes, ses abandons, ses persécuteurs — dans une

1. ... Au loin déjà la mer s'est retirée, mais dans tes yeux entrouverts deux petites vagues sont restées, deux petites vagues... pour me noyer (J. Prévert chanson dans les *Visiteurs du soir*, film qui sans le savoir métaphorise l'état limite dans le couple formé par les deux damnés et le Diable).

2. Dans cet article Green résume son cheminement sur cette question et explicite à nouveau sa référence à Winnicott

3. Green (2011) : « Comme le dit une patiente : "Il y a quelque chose de fou à penser à qu'un qui n'est pas là." Le patient se dit habité par le vide ou dit de lui-même : "Je suis happé par le vide" ou : "Je ne suis qu'une négation." »

réalité totalement insatisfaisante puisque le sujet n'y est pas investi, mais en la percutant comme on secoue un prunier, par ses impulsions, pour mieux éprouver la consistance d'objets purement externes persécutifs. Green (1999) énonce cette complexité « puisqu'il y a un objet qui est « dans le moi » et il y a aussi un objet extérieur au moi. C'est dans le jeu du renvoi de l'un à l'autre qu'on peut parler d'une conception de l'objet. Une conception de l'objet interne exclusif à mon avis ne tient pas. [...] Il y a toujours plus d'un objet ». La relation d'objet externe rend elle compte de ce jeu de renvoi tel que le pose Green (1999) ?

Troisième question en lien avec cette fameuse instabilité et qui nous renvoie encore à Hamlet, c'est celle de l'apparence et de l'illusion¹. Rappelons-nous l'une des plus vieilles astuces d'un sujet pour apparaître sans être là, qui est contée par Homère dans *L'Odyssée* : Ulysse prisonnier du Cyclope prend la précaution de dire qu'il se nomme Personne. *Persona* en latin — fait observer R. Perron (1985) c'est le masque de théâtre : « Étymologie bien significative, la personne est tout à la fois ce qui est montré et c'est ce qui se cache [...] cette dialectique de la présence et de l'absence est au cœur même de la personnalité et fondatrice de ses origines. » La personnalité et ses troubles c'est bien en effet ce qu'il y a « sur » la dynamique psychique (comme le masque sur le visage) qui « est » le sujet. D'où cette question posée par ceux qui en sont encore au *nothing* winnicottien, non dégagé de ce pseudo (au sens d'une entité provisoire) de la-mère² et donc du narcissisme primaire jamais solidifié : ils souffrent du masque (= les symptômes de troubles de la personnalité) disent-ils, et vous montrent en permanence vouloir apparaître comme sujet unique sur une scène dont ils ne connaissent pas exactement ce qui la délimite de la salle : où est le spectateur, où est l'acteur ? l'un est-il dissociable de l'autre ?

« Tout adolescent est confronté à une angoisse pulsionnelle résultant de la réactualisation pubertaire du complexe d'Œdipe infantile. Dans le même temps, il est la proie d'une morosité, parfois d'une vraie détresse : une égrégence aux affects archaïques préœdipiens accompagne paradoxalement le mouvement œdipien progrédient. On peut discerner l'amorce des états limites de l'adulte dans cette angoisse uniquement génitale pulsionnelle et

1. Hamlet croit faire surgir la vérité en mettant en scène avec des comédiens la mort de son père, donc par une « illusion », il escompte trouver le vrai, non d'un assassinat mais de son être même, car si le roi est mort de cette façon, alors la reine, sa mère adulée, n'a plus rien de cet idéal où il la met et son lien avec elle est tout autre.

2. La-mère : cette forme d'écriture a été utilisée par plusieurs auteurs (dont André, 1999) pour rendre compte de ce que la mère « c'est une façon de parler » quand il s'agit de rendre compte de l'ensemble nourrisson-soin maternel.

narcissique abandonnique. Les pathologies propres à l'adolescence visent à contourner l'élaboration psychique requise (breakdown selon E. et M. Laufer, folie pubertaire selon Gutton, pathologies de l'agir et de la dépendance selon Jeammet, troubles de la subjectivation selon Cahn). L'état limite chez l'adulte dériverait d'un inachèvement du processus adolescent de symbolisation, d'appropriation subjective et de surmontement d'un mélange complexe des niveaux archaïque et œdipien » (Richard, 2012).

D'une façon un peu compliquée cet auteur rend compte d'un point de vue très simple : il y a de l'inachèvement dans la personnalité états limitess. La dialectique de la présence et de l'absence est toujours et indéfiniment actuelle, au lieu de s'être fondue/résolue dans la problématique œdipienne. Et les sujets — « instables » — sont sans cesse à lever le masque ou le remettre à se demander s'ils sont quelqu'un ou personne et « Personne » est leur nom. Cette présence/absence au monde cette dépendance au regard/présence de l'autre, qui est aussitôt démentie et fuie dans une agitation impulsive permettant d'affirmer un self qui n'est pas si vraiment autonome qu'il n'y paraît (et que le sujet veut faire croire), est aussi la perpétuation du jeu de la bobine interrogeant l'absence de la mère : survivre en étant présent dans l'absence de l'autre, qui n'est pas la destruction ni du lien, ni de la vie.

Pour les auteurs qui sont dans la lignée de Kernberg (1975) et de Bergeret (1975) la cause est sans mystère. Le moi dans les cas états limitess a dépassé sans trop de frustrations ni de fixations la période où les interrelations négatives avec la mère auraient pu pré-organiser un état psychotique, mais il n'a pas encore achevé la période œdipienne. Et dans cet entre-deux se produit « un fait de réalité du contexte », dit Bergeret, qui vaut traumatisme psychique précoce. Ce traumatisme repose à la fois sur un élément de réalité et sur l'émoi pulsionnel intense qu'il provoque d'où il devient un premier « désorganisateur », alors l'enfant entre brutalement dans la confrontation à la situation triangulaire génitale à laquelle il n'est pas préparé (et donc les séductions ou agressions précoces jouent un rôle certain dans cette hypothèse). Le sujet se fige dans une pseudo-latence sans avoir pu élaborer le complexe œdipien et conserve dans l'adolescence et l'âge adulte un moi « anaclitique » souffrant de l'angoisse de perte d'objet. La lutte contre la dépression (une dépression liée à l'angoisse d'abandon ou de perte) est au centre de la vie psychique.

Dans cette lignée de pensée la question du traumatisme — en tant qu'événement « traumatogène » — est donc essentielle. La réponse psychique à tel événement, voire à des événements successifs vécus sur le mode traumatique, avec cette fixation qui arrête le temps et entraîne la rumination-réminiscence constante de ce moment figé, détermine aussi la

rumination existentielle : le moi « actuel » est-il vraiment en continuité avec le moi d'avant l'événement ? l'un subsiste-t-il intact dans l'autre, peut-il ou doit-il être encore ?... faut-il lutter ou se laisser aller au repli traumatique ? *to be or not to be* ?

C'est en rapport avec cette approche que dans la vaste famille d'états et de fonctionnements limites que nous avons choisi plutôt d'illustrer ces cas, à partir de notre expérience en victimologie. Ce que nous interrogeons chez des victimes dans la réalité c'est l'effet de cet après-coup venant réveiller cette « question » des limites, latente souvent, et colorant à leur insu la vie de ces personnes : les limites jamais élaborées qui ne sont jamais devenues un espace d'élaboration pour un moi autonome, parce qu'entravé sans cesse par l'angoisse de perte (d'un soi antérieur) et d'abandon.

Pour aucune le vécu conscient de ce qui victimise n'est pas, comme chez les autres personnalités victimes, un « encore » de révolte : encore une attaque contre leur intégrité, encore une blessure narcissique dans une répétition quasi fatale, mais une sorte d'abandon dans *the sea of trouble*, ce sentiment océanique de l'existence, qui n'a rien cependant de mélancolique, d'où la demande insistante d'étayage et de « remplissage » de ce vide intérieur dont elles parlent si facilement, tout en ayant une angoisse quasi panique de tout rapproché qui brûlerait leur Moi fragile comme la tunique de Nessus.

LE TRAUMATISME PAR-DELÀ LE TRAUMA

Dans la période où nous la rencontrons, Édith souffre d'un syndrome actuel de stress post-traumatique (réaction traumatique immédiate) suite aux violences exercées sur elle par son dernier compagnon et, paradoxalement, cette souffrance actuelle avec son cortège de reviviscence, de cauchemars, de peur centrée sur la personne agressive, etc., rend encore plus visible, surtout pour elle, sa dépression d'étayage, son vide existentiel et son angoisse d'abandon qui est le fil rouge de sa vie.

_____ Syndrome actuel de stress post-traumatique : _____

le cas d'Édith

L'histoire d'Édith (27 ans) a débuté par l'abandon : ses parents n'ont pas pu ou pas voulu s'occuper d'elle, elle a été placée immédiatement. Son père l'aurait cependant reconnue mais tardivement, sa mère aurait été une femme alcoolique, qui se serait prostituée : ce passé qu'elle ignorait lui a été appris à l'adolescence quand elle a été incitée fortement par ses référents

éducatifs à prendre connaissance de son dossier — elle ne le souhaitait pas et elle considère que cette incitation revient à lui avoir fait une « lobotomie du cerveau » en la mettant en face de ce qu'elle avait « refoulé » — c'est le mot qu'elle emploie pour signifier qu'elle savait bien mais qu'elle n'avait nul besoin d'en savoir plus. Elle ne regrette pas d'avoir été placée ni de n'avoir pas de « vrais » parents, ou plus exactement réussi à avoir, pense-t-elle, une certaine distance à cet égard.

Son histoire est celle d'une enfant trimballée de famille en famille. Elle a toutefois pu en fixer une comme « sa » famille avec laquelle elle garde un lien, ce qui lui évite de se penser « sans famille ». À l'âge de 16 ans, elle a commencé à fumer du cannabis ; elle a été enceinte à 17 ans et a fait une IVG ; elle s'est retrouvée à la rue... Édith évoque sans difficulté avoir eu une période assez houleuse et revendicative (elle dit « arrogante ») face aux adultes. Elle n'a pas passé le baccalauréat — car elle était enceinte de sa fille aînée à ce moment-là. Elle a appris la musique et, en dépit des conduites instables de son adolescence, cette discipline est devenue son métier principal, celui avec lequel elle souhaite pouvoir vivre, en l'utilisant auprès de personnes handicapées. Cette activité n'est pas anecdotique, elle a été une pierre angulaire de son émergence d'un état de retrait : la musique est ce qui l'a « débloquée » quand elle était petite, car à 5 ans elle ne parlait pas et c'est par ce média qu'elle a pu commencer à s'exprimer.

C'est dans cette période agitée de l'adolescence qu'elle rencontre, dans la rue où il vit, comme elle-même, un homme qui lui accorde un peu d'attention, la traite pour la première fois comme une personne, même s'il se montre violent et si ses conduites l'amènent en prison. Il est le père de ses enfants, et après leur séparation et des moments de tension, Édith affirme que le calme est revenu et qu'elle peut compter sur lui. Cette expérience de la violence, ne l'empêchera pas de récidiver dans une courte liaison avec un toxicomane violent qui va l'emmener vers la consommation de drogues dures, et la frapper au point de la blesser gravement.

Édith est une jeune femme qui « fait face » en apparence, préservant ses deux enfants, luttant pour garder son autonomie sociale. Elle oscille entre un besoin d'être reconnue, valorisée soutenue par autrui, voire de soutenir et de se montrer « plus forte que » non sans se protéger contre toute intrusion, tout retour sur ce qui l'a fait souffrir psychologiquement (son abandon-rejet initial). Elle exprime en continu un double sentiment de révolte d'une part et de culpabilité d'autre part — avec tentation de fuite ou de repli.

Sa présentation est assez souvent passive, dans un registre de ralentissement dépressif, avec demande d'étayage pour se muer sans transition en affirmation déterminée d'un soi qui dénie toute angoisse de perte ou d'abandon. Le recours aux toxiques, tout comme la violence subie sont

relatés comme un « éprouvé » lui permettant de trouver la limite (« j'ai pu dire non ça suffit, vous comprenez » ; « ce n'était pas moi je ne suis pas cette femme-là »). Elle ne veut pas se poser en victime, mais quand même... ré-évoque tout ce qu'elle a subi d'abandons et de ruptures, voire de violences au long de sa vie sans émotion apparente, mais avec trouble : faut-il qu'elle lutte ou faut-il passer à autre chose. Elle n'a pas plus de mots pour le dire que quand elle était petite enfant : la musique remplace.

Édith a subi très tôt un abandon réel, violent car c'est — d'après ce qu'elle a lu plus tard — un double rejet qui l'a fait recueillir par les services sociaux. Puis d'autres familles d'accueil ne l'ont pas gardée, sans que cela soit forcément par rejet, et ont ravivé cette angoisse d'abandon. La confrontation sans ménagement à son histoire joue le rôle de traumatisme désorganisateur second dont témoigne cette expression singulière, mais ô combien juste de « lobotomie » : une part de sa psyché, celle qui vivait sur le rêve classique des enfants placés de retrouver des parents idéaux soutenant son idéal du moi, a été au sens strict déconnectée de sa vie. Dès lors elle n'a pu que tenter de s'appuyer sur des agirs (fugues, toxicomanie, vécu dans la violence) pour maintenir tant que bien que mal son « être au monde », adaptée plus qu'il n'y paraît dans son apparente instabilité de comportement : elle donne la vie et s'étaye sur son rôle de mère, tout en oscillant entre dépression/atteinte de soi et vérification de son existence par la souffrance vécue dans la réalité sous les coups reçus.

Le père des enfants d'Édith, possessif et violent mais rassurant dès lors qu'il n'est plus dans sa vie prend place en tant qu'objet inclus en soi, tour à tour le bon et le mauvais objet incarnant ce clivage en tant que mécanisme central de fonctionnement/protection de ce moi si vulnérable. De même qu'Édith est une mère acceptable et protectrice (bon objet) en renouant avec un homme qu'elle sait violent elle va en quelque cela se faire mauvais objet d'elle-même (battue, humiliée, en danger donc mettant en danger ses enfants). Elle traduit *in concreto* cette vrilte existentielle, en forme de passage à l'acte, immédiatement suivie de la certitude d'avoir commis une erreur qui lui donne la certitude d'être « nulle » et donc remettant en lumière, sous le masque (*personna*) de la personne adulte insérée et responsable le sentiment de n'être « rien », ce bébé dont ses parents n'ont pas voulu. La réaction traumatique immédiate après des violences physiques a réveillé en effet chez cette femme ce que signifiait le choc vécu en relisant son histoire : ce jour-là aussi elle a été frappée, mais psychiquement et lui est apparue tout ce qui ne pouvait s'achever dans sa vie, cette incomplétude puisqu'on lui a ôté la dernière illusion qui lui restait celle d'avoir pu, ne serait-ce que

brièvement, être soutenue dans son idéal du moi par celui de ses parents, ce jeu du narcissisme primaire. Édith a pu s'accrocher à une famille et avoir des enfants pour être comme les autres, mais ces masques mis ne sont rien à côté du vide existentiel ouvert par la certitude d'avoir été « sans intérêt ».

Pour la première fois de sa vie agitée et « instable » comme on dit, Édith en appelle à autrui pour la débarrasser pas seulement de ces symptômes actuels mais de ce choc désorganisateur qui a en quelque sorte laminé son fragile idéal du moi : elle n'a pas été le bébé idéal de parents idéaux, mais une enfant « sans intérêt » pour des parents qui se sont contentés de la donner (plus que la mettre) au monde et de la nommer. Elle ne se réorganise pas comme une personnalité « traumatique », elle l'était déjà, mais le traumatisme actuel fait tomber le masque — le faux self — et donne sens à cette trajectoire chaotique en apparence. Encore faut-il, et c'est l'enjeu de la thérapie, saisir ce moment, forcément court, où cette concaténation traumatique donne prise parce que le *persona* est tombé.

UNE PERSONNE « SANS QUALITÉ »

Les sujets limites sont souvent, comme le héros de Muzil¹, des personnes qui se voient « sans qualité » et qui « renoncent à être un espoir » moins que d'être véritablement désespérés : ils sont dans ce flottement créé par le sentiment de vide existentiel qui les rend souvent semblables aux sujets décrits par les romantiques du XIX^e siècle avec leur « spleen ». C'est autant l'image de soi, incertaine, que l'humeur dysphorique souvent au premier plan, qui donne cette coloration aux interrelations que le sujet entretient avec son environnement. Jamais tout à fait sans capacité de liens, ils éprouvent ceux-ci sans cesse comme s'ils n'y croyaient pas, parce que comme ce fut pour le cas pour Édith le lien à des parents idéaux pourrait à chaque instant se révéler... désidéalisant. Ils sont donc « au monde » et vous apportent une vraie souffrance de leur vécu (les ruptures, les impulsions qui détruisent leur vie sociale, etc.) et, en même temps, ne sont jamais certains que ce monde existe « en soi ».

1. Robert Muzil, *L'Homme sans qualité*, immense roman inachevé paru en 1930.

Une personnalité borderline : le cas de Caroline

Caroline est une jeune majeure qui n'a pas vécu avec ses deux parents, séparés quand elle était très petite (pas plus de deux ans). Elle décrit ses parents comme des personnes qui ne se parlent plus depuis toujours. Elle a toujours eu des contacts et fait des séjours chez son père, mais n'a pas beaucoup d'estime pour cet homme qui jette l'argent par les fenêtres et est dominé par une compagne qu'elle n'apprécie pas. Sa mère, professeur, serait « distante », et Caroline, qui vit encore officiellement chez elle, dit avoir peu de relations avec elle.

Caroline a fait une scolarité difficile : elle a souffert de troubles dyslexiques et dysorthographiques qui ont entraîné un redoublement en CE1, puis une scolarité laborieuse. Sa mère aurait pu l'aider, et le voulait, mais cela tournait souvent à la dispute entre elles. Elle a choisi après le collège de préparer un CAP de vendeuse, incertaine de ses capacités à faire une formation plus poussée.

Alors qu'elle est âgée de 6 ans le compagnon de sa mère l'agresse sexuellement. Cette agression a été repérée par la psychologue que ses parents lui font consulter pour ses difficultés scolaires, apparues dès son entrée en CP. Elle a pu énoncer à cette psychologue les deux agressions dont elle a été victime, et la psychologue a fait part à ses parents de ces confidences et des éléments cliniques qui corroboraient les dires de l'enfant. Mais il n'y aura pas à l'époque d'action en justice. Caroline n'a été soutenue par aucun de ses parents — qu'elle excuse en supposant qu'ils n'ont pas été vraiment informés, alors qu'une attestation de la psychologue montre l'inverse et qu'ils ont affirmé qu'ils porteraient plainte ce qu'ils n'ont pas fait. Caroline a donc dû affronter seule sa victimisation et ses conséquences : elle décrit très bien son peu d'entente avec ses pairs d'âge, son sentiment d'être « autre » parce que rejetée ou pas acceptée, mais elle-même ne trouvant pas son compte dans ces relations avec les potins sur les uns et les autres : « J'étais toujours la petite conne qui ne répond pas. » Elle a souvent choisi d'être à l'écart. Puis Caroline a eu une vie sexuelle très précoce, dès 14 ans, sans enthousiasme ni beaucoup de gratification, et le sentiment permanent d'être bloquée et insatisfaisante pour ses partenaires, nombreux, avec lesquels elle reste rarement plus d'un mois.

En se racontant, Caroline énonce à son insu deux représentations d'elle-même : celle d'une enfant et adolescente qui a eu une « belle vie, quand même... même si j'aurais pu en avoir une autre » et parallèlement le vécu d'une personne qui souffre d'avoir été « rabaissée » toute sa vie et qui emploie contre elle-même des mots très durs : Elle a eu par moments une conduite plus que désagréable, agressive, avec sa mère parce qu'elle « lui en veut », sans que ce sentiment soit très clair, elle lui en veut et s'en veut de lui en vouloir... Elle conclut en disant qu'elle est « ignoble » avec sa mère. Et tout aussi auto-agressivement elle se traite de « petite conne » (pour ses rapports avec les autres).

Le travail clinique apporte un éclairage sur la capacité de Caroline à investir la réalité environnante, sa résistance aux difficultés psychiques, et en même temps le « masque » mis par son faux self sur sa réalité psychique. Les événements victimisant qu'elle évoque sont peu actuels en termes de réminiscence, avec peu de symptômes associés, et elle a l'impression de vivre de façon autonome et « libérée » par rapport à tout cela, pourtant la représentation globale du « viol », en tant qu'effraction sexuelle de son intimité d'enfant est restée totalement présente, associée à la pensée de la dévalorisation et du danger de mort.

Initiée très précocement à la sexualité, Caroline a pu avoir une sexualité génitale très précoce, sans vraiment la vivre sur le plan affectif-relational, par désintronisation du lien à l'autre, au point d'expliquer qu'encore maintenant elle ne supporte pas qu'on la « touche », excluant donc la tendre caresse d'une sexualité strictement charnelle. Cet écart entre deux états, sans que la limite en soit perceptible pour elle, est une organisation très générale de sa personnalité qui lui fait dissocier, tout en les conservant présentes, aussi bien des émotions que des pensées : ainsi, toute son enfance elle a été en colère contre sa mère, sans mentaliser l'objet de cette colère, alors qu'elle a toujours pu savoir le motif dans la réalité puisqu'elle n'a jamais oublié les actes du beau-père qu'elle a connu entre 4 et 6 ans, qui était violent avec sa mère et agresseur avec elle. Mais parallèlement elle a fait en sorte d'être une enfant plus que décevante pour cette mère (élève en difficulté, alors que sa mère est enseignante), attisant ainsi un conflit qui alimente et justifie ces colères et son jugement péjoratif.

Si elle a pu exprimer à une psychologue ce qu'elle a vécu, c'est comme si le message n'avait pas été entendu, et pourtant il avait été précédé de l'expression d'un trouble par son comportement scolaire (difficultés d'apprentissages et agressivité envers une enseignante). À partir de là, elle a développé une forme d'adaptation en faux self qui ne la fait plus remarquer — au moins de sa famille — elle a d'ailleurs abandonné rapidement sa thérapie après cette révélation sans effet.

Caroline ne se sent pas « vide » comme d'autres personnes ayant cette même organisation, mais elle ne sait pas où elle est et exprime n'être jamais à sa place exactement, appréciant négativement ses propres réactions émotionnelles qui la font fuir la relation. Ce profil de réaction correspond bien aux autres éléments de la personnalité de type état limite : l'impulsivité (colères, sexualité avec des partenaires éphémères, auto-agressivité sous forme de « grattage » de peau) et l'incapacité cependant à s'expliquer et trouver la bonne distance (avec sa mère spécialement) autrement qu'en passant d'une pensée à une autre, contradictoire, très sensible à la qualité des relations interpersonnelles, Caroline ne peut pas — et le dit — s'investir dans une relation stable.

Caroline est très représentative de ces personnes qui se vivent négativement et se disent des personnes « sans qualité ». Elle se sent incapable d'avoir des relations continues avec les autres, ou de miser sur une formation professionnelle un peu ambitieuse (alors que sa scolarité n'a pas été un

désastre malgré sa dyslexie). Elle n'a jamais eu confiance en elle-même et quand après l'effort fait — par l'aide d'une professionnelle — pour parler de ce qu'elle a subi elle est rapidement retombée dans la mésestime de soi. Du coup, elle est typiquement une personne dichotomique dont des auteurs comme Kernberg (1975) disent qu'ils ont « un monde intérieur peuplé de représentation caricaturale des aspects bons et horribles des êtres qui ont compté pour eux, de la même manière leur perception d'eux-mêmes est un mélange chaotique d'images honteuses, menaçantes, exaltées ». Les colères de Caroline ont été mal interprétées car ce ne sont pas de fausses colères, des caprices, ou la rage suivie de honte de ne pas y arriver, c'est sa personnalité qui fonctionne en faux self et pose un masque d'agressivité « contre » là où elle attend du maternage : l'objet externe (cette mère distante) est aussi un objet interne menaçant, composé à la fois d'elle-même, petite-fille « mauvaise », et de sa mère qui ne voit pas et l'abandonne face à l'homme prédateur.

Caroline, comme Édith, a été un enfant également « sans intérêt » puisqu'elle n'a pu faire tenir ensemble le couple de ses géniteurs, et qu'elle est décevante pour sa mère, en colère contre des parents incapables de la défendre, en colère contre elle-même d'être ce qu'elle est. Portant l'effraction subie comme une blessure toujours ouverte elle choisit d'affronter à sa majorité les effets d'une révélation de cette agression (en assumant une plainte en justice) : tous ses troubles deviennent alors plus intelligibles, au regard de la dichotomie du vécu qui est l'écho d'un moi clivé entre la partie atteinte gravement par le négatif, et la tentative de survie notamment par la sexualité, lui procurant des contacts vivants mais éphémères et désaffectivés, et le refuge dans l'activité routinière.

Les victimes sont souvent persuadées que le procès qu'elles espèrent leur permettra d'avancer car « reconnues » comme victimes par « les autres ». Cette pensée devenue commune est parfaitement illusoire pour celles dont la personnalité est « borderline » : il faudrait qu'autrui ait une vraie consistance dans leur self, ou que le procès dure indéfiniment pour qu'elle ne souffre pas d'un nouvel abandon, sitôt le jugement rendu et les portes refermées. C'est une ultime ruse du clivage en tant que mécanisme dominant¹ que de maintenir une dénégaration de la réalité : la séparation d'avec l'agresseur ne « guérit » pas plus du traumatisme actuel que du trouble océanique central d'être et de n'être pas ce que l'on voudrait être. Ce que la thérapie doit viser n'est pas une fois de

1. Dont Widlöcher (1999) fait observer qu'il s'agit plus pour les sujets limites d'un mécanisme de « séparation », que de clivage proprement dit.

plus de séparer un coupable d'une victime, comme le fait la justice, mais au contraire de faire litière des ombres de la caverne¹ et que les « bons » objets internes à la personne, se re-lient aux externes, pour sortir dans la lumière au soleil de l'idéal. On notera de plus que la prévalence non négligeable des patients limites dans les suites des incestes (Bayley et Shriver, 1999 ; Marcus, 1989) incite à penser que la reconstruction des limites familiales, l'interdit de l'inceste, par des prises en charges familiales, est probablement une approche nécessaire pour que ce travail sur soi (sur l'être et le Je, non soumis à l'emprise d'autrui) puisse avoir de l'effet.

La problématique du sujet limite est bien l'inachèvement : mal séparé, peu organisé et facilement atteint par des chocs traumatogènes à répétition, en proie au sentiment d'indéfini et de trouble océanique, il n'attend pas de l'autre qu'ils viennent le tirer d'une quelconque mélancolie à vivre sans savoir qui il est, mais bien qu'il vienne réparer sans fin le lien d'objet interne/externe. On peut avec certains auteurs (Debray et Nollet, 2005 ; Van Damme, 2006) penser que repositionner les pensées négatives en pensées positives va permettre de faire bouger les lignes et permettre que le sujet « sans qualité » finisse par s'en reconnaître, ou que travailler comme d'autres (Marcus, 1989) sur l'identité permettra au sujet de penser que « Personne » est quand même quelqu'un²... et débloquera ainsi la construction d'un soi qui ne soit pas en faux-semblant. À voir les conséquences de la répétition traumatique et le réveil régulier de la question identitaire fondatrice du Je, il nous a semblé utile de montrer comment la réaction traumatique présente était souvent un moment fécond pour atteindre ce qui est d'ordinaire enfoui sous le faux self, la plainte dépressive et la rêverie évitante (*perchance to dream*) : remettre en scène, à la façon d'Hamlet, de façon active, ce par quoi le sujet a été « arrêté » et revisiter l'identité non du seul sujet mais de ceux qui dans son monde intérieur sont tout autant que lui des cyclopes ne voyant personne : le sujet limite se heurte à la réalité parce que chez lui les limites sont comme des zones frontières infinies entre deux états et qu'il faut pour les éprouver aller loin dans l'éprouvé. Les violences qu'il connaît (voire qu'il provoque) sont donc un moment où la limite fait sens, l'environnement répond : s'en saisir pour lier l'objet externe à l'objet

1. Si l'on veut bien accepter comme interprétation de la caverne platonicienne que le « faux monde » à l'intérieur de la caverne est une perception symétrique externe du faux self.

2. Comme dit le Roi dans *Alice au pays des Merveilles*, cité par Perron (1985).

interne terrifiant et abandonnique permet en traitant la réaction traumatique immédiate de donner un nom au sentiment océanique d'abandon et un sens à l'étayage, faire de ce moment « transitoire » de prise en charge immédiate d'une violence perçue, un moment transitionnel, qui délie du *nothing*.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ J. (1999). « L'unique objet », in J. André, *Les États limites*, Paris, PUF, 1-21.
- BAYLEY J. M., SHRIVER A. (1999). « Does childhood sexual abuse disorder cause borderline personality disorder ? », *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 45-57.
- BERGERET J. (1975). *La dépression et les états limites*, Paris, Payot.
- CHARRIER P., HIRSCHMANN A. (2009). *Les États limites*, Paris, Armand Colin.
- DEBRAY Q., NOLLET D. (1995). *Les personnalités pathologiques, approche cognitive et thérapeutique*, Paris, Masson, coll. « Médecine et psychothérapie ».
- ESTELLON V. (2012). « Figures et Formes des états limites », *Le Carnet PSY*, 160, 2, 23-30.
- GREEN A. (1999). « Genèse et situation des états limités », in J. André, *Les États limites*, Paris, PUF, 23-68.
- GREEN A. (2011). « Les cas limite. De la folie privée aux pulsions de destruction et de mort », *Revue française de psychanalyse*, 75, 2, 375-390.
- KERNBERG O. (1975). *Les Troubles limites de la personnalité*, Paris, Dunod, 1997.
- MARCUS B. F. (1989). « Incest and the borderline syndrome : the mediating role of identity », *Psychoanalytic Psychology*, 6, 2, 199-215.
- PERRON R. (1985). *Genèse de la personne*, Paris, PUF.
- PIRARD R. (2003). « La question des États limités », *La Clinique lacanienne*, 6, 1, 183-199.
- RICHARD F. (2012). « Les pathologies en extériorité : le sexuel en état limite », *Le Carnet PSY*, 160, 2, 30-35.
- VAN DAMME P. (2006). « Souffrance et rupture de lien chez le borderline », *Gestalt*, 30, 1, 101-117.
- WIDLÖCHER D. (1999). « Clivage et sexualité infantile dans les états limites », in J. André, *Les États limites*, Paris, PUF, 79-92.

Chapitre 9

Psychopathologie et troubles de la personnalité : une question de normes ?

Jean Motte dit Falisse

POSER LA QUESTION DES LIENS entre psychopathologie et troubles de la personnalité, dans une réflexion relative à l'évaluation et au traitement de ces derniers laisse clairement entendre qu'il puisse être question d'appliquer cette évaluation et ce traitement à la psychopathologie. Ce qui signifie donc qu'il faille examiner cette dernière comme un élément constitutif, à titre de cause ou de conséquence, partiel ou substantiel, du trouble de la personnalité. Ce qui nous entraîne à nous demander si le traitement social et judiciaire des manifestations délinquantes de ces troubles trouve sens en lieu et place d'un traitement strictement clinique. Aujourd'hui qu'il est tant question de l'articulation Santé — Justice en réponse à des formes de délinquance impliquant ce qu'il est convenu de définir par des troubles de la personnalité, prenons le temps de revoir les contours et spécificités de chacune de ces deux instances d'évaluation et de traitement de l'individu troublé et troublant. Nous pourrions alors mieux définir et comprendre ces notions en cause, de psychopathologie et de personnalité.

La psychiatrie a pour objet la maladie mentale, tandis qu'elle a pour fonction de soigner le malade et qu'elle poursuit le but idéal de le guérir. Nous pouvons alors rapporter ces trois critères de définition à trois questions fondamentales : que fait-elle ? que veut-elle ? que peut-elle ?

À la question de ce qu'elle « fait », il s'agit de la santé. À la question de ce qu'elle « veut », il s'agit de guérir. À la question de ce qu'elle « peut », il s'agit de soigner.

Si l'on pose à présent les mêmes questions à propos de la Justice, il apparaît qu'elle a pour objets tout à la fois la délinquance et la société, tandis qu'elle a pour fonctions simultanées de punir, de réparer et de restaurer. Enfin, elle poursuit l'objectif idéal du respect de la loi. Dès lors, les trois questions posées en fonction des verbes modaux supposent des réponses nettement plus diversifiées qu'en ce qui concerne la santé. On peut de la sorte soutenir que la justice « fait » tout à la fois de la non-délinquance en même temps que de la peine et de la contrainte. On peut aussi avancer qu'elle « veut » égaliser, équilibrer et communautariser. On peut enfin penser qu'elle « peut », qu'elle a le pouvoir et la capacité d'affliger ou d'amender aussi bien que de prévenir.

Il est dès lors possible de faire le constat qu'il n'existe pas de superposition sémantique dans la définition des objets, des fonctions et des buts de la Justice et de la santé. La première semble présenter une apparente plus grande complexité à ce sujet. Néanmoins, les deux instances connaîtraient des recouvrements en termes d'amendement, de soins et de prévention, ainsi qu'au regard des registres de l'individuel et du social qui les concernent chacune. Rapprocher de la sorte la Santé et la Justice fait encourir le risque de nombreux glissements de sens, de généralités et d'incertitudes.

Interrogeons-nous dès lors quant au sens d'une équivalence entre les termes de « loi » et de « santé », de « responsabilité » et d'« autonomie », en tant que notions idéales susceptibles d'un tel rapprochement. La norme serait alors significative d'un enjeu d'excès aussi bien que de manque, tandis que la normalité ouvrirait à une compréhension de la maladie, de la pathologie ou de la mort.

G. Canguilhem (1966), dont le propos est repris par Patrick De Neuter (2006), explique de la sorte le problème que pose le fait d'opposer systématiquement les notions de normalité et de pathologie. Par exemple, *« en médecine, il s'avère inadéquat d'établir des normes en se référant seulement à la moyenne statistique ou encore au plus grand nombre. Ainsi, si le pouls normal est en général de 72 pulsations par minute, chez un rameur sportif, un pouls de 40 est un indice de très bonne forme. Ainsi encore, bien que la carie dentaire affecte la grande majorité des humains, cette affection doit être considérée comme un processus morbide. On retrouve par ailleurs, sous la plume de Canguilhem, cette constatation que le normal ne peut être apprécié dans l'absolu, mais seulement par rapport aux variations internes du sujet dans le temps (un pouls de 50*

est anormal pour tel sujet, s'il s'élève d'habitude à 75). Par rapport aux variations internes donc, mais aussi par rapport à la relation de ce même sujet avec son milieu : une « hypotension peut passer pour normale dans la vie quotidienne et ne devenir pathologique que lors d'un séjour à la montagne. C'est ce qui fait dire à Canguilhem que la santé implique la capacité de tolérer et de dépasser ce qu'il appelle « les infidélités du milieu ». Ainsi, on peut rester « normal » avec un seul rein dans un milieu et un système d'exigences données. Mais on doit le ménager et se ménager. Remarquons ici la subtile différence qui peut séparer normalité et santé : il n'est pas normal de ne vivre qu'avec un rein, ni non plus de se ménager... Par contre, on peut vivre sainement ces situations anormales, notamment par la création de nouvelles normes de vie. Ce que Canguilhem désigne du terme de « normativité ». La santé est donc, pour Canguilhem, plus que l'adaptation au milieu et à ses exigences : elle est capacité de faire face aux changements en créant de nouvelles formes, autrement dit de nouvelles normes de vie. »

Pour clarifier notre propos, nous pouvons faire ici référence à l'exposé que fait Lamotte (2001) de la théorie de la médiation de Jean Gagnepain et recourir à l'étymologie de ces deux notions fondamentales de loi et de norme.

En ce qui concerne tout d'abord la notion de loi, la référence étymologique est le *nomos* qui signifie en grec les pâturages ou le domaine. C'est donc aussi la question des contours et frontières de ce domaine, de ses limites. C'est en cela que le *nomos* nous renvoie la définition de la limite, d'une séparation entre unicité et altérité aussi bien qu'entre imaginaire et réalité. La loi dont est synonyme ce *nomos* est donc bien la condition d'une auto-nomie, d'une entité consistante et suffisante dans la mesure précisément où toute entité vivante et concrète est soumise à la limite, à l'incomplétude, au manque. La *légalité*, à savoir la capacité à se différencier, à s'individualiser et se socialiser, en constitue le principe traducteur, qu'il s'agisse de philosophie ou de droit.

En ce qui concerne ensuite la notion de norme ou de règle, la référence étymologique sera la *norma*, qui se traduit par « équerre » et a donné le terme de *normalis* qui désigne la perpendiculaire. Elle désigne alors effectivement la règle, c'est-à-dire un état habituel de fonctionnement. Nous pouvons penser ici à un mouvement pour faire droit, pour dresser un plan juste. Il s'agit du mouvement de l'énergie en action. En cela, nous pensons à la définition de la modalité du désir aussi bien que de la volonté, de la conscience tout autant que des instances de l'inconscient, et non plus seulement des limites ou contours de chaque entité. La légitimité, à savoir la capacité à décider, à s'interdire tout autant qu'à se permettre et

s'autoriser de parce qu'on peut précisément s'interdire de..., en constitue à son tour le principe traducteur.

Justice et psychiatrie constituent dès lors tout à la fois les lieux et enjeux communs de définition et d'appropriation de ces concepts différenciés et des expériences complémentaires qui en découlent.

PSYCHOPATHOLOGIE ET NORMALITÉ

Au regard d'une normalité sociale et statistique, il apparaît que le malade mental se trouve dans un état pathologique et donc anormal. Pourtant, sa maladie revêt une fonction défensive au regard d'un enjeu psychique fondamental, de l'enjeu identitaire et vital d'une survie psychique. En cela, la maladie peut être qualifiée de « normale », en considération de la fonction utilitaire du symptôme.

L'étymologie du terme de pathologie — soit le terme grec *pathos* — nous renseigne d'ailleurs utilement sur le sens d'une normalité pathologique de l'existence humaine. En effet, la consultation d'un dictionnaire de grec ancien nous permet de voir la diversité des notions supportées par ce simple terme et, par conséquent, l'étendue des significations qu'on peut en retenir. En premier lieu, on relève la notion d'événement ou de phénomène. En deuxième lieu, la notion de sentiment ou de passion. En troisième lieu, la notion d'épreuve ou de malheur. En quatrième lieu, la notion d'affectation ou de souffrance physique ou morale ; enfin, celle de mort. Cette approche étymologique nous laisse donc entendre que si la pathologie renseigne sur le fait de la négativité de l'existence, sur ce qui manque et fait défaut à l'origine de la souffrance et de la mort, elle est pour autant déjà présente dans la signification la plus profonde de toute expérience humaine, de tout événement vécu et de tout sentiment ressenti.

La question de la prise en charge des auteurs de violences par la psychiatrie est alors celle de savoir si l'agresseur est effectivement un malade présentant des symptômes pathologiques, ces derniers devant être considérés comme normaux en ce qu'ils sont fonctionnels et utilitaires dans leur principe de mécanisme défensif. Balier (1996) a répondu magistralement à cette question en montrant de quelle façon l'agression sexuelle peut être comprise comme la mise en scène d'une expérience non mentalisée par le sujet, indicible, mais ayant valeur de parade inconsciente à l'encontre de la menace d'effondrement psychotique.

Se reporter ici à l'inconscient pourrait laisser penser que la référence à la norme et à la normalité ne se retrouverait plus dans le champ de la

conscience. L'idée de normalité devrait ne jamais effleurer l'esprit de ces sujets enfermés dans les impératifs des processus primaires. Or l'étude des traits pathologiques de personnalité de ces agresseurs renvoie à la présence de symptômes, tels que le déni du réel et le clivage, qui ont une signification précisément contraire à celle du refoulement dont ils témoignent de l'échec. De telle manière qu'il devient compréhensible que la référence consciente à la norme soit très souvent centrale dans le discours des auteurs de violences s'efforçant de donner un sens à leurs actes.

Cette démarche cognitive de recherche d'explication du sens de l'agir et de justification de sa normalité était déjà clairement illustrée par les travaux de De Greeff (1947), lorsqu'il montra de quelle manière s'exprime, dans l'esprit du sujet criminel, le basculement d'un instinct de sympathie à un instinct de défense supportant le sentiment d'injustice subie, en fonction duquel l'autre se voit attribuer, par un mécanisme de projections d'intentions négatives, des caractéristiques négatives et hostiles à son égard. De telle sorte que l'auteur se trouve intérieurement et consciemment justifié d'avoir agi comme il le fit, son acte devenant « normal » à ses yeux.

Afin d'illustrer mieux encore l'expression clinique de l'impérieuse recherche de justification de l'agir transgressif par la référence à la norme, on peut prendre appui sur une recherche élaborée par Collart (2005). Cette étude s'appuie sur une analyse du discours d'adultes ayant eu des interactions sexuelles avec des enfants. L'auteur en dégage quatre logiques de rapport à la norme qu'il est loisible d'examiner pour y entendre les mouvements d'attribution d'intention ainsi que les références à des notions de valeur, tout autant que pour y relever les dimensions fonctionnelles ou valorielles des positions morales ainsi revendiquées.

► **Logique de contestation du cadre social normatif et proposition d'un cadre social alternatif**

Les sujets adhérents à cette logique soutiennent que l'interaction sexuelle avec l'enfant est naturelle et bénéfique pour ce dernier. Ils affirment dès lors aussi que la société se trompe en les interdisant. Qui plus est, cet interdit représente, selon eux, un moyen politique et intentionnel de moduler l'individu, de servir des intérêts personnels et, en fin de compte, de transformer à l'avantage des détenteurs du pouvoir un état original innocent en un état délictueux.

► Logique du « jeu avec la limite »

Les individus dont le propos véhicule cette logique soutiennent pour leur part que l'interaction sexuelle avec l'enfant est en elle-même licite, en ce qu'elle serait respectueuse du cadre social normatif dont la validité est ainsi reconnue. Ce caractère non transgressif de l'interaction sexuelle découlerait directement, selon eux, des caractéristiques particulières des partenaires et/ou du contexte la rendant acceptable aux yeux des acteurs du cadre social normatif. Pour justifier cette prise de position, ces individus en viennent à définir une « norme d'élection » de comportements, prise en tant que limite à ne pas franchir, en même temps que comme seuil subjectif d'entrée dans la transgression. En fonction de cette « norme d'élection », ils s'autorisent à soutenir la normalité de l'interaction sexuelle avec l'enfant en ce que ses caractéristiques l'inscrivent au sein d'une « zone franche » située entre la norme théorique du cadre social normatif d'une part et, d'autre part, leur norme d'élection.

► Logique de la sous-culture

Pierre Collart montre que les tenants de cette logique soutiennent la normalité des interactions sexuelles avec l'enfant en ce que, selon eux, leur communauté d'appartenance les considère comme non déviantes. Ces infractions sexuelles apparaissent alors conformes au cadre normatif d'une communauté d'origine. Pour ces sujets, le cadre social normatif revêt une moindre pertinence dans la mesure où ses normes leur apparaissent plus lointaines que celles prônées par leur sous-culture d'appartenance.

► Logique de mise entre parenthèses de la norme

On pourrait ici résumer le discours supportant cette logique à l'aide de la formule : *nécessité fait loi*. Les individus dont le propos rentre dans cette logique soutiennent en effet la prédominance de la situation sur la valeur contraignante du cadre social normatif. S'ils reconnaissent de la sorte que les interactions sexuelles avec l'enfant revêtent un caractère déviant, ils en affirment pourtant la nécessité en ce qu'elles eurent pour eux valeur de solution à un problème immédiat et personnel. Ces individus prétendent en effet s'être trouvés dans la nécessité de substituer la satisfaction d'un besoin et la solution d'un problème individuel au respect de la norme sociale.

L'examen de ces quatre logiques, qu'elles soient catégorielles ou circonstanciellles, nous les fait apparaître comme inscrites dans un registre fonctionnel du discours moral, en ce qu'elles renvoient à des critères tout à la fois égocentriques et hédoniques de définition du bien justifiant la norme. En ce sens, nous sommes en présence des dimensions nécessairement déterministes et causalistes d'une logique positiviste de la conduite humaine. De telle manière que les notions synonymes de causalité et de culpabilité s'opposent et contredisent ici celle d'une responsabilité que l'auteur de l'acte ne peut et ne veut endosser. De la même manière, ces modalités d'argumentation normative s'appuient explicitement sur une notion centrale de comportement qui s'oppose à celle d'identité, sur un principe hédonique qui contraste avec celui d'altérité.

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET NORMALITÉ

La notion de personnalité renvoie à une diversité de champs sémantiques et épistémologiques. On peut en effet l'interroger en philosophie aussi bien qu'en droit ou en sciences humaines. C'est néanmoins dans ce dernier registre, et plus particulièrement dans celui de la clinique, que nous nous attacherons ici à en formuler une proposition de définition devant servir à notre réflexion sur le sens des troubles qui peuvent l'affecter.

Si l'on admet que la personnalité soit tout en même temps le lieu d'inscription du temps et de l'espace dans le psychisme — ce qui signifie une dynamique d'appropriation et d'intégration —, tout autant que l'affirmation de ce psychisme dans le temps et le lieu de son existence — ce qui signifierait une dynamique de désappropriation et d'assimilation, on peut y voir un principe fondamental de contenance et de contenu, d'internalité et d'externalité. Mais il faut en même temps la comprendre de ce fait comme un principe dynamique. C'est pourquoi nous nous devons de traduire ces principes essentiels en des termes propres aux disciplines qui les ont étudiés, propres donc tout à la fois aux discours psychiatrique, psychanalytique, phénoménologique et systémique, en même temps qu'il nous faut emprunter des concepts issus des neurosciences, du comportementalisme et du cognitivisme.

Cette diversité de champs épistémologiques supportant nos points de référence et de compréhension de la notion de personnalité nous oblige à entendre que nous ne pouvons éviter de devoir prendre en compte les normes propres à chacun d'eux pour définir la personnalité et par

conséquent sa « normalité » implicite. Et si les concepts de chacune de ces branches de la clinique sont loin de se superposer de manière parfaite, il va de soi que les normes de référence de chacune ne le peuvent mieux. De telle sorte qu'on peut se demander s'il est possible de formuler une représentation globale et cohérente des contours de la personnalité dans le seul champ de la clinique. Que dire alors d'une telle tentative lorsqu'il est question de rapprocher sa définition de celle du droit, de la philosophie et d'autres champs du savoir ?

Nous garderons cela à l'esprit à présent que nous interrogeons le sens de la notion de trouble de la personnalité, en ce qu'elle puisse être expressive d'une normalité diminuée, blessée, perdue et attendue de retour par l'effet du traitement.

Comment en effet ne pas entendre l'embarras consécutif à cette question dans le préambule à l'énoncé de la liste des définitions des troubles de la personnalité retenus par le DSM-IV (1996) :

« Un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement. »

On remarquera en effet que, d'entrée de jeu, il est question d'une expérience *qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture...* Cette dernière serait par conséquent la référence première d'une normalité psychique, intérieure et personnelle ? D'autre part, la norme de référence à la définition d'un trouble pourrait être celle du temps chronologique : « un mode durable... qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte... qui est stable dans le temps... » Ce qui ne laisse pas d'interroger quant aux compréhensions possibles de ce qui est durable et stable dans le temps, dès lors qu'on entend faire correspondre le temps psychique ou polychronique et le temps calendaire ou monochronique. Enfin, le critère de définition de la normalité d'une personnalité semble ici très clairement être celui du fonctionnement, en ce qu'il est dit *altéré* ou en ce qu'il est qualifié, sous le vocable de mode de conduites, d'*envahissant et de rigide*. Ce critère fonctionnel renvoie par conséquent à la primauté de ce registre fonctionnel du discours moral dont il était question plus haut, concernant le sens de la référence à la norme dans le discours de délinquants.

Dans un récent ouvrage relatif aux personnalités criminelles, Catherine Blatier (2011) s'arrête à la question des troubles de la personnalité et de la psychopathie pour faire mention de ce que *les principaux troubles impliqués dans les faits de violence, de délinquance et de criminalité*

sont la personnalité antisociale (marquée par l'irrespect et la violation des droits d'autrui) et la personnalité borderline (caractérisée par une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, associée à une forte impulsivité). Et l'auteur de reprendre alors la description nosographique de ces troubles par le DSM IV-TR (2003), le premier item relatif à la personnalité antisociale étant l'incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation. »

De même, la présentation de la personnalité borderline questionne très directement l'implicite de la norme en ce que cette personnalité est dite « *instable sur le plan affectif, du fait d'une réactivité de l'humeur... Ces personnes évoluent de façon paradoxale entre proximité et distance, ne parvenant jamais véritablement à établir une relation stable non empreinte de méfiance ou de crainte d'abandon tout en présentant un important besoin relationnel vis-à-vis d'autrui...* » Chacune des notions avancée comme critère clinique tend en effet à l'explicitation de constats objectifs, relatifs à des faits observables et quantifiables, sans parvenir à se départir pour autant de la nécessité de termes et adjectifs qualitatifs (*instable, paradoxale, important...*) qui témoignent de l'insuffisance d'une visée strictement fonctionnelle et quantitative dans la définition d'une normalité — ou plus précisément d'une anormalité — de la personnalité.

TRAITEMENT SOCIO-PSYCHO-JUDICIAIRE ET NORMALITÉ

Si nous en venons à examiner à présent le discours du droit et des sciences humaines, on peut constater qu'il est pourtant, de même, question d'un principe essentiellement fonctionnel dans la manière de comprendre la norme et la normalité. Ainsi, on se trouve en présence de références à des normes factuelles, comportementales et situationnelles. C'est tout particulièrement explicite dans le langage du droit et dans son application juridique. En cela, on peut aussi parler de normes externes ou de normes sociales, que ce soit par reconnaissance et approbation ou par opposition et disqualification. De même, cet aspect fonctionnel de la norme est présent dans la référence aux modalités du fonctionnement psychique et à des normes internes, qu'elles soient conscientes ou inconscientes. Le principe défensif de la pathologie est en cela pleinement reconnu comme « normal ». Ce qui laisse entendre qu'on

se réfère aux normes des défenses d'une valeur interne mais également subjective, celle du moi entendu comme sujet et comme un bien en soi.

Cependant, ce rapprochement et ce constat d'identité des discours et logiques normatives, des agresseurs — délinquants — malades d'une part, des citoyens — juristes — cliniciens d'autre part, posent la question de ce qui peut différencier le normal de l'anormal par-delà leur caractère fonctionnel commun. De telle manière que se pose ici la question d'une ouverture au sens de la notion de valeur en tant qu'instance inconsciente, inhérente aux instances de l'inconscient. Debuyst (1985) a bien montré que la compréhension et l'affirmation sociale du sens de la valeur comme un absolu supporte en fait, dans l'esprit du sujet, les mécanismes de projections d'intentions en direction du réel, ce qui implique la réduction de l'autre à la dimension d'objet de cette intention, son objectivation. Cette absolutisation du sens de la valeur consiste par conséquent en une reconstruction du réel, en fonction de laquelle le sujet du discours attribue à l'autre des caractéristiques négatives qui viennent en retour justifier ses actes et conduites. De telle manière que le champ de conscience se trouve réduit aux seules intentions prédéfinies de cet autre incriminé, rendu « anormal » par ce discours justifié par la référence à une valeur absolutisée. En effet, cette valeur n'est plus en réalité qu'un moyen de justification personnelle de l'agir. Elle est par conséquent devenue, dans l'utilisation qui en est faite, une puissance d'aveuglement personnel et relationnel, comme le signe d'une incapacité à entrer dans la perspective de l'autre.

Cependant, il faut aussi considérer le processus d'attribution d'intentions à autrui comme un mode de mise en ordre cognitive des éléments de conscience, comme une recherche de sens par une classification rationnelle des sensations et des idées propres au sujet. De telle manière que ce processus d'attribution d'intentions consiste, dans le même temps, en une auto-attribution inconsciente de caractéristiques et intentions à partir des images qu'autrui nous renvoie de nous-mêmes. Ces deux mécanismes concomitants sont évidemment présents chez tout sujet, qu'il soit délinquant ou juriste, malade mental ou clinicien. Qui plus est, ils affectent en chacun de nous la capacité aussi bien que la volonté de l'agir.

Pour se différencier du délinquant et/ou du malade mental dans le sens du propos, pour les différencier l'un de l'autre tout autant que pour répondre à la problématique de chacun, le juriste et le clinicien sont alors, quant à eux, dans l'obligation de repérer dans leurs discours et leurs pratiques les déliaisons possibles entre la norme et la valeur, c'est-à-dire entre l'interdit et l'intérêt ou le bien de l'autre, afin de les combattre et

les annuler. Car il s'agit d'une obligation à repérer l'expression et le sens de nos désirs en tant qu'ils sont l'expression de mécanismes inconscients défensifs de nos propres fragilités identitaires, qu'elles soient psychiques ou sociales.

C'est en ce sens que chaque professionnel du soin se trouve soumis à la nécessité de la parole dans la relation, en tant qu'elle est ce qui limite et contraint chaque partenaire de ce lien, ce qui nous peine et ce qui nous libère en même temps et ensemble. Quant au juriste, cette parole est évidemment pour lui le seul moyen d'accès à ce que le droit désigne comme cet élément moral indispensable à l'incrimination.

En d'autres termes, nous sommes ici invités à nous dessaisir de la norme pour nous autoriser l'accès à l'auto-nomie, à une suffisance personnelle à la condition des limites imposées par l'existence et l'auto-nomie de l'autre. En cela, notre liberté de parole constitue la meilleure réponse à l'autre, soit la meilleure preuve de notre responsabilité.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM-IV*, Paris, Masson.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM-IV-TR*, Paris, Masson.

BALIER C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF.

BLATIER C. (2011). *Les Personnalités criminelles. Évaluation et prévention*, Paris, Dunod.

CANGUILHEM G. (1966). *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF.

COLLART P. (2005). *Les Abuseurs sexuels d'enfants et la norme sociale*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant.

DEBUYST C. (1985). *Modèle éthologique et criminologie*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

DE GREEFF E. (1947). *Instincts de défense et de sympathie*, Paris, PUF.

DE NEUTER P. (2006). « Normes, normalité, sexualité et psychanalyse », in Frogneux N. et De Neuter P., *Sexualités, normes et thérapie : approches interdisciplinaires des pratiques cliniques*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant, 151-189.

LAMOTTE J.-L. (2001). *Introduction à la théorie de la médiation : l'anthropologie de Jean Gagnepain*, Bruxelles, De Boeck.

Chapitre 10

Profils de personnalité des adolescents auteurs d'agressions sexuelles

Approche en criminologie clinique

Samuel Lemitre

PERSONNALITÉ

Étym : du gr. *persona*, « masque de théâtre, rôle, personnage ». La valeur dominante jusqu'en 1495 est « ce qui constitue la personne, la possession de soi ». En 1762, le mot prend le sens psychologique de « caractère original propre à chacun », d'où dériveront certaines expressions telles qu'« avoir de la personnalité » (1935) ou encore « culte de la personnalité » (1956). La personnalité s'édifie sur la base des innombrables particularités de la constitution psychobiologique, de ses composantes instinctivo-affectives et des empreintes laissées par toutes les expériences vécues ayant jalonné l'histoire individuelle. C'est une unité psycho-organique qui résulte de l'intégration des éléments pulsionnels, émotionnels et cognitifs de l'individu (Delay, Pichot, 1962). Le terme de « personnalité » désigne ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans l'organisation du fonctionnement psychologique d'une

personne. La personnalité peut être étudiée sous un angle structural (caractéristiques principales), dynamique (force, résistance et cohésion de cette structure) ou génétique (interaction des facteurs héréditaires et environnementaux). L'influence respective de ces facteurs est toujours discutée.

► **Approches dimensionnelles et catégorielles des troubles de la personnalité**

Deux approches peuvent modéliser le concept de trouble de la personnalité. Une *approche catégorielle*, qui classe différents tableaux en catégories exclusives les unes des autres. C'est le cas notamment du DSM qui regroupe les troubles de la personnalité dans l'axe II et les définit comme « un mode durable des conduites et de l'expérience vécue [...], envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement ». Ces troubles sont chroniques, ils ne sont pas passagers ou récurrents, et trouvent leur origine dans l'enfance.

Une autre approche dite « dimensionnelle » (Eysenck, 1971) considère les traits de personnalité comme des dimensions qui peuvent se juxtaposer les unes aux autres. Ainsi, un sujet présentant des traits de personnalité peut aussi présenter des traits spécifiques à la personnalité dépendante. Cette approche est généralement plus adéquate pour appréhender la problématique des adolescents dont la structuration psychique inachevée rend difficile l'établissement d'un diagnostic psychologique définitif. Cela est d'autant plus vrai chez les adolescents auteurs d'agression sexuelle qui présentent d'importants retards de développement. De plus, l'approche dimensionnelle ne définit pas de frontière nette entre le *normal* et le *pathologique* et laisse plus d'ouverture quand au pronostic évolutif. En effet, les réaménagements propres à l'adolescence mobilisent une forte angoisse et des conduites régressives qui peuvent accentuer une impression de désordre psychopathologique chez un adolescent dont les symptômes pourront s'être totalement dissipés quelques mois plus tard.

► **Les troubles de la personnalité chez les adolescents agresseurs sexuels**

Si le recours au diagnostic de trouble de la personnalité doit se faire avec prudence pour des adolescents en cours de construction, il n'est

cependant pas illégitime d'y recourir puisque, comme le stipule le DSM, ces troubles peuvent apparaître dès l'adolescence. Il peut être utile, au plan clinique, d'établir des liens entre traits de la personnalité et caractéristiques psycho-criminologiques des adolescents auteurs d'agression sexuelle. Cela peut éclairer la compréhension des agirs violents sous des angles différents (relationnel, narcissique, rapport au monde, processus de la pensée, régulation émotionnelle, etc.) et permettre de préciser les enjeux thérapeutiques et les pronostics évolutifs.

Les études montrent que certains critères liés aux traits de personnalité ont un poids significatif sur le risque de récidive. Présenter les traits d'une personnalité antisociale est statistiquement plus associé au risque de récidive que le fait de dénier les faits, de refuser un traitement ou de ne pas avoir d'empathie pour la victime (Raymond *et al.*, 1999 ; Hanson et Buissière, 1998). D'après Grisso (2008) deux tiers des mineurs américains détenus dans des centres correctionnels présentent les critères d'un trouble mental ou d'un trouble de la personnalité. Certains chercheurs mettent aussi en avant le rôle déterminant des facteurs dynamiques dans l'étude des comportements criminels. Selon eux, l'opérationnalisation des facteurs de risques psychologiques (Beech et Ward, 2004) est une démarche incontournable car elle permet de prendre en compte le rôle de l'économie psychique dans la compréhension des problématiques criminelles. Andrews et Bonta (2003) parlent des *besoins criminels* et considèrent que le passage à l'acte répond à un besoin interne ou une inclinaison en lien avec une économie psychique. Ces facteurs sont souvent stables et récurrents (Hanson et Harris, 2000) et peuvent être appréhendés méthodologiquement.

Comprendre les besoins criminels, appréhender les facteurs psychologiques et saisir les enjeux psychodynamiques liés aux passages à l'acte nécessite d'étudier les caractéristiques de personnalité des adolescents agresseurs sexuels. Celles-ci pourront alors être croisées aux caractéristiques criminologiques afin d'apporter un éclairage global à la compréhension des agirs sexuels violents. Dans ce chapitre nous allons passer en revue chacun des troubles de la personnalité répertoriés dans l'axe II du DSM et, pour chacun des tableaux cliniques, nous allons croiser les données criminologiques et psychodynamiques afin de poser les bases conceptuelles de la violence sexuelle des mineurs. Ces observations sont empiriques et souvent schématiques. Il serait simpliste de penser qu'à un profil de personnalité correspond un type de passage à l'acte. On ne peut pas réduire la clinique à une typologie aussi grossière car les situations réelles sont toujours plus complexes. Cette approche a néanmoins le mérite de fournir au lecteur des pistes de

lecture lui permettant de donner sens à la violence sexuelle des mineurs et d'organiser sa pensée en le dégageant des croyances confuses ou stéréotypées à ce sujet. Pour chaque tableau clinique, nous discuterons aussi des stratégies de soin et des perspectives d'évolution sous suivi.

LES PROBLÉMATIQUES ANXIEUSES (CLUSTER C)

Dans le modèle du *Big-Five* (McCrae et Costa, 1985) qui privilégie une approche dimensionnelle de la personnalité, les sujets adultes présentant des paraphilies ont une tendance persistante aux émotions négatives telles que l'anxiété, la colère ou la solitude (Fagan *et al.*, 1991 ; Wise *et al.*, 1991). Ce résultat a aussi été observé chez des agresseurs d'enfants incarcérés (Dennistin *et al.*, 2001), ce qui semble indiquer que, parmi les auteurs d'agression sexuelle, une proportion importante présente les caractéristiques des personnalités du cluster C.

► Les adolescents aux traits de personnalité évitante

« La personnalité évitante » est d'introduction récente dans la classification. Elle a été proposée pour la première fois en 1980 dans le DSM-III. Historiquement, la sémiologie de la personnalité évitante a emprunté des éléments au *caractère phobique* et aux *personnalités névrotiques* définies par Horney (1945), qui décrit des « personnalités dont le lien avec les autres est ressenti comme une contrainte intolérable et qui finissent par vivre dans la solitude et l'évitement ». C'est un tableau clinique fréquemment retrouvé parmi les adolescents auteurs d'agressions sexuelles. Ces sujets sont convaincus de leur absence de valeur. Ils présentent un déficit d'estime de soi important et un sentiment d'infériorité. Les sentiments d'incapacité, d'incompétence, de vulnérabilité et d'insignifiance sont présents. Ils sont pessimistes, sensibles à la critique et présentent un grand isolement social malgré leur désir de contact et de réassurance. L'inhibition, l'hésitation et la procrastination sont habituelles, conduisant à une attitude gauche et maladroite. Timides et excessivement soumis, ils parlent rarement d'eux-mêmes. Ils accentuent leurs défauts et les compliments les paralysent. Très susceptibles, ils confondent souvent plaisanterie et mépris, et les remarques les plus innocentes sont ressenties comme de profondes humiliations. De fait, ces sujets éviteront les situations sociales. Leur attitude exaspérante et leurs fuites inexplicables entraînent souvent un rejet de l'entourage qui les renforce dans leurs sentiments d'incompétences. Sur le plan affectif, ces individus renoncent

généralement à toute vie affective ou sexuelle partagée, se réfugiant dans un monde de rêveries ou s'échafaudent des idylles et une réussite chimérique. La tension anxieuse est envahissante.

● *Psychopathologie criminologique*

Au plan criminologique, la problématique centrale qui se pose ici est relationnelle. L'adolescence est une période de socialisation au cours de laquelle le jeune doit étendre ses relations aux pairs, dans de nouvelles conquêtes amoureuses et amicales, notamment. Les sujets évitant le souhaitent mais n'y parviennent pas et finissent par souffrir d'une grande solitude. Ce déficit dans le processus de socialisation entrave la maturation des relations d'objets et le déploiement de la vie pulsionnelle. Ici, le risque de passage à l'acte est lié à une inflation de la vie fantasmatique qui s'accompagne d'une grande frustration car ils ne parviennent pas à satisfaire leurs besoins sexuels et sentimentaux dans des expériences réelles. Lorsque l'immaturité psychoaffective entraîne un important retard de développement, ces adolescents vont maintenir des relations très infantiles, ce qui peut orienter leur conduite d'initiation à la sexualité vers des enfants. Les adolescents de leur âge les impressionnent et leur paraissent trop affirmés. Ils craignent d'être ridicules ou d'être humiliés en cas de rejet tandis que les enfants paraissent plus accessibles. Le mode opératoire des passages à l'acte est peu structuré. Il s'amorce par une conduite de jeu avec un enfant de l'environnement proche. Au cours de l'interaction, l'adolescent va alors commettre des attouchements fugaces réalisés avec très peu de verbalisation. La durée des actes est courte, quelques minutes, généralement suivie d'une reprise du jeu « comme si de rien n'était ». Ceux-ci peuvent occasionnellement être réitérés si l'opportunité se représente, mais l'anxiété passagèrement évacuée est vite majorée par la peur d'une sanction. De fait l'interpellation et la sensibilisation auront un effet préventif. La récurrence est rarement observée après signalement. Dans de tels tableaux cliniques, la rencontre de la famille et l'exploration anamnétique sont indispensables afin de comprendre l'étiologie de cette anxiété relationnelle. L'évaluation des situations de carence ou de maltraitance est nécessaire car il semble que ce soit surtout les expériences précoces et répétées de critiques ou de rejet qui conduise à l'établissement d'une personnalité évitante. Elles sont généralement subies dans la famille et conduisent à des conditionnements qui s'accompagnent de comportements appris, comme par exemple, le fait de réprimer le besoin de relation et d'affection auprès des adultes. Ayant appris à se passer des adultes, l'enfant aura alors plus de mal à les investir une fois devenu grand.

● *Stratégies de soin*

L'approche thérapeutique avec ces adolescents est difficile, les progrès sont souvent très lents, du fait des stratégies d'évitement qu'ils mettent en œuvre afin d'éviter de se confronter aux conflits. Le thérapeute peut facilement tomber dans un certain pessimisme quand aux progrès thérapeutiques. Il doit donc rester attentif à toute marque de rejet, en s'obligeant à un renforcement constant de la relation de confiance. Succinctement, les objectifs du traitement doivent viser à améliorer le contrôle émotionnel, à réduire les sentiments de honte et de culpabilité souvent envahissants, à travailler sur l'affirmation de soi et la communication non verbale (contact visuel, posture, mimique). L'approche psycho-criminologique doit aussi permettre à l'adolescent de comprendre que son comportement sexuel auprès des enfants peut être lié à une peur de se confronter aux jeunes de son âge et que cela peut changer. Le thérapeute pourra alors chercher à modifier les systèmes de croyance et les schémas d'infériorité ou d'incompétence, en prenant solidement appui sur la relation de confiance pour aider le jeune à s'exposer peu à peu au monde des adultes, souvent perçu comme menaçant.

► **Les adolescents aux traits de personnalité dépendante**

La création de cette entité nosographique remonte à 1980, lors de la parution de la 3^e édition du DSM. Elle provient de trois descriptions psychopathologiques antérieures :

- « la personnalité orale » de Karl Abraham qui décrit certains traits de caractère tels que l'inaction, la passivité face à l'objet, l'avidité affective, l'intolérance à la solitude, l'insatisfaction et le doute quant à l'avenir ;
- « la personnalité passive dépendante » dont les premières descriptions remontent aux travaux du colonel Menninger, en 1945, ayant décrit certains individus sensibles au stress militaire, qu'il a nommé les « personnalités immatures » (sentiment d'abandon, passivité, bouffées agressives) (Goulet, 1988) ;
- « la personnalité immature », dont les premières descriptions remontent à Pinel qui décrivait « des états d'enfance prolongée ». En 1896, Ribot utilisait les termes d'« infantilisme psychologique », Dupré en 1903 parle de « puérilisme mental ». Lindberg proposera le terme de psycho-infantilisme pour désigner le sentiment d'incertitude, le besoin d'aide et le désir d'être guidé et en 1981, Kernberg décrira

la « personnalité infantile », caractérisée par la dépendance et la forte labilité affective.

Plusieurs critères peuvent entrer dans la définition de la dépendance pathologique : déficit dans le processus de séparation en sécurité, déficit dans l'établissement d'une identité personnelle, déficit de confiance dans ses capacités (besoin de conseils et de réassurance), déficit dans l'acquisition d'une appréciation de sa propre valeur (estime de soi), déficit dans la capacité à se sentir accepté dans le monde des adultes (soumission), recherche de proximité (Birtchnell, 1988 ; Livesley, 1990 ; Bornstein, 1990). L'anxiété de séparation et la crainte anticipatoire de l'abandon sont des éléments centraux dans la description du tableau clinique. Les adolescents dépendants laissent passivement les autres assumer la responsabilité de leur vie en raison d'un manque grave d'autonomie. Il est fréquent d'observer à notre consultation des adolescents de la région parisienne âgés de 15 ou 16 ans n'ayant jamais pris le bus ou le métro. Ces adolescents présentent un déficit dans la prise de décision et subordonnent leurs besoins à ceux des parents ou des éducateurs. Ils tendent à être soumis dans leurs relations interpersonnelles, et ont un grand besoin d'être rassurés et conseillés. Leur manque d'autonomie les empêche d'accomplir leurs propres réalisations. Ils sont d'accord avec autrui même lorsqu'ils pensent que les autres se trompent. En consultation familiale, leur silence contraste avec la tendance des adultes à parler à leur place. Ils n'offrent généralement aucune résistance ni contestation aux contraintes judiciaires ou éducatives qui leur sont imposées. Ils semblent « refuser » de grandir et présentent un développement morpho-pubertaire tardif. De par leur immaturité psychoaffective, ils ont du mal à se situer dans la différence d'âge. L'enfant est considéré comme un partenaire de jeux dans le contexte d'une sexualité infantile ayant peu évolué vers la génitalité. Certains reconnaîtront l'avoir fait car ils avaient peur de se tourner vers leurs pairs. La relation à la victime peut être spéculaire et hautement narcissique. Dans le commerce avec les enfants, certains semblent reproduire des scènes sexuelles auxquelles ils ont été exposés plus jeunes (pornographie, situations familiales). Les agressions sexuelles sont généralement commises sur un enfant d'âge scolaire (7-11 ans), à l'intérieur, en l'absence de la surveillance des adultes. L'auteur connaît la victime et le mode opératoire est modérément structuré selon une stratégie d'approche et de mise en confiance à travers des propositions de jeux qui évoluent progressivement vers des invitations à des jeux sexuels. Les agressions peuvent être répétées sur une longue période et l'adolescent pourra rechercher le silence de l'enfant par un chantage affectif ou des menaces de représailles.

● Psychopathologie criminologique

On sait aujourd'hui, par les nombreux travaux interdisciplinaires, que certains facteurs prédisposent à la dépendance affective. L'association d'une maladie somatique et d'une séparation précoce ayant entraîné une anxiété de séparation semble être un facteur de risque. La théorie éthologique de l'attachement combine à la fois des apports des théories psychanalytiques, des théories de l'évolution psychogénétique, de l'éthologie, de la psychologie expérimentale et de la clinique pédiatrique. Les concepts centraux sont ceux de Lorenz sur *l'empreinte* ou encore ceux de Harlow sur *la déprivation maternelle*. L'un des points majeurs de ces théories est qu'il existerait une période critique pendant laquelle les besoins de l'enfant doivent être comblés à tout prix car cela conditionne un sentiment de sécurité du nouveau-né lui permettant d'explorer son environnement avec assurance par des mouvements d'aller-retour vers sa mère. Lorsque ce besoin est insatisfait, l'enfant développe des réactions de repli ou un excès de dépendance. Bowlby puis Ainsworth ont étayé conceptuellement ce besoin primaire par des recherches à partir du paradigme de la *situation étrange*. Ces travaux ont permis de comprendre que c'est avant tout la qualité de l'attachement et non l'intensité de la relation mère-enfant qui permet l'autonomisation et la socialisation de l'enfant. Parmi les adolescents qui maintiennent un attachement très fort pour le monde de l'enfance, beaucoup présentent des traits de la personnalité dépendante. Dans de plus rares cas, l'atteinte sexuelle d'un enfant jeune peut apparaître comme le premier signe d'une orientation pédophilique. L'anamnèse doit alors aider à comprendre les raisons pour lesquelles l'adolescent maintient ses relations infantiles et refuse inconsciemment de grandir. Certains événements de nature traumatique peuvent entraîner un « blocage du développement » contraignant l'enfant à rester attaché inconsciemment à une période de son enfance qu'il ne parvient pas à dépasser. Si l'on considère la pédophilie comme le maintien d'un investissement pathologique à une phase du développement infantile, en lien avec une pathologie de l'attachement ou des facteurs traumatiques, on pourrait alors supposer que cette catégorie diagnostique soit plus discriminante pour la pédophilie. Cela n'a pourtant pas encore été démontré, l'hétérogénéité clinique des sujets pédophiles n'ayant jamais permis de mettre en évidence une réelle typologie.

Stratégies de soin

La confrontation au monde des adultes est une nécessité incontournable à l'adolescence et le jeune doit accepter de quitter progressivement le monde de l'enfance. La plupart des adolescents le recherchent d'ailleurs activement et la quête d'indépendance est pour eux une manière de signifier qu'ils en sont capables. L'adolescent fortement dépendant refuse cette émancipation autant qu'il la craint car les bénéfices secondaires sont importants. Il peut avoir le sentiment de maintenir la protection parentale et évite de se confronter aux angoisses de séparations. Il peut aussi souhaiter rester enfant afin de recevoir l'affection qui lui manque. Un adolescent a pu nous dire vouloir rester enfant pour rattraper le temps perdu et recevoir un jour l'affection d'une maman qui n'a pas été là pour lui. Souvent, les bénéfices secondaires sont aussi entretenus par la famille qui accepte difficilement de voir grandir l'enfant. L'enjeu sera donc de parvenir à créer une alliance thérapeutique solide qui permette à l'adolescent de poursuivre son développement en acceptant ses manques et en renonçant à ce qu'il n'a pas reçu. Il s'agira donc de lui permettre de sortir de l'omnipotence infantile en l'aidant à dépasser la position dépressive (Klein, 1934). Le travail doit permettre d'instaurer un sentiment d'autonomie, de diminuer la passivité et d'augmenter la confiance en soi par le biais d'attitudes contre-transférentielle étayantes. L'approche psychodynamique est indiquée pour ce type de patients qui tolèrent relativement bien le maniement du transfert. Ces thérapies sont surtout efficaces lorsque l'adolescent est capable d'introspection et parvient à surmonter l'expérience de la frustration. Des approches psycho-éducatives seront privilégiées dans le cas contraire. Elles sensibiliseront l'adolescent aux conséquences du passage à l'acte et l'éveilleront aux questionnements naissant sur la sexualité.

► Les adolescents aux traits de personnalité obsessionnelle

On peut remonter aux travaux philosophiques antiques pour trouver les premières descriptions du trouble obsessionnel. Le philosophe grecque Thèophraste, 300 ans avant Jésus-Christ, fut en effet l'un des premiers à décrire tous les traits du caractère obsessionnel tels qu'ils sont répertoriés actuellement. Le lien avec la psychiatrie moderne remonte aux travaux de Pierre Janet sur la *psychasthénie*. Au plan clinique, ces sujets se distinguent par leur indécision, leur prudence excessive et le doute permanent qui conduit aux ruminations mentales. Leur perfectionnisme

entrave souvent l'achèvement des tâches, car dans l'action, leur méticulosité se porte sur les moindres détails. Au plan affectif, ils sont très réservés, contrôlés émotionnellement et mal à l'aise avec l'expression des sentiments. Ces jeunes sont confrontés à d'intenses orages intérieurs car l'adolescence est tout sauf obsessionnelle. Il faut aimer vivre en groupe, tolérer les excès et la passion amoureuse. Il faut aussi pouvoir prendre des décisions qui engagent l'avenir, dépasser ses limites et s'en remettre « au destin » dans des conduites ordaliques souvent risquées.

● *Psychopathologie criminologique*

C'est avant tout à travers une lecture topique que Freud appréhende la métapsychologie des troubles obsessionnels. Selon lui, les obsessions résultent d'un conflit entre le ça (pulsions sexuelles) et le surmoi. Le surmoi, issu des attentes parentales, exigerait l'ordre, la propreté, la parcimonie et rejetterait les motions pulsionnelles en provenance du ça. Le conflit serait donc lié à une difficulté pour le sujet d'assumer la charge libidinale et agressive contenue dans les pulsions sexuelles émergentes. Certains criminologues considèrent que la plupart des conduites sexuelles offensantes telles que le voyeurisme, l'exhibitionnisme ou les appels téléphoniques obscènes sont le fait de personnalités obsessionnelles (Balyk, 1997). D'après une étude de Johnson et Knight (2000), les adolescents ayant commis des agressions sexuelles avec recours à la force et la contention physique de la victime présentent significativement plus de traits caractéristiques des personnalités obsessionnelles (sexualité compulsive, hyper-contrôle, froideur émotionnelle) et antisociales (agressivité relationnelle, misogynie, recherche de domination, hyper-masculinité)... Certains meurtriers sexuels présentent eux aussi des traits de la personnalité obsessionnelle (fétichisme, collectionnisme, froideur affective, contrôle pulsionnel) (Langevin, 2003). On observe des caractéristiques criminologiques souvent similaires aux adultes : le passage à l'acte suit un mode opératoire relativement bien ancré et parfois ritualisé. Les victimes sont souvent de jeunes femmes sur lesquelles ils commettent des assauts sexuels fugaces réalisés avec effet de surprise. Le passage à l'acte est de courte durée et l'atteinte sexuelle est rarement qualifiée de viol. Les agressions sont généralement commises en série, jusqu'à ce que l'interpellation y mette un terme. Contrairement aux embuscades psychopathiques, où la haine est massive, ici la relation à la victime est fortement empreinte d'ambivalence. L'attaque peut être violente par la peur qu'elle génère et par sa dimension intrusive, mais les auteurs ressentent un certain respect pour les victimes. Ils les idéalisent et regrettent après coup le mal qui leur a été fait. Un patient de 14 ans qui

commettait des agressions sexuelles dans un parking posait ses mains sur les fesses des victimes en leur adressant : « Vous avez de belles fesses madame. » Il affirmait n'avoir jamais voulu leur faire de mal et affirmait ne pas parvenir à se contrôler. La sexualité est compulsive. Les attouchements sont généralement suivis d'une fuite, révélant bien le fonctionnement obsessionnel qui se caractérise par un contrôle excessif des mouvements pulsionnels et la mise en œuvre de défenses massives lorsque ces pulsions s'expriment. La jouissance est secondaire aux agirs mais elle est de courte durée car les sujets vont très vite se condamner. Leur conscience morale issue d'un surmoi réprobateur génère alors honte et remords.

● Stratégies de soin

Egan *et al.* (2005) ont souligné la forte incidence des traits de la personnalité obsessionnelle parmi les auteurs d'agressions sexuelles adulte et soulignent la difficulté de traiter de tels sujets dont les modes opératoires font l'objet d'un ancrage fortement structuré et ritualisé. Chez les adolescents, le fonctionnement obsessionnel est cependant plus labile et les patients sont moins résistants au changement. Ils sont relativement distants au plan relationnel et présentent une froideur de contacts mais ils investissent massivement le transfert. Leurs attentes souvent excessives à l'égard du thérapeute dénotent un idéal soumis à de fortes attentes surmoïques : ils ont le souci de bien faire et fournissent paradoxalement autant d'effort que de résistance dans la thérapie. Au plan de la pensée, ce sont des adolescents qui présentent une idéation rigide qui peut parfois conduire à une forme d'entêtement mais ils restent malgré tout à l'écoute et réagissent positivement aux stratégies de renforcement. Le thérapeute peu prendre appui sur le fonctionnement surmoïque afin de sensibiliser le jeune aux conséquences de ses actes, mais celui-ci doit être vigilant à ne pas être assimilé à une instance morale garante du bien et du mal. Le thérapeute doit être soucieux de renforcer son attitude de non-jugement. Il doit encourager l'esprit critique afin d'aider l'adolescent à penser librement, en se dégageant d'une conscience morale trop rigide qui tend à condamner toute forme d'expression pulsionnelle à un âge où la pulsion doit justement être régulée. Dans une approche plus cognitive, le thérapeute peut chercher à modifier des systèmes de croyances articulés à des schémas conditionnels : « Si je réussis pas tout à 100 %, ma vie est un échec, ou encore, si je ne fais pas tout parfaitement, je vais gâcher le travail des autres. » La technique porte essentiellement sur une « restructuration cognitive » du système de pensée permettant d'assouplir les schémas de penser.

PROBLÉMATIQUES INSTABLES (CLUSTER B)

Ce cluster rassemble les personnalités les plus instables et erratiques de la classification. Les passages à l'acte violents sont généralement liés à une difficulté majeure dans l'établissement des relations interpersonnelles et révèlent la vicissitude dans l'établissement précoce des relations d'objet internalisées. L'axe central du travail psychologique sera donc d'aider ces adolescents à réparer les blessures narcissiques du passé ayant pu les conduire à considérer l'autre comme une menace à leur propre intégrité, et leur permettre d'investir avec tendresse de nouvelles figures d'attachement.

► Les adolescents aux traits de personnalité histrionique

Il faut attendre le XVII^e siècle avec la description de Sydenham pour que l'élabore une esquisse psychogène de l'hystérie. Celui-ci établit une description complète des symptômes et du terrain psychique, mais c'est surtout avec les travaux de Charcot, Freud et Breuer que le trouble va véritablement être considéré comme lié à une cause psychique. Les personnalités hystériques aiment attirer l'attention sur elles, plaire et séduire. La séduction, l'érotisation, la suggestibilité et la théâtralité font partie du grand syndrome histrionique. Chez les adolescents, la coquetterie est souvent empruntée aux stéréotypes de la mode, au « look » et aux célébrités du moment qui sont des modèles réputés pour exciter fortement le désir (stars, champions, héros en tout genre). Souvent perçus comme des allumeuses ou des Don Juan, les adolescents aux traits de personnalité histrionique suscitent fréquemment le rejet. L'aspect très sexualisé de leur mode relationnel peut en effet provoquer le malaise dans la relation aux pairs et mobiliser une forte réprobation morale.

● *Psychopathologie criminologique*

Les attitudes fortement sexualisées sont fréquentes à l'adolescence car les pulsions sexuelles peuvent être débordantes à cette période du développement. Ces conduites sont néanmoins toujours à considérer sérieusement car elles révèlent souvent une fantasmagorie sexuelle envahissante qui peut prendre des allures traumatiques. Les études criminologiques révèlent d'ailleurs que, chez les adultes, les attitudes fortement sexualisées sont plus fréquemment associées à la récidive (Hanson, 2005). La personnalité histrionique est plus rarement considérée chez l'homme, comme le confirment les études sur le sex-ratio qui est de cinq femmes

pour un homme (Martin, 1994). Dans notre consultation essentiellement masculine, on l'observe rarement. Ce tableau clinique est en revanche plus fréquent chez les adolescentes victimes que nous recevons en consultation. Il se peut aussi que nous ayons tendance à sous considérer ce diagnostic au profit des personnalités limites ou narcissiques. En population clinique adulte, certains spécialistes observent d'ailleurs que le tableau complet de la personnalité histrionique existe rarement chez les auteurs d'agressions sexuelles. Celui-ci est partiellement recouvert par des aménagements immaturo-pervers, ce qui conduit souvent à l'établissement des diagnostics de personnalité psychopathique, limite ou narcissique. Du fait du très faible nombre de cas rencontrés, il nous est difficile de dégager des caractéristiques criminologiques spécifiques à ce type de personnalité.

► Les adolescents aux traits de personnalité narcissique

La personnalité narcissique est contemporaine de l'essor de la psychiatrie moderne puisqu'elle apparaît au début du XX^e siècle, notamment à travers les travaux freudiens (« Pour introduire le narcissisme », 1914). C'est dans les années soixante que les premières descriptions cliniques de la personnalité narcissique apparaissent. Malgré une abondante littérature contemporaine, il faut souligner que ce trouble n'est pas référencé dans la CIM-10, car sa validation est encore contestée. Parmi les traits décrits, on relève le sentiment de grandeur et la surestimation de soi qui signe un complexe de supériorité. Ce sont des sujets très égocentrés qui ont le sentiment de ne pouvoir être compris que par une élite. Ces adolescents ont besoin d'être admirés. Ils sont très préoccupés par leur image et ressentent un besoin souvent excessif d'être aimés. Ils peuvent adopter une attitude de prestance, une arrogance pleine de dédain et une tendance à la dévalorisation des autres. Ils présentent peu d'intérêt réel et authentique pour autrui et établissent des relations souvent utilitaires, révélant d'importantes carences du surmoi (défaut de culpabilité).

● Psychopathologie criminologique

L'adolescent narcissique peut commettre un passage à l'acte par excès d'égocentrisme, simplement parce qu'il a pensé à ses propres besoins savants de considérer ceux de la victime. Il s'agit généralement d'un enfant de l'entourage que l'adolescent considère comme « redevable » de quelque chose. Cela peut être un enfant admiré pour ses jouets ou envie pour avoir des parents qu'il considère comme meilleur que les

siens. Lorsque l'agression est intrafamiliale, elle est à comprendre au regard d'une dynamique souvent problématique. Il s'agit généralement d'enfants issus de familles recomposées qui semblent avoir traversé la séparation parentale avec un grand préjudice affectif. L'adolescent peut avoir le sentiment qu'on s'occupe moins de lui ou qu'on le délaisse. L'enfant victime est fortement jaloux et l'agression sexuelle peut être comprise comme une manière d'exprimer une forte hostilité, d'attirer l'attention sur soi ou d'interpeller le système familial. Dans une perspective kleinienne, on peut interpréter ce type de passage à l'acte comme une tentative d'incorporer l'objet externe convoité. L'agression sexuelle est alors sous-tendue par le désir inconscient de posséder les propriétés de la victime et faire l'objet de la même affection. Cependant, l'envie contient toujours une dimension d'attaque agressive, elle est à la fois marquée par l'idéalisation et la destructivité, car un objet idéalisé est souvent inaccessible, ce qui mobilise beaucoup de colère et de frustration. L'agression sexuelle peut donc être considérée comme une manière d'atteindre un enfant qui semble protégé ou privilégié dans le regard parental. Le signalement peut déclencher une forte décompensation dépressive, car l'interpellation peut réactiver des menaces d'abandon, notamment lorsqu'un placement est envisagé pour protéger la fratrie. La honte peut alors conduire à une recherche de pardon, et dans certains cas, le risque d'un passage à l'acte suicidaire n'est jamais à exclure.

● *Stratégies de soin*

La question de l'ordre dans la fratrie comme facteur influençant le développement d'une personnalité narcissique est soulevée par les études internationales. En effet, dans une large proportion, les sujets narcissiques sont des aînés ou bien des enfants uniques. L'explication à cela n'est pas claire mais l'une des hypothèses formulée est que dans ces deux cas, l'enfant serait plus soumis à l'anxiété parentale et aux attentes idéales. Le premier enfant est souvent porteur de tous les espoirs et les parents sont animés d'un désir de perfection à son égard. Dans ces situations, une approche systémique peut être préconisée afin de travailler sur le déséquilibre familial. Dans certaines familles en effet, les parents peuvent utiliser l'adolescent pour maintenir leur propre estime de soi en projetant sur lui leur sentiment d'infériorité ou au contraire, leurs aspirations personnelles. Dans ce cas, l'enfant sera l'objet de toutes les projections agressives ou idéalisées et l'agression sexuelle devra évidemment être comprise dans ce système. L'adolescent aux traits narcissiques de la personnalité réclame beaucoup d'attention et exige du thérapeute une forte gratification narcissique. Des psychothérapies

dites « aménagées » sont proposées par l'école américaine (Adler, 1989 ; Kernberg, Kohut). Schématiquement, ces auteurs recommandent de confronter le patient à ses défenses narcissiques par des interprétations actives, en n'hésitant pas à recourir au maniement de l'agressivité contre-transférentielle pour ébranler le système de certitude et les cycles d'autosatisfaction. Initialement, la dynamique transférentielle sera soutenue grâce aux mouvements d'idéalisation du thérapeute qui pourra être considéré comme le bon objet parental. En effet, le thérapeute sera souvent perçu comme celui qui répond aux besoins d'attention de l'adolescent et cette dynamique peut initialement permettre de porter le projet thérapeutique.

► Les adolescents aux traits de personnalité limite

Les auteurs anglo-saxons ont apporté une contribution précieuse à conceptualisation des personnalités borderline. H. Deutsch (1935) parle de « personnalité *as if* », pour rendre compte du fonctionnement en faux self tel qu'il a été décrit par Winnicott. D'autres auteurs comme Greenson (1954), Erikson (1956) ou Jakobson (1964) ont développé des concepts liés à la perturbation des relations d'objet internalisés. Masteron (1971) aborde les difficultés de séparation-individuation entraînant une dépression d'abandon. Grinker, Werble et Drye (1968) ont, quant à eux, réalisé une analyse multifactorielle ayant conduit à découverte d'un syndrome spécifique à quatre composantes fondamentales : l'agressivité, le mode de relation anaclitique, le trouble de l'identité et une forme particulière de dépression. Les études de Gunderson (1984, 1989) vont ensuite permettre de préciser les traits spécifiques de la personnalité borderline : l'impulsivité, l'instabilité affective et relationnelle, les actes auto-destructifs et le sentiment abandonnique. Ce tableau conduit à des comportements souvent erratiques signes d'une grande détresse : décisions hâtives, accès de colère, automutilations, conduites à risque, ivresses aiguës, conduites toxicomaniaques et tentatives de suicide.

● Psychopathologie criminologique

L'angoisse est généralement présente sous la forme d'une tension anxieuse flottante et diffuse, associée à un sentiment de malaise, d'ennui et de morosité. Elle peut aussi survenir en crises aiguës avec un cortège de manifestations somatiques et une sidération mentale. Ces crises peuvent alors prendre la forme de manifestations régressives inquiétantes, reliée à la perte de l'épreuve de réalité (expériences quasi psychotiques). Dans

de tels tableaux, le passage à l'acte peut être considéré comme un moyen de réguler l'économie psychique instable. Il peut contrer un sentiment chronique de vide, d'ennui, ou la peur d'être abandonné. Le collage adhésif, par le contact peau à peau avec une victime peut permettre, même temporairement, de colmater l'écoulement narcissique lié au sentiment d'abandon et aux angoisses existentielles. De fait, l'adolescent pourra commettre des passages à l'acte soudains, impulsifs et faiblement prémédités. Le mode opératoire est peu structuré, l'agir est souvent réalisé dans un contexte de confusion et de tension émotionnelle, avec, parfois, le recours à une contrainte physique ou une intimidation par arme, qui constituent au plan criminologique, des circonstances aggravantes. Plus rarement, ces passages à l'acte peuvent être précédés d'un comportement d'errance et de quête en lien avec le sentiment de vide et la détresse abandonnique. La victime est généralement du même âge, il s'agit souvent d'une copine investit sur un mode anaclitique et dont la dépendance est difficilement supportable. Bergeret insiste sur le *moi lacunaire et anaclitique* des personnalités limites. Le clivage conduit à des comportements chaotiques car l'adolescent va passer par tous les excès, de la volonté d'autonomie à l'extrême dépendance, de l'idéalisation à l'attaque, de l'optimiste au désespoir absolu. Chez les plus jeunes, le passage à l'acte peut aussi être réalisé sur un enfant de l'entourage. Cela peut être mis en lien avec les mouvements régressifs qui conduisent l'adolescent à se considérer comme un enfant ayant un grand besoin de contact et d'affection auquel l'enfant victime peut temporairement répondre. Kernberg insiste sur la notion « d'identification projective » pour montrer toute la force projective de ces passages à l'acte dans lesquels on constate souvent que l'adolescent vient, à travers l'agression sexuelle, chercher à répondre à sa propre énigme existentielle. C'est souvent le cas lorsqu'il a lui-même été victime d'abus sexuels dans l'enfance, ou qu'il a été exposé précocement et régulièrement à la sexualité des adultes. Dans de tels tableaux, l'identification à l'agresseur (Ferenczi, 1932) est massive et révèle l'extrême friabilité du noyau identitaire. Au plan phénoménologique, l'adolescent se vit à la fois comme auteur et victime. Il ne sait plus très bien qui il est et les limites qui le différencient de la victime sont ténues. L'étude des pensées et des affects au cours de l'agir révèle bien souvent une identité fragmentée, composée de « bouts de victimes » et de « morceaux d'agresseurs » constituant un Self inachevé composé d'objets partiels secondairement assemblés.

Stratégies de soin

Avec ces patients, la psychothérapie peut prendre appui sur la pensée verbale et conduire à des prises en charges en relation duelle. La difficulté sera évidemment d'assurer la continuité des soins dans la mesure où l'adolescent aura tendance à rompre régulièrement le lien d'attachement au clinicien qui constitue une nouvelle dépendance. Pour contrer cette difficulté, le psychothérapeute peut prendre appui sur l'obligation de soin et travailler en articulation avec les services de l'ASE et de la PJJ afin de renforcer le contenant éducatif et judiciaire. La cohérence des institutions et le soutien de la démarche auprès des familles seront alors un facteur clé dans la réussite du suivi. Cet élément est si déterminant qu'il nous arrive de ne pas accepter le suivi d'adolescents n'étant pas suffisamment soutenu par un entourage éducatif ou familial contenant. Dans certains cas, une mise en échec du suivi est trop probable pour qu'il soit pertinent, à l'instant *t*, d'engager des soins. Le travail préalable consiste donc à sensibiliser l'environnement de l'adolescent au rôle qu'il peut jouer pour soutenir la démarche. Les séances individuelles peuvent s'articuler à une thérapie groupale, dans laquelle ces adolescents s'intègrent avec beaucoup d'aisance. L'accent pourra alors être mis sur un travail autour du corps, des émotions et du contrôle des impulsions à travers des exercices interactifs mettant en jeux les systèmes d'enveloppes psychiques et groupales. Cette approche aura pour effet de renforcer la constitution du Self, tandis que les séances individuelles se centreront plutôt sur le traitement des traumatismes infantiles, le renforcement de la charpente identitaire et la constitution progressive d'un fonctionnement surmoïque secondaire.

► Les adolescents aux traits de personnalité antisociale ou psychopathique

On peut raisonnablement remonter aux travaux de Pinel pour trouver les premières descriptions cliniques de ce trouble. Dans son traité de 1801, Pinel décrit certains sujets qui présentent une manie sans délire marquée par « des accès périodiques [...] avec impulsions aveugles à des actes de violence... sans aucune illusion de l'imaginaire ». L'une des premières descriptions clinique, faite en 1933 par Kraepelin, est très proche de la description de Cleckley sur les personnalités psychopathiques (1941) : « Des quatre personnalités psychopathiques [... l'une...] se caractérise par le manque de moralité et de sens des responsabilités, associé au mensonge, à l'escroquerie et à son côté charmeur... » En 1941, la publication de *The Mask of Sanity* de Cleckley provoque

une vive réaction au sein de la communauté scientifique et en 1952, l'American Psychiatric Association (1952, 1994) supprime la psychopathie de la classification des maladies mentales. Le terme, jugé trop stigmatisant, fera l'objet d'un démembrement conceptuel et sera éparpillé à l'intérieur du DSM (1952) sous la rubrique *personnalité antisociale* (301.7), notamment. La personnalité antisociale n'est pas très éloignée du trouble psychopathique, puisque dans les deux cas, on constate une perturbation profonde du self protégé par des défenses narcissiques altérant les systèmes d'attachement et la qualité des relations d'objet. L'une des différences notable réside dans la dimension antisociale, non systématique dans la psychopathie puisque l'on trouve de nombreux psychopathes parfaitement insérés socialement.

On regroupe généralement sous le terme de « personnalité antisociale » un ensemble d'anomalies du caractère et des conduites caractérisées par l'impulsivité, l'agressivité relationnelle, l'instabilité affective et professionnelle ainsi que des tendances antisociales. Dès l'enfance, apparaissent des manifestations caractérielles : colère, opposition aux parents, agressivité envers les autres enfants. Ces signes s'accompagnent souvent de difficultés scolaires. L'adolescence se caractérise par une aggravation des troubles du comportement : les conduites de délinquance s'amplifient et s'accompagnent parfois de conduites à risque, de conduites toxicomaniaques et de défonce alcooliques. Ces adolescents présentent une forte appétence à la recherche de sensations. L'oisiveté, associée à l'ennui, conduit à des délits « par occupation ». Les relations ont un caractère factice, utilitaire et chaotique. Le psychopathe use souvent d'un charme apparent pour tirer profit d'une relation biaisée par des tendances égocentriques, mythomaniaques et manipulatrices exacerbées. Le défaut d'anxiété relationnelle est un élément caractéristique. Il favorise le contact immédiat, spontané, sur un mode charmeur ou provocateur. L'agressivité, omniprésente, se double dans les formes graves d'aspects pervers lorsqu'elle s'accompagne d'un plaisir à faire mal ou à le faire faire par d'autres. Ces adolescents présentent des exigences mégalo-maniaques et des attitudes de toute-puissance qui masquent en réalité un sentiment de vulnérabilité interne associé à une profonde carence identitaire. L'image de soi s'élabore à partir de manifestations externes visibles, bruyantes et peu intériorisées qui visent davantage à convaincre le sujet lui-même de sa propre valeur et de ses capacités. La toile de fond est faite d'une angoisse permanente aux frustrations affectives, d'une anxiété existentielle et d'un sentiment d'insécurité camouflé derrière une présentation de soi agressive et provocatrice.

Psychopathologie criminologique

La sexualité chez les adolescents aux traits de personnalité antisociale est généralement précoce, instable et pulsionnelle. La criminalité n'est pas spécifiquement sexuelle. Il s'agit d'une polydélinquance opportuniste qui s'ajuste au grès des occasions. De fait, l'agression sexuelle est souvent réalisée au décours d'une rencontre fortuite ou d'une envie impulsive. Généralement, la victime est du même âge ou plus âgée et le mode opératoire est organisé. La victime est isolée à l'abri des regards. L'agression sexuelle, souvent violente, se fait sous la menace et la contrainte. Elle peut faire suite à une séquestration, notamment lorsque la victime a été attirée dans un guet-apens. L'adolescent peut agir seul, ou avec la complicité d'un ou plusieurs compères. Les agressions sexuelles en réunion sont fréquentes. La durée des passages à l'acte est variable, elle peut durer une quinzaine de minutes, mais être beaucoup plus longue, notamment lorsqu'il y a séquestration ou que le jeune fait appel à des complices. Les passages à l'acte sont fréquemment infiltrés de fantasmes de domination ou d'attaques sadiques, révélant la perturbation profonde de la relation d'altérité. La victime est plutôt perçue comme un objet sexuel. Ces adolescents reconnaissent difficilement leur responsabilité dans les passages à l'acte, prétextant l'attitude provocatrice de la victime ou l'influence d'un leader. De nombreux auteurs insistent aussi sur la biographie chaotique des adolescents aux traits de personnalité antisociale, où se mêlent carences éducatives, situations de maltraitance, hospitalisations, placements éducatifs, ruptures sociales ou culturelles (Field, 1940 ; Redl et Wineman, 1951 ; Tooley 1974, 1976). Les théories modélisant l'agression sexuelle mettent en avant le rôle prépondérant de la famille, comme facteur d'implication directe ou indirecte (Knight et Sims-Knight, 2003 ; Malamuth, 2003 ; Ward et Siegert, 2002). Un passage à l'acte peut être favorisé par l'internalisation de schémas relationnels problématiques. Par exemple, si l'enfant grandit dans une famille violente, il peut intérioriser l'idée que c'est en dominant par les coups, ou en criant plus fort, que l'on impose son désir. L'adolescent peut aussi avoir fréquemment vécu des expériences intrusives de la part des adultes (effractions répétées de son monde intime, absence de règles d'intimité familiale, partage des lits ou des affaires personnelles, attouchements implicites), lui signifiant par là que l'intimité n'existe pas ou n'a pas de limites propres. Cela peut avoir des répercussions dans sa capacité à respecter, à son tour, l'intimité d'autrui. D'après une étude de Daversa et Knight (2007), la maltraitance est un puissant vecteur pour le développement du trouble de la personnalité antisociale à l'adolescence, et notamment lorsque cette maltraitance inclut une négligence affective

associée à une antipathie chronique à l'égard de l'enfant. Minuchin *et al.* (1967) ont observé dans les familles délinquantes des alternances dans le comportement des mères qui allaient de l'excès d'implication au désengagement. Dans les moments de tension et de stress familial, elles auraient tendance à abandonner leur rôle parental pour protéger leur propre équilibre émotionnel. La précarité des identifications précoces empêcherait alors que ne s'établisse un commerce sécurisé avec l'objet. Pour Meloy (1988), les carences identificatoires qui résultent d'un tel processus entraîneraient un échec de l'internalisation. Ce mécanisme qui permet d'assimiler les bons objets externes pour enrichir le soi, ne se mettrait pas correctement en place. L'inachèvement du moi qui en résulte maintiendrait le fonctionnement psychique à un niveau prégénital où l'agressivité restée libre, perturbe durablement la relation aux autres. L'excès d'agressivité, constamment défléchi sur l'objet externe, conduit Balier (1988) à s'interroger sur le rôle de l'agir. Le surinvestissement de l'activité musculaire à travers l'agir contribue à sauvegarder l'existence d'un moi-réalité, mais il manque le travail du moi-plaisir pour organiser le monde interne. Le drainage de l'agressivité libre vers les objets externes, s'il sauve le moi d'une confusion psychotique, empêcherait la construction d'un monde interne solide, laissant à l'intérieur un espace vacant. Balier théorise ainsi une clinique du vide caractéristique des troubles psychopathiques. Ce vide permettrait de préserver l'individu des menaces de l'objet primaire, clivé au sein de la psyché et maintenu à l'état d'étranger. Cette organisation défensive maintient le psychopathe dans un rapport paradoxal à l'objet, fait de fascination et d'envie destructrice. Ce double mouvement mobilise au sein de la psyché des forces antagonistes qui pourront conduire le psychopathe à se mettre en quête d'une victime dans une attraction vertigineuse puis à la faire disparaître lorsque sa présence menace la continuité narcissique.

● *Stratégies de soin*

Les actes antisociaux sont généralement violents et la forte propension à la récidive conduit ces mineurs en prison ou au sein de centres éducatifs fermés. C'est sans doute la raison pour laquelle ils accèdent plus rarement à notre consultation. D'une manière générale, les personnalités antisociales et psychopathiques sont moins accessibles aux psychothérapies (Ogloff *et al.*, 1990 ; Rice *et al.*, 1992). L'axe spécialisé, fondé sur une confrontation aux faits et une mise en sens des agirs violents, n'est pas indiqué sans un travail éducatif préalable autour de la reconnaissance, car cette approche risque d'être hautement persécutante et entraîner un refus de soin. Une méta-analyse montre que l'évolution des pratiques

psychothérapeutiques offre aujourd'hui de meilleures perspectives de traitement (Salekin, 2002). Une série de recherches semble en effet confirmer l'existence d'améliorations significatives parmi les sujets qui présentent une capacité d'attachement, les signes d'une dépressivité latente et qui sont encore réceptifs aux relations familiales soutenantes (Cornet *et al.*, 2003 ; Livesley, 2000). Anzieu (2003) soulignait que la fonction interprétante du psychanalyste, essentielle et suffisante dans la cure des névroses, doit être précédée, s'il s'agit de traiter les altérations profondes du soi, par l'exercice d'une fonction contenant qui rétablisse un minimum de continuité du moi-peau. C'est sans doute la raison pour laquelle les patients sont plus accessibles aux soins lorsqu'ils sont placés dans un milieu fermé, plus contenant qu'une consultation ambulatoire en milieu ouvert. L'action thérapeutique doit également assurer une mise en connexion inter-sensorielle de données appartenant à des registres différents (moteurs, rythmiques, posturaux, mimiques, émotionnels). Dans cette perspective, il semble que les thérapies centrées sur l'exploration des états du corps et la mise en état motrice soient mieux indiquées dans le traitement initial de des personnalités antisociales et psychopathiques.

PROBLÉMATIQUES PSYCHOTIQUES (CLUSTER A)

La violence extrême des adolescents est souvent associée à la maladie mentale et les crimes les plus violents sont généralement commis par des sujets qui présentent un trouble mental ou un trouble grave de la personnalité. Le phénomène des massacres de masse commis par les adolescents en est une illustration. Ce sont des sujets dont le passage à l'acte s'inscrit souvent dans le contexte supposé d'une décompensation psychotique. Cela rappelle d'ailleurs qu'Henry Ey a été l'un des premiers psychiatres à considérer l'homicide à l'adolescence comme l'un des modes d'entrée dans la schizophrénie. L'évaluation de la dangerosité criminologique des adolescents qui commettent ces passages à l'acte est donc importante car les actes sont graves et mettent parfois en jeu le pronostic vital des victimes.

► Les adolescents aux traits de personnalité paranoïaque

Le terme « paranoïa » était utilisé par la médecine hippocratique selon son sens littéral de « pensée à côté », c'est-à-dire de « délire ». L'expression fut reprise au XIX^e siècle par Kahlbaum pour désigner

les états délirants mais c'est surtout Kraepelin, à partir de 1895, qui systématisera la description du délire paranoïaque se caractérisant par sa structure systématisée et sectorisée. En 1921, il décrira à côté de la paranoïa, la personnalité paranoïaque en tant que caractère prémorbide. Contrairement à Kraepelin, Bleuler considérait que la personnalité paranoïaque était distincte de la psychose paranoïaque et n'envisageait par forcément de passage au délire.

La clinique spécialisée en milieu ouvert nous conduit rarement à rencontrer des adolescents agresseurs sexuels aux traits de personnalité paranoïaque. Sans doute est-il difficile de distinguer clairement d'ailleurs à cet âge ce qui relève des traits spécifiques à la personnalité paranoïaque de ceux qui relèvent de la personnalité antisociale. En effet, les deux tableaux partagent un grand nombre de symptômes : méfiance, suspicion, tromperie, conflictualisation des relations, froideur affective et émotions clivées, tendances sensitives et raisonnements interprétatif, sentiment de persécution et de complot... Dans une approche dimensionnelle, on peut considérer l'association de traits de personnalité paranoïaque et antisociale comme des facteurs aggravant le pronostic évolutif et la dangerosité criminologique. Comme pour l'hystérie, c'est une catégorie à laquelle nous ne faisons cependant que très peu référence. Il ne nous paraît donc pas possible de dégager de notre expérience clinique des caractéristiques criminologiques propres à ce type de sujets.

► Les adolescents aux traits de personnalités schizoïdes et schizotypiques

Dès la description clinique de la démence précoce puis du groupe des schizophrénies au début du XX^e siècle, certains auteurs ont rapporté l'existence de formes cliniques partielles de la maladie, en particulier parmi les apparentés de patients schizophrènes. Ces formes étaient qualifiées de « schizophrénie latente » (Bleuler, 1911), « schizophrénie ambulatoire » (Zilboorg, 1941), « schizophrénie pseudo-névrotique » (Hoch et Potalin, 1949). Kretschmer (1925) décrivit de son côté le « tempérament schizoïde ». Le terme de « schizotypie » est apparu en 1950 et Sandor Rado (1953) le définit comme l'expression phénotypique d'une vulnérabilité à la schizophrénie. Pour certains auteurs, ce trouble apparaît comme un désordre de la personnalité, pour les autres, il est déjà une forme mineure du trouble schizophrénique (Kety, 1985).

Les adolescents schizoïdes se caractérisent par leur détachement relationnel majeur. Les liens sociaux sont pauvres, pour ne pas dire inexistants. Ces sujets sont extrêmement solitaires et détachés, peu concernés

par les questions qui préoccupent habituellement l'adolescence. La mode, l'amour et l'amitié, la révolte, les limites et les conduites de risque ne font pas vraiment partie de leur lexique. Ils évitent les situations groupales et s'impliquent dans des activités solitaires, souvent à type de tâches mécaniques ou abstraites. Certains sont décrits comme des *geeks* passant leur temps devant un écran à développer des programmes informatiques exigeant une attention soutenue et un effort solitaire très pointilleux. Le tableau affectif est marqué par une très grande restriction de l'expression émotionnelle. Ces adolescents présentent une façade impavide, froide et distante, même avec les personnes de leur entourage immédiat. L'affectivité est empreinte d'une anhédonie générale, un émoussement des affects qui peut évoquer une froide indifférence pour les autres. Ils semblent peu réceptifs aux critiques comme aux encouragements. Au plan sentimental, ils évitent les relations intimes et redoutent toute confrontation avec le corps et la sphère sensorielle.

Les adolescents schizotypiques, quant à eux, présentent approximativement les mêmes déficits relationnels, émotionnels et communicationnels, mais se distinguent par leur bizarrerie et leur originalité. Ils présentent des conduites excentriques et un maniérisme inhabituel. Leur tenue vestimentaire est souvent singulière, négligée ou mal assortie. On peut parfois observer des altérations qualitatives du langage marqué par la bizarrerie, un vocabulaire inhabituel ou une syntaxe idiosyncrasique. Le discours peut être vague et digressif mais ne comporte pas de véritable rupture du fil conducteur et d'incohérence majeure. Les troubles de la pensée dominent le tableau clinique. Ces adolescents présentent une idéation mystique marquée par la superstition et une préoccupation pour les phénomènes paranormaux qui sortent du cadre des croyances admises dans le sous-groupe culturel. Ils peuvent avoir le sentiment d'être dotés de pouvoirs spéciaux qui leur permettent de ressentir les événements à l'avance ou de lire dans les pensées. Ils peuvent présenter des illusions et des idées de référence sans que se développe une véritable conviction délirante. L'idéation peut donc paraître pseudo-délirante sans toutefois perdre de sa cohérence, ce qui la distingue du délire schizophrénique.

● Psychopathologie criminologique

Au plan criminologique, la dangerosité de ces adolescents est liée à l'envahissement fantasmatique et au défaut de contrôle pulsionnel. Le contenu thématique des fantasmes emprunte sa trame à l'iconographie animalière et aux mondes fantastiques, dessinant les arabesques d'une scène sexuelle parfois dantesque ou horrifiante. La sexualité est archaïque. Elle mêle des éléments pulsionnels massifs et une tension

sexuelle explosive. Parfois au contraire la sexualité semble froide et mécanique, dénuée de toute intersubjectivité. Lors des crises souvent paroxystiques, la toute-puissance de la pensée donne le sentiment que fantasmes et réalité se mêlent dans des moments de confusion psychotique. Les caractéristiques des victimes sont variables mais nous avons souvent eu à faire à des adolescents jeunes entre 13 et 15 ans ayant commis des agressions sexuelles sur des enfants d'âge scolaire (7-12 ans). Les passages à l'acte sont généralement de courte durée. Le mode opératoire est peu structuré mais peut inclure une grande violence, le recours à une solide contention de la victime ou l'usage de matériel contendant. Les passages à l'acte sont réalisés dans un lieu public (parcs, rue, parking), en journée, et peuvent être réalisés devant témoins. Ils sont généralement réitérés jusqu'à l'interpellation mais peu d'adolescents parmi ceux que nous avons rencontrés ont récidivé sous suivi. Il serait cependant nécessaire de mettre en œuvre des études longitudinales afin de mieux connaître le devenir de ces adolescents à l'âge adulte. Lorsque l'agression sexuelle est portée sur un petit enfant (0 et 4 ans), les actes sont souvent infiltrés de fantasmes homicides qu'il faudra rechercher systématiquement afin d'évaluer précisément les situations de péril. Il s'agit souvent d'un enfant de la fratrie que l'adolescent rejette.

● *Stratégies de soin*

L'envahissement fantasmatique s'accompagne d'une baisse des capacités de contrôle ce qui en fait un facteur généralement associé à la récidive. En dépit de ces facteurs de risque, ce sont des adolescents compliants et on a pu constater une bonne évolution sous suivi. La sensibilisation du jeune et de son entourage à la violence des actes peut faire office d'interdit surmoïque externe qui, bien que peu intégré, est relativement efficace pour exercer momentanément une contention pulsionnelle permettant de dépasser la crise. L'abord psycho-criminologique peut donc se révéler utile afin de juguler les angoisses paroxystiques du jeune et de sa famille, souvent sidérés par l'émergence soudaine de la sexualité violente. Parfois cependant, une hospitalisation sera nécessaire afin d'endiguer la crise. À long terme, l'approche spécialisée doit être articulée à un suivi psychiatrique de secteur car généralement la prise en charge nécessite des interventions relevant de la psychiatrie sectorisée. On estime que 30 % à 50 % des adultes présentant un diagnostic concomitant de « trouble dépressif majeur » répondent aux critères du trouble schizotypique. La contiguïté des diagnostics exige donc d'évaluer et traiter d'éventuels troubles de l'humeur associés afin de prévenir le risque d'un effondrement dépressif plus massif. Au plan chimiothérapique, les neuroleptiques

atypiques à faible posologie semblent parfois efficaces pour agir sur les manifestations psychotiques ou anxieuses prononcées. Aucune donnée ne confirme l'utilité des traitements antidépresseurs, anxiolytiques ou des thymorégulateurs. Aucune étude contrôlée ne confirme non plus l'efficacité des interventions thérapeutiques mais il semble néanmoins que les approches thérapeutiques groupales et psycho-éducatives soient les mieux indiquées.

CONCLUSION

La classification des troubles de la personnalité a été construite à partir de catégories diagnostiques établies en population générale adulte. Son utilisation sur des populations cliniques d'adolescents exige donc la plus grande prudence d'autant qu'il n'existe pas de continuité absolue entre psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Pour autant, et sans qu'une étiquette nosographique vienne enfermer notre vision du patient, l'évaluation des traits de personnalités à l'adolescence permet de formuler des hypothèses opérationnelles sur son mode de fonctionnement psychodynamique et de comprendre sa manière singulière d'être au monde. L'approche typologique permet d'établir quelques généralisations qui permettront de renvoyer au jeune qu'il n'est peut-être pas seul à penser, ressentir et agir comme il le fait. Comme nous avons tenté de le faire dans cet article, l'évaluation des traits de la personnalité chez les adolescents auteurs d'agression sexuelle permet de croiser les approches clinique et criminologique afin de mieux saisir la problématique de la violence sexuelle des mineurs. Cette approche permet de donner sens au passage à l'acte et de déterminer les modalités de soin les plus adaptées à chaque patient. Elle doit aider l'adolescent à poursuivre son développement en lui évitant de se maintenir dans des cycles dysfonctionnels susceptibles de renforcer sa sexualité transgressive.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER G. (1989). « Narcissic personality disorder », in *Treatments of Psychiatric disorder*, Washington, APA, 257 (3), 2736-2742

ANDREWS D. A., BONTA J. (2003). *The Psychology of Criminal Conduct*, Cincinnati, OH, Anderson.

ANZIEU D. (2003). « Pour une psycholinguistique psychanalytique : Bref bilan et questions préliminaires », in Anzieu D.,

Kaës R., *Psychanalyse et langage*, Paris, Dunod, coll « Inconscient et culture ».

BALIER C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, coll. « Le fil rouge », 3^e éd. 1995.

BALYK E. D. (1997). « Paraphilias as a sub-type of obsessive-compulsive disorder : a hypothetical bio-social mode », *Journal of Orthomolecular Medicine*, 12, 29-42.

BEECH A., WARD T. (2004). « The integration of etiology and risk in sexual offenders : a theoretical framework », *Aggression and Violent Behavior*, 10, 31-63.

BIRCHNELL J. (1988). « Defining dependence. British », *Journal of Medicine and Psychology*, 61, 111-123.

CLECKLEY H. (1941). *The Mask of Sanity*, New York, Mosby, éd. 1982.

CORNET J.-P., GIOVANNANGELI D., MORMONT C. (2003). *Les Délinquants sexuels, théorie, évaluation et traitements*, Paris, Frison-Roche.

DAVERSA M. T., KNIGHT R. A. (2007). « A structural examination of the predictors of sexual coercion against children in adolescent sexual offenders », *Criminal Justice and Behavior*, 34 (10), 1313-1333.

DELAY J., PICHOT P. (1962). *Abrégé de psychologie à l'usage des étudiants*, Paris, Masson.

DENNINSON S. M., STOUGH C., BIRGDEN A. (2001). « A dimensional personality approach to understanding sex offenders », *Psychology, Crime and Law*, 7, 243-262. ff.

FAGAN P. J., WISE T. N., SCHMIDT C. W. et al. (1991) « A comparison of the five factor personality dimension in males with sexual dysfunction and males with paraphilia », *Journal of Personality Assessment*, 5, 434-448.

FERENCZI S. (1932b). *Le Traumatisme*, Paris, Payot, coll. « Petite bibliothèque Payot », 1982.

FIELD M. (1940). « Maternal attitudes found in 25 cases of children with primary behavior disorders », *American Journal of Orthopsychiatry*, 10 : 293-311.

GOULET J. (1988). « Personnalité passive-agressive et personnalité dépendante, état actuel de la question », *Revue canadienne de psychiatrie*, 33, 140-146.

GRINKER A. A., WERBLE B., DRYE R. (1968). *The Borderline Syndrome*, New York, Basic Book.

GRISSTO T. (2008). « Adolescent offenders with mental disorders », *The Future of Children*, 18 (2), 143-164. »

GUNDERSON J. G. (1984). *Borderline Personality Disorder*, Washington DC, APA.

GUNDERSON J. G., ZANARINI M. C. (1989). « Pathogenesis of borderline personality disorder », in Tasman A., Hales R. E., Frances A.J. (éd.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Washington DC, APA, 8, 25-48.

HANSON R. K., BUSSIÈRE M. T. (1998). « Predicting relapse : a meta-analysis of sexual offender recidivism studies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.

HANSON R. K., HARRIS, A. J. R. (2000). « Where should we intervene ? Dynamic predictors of sex offense recidivism », *Criminal Justice and Behavior*, 27, 6-35.

HORNEY K. (1945). *Neurosis and Human Growth*, New York, Norton.

JOHNSON G. M., KNIGHT R. A. (2000). « Developmental antecedents of sexual coercion in juvenile sexual offenders », *Journal of Research and Treatment*, 12 (3), 165-178.

KERNBERG O. (1976). « Narcissisme normal et narcissisme pathologique »,

Nouvelle Revue de psychanalyse, 13, 181-204.

KETY S. (1985). « Schizotypal personality disorder : an operational definition of Bleuler's latent schizophrenia ? », *Schizophrenia Bulletin*, 11, 590-594.

KLEIN M. (1932). *The Psycho-Analysis of Children*, Londres, Hogarth Press. Trad. fr. : *La Psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 2^e éd. 2004.

KOHUT H. (1978). « Réflexions sur le narcissisme et la rage narcissique », *Revue française de psychologie*, 42, 683-719.

LANGEVIN R. (2003). « A study of the psychosexual characteristics of sex killers : can we identify them before it is too late ? », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47 (4), 336-382.

LIVESLEY W. J., SCHROEDER M. L., JACKSON D. N. (1990). « Dependant personality disorder and attachment problems », *Journal of Personality Disorders*, 4, 2, 131-140.

LIVESLEY W. J. (2000). *Handbook of Personality Disorders, Theory, Research and Treatment*, New York, The Guilford Press.

HUNTER J. A., FIGUEREDO A. J., MALAMUTH N. M. et al. (2003). « Juvenile sex offenders : toward the development of a typology », *Sexual Abuse : Journal of Research and Treatment*, 15 (1), 27-48.

MC CRAE R. R. COSTA P. T. (1985). « Comparison of EPI and Psychoticism scales with mesures of the five factor model of personnalité », *Personality and Individual Differences*, 6, 587-597.

MELOY J. R. (1988). *The Psychopathic Mind. Origins, Dynamics and Treatment*, Northvale, New York, Jason Aronson. Trad. fr. : *Les Psychopathes, essai de*

psychopathologie dynamique, Paris, Frison Roche, coll. « Psychologie vivante » 1^{re} éd. 2000.

MINUCHIN S., MONTALVO B., GUERNEY B. JR., ROSEMAN B., SCHUMER F. (1967). *Families of the Slums : An Exploration of their Structure and Treatment*, New York, Basic Books.

OGLOFF J. R., WONG S., GREENWOOD A. (1990). « Treating criminal psychopaths in a therapeutic program », *Behavioral Sciences and the Law*, 8, 181-190.

RAYMOND N. C., COLEMAN E., OHLERKING R. CHRISTENSEN G. A., MINER M. (1999). « Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders », *American Journal Of Psychiatry*, 156, 786-788.

REDL F., WINEMAN D. (1951). *Children who Hate : The Disorganization and Breakdown of Behavioral Controls*, New York, The Free Press.

RICE M. E., HARRIS G. T., CORMIER C. A. (1992). « An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders », *Law and Human Behavior*, 16, 399-412.

TOOLEY K. (1974). « Words, actions and "acting out" : Their role in the pathology of violent children », *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 341-351.

TOOLEY K. (1976). « Antisocial behavior and social alienation post divorce : The "man of the house" and his mother », *American Journal of Orthopsychiatry*, 46 : 33-42.

SALEKIN R. T. (2002). « Psychopathy and therapeutic pessimism : Clinical lore or clinical reality », *Clinical Psychology Review*, 22, 79-112.

WISE T. N., FAGAN P. J., SCHMIDT C. W. et al. (1991). « Personality and sexual functioning in transvestite fetishists and other paraphilics », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 694-698.

Chapitre 11

Nature et rôle des psychotraumatismes dans la genèse des structurations limites de la personnalité

**De la confirmation diagnostique à la prévention
et à la thérapie**

Didier Bourgeois

ON PEUT SE DÉFINIR par ce que l'on fait comme par ce que l'on a vécu, par son agir comme par son histoire. Les deux sont intimement liés chez les sujets borderline chez qui déviances comportementales et souffrance psychique renvoient à des traumatismes. Élaborer ces traumatismes, les intégrer dans le récit de sa vie, les repositionner chronologiquement, affectivement, émotionnellement, est de nature à pondérer l'identification parfois morbide du patient à ses traumatismes. L'identité narrative (« Je suis ce que je dis que je suis ») peut devenir (re)construction narrative (« Je suis le survivant de ce que j'ai surmonté »).

Concernant les états limitess, J. Bergeret avait introduit la notion psychogénétique de traumatismes désorganisateurs, précoces et tardifs¹. Nous traitons ici de la nature et du rôle de ces traumatismes, chez l'enfant comme chez l'adulte, dans la mise en place d'un fonctionnement psychique spécifique à la fois repérable comme élément du diagnostic et potentiellement modifiable du point de vue de leur impact délétère par la thérapie. Ces traumatismes sont fondamentalement distincts de ce qui se retrouve dans les psychoses et les névroses.

La recherche et l'identification par le sujet des psycho-traumatismes fondateurs de sa désadaptation psychique peuvent donc avoir à la fois un sens clinique et une utilité thérapeutique.

Par analogie avec ce qui est décrit dans la prise en charge des états de stress post-traumatique (PTSD), il s'agit de permettre l'appropriation d'une expérience personnelle rendant possible une vision de soi donnant du sens à l'existence future, personnelle et sociale. L'appropriation doit réunifier, réintégrer la dissociation (Nijenhuis, Van de Hart, Steele, De Soir, Matthess, 2006) entre la partie apparemment normale de la personnalité et la ou les partie(s) émotionnelle(s) que l'expérience traumatique, aiguë et unique dans le PTSD, plus polymorphe dans les états limitess, nous le verrons, avait disjoint. On retrouve là l'intuition de Janet (1904). Les sujets états limitess présentent en effet plusieurs facettes : ils peuvent se montrer la plupart du temps désespérément normaux, socialement adaptés, jusqu'à ce qu'une crise les amène à « disjoncter » et à produire une symptomatologie aiguë, spectaculaire ou dangereuse, une crise : tentative de suicide, scarifications, violence, angoisse incoercible. En sachant que tout le monde peut, à un moment, décompenser, c'est sur la durée que le diagnostic pourra s'étayer, et aussi sur la nature des phénomènes intrapsychiques en cause : intolérance à la frustration caractérielle, réminiscences narcissiquement intolérables, abandonnisme chronique.

La nature des traumatismes impliqués dans les PTSD et celle des traumatismes retrouvés chez les sujets états limitess diffèrent parfois, mais le processus désintégrateur, potentiellement désorganisateur est le même. Et qui n'a pas vécu de traumatisme ? Ce qui fera sens, c'est ce qu'en retirera le sujet à travers sa sensibilité personnelle à ce traumatisme singulier, ce qui renvoie à de potentiels facteurs génétiques

1. La notion de traumatisme désorganisateur peut être référée aux deux organisateurs décrits par R. Spitz, l'angoisse du huitième mois et le non : hypothèse que ces traumatismes puissent désorganiser le psychisme du sujet. Par extension, l'œdipe, la période de latence, la puberté, la ménopause, seraient analogues à des organisateurs psychiques.

et épigénétiques de vulnérabilité¹, et en tout cas contextuels. Ce qui va compter, ce sont les résonances en cascade que le traumatisme va induire dans une vie, comme autant de verrous empêchant une évolution psychique harmonieuse et freinant le travail de résilience. La notion pédopsychiatrique de dysharmonie évolutive recoupe l'idée que certains sujets ne peuvent développer leurs potentialités psychosociales de façon efficiente en raison de facteurs exogènes. Mais cette dysharmonie se retrouve aussi chez les adultes sous des formes souvent mal repérables. On ne les recherche tout simplement pas.

Ce qui compte c'est que le processus traumatogène fragilisant le narcissisme s'avère chronique et insidieusement intériorisé par le patient comme inéluctable, non partageable en tant qu'expérience. Il va être vécu comme essence par le sujet et il va polluer l'ensemble de son fonctionnement interrelationnel. Tout l'enjeu préventif et thérapeutique est de le démonter le plus tôt possible ou de l'identifier a posteriori devant un tableau clinique « narcissique », destructeur.

Souvent, le sujet reçoit de la part de son entourage des injonctions « thérapeutiques » d'oubli : « oublie le problème, va de l'avant... » Il y a un hiatus permanent entre ce qui est ressenti (vécu émotionnel) et ce qui est autorisé à être dit (vécu social normalisé). Souvent, les victimisations comportementales (conduite d'échec, revendications sinistres) parlent pour une victimisation primordiale enfouie, déniée y compris par le sujet qui la vit comme normale. Ces crises, par leur répétition, lui confèrent un statut de malade. Dans d'autres cas, des afflux émotionnels clastiques correspondant à des remontées post-traumatiques incontrôlables peuvent perturber régulièrement l'intégration sociale du sujet. Passer par la phase de reconnaissance de son traumatisme est nécessaire pour son intégration à une place adéquate dans l'économie psychique du sujet. Dans le cas contraire, on peut assister cliniquement à des dissociations de fonctionnement qui peuvent faire évoquer selon le contexte une dimension de personnalité multiple psychotique ou hystérique, ou prendre le masque d'une dysthymie bipolaire.

Selon Bergeret (Bergeret et coll., 2012), le schéma psychogénétique de la constitution des états limités fait référence à un traumatisme précoce, préœdipien, susceptible de fausser l'abord, donc la résolution, de l'œdipe. Dans ce cas, l'œdipe serait un « pseudo-œdipe » car les réaménagements intrapsychiques souterrains, donc infracliniques, supports à la construction du narcissisme, ne peuvent pas se dérouler

1. Pas d'étude convaincante disponible à ce jour sur les facteurs génétiques des états limités. Une étude a tenté d'impliquer le chromosome 9 : Distel *et al.*, 2008.

correctement. Cette période clé, nodale, sera suivie chronologiquement d'une période de latence (pseudo-latence en fait) durant laquelle, là aussi, aucun symptôme n'est en principe perceptible. Parents, éducateurs ou soignants, s'ils avaient pu être inquiétés par un événement ou une situation potentiellement traumatisante, rassurés par cet asymptotisme de façade, peuvent penser que les traumatismes se sont cicatrisés ou bien qu'ils n'étaient pas sévères. Le sujet est, en fait, dans un comportement *as if* (Deutsch, 1942) (personnalité « comme si », superficiellement adaptée mais vide de plaisir), il se protège avec un faux self qui n'attire pas l'attention. Ce n'est que lorsque le faux self ne sera plus fonctionnel, ce qui arrivera inéluctablement en fonction des aléas de la vie, que s'exprimera, bruyamment la plupart du temps, la souffrance narcissique. Cela se fera selon des modalités diverses et parfois coexistantes sans qu'il s'agisse d'une comorbidité car l'unité structurale borderline donne une cohérence au tableau clinique quels que soient ses aménagements principaux : addictives, perverses, dépressives anaclitiques, troubles identitaires.

S'il est toujours envisageable, un processus de résilience psychique a besoin d'un dispositif psychothérapique d'étayage. En ce sens, des enfants qui présentent des symptômes d'appel suffisamment repérables, ceux que l'on appelle dysharmoniques évolutifs, parce qu'ils sont dépités tôt et ont bénéficié d'une démarche psychothérapique, peuvent avoir un pronostic fonctionnel plus favorable que des enfants dont la souffrance psychique n'aura pas eu de traduction comportementale repérable. Un enfant sans histoire, hyper-adapté, trop « parfait » aux yeux de tous durant sa phase de (pseudo-)latence, s'il a des antécédents psycho-traumatiques risque de devenir un adolescent en très grande souffrance, donc en déviance comportementale majeure car à cet âge, le passage à l'acte est le mode d'expression privilégié. L'explosion pubertaire sera d'autant plus mal tolérée qu'elle surviendra sans prodrome annonciateur sur un terrain que l'on croyait sain, ou déminé. Cette déviance adolescente, à la fois polymorphe et univoque dans sa finalité touche à la question des limites : limites sociales (délinquance), existentielles (conduites ordaliques, tentatives de suicide), familiales, corporelles. La question des limites est au cœur de la problématique adolescente, en ce sens, cette période est bien un état limite physiologique.

Selon l'hypothèse de Bergeret, la réactivation psycho-émotionnelle pubertaire, puis l'adolescence, sont l'occasion de l'émergence de troubles graves du comportement, voire d'un nouveau faisceau traumatique constituant le traumatisme désorganisateur tardif. La difficulté réside dans le fait que l'adolescence, période critique par définition, même chez

le sujet réputé « normal » est propice aux excès. Comment faire la part des choses ? C'est l'enjeu des prises en charge psycho-éducatives comme de l'action parentale et de la sensibilisation des parents au phénomène¹.

Par ailleurs, la fragilité du narcissisme d'un sujet et sa propension à fonctionner sur un mode borderline se fondent sur les relations précoces et péri-œdipiennes mais la clinique montre que la séquence *traumatisme désorganisateur précoce-traumatisme désorganisateur tardif* (TDP-TDT, Bergeret) peut se dérouler de façon analogue sur des périodes ultérieures de la vie : le traumatisme tardif est particulièrement désorganisateur s'il se situe en phase de latence ou à l'adolescence. Il peut aussi survenir à l'âge adulte et il n'était pas souvent pris en compte comme tel jusqu'à présent, la structure de la personnalité de l'adulte étant considérée comme stable. Capable de déstabiliser le narcissisme, il sera souvent d'essence plus psychosociale (divorce, chômage, accident de travail, blessure, maladie chronique) que liée aux relations parentales. Il se colorera des acquis socioculturels accumulés tout au long de l'existence, ce qui a une influence sur la clinique. Certains positionnements pathologiques catastrophiques du point de vue de l'adaptation sociale et du pronostic fonctionnel comme les sinistres et les syndromes post-traumatiques ne peuvent pas être compris dans leur spécificité clinique (impression d'inauthenticité, querulence hypochondriaque, caractéropathie, traits d'hystérie) si on fait l'impasse de la faillite narcissique et de l'ébranlement vital majeur qui les sous-tend.

1. La crise d'adolescence a parfois une issue dramatique chez les sujets abandonnés-adoptés. Au plus fort de sa crise, un adolescent ordinaire sera toujours certain sinon de l'amour de ses parents, du moins que ses parents sont ses parents. La question centrale de la crise borderline est : « Est-ce que je mérite d'être aimé ? » En l'occurrence, pour l'adolescent c'est : « Est-ce que mes parents m'aiment ? » En général, quels que soient les troubles présentés, l'amour perdure et quelques années plus tard le jeune adulte, sa crise passée, pourra relativiser ce qu'il a vécu. Mais il peut arriver que des enfants adoptés se voient rejetés par leurs parents adoptifs, dépassés, déçus, en raison de l'accumulation de troubles du comportement. Ce rejet amplifie le vécu abandonnique antérieur et le valide dans le sens d'une mauvaise estime de soi : « Si on me rejette, une fois de plus, c'est que je suis décidément mauvais. » L'escalade comportementale des sujets borderline, à l'adolescence ou en situation de crise conjugale, vise inconsciemment à tester leur partenaire pour savoir s'il va les rejeter. Paradoxalement dans ce cas, la narcissisation vient du rejet puisque les rejets successifs confèrent une position victimaire. Si le partenaire craque et rompt, cela confirmera le patient dans son vécu abandonnique. S'il tient le coup, l'escalade risque de continuer jusqu'à la rupture crainte/espérée.

NATURE DES TRAUMATISMES

Les traumatismes peuvent être ponctuels ou chroniques, uniques ou associés dans une constellation polytraumatique. On peut les appréhender comme facteurs de risque d'une structuration limite de la personnalité (Bourgeois, 2010). La notion de traumatisme désorganisateur recoupe tout ce qui peut objectaliser l'enfant, le plaçant en position intenable du point de vue de son être-au-monde en raison des affects contradictoires suscités : agressions sexuelles incestueuses, bien sûr, mais aussi violence physique, abandon réel ou symbolique, ou placement précoce. Des sujets peuvent cumuler les facteurs de risque.

Les agressions sexuelles. Dans un cadre familial ou assimilable, incestueux. Dans ce cas, l'enfant, contraint au silence par l'adulte agresseur par toutes formes de pression morale, affective ou physique, nié dans sa subjectivité et sa vulnérabilité intrinsèque, est traité comme un objet. Ce type de relation adulte-enfant peut, classiquement, se reproduire de façon transgénérationnelle, la victime devenant à son tour agresseur à l'âge adulte. Ce processus n'est pas inéluctable mais ce type de situation « remonte » fréquemment en cours de prise en charge de sujets agresseurs adultes ; quasiment tous évoquent un passé d'agressions sur leur personne, d'où l'hypothèse que l'agression qu'ils commettent rejoue à sa façon morbide la scène passée, l'agresseur, par un mécanisme d'inversion des rôles, pervers, s'identifiant plutôt émotionnellement à sa victime qui n'est alors, désincarnée et objectalisée, que la représentation charnelle et symbolique à la fois de lui-même au moment où il fut agressé, ce qui peut expliquer l'absence de culpabilisation du geste. Ce télescopage mnésique et émotionnel contribue à déréaliser la scène, ce qui rend difficile tout travail de remise en cause.

Si l'agression sexuelle est commise par une personne extérieure à la famille, en tout cas non investie affectivement par la victime, même s'il est grave, répété, violent, il sera plus facilement partageable et, si l'enfant trouve dans son milieu familial ou éducatif une écoute attentive et claire, le traumatisme sera plus facilement intégré et surmonté. Ce qui est destructeur, c'est le non-dit.

Vignette clinique

Monsieur X. 42 ans, rencontré en prison, a été incarcéré pour agression sexuelle sur un neveu âgé de neuf ans. Intelligent, jusque-là socialisé normalement, sans antécédent psychiatrique. Confronté à la loi, il se culpabilise de ce qu'il a fait. Il avoue une attirance pédophile ancienne et, concernant ce viol, il

évoque spontanément, comme souvent, une attitude séductrice à son égard de l'enfant. C'est son premier passage à l'acte. À l'anamnèse, il apparaît qu'il a lui aussi été agressé lorsqu'il avait 9 ans. Dans son discours, sans qu'il y ait de confusion mentale, l'enfant décrit comme agressé est tantôt lui, tantôt sa petite victime. Il finira par dire qu'il est soulagé d'avoir été sanctionné, comme si c'était son propre agresseur qui se retrouvait ainsi puni, et peut-être aussi lui-même en tant qu'enfant victime se croyant coupable. Tout se passe comme s'il avait inconsciemment rejoué son propre viol comme pour se donner une chance qu'il soit, cette fois, pris en compte.

La violence physique. Que l'enfant soit témoin, enjeu, victime, participant à sa façon à la violence intrafamiliale, il gardera en mémoire la notion qu'un raptus violent et l'usage de la force ont pour effet d'objectaliser¹ celui qui en est victime, mère, sœur... ou père, et de court-circuiter les émotions, empêchant leur expression normale.

Ce qui est visible et aisément condamné en contexte social l'est souvent moins dans une dynamique intrafamiliale par essence intime et fermée même si la microculture familiale comme ensemble des modes usuels de relation au sein du groupe familial est parfois très étrange et décalée.

L'abandon. Quelles qu'en soient les causes et les rationalisations, vivre un abandon par sa famille naturelle ou culturelle est une épreuve désorganisatrice qui peut se révéler dévastatrice pour le narcissisme. L'abandon est aussi la condition *sine qua non* à l'adoption, il est logique de retrouver cette problématique comme très prégnante chez les sujets adoptés, en dépit des précautions prises par les parents adoptifs, la famille culturelle. Abandon réel, abandon fantasmé, menace d'abandon, tout est possible dans une histoire personnelle, tout peut se voir dans une anamnèse et dans la reconstruction

existentielle *a posteriori* que constitue une démarche psychothérapique. Ce qui fait sens, c'est ce qu'en fera le sujet dans son positionnement vital, vis-à-vis des autres et de lui-même, ce qui est opérant, c'est le regard que portera le sujet sur son histoire.

Le placement. Le placement en institution est source de vécu abandonnique et bien sûr, si c'est suite à une défaillance parentale que

1. L'objectalisation est le processus psychique mortifère qui vise à vivre le partenaire d'une relation en objet, lui déniaient ainsi sa position de sujet en capacité d'avoir des pensées ou des désirs autonomes. L'insulter, le priver de son nom et lui donner un numéro comme dans les camps de concentration, le considérer comme inférieur (racisme) sont les étapes nécessaires du processus désubjectivant avant de pouvoir en toute impunité psychique exercer sur lui des violences physiques, économiques ou sexuelles.

l'enfant se retrouve en collectivité substitutive, ou en famille d'accueil, la problématique restant au fond identique, le placement ne fait que concrétiser l'abandon, comme le fera l'adoption ultérieurement.

Dans certains cas, le placement n'est pas lié à un abandon parental, il peut être imposé par des raisons médicales ou éducatives (pensionnat) : les placements en sanatorium dans les années cinquante, pour y traiter une primo-infection tuberculeuse constituaient des cas d'école, ils éloignaient brutalement et durablement l'enfant de son milieu d'origine. Le pronostic vital pouvait être engagé ce qui, de surcroît, pouvait favoriser un désinvestissement affectif parental inconscient. Les visites étaient rares, parfois déconseillées et même si à l'issue des soins l'enfant retrouvait son milieu familial, il avait changé, et sa famille aussi. L'éloignement pour hospitalisation longue existe toujours (en oncologie), maintenant tout est organisé pour maintenir les liens, mais ce n'est pas toujours possible matériellement et psychiquement. Ce phénomène est traditionnellement regroupé sous le terme d'« hospitalisme » (ensemble des troubles physiques et psycho-comportementaux dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution) et il a été largement décrit par R. Spitz(1968), puis J. Bowlby (1978) sous les vocables complémentaires de troubles de l'attachement et d'angoisse de séparation. Dans cette perspective, logiquement, l'angoisse chez le sujet borderline est assez spécifique, c'est une forme d'angoisse de perte d'objet, d'abandonnisme. Sa relation à l'objet est elle aussi spécifique, elle est de type anaclitique.

Ces troubles se rencontrent chez l'adulte et ils se manifestent cliniquement sous forme d'un masochisme moral, d'une conduite d'échec. Ils infiltrent souvent la problématique conjugale des sujets, se déclinant à travers une symptomatologie qui peut différer selon le sexe, la femme étant plus encline à une angoisse chronique et une victimisation abandonnique, l'homme étant plus enclin à des débordements compensatoires violents et addictifs, mais tout est possible.

En outre, ce qui est à l'œuvre dans le placement, c'est que l'enfant fera inéluctablement l'apprentissage d'autres règles et d'autres normes, pas toujours saines elles non plus, il pourra les comparer à celles parfois contradictoires qui étaient en vigueur dans sa propre famille, quitte à idéaliser les unes ou les autres. Il apprendra au mieux à composer, à passer de l'une à l'autre, ce qui peut être gage d'adaptabilité sociale (c'est l'un des buts du pensionnat éducatif) mais aussi d'inauthenticité et d'insécurité narcissique.

Inceste, violences physiques, abandon, placement... Dans certains cas, les facteurs déstabilisants s'enchaînent et se répondent, chez un

même individu mais aussi dans une dynamique transgénérationnelle. La problématique de répétition infiltre les conduites d'échec et l'un des objets de la psychothérapie est d'enrayer cette répétition mortifère, en tout cas de laisser le sujet libre de rejouer, de répéter ou pas ce qui lui est légué par son milieu, de prendre du recul vis-à-vis de son histoire personnelle, de la réorienter. Dès lors, le sentiment de vide propre aux sujets borderline sera atténué.

Tout autant que la psychothérapie individuelle, c'est la dynamique de groupe qui va pouvoir fonctionner. Un sujet borderline a souvent le sentiment d'être le seul à être dans ce cas, et donc de mériter ce dont il souffre. Lorsqu'il s'aperçoit que d'autres personnes ont vécu à leur manière des expériences du même ordre, qu'ils ont des troubles analogues du comportement, il peut commencer à relativiser et à dépasser les sentiments mêlés d'injustice, de colère et de culpabilité qui l'animent. Ce processus passe par l'élaboration d'un narcissisme collectif, narcissisme groupal, qui va étayer le groupe, se substituer un temps à certains aspects délétères du narcissisme individuel de chacun. Ce narcissisme groupal est à sa manière une prothèse narcissique que le sujet pourra (devra) abandonner un jour. En ce sens, l'identification des facteurs traumatiques et leur traitement restent indissociables. Une approche thérapeutique individuelle concomitante est toujours à construire. Mais, là encore, il faudra différencier la dynamique narcissisante (individuelle et de groupe) de la dynamique œdipienne visant à rejouer, retraiter les processus organisateurs à l'œuvre au moment de la résolution de l'Œdipe.

Aux côtés de ces traumatismes repérables à l'anamnèse comme en thérapie, peuvent émerger d'autres facteurs traumatogènes au long cours, plus impartageables et destructeurs, comme les grandes culpabilités et les grandes hontes enfantines.

La séquence « bêtise-punition » est structurante pour l'enfant, à condition que la punition soit proportionnée et correctement reliée dans le temps comme dans le discours à la faute. Elle est à la base d'apprentissages sociaux multiples.

Vignette clinique

Un enfant rentre de l'école :

— Maman, j'ai eu 19,5 sur 20 en maths.

— Pourquoi tu n'as pas eu 20 ?, gronde la mère !

Le même enfant un peu plus tard :

— Maman, j'ai cassé la vitre du salon en jouant au ballon.

— Ce n'est pas grave, dit la mère.

Parfois les sanctions parentales et éducatives sont si ambiguës, décalées, imprévisibles qu'elles ne sont ni structurantes, ni rassurantes. Ceci crée un sentiment d'insécurité narcissique chez l'enfant. Devenus adultes, ces sujets ne seront pas en capacité d'éprouver comme telle, par exemple, la remarque bienveillante d'un proche : labilité émotionnelle, instabilité des investissements affectifs et relationnels, impulsivité, trouble du caractère, constante mésestime de soi, ces symptômes font partie des items décrivant le sujet borderline. Si l'enfant ne peut pas prévoir que ce qu'il dit, fait ou pense sur l'instant va plaire ou pas aux parents (ou à l'un des deux) ou à l'adulte, il ne pourra se construire sereinement dans sa relation à autrui, au risque de répéter ce mode relationnel une fois parvenu à l'âge adulte.

Lorsqu'une bêtise grave n'est pas sanctionnée, comment l'intégrer ? Il est banal qu'un enfant fantasme la mort d'un parent, de son frère (ou de sa sœur) et cela peut se traduire par des mots ou par des actes. Mais lorsque dans la réalité cette disparition fantasmée et secrètement souhaitée survient inopinément, comment dépasser un diffus sentiment de culpabilité ? À l'âge de la pensée magique, l'enfant va longtemps s'imaginer y être pour quelque chose. Et lorsqu'il y est vraiment pour quelque chose ! Étouffer discrètement la petite sœur, lui faire prendre un risque mortel..., cela reste exceptionnel mais dans le registre du possible et si cela arrive, cette éventualité ne peut que difficilement être mentalisée par les parents, sauf si l'acte est patent. Ils auront même tendance, naturellement, à surprotéger l'enfant survivant, le choyer, comme ils idéaliseront celui qui a disparu, introduisant alors une fracture indépassable dans la structuration psychique à venir de l'enfant survivant. Irrémédiablement scellé, le secret va empoisonner la vie de l'enfant puis de l'adulte et sous-tendre les carences narcissiques ultérieures.

Faute grave ou vénielle mal sanctionnée, ce positionnement parental vécu comme ambigu plus qu'injuste, car alors les notions relatives à la justice sont incohérentes, est, plus encore que déstabilisant et insécurisant, désorganisateur. Tout est possible. Il est analogue au fonctionnement de certains sujets pervers narcissiques.

Chez le pervers narcissique, dans les sphères professionnelles et affectives, il induit des comportements répétitifs qui sont maintenant repérés comme à l'œuvre dans les situations pathogènes de harcèlement, au travail (Hirigoyen, 2003), comme en famille. Dans la sphère affective et conjugale, il provoque une emprise mortifère sur le (la) partenaire. Et ces processus contribuent à la mise en place de nouveaux traumatismes désorganisateurs, hypertardifs cette fois puisqu'on est chez l'adulte,

enclenchant un gauchissement borderline du positionnement psychique de ceux qui y sont soumis.

Il ne faut pas en déduire que les sujets borderline ont tous eu des parents pervers narcissiques, mais à travers la notion de problématique de répétition et en postulant une unité structurale borderline, on peut inférer à la fois que la façon d'agir du pervers narcissique est un aménagement significatif de l'économie psychique de nature borderline, et qu'évoluer dans un milieu familial, conjugal ou professionnel où sévit un pervers narcissique fragilise gravement le psychisme du point de vue de l'estime de soi, du narcissisme, de ses repères affectifs.

Cette incohérence chronique parentale n'est pas exactement le double lien décrit par l'école de Palo Alto (Bateson, 1977) dans la psychogenèse des schizophrénies, mais si elle est instaurée de façon prégnante, elle désintègrera fortement les fondements du narcissisme de celui qui s'y trouve soumis et va dénaturer le processus œdipien. Hypothèse : de l'incohérence ambiguë à l'ambivalence, en tenant compte de potentiels facteurs endogènes de vulnérabilité, ceci pourrait laisser postuler un continuum psychogénétique psychose-état limite, ce que laisse entrevoir la clinique.

Prisonnier de cette atmosphère dyséducative, ne connaissant jamais d'avance la règle et la limite que celle-ci trace, l'enfant puis l'adulte pourra avoir le sentiment que la règle n'en est pas une, qu'elle ne peut donc pas le protéger en lui permettant d'anticiper utilement l'attitude d'autrui, qu'elle ne protège personne d'autre que celui qui l'édicte jour après jour dans son incohérence, ce qui peut sous-tendre chez l'adulte des dispositions perverses (jouer sur les limites) ou psychopathique (nier la règle). « La règle chez moi, c'était qu'il n'y avait pas de règle » a pu dire un patient. Mais rares sont les sujets ayant vécu cela qui se retrouvent en position de pouvoir l'énoncer avec autant de distance et de se dégager sans dommage du paradoxe. Sans règle de vie fiable capable de les orienter, émotions et impulsions ne peuvent pas être maîtrisées, ce qui renvoie à la clinique des sujets borderline. On voit que psychisme en formation et éducation au sens large sont intimement liés.

En cas de vécu fautif, comment se construire en pensant que les marques d'affection reçues sont imméritées ? Comment le dire aux parents que l'on aime au risque de perdre leur amour, comment en être entendu sans le dire ? Comment expier une faute inconnue, diffuse, sournoise, aléatoire ? Là aussi, la cohérence d'une existence est à l'épreuve.

De nombreuses conduites d'échec à l'âge adulte, les conduites délictuelles de l'adolescent et de l'adulte sont à comprendre comme des

comportements provocateurs ou masochistes récurrents. Elles peuvent être analysées comme symptomatiques de la quête décalée et répétitive d'une sanction fondatrice qui n'a pas eu lieu au bon moment selon des modalités « normales » structurantes¹. La sanction actuelle, celle qui sera infligée dans la réalité, l'ici et maintenant, sera de toute façon non structurante, vouée à se voir inutilement répétée, vécue foncièrement comme injuste car, par exemple, être puni pour un simple vol alors qu'on est resté impuni pour un acte que l'on sait (ou que l'on croit) plus grave, ne structure pas, bien au contraire. *A contrario*, pour d'autres patients, il s'agit de rejouer sans cesse un acte puni à tort pour qu'enfin soit donnée une occasion de changer la donne. Cliniquement, les deux sens sont souvent mêlés car la personnalité humaine est complexe : conduites antisociales, conduites ordaliques, addictions, violences répétitives sont souvent des recherches éperdues d'une sanction au sens étymologique, pas forcément d'une punition. Il faut que l'on reconnaisse ce qui a eu lieu. La plupart du temps, mais l'impact peut être tout autant destructeur, la faute était vénielle, à l'échelle de l'enfance. Ce qui compte, c'est toujours ce qu'en a fait le sujet dans la construction de sa personnalité, comment cela infiltrera sa vie, tant sociale que personnelle.

Ces cas de recherche de sanction sont par définition inquantifiables mais lorsqu'un tel récit surgit en cours d'une thérapie, qu'il soit reconstruction écran ou fragments de réel, il ouvre des pistes de reconstruction psychique. Faute d'une prise en compte dans le réel et dans le symbolique de ces limites espérées, la vie n'aura jamais de sens acceptable, elle sera longtemps, soit vide de sens, soit vécue comme injuste, soit les deux. Cliniquement, en dehors de ses passages à l'acte, le sujet se retrouve plongé dans une dépression anaclitique et sa dysthymie chronique peut passer, en outre, pour une bipolarité. Alors que la bipolarité est maintenant considérée principalement comme d'origine biologique, un positionnement borderline est de nature psycho-éducative. La prescription de médicaments normothymiques pourra avoir un effet clinique superficiel mais ne remplacera jamais une démarche psychothérapique.

Vignette clinique

Monsieur S., 32 ans, d'origine gitane, a été accusé par le père d'une jeune patiente déficiente mentale d'avoir « couché » avec celle-ci lors d'une

1. Aspect préventif, pour revenir aux drames familiaux, la prise en charge psychologique systématique des enfants survivants, à travers une écoute soigneuse de tous les symptômes pouvant faire suspecter un tel drame intime, faute non sanctionnée ou sanction non justifiée. Sans tomber dans la suspicion systématique naturellement.

hospitalisation. Ce n'est pas la première fois que la jeune femme profère de telles allégations, ce qui exprime par ailleurs une atmosphère incestuelle avec son père et fait écho à sa problématique personnelle. Bondissant sur l'occasion qu'il a de démontrer qu'il est un bon père qui protège sa fille, cet homme va porter plainte au commissariat. Le jeune gitan, très « défavorablement connu des services de polices » pour de nombreux larcins, sera aussitôt convoqué et placé en garde à vue. Ne supportant pas cette accusation, il fera une première tentative de pendaison en cellule, puis une seconde, mortelle celle-ci, dans sa chambre de l'hôpital psychiatrique où il avait été interné sous contrainte. Quelques heures avant son passage à l'acte, il avait crié son vécu d'injustice d'être accusé d'un tel acte : « gitan voleur, pas violeur ». Tomber pour un vol ne lui posait aucun problème, il cumulait les années de prison sans difficulté, c'était son lot quotidien, mais se voir sanctionné injustement pour un acte infamant à ses yeux était trop douloureux.

Dans d'autres dispositifs familiaux, la mise en carence narcissique est fondée sur une dissonance cognitive précoce et lourde, faisant conflit générateur de malaise et d'angoisse. La dissonance cognitive existe, selon Festinger (1957), lorsque le sujet se voit contraint par des pressions à agir d'une manière opposée à ses idéaux ou à ses conceptions générales de la vie, qu'il ne peut pas s'y soustraire et ne peut pas se révolter. On n'est pas loin du double lien propre aux familles psychotiques tel que décrit par les systémiciens. Dans ces familles dysfonctionnelles, on souffre et il est même impensable de penser que l'on souffre.

Plus communément, lorsqu'un adolescent en mal-être cherche à partager son mal-être physiologique avec sa mère et que celle-ci dénie qu'il puisse être mal tout simplement parce qu'elle-même n'est pas certaine d'être suffisamment bonne mère pour envisager sans perdre son estime de soi que son enfant ne soit pas en pleine forme, il se retrouve dans une impasse communicationnelle du même registre, prototype du dysfonctionnement borderline. Si l'idéal initial de communication était de pouvoir se confier (au sens étymologique), totalement, aux proches, il pourra devenir de savoir masquer ses sentiments à ses proches, non pas seulement pour ne pas les inquiéter (problématique névrotique de protection de ceux qu'on aime) mais aussi pour ne pas s'en attirer des reproches qui vont enclencher une spirale de dénarcissisation. Cliniquement, hors conduite pathologique, le sujet borderline est souvent très à l'écoute des autres et sensible à leurs problèmes, ce qui sous-tend parfois des vocations soignantes et thérapeutiques de relation d'aide, mais il ne parle jamais spontanément de lui de façon authentique. Il a expérimenté l'impossibilité d'un partage de son vécu.

Ce qui est sournois dans les relations précoces, c'est que la dissonance cognitive tend à s'estomper en se pérennisant, « par remaniement des idéaux de manière à ce qu'ils coïncident avec l'action poursuivie. Ainsi, l'action initialement effectuée à contrecœur est finalement prise par le sujet à son compte » (Beauchesne et Gibello, 1991).

C'est un phénomène bien connu en psychologie sociale des manipulations qu'une fois engagé par une action qui coûte peu, on sera plus enclin à aller plus loin et *in fine* amené à vivre selon un modèle que l'on ne partagerait pas naturellement (Joule et Beauvois, 2002).

La répétition des engagements dysfonctionnels au sein du système familial, conjugal ou professionnel crée une sorte d'ornière relationnelle dont il devient impossible de seulement oser envisager de sortir. Des années plus tard, en cours de thérapie ou rattrapé par la réalité, le sujet peut s'apercevoir qu'il a mené une vie inauthentique, dissonante, au cours de laquelle ses affects, émotions, pensées et actions n'étaient pas congruentes, d'où malaise et mal-être importants pouvant se traduire par de la dépressivité, des angoisses massives irrépressibles, des somatisations (domaine de la psychosomatique), des crises de colère, de l'impulsivité par débordement des excès de tension interne, une tendance à l'addiction compensatrice, tous symptômes bien connus par les sujets borderline.

Chez l'adulte, le ressort intime sera le même que chez l'enfant si un traumatisme, insidieux ou brutal, unique ou associé touche ce qui est essentiel et là aussi quasiment « organisateur » au sens de Spitz. À la différence qu'à cet âge, la connotation socioculturelle sera encore plus déterminante. Par extension, on peut considérer comme des équivalents d'organisateur à l'âge adulte : le premier rapport sexuel, le mariage et les rites assimilables, avoir un travail, la retraite... Mais aussi, en tant que possibles traumatismes désorganisateurs : accident du travail, licenciement, invalidation, harcèlement au travail, maladie grave chronique, divorce, incarcération, viol ou agression physique.

Ces *life events* sont forcément banaux, et pas toujours reconnus comme naturellement traumatogènes. Ils sont d'autant plus incisifs qu'ils font écho à une problématique personnelle ou familiale transgénérationnelle, ou qu'ils sont cumulatifs. Ils sont pourtant très souvent identifiés comme causaux par des patients en situation d'effondrement narcissique. Ce qui sera significatif c'est leur signification dans la trajectoire vitale du sujet. En tant que tels, ils peuvent réactiver un traumatisme précoce jusque-là superficiellement colmaté et engendrer un vécu de honte, d'abandon, d'incapacité, d'incurabilité, de déchéance, d'injustice, faisant écho à leur passé. Ces termes font partie du vocabulaire de la dépression

et plus précisément de celui des dépressions chroniques anaclitiques et des effondrements psychosociaux à connotation psychosomatique, hypochondriaque ou carrément plus psychiatrique s'il y a émergence d'un vécu de préjudice ou de persécution.

Le trouble d'amertume post-traumatique¹ (*post-traumatic embitterment disorder*) est maintenant rapproché de situations dans lesquelles la personne ressent avoir été traitée injustement. Les aléas professionnels (cf. syndrome liés au harcèlement au travail), comme la plupart des aléas de l'existence personnelle et sociale peuvent être en cause. Le sujet en retire une amertume pouvant s'installer sur la durée et bloquer ses possibilités de surmonter cette expérience.

Vignette clinique

Madame G, 54 ans, vivant seule suite à un divorce, travaille dans une collectivité locale. Elle a un petit salaire, son emploi n'est pas intéressant mais elle avait jusque-là un certain plaisir à l'exercer, en particulier en raison des contacts avec ses collègues de travail : elle fait le ménage dans une cantine scolaire. Suite à une remontrance de son chef d'équipe devant ses collègues, elle quitte son travail en pleurs puis sombre dans un état de souffrance psychique avec tristesse que son généraliste qualifie de dépressif. Elle devient apragmatique, aboulique, insomniaque, anxieuse, incapable d'envisager de retourner sur son lieu de travail, incapable peu à peu de sortir de chez elle. Elle est placée sous traitement antidépresseur. Elle coupe les ponts avec ses anciennes collègues de travail, elle n'arrive plus à sortir de chez elle pour faire ses courses, n'osant plus affronter le regard d'autrui. On lui parle du diagnostic de phobie sociale. Des douleurs diffuses et erratiques l'handicapent au quotidien, on évoque une fibromyalgie. Elle se sent fatiguée, craint de « couvrir un cancer ». Elle devient hypochondriaque, centrée sur sa santé qui se dégrade. À la souffrance psychique se surajoute une incapacité physique qui, de toute façon, si elle reprenait, la rendrait inapte à son poste de travail antérieur. Peu à peu les choses se pérennisant, elle est placée en congé longue durée, une invalidation se profile.

1. Linden, Baumann, Rotter, Schippan, 2008. Quelques éléments de la définition : un seul événement de vie négatif a déclenché le problème. L'état négatif existe dans le contexte de l'événement en question. La réponse émotionnelle est la rancœur, l'amertume et un sentiment d'injustice. Des souvenirs de l'événement se rappellent à l'esprit de la personne, l'empêchant de penser à autre chose. La personne parvient à cacher ses sentiments. Il n'y a pas d'autre trouble mental en cause.

Les services de médecine du travail sont submergés de cas similaires. La psychiatrisation de ces tableaux cliniques à composante psychosociale fait que certains prônent que le trouble d'amertume post-traumatique soit intégré dans les prochaines classifications des maladies mentales, ce qui suggère une réponse psycho-médicale (médicamenteuse) à une problématique psychosociale et fait l'économie d'une réflexion sur les rapports sociaux dans l'entreprise. En tout cas, là aussi, la question du narcissisme est centrale.

Toute une littérature a surgi concernant le harcèlement en milieu professionnel. La plupart de ces situations, dramatiques mais finalement stéréotypées, constituent en fait des traumatismes désorganiseurs. Selon les antécédents personnels du sujet, ce traumatisme peut être considéré comme le « précoce » ou le « tardif ». Dans ce dernier cas, l'effondrement dépressif anaclitique, peu sensible aux traitements antidépresseurs, les somatisations fonctionnelles hystériformes décrites jadis comme sinistrosiques ou maintenant comme de composante fibromyalgique, les réactions caractérielles ou les vécus de préjudices et de persécution que l'on constate sont logiques. Ces tableaux cliniques sont regroupés sous le terme d'état dépressif (ce qui permet leur prise en compte comme maladies psychiques) mais il faudrait plutôt parler d'effondrement narcissique. Dès lors, la séquence TDP-TDT sera fixée et la faillite narcissique constituée, d'autant plus sévère qu'elle ne se retrouve prise en compte que de manière périphérique, si le sujet fait une démarche psychothérapique d'élucidation. La prise en charge médicamenteuse (anxiolytique et antidépresseur, antipsychotique et normothymique) ne sera que symptomatique et aura une efficacité limitée si le malade ne peut faire le lien entre son vécu et son histoire. C'est le rôle de la thérapie.

Vignette clinique

Monsieur A, 59 ans, d'origine algérienne, est arrivé en France à 18 ans dans les années soixante-dix pour y travailler en milieu agricole puis dans la maçonnerie. Très vite, suite à divers accidents du travail non pris en compte car il n'était pas toujours déclaré, il s'est retrouvé sans possibilité de travailler. Célibataire, sans famille proche, parlant le français avec difficultés, isolé, il n'a pas pu rebondir à temps sur des emplois moins physiques. Il touche désormais une AAH, il vit seul dans un petit appartement. Chibani, c'est-à-dire dans le refus de retourner au pays car il n'a pas réussi et n'a pas vraiment d'attache dans son pays d'origine il s'est mis à boire. Sa tutrice a alerté la psychiatrie car il est devenu sub-agressif avec les voisins, incurique, négligeant ses problèmes physiques, débutant une encéphalopathie alcoolique. Le patient est à la fois dans un refus de soin et dans une quérulence pauvre avec vécu

de préjudice : on lui a « volé sa santé, sa jeunesse »..., il n'a pas « ses droits ». Il n'est pas en mesure d'intégrer son expérience de déchéance autrement que comme d'origine exogène. Il ne peut pas la replacer dans son histoire personnelle. L'émergence d'un délire paranoïaque tardif alors qu'il ne l'était pas auparavant le met en risque d'une surstigmatisation psychiatrique alors que la problématique initiale est d'origine sociale et narcissique.

De façon caricaturale, la situation d'incarcération bouleverse une vie et elle peut s'avérer être un traumatisme désorganisateur tardif. Outre les vécus classiques d'injustice, de violence ou de honte que génère ce type d'événement de vie, le milieu carcéral est un milieu par définition insécurisant, dans lequel ce sujet se retrouve en permanence soumis à l'arbitraire, celui des surveillants comme celui des codétenus. En miroir, les psychiatres qui travaillent en prison relatent aussi souvent leur insécurisation professionnelle par incohérence du cadre, étant soumis à des pressions et des logiques contradictoires. Dès lors, le *turnover* des soignants est rapide. Dans ces conditions, il est logique de penser qu'en étant soumis, des mois durant, continuellement, à cette ambiance spécifique, les détenus développent un positionnement narcissique spécifique, donc un mode comportemental particulier qu'il ne faut pas systématiquement rapporter à une pathologie psychique.

Le syndrome de Ganser, dont le phénomène de réponses à côté est caractéristique, est un syndrome psycho-relationnel socio-dépendant. Décrit initialement chez les détenus, il se retrouve de plus en plus souvent en psychiatrie générale. Cette épidémie est à la fois l'indice de la porosité entre milieu carcéral et milieu psychiatrique, de plus en plus de détenus sont aussi des malades psychiatriques, et l'indice d'une carcéralisation du milieu psychiatrique à corrélérer avec les inflexions sécuritaires données ces dernières années à la discipline. De façon presque expérimentale, des sujets adultes, dont la structure de personnalité pouvait être considérée comme fixée, se mettent à fonctionner sur un mode inauthentique, pseudo-manipulatoire et en tout cas peu conscient. Et l'on n'est pas dans une problématique psychotique, ni dans une dimension uniquement manipulatoire. La souffrance narcissique induite par l'emprisonnement s'exprime par cette incapacité à nouer un dialogue authentique ou à partager des informations, mêmes sans conséquences. Là encore, la dimension préventive consisterait à transformer le milieu carcéral en un milieu moins insécurisant du point de vue des règles. Vaste programme !

CONCLUSION

Milieu ordinaire, familial, conjugal, professionnel, expériences vitales hors normes (maladie, incarcération), il apparaît que les psychotraumatismes susceptibles d'infléchir une existence humaine sur un mode borderline sont à la fois nombreux et stéréotypés, nous en avons évoqué quelques-uns, mais la liste n'est pas exhaustive. Ils sont susceptibles d'intervenir avec des impacts différenciés à l'âge adulte ou dans l'enfance. La prise en compte du phénomène ouvre des pistes préventives (éducatives ou institutionnelles) et thérapeutiques. Chez l'enfant comme chez l'adulte, une fois repérée comme telle, la dimension narcissique d'un trouble psycho-comportemental pourra être traitée par diverses approches renarcissisantes, individuelles ou groupales, constituant le socle de tout travail ultérieur de thérapie et potentialisant l'effet d'autres approches, médicamenteuses ou médico-légales. En ce sens, les états limités sont peut-être les ultimes troubles psychiatriques à composante psychogène depuis que l'on traque et qu'on découvre les facteurs biologiques de la dépression et de la schizophrénie grâce à l'essor des neurosciences. Ils sont donc l'un des enjeux majeurs de la psychiatrie susceptibles de maintenir la discipline au carrefour biopsychosocial.

BIBLIOGRAPHIE

BATESON G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*, trad. fr., Paris, Le Seuil.

BEAUCHESNE H., GIBELLO B. (1991). *Traité de psychopathologie infantile*, Paris, PUF.

BERGERET J. et coll. (2012). *Abrégé de psychologie pathologique*, 11^e éd., Paris, Elsevier Masson.

BOURGEOIS D. (2010). *Comprendre et soigner les états limités*, 2^e éd., Paris, Dunod.

BOWLBY J. (1978). *L'Attachement*, Paris, PUF.

DEUTSCH H. (1942). « Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia », *Psychoanalytic Quarterly*, t. XI.

DISTEL M. A., HOTTENGA J. J., TRULL T. J., BOOMSMA D. I. (2008). « Chromosome 9 linkage for borderline personality disorders », *Psychiatric Genetics*, déc. 18 (6), 302-307.

FESTINGER L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*, Evanston, IL, Row, Peterson.

HIRIGOYEN M.-F. (2003). *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, Paris, La Découverte.

JANET P. (1904). « L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion », *Journal de psychologie*, 1, 417-453.

JOULE R.-V., BEAUVOIS J.-L. (2002). *Petit Traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Grenoble, PUG.

LINDEN M., BAUMANN K., ROTTER M., SCHIPPAN B. (2008). « Posttraumatic Embitterment Disorder in Comparison to Other Mental Disorders », *Psychother. Psychosom.*, 77, 50-56.

NIJENHUIS E., VAN DE HART O., STEELE K., DE SOIR E., MATTHESS H.

(2006). « Dissociation structurelle de la personnalité et trauma », *Stress et trauma*, 6 (3).

SPITZ R. (1968). *De la naissance à la parole*, Paris, PUF.

Chapitre 12

Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche théorique

Joanna Smith

L E PSYCHISME EST FONDAMENTALEMENT ASSOCIATIF : toute son activité consiste à relier entre eux ou à dissocier les uns des autres des représentations, affects, souvenirs, sensations corporelles... Cette activité associative (et parfois dissociative) est vraisemblablement très précoce. Notre pratique clinique nous a amenée à penser qu'elle joue probablement un rôle crucial dans la genèse des troubles de la personnalité, et donc potentiellement dans leur prise en charge. Nous présenterons ici comment.

CONSTRUCTION DES CAPACITÉS D'AUTO-RÉGULATION ET GENÈSE DES TENDANCES DISSOCIATIVES

Dans les premiers mois et premières années de vie, lorsque tout se passe bien, le rôle de moi-auxiliaire joué par l'environnement maternel va permettre au tout-petit d'apprendre à réguler ses expériences

émotionnelles précoces en les intégrant au reste de son fonctionnement psychique, par un processus associatif progressif. Au fur et à mesure de sa maturation, par ces expériences d'intégration progressives, le tout-petit va développer une autonomie croissante dans la régulation de ses émotions, grâce à une relation d'attachement sécuritaire. De nombreuses recherches ont d'ailleurs maintenant établi à quel point une telle relation d'attachement sécuritaire représente une source potentielle de résilience au cours de la vie (voir notamment Cyrulnik, 2002 et Guedeney et Guedeney, 2010).

Mais parfois, de façon ponctuelle ou répétée, cette fonction de pare-excitation de l'environnement maternant fait défaut : psychisme de l'adulte lui-même émotionnellement débordé, situation traumatique, indisponibilité parentale temporaire ou durable liée à une perte ou une séparation prolongée, etc. Dans ce cas, le psychisme en développement du tout-petit risque de ne pas pouvoir intégrer l'expérience émotionnelle traversée, et d'avoir recours à un processus dissociatif afin d'éviter d'être débordé. De façon métaphorique, cela correspondrait à colmater la porte d'une pièce où un incendie s'est déclaré, faute de pouvoir le contrôler, afin de préserver le reste du bâtiment de la destruction.

Une telle stratégie génère des parties émotionnelles dissociées (van der Hart *et al.*, 2006), gelées dans le temps, qui ont pour caractéristique de pouvoir être réactivées à tout moment dans leur intensité émotionnelle initiale, si tant est qu'un élément de la réalité externe vienne en rappeler un aspect. Plus tard dans sa vie, cela reste une fragilité à laquelle d'autres situations traumatiques risquent de faire écho, et ce d'autant plus inconsciemment que ces toutes premières situations émotionnelles dissociées sont emmagasinées dans la mémoire implicite (corporelle, émotionnelle, préverbale).

DISSOCIATION ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Or les troubles de la personnalité sont définis, par exemple dans le DSM-IV, comme suit :

- « Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui se manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
- la cognition (perception et vision de soi-même, d'autrui et des événements) ;
 - l'affectivité (diversité, intensité, labilité et adéquation de la réponse émotionnelle) ;

- le fonctionnement interpersonnel ;
- le contrôle des impulsions. »

Les quatre secteurs cités comme potentiellement perturbés par la présence d'un trouble de la personnalité peuvent tout à fait être décrits comme des secteurs perturbés par la réactivation de parties émotionnelles. En effet, l'activation d'une partie émotionnelle dissociée génère :

- une distorsion souvent majeure dans la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements (« je suis coupable », « je ne sais pas me défendre », « je ne mérite pas d'être aimé », « dans la vie, on finit toujours par être exploité par les autres », etc.). La place prise par de telles distorsions dans l'économie d'ensemble du sujet, et la conviction avec laquelle il les exprime semble cliniquement liée au degré de gravité du trouble de la personnalité ;
- l'émergence d'un vécu émotionnel décalé par rapport à l'expérience actuelle, en intensité et souvent aussi dans la nature même des émotions ressenties (attaques de panique, passages à l'acte dans un contexte de rage ou de colère, etc.) ;
- un fonctionnement interpersonnel perturbé du fait de l'imprévisibilité de l'émergence des parties émotionnelles et de l'irrationalité des cognitions associées (« je finis toujours par être trahi », « je ne peux pas être aimé tel que je suis », etc.). L'impact des parties émotionnelles dissociées semble particulièrement fort en ce qui concerne les relations d'attachement à l'âge adulte, lorsqu'elles sont possibles (répétition de maltraitances infantiles sous forme de violences conjugales agies ou subies, par exemple) ;
- un insuffisant contrôle des impulsions lié aux sentiments de menace et d'alerte majeurs vécu par le patient dans les moments de réactivation des parties émotionnelles dissociées ; ce sentiment de menace amène souvent le patient à recourir à des comportements et réactions extrêmes afin de mettre fin au sentiment d'impuissance et au vécu de mort imminente : tentatives de suicide, intoxications alcooliques ou toxicomaniaques, prises de risques, etc. En effet, la neurobiologie nous apprend que, dans ces moments, le cerveau réagit comme si la situation traumatique-source était toujours présente dans le réel.

SOUBASSEMENTS NEUROLOGIQUES DE LA DISSOCIATION

Les recherches récentes en neurobiologie ont permis d'éclairer le processus dissociatif (van der Kolk, 1987 ; Kedia *et al.*, 2012) : c'est l'hippocampe qui, débordé, ne parvenant pas à « digérer » l'émotion traversée, va la dissocier du reste du fonctionnement psychique. Or c'est le travail de l'hippocampe qui permet d'intégrer la notion du temps qui passe, et un souvenir non « digéré » par celui-ci sera caractérisé par la sensation d'être toujours « vrai », toujours en cours, plutôt que d'appartenir au passé. En cas de réactivation, un tel souvenir va générer, au niveau cérébral, les mêmes réactions émotionnelles d'alerte (hormones de stress) qu'au moment où il s'est vraiment déroulé. Comme l'écrit Pace (2013) : « L'état de stress post-traumatique est une pathologie qui résulte du fait que le corps "croit" que le danger traumatique est encore imminent. » Ces réactions d'alerte émotionnelle sont souvent vécues comme irrationnelles mais néanmoins vraies sur le moment par le patient, qui parvient parfois à les critiquer au moins dans l'après-coup. Ceci reflète le fait que les souvenirs traumatiques activent essentiellement l'hémisphère droit, préverbal, sensoriel et émotionnel, davantage que l'hémisphère gauche, verbal, rationnel et analytique, et que les deux réalités peuvent même coexister au moment de la crise : le patient *sait* que ce qu'il ressent ne correspond pas à la réalité, mais il ne le *ressent* pas moins comme vrai.

Ce phénomène est bien connu en victimologie dans le cadre de l'état de stress aigu et de l'ESPT (reviviscences post-traumatiques, flash-back), mais il survient également à notre avis dans d'autres configurations cliniques où il n'est pas toujours identifié comme tel. Il s'agit notamment des troubles de la personnalité, en particulier borderline, et aussi de nombre de troubles anxieux, comme les attaques de panique ou les phobies, en particulier l'agoraphobie, ou de stratégies anxiolytiques comportementales comme le recours au passage à l'acte ou les comportements addictifs, incluant les troubles du comportement alimentaire. Salmona a d'ailleurs brillamment rassemblé ces différents comportements sous l'appellation de « conduites dissociantes » (Salmona, 2012).

DOUBLE ÉTIOLOGIE ÉMOTIONNELLE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Dans ces différentes configurations cliniques, il est selon nous utile de garder à l'esprit les deux composantes émotionnelles d'un trouble de la personnalité :

- d'une part, que les symptômes présentés par le patient sont liés à la réactivation d'une partie émotionnelle dissociée suite à un ou plusieurs événements traumatiques, souvent infantiles (notion de trauma désorganisateur, développée ailleurs dans ce présent ouvrage par Bourgeois et dans Bourgeois, 2010) ;
- d'autre part, que si une telle dissociation a été nécessaire, c'est probablement à cause d'une carence précoce dans la construction de la fonction de pare-excitation, liée à une ou plus probablement à des expériences émotionnelles précoces débordantes et répétées comme les carences, négligences, traumatismes, pertes ou séparations dans la relation d'attachement des toutes premières années de la vie. Et l'on sait à quel point de telles expériences précoces adverses sont fréquentes dans l'anamnèse des patients souffrant de troubles de la personnalité.

DISSOCIATION ET MÉMOIRE IMPLICITE

Par conséquent, la propension à la dissociation semble surtout puiser ses racines dans la phase préverbale du développement, au cours de laquelle les expériences émotionnelles adverses seront encodées en mémoire implicite, lorsque la relation d'attachement et la dépendance du tout-petit sont si fondamentales à sa capacité de régulation émotionnelle, soit jusqu'à trois ans environ.

La force de la mémoire implicite est due au fait qu'elle est corporelle et émotionnelle et qu'elle n'en paraît que d'autant plus « vraie » en cas de réactivation. Dans un second temps du développement, cette mémoire implicite semble parfois être traduite en pensées négatives automatiques, si fréquentes dans les troubles de la personnalité (voir notamment à ce sujet la notion de schémas dysfonctionnels développée par Young, ou encore de cognitions négatives en EMDR). Ces pensées semblent viser, après-coup, à restaurer du sens face au non-sens traumatique : « Je suis coupable/mauvais/nul, je ne mérite pas d'être aimé/respecté, je suis en danger, je finis toujours par être trahi, les autres ne sont pas dignes de

confiance, l'amour désintéressé n'existe pas... C'est pour cela que ce drame m'est arrivé. »

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

Deux stratégies complémentaires en découlent au niveau thérapeutique pour la prise en charge des troubles de la personnalité :

- aider le patient à réintégrer les parties émotionnelles dissociées qui le fragilisent au quotidien, consécutives à des expériences traumatiques. Ce travail sur l'intégration des antécédents traumatiques peut parfois se faire en thérapie classique, mais sera plus aisé grâce à des techniques spécialisées : EMDR, intégration du cycle de la vie, TCC, hypnose, mais aussi groupes de paroles destinés aux victimes ;
- aider le patient à développer de meilleures capacités d'auto-régulation émotionnelle, afin d'accroître la cohésion du soi et de réduire la propension générale à se dissocier face aux situations émotionnelles difficiles. Ceci signifie de pouvoir réparer les carences précoces et restaurer les capacités d'attachement.

L'« intégration du cycle de la vie » est une thérapie centrée spécifiquement sur ces deux aspects. Ses résultats sont particulièrement prometteurs, notamment auprès des patients très dissociés, difficilement accessibles à d'autres techniques thérapeutiques. Aussi nous proposons-nous de détailler, dans la partie de cet ouvrage consacrée au traitement, comment cette méthode fonctionne, en l'illustrant par le travail thérapeutique d'une patiente souffrant d'un trouble grave de la personnalité borderline (chap. 26).

CONCLUSION

Une organisation limite doit orienter nos recherches en termes d'anamnèse et nous amener à cibler ses sources à deux niveaux :

- carences précoces à l'origine des difficultés d'auto-régulation émotionnelle et de la propension à la dissociation, à mettre en lien avec des perturbations de la relation d'attachement. Ceci implique, au préalable, une évaluation des conduites dissociantes du patient ;
- traumatismes désorganisateurs survenus au cours de l'enfance et/ou plus tardifs, en gardant à l'esprit qu'en raison de la dissociation, il est très

possible que le patient ne fasse pas part d'emblée de ses antécédents traumatiques ou qu'il les minimise.

Fondamentaux à nos yeux, ces deux axes d'investigation pourront changer radicalement deux aspects essentiels dans la prise en charge du patient :

- l'approche diagnostique, en dépistant la dissociation et la présence de symptômes d'ESPT qui auraient pu de prime abord passer pour de « simples » troubles anxio-dépressifs ou des composantes d'un trouble de la personnalité, mais qui peuvent compliquer considérablement la prise en charge par des résistances et du sabotage s'ils ne sont pas identifiés ;
- l'approche thérapeutique, permettant autant que possible une orientation thérapeutique spécialisée, ciblée sur le traitement des carences précoces et prenant en compte les risques liés aux tendances dissociatives au repérage desquelles il est essentiel d'être sensibilisé.

L'approche de la thérapie par intégration du cycle de la vie répond très bien à ces exigences, c'est pourquoi nous la détaillerons plus loin dans cet ouvrage, au sein de la partie dévolue à la prise en charge thérapeutique (chap. 26).

BIBLIOGRAPHIE

BOURGEOIS D. (2010). *Comprendre et soigner les états limités*, Paris, Dunod, 2^e éd.

GUEDENEY N. et GUEDENEY A. (2010). *L'Attachement : approche théorique : Du bébé à la personne âgée*, Paris, Masson, 3^e éd.

KEDIA M., VANDERLINDEN J., LOPEZ G., SAILLOT I., BROWN D. (2012). *Dissociation et mémoire traumatique*, Paris, Dunod.

PACE P. (2013). *Intégration du cycle de la vie : connecter les états du Moi à travers le temps*, Paris, Dunod.

SALMONA M. (2012). « Mémoire traumatique et conduites dissociantes », in R. Coutanceau, J. Smith, S. Lemitre, *Trauma et résilience*, Paris, Dunod, 113-120.

VAN DER KOLK B. A. (1987). *Psychological trauma*, Washington DC, American Psychiatric Press.

VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE K. (2006). *The Haunted Self*, New York, W. W. Norton. Trad. fr. : *Le Soi hanté*, Bruxelles, De Boeck.

PARTIE III

Évaluation

-
- **Chap. 13** Expertise psychiatrique, psychologique
ou psycho-criminologique..... 193
 - **Chap. 14** Troubles de la personnalité, expertise pénale
psychiatrique et altération du discernement..... 204
 - **Chap. 15** Les expertises psychiatriques et psychologiques
dans leur état actuel vivent-elles leurs derniers
jours ? 217
 - **Chap. 16** Les troubles de la personnalité et les tests..... 225
 - **Chap. 17** Structure latente de la personnalité..... 236
 - **Chap. 18** Niveaux d'organisation de la personnalité
au Rorschach..... 246
 - **Chap. 19** Évaluation du risque de récidive et
de la dangerosité criminologique..... 266
 - **Chap. 20** Présentation du Centre national d'évaluation..... 282

Chapitre 13

Expertise psychiatrique, psychologique ou psycho-criminologique

Roland Coutanceau

À EN JUGER PAR LEUR LECTURE, les expertises psychiatriques ou psychologiques ont un contenu très hétérogène. Pour la plupart, elles traitent pourtant de personnalités présentant des troubles de la personnalité, c'est dire que la manière de décrire ces troubles de la personnalité varie d'un expert psy à l'autre, bien que diverses formulations puissent parfois se rejoindre.

Tentons néanmoins de proposer une méthodologie de l'exploration.

UN REGARD PLURI-AXIAL

L'évaluation d'un sujet ayant commis un passage médico-légal suppose de répondre à trois questions : qui est cet homme, indépendamment des faits qui lui sont reprochés ? son acte nous apprend-il quelque chose de lui que la seule analyse structurale ne dévoile pas totalement ? enfin pourquoi un passage à l'acte dans tel ou tel domaine en particulier (atteintes aux mœurs, atteintes aux personnes, atteintes aux biens) ?

Le premier axe, celui de la personnalité est le plus classique. Il peut se décliner en trois sous axes : psychiatrique, psychologique, psychopathologique.

Le deuxième axe consiste à réunir les données du discours du sujet autour du passage à l'acte. On peut explorer avant l'acte, pendant l'acte, après l'acte. Les éléments livrés sur l'avant sont souvent décevants ; le pendant l'acte comprend quelques scotomisations ; le discours sur le vécu post-acte est le plus éclairant.

Le troisième axe est celui de la recherche des thématiques spécifiques, fonction du type de passage à l'acte : la vie affectivo-sexuelle s'il s'agit d'une atteinte aux mœurs, la problématique de jalousie ou de perte d'objet en cas de violence conjugale par exemple.

L'EXPERTISE ET SON ÉVOLUTION

Mais ce triptyque traduit une évolution de l'expertise (psychiatrique ou psychologique) vers une sensibilité plus criminologique. Cette évolution est plus ou moins marquée, en fonction des experts, mettant en évidence une grande hétérogénéité.

Quand on observe le contenu des expertises psychiatriques et psychologiques des années 1980 à nos jours, on constate la réalité d'expertises psychiatriques synthétiques, ramassées, centrées sur l'existence ou pas de maladies mentales caractérisées et répertoriées.

Parallèlement, l'examen psychologique se centrait sur l'analyse de la personnalité, indépendamment de la maladie mentale. Les questions étaient centrées sur la maladie mentale pour le psychiatre, sur la personnalité pour le psychologue.

Le clinicien (psychiatre ou psychologue) est au cœur de son métier, en rapport avec l'enseignement à la faculté. Nombre d'experts souhaitent rester centré sur cet axe clair ; pratique expertale qui fait que tout psychiatre ou psychologue peut être à même de répondre à de telles expertises, c'est ce que nous appellerons la position classique. Progressivement est apparue dans les expertises, une approche plus criminologique, avec une exploration également centrée sur le passage à l'acte, et sur son système motivationnel (à titre d'hypothèse).

Pour cette sensibilité psycho-criminologique, l'expertise s'inscrit désormais dans le développement de trois axes : le premier est celui de la personnalité, indépendamment du passage à l'acte ; le deuxième est l'analyse du passage à l'acte avec un recueil d'éléments psycho-émotionnels avant l'acte, pendant l'acte et après l'acte ; le troisième est la recherche de thématiques spécifiques (à savoir des problématiques existentielles particulières qui expliquent que c'est dans un domaine bien particulier que certains transgressent : atteintes aux biens, atteintes aux

personnes, atteintes aux mœurs, voire à l'intérieur de chaque domaine dans chaque dérive transgressive spécifique).

UN AXE CLASSIQUE

Pour la clarté de l'exposé, nous prendrons comme type de description un sujet présentant des troubles de la personnalité, et ayant commis une agression sexuelle.

► Sur le plan psychiatrique

Il s'agira tout d'abord d'éliminer les troubles mentaux pouvant entraîner un trouble du champ de conscience au moment des faits.

Pour ce qui ferait discuter l'abolition du discernement (art. 122-1 alinéa 1), l'examen psychiatrique recherche :

- des troubles de l'ordre de la psychose en poussée aiguë (bouffées délirantes, états dépressifs atypiques francs accompagnés de dissociation et de discordance) ;
- des troubles majeurs de l'humeur (état dépressif d'intensité mélancoliforme accompagné d'éléments délirants ou état d'excitation de type maniaque franc) ;
- une confusion mentale déstructurant le champ de conscience ;
- des complications délirantes de problématiques addictives éthyliques ou toxicomaniaques ;
- des états cognitifs déficitaires du niveau de « la débilité moyenne ou de la débilité profonde » ;
- des états de détérioration mentale de type sénile ou à la phase d'état ;

Parallèlement, en ce qui concerne l'altération du discernement (art. 122-1 alinéa 2), l'examen psychiatrique recherche les pathologies suivantes :

- des troubles de l'ordre de la psychose (en dehors des poussées aiguës) ;
- des épisodes anxiodépressifs classiques ;
- des états déficitaires de l'ordre de la débilité légère ;
- des états de détérioration mentale de type sénile à leur début.

Le plus souvent, l'examen exclut toute anomalie mentale de dimension aliénante, toute affection mentale répertoriée dans la classification des maladies mentales.

On soulignera toutefois la particularité de troubles de la personnalité associés à des troubles mentaux. Historiquement, l'héboïdophrénie (association d'une dimension psychopathique et d'une pathologie schizophréniforme) a été décrite. Mais plus largement, c'est la coexistence d'une schizophrénie et de troubles de la personnalité (aménagement de caractère paranoïaque, traits pervers, tonalité psychopathique) qui pose question, débouchant parfois sur des dissensus entre experts, quant à l'appréciation de l'irresponsabilité pénale (abolition, ou simple altération du discernement).

Si toute affection mentale est éliminée, on reste dans le champ des troubles de la personnalité.

Les diagnostics les plus souvent retenus seront alors : état limite ou borderline ; psychopathie ; caractère paranoïaque ; structure perverse. Mais la sémiologie de ces différentes organisations de la personnalité est plus ou moins caractérisée ; avec parallèlement la possibilité d'une coexistence (renvoyant à une étude systématisée de chaque organisation dans cet ouvrage).

► Sur le plan psychologique

On développera à la fois les aspects biographiques (images parentales, premières relations, scolarité, adolescence et rapport au corps, premiers émois sexuels, service national, vie professionnelle, vie affectivo-sexuelle, antécédents judiciaires).

L'évaluation psychologique recherchera également une sémiologie (anxiété ; traits névrotiques ; axe de psychorigidité à tonalité paranoïaque ; impulsivité physique à type de bris d'objets, verbale ; irritabilité ; dysthymie). On soulignera plus particulièrement la recherche de traits névrotiques, d'un axe de psychorigidité, et également d'une dysthymie ; éléments sémiologiques souvent présents chez les personnalités transgressives.

À un niveau plus existentiel, l'évaluation psychologique recherchera des vécus émotionnels significatifs (frustrations, tensions internes, vécus dépressifs, conflits relationnels). On s'attachera également à rechercher certains éprouvés d'animosité (rage, haine, vengeance) ; ainsi que tous les éléments psycho-émotionnels entourant l'émergence de l'excitation sexuelle.

Enfin des tests projectifs (TAT, Rorschach entre autre) peuvent compléter cette évaluation.

► Sur le plan psychopathologique

En écho de la problématique paranoïaque, sera étudiée la propension plus ou moins grande à l'interprétativité du comportement et du vécu d'autrui ; avec la mise en évidence de la projection ou de distorsions cognitifs, en fonction des références de chacun.

Parallèlement, la quête d'une problématique perverse (que nous préférons nommer mégalomaniacale) sous-tendra une étude du triptyque égocentrisme : tentative de l'emprise-négation de l'altérité, dans l'analyse de certaines relations interpersonnelles établies par le sujet.

Dans une lecture plus criminologique, le recours à certains modes opératoires (violence, menace, harcèlement, manipulation) pour abuser l'autre, sera signalé.

Enfin, l'existence d'antécédents de sévices dans l'enfance sera systématiquement recherchée ; sans que cela conduise à considérer ce facteur comme forcément prévalent.

UNE APPROCHE PSYCHO-CRIMINOLOGIQUE

Nous aborderons deux aspects particuliers : le premier est le recueil de données sur le passage à l'acte ; le second est l'analyse du discours du sujet dans l'après coup des faits.

► Explorer le passage à l'acte

Sur le passage à l'acte, proposons une méthodologie de l'exploration.

Tout d'abord, on demande au sujet de renommer, de façon synthétique, ce qui est en question, à ses yeux. Puis nous plantons le décor à la recherche de l'espace-temps : quand cela s'est-il passé ? où cela a-t-il eu lieu ? Vient ensuite la recherche d'un éventuel appoint exotoxique : alcool, drogue.

Parallèlement, le sujet allègue-t-il ou non des troubles de la mémoire, lié à cet apport exotoxique ?

L'examen explore alors la recherche d'un état clinique particulier, au moment des faits : essentiellement éventuel état délirant aigu, ou possible état dépressif.

Tous ces éléments étant situés, on demande à l'intéressé de développer son récit de l'épisode, en l'aidant de questions maïeutiques pour préciser sa description, en l'encourageant à livrer des aspects psycho-émotionnels.

En contrepoint, il lui est demandé d'exposer ce qu'il a compris du discours du plaignant(e) et de faire part également de cette version des faits.

S'il existait une relation préalable aux faits, les éléments psycho-émotionnels subjectifs du sujet sur ce lien sont bien évidemment à recueillir.

Y a-t-il lieu de confronter le sujet aux éléments du dossier ?

Certains experts se contenteront de recueillir le discours spontané.

D'autres évoqueront le discours du plaignant, s'inscrivant dans un regard sur la relation à l'autre.

D'autres enfin confronteront le sujet aux éléments du dossier, qui sembleraient s'inscrire en contradiction avec la version mise en avant. Diversité des pratiques de terrain, traduisant la difficulté de passer d'un simple recueil de la parole, à un travail de confrontation sur l'acte.

Quand le clinicien a accès à la parole du plaignant, au-delà de la « crédibilité » du témoignage de l'un ou de l'autre, ce sont les divergences dans le récit qui font sens, qui font question, et qui permettent de ciseler d'autres questions au sujet.

De la même manière, les possibles évolutions ou variations dans le récit sont à considérer pour tenter de comprendre la réalité psycho-émotionnelle qui les sous-tend.

Ce sont souvent les réalités les plus dures, les représentations les plus violentes et anarchiques qui sont les plus difficiles à expliciter.

► Le discours d'après-coup

Au-delà de la réalité avant l'acte, de la capacité ou pas à restituer le souvenir du moment de l'acte, c'est le discours sur le passage à l'acte dans l'après-coup, qui nous semble le plus révélateur.

Cinq questionnements peuvent être proposés de façon non exhaustive : la reconnaissance ou pas des faits ; la reconnaissance de la contrainte exercée ; ou la reconnaissance d'une responsabilité ; le vécu émotionnel de l'acte ; la capacité (ou pas) d'appréhender le retentissement psychologique pour le plaignant ; le rapport à la loi.

Nous avons choisi ces items, d'une part parce qu'il s'agit des questions les plus simples qu'on peut poser à quelqu'un mis en cause par un autre, d'autre parce que ce questionnement s'inscrit dans un regard sur une psychopathologie de la relation.

Questions les plus naturelles : reconnaissez-vous les faits ? En êtes-vous responsable ? Que ressentez-vous d'avoir fait ça ? Y a-t-il des conséquences psychologiques sur l'autre ? Comment vous situez-vous par rapport à la loi qui vous interpelle ?

Pour notre propos, nous considérerons que les faits sont avérés.

Et nous envisagerons successivement les cinq items suivants :

● *Le rapport aux faits*

On peut distinguer six positionnements :

- la reconnaissance totale : le discours du sujet est identique à celui du plaignant ;
- la reconnaissance partielle : le sujet reconnaît certains faits mais en nie d'autres ;
- la reconnaissance indirecte : le sujet dit ne pas s'en souvenir mais valide le témoignage du plaignant (« je ne m'en souviens pas, mais s'il le dit, c'est vrai ») ;
- la négation banalisante : le sujet se contente de nier sans autre commentaire ;
- la négation sthénique avec la thèse du complot : le sujet nie, en se décrivant comme persécuté par celui qui l'accuse, lui prêtant parfois des mobiles, donnant à voir qu'il va porter plainte pour diffamation ;
- la négation avec défi : le sujet nie dans une dynamique de provocation, parfois connotée d'une dimension de jeu.

Seules les trois premières positions peuvent relever d'emblée d'un suivi médico-psychologique. Les trois autres peuvent bénéficier d'une évaluation longitudinale amenant parfois des évolutions dans le positionnement du sujet.

Toutefois, un groupe de parole est envisageable pour des sujets négateurs (qui nient consciemment, tactiquement, sans être dupes d'eux-mêmes), et ce aussi bien dans un cadre médico-psychologique que psychocriminologique.

● *Le rapport à la responsabilité propre*

Là encore, on peut situer tous les positionnements sur une échelle allant de la reconnaissance totale à la négation :

- reconnaissance totale : le sujet assume la responsabilité pleine et entière ;
- reconnaissance partielle : le sujet reconnaît en partie sa responsabilité mais se décrit comme provoqué par l'autre, ou en proie à un état clinique ou physiologique amenant une impossibilité de contrôle ;
- négation de la responsabilité : Le sujet se décrit comme victime, dépendant de forces ou d'influences, sur lesquelles, il n'a aucune prise.

● *Le vécu surmoïque de l'acte*

Quand le passage à l'acte est reconnu, il peut s'accompagner d'éprouvés divers :

- l'indifférence apparente : le sujet affiche une absence d'affect. Il semble sans état d'âme. Mais le même peut baisser les yeux face à un personnage de sa famille (traduisant un vécu de honte, mais sans l'avouer, ou sans se l'avouer à lui-même) ;
- un vague malaise : face à des questions sur ses éprouvés, le sujet ne parvient pas à répondre en langage émotionnel. Il dira simplement « c'est pas bien » ou « c'est grave », sans exprimer de honte ni de culpabilité. C'est l'alexithymie de certains auteurs, cette difficulté à exprimer ses émotions ;
- la honte : contrairement à une description fréquente qui voudrait que le sujet ne ressente ni anxiété, ni culpabilité, la plupart des sujets présentant un trouble de la personnalité et qui ont commis un passage à l'acte, sont accessibles à la honte. Mais la honte suppose le regard réel ou imaginé d'autrui. C'est le regard d'autrui, ou le regard social post-interpellation, qui révèle la honte. On distinguera donc la honte sociale, la honte face au regard d'un proche, la honte face à soi-même. Mais la honte, qui peut se travailler ensuite dans une prise en charge, ce n'est pas encore la culpabilité.
- la culpabilité : une minorité de sujets troubles de la personnalité ressentent de la culpabilité, traduisant leur proximité d'une structure immaturo-névrotique. Culpabilité parfois émergente, objectivable dans l'après-coup du dévoilement du passage à l'acte, plus en filigrane auparavant. En contrepoint, ceci éclaire que peu de structures

névrotiques dérivent vers un passage à l'acte, la structure névrotique étant cadrante à cet égard.

● *L'appréhension ou pas du retentissement psychologique de la victime (plaignant)*

Les positionnements vont d'une reconnaissance totale (capacité de décrire les éléments d'une symptomatologie post-traumatique) à une négation (le sujet refuse à voir le plaignant traumatisé), en passant par la minimisation ou la banalisation des souffrances occasionnées à autrui.

● *Le rapport à la loi*

Face à l'interpellation de la loi, on peut décrire quatre positionnements :

- reconnaissance émotionnelle de la loi : le sujet situe clairement la loi et exhibe un vibrato émotionnel de l'avoir transgressée ;
- reconnaissance partielle de la loi : le sujet nomme la loi, mais l'évoque comme une règle qui est dans l'ordre des choses, mais sans participation émotionnelle, avec un discours du type « quand on dérape, on paye » ou encore « le juge fait son travail » ;
- banalisation de la loi : le sujet relativise la gravité de la transgression, parfois en stigmatisant d'autres types de transgression à ses yeux plus graves ;
- négation de la loi avec défi : le sujet affiche son mépris de la loi, ponctuant parfois son propos d'un bras d'honneur.

Quand on récapitule les positionnements du sujet face à ces cinq items, il en résulte une tonalité existentielle face aux faits qui lui sont reprochés, avec des profils tantôt « immaturo-névrotiques », tantôt « immaturo-égocentriques », tantôt « immaturo-pervers ».

Ces trois tonalités suscitent des réactions contre-transférentielles variées et des propositions de prise en charge différentes. De façon schématique, les profils immaturo-névrotiques peuvent être pris en charge dans le cadre de thérapies classiques (avec une véritable demande). Les profils immaturo-égocentriques relèvent d'une obligation de soins avec une orientation privilégiée vers les groupes. Les profils immaturo-pervers justifient d'une évaluation longitudinale préalable pour tenter de modifier quelque peu leur positionnement, et finalement les rendre accessibles à la prise en charge.

THÉMATIQUES SPÉCIFIQUES

La personnalité a été décrite ; le passage à l'acte a été abordé avec l'analyse du discours du sujet face au passage à l'acte. Reste un questionnement, celui du type de transgression. Dans quel domaine existentiel y a-t-il une fragilité, une esthésie, qui explique que c'est dans ce domaine bien particulier que le sujet a transgressé ?

Pour les auteurs d'agression sexuelle, il s'agit d'étudier de façon la plus complète la vie affectivo-sexuelle. À un niveau psychosocial, le sujet a-t-il déjà vécu en concubinage ? A-t-il établi des liens relationnels d'une certaine durée ? Existe-t-il une inhibition plus ou moins marquée dans la séduction sociabilisée ? À un niveau plus psychosexuel, on étudiera la vie auto-érotique avec la fantasmatique associée.

Pour que le sujet se livre, l'essentiel est de créer un climat empathique pour aborder sans tabou et sans jugement la vie sexuelle. Tout l'art du clinicien est de favoriser l'installation d'un tel climat. Évocation réaliste mais humaine de la sexualité, aussi éloignée de la vulgarité que de l'inquisition.

Enfin, fondamental pour toute évaluation de l'agression sur mineur, est l'analyse du choix d'objet. L'attrait sexuel pédophile est-il exclusif préférentiel ou simplement secondaire ?

De la même manière, dans l'évaluation des violences conjugales, il s'agit de mettre un focus sur certaines problématiques de la vie affective : jalousie et possessivité, peur de perdre, vécu de différend avec l'autre, imaginaire du couple (fusionnel, possessif, dominant-dominé, libertaire, égalitaire, entre autre).

Dans le même esprit, dans l'évaluation d'un parent maltraitant, on s'intéressera particulièrement à certains thèmes : impression d'être un mauvais père ou une mauvaise mère, intuition de désamour de la part de l'enfant, vécu d'être rejeté, vécu d'être défié par l'enfant dans le jeu relationnel (rapport de force) du quotidien.

Chaque type de transgression doit orienter vers un imaginaire dans la subjectivité du sujet violent. C'est la focalisation sur des thématiques spécifiques qui donne la clef des failles du sujet.

En conclusion, dans ce débat autour de l'expertise, on pourrait résumer les choses de la façon suivante :

- l'expertise psychiatrique classique recherche une maladie mentale répertoriée dans la classification, et apprécie le cas échéant la responsabilité ou l'irresponsabilité pénale ;

- l'expertise psychologique classique décrit la personnalité en elle-même, parfois enrichie par la pratique de tests projectifs ;
- enfin l'expertise psycho-criminologique, qu'elle soit faite par un psychiatre ou un psychologue, va s'intéresser à l'analyse du passage à l'acte et au rapport de la personnalité avec l'acte. Mais ce regard sur le passage à l'acte, qui apporte souvent des éléments complémentaires de compréhension, est développé de façon variable. Pour exprimer cette sensibilité psychocriminologique, nous avons proposé une méthodologie dans l'expertise avec le tryptique : description de la personnalité, analyse du passage à l'acte, recherche de thématiques spécifiques.

Chapitre 14

Troubles de la personnalité, expertise pénale psychiatrique et altération du discernement

Cyril Manzanera, Magali Teillard-Dirat et Jean-Louis Senon

L'ALTÉRATION DE LA RESPONSABILITÉ prévue par l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal de 1994 suscite depuis nombre d'années des interrogations quant à son prononcé et à ses conséquences. Prévue initialement (Senon, 2006) pour nuancer la dichotomie pinélienne séparant malades mentaux, irresponsabilisés donc soignés, et criminels, responsabilisés donc punis, elle prétendait conjuguer avancées psychiatriques et impératifs pénaux pour mieux répondre à l'épineux problème de l'orientation pénale des malades mentaux criminels et refréner en partie l'accumulation de malades mentaux en détention.

En permettant de moduler la réponse de l'expert psychiatre à la question de la responsabilité, l'altération de responsabilité dépasse le champ traditionnel des pathologies psychiatriques pour englober celui plus incertain et controversé des troubles modérés de l'efficacité mentale et des troubles de la personnalité.

Les évolutions pénales de cette dernière décennie, sous-tendues par une idéologie économique de la défense sociale et de la tolérance zéro, génèrent une situation confuse qui se partage entre une tendance à la judiciarisation de la pathologie psychiatrique et à la psychiatisation de la criminalité.

Sous l'influence de ce courant, le recours au second alinéa de l'article 122-1 revêt une nouvelle ambiguïté, celle d'une possible surpénalisation des bénéficiaires en participant, loin de son esprit originel, au repérage des criminels les plus dangereux à savoir ceux qui allient troubles psychiatrique et conduites criminelles récidivantes.

C'est dans ce cadre que se situent les criminels présentant des troubles de la personnalité.

L'ÉVALUATION DE LA RESPONSABILITÉ

► Troubles de la personnalité et notion de responsabilité au niveau pénal

La responsabilité consiste en l'obligation de répondre de ses actes infractionnels et en cas de condamnation d'exécuter la sanction prononcée. Elle n'est donc pas un élément de l'infraction, elle n'en est que la conséquence juridique.

La notion de responsabilité est interdépendante des notions d'imputabilité et de culpabilité. En droit français, l'attribution de la faute se fonde sur une double imputabilité (ou attribution) : morale et matérielle. L'imputabilité matérielle consacre le lien objectif unissant l'individu à l'acte commis tandis que l'imputabilité morale fait référence au libre arbitre propre à chaque individu de vouloir commettre ou non une infraction¹ et à sa compréhension de l'acte.

Sur un plan historique, la notion d'irresponsabilité au sens pénal fait son apparition dans le Code napoléonien de 1810 *via* l'article 64. Elle témoigne d'une rupture franche avec l'Ancien Régime qui faisait de la folie une excuse de responsabilité par son origine divine, et avait choisi de faire entrer la question de la responsabilité pénale de tout individu dans le domaine de la science.

La question de la responsabilité pénale, par conséquence et par nécessité, devient subordonnée aux avancées scientifiques et sa complexité amène les magistrats à confier son évaluation aux experts compétents, sans toutefois perdre la souveraineté de la décision de son prononcé.

La circulaire Chaumié de 1905 traduit cette corrélation étroite entre évolution des connaissances scientifiques et examen de la responsabilité

1. « Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre », article 121-3 du Code pénal qui précise également les exceptions.

de l'infracteur en introduisant un niveau intermédiaire entre responsabilité et irresponsabilité, l'ancêtre de l'actuelle atténuation de responsabilité.

L'article 122-1 du nouveau Code pénal de 1994 codifie l'héritage de cette évolution pénale et scientifique en proposant une double lecture de la responsabilité en fonction de ses deux alinéas¹.

Dans cet article, l'évaluation de la responsabilité du malade mental est soumise à deux conditions : le trouble doit avoir expressément existé « au moment des faits » et être « psychique ou neuropsychique », c'est-à-dire présenter une certaine gravité et être médicalement reconnu. L'hypothèse d'une troisième condition, le caractère imprévisible du trouble, sous-entendue dans certains arrêts jurisprudentiels reste discutable.

La stricte référence du trouble au « moment des faits » entraîne deux conséquences indissociables et impératives pour les experts :

- au niveau temporel, la maladie doit être contemporaine de l'action pour entraîner l'irresponsabilité ;
- au niveau causal, la maladie doit consister en un trouble mental en rapport direct avec l'infraction commise ou supposée l'être ; dans le cas contraire, la responsabilité subsiste.

Les troubles présentés doivent donc être suffisamment « graves » laissant donc la possibilité qu'un certain sens et degré de la responsabilité subsistent toujours. Cette nuance dans l'examen de la responsabilité fait naître une difficulté nouvelle pour l'expert psychiatre, celle de l'appréciation, « au moment des faits », de l'intensité suffisante ou insuffisante du trouble présenté par l'infracteur avant de se prononcer ou non en faveur de l'un ou l'autre des alinéas de l'article 122-1.

C'est la question qui prévaut chez ceux anciennement appelés demi-fous ou anormaux mentaux, qui ne sont « par suite de troubles psychiques ou de déficiences mentales durables altérant leurs fonctions supérieures de contrôle [...] pas pleinement capable d'apprécier le caractère délictueux de leurs actes ou de se déterminer d'après cette appréciation² ».

1. Article 122-1 du Code pénal : N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

2. Définition proposée lors des journées de défense sociale de Lille, en juin 1954.

Des sujets présentant des troubles de la personnalité, le DSM-IV dans sa version révisée donne une définition globale des troubles de la personnalité en tant que « modalité durable de l'expérience et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu ».

L'Organisation mondiale de la santé dans la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) propose, quant à elle, une définition des troubles de la personnalité par des « modalités de comportement profondément enracinées et durables consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociables de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. »

L'intérêt de ces deux définitions, outre celui d'apporter un éclairage sur les caractéristiques des troubles de la personnalité, est le terme qu'elles emploient pour aborder les troubles de la personnalité. En effet, que ce soit la conduite qui dévie ou des déviations des perceptions, pensées, sensations, et relation avec autrui, la déviance semble être la caractéristique stable des troubles de la personnalité.

La déviance selon le dictionnaire *Larousse* est le « caractère de ce qui s'écarte de la norme », il précise sa définition par la « position d'un individu ou d'un groupe qui conteste, transgresse et qui se met à l'écart des règles et des normes ». Par conséquent la déviance concerne la norme et la règle sociétale. De manière générale, on distingue deux formes de comportements déviants : la délinquance, lorsque la norme s'appuie sur la loi, et la marginalité, si la norme est purement sociale ou religieuse et n'entraîne pas de sanction juridique mais fait l'objet d'une réprobation.

En conséquence, la déviation, nous renvoie à la notion sociologique d'anomie (Aillet, 2000), et fut reprise par la criminologie pour désigner des comportements qui transgressent les normes légales. Ainsi, les troubles de la personnalité viennent s'inscrire en négatif à des attitudes et des comportements correspondant à des normes et des valeurs véhiculées par « la conscience collective¹ » d'une société donnée à un moment donné. En effet, parmi les définitions de la personnalité, on retrouve celle de (Millon, 1981) qui décrit la personnalité comme étant la manière habituelle avec laquelle une personne entre en interaction avec son

1. E. Durkheim définit la conscience collective comme l'ensemble des croyances et des sentiments partagés au sein d'une société par la majorité de ses membres, à l'origine des normes sociales et de la conformité.

environnement et avec soi. Cette manière de se comporter est le résultat de l'intégration dynamique de composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles (Féline 2002). À la fois stable et unique, l'agencement de ces différentes modalités constitue les traits de personnalité que sont les composantes relationnelles de la personne, ainsi que sa perception du monde et de lui-même dans son environnement.

On comprend donc que la personnalité et par conséquent les troubles de la personnalité s'appréhendent dans la manière que le sujet a d'être au monde, dans son rapport à l'autre et à soi. Le trouble de la personnalité va donc se caractériser par un mode relationnel et psychosocial rigide, illustré par des stratégies adaptatives défaillantes face au changement. Cependant, tout acte déviant n'est pas issu d'un trouble de la personnalité, en effet le DSM-IV-TR et la CIM-10 souligne le caractère durable des troubles de la personnalité qui devront s'inscrire dans le temps pour être reconnu comme tel.

L'arrivée prochaine du DSM-V de l'American Psychiatric Association confirmera cette difficulté adaptative du sujet présentant un trouble de la personnalité ainsi que sa stabilité dans le temps mais innove en proposant un gradient de gravité à chaque trait de personnalité retrouvé.

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET PASSAGE À L'ACTE CRIMINEL : À L'AUNE DE LA RESPONSABILITÉ

Plusieurs études publiées ces dernières années ont établi un lien statistique entre certains troubles de la personnalité et la survenue d'actes violents. Pris à l'inverse, cet argument souligne un risque accru pour un individu présentant un trouble de la personnalité de commettre un passage à l'acte violent et donc de se trouver confronté à la justice, interrogeant l'expert moins sur sa capacité de discernement au moment du passage à l'acte que sur sa capacité à contrôler ses actes.

► Lecture psychodynamique

Si le passage à l'acte peut être le révélateur d'un trouble de la personnalité, peut-il être alors l'indicateur d'un trouble de la personnalité en particulier ?

Le passage à l'acte n'étant pas un phénomène homogène, il n'existe pas de trouble de la personnalité qui lui serait spécifique. De même,

définir le passage à l'acte délictueux par une problématique psychopathologique particulière est réducteur. En effet, celui-ci vient s'inscrire et à la fois révéler une dynamique psychique singulière ainsi qu'un mode de fonctionnement spécifique qui lui confère toute sa subjectivité. Par conséquent, les auteurs d'actes pénalement répréhensibles se caractérisent par la diversité des profils de personnalité, où leur passage à l'acte est à appréhender plus comme un processus qu'un aboutissement.

Millaud (2009) émet le postulat que le passage à l'acte de façon générale « vise à réduire la tension anxieuse » où les enjeux sont des enjeux de vie ou de mort pour le sujet. Ainsi, le passage à l'acte par le recours à l'agir court-circuite la mentalisation, permettant de faire l'économie d'une élaboration psychique trop coûteuse pour le sujet. Chasseguet-Smirgel (1987) et par la suite Tardif (1998) illustrent le passage à l'acte par l'alexithymie où l'incapacité à mettre en mot et à distinguer émotions et sensations corporelles. C'est donc autour d'une carence de l'élaboration psychique que l'on va pouvoir regrouper les troubles de la personnalité les plus fréquemment observés chez les auteurs d'actes illégaux.

Parmi les troubles de personnalité concernés par cette déviance de la pensée, on retrouve, de manière non exhaustive, les troubles de la personnalité anti-sociale, narcissique, limite, paranoïaque...

Le fond commun sur lequel se développe la symptomatologie de ses troubles de la personnalité, rend compte habituellement d'une souffrance du narcissisme et d'une identité perturbée. Les relations que le sujet entretient avec lui-même et les autres questionnent l'appréhension de soi-même, sa perception et celle des autres. Plus le sujet se situe dans une relation de dépendance, plus il sera à même de développer des conduites destinées à contrôler l'autre dont il dépend. La dépendance affective amène un filtre particulier dans la perception cognitive des situations interpersonnelles et dans les représentations du sujet à l'égard de son environnement. Du point de vue de la relation, il lui faut toujours un objet sur lequel s'étayer, prendre appui, qui lui permette de fonctionner de manière plus ou moins adaptée et opérante.

Par conséquent, l'axe principal sur lequel reposent les troubles de la personnalité impliqués dans des passages à l'acte illégaux, se situe dans les rapports que le sujet pourra entretenir avec autrui et avec soi, dans un enjeu éminemment narcissique. La composante narcissique ainsi que ce mode de relation à l'autre et à soi, sont autant de signes d'une carence élaborative et donc d'un bon appareil à penser les pensées comme le nomme Bion.

Le DSM-IV-TR ainsi que la CIM-10 spécifient en effet que les déviations ne concernent pas seulement le comportement du sujet mais peuvent aussi concerner la cognition, telle que les pensées et la perception de soi et d'autrui. La cognition fait référence à la réflexivité (Roussillon 2008) et donc aux capacités du sujet de penser ses propres pensées en d'autres termes d'avoir des qualités d'introspection, d'élaboration et donc de discernement. Par conséquent, les troubles de la personnalité semblent faire le lit de l'altération du discernement du sujet. Ce raccourci peut être tentant, cependant la complexité des troubles de la personnalité réside dans leur hétérogénéité. Ainsi, le discernement du sujet n'est pas altéré dans sa totalité, celui-ci peut être capable de discerner la couleur verte de la couleur rouge, et néanmoins mal discerner les limites entre affection et sexualité.

Enfin, si le passage à l'acte est le moyen d'expression privilégié au sein des troubles de la personnalité, dominés par des carences d'élaboration psychique où l'agir impulsif court-circuite les capacités de discernement du sujet, celui-ci peut revêtir différents aspects et donc significations en fonction de l'organisation psychique du sujet. Ainsi, le recours à l'acte introduit par Balier (1996) vient se distinguer du passage à l'acte en révélant un moyen de défense contre des angoisses de perte et d'effondrement.

Par conséquent, loin d'être systématique, lors de la présence d'un trouble de la personnalité, l'altération du discernement au moment du passage à l'acte, telle que spécifiée dans l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal, trouve ses nuances dans les processus en œuvre dans ledit passage à l'acte.

► Lecture au travers du prisme des neurosciences

Que ce soit en France ou ailleurs, le débat concernant l'apport et la place des neurosciences dans l'examen de la responsabilité des auteurs d'infractions présentant non seulement des troubles mentaux graves mais aussi, et peut-être surtout, pour ceux présentant des troubles du contrôle de leurs actes fait rage (Stoléro, 2012).

Au Canada, certains juristes s'interrogent : « Est-il empiriquement vrai qu'une personne peut distinguer le bien du mal dans un acte mais être impuissant à l'empêcher, et la loi sur la responsabilité peut-elle s'adapter à ça ? » (Penney, 2012).

L'auteur de ces questions, après une revue partielle de la littérature existant sur le sujet dans les neurosciences conclut par l'affirmative aux

deux questions sous couvert, pour la seconde affirmation de démontrer l'incapacité à contrôler les actes en fonction de la circonstance.

Que nous apprennent les neurosciences en termes de relation entre certains troubles de la personnalité et responsabilité ?

L'existence de perturbations neurobiologiques au niveau des neurotransmetteurs chez les individus présentant des troubles de la personnalité n'est pas récente puisque Cloninger (1987) proposait déjà une telle approche de la personnalité et de ses variances. Il mettait ainsi en évidence des systèmes d'activation et d'inhibition comportementales au travers des différents systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques.

Les travaux de Libet, publiés également dans les années quatre-vingt, ont porté les prémices d'une nouvelle réflexion sur le libre arbitre. Ils ont, entre autre, mis en évidence l'existence d'espaces temporels entre l'apparition d'une intention, sa conscience par le sujet et l'action, la conscience de l'intention et l'action qui en découle n'étant séparé que de 200 millisecondes (Libet, 1985). L'auteur concluait que la décision de l'individu durant ces quelques millisecondes se limitait à laisser ou éteindre le processus cérébral en cours. L'individu au final ne posséderait que la capacité de contrôler et de stopper le processus neuronal enclenché (Piétrini, 2009). La première question posée est : quelle conséquence en termes d'imputabilité et de responsabilité si les structures inhibitrices de l'action violente sont altérées notamment lorsqu'il s'agit de troubles de la personnalité avérés ? La seconde : par quel moyen évaluer objectivement et assurément ce fonctionnement pour qu'il puisse être recevable au niveau judiciaire ?

Des travaux réalisés dans les suites de ces auteurs et dans les différents domaines des neurosciences ont confirmé l'existence sur des échantillons restés numériquement limités d'anomalies spécifiques chez les personnes présentant des troubles de la personnalité en particulier du Cluster B dans différents domaines :

- *neuropsychologique* : l'impulsivité et ses différentes dimensions (Baïs, 2012) l'empathie, le contrôle émotionnel, la prise de décision... ;
- *neurobiologique* : le rôle de plusieurs neurotransmetteurs a été mis en évidence dans la régulation de l'impulsivité et de l'agressivité comme la sérotonine (Asberg, 1976), les catécholamines (De Almeida, 2005) ou encore l'oxyde nitrique (Mouchabac, 2009) ;
- *neuroanatomique* : rôle en particulier de modifications fonctionnelles et anatomiques au niveau du cortex préfrontal chez les personnes présentant des comportements antisociaux (Yang, 2009) ;

- *génétique, héréditaire* : après l'abandon du gène du criminel, l'évolution s'est faite vers un modèle interactionniste entre génétique et environnement « favorable » (Garcia, 2010).

L'ensemble des travaux suggère la participation d'une ou plusieurs des composantes précédentes associée à une composante environnementale (modèle écologique publié par l'OMS en 2002).

Le législateur français, séduit par les travaux nord-américains concernant l'application des neurosciences à des fins judiciaires, propose, dans l'article 45 de sa loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, une ouverture de l'expertise judiciaire au domaine des neurosciences et en particulier à celui de l'imagerie cérébrale, incluant l'imagerie cérébrale anatomique et fonctionnelle.

Cependant, nombre d'auteurs anglo-saxons mettent en garde contre une dérive alarmante vers l'utilisation aveugle de la neuro-imagerie sans tenir compte du contexte socio-environnemental, historique et actuel du sujet (Husted, 2008).

Parmi les utilisations possibles, un rapport publié récemment par le Centre d'analyse stratégique (Oullier, 2012) souligne la tentation d'évaluer par l'imagerie cérébrale fonctionnelle la question de la responsabilité pénale afin de surseoir ou compléter l'analyse psychiatrique « régulièrement discutée, voire remise en cause ». Les auteurs du rapport, s'appuyant sur les limites actuelles du procédé et sur fond de prudence, recommandent dans leur conclusion que « compte tenu de l'absence actuelle de preuve scientifique sur la fiabilité de l'imagerie cérébrale fonctionnelle dans le cadre d'une expertise judiciaire, cette technologie ne saurait être utilisée comme preuve à charge ou à décharge ».

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET PRONONCÉ DU SECOND ALINÉA DE L'ARTICLE 122-1

Il est actuellement impossible en France d'obtenir des chiffres cohérents et objectifs concernant le prononcé de l'altération du discernement et du contrôle des actes, ainsi que des données concernant le profil psychiatrique et le devenir pénal des bénéficiaires.

Une première tendance peut néanmoins se déduire des études de prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral. La seconde concerne les résultats d'études réalisées auprès des experts psychiatres dont les conclusions d'expertises justifient l'octroi d'une altération de discernement et de contrôle des actes.

Un des façons d'approcher cette population se fait par le biais des études de prévalence de troubles mentaux en milieu carcéral. L'autre, plus rare, passe par les comptes rendus d'expertise psychiatrique pénale concluant à une altération du discernement au sens de l'article 122-1 second alinéa.

► **Les données épidémiologiques issues des études de prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral**

Les chiffres publiés annuellement dans l'annuaire statistique de la justice ne permettent pas de mettre en évidence la population carcérale bénéficiant d'une atténuation de responsabilité au sens de l'article 122-1. En effet, la justice les immerge dans l'ensemble des détenus responsabilisés et ne prévoit donc aucune disposition spécifique ou mesure distinctive à leur égard. Leur étude ne peut être qu'une extrapolation des études de prévalence de troubles psychiatriques au sens large et des troubles de la personnalité en particulier au sein de populations carcérales.

Plusieurs études internationales et nationales ont tenté d'apporter une réponse à la question de la réalité des malades mentaux incarcérés. Parmi les troubles de la personnalité retrouvés en détention, les troubles correspondant au cluster B selon le DSM-IV-TR prédominent, en particulier les personnalités borderline ou limite à expression psychopathique et antisociale. L'étude récente réalisée par Martins de Barros (2008) confirme ce lien entre personnalité antisociale, personnalité limite et criminalité et violence tout en soulignant des différences criminologiques au niveau du type de passage à l'acte. En fonction des études, leur proportion varie de 15 % à 60 % de la population pénale.

La méta-analyse de Fazel et Danesh publiée en 2002, analyse des études publiées principalement entre les années 1980 et 1990, trouve la présence de deux principaux troubles de la personnalité au sein des populations carcérales, les personnalités antisociales et les personnalités borderline avec une proportion globale de 47 % toutes études confondues.

En 2004, est publiée une étude française sur les patients suivis en service médico-psychologique régional (Prieto, 2004). Le taux de troubles de la personnalité suivis est de 34 %.

Une étude française de 2010 (Nioche, 2010) mettait en évidence une prévalence de 23,6 % en détention uniquement pour la personnalité psychopathique.

La présence d'une forte concentration de sujets présentant des troubles de la personnalité en détention s'accompagne d'un certain nombre de difficultés en particulier en ce qui concerne les passages à l'acte. Une étude déjà ancienne attribuait près de 80 % des tentatives de suicide ou d'automutilation, et plus de 60 % des incidents graves survenant en détention à des personnes présentant des troubles de la personnalité (Durand-Viel, 2000).

► **Troubles de la personnalité et second alinéa de l'article 122-1 selon les experts**

Une étude est en cours de réalisation sur un échantillon d'une centaine d'expertises retenant l'altération du discernement et du contrôle des actes, sur une période de dix ans et menées par quatre experts différents.

Les résultats préliminaires mentionnent un diagnostic de troubles de la personnalité dans plus de 60 % des cas.

Parmi ces troubles de la personnalité, le trouble principalement retenu est celui de trouble de la personnalité borderline ou personnalité émotionnellement labile, alors que les personnalités antisociales ou dyssociales sont faiblement représentées (moins de 8 % des cas). Dans les mêmes proportions, d'autres troubles de personnalité sont retrouvés : paranoïaque, schizoïde, narcissique, peu différenciés dans les études de prévalence des troubles de personnalité en milieu carcéral.

Le trouble de personnalité est associé à un autre diagnostic dans près de 95 % des cas et une comorbidité alcoolique est soulignée dans 50 % des situations décrites.

Pour l'ensemble des experts, la justification de l'altération du discernement et du contrôle des actes s'appuie sur la mise en évidence du trouble de la personnalité dans sa cohérence et sa concordance avec les actes reprochés.

Toutefois, si la question de l'abolition du discernement peut se poser, le critère « absence de trouble mental grave » vient l'infirmier. Enfin, les conduites addictives sont très rarement évoquées comme facteur d'altération ou d'abolition complémentaire (environ 6 % des cas).

CONCLUSION

L'hypothèse de l'atténuation de responsabilité flirte alors avec celle de la dangerosité au point de risquer de s'y diluer et de faire, par

extrapolation, du bénéficiaire du second alinéa de l'article 122-1 une personne doublement dangereuse : un malade dangereux et un individu dangereux.

La clinique du passage à l'acte, mise en parallèle du trouble de personnalité présenté, rend compte de la complexité de l'évaluation du degré de discernement du sujet au moment des faits. Cependant, la lecture psychodynamique et psychocriminologique du passage à l'acte ainsi que l'apport récent des neurosciences, leurs attraits, peuvent amener des éléments pertinents de discussion *a posteriori*, concernant l'évaluation par l'expert du degré de discernement et de contrôle des actes de l'incriminé. Mais, l'utilisation concrète des neurosciences et leur application au niveau judiciaire restent encore actuellement très discutées, incertaines et empreint de vigilance.

BIBLIOGRAPHIE

AILLET V., LE QUEAU P. (2000). *De l'anomie à la déviance : réflexions sur le sens et la mesure du désordre social*, CREDOC, cahier de recherche n° 145.

ASBERG M., TRÅSKMAN L., THOREN P. (1976). « 5-HIAA in cerebrospinal fluid : a biochemical suicide predictor ? », *Arch. Gen. Psychiatry*, 33,10, 1193-1137

BAÏS C. (2012). *L'impulsivité au cœur du passage à l'acte violent : étude transversale sur 90 personnes détenues à la maison d'arrêt de Villeneuve-Lès-Maguelone*, thèse de doctorat de médecine, faculté de médecine de Montpellier, France.

BALIER C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF.

CHASSEGUET-SMIRGUEL J. (1987). « L'acting-out, quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique », *Revue française de psychanalyse*, 51, 4, 1083-1099.

CLONINGER C.R. (1987), « A systematic method for clinical and classifica-

tion of personality disorders », *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 573-88

DE ALMEIDA R.M., FERRARI P.F., PARMIGIANI S., MICZEK K.A. (2005). « Escalated Agressive behavior : dopamine, serotonin and GABA », *Eur. J. Pharmacol.*, 5, 526 (1-3), 51-64.

DURAND-VIEL F., DAUVER B., CRASNIER S. (2000), « Suicides et tentatives de suicide en milieu pénitentiaire », *Forensic*, 4, 56-59.

FAZEL S., DANESH J. (2002). « Serious mental disorder in 23 000 prisoners : a systematic review of 62 surveys », *The Lancet*, 359, 16, 545-550.

FELINE A., GUELFY JD., HARDY P. (2002). *Les Troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion, coll. « Médecinesciences ».

GARCIA L.F., ALUJA A., FIBLA J., CUEVAS L., GARCÍA O. (2010). « Incremental effect for antisocial personality disorder genetic risk combining 5-HTTLPR and 5-HTTVNTR polymorphisms », *Psychiatry Res.*, 15, 177 (1-2), 161-166.

HUSTED D., MYERS W., LUI Y. (2008). « The limited role of neuroimaging in determining criminal liability : An overview and case report », *Forensic Science International*, 179, 9-15.

LETURMY L., SENON J.L. (2007), « Responsabilité et irresponsabilité pénale », in Senon *et al.*, *Psychocriminologie*, Paris, Dunod, 113-125.

LIBET B. (1985). « Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action, Behavioural and Brain », *Sciences*, 8, 529-566.

MARTINS DE BARROS D., PADUA SERAFIM A. (2008). « Association between personality disorder and violent behavior pattern », *Forensic Science International*, 179, 19-22.

MILLAUD F. (2009). *Le passage à l'acte : Aspects cliniques et psychodynamiques*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

MILLON T. (1981). *Disorders of personality : DSM-III : AXIS II*, New York, Wiley.

MOUCHABAC S. (2009). « Comportements impulsifs, agressivité et oxyde nitrique », *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 36, 19-28.

NIOCHE A., PHAM T.H., DUCRO C., DE BEAUREPAIRE C., CHUDZIK L., COURTOIS R., RÉVEILLÈRE C. (2010). « Psychopathy and associated personality disorders : searching for a particular effect of the borderline personality disorder ? », *L'Encéphale*, 36, 3, 253-259

OULLIER O. (coord.) (2012). « Le cerveau et la loi. Analyse de l'émergence du neurodroit », Centre d'analyse stratégique, de <http://www.strategie.gouv.fr>,

rubrique publications/les documents de travail.

PENNEY S. (2012). « Impulse control and criminal responsibility : Lessons from neuroscience » [version électronique], *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 99-103.

PIETRINI P., BAMBINI V. (2009). « Homo ferox : The contribution of functional brain studies to understanding the neural bases of aggressive and criminal behavior », *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 259-265.

PRIETO N., FAURE P. (2004). « La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR », *L'Encéphale*, cahier 1, 525-531.

RAYMONDIS L.M. (1963). « Quelques aperçus sur le problème de la subsistance de l'aptitude à la sanction chez le malade mental interné », *Revue Science criminelle*.

ROUSSILLON R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, Paris, Dunod.

SENON J.-L., MANZANERA C. (2006). « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales médico-psychologiques*, 164, 818-827.

TARDIF M. (1993). « La psychanalyse individuelle », in Aubut J., *Les Agressifs sexuels. Théorie, évaluation et traitement*, Montréal, La Chenelière, 155-205.

YANG Y., RAINE A. (2009). « Pre-frontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent and psychopathic individuals : a metaanalysis », *Psychiatry Research*, 30, 174 (2), 81-88.

Chapitre 15

Les expertises psychiatriques et psychologiques dans leur état actuel vivent-elles leurs derniers jours ?

Alain Penin

INDISPENSABLES POUR ÉCLAIRER la cour et les parties en matière pénale, spectaculairement utilisées par les médias avant, pendant et après le procès, les apports des experts psychiatres et psychologues sont indispensables. Toutefois, ils sont souvent décriés, parfois vilipendés, dans le meilleur des cas utilisés de façon partielle, comme en témoigne leur exploitation dans des affaires plus ou moins récentes à fort retentissement.

L'expert, homme de l'art, de l'évaluation, de l'analyse doit justifier d'une expérience professionnelle de très haut niveau et savoir communiquer avec précision, trouver la limite entre vulgarisation et vulgarité, mais dans tous les cas se dédouaner de ses convictions personnelles, de ses orientations théoriques et cliniques, faute de commettre des erreurs ou des approximations extrêmement dommageables pour le justiciable.

Ces insuffisances sont singulièrement présentes lorsqu'il s'agit de se prononcer, de façon transversale sur la prédiction de la dangerosité criminologique, concept qui dépasse les compétences classiques des psychiatres et des psychologues qui ne se sont pas donné les moyens d'analyse et d'évaluation multifactorielle, et qui se privent de méthodes

d'analyse en particulier actuarielles pour prendre en compte tous les éléments de l'évolution biographique et de la personnalité des justiciables.

L'histoire montre bien, avant l'apparition officielle de l'expertise psychologique et de la nouvelle rubrique consacrée aux prestations de psychologie légale dans le Code de procédure pénale, que les experts psychologues notamment ont agi par le passé dans le flou, dans l'inconfort, voire dans la clandestinité ou l'illégalité pour les plus anciens d'entre nous.

En effet, dans les années 1960 le Code de procédure pénale ne permettait pas aux psychologues de rencontrer seul un inculpé et ne prévoyait pas qu'il puisse témoigner devant une cour d'assises. Il était toléré au côté du psychiatre et a été amené à faire valider ses apports et à lutter pour être reconnu.

Ce n'est que depuis le 4 janvier 1993 que la loi n° 93 -2 modifie le huitième alinéa de l'article 81 : « Le juge d'instruction peut prescrire un examen médical, un examen psychologique ou ordonner toute mesure utile. »

Le code précise :

« L'examen psychologique est confié à un expert psychologue. Cet examen tend à relever les aspects de la personnalité de la personne mise en examen (affectivité émotivité etc.) a déterminer ses niveaux d'intelligence, d'habilité manuelle, d'attention, à fournir des données utiles pour la conduite d'instruction et le jugement de l'affaire. »

L'étude attentive du code permet de relever une contradiction majeure, qui se heurte à la pratique et aux habitudes, au motif qu'« il est procédé à l'examen psychiatrique toutes les fois que l'attention du magistrat est appelée, notamment par l'examen médical ou psychologique ou par l'enquête sociale, sur l'existence possible de troubles psychiatriques. Confié à des médecins experts psychiatres, cet examen a pour objet de déterminer si les perturbations de la personnalité peuvent être situées dans l'ensemble des affections psychopathologiques connues. Il tend en outre à permettre un pronostic sur l'évolution ultérieure du comportement et un avis sur le traitement envisagé ».

En pratique, les *expertises psychiatriques* sont utilisées d'emblée et beaucoup plus largement, à tous les stades de la procédure :

- elles débutent dès l'enquête par les évaluations souvent polémiques pendant la garde à vue ;
- elles se poursuivent au moment de l'instruction ;
- elles sont utilisées lors du jugement, notamment par la comparution de l'expert lors des débats oraux ;

- elles sont enfin utilisées après le jugement, à la demande du juge d'application des peines.

Les *expertises psychologiques*, qui peuvent être demandées à chacun de ces stades, font donc parfois double emploi dans le meilleur des cas où elles deviennent l'objet de contradictions et donc de débats lorsque les experts psychiatres et psychologues établissent des analyses partiellement ou totalement différentes, décrédibilisant de fait totalement la validité de leurs apports.

Les *questions posées par le magistrat aux experts psychiatres et aux experts psychologues* sont apparemment distinctes, mais l'expérience montre qu'il peut exister des chevauchements, un double emploi ou pire des contradictions apparaissant au grand jour lors de la comparution lors d'un procès pénal, et qui prennent un relief singulier en fonction de l'ordre de passation des experts à la barre. À cet égard, une clarification ou une modification des questions posées à chacun des experts devient une criante urgence.

Les *questions traditionnellement posées dans le cadre des expertises psychiatriques* sont relatives à « la présence de troubles mentaux chez l'individu et la relation entre ces derniers et les faits reprochés » :

- l'abolition ou l'altération de son discernement en raison des troubles mentaux diagnostiqués ;
- l'état dangereux, l'accessibilité aux soins, l'accessibilité à une sanction pénale et les capacités de réadaptation sociale ;
- concernant les infractions sexuelles, la nécessité éventuelle d'une injonction de soins ;
- l'évocation de la prise en charge psychiatrique éventuelle du sujet.

Les *questions traditionnellement posées dans le cadre des expertises psychologiques* portent sur la description de la personnalité du sujet dans son unité, sa complexité et sa globalité, dans les domaines de « l'intelligence l'affectivité et la sociabilité, en appréciant leur dimension pathologique éventuelle » et sur les conditions de la structuration de cette personnalité en prenant en compte le milieu, les conceptions éducatives et l'histoire de l'intéressé, comme le formule en général la seconde question de la mission : « faire ressortir les facteurs personnels, familiaux et sociaux ayant pu influencer sur le développement de la personnalité ».

L'expert évalue donc la situation du sujet en fonction de l'existence d'éléments pathologiques éventuels et des faits qui lui sont reprochés.

Il analyse les caractéristiques et les singularités de sa personnalité, les conditions générales qui ont concouru à sa formation ainsi que « les mobiles intellectuels et les motivations affectives qui inspirent généralement sa conduite ».

On voit bien à la lumière de ces deux séries de questions qu'il est utile et qu'il devient extrêmement urgent de clarifier ou de préciser le *distinguo* qu'il convient d'établir entre la présence de troubles mentaux et « les composantes pathologiques » ou « les dimensions pathologiques éventuelles de la personnalité ».

En pratique, le sujet qui bénéficie des dispositions de l'article 122-1 du Code pénal, s'il existe une abolition ou une altération de son discernement en raison des troubles mentaux décelés au moment des faits commis, échappe au procès, et la mission du psychiatre est terminée, sauf s'il doit venir développer ses conclusions devant la chambre de l'instruction, pratique qui se développe depuis peu.

Si ces dispositions ne sont pas retenues, le psychiatre qui sera entendu lors du procès pénal sera amené à décrire la personnalité, à évoquer l'existence de ses troubles éventuels, anticipant sur la déposition de l'expert psychologue s'il intervient après lui.

En effet, la question concernant les « troubles mentaux » posés au psychiatre se rapproche fortement à l'examen des « composantes pathologiques éventuelles » des dispositions de la personnalité du mis en examen, posée au psychologue et se superpose totalement à l'examen des « anomalies mentales qui ont pu intervenir dans la commission de l'infraction » question faisant partie intégrante de la mission du psychologue.

De plus, l'évaluation de « l'état dangereux » proposé au psychiatre se superpose également de façon claire à la question de la possibilité « de réadaptation, ou des moyens à mettre en œuvre pour la favoriser » demandée au psychologue.

LES ORGANISATIONS PATHOLOGIQUES DE LA PERSONNALITÉ

Quels que soient les modèles théoriques utilisés pour tenter de définir la personnalité, il semble que l'on puisse s'entendre sur sa définition : « organisation dynamique des aspects intellectuels, affectifs, comportementaux, physiologiques et morphologiques de l'individu en interaction avec son milieu ».

Chacun sait que la personnalité se construit progressivement, jusqu'à l'adolescence et que les éléments innés, le capital génétique se développent en interaction avec l'environnement, d'abord familial, scolaire puis social. Elle s'organise au cours d'étapes successives maturantes que l'on peut appeler stades ou organisateurs, elle est susceptible de se fixer ou de régresser.

On observe donc que la personnalité peut être considérée comme un mode privilégié de comportement et d'adaptation au monde. Ce mode privilégié constitue ce que l'on appelle trait de personnalité ou de caractère. Cet ensemble organisé de traits est stable et prévisible. La personnalité que l'on pourrait qualifier de « normale » comporte donc des traits stables mais qui ne sont pas totalement figés, certains aspects pouvant être mobilisés chez l'adulte.

La personnalité pathologique peut donc se définir par la répétition de comportements inadaptés en accord avec la structure psychique, malgré la souffrance qu'ils occasionnent à la personne et à son entourage.

Cette notion de souffrance semble au premier plan. Les sujets pathologiques entretiennent avec le monde et l'environnement des relations conflictuelles, mais ils ne peuvent s'y adapter, les vivant de manière rigide et stéréotypée. Les mécanismes de défense du moi sont insuffisants ou non adaptés, si bien que les relations à autrui deviennent complexes et sont marquées par l'incapacité à évoluer et à tenir compte de l'expérience vécue.

La fixation ci-dessus évoquée rend le sujet incapable de nouer des relations d'étayage, ce qui entraîne une répétition d'avatars relationnels et qui rend le sujet vulnérable au moment d'affronter l'existence.

Il est donc clair que le trouble de la personnalité, ou son organisation pathologique, ne représente pas une maladie mentale psychiatrique, où un trouble mental évolutif objectivé par des symptômes.

Les troubles de la personnalité qui entravent le sujet dans sa vie quotidienne peuvent être observés sans prérequis théorique en utilisant soit l'axe II du DSM-IV soit la CIM-10.

À cet égard, par exemple le recours à la CIM-10 peut être utile si l'on cherche à regrouper certains comportements relativement constants en cas de passage à l'acte, sans tomber dans l'imprécision du fourre-tout du concept « d'état limite » qui est très fréquemment évoqué dans les prétoires, sans que les bénéficiaires du procès comprennent grand-chose aux déclarations de l'expert.

Le mode relationnel de cette personnalité limite est toujours insatisfaisant, marqué par des ruptures, avec un sentiment de vide, d'abandon.

On sait que la séparation est impossible à vivre, on observe toujours une violence et une ambivalence dans les sentiments entre la haine et l'amour. Le maintien de toute relation affective amoureuse sociale stable est impossible.

On est donc ici au carrefour des deux spécialités, et les chevauchements de chacun des deux spécialistes dans le rapport final est inéluctable.

Il est donc clair désormais que la mise en place d'une expertise conjointe puisse être une solution. Son préalable doit naturellement être l'existence d'un consensus clinique et juridique concernant l'expertise dans sa méthodologie.

UNE ÉVOLUTION POSSIBLE : L'EXPERTISE PSYCHO-CRIMINOLOGIQUE

Sa nécessité apparaît une évidence. Une fois éliminée l'existence de troubles mentaux évolutifs, la description de la personnalité normale ou pathologique peut être abordée par chacun des spécialistes.

La question du passage à l'acte, la tentative de compréhension des motivations, à la lumière des facteurs de personnalité et en fonction des circonstances de l'environnement devient donc ici essentielle.

Il conviendra alors d'examiner dans un premier temps très attentivement les pièces de la procédure, d'exploiter le discours du sujet par rapport à son acte et face aux divers intervenants dès le début de l'enquête, le discours des proches concernant les habitudes de vie et les changements anciens ou récents qu'ils ont pu observer. Le regard psychocriminologique permettra alors de répondre à la question : « Pourquoi au moment des faits, ce sujet a commis un acte d'une telle nature ? »

On s'attachera alors à l'étude du contentieux, à la recherche d'arriérés d'agressivité, de désaccords ou d'incompréhensions avec pour corollaire l'impossibilité de dénouer la problématique.

On étudiera minutieusement la situation pré criminelle en fonction du contexte existentiel puis en se saisissant des éléments d'énoncés implicites ou de la problématique non résolue.

On observera et explorera les situations à risque en fonction des habitudes de vie du sujet de ses errements affectifs, de ses rapports aux toxiques et de sa capacité plus ou moins grande à tolérer la frustration.

On s'intéressera avec précision à l'événement déclenchant en recherchant le caractère irritatif de certaines situations qui renvoient le sujet

à sa problématique, on recherchera les gestes qui prennent trop de sens, les mots qui deviennent intolérables et qui peuvent expliquer le déclenchement du passage à l'acte.

Bien naturellement, la description de la personnalité restera au premier plan. Qui est cet homme ? Comment s'est-il structuré au fil de son évolution, de son histoire de vie ? Quels sont les comportements habituels qui inspirent sa conduite ?

Comment les facteurs comportementaux stables et prévisibles, comment la répétition de comportements inadaptés permettent-ils de comprendre ou d'aborder les dispositions psychologiques qui étaient celle du sujet avant les faits ?

Qui est cet homme qui ne peut tolérer la contrainte ou la frustration, qui est rétif à toute autorité aux consignes qui privilégie l'indépendance ?

Quel est son environnement, quels sont ses facteurs de stress en milieu familial ou professionnel, qu'en est-il de sa consommation de toxiques..., etc. ?

En dehors des problèmes de démographie des experts, de la lente et constante dégradation de leurs conditions d'exercice, entraînant un découragement massif et un défaut d'intérêt des jeunes professionnels pour cette pratique, la mise en place de cette expertise psychocriminologique permettrait de décloisonner les concepts actuels d'expertise psychiatrique et d'expertise psychologique, conférant beaucoup plus de fluidité d'objectivité aux évaluations des personnes expertisées.

La dimension humaine privilégiée dans chaque affaire doit constituer une valeur ajoutée pour autant que les experts se donnent les moyens d'une réflexion, d'une formation, et de la promotion d'un consensus clinique. Il reste évident naturellement que la formation des experts devra comporter des connaissances du Code pénal et de la procédure pénale, et devra porter également sur la criminologie et la victimologie mais également sur la connaissance du système judiciaire.

CONCLUSION

Faute d'être réformée rapidement, la pratique de l'expertise psychiatrique et de l'expertise psychologique risque fort pour les raisons ci-dessus évoquées de trouver ses limites. L'expertise doit rester un acte important, à l'interface entre la société et ses représentants, l'auteur et la victime.

L'expert doit impérativement maintenir un niveau d'exigence dans sa formation initiale et continue, actualiser ses connaissances, acquérir

des connaissances périphériques dans le domaine du droit et de la criminologie.

Une fois réglée la question de l'irresponsabilité, après attribution ou non des dispositions de l'article 122-1 du Code pénal, la réflexion conjointe sur les organisations pathologiques de la personnalité semble de nature à alimenter une expertise qui pourrait être psychocriminologique et dont la mission pourrait se décliner par exemple de la manière suivante :

- analyser les dispositions de la personnalité et en apprécier éventuellement leurs dysfonctionnements ou leur organisation pathologique ;
- faire ressortir les éléments de l'histoire individuelle ayant eu une influence significative sur la construction de cette personnalité ;
- évoluer le potentiel et l'efficacité intellectuelle ainsi que le fonctionnement cognitif ;
- préciser si des dispositions de la personnalité décrite et des circonstances psychosociales particulières ont pu intervenir dans la commission de l'infraction ;
- d'une façon générale, fournir toutes indications psychologiques, psychopathologiques et criminologiques sur la dynamique du passage à l'acte ;
- indiquer les mesures à prendre pour favoriser une évolution positive du mis en cause sur le plan psychologique et sur le plan social.

Cette évolution qui semble inéluctable doit, compte tenu du haut niveau de formation exigée pour les experts et du défaut d'attractivité de cette pratique, entraîner bien naturellement une revalorisation très significative de la rémunération, proportionnelle aux exigences de qualification et de prestations qu'elle nécessite.

Chapitre 16

Les troubles de la personnalité et les tests

Geneviève Cedile

L'UNE DES FONCTIONS IMPORTANTES du psychologue, à la différence du psychiatre consiste dans le cadre de la clinique ou de la pathologie à faire passer des tests à ses patients. L'entretien clinique permet certes une évaluation de la personnalité, mais pour une étude plus approfondie on peut y ajouter la passation de tests de personnalité qui va apporter une évaluation dynamique et plus complète de la personne à expertiser.

Les tests utilisés par les psychologues sont de deux sortes : les tests psychométriques et les tests de personnalité.

Les tests psychométriques servent à évaluer les performances cognitives et mnésiques des sujets et seront exclus de cette étude. Les tests de personnalité servent à permettre au patient d'avoir une meilleure connaissance de lui-même par rapport à la normalité. Ils permettront également d'affiner un diagnostic médical de trouble mental. Par exemple pour un diagnostic de psychose, les tests aideront le psychologue, mais également le psychiatre pour la mise en place de la meilleure prise en charge d'un sujet, par exemple en évaluant sa dangerosité. Un exemple récent : la psychologue étranglée par un de ses patients vient de confirmer, si besoin était, le risque que certains malades mentaux peuvent présenter pour leur thérapeute.

Il est certain que les tests de personnalité sont plus sujets à caution et considérés comme moins fiables que les tests psychométriques, car

leur étude en est moins standardisée et la subjectivité peut y être plus importante quant à l'interprétation des résultats.

La passation et l'interprétation de toute forme de tests exigent de l'examineur une formation régulièrement réactualisée, une expérience et une compétence spécifiques, ce qui permettra d'éliminer au maximum le risque de subjectivité.

Dans un test de personnalité le psychologue étudiera non seulement le résultat obtenu, mais également le comportement du sujet durant l'épreuve, ses réactions, ses refus, ses remarques, le temps mis à répondre, tous ces facteurs permettent de cerner au plus près sa personnalité.

Au civil, les tests de personnalité ne seront pratiquement pas employés dans le cadre de l'évaluation du dommage corporel, en revanche, ils seront utilisés dans le cadre des affaires patrimoniales pour étudier, lors de l'expertise des différents membres d'une famille lors d'un divorce conflictuel, la personnalité des parents et mettre en évidence d'éventuelles pathologies et le ressenti des enfants par rapport au divorce de leurs parents.

COMMENT ET EN QUOI LES TESTS PEUVENT-ILS AIDER À OBJECTIVER DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Les tests sont utilisés pour déceler les traits essentiels de la personnalité mettre en évidence la structure de caractère, rechercher si le profil clinique est normal ou pathologique, éventuellement apporter des éléments pour détecter une simulation ou une tentative de manipulation. Ils permettent de voir s'il existe ou non une congruence avec l'entretien, par exemple si une personne ne cesse de pleurer lors de l'entretien, on devrait trouver un résultat élevé dans les échelles de dépression et d'anxiété, si ce n'est pas le cas on peut se poser la question sur la réalité d'affects dépressifs exprimés parfois de façon bruyante, voire même théâtrale et la réalité du ressenti profond de la personne expertisée.

Les tests permettent d'affiner l'étude de la dépression : de mesurer son intensité et sa forme. Il ne faut pas oublier que la dépression aura un impact important également sur les capacités intellectuelles d'un sujet. Le ralentissement en est un des effets majeurs constatés, il vient s'ajouter au manque de confiance, d'assurance et à la perte de l'estime de soi due à la dévalorisation de son image, ainsi qu'au manque de motivation. Tout ceci entraînera une perte d'efficacité notable qui pourra être évaluée par les résultats obtenus pour les tests cognitifs et mnésiques.

Il existe également une forme de dépression difficile à évaluer qu'on nomme la dépression masquée, celle-ci a été très bien étudiée en psychopathologie dans le cadre de la psychosomatique. Plus on a de capacités d'élaboration mentale, moins on a de risque de somatiser les émotions, la somatisation constitue la réponse au stress lorsque la personne n'a pas les mots pour exprimer sa douleur, celle-ci se traduit par une désorganisation somatique qui a été étudiée en tant que « dépression actuelle » ou « alexythimie » : cela correspond à une grande pauvreté d'affects et c'est le signe d'une dépression masquée, c'est dans la grande majorité des cas le fait d'une personnalité rigide. Dans le TAT (*Thematic Aperception Test*), l'étude des réponses données aux planches permettra de mettre en évidence une des caractéristiques de ce type de personnalité : l'accrochage à la réalité extérieure qui vient se substituer à la défaillance du monde interne.

Lorsque le psychologue se trouve en face de personnes ayant vécu un événement particulièrement traumatisant, il cherchera à étudier l'état de stress post-traumatique des intéressés et pour cela utilisera des questionnaires spécifiques : le PCL-S (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale*) et l'IES (Échelle révisée d'impact d'événement traumatisant).

Les tests peuvent aider le médecin lorsqu'il s'agira pour lui de décider si une personne doit faire l'objet d'une mesure de sauvegarde : tutelle ou curatelle.

LES PRINCIPAUX TESTS EMPLOYÉS

Les questionnaires de personnalité

- Le MMPI (Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota).
- le PNP de Pichot.
- Test de frustration de Rosenzweig.
- Test de l'arbre.
- Échelles de dépression.
- Échelles d'anxiété.
- L'inventaire de dépression de BECK.
- Le PCL-S : *Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scal*.
- L'IES : Échelle révisée d'impact d'événement traumatisant.
- Les dessins d'enfants.
- Le dessin de la famille.
- Le dessin du bonhomme de Goodenough.

Les tests projectifs

- Rorschach.
- TAT (*Thematic Aperception Test*) ou CAT pour les enfants.
- PN : Patte Noire.
- Hand Test.
- Family Test.
- Les échelles actuarielles.

TESTS UTILISÉS AVEC LES ENFANTS

Les enfants, en particulier les plus jeunes, ont des difficultés à exprimer verbalement leurs émotions, celles-ci passent plutôt par le comportement, l'étude de leur mutisme ou de leur hyperactivité constituera une source d'informations pour le psychologue, les tests seront un complément fort utile à cette étude.

► Le Rorschach

Ce test est enseigné de façon spécifique en psychologie clinique des enfants afin d'étudier leur personnalité. Pour les enfants le classement se fait selon les réponses données et les âges ; les enfants sont considérés comme : normatifs, ayant des traits névrotiques, névrotiques, caractériels, immatures, déficitaires, prépsychotiques ou psychotiques.

► Le *Children Aperception Test* (CAT)

Pour le CAT dix planches seront présentées à l'enfant et la consigne sera la même : raconter une histoire en rapport avec l'image présentée. Le test est présenté comme un jeu fondé sur la communication par le discours. Contrairement au TAT où les planches représentent des humains dans le CAT il s'agira d'animaux, car cela facilite la projection chez les jeunes enfants. Cela permet d'évaluer leur fonctionnement psychique. Le psychologue étudie les procédés d'élaboration du récit, les rapports à l'environnement, en particulier aux personnages parentaux, la nature des anxiétés, les mécanismes de défense contre les conflits et les craintes exprimées, en particulier les évitements phobiques, le refoulement ou le contrôle, la problématique dans les thèmes abordés : oral, anal ou phallique, la nature des anxiétés, la sévérité du surmoi (la force des

interdits), l'identité et les identifications, et les processus de pensée et d'adaptation : appropriés ou non.

► Le PN : les aventures de Pattenoire

Ce test a été créé afin d'explorer les conflits de l'âme enfantine en partant du même principe que le CAT, à savoir que les enfants s'identifient facilement à un animal, ici un petit cochon qui a une patte noire : le cochon étant un animal de prédilection dans les psychodrames d'enfants. Il existe une version du test avec un mouton pour les enfants d'origine musulmane. L'enfant est invité à sélectionner et à choisir les planches qu'il veut conserver puis de raconter une histoire. Raconter l'histoire d'un petit cochon et de son entourage à travers différentes planches montre la capacité de l'enfant à lier entre elles des représentations et des affects. Le psychologue étudie les préférences et identifications de l'enfant, ses capacités d'individuation et de différenciation et de repérage spatial.

► Le *Family Aperception Test* (FAT)

Ce test permet d'étudier les relations d'un enfant au sein de sa famille, en mettant en scène des situations et des activités familiales habituelles. Les planches susciteront un vaste éventail d'associations projectives qui permettront au psychologue de connaître la structure de la famille et les réactions affectives en rapport avec les interactions spécifiques entre les membres de cette famille. L'étude portera essentiellement sur les conflits familiaux et leur mode de résolution, la définition des limites : l'intervention parentale correspond-elle aux principes éducatifs habituels ? la qualité des relations, qui est l'allié, qui est l'agent stressant ? la définition des frontières : l'organisation hiérarchique familiale sur un mode fusionnel ou distancié : système familial ouvert ou fermé, les mauvais traitements : maltraitance, abus sexuel ou abandon ?

Dans tous les tests projectifs pour enfants l'étude porte aussi sur la problématique œdipienne.

Les tests qui viennent d'être présentés font appel à la verbalisation de l'enfant. Certains autres tests sont des épreuves de jeu comme par exemple le scéno-test qui nécessite un matériel de jeu très élaboré, c'est un test très prisé en clinique infantile. Ce test qui met en scène les protagonistes de l'entourage et la constellation familiale permet à l'enfant de reproduire en miniature ses conflits affectifs par le biais du jeu.

LES DESSINS DES ENFANTS

Parmi les dessins imposés, le test du « bonhomme de Goodenough », qui consiste pour l'enfant à dessiner un bonhomme, permet d'avoir une double approche : celle de l'intelligence et celle de l'affectivité de l'enfant à travers une échelle de maturité qui permettra la cotation du dessin.

► Le dessin du bonhomme

Il obéit à une seule consigne : « S'il te plaît, dessine-moi un bonhomme. » L'analyse du dessin se fera par rapport à l'emplacement du bonhomme, les dimensions, les proportions des différentes parties du corps, la position, la posture et le mouvement, la couleur, la personnalisation, l'expression et l'environnement. Le dessin permettra de relever les traits de caractère de l'enfant, son développement affectif, et de mettre en évidence certaines pathologies.

Il ne faut pas tenter de faire dire n'importe quoi à un dessin d'enfant, mais dans quelques cas certains dessins sont particulièrement parlants dans le cas de véritables victimes d'agressions sexuelles et montrent à quel point toute la vie fantasmatique des enfants baigne dans la sexualité. Celle-ci envahit toutes leurs pensées conscientes et inconscientes, ils vivent dans une sorte de rumination mentale tournant uniquement autour de cet abus.

► Le dessin d'une famille

Il consiste à demander à l'enfant de dessiner deux familles : sa famille et une famille inventée. Ce test fournit au clinicien des indications sur la personnalité de l'enfant, le vécu de ses relations familiales et sa façon de réagir. Il permet de savoir comment l'enfant se situe dans sa propre famille. Fait-il des différences entre les générations, le couple parental est-il différencié ? Le père ou la mère est-il valorisé ?

► Le dessin d'une maison

Il a une double dialectique : la vie intérieure familiale et personnelle et l'ouverture vers les autres ; il permettra aussi de voir sa valeur protectrice, son ouverture sur l'extérieur, sa transparence ou son opacité, et de faire la part des notions de contenant et de contenu.

► Le D10

Ce test, créé pour les psychologues scolaires, consiste à demander à l'enfant de dessiner un paysage avec dix éléments : un homme, une route, une femme, des montagnes, un garçon, une maison, une fille, une rivière, un animal et une voiture. Le dessin est analysé à plusieurs niveaux : étude de la graphomotricité, attitude de l'enfant pendant la passation, place de l'enfant dans la famille, facteurs intellectuels et facteurs affectifs.

TESTS UTILISÉS AVEC LES ADULTES

► Le test de frustration de Rosenzweig

On place le sujet devant vingt-quatre images mettant en scène une situation de frustration afin d'étudier ses réactions, celles-ci pouvant donner des indications sur son caractère. L'interprétation des résultats est faite en tenant compte des réponses données par rapport à deux critères : la direction de l'agression : soit extra-punitif : l'agression est dirigée vers l'auteur de la situation de frustration (par exemple : c'est votre faute), soit intropunitif : l'agression est dirigée vers le sujet frustré (exemple : c'est ma faute) ou impunitif : l'agression est inexistante (par exemple : ce n'est pas grave). L'intolérance à la frustration est une donnée particulièrement importante dans l'étude des sujets de type états limites, narcissiques ou psychopathiques.

Le profil clinique peut être analysé à travers les tests projectifs : ce sont des tests qui ont pour but d'étudier les composantes non intellectuelles d'un individu. De nombreux tests projectifs sont étudiés en psychologie clinique tant pour les enfants que pour les adultes.

► Le test de l'arbre

Dans ce test, l'arbre est le support de la projection d'un monde interne. L'arbre a été choisi comme support de la personnalité à cause de sa valeur symbolique. En outre son image se rapproche de celle de l'être humain.

Le dessin est interprété en fonction de différents facteurs permettant de noter la passivité, le dynamisme, la pulsion animale et la régression chez le sujet.

L'étude portera tout d'abord sur la localisation du dessin dans la page, la taille de l'arbre, le tronc, le feuillage et la proportionnalité entre la

couronne et le tronc, sur la forme de l'arbre, le fait qu'il y ait ou non des racines (en général omises par les adultes équilibrés), le tronc et le feuillage. Le trait et ses particularités sont également très importants, ainsi la pression, la régularité ou l'irrégularité du trait vont donner des informations sur la vitalité, la confiance en soi, l'anxiété. Le dessin est ainsi interprété en fonction de différents facteurs permettant de noter l'image de soi, le plus ou moins grand centrage sur soi, la passivité, le dynamisme, la pulsion animale et la régression chez le sujet.

► Le Hand Test

Ce test consiste en une série de dix images représentant des mains, on demande au sujet d'imaginer ce que chacune des mains est en train de faire. La cotation s'effectue selon deux catégories quantitatives : réponses environnementales, interpersonnelles, inadaptées ou en retrait et qualitatives. L'interprétation se fait selon le type de réponse, cela permet d'étudier le rapport de l'individu avec autrui, ses attitudes vis-à-vis du monde et éventuellement de détecter des pathologies. L'un des intérêts de ce test est l'étude du rapport de passage à l'acte qui peut donner une idée précise du risque de passage à l'acte futur. Ce sera évalué d'après le nombre de réponses direction et agression car cela permet de suspecter un comportement manifeste antisocial de type *acting-out* chez un individu.

► Le Rorschach et le *Thematic Aperception Test* (TAT)

Ce sont des tests délicats à utiliser, qu'il faut connaître parfaitement, afin de ne pas faire preuve de subjectivité dans leur interprétation, un DU spécifique existe pour étudier à fond ces deux tests.

● Le Rorschach

Il s'agit là du plus connu des tests projectifs.

Rorschach est un psychiatre suisse qui a établi une relation entre les troubles mentaux de ses patients et les interprétations des taches. Il réalisa ce test en 1920 afin de déceler les traits essentiels de la personnalité humaine

Le sujet se voit proposé dix planches en noir et blanc ou en couleur et doit indiquer au psychologue ce qu'il y voit. Le matériel est standardisé et les conditions de passation, la cotation et le traitement des réponses sont codifiés, ce qui en fait un remarquable révélateur de la personnalité, aussi bien pour les enfants que pour les adultes.

L'interprétation se fera en fonction de différents critères : la localisation, le déterminant (forme, mouvement et couleur) et le contenu mais également selon différents axes : en étudiant le rapport au réel, l'expression de l'identité, l'angoisse et ses mécanismes de défense, la représentation de soi et les images parentales. L'étude exhaustive d'un protocole permettra de dégager un profil clinique du sujet

● Le TAT

Test créé par Murray en 1935 aux États-Unis constitué par une trentaine de planches dont on ne présente qu'une quinzaine car il existe une classification selon le sexe du sujet. Le contenu des histoires est étudié selon l'identification du sujet au héros, ses motivations, ses tendances et ses sentiments, avec étude de l'environnement, du thème choisi pour chaque planche. La dernière planche est blanche et permet au sujet de laisser place à son imagination. Le dépouillement se fait en classant les réponses dans des séries différentes selon les procédés utilisés par le sujet : rigidité, labilité, évitement du conflit et émergence en processus primaires. On évalue l'organisation défensive du sujet et ses problématiques.

Les tests projectifs permettront de mettre en évidence ;

- la personnalité du sujet ;
- ses mécanismes de défense contre l'angoisse ;
- sa façon de réduire les tensions ou les pulsions qui l'animent. Face à une situation de stress, agirait-il par la mentalisation, la somatisation ou le passage à l'acte ;
- l'intégration des interdits ;
- la gestion des conflits entre le désir et la défense ;
- l'image de lui-même ;
- les processus identitaires et la structure de l'identité ;
- son niveau de sociabilité ;
- la force de son moi.

On peut détecter des fonctionnements en faux self : une apparence de normalité, une adaptation de façade, souvent au prix d'un refoulement intense des affects, du gel des pulsions, et d'un mode de pensée de « type opératoire » où l'accent est mis sur la réalité extérieure, sur le factuel, le quotidien, qui viennent se substituer à un monde interne défaillant. Dans certains protocoles, l'inhibition domine, ainsi que l'évitement du conflit. D'autres sont plus labiles, plus hystériques, plus

dramatisés, voire même théâtraux, montrant l'insuffisance des fonctions de pare-excitation. À chaque personnalité son mécanisme de défense ! On remarque bien souvent des problèmes de repérages de limites, car celles-ci sont mal posées, poreuses. L'enveloppe est friable et l'on note un risque d'intrusion par manque de barrière de protection. D'autres protocoles sont beaucoup plus pathologiques, avec des émergences en processus primaires de type psychotique : défaillances majeures des conduites perceptives et de l'ancrage dans la réalité externe ; perturbations profondes liées à l'envahissement par le fantasme, troubles liés à la relation à autrui et troubles liés à la désorganisation de la pensée. Chez les pervers, on constate une tentative d'emprise formelle sur le matériel afin d'éviter la projection considérée comme dangereuse, une approche banale, conformiste, avec surinvestissement du percept et déliaison entre la représentation et l'affect.

On peut aussi utiliser les questionnaires de personnalité, comme par exemple le MMPI (Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota).

Ce test permet de mettre en évidence chez les adultes ou chez les adolescents soit un profil clinique normal, soit un profil, clinique pathologique : soit névrotique, soit psychotique. Il est utilisé pour évaluer les troubles de la personnalité et a une très forte valeur prédictive. Ce test est composé de cinq cent soixante-sept items sa passation est très longue.

LES ÉCHELLES

Il en existe de nombreuses versions, pour adultes et certaines avec des formes spécifiques pour enfants.

Citons par exemple :

- l'échelle de dépression de Ferreri : elle permet de voir quelle est la forme de la dépression : « anxio-somatique, asthénique, anxio-impulsive ou anxio-ralentie », en étudiant ce qui est mis en évidence : le ralentissement, la lassitude et, même, le risque suicidaire ;
- l'échelle d'anxiété de Cattell : elle permet de différencier deux formes d'anxiété : l'anxiété voilée et l'anxiété manifeste et d'étudier la force des mécanismes de défense du sujet, un état d'insécurité et un sentiment de culpabilité ;

- l'inventaire de dépression de Beck : construit sur les bases des critères diagnostiques des troubles dépressifs du DSM-IV. Il permet de mesurer la sévérité de la dépression et de préciser la nature des troubles ;
- le PCL-S (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale*) : cette échelle se présente sous la forme d'un questionnaire en auto-évaluation validée sur le plan statistique, qui permet d'évaluer le degré de gravité du traumatisme subi par le sujet ;
- l'IES (Échelle révisée d'impact d'événement traumatisant) : cette échelle qui a été validée se présente sous la forme d'un auto-questionnaire et permet d'étudier les conséquences semi-retardées et retardées d'un événement traumatique. Elle étudie deux grands éléments importants du diagnostic d'état de stress post-traumatique : les souvenirs répétitifs et les évitements persistant ;
- l'Inventaire de détresse péri-traumatique (PDI) : cet instrument construit par Alain Brunet *et al.* (2001) pour mesurer le critère A2 de l'ESPT dans la classification du DSM-IV, a été traduit et validé en langue française par Louis Jehel. La consigne pour chaque item est de coter sa réponse en fonction de « ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement critique ». La qualité de ses caractéristiques psychométriques et de sa capacité à prédire des troubles post-traumatiques permet de recommander son utilisation.

CONCLUSION

La psychologie est une science humaine, et, comme telle, ce n'est pas une science exacte, il en est de même des tests de personnalité qui n'ont pas la valeur scientifique d'une preuve par ADN, cependant ils constituent d'excellents outils de connaissance et il serait regrettable de ne pas les utiliser.

Chapitre 17

Structure latente de la personnalité

Arguments empiriques en faveur d'une approche dimensionnelle

M. Benbouriche, N. Longpré, O. Vanderstukken, J.-P. Guay

LA NOTION DE STRUCTURE LATENTE fait généralement référence à la structure théorique d'un concept par opposition à sa mesure qui, elle, est manifeste et observable. En psycho(patho)logie, et plus largement en santé mentale, la nature de la notion même de personnalité est sans nul doute la problématique qui illustre le mieux les tenants et les aboutissants de l'étude de la structure latente. Au regard des implications qui découlent de la structure d'un construit psychologique, la distinction entre catégories et dimensions est en effet un enjeu crucial. Le changement, un temps attendu, de système de classification du futur DSM¹ a permis de souligner l'importance de cette question. Toutefois, au-delà des positions théoriques, il est primordial de traiter la nature de la personnalité et des troubles la personnalité comme tout objet scientifique, pour lequel les réponses aux débats sont à chercher dans les éléments

1. Pour plus de détails sur les troubles de la personnalité et le DSM-V, nous invitons le lecteur à se référer à la contribution du professeur Guelfi dans ce même ouvrage (chap. 1).

empiriques à même de soutenir toute proposition théorique. C'est dans cette optique que ce chapitre a été rédigé.

Après avoir brièvement rappelé certains des principaux éléments du débat entre approche catégorielle et approche dimensionnelle, l'analyse de la structure latente de la personnalité à l'aide de la taxométrie sera présentée. Les arguments empiriques en faveur d'une approche dimensionnelle de la personnalité seront alors présentés. Finalement, les implications seront discutées.

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : APPROCHE CATÉGORIELLE OU DIMENSIONNELLE ?

Décider de la nature d'un construit en termes de catégorie ou de dimension est une problématique souvent rencontrée en psychiatrie et en psychologie (Haslam, Holland et Kuppens, 2012 ; Markon, Chmielewski et Miller, 2011 ; Ruscio et Ruscio, 2004, 2008). La question qui sous-tend le débat entre catégorie et dimension, généralement la plus discutée, est celle de la classification. Le problème est alors de savoir si les individus devraient être assignés à des groupes ou placés le long d'un (ou plusieurs) continuum (Ruscio et Ruscio, 2008). Dans le premier cas, le critère d'appartenance à un groupe serait le reflet d'une distinction de nature ; on parle alors de taxon (ou d'une approche catégorielle). Dans le second cas, des distinctions n'existeraient qu'à partir de la définition d'un seuil diagnostique arbitraire ; on parle alors de dimension ou d'une différence d'intensité (Ruscio et Ruscio, 2002, 2004).

La classification des troubles mentaux et en particulier des troubles de la personnalité est sans nul doute la problématique qui illustre le mieux ce débat. Aujourd'hui, les deux principales classifications des troubles mentaux, que sont la *Classification internationale des maladies* (CIM) et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), adoptent une approche catégorielle de la personnalité (Eaton, Krueger, South, Simms et Clark, 2011). Les troubles de la personnalité sont compris comme des entités discrètes (des taxons) ayant chacune une structure et une organisation prototypique ; « [Ce] sont donc dans cette perspective des syndromes cliniques qualitativement différents » (De Fruyt, De Clercq, Miller, Rollan et Lynam, 2008, p. 412). Le diagnostic d'un trouble de la personnalité repose alors sur la présence d'un nombre minimum de critères propre à chaque trouble selon une

démarche théorique, et non pas empirique¹. Néanmoins, bien qu'une telle approche soit familière aux cliniciens et facilite la communication des diagnostics, elle présente plusieurs inconvénients qui en limitent la fidélité et la validité (De Fruyt *et al.*, 2008 ; Eaton *et al.*, 2012 ; Krueger et Tackett, 2006 ; Lenzenweger et Clarkin, 2005 ; Skodol *et al.*, 2005 ; Trull et Durrett, 2005 ; Widiger et Frances, 2002) : certains problèmes d'accord inter-juge ; une comorbidité importante entre les diagnostics ; la définition d'un seuil diagnostique arbitraire ne permettant pas de saisir l'expression de troubles de la personnalité moins sévères, ou encore la distinction entre fonctionnement normal et pathologique de la personnalité. Depuis un certain nombre d'années, plusieurs chercheurs et cliniciens ont ainsi questionné la pertinence d'une approche catégorielle des troubles de la personnalité, lui préférant une approche dimensionnelle (Eaton *et al.*, 2012 ; Edens, Marcus, Lilienfeld et Poythress Jr., 2006 ; Heumann et Morey, 1990 ; Tackett, Silberschmidt, Krueger et Spothem, 2008 ; Trull et Durrett, 2005 ; Widiger et Costa, 1994 ; Widiger et Trull, 2007). Celle-ci suppose que les troubles de la personnalité sont des variantes inadaptées des traits de personnalité, se retrouvant sur un continuum allant de la normalité à la pathologie (Mullins-Sweatt et Widiger, 2006 ; Trull et Durrett, 2005).

Pendant longtemps le débat entre approche catégorielle et approche dimensionnelle est resté l'objet d'*a priori* théoriques, que ceux-ci reposent sur une tradition de recherche propre à une discipline² ou tiennent aux préférences des chercheurs et des cliniciens (Lenzenweger et Clarkin, 2005 ; Ruscio et Ruscio, 2008). Pour autant, des outils méthodologiques sont disponibles pour évaluer empiriquement si un construit relève au niveau latent d'une catégorie ou d'une dimension (Haslam *et al.*, 2012 ; Ruscio et Ruscio, 2002, 2004, 2008). La taxométrie est aujourd'hui l'une des rares méthodes d'analyse qui permet de mettre à l'épreuve la structure latente d'un construit psychologique.

1. Par exemple, au minimum trois critères pour la personnalité antisociale et cinq critères pour la personnalité borderline selon le DSM. De Fruyt *et al.* (2008) rappellent que ce nombre est le résultat d'un consensus entre experts et non pas d'une démarche empirique.

2. La psychologie s'est ainsi le plus souvent inscrite dans une perspective dimensionnelle alors que la psychiatrie, à l'instar du modèle médical, a souvent mis en avant une approche catégorielle.

L'ÉTUDE DE LA STRUCTURE LATENTE DE LA PERSONNALITÉ : CONTRIBUTIONS DE LA TAXOMÉTRIE ET IMPLICATIONS

► Structure latente et taxométrie

Au-delà de la seule problématique de la classification, décider de la nature d'un construit en termes de catégorie ou de dimension demande à étudier empiriquement la structure latente dudit construit (Haslam *et al.*, 2012 ; Ruscio et Ruscio, 2008). La notion de structure latente est primordiale pour comprendre les implications d'une approche catégorielle ou dimensionnelle (des troubles) de la personnalité. À travers l'étude de la structure latente, la taxométrie propose en effet d'étudier la nature fondamentale (naturelle et réelle) du construit de personnalité indépendamment de la manière dont elle est conceptualisée ou mesurée (Ruscio et Ruscio, 2002, 2004). Bien qu'il soit souvent présumé que la structure latente corresponde à la nature de la mesure utilisée pour rendre compte d'un construit, plusieurs auteurs rappellent avec insistance que la structure latente d'un construit ne doit en aucun cas être confondue avec ses manifestations observables (ou structure manifeste). À titre d'exemple, les troubles de la personnalité peuvent être évalués à l'aide de questionnaires auto-rapportés mesurant l'intensité de certains traits ou la sévérité de symptômes (approche dimensionnelle) ou, au contraire, à l'aide d'approche catégorielle définissant la présence ou l'absence du trouble de la personnalité selon la présence d'un nombre minimum de critères (Ruscio et Ruscio, 2008). Il s'agit ici d'une opérationnalisation du construit de personnalité afin d'en saisir ses manifestations observables. Toutefois, la structure latente ne pouvant pas être inférée de la structure manifeste, la nature réelle des troubles de la personnalité reste une question à évaluer (Lenzenweger et Clarkin, 2005)¹.

Initialement développée par Paul E. Meehl dans le cadre de sa théorie étiologique de la schizophrénie, l'objectif de l'analyse taxométrique est de mettre à l'épreuve si un construit relève, au niveau latent, d'un taxon ou d'une dimension. Autrement dit, la question posée est celle de la continuité (approche dimensionnelle), ou au contraire de la discontinuité (approche catégorielle) entre personnalité normale et personnalité pathologique (Lenzenweger et Clarkin, 2005). À travers la taxométrie, il s'agit donc de proposer une réponse empirique au débat, le plus souvent

1. En effet, pour un construit donné, il n'existe pas nécessairement de correspondance entre structure latente et structure manifeste (Ruscio et Ruscio, 2002, 2008).

théorique, entre approche catégorielle et approche dimensionnelle des troubles de la personnalité.

► Arguments empiriques en faveur d'une approche dimensionnelle

Le changement, un temps pressenti, de système de classification du futur DSM a permis un renouveau dans l'étude de la structure latente de la personnalité, insistant sur la nécessité de quitter une argumentation strictement théorique au bénéfice d'une réflexion guidée par des données probantes (en anglais *evidence-based practice*) (Markon *et al.*, 2011). En 2012, Haslam, Holland, et Kuppens ont ainsi réalisé une méta-analyse portant sur l'évaluation de la structure latente des troubles de la personnalité (ainsi que des troubles psychiatriques) à l'aide d'analyses taxométriques. Haslam *et al.* (2012) ont trouvé que 38,9 % des résultats rapportés dans les cent soixante-dix-sept études recensées soutenaient l'existence d'une structure taxonique des troubles mentaux (troubles de la personnalité et troubles psychiatriques inclus). Toutefois, lorsque les devis de recherches étaient les plus robustes, la prévalence des résultats supportant une structure taxonique des troubles mentaux n'était plus que de 14 %. En ce qui concerne spécifiquement la nature de la personnalité jugée normale ainsi que des troubles de la personnalité, Haslam *et al.* (2012) concluent, qu'à l'exception des troubles appartenant au registre de la schizotypie, les résultats soutiennent de manière quasi exclusive l'approche dimensionnelle. Les troubles de la personnalité doivent alors être compris comme « des perturbations (des variations extrêmes et des combinaisons dysfonctionnelles) de la personnalité dite normale » (De Fruyt *et al.*, 2008). Autrement dit, la taxonicité manifeste et apparente des troubles de la personnalité ne serait pas le résultat d'une distinction de nature, mais d'une configuration combinant des positions extrêmes sur un ensemble de dimensions du fonctionnement normal de la personnalité (Depue et Lenzenweger, 2005 ; Guay, Ruscio, Knight et Hare, 2007 ; Krueger et Tackett, 2006 ; Lenzenweger et Clarkin, 2005).

De manière plus générale, la consistance avec laquelle plusieurs études ont rapporté ces dernières années la rareté des structures taxoniques amène à conclure qu'en psychiatrie et en psychologie, l'approche dimensionnelle semble prévaloir pour le fonctionnement aussi bien normal que pathologique de la personnalité, à l'exception de quelques troubles¹.

1. Outre les troubles appartenant au registre de la schizotypie (incluant le plus souvent schizophrénie, troubles de la personnalité schizotypique et schizoïde) pour lesquels les

► Implications

Le développement relativement récent de méthodes statistiques robustes, à l'instar de la taxométrie, a permis d'apporter des arguments empiriques en faveur d'une approche dimensionnelle. Malgré la réticence du DSM à changer de système de classification des troubles de la personnalité, une argumentation aussi bien théorique qu'empirique rend inévitable un changement de paradigme dont les implications sont nombreuses (Depue et Lenzenweger, 2005 ; Guay *et al.*, 2007 ; Haslam *et al.*, 2012 ; Markon *et al.*, 2011 ; Ruscio et Ruscio, 2004, 2008). Sur le plan conceptuel, l'approche dimensionnelle s'oppose radicalement à la distinction fondamentale entre personnalité normale et personnalité pathologique : « Les différences entre fonctionnement normal et pathologique sont considérées comme des variations de position sur un continuum et non pas comme le reflet de systèmes de fonctionnement psychologique qualitativement distincts » (De Fruyt *et al.*, 2008, p. 414).

En termes d'évaluation, l'approche dimensionnelle demande ensuite de mesurer l'intensité de certains traits de personnalité ou la sévérité des symptômes afin de placer les individus le long d'un (ou plusieurs) continuum, et non plus d'assigner les individus à des groupes perçus comme mutuellement exclusifs (Ruscio et Ruscio, 2008). La question de la classification constitue alors un enjeu important (Markon *et al.*, 2011). Pour rappel, l'approche catégorielle postule — à tort au regard des données empiriques disponibles — que le diagnostic de trouble de la personnalité ne serait pas le résultat d'une décision arbitraire, mais la manifestation d'une différence réelle chez les individus diagnostiqués. Par opposition, l'approche dimensionnelle soutient — théoriquement et empiriquement — qu'aucune distinction n'existe *a priori*. Bien que la classification de la personnalité entre fonctionnement normal et fonctionnement pathologique ne repose plus sur un critère d'appartenance naturel, indépendant des conventions sociales, elle n'en reste pas moins une question essentielle (Haslam *et al.*, 2012). En effet, même avec des construits dimensionnels, des considérations pragmatiques comme l'orientation en traitement, la posologie d'une médication, ou encore une décision relative à une hospitalisation nécessitent l'utilisation de seuils de décision (Ruscio et Ruscio, 2002 ; Widiger et Frances, 2002).

études concluent à une structure latente clairement taxonomique, seule l'autisme ainsi que les troubles liés à l'abus de substances présentent des éléments qui pourraient soutenir l'existence de taxons (Haslam *et al.*, 2012).

Toutefois, en l'absence d'une discontinuité latente entre personnalité normale et personnalité pathologique, ce seuil devrait répondre tant d'une utilité clinique que d'une considération méthodologique importante pour les questions de spécificité et de sensibilité (Ruscio et Ruscio, 2008). En l'absence de critère non arbitraire de classification, l'avantage de l'approche dimensionnelle est alors la relativité, et donc la flexibilité, du seuil de décision selon les problèmes cliniques auxquels il faut répondre (Widiger et Frances, 2002). Toutefois, de plus amples recherches sont nécessaires afin d'identifier le seuil optimal, c'est-à-dire permettant de bonifier la validité prédictive, devant être utilisé pour un ensemble de décisions cliniques (Ruscio et Ruscio, 2002)¹.

En termes de recherches, une structure dimensionnelle de la personnalité a également des implications. Elle invite à quitter les devis transversaux reposant sur la comparaison de groupes constitués au regard d'un seuil supposé naturel au profit de devis corrélationnels dont l'avantage est la possibilité d'identifier des relations non linéaires entre l'intensité exprimée sur un continuum et la variable dépendante étudiée (Ruscio et Ruscio, 2008). Il ne s'agit donc plus ici de privilégier seulement les individus présentant des scores aux extrémités du (ou des) continuum (à l'instar de l'approche catégorielle), mais bien d'étudier l'ensemble des individus, et ce afin de pouvoir saisir des manifestations plus subtiles des dimensions de la personnalité et de leurs interactions (Guay *et al.*, 2007).

En termes d'échantillonnage, une structure dimensionnelle invite ainsi à étudier les manifestations de la personnalité non plus seulement sur des échantillons cliniques mais également sur des échantillons dits infracliniques (ou « subcliniques »), c'est-à-dire ne manifestant pas un fonctionnement dysfonctionnel de la personnalité (Guay *et al.*, 2007 ; Ruscio et Ruscio, 2008). À l'instar de qui a été proposé dans le cadre de l'étude de la psychopathie par Hall et Benning (2006), ce choix permettrait une clarification quant à l'étiologie de positions extrêmes sur certaines dimensions de la personnalité.

En termes d'étiologie, une structure dimensionnelle suppose enfin qu'il n'existe pas de facteurs suffisants pour expliquer un comportement, c'est-à-dire un facteur unique qui mènerait de manière linéaire et certaine

1. À titre d'illustration, s'il est aujourd'hui acquis que la psychopathie présente une structure dimensionnelle (Guay *et al.*, 2007), de futures recherches devraient permettre d'identifier un seuil informatif pour différentes décisions comme une orientation en traitement, une remise en liberté, ou au contraire un placement en institution spécialisée suite à la condamnation.

à une manifestation singulière de la personnalité (comme par exemple, une configuration génétique particulière) (Haslam *et al.*, 2012 ; Ruscio et Ruscio, 2008). Le modèle théorique sous-jacent est bien plus proche de celui d'une étiologie commune pouvant toutefois prendre des manifestations différentes, complexifiant nécessairement les devis de recherches à utiliser. En effet, l'identification de taxons dans la structure de la personnalité aurait d'une part permis d'affirmer l'existence de troubles de la personnalité, d'autre part de disposer d'une « balise » nous invitant à considérer l'existence d'une étiologie distincte pour les troubles de la personnalité (Guay *et al.*, 2007)¹. En l'absence d'une telle « balise », des devis de recherches longitudinaux apparaissent nécessaires pour étudier le développement de la personnalité. Plus exactement, de tels devis pourraient permettre d'étudier les processus menant au développement de variations extrêmes et de combinaisons dysfonctionnelles à l'origine des perturbations dans le fonctionnement normal de la personnalité.

CONCLUSION

La nature des troubles de la personnalité constitue depuis longtemps l'objet de vifs débats. La rareté des structures taxoniques amène à conclure qu'en psychiatrie et en psychologie, l'approche dimensionnelle semble prévaloir pour le fonctionnement aussi bien normal (ou plus commun et généralement jugé adapté) que pathologique (jugé plus problématique ou inadapté) de la personnalité. Toutefois, les implications, tant au niveau théorique que pratique, invitent à continuer les recherches dans l'attente d'un changement de paradigme, certes repoussé, mais inévitable pour tout chercheur et clinicien abordant cette question scientifique au regard de propositions théoriques soutenues par des données empiriques.

1. De manière plus générale, Meehl (1973) définit l'existence d'une « étiologie spécifique », et d'une pathologie distincte, comme participant à la définition de la notion de taxon.

BIBLIOGRAPHIE

- DE FRUYT F., DE CLERCQ B., MILLER J.-D., ROLLAND J.-P., ET LYNAM D.R. (2008). « Une approche des troubles de la personnalité par le modèle à cinq facteurs », *Annales médico-psychologiques*, 166, 411-417.
- DEPUE R.A., LENZENWEGER M.F. (2006). « A multidimensional neurobehavioral model of personality disturbance », in R.F. Krueger et J. L. Tackett (dir.), *Personality and psychopathology*, New York, Guilford Press, 210-261.
- EATON N.R., KRUEGER R.F., SOUTH S.C., SIMMS L.J., CLARK L.A. (2011). « Contrasting prototypes and dimensions in the classification of personality pathology : evidence that dimensions, but not prototypes, are robust », *Psychological Medicine*, 41, 1151-1163.
- EDENS J.F., MARCUS D.K., LILIENFELD S.O., POYTHRESS JR. N G. (2006). « Psychopathic, not psychopath : Taxometric evidence for the dimensional structure of psychopathy », *Journal of Abnormal Psychology*, 11 (5), 131-144.
- GUAY J.-P., RUSCIO J., KNIGHT R.A., HARE R. (2007). « A taxometric analysis of the latent structure of psychopathy : Evidence for dimensionality », *Journal of Abnormal Psychology*, 11 (6), 701-716.
- HALL J.R., BENNING S. D. (2006). « The “successful” psychopath : Adaptive and subclinical manifestations of psychopathy in the general population », in C. Patrick (dir.), *Handbook of psychopathy* (p. 459-478). New York : Guilford Press.
- HASLAM N., HOLLAND E., KUPPENS P. (2012). « Categories versus dimensions in personality and psychopathology : a quantitative review of taxometric research », *Psychological Medicine*, 42 (5), 903-920.
- HEUMANN K.A., MOREY L.C. (1990). « Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorders », *American Journal of Psychiatry*, 147, 498-500.
- KRUEGER R. F., TACKETT J. L. (2006). « Treatments that bridge personality and psychopathology », in R.F. Krueger et J.L. Tackett (dir.), *Personality and Psychopathology : Building Bridges*, New York, Guilford Press, 262-291.
- LENZENWEGER M. F., CLARKIN J. F. (2005). « The personality disorders : History, classification and research issues », in M.F. Lenzenweger et J.F. Clarkin (dir.) *Major Theories of Personality Disorder*, New York, Guilford Press, 2^e éd., 1-42.
- MARKON K.E., CHMIELEWSKI M., et MILLER C.J. (2011). « The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology : a quantitative review », *Psychological Bulletin*, 137 (5), 856-879.
- MEEHL P.E. (1973). « MAXCOV-HITMAX : A taxonomic search method for loose genetic syndromes », in P.E. Meehl (dir.), *Psychodiagnosis : Selected papers*, Minneapolis : University of Minnesota Press, 200-224.
- MULLINS-SWEATT S.N., WIDIGER T.A. (2006). « The five-factor model of personality disorder : A translation across science and practice », in R. F. Krueger et J. L. Tackett (dir.), *Personality and Psychopathology*, New York, Guilford Press, 39-70.
- RUSCIO J., RUSCIO A.M. (2002). « A structure-based approach to psychological assessment : Matching measurement models to latent structure », *Assessment*, 9, 4-16.
- RUSCIO J., RUSCIO A.M. (2004). « A non technical introduction to the taxome-

tric method », *Understanding Statistics*, 3, 151-193.

RUSCIO J., RUSCIO A.M. (2008). « Categories and dimensions : Advancing psychological science through the study of latent structure », *Current Directions in Psychological Science*, 17 (3), 203-207.

SKODOL A. E., OLDHAM J. M., BENDER D. S., DYCK I. R., STOUT R. L., MOREY L. C., GUNDERSON J. G. (2005). « Dimensional representations of DSM-IV personality disorders : Relationships to functional impairment », *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1919-1925.

TACKETT J. L., SILBERSCHMIDT A., KRUEGER R. F., SPONHEIM S. (2008). « A dimensional model of personality disorder : Incorporating Cluster A characteristics », *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 454-459.

TRULL T. J., DURRETT C. (2005). « Categorical and dimensional models of personality disorders », *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.

WIDIGER T. A., COSTA P.T. (1994). « Personality and personality disorders », *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 78-91.

WIDIGER T. A., FRANCES A.J. (2002). « Toward a dimensional model for the personality disorders », in P.T. Costa et T.A. Widiger (dir.). *Personality disorders and the five-factor model of personality*, Washington, DC : American Psychological Association, 2^e éd., 23-44.

WIDIGER T. A., TRULL T.J. (2007). « Plate tectonics in the classification of personality disorders », *American Psychologist*, 62, 71-83.

Chapitre 18

Niveaux d'organisation de la personnalité au Rorschach

Joanna Smith

COMMENT STRUCTURER L'ANALYSE QUALITATIVE AU TEST DE RORSCHACH ?

Quelle que soit l'approche quantitative utilisée (par exemple le système intégré (Exner, 2002, 2003) ou la cotation française), l'utilisation du Rorschach à des fins de contribution au diagnostic sera d'autant plus utile qu'elle peut être complétée d'une analyse qualitative rigoureuse, permettant de prendre en compte notamment certains éléments qui ne peuvent être cotés. S'inspirant de l'analyse structurale de Kernberg (1984), Lerner (1991), psychanalyste américain, l'applique au test de Rorschach. Nous nous proposons d'en présenter les principes ici, faute de l'existence d'une traduction française de ces travaux. Afin d'en illustrer l'application, nous prendrons des extraits de deux protocoles de Rorschach : le protocole de Michèle (23 ans), hospitalisée en psychiatrie pour un deuxième épisode anorexique-boulimique, ayant possiblement été victime de violences sexuelles, et Fabrice (35 ans), incarcéré pour braquages avec violence et ayant des antécédents de maltraitements et séparations précoces. L'intégralité du texte des protocoles figure à la fin de cet article.

PRÉSENTATION DE L'ANALYSE STRUCTURALE DE LA PERSONNALITÉ

De façon schématique, l'analyse structurale de la personnalité telle que la propose Kernberg (1984) distingue la structure de caractère (schizoïde, hystérique, obsessionnelle-compulsive, masochiste, etc.) du niveau d'organisation de la personnalité. Une telle façon de percevoir la psychopathologie permet notamment de rendre compte des pathologies d'apparence pseudo-névrotiques, par exemple, qui ne sont pas des névroses (par exemple, caractère hystérique organisé à un niveau limite).

L'analyse du niveau d'organisation se base notamment sur six secteurs de fonctionnement de la personnalité : le développement instinctuel, la force/faiblesse du moi, l'organisation défensive, les relations d'objet internalisées, le développement surmoïque et la cohésion du soi. C'est sur cinq de ces six secteurs que nous nous pencherons tout particulièrement ici, car ils permettent de différencier une organisation de type névrotique, borderline ou psychotique, et s'appliquent aisément au test de Rorschach, hormis le développement surmoïque que nous ne ferons qu'évoquer.

► Développement instinctuel

● Généralités

L'analyse du développement instinctuel cherche à identifier les stades de développement pulsionnel qui ont été atteints, ainsi que les fixations, avec une priorité portée à la différenciation entre niveau génital ou pré-génital :

- *niveau névrotique* : il se caractérise par le fait que le stade génital a été atteint ; le conflit œdipien est clairement prédominant ;
- *niveau limite* : on y trouve, d'après Lerner (1991), une prédominance de la fixation et de la régression pré-génitales, notamment orales. Pourtant, le fonctionnement du patient peut, à d'autres moments, témoigner du fait que le stade génital a été atteint, même si le conflit œdipien n'a pas été surmonté. L'agressivité pré-génitale y est cependant moins intense et primitive que dans l'organisation psychotique ;
- *niveau psychotique* : il se caractérise par une condensation des pressions instinctuelles pré-génitales et génitales, infiltrées d'agressivité primitive (notamment sous forme de sadisme).

● Applications au Rorschach

La recherche de contenus pouvant indiquer la présence de fixations prégénitales va s'accompagner d'une évaluation de leur prégnance ou de leur discrétion, ainsi que de leur fréquence et de leur diversité dans le protocole. Nous les illustrerons ici grâce à des extraits des protocoles de Michèle et Fabrice, après les avoir introduits par une brève anamnèse.

● Illustrations cliniques

Brève anamnèse de Michèle

Michèle, 23 ans, est hospitalisée en raison d'un épisode anorexique-boulimique qui a démarré il y a environ 6 mois. Elle pèse 42 kg pour 1,70 m. Michèle a déjà souffert d'un premier épisode anorexique à 18 ans, à l'occasion du bac, mais celui-ci se serait résorbé spontanément après quelques mois. Elle dénie en partie le problème actuel, même si elle reconnaît avoir fait un régime qui a « été un peu trop loin ». La mère de Michèle présente elle aussi un profil anorexique assez typique : hyperactive, hypersportive, extrêmement mince, elle contribue par ses valeurs au trouble de sa fille. De nombreuses interactions et cadeaux se font entre elles autour de la nourriture. Les parents se sont séparés lorsque Michèle avait 11 ans et, depuis, celle-ci voit son père environ une à deux fois par mois. Il semble adopter depuis cette époque au moins un comportement de promiscuité sexuelle de type incestuel. Actuellement, Michèle vit en couple depuis un an et est étudiante en photographie. Ses crises de boulimie sont particulièrement réactivées par ses sentiments de solitude, lors des absences de son compagnon qui travaille souvent le soir. Par ailleurs, la relation avec ce dernier semble par moments assez conflictuelle, et Michèle a pu se montrer physiquement violente à son égard à plusieurs reprises. Le bilan psychologique est proposé en guise de contribution au diagnostic et pour aider Michèle à mieux se connaître, dans l'espoir de l'inciter à entamer une démarche psychothérapique à l'égard de laquelle elle semble pour l'instant ambivalente.

Au niveau du développement instinctuel, dans le protocole de Michèle, on note, sans surprise, l'importance des fixations orales et de l'agressivité orale, tour à tour discrètes (chauve-souris et scarabée dotés de « crocs » dès la planche I, références à Dracula puis à un vampire à la planche V) ou au contraire massives (pl. II : un moustique écrasé, « la bête et le sang qu'il avait aspiré », et pl. IX : « tête qu'aurait mangé quelque chose de sanguinolent un peu »), notamment lorsqu'est réactivée l'image maternelle archaïque (pl. IX). À d'autres moments plus opérants du protocole, Michèle semble avoir accès à une symbolique sexuelle réussie (« une charnière de porte » pl. VII, « un instrument de musique », pl. VI). Ces différents éléments indiquent un

développement instinctuel de type limite, marqué par l'oscillation entre des moments opérants et des moments d'émergences d'agressivité orale très crue.

Brève anamnèse du cas de Fabrice

Fabrice, 35 ans, est incarcéré pour des braquages avec violence. Depuis sa première incarcération à 18 ans, il a passé presque autant de temps en prison qu'à l'extérieur. Son anamnèse met en évidence des carences affectives et maltraitements précoces qui l'ont amené à être placé à l'âge de 5 ans. Présentant des difficultés scolaires, il commence vers 13 ans une délinquance juvénile qui va *crescendo*, partant de petits vols jusqu'au vol de voitures, et aujourd'hui au vol avec violence. Sa vie affective est marquée par l'instabilité, il n'a jamais cohabité avec une femme, ni maintenu une relation plus de six mois. Le bilan psychologique est motivé par sa participation à une étude en milieu carcéral, dont il fait partie du groupe témoin.

Tout comme le protocole de Michèle, celui de Fabrice est marqué par l'intensité de l'agressivité prégénitale, notamment orale, mais également phallique-narcissique (« Satan », « une bouche comme un canon », pl. II). Ici, c'est surtout la pulsion agressive qui semble difficile à contenir, et les contenus de type sexuels, symboliques ou non, sont assez peu présents dans le protocole.

► Force du moi

● Généralités

L'évaluation de la force du moi se fonde sur l'efficacité des mécanismes de défense pour maintenir un bon contact à la réalité, un contrôle pulsionnel et une tolérance satisfaisante face à l'angoisse.

● Applications au Rorschach

Le Rorschach est idéal pour tester la force du moi, comme de nombreux auteurs l'ont mis en évidence dans différents registres théoriques, puisque la tâche même du test consiste à demander au patient une interprétation des taches d'encre qui soit personnelle tout en prenant en compte la réalité de la planche. La qualité formelle des réponses est un bon indicateur quantitatif du contact avec la réalité :

- *au niveau névrotique* : on attend un bon contact avec la réalité du fait de défenses efficaces, avec parfois un contrôle excessif ;

- *au niveau limite* : le contact à la réalité est variable, mais les irrptions en processus primaires sont ponctuelles, le patient se récupérant bien à la réponse ou à la planche suivante ;
- *au niveau psychotique* : le contrôle pulsionnel est faible, de même que la tolérance à l'angoisse, avec, le plus souvent, des irrptions massives dans l'épreuve de réalité ; ou au contraire un protocole particulièrement pauvre et désertique, décrit comme le « désert psychotique » par Chabert (1998). Souvent, ici, le fil associatif est difficile à suivre, et les réponses aux différentes planches peuvent avoir tendance à toutes se ressembler, tant le patient semble peu en contact avec la dynamique latente des planches.

● Illustrations cliniques

Michèle

On note dans le protocole de Michèle des émergences en processus primaires, parfois très crues (« un sexe de femme en souffrance », pl. II et « une espèce de tête qu'aurait mangé quelque chose de sanguinolent », pl. IX), mais qui restent circonscrites et suite auxquelles elle se reprend assez rapidement. Le contact global à la réalité est néanmoins assez bien maintenu, de même que l'angoisse semble bien contenue.

Fabrice

Chez Fabrice également, l'émergence ponctuelle du processus primaire (pl. II) signe l'organisation limite de la personnalité. On note par ailleurs plusieurs quêtes d'étayage, mais aussi des moments de perplexité face au stimulus qu'il qualifie projectivement de « bizarre », au lieu de critiquer ses représentations.

► Organisation défensive

● Généralités

On s'intéresse ici non pas à l'efficacité des mécanismes de défense, comme précédemment, mais aux différents mécanismes présents :

- le niveau névrotique se caractérise par son organisation autour du refoulement, en association avec d'autres mécanismes de défense

considérés comme « de haut niveau » : intellectualisation, certaines formes de régression (hystériforme), formation réactionnelle, isolation, négation, annulation rétroactive... Kernberg note que l'interprétation améliore le fonctionnement du sujet, car les défenses visent à protéger le patient du conflit intrapsychique ;

- le niveau limite voit également son fonctionnement s'améliorer grâce à l'interprétation, mais il oscille entre une utilisation ponctuelle du refoulement et l'organisation autour du clivage et des mécanismes associés : déni, idéalisation primitive et dévalorisation ; on retrouve aussi dans ce tableau la toute-puissance et l'identification projective ;
- le niveau psychotique se caractérise par son organisation autour de mécanismes de défense essentiellement primitifs : clivage, déni, idéalisation primitive et dévalorisation, identification projective et toute-puissance, et l'interprétation fait régresser le sujet en le confrontant au morcellement et la fusion primitive contre lequel ces mécanismes de défense tendent à le protéger.

● Applications au Rorschach

Nous n'exposerons pas ici les différentes manifestations des mécanismes de défense au Rorschach, qui ont été longuement décrites par d'autres et sont en général bien connues (voir notamment Castro, 2011). Néanmoins, pour différencier l'usage de la régression au niveau névrotique et au niveau limite, nous citerons Chabert (1998, p. 166), au sujet des mouvements régressifs aux planches pastel : dans la névrose « la régression a une *valeur défensive*, au service du refoulement, et plus précisément au service du refoulement des représentations sexuelles, alors que chez les seconds (les cas limites), ces réactions régressives montrent que le matériel stimulus a eu, comme aux planches rouges, un impact fort en termes d'intrusion et d'effraction. La régression apparaît en fait peu déssexualisée [...] ».

● Illustrations cliniques

Michèle

Au sein du protocole de Michèle se trouvent une grande diversité des mécanismes de défense. Certains sont de haut niveau : régression, déplacement, intellectualisation, évitement, dénégation, mise à distance, dramatisation. D'autres sont de moins bonne qualité, notamment à tonalité narcissique, comme la dévalorisation, par laquelle transparaît souvent sa préoccupation corporelle anorexique (« gros papillons noirs pas très beaux », pl. I ; « gros

bonhomme... un peu *difforme* », pl. IV ; « un papillon avec des ailes *hypertrophiées* », pl. V, etc.). La projection peut également être massive et venir faire irruption de façon très crue dans l'épreuve de réalité, comme nous l'avons déjà souligné précédemment (pl. IX).

Fabrice

Fabrice présente un niveau défensif de bien moindre qualité, marqué au mieux par la régression (« deux bébés avec le cordon ombilical », pl. IX), mais le plus souvent par des mécanismes narcissiques oscillant entre idéalisation et dévalorisation (commentaires auto-critiques, « satan » pl. II, « un insigne... celui qui aurait fait la peinture aurait pas beaucoup de talent », pl. VIII), voire des moments plus massivement projectifs (« deux filles qui se regardent [...] elles ont comme des corps de caniche », pl. VII, etc.).

► Relations d'objets internalisées

● Généralités

Cette expression fait référence à la capacité du sujet à intégrer les objets partiels en un objet total, et donc à avoir accès à la constance de l'objet. On s'attend donc, au niveau névrotique, à une constance de l'objet donnant accès au sentiment de culpabilité et au deuil, du fait d'une relation à l'objet total. Au niveau limite, les relations d'objet s'avèrent plus conflictuelles et source d'ambivalence. Au niveau psychotique, la relation se fait sur la base de l'objet partiel, du fait d'une incapacité à intégrer les bons et les mauvais aspects de l'objet (ceci est bien entendu lié aux mécanismes primitifs de défense).

● Applications au Rorschach

- *Au niveau névrotique*, on attend une prépondérance de représentations humaines sur les représentations animales, et de représentations humaines entières, réalistes, sur les autres formes de représentations humaines (humanoïdes, humains partiels, humanoïdes partiels). Un signe d'intégration de l'objet total peut se traduire par le fait de pouvoir reconstituer la perception de l'objet total face au manque : par exemple, le fait de voir, planche I, dans le détail central, « une femme, je ne vois pas sa tête, elle doit être penchée en arrière », plutôt qu'« une femme sans tête ».

- *Au niveau limite*, les représentations humaines entières se font plus rares, et, lorsqu'elles sont entières, sont plus souvent neutres, non spécifiées au niveau du genre : bonhommes, personnages, personnes, silhouettes, etc. Le patient ne reconstitue pas le manque lorsqu'il y est confronté : « une femme sans tête », pl. I ; « un papillon abîmé, elles sont vraiment mal faites vos planches », pl. V (projection sur l'extérieur de la défaillance interne, fréquente dans la problématique narcissique ou psychopathique), ou encore « un chat, mais il n'a pas de pattes, ça doit être un tapis de chat », pl. VI, réponse dans laquelle le mécanisme du désaveu, typique de la perversion, vient remanier le manque dans un second temps, comme décrit par Merceron, Husain et Rossel (1985 ; voir également Smith, 2009).
- *Au niveau psychotique*, le protocole comprend une prépondérance de réponses animales ou encore de réponses humaines partielles ou humanoïdes, là encore rarement spécifiées au niveau du genre. Des représentations clivées sont présentes, incarnant le bon et le mauvais objet tour à tour.

Enfin, dans tous les cas, une analyse des réponses fournies aux planches dites phallique/paternelle (IV) et maternelles (VII et IX) peut être utile afin d'éclairer les relations d'objet internalisées.

● Illustrations cliniques

Michèle

La plupart des représentations humaines sont sexuées et féminines, indiquant une relation d'objet internalisée relativement structurée chez Michèle. Néanmoins, l'image paternelle qui semble être projetée à la planche IV apparaît très dévalorisée, peu consistante (« gros... difforme... à la fin il meurt et il est constitué de petits vers de terre »), alors que l'image maternelle ne semble pas plus structurante : dévalorisée (« un peu désuet. Un peu vieux parce que... le dos qui se tient pas trop », pl. VII), voire désorganisante car très angoissante sous sa forme archaïque (« une espèce de tête qu'aurait mangé quelque chose de sanguinolent... », pl. IX).

Fabrice

La non-perception de la réponse humaine de la planche III, à la place de laquelle Fabrice voit « des jambes bizarres mais deux sortes de grands singes »,

est prototypique des difficultés d'identification et d'empathie des personnalités antisociales. Tout le protocole est marqué par la prédominance des contenus humains partiels, humanoïdes et animaux. Les seuls humains réalistes sexués sont des « filles avec des corps de caniche » pl. VII, confirmant les difficultés d'identification au niveau sexuel du fait que le genre prédominant dans le protocole n'est pas en accord avec celui du patient.

► Cohésion du soi

● Généralités

La cohésion du soi peut être perçue comme le niveau de séparation-individuation atteint par le sujet. Pour reprendre notamment Mahler (1980), on pourrait très schématiquement décrire le processus de séparation-individuation du petit humain comme suit :

- *phase autistique*, caractérisée par le narcissisme primaire et presque aucun investissement des stimuli externes ;
- *phase symbiotique*, au cours de laquelle le bébé perçoit une différenciation entre le dedans et le dehors de la symbiose, mais pas le rôle de moi auxiliaire joué par la mère ; phases autistique et symbiotique précèdent toutes deux les processus de séparation-individuation ;
- *phase narcissique*, qui permet d'accéder à une séparation sans différenciation d'avec l'autre (relation spéculaire) ;
- *complexe d'Œdipe*, qui permet d'intégrer la différenciation d'avec l'autre, notamment sur la base de la différence des sexes et des générations.

● Applications au Rorschach

Kwawer (1980) reprend ces différentes étapes de la séparation-individuation pour les appliquer au Rorschach ; nous retiendrons notamment :

- l'engloutissement, correspondant à des réponses souvent vagues et mettant en scène des forces élémentaires très puissantes et indistinctes dans lesquelles le sujet se trouverait englobé, indifférencié (volcans, tempêtes, etc.) ;
- les processus internes malins, mettant en scène des réponses anatomiques et des transparences corporelles indiquant une tentative d'employer le corps comme contenant primitif du Soi et signes du morcellement ;

- la fusion symbiotique, mettant en scène des processus de fusion ou de déni de la séparation, dont les réponses « siamois » sont prototypiques ;
- la symbiose violente, dans laquelle une tentative de séparation violente est mise en scène face à la symbiose (« frères siamois séparés par un crash », pl. II) ;
- les scènes de naissance et de renaissance, de métamorphose ou de transformation : fœtus, embryons, cellules, comme autant de formes très primitives du soi ;
- la perturbation des limites : représentations dont les limites sont abîmées (animal écrasé, humain blessé, vase brisé...) ou peu définies (« fantôme », « tache de sang », « nuage »...) ;
- la relation spéculaire : insistance sur la symétrie, réponses reflets... ;
- la symbolique du contenant : réponses renvoyant à des représentations symboliques du ventre maternel comme contenant primitif du soi (« grotte », pl. VII).

En reprenant les stades de séparation-individuation, nous allons donc nous attendre à trouver une prédominance de réponses *a* et *b* dans le niveau psychotique, de réponses *c*, *d*, *e*, *f*, et *g* dans les protocoles de niveau limite, et *h* dans les protocoles de niveau névrotique.

Illustrations cliniques

Michèle

Le soi semble ici partiellement constitué, mais mis à mal par une problématique de limites dedans-dehors (pl. II, et IX), malgré une discrète tentative de recours au registre spéculaire (« deux femmes... qui se regardent dans le miroir », pl. III).

Planche II, la réponse « un sexe de femme en souffrance mais c'est tout [...] comme si on avait introduit en elle un objet, quelque chose d'agressif » correspond à l'une des réponses recensées par Leavitt (2000 ; voir également Smith, 2011 et Smith, Perrot, Chahraoui, 2012) chez des patients victimes de violences sexuelles, la scène de « violence sexuelle ». La réponse à la planche IX correspond également à une autre catégorie de réponses recensées par Leavitt dans son étude, les « dommages corporels ». Ces deux éléments amènent à questionner les antécédents de traumatismes, notamment sexuels, de la patiente, corroborés d'ailleurs par son trouble du comportement alimentaire.

Au total, l'analyse qualitative du protocole de Michèle (à confirmer avec l'analyse quantitative que nous n'aborderons pas ici) met en évidence une

organisation limite de la personnalité, marquée par la présence d'une grande diversité de mécanismes de défense qui peuvent néanmoins être débordés par l'émergence de processus primaires en lien avec une agressivité orale archaïque et de possibles antécédents de trauma, peut-être sexuel, à investiguer prudemment lors de la restitution. Dans ce contexte, les difficultés à gérer son agressivité sont patentes du fait d'une agressivité orale non assumable et qui masque mal la problématique de séparation d'avec une image maternelle perçue par ailleurs comme dévorante. Vu le niveau intellectuel de cette patiente et ses capacités d'élaboration, l'orientation vers une psychothérapie individuelle de type analytique, en plus du suivi psychiatrique, pourrait être indiquée si la patiente y est motivée. Une participation à un groupe de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire serait vivement recommandée.

Fabrice

De nombreuses réponses de fusion symbiotique indiquent une problématique de séparation — individuation importante, congruente avec un niveau d'organisation limite (« deux frères jumeaux qui se collent les mains », pl. II ; « des frères siamois caniches », pl. VII ; « deux cochons roses qui mangent des feuilles, ils sont collés », « le dedans du corps de la truie, les deux bébés avec le cordon ombilical », pl. IX). On note par ailleurs une réponse tendant à l'engloutissement, plus archaïque encore (« L'eau qui vient se projeter avec des grosses vagues contre un gros rocher... une grosse vague, un rouleau qui vient se projeter sur nous », pl. IV). Il en résulte un soi fragile.

Au total, l'analyse qualitative du protocole de Rorschach de Fabrice (à confirmer avec l'analyse quantitative que nous n'abordons pas ici) nous indique qu'il est organisé à un niveau limite de la personnalité, comme en témoignent ses difficultés de séparation-individuation, la confusion dedans-dehors qui en résulte, sa fragilité narcissique et l'immaturité de son moi. Les mécanismes narcissiques auxquels il a recours ne semblent pas toujours suffire à maintenir à distance l'excitation pulsionnelle, notamment agressive. Il en résulte une dimension antisociale. L'adaptation à la réalité est atteinte de dysfonctionnements pouvant être sévères, du fait d'une mauvaise différenciation entre soi et autrui et d'importantes difficultés identificatoires. Si une prise en charge devait être proposée, l'indication de choix serait une psychothérapie de groupe, afin de compenser la fragilité narcissique, d'accroître le sentiment d'identité et de décentrer l'égoïsme en développant ses capacités d'empathie.

Nous n'avons pas évoqué le développement surmoïque car, en dépit de son intérêt clinique essentiel dans l'entretien structural, il semble très peu applicable au Rorschach. Nous renvoyons donc le lecteur à l'ouvrage de Kernberg s'il souhaite en savoir plus.

NIVEAUX D'ORGANISATION AU RORSCHACH : LIMITES RENCONTRÉES DANS CERTAINS CAS TRAUMATIQUES

Dans le contexte de l'application de l'analyse que nous avons présentée ici du niveau d'organisation de la personnalité au Rorschach, il nous est arrivé, ponctuellement, d'en rencontrer quelques limites. Dans le cadre psycho-criminologique et victimologique du présent ouvrage, nous signalerons notamment les difficultés qui peuvent être rencontrées dans certains protocoles de Rorschach de victimes présentant une activation post-traumatique importante. En effet, de tels protocoles peuvent être envahis (à l'image du psychisme du patient) par les préoccupations et réactivations post-traumatiques au point que celles-ci se présentent au premier plan, rendant peu lisible la structure sous-jacente, tant le trauma désorganise le sujet, effractant l'enveloppe psychique et réactivant quasiment des angoisses de morcellement.

Nous illustrerons ce point par quelques extraits du protocole de Maryam, souffrant d'ESPT suite à un déni de grossesse et au meurtre de son bébé ; en effet le père de Maryam a tué le bébé, après sa naissance en cachette à la maison, lorsqu'il l'a découvert. Sur les seize réponses du protocole, on relève notamment : « des taches de sang », « quelqu'un qui a commis quelque chose parce qu'il a du sang sur les mains » pl. II ; « une dame qui ramasse quelque chose par terre... et il y a du sang sur les murs », pl. III ; « une chauve-souris ou un petit être, un petit bébé », pl. V ; « quelque chose de mort par terre... j'ai repensé à ce qui s'est passé avec mon père », pl. VI ; « des bébés qui viennent de sortir, et là le placenta », pl. VII, « le sang éparpillé partout », pl. VIII... Le protocole de Maryam est envahi par le trauma.

CONCLUSION

L'entretien structural développé par Kernberg s'applique très bien à l'analyse du test de Rorschach et donne des clés précieuses pour déterminer le niveau d'organisation de la personnalité du patient, en l'étayant sur

l'analyse des différents secteurs investigués : développement instinctuel, force du moi, mécanismes de défense, relations d'objet internalisées et cohésion du soi. Néanmoins, une approche quantitative rigoureuse nous semble un préalable indispensable à une telle analyse qualitative qui ne peut en être que le complément. Nous ne l'avons pas abordée ici faute de place, mais elle nous paraît néanmoins cruciale, tant le test peut être projectif... aussi pour le clinicien.

ANNEXE

► Protocole de Michèle

I

1. Je dirais une chauve-souris. (*Quoi d'autre ?*)
E : la forme. Deux petites oreilles ou des petits crocs. Les ailes, les pattes, la forme globale.
2. un scarabée mais un...
E : pareil, un insecte volant. La forme globale, la couleur, le côté noir et les petits crocs.
3. Ou un papillon mais papillon pas très joli quoi
E : les ailes, ces gros papillons noirs qui sont pas très beaux, gros papillons de nuit. La forme globale, un insecte volant.

II

- Silence. Oh lala ! Silence. Alors là je sais pas c'est pas très agréable comme vision mais... je sais pas. v^
4. un moustique écrasé. Sinon je me dis dans mon esprit que c'est une tache d'encre
E : la bête et le sang qu'il avait aspiré. (*Sang ?*) la couleur et la façon dont c'est répandu.
 5. un sexe de femme en souffrance mais c'est tout. Sinon, ça me plaît pas trop mais ça ne suscite pas d'image particulière, sinon l'image d'une femme au sens sexuel.
E : le fait qu'il saigne. Je vois pas ça comme le cycle féminin naturel mais plus comme si on avait introduit en elle un objet. Quelque chose d'agressif.

III

Rit.

6. ça me fait penser à de la calligraphie, c'est moins désagréable que l'autre image mais euh...

E : un prénom en chinois ou je sais pas, j'adore la culture japonaise ou asiatique. C'est symétrique, c'est fin.

7. deux femmes qui se font face aussi, comme si elles se regardaient dans le miroir quoi. Oui, je vois deux femmes, soit en face de son double, soit en face de son reflet. Mais la tache rouge là, je sais pas, elle est pas négative pour moi, elle est là comme un élément de décor, mais c'est pas agressif.

E : la poitrine, les chaussures à talons, les fesses en arrière, la courbure. Comme si elles se regardaient quoi. Après, peut-être qu'elle tient quelque chose dans ses mains mais ça m'évoque pas grand-chose. Surtout la silhouette.

IV

8. ça me fait penser à un personnage d'un film d'animation de Tim Burton. Le méchant il est hyper-coloré comment il s'appelle, dans l'étrange Noël de Monsieur Jack, je sais plus son nom. J'ai oublié, c'est plutôt amusant pour moi. Un monstre de Star Wars, quelque chose qui n'existe pas donc c'est pas très effrayant. Après ce qu'il a entre les jambes ça m'inspire pas plus que ça. Oui, c'est pas un monstre méchant dans l'étrange Noël de Monsieur Jack.

E : un gros bonhomme avec des grosses joues comme ça, des bras plus petits que ses jambes. Il est un peu difforme. À la fin il meurt et il est constitué de petits vers de terre. Avec des petites talonnettes. Ça, je le vois, même ; sauf qu'il est vert phosphorescent, mais dans la nuit il est noir, enfin non même pas. Là il est noir.

V

9. un papillon avec des ailes hypertrophiées mais... papillon-chauve-souris.

E : je sais pas si ça a des pattes comme ça un papillon. En train de voler avec des grandes ailes.

10. ça ressemble à la chauve-souris du premier dracula qui est amusante parce qu'elle prend tout l'encadrement de la fenêtre.

E : une marionnette qui est absolument pas effrayante. Deux petites pattes, deux grandes oreilles, elle est immense, ridicule, elle fait peur à personne sauf à l'actrice du film. Ses grandes ailes qu'elle essaye de monter.

11. Ou un vampire sous sa cape. v ou une chauve-souris c'est pareil. Deux petits pieds, hybride on va dire. Vous l'avez vu le premier Dracula ? Parce que ça ressemble beaucoup. C'était pas très bien fait.

E : deux pieds, mi-homme, mi-chauve-souris. Les oreilles je me l'explique pas trop.

VI Ah !

12. Ça a l'air poilu en fait, doux. Un tapis, une peau de bête. J'imagine bien ça dans les tribus des Indiens d'Amérique.

E : ça me fait vraiment penser à une bête dont on a enlevé la peau pour faire un tapis. C'est un peu barbare, la pauvre bête ! Après, comme animal, j'en sais rien, ils l'ont tellement amoché qu'il ressemble plus à rien. Ça se dit peut-être pas mais c'est assez textural. Ça me fait penser à une matière, en l'occurrence à la peau (touche la planche).

13. un instrument de musique mais c'est pas très rationnel parce que je vois pas ce que ça pourrait être. Plutôt une peau de bête. Une texture en fait, les poils ras, style peau de panthère.

E : une peau tendue sur une structure en bois, comme les djembés ou les tambours. Peut-être parce que mon père est musicien. C'est les deux (touche la planche).

VII Ha ! v je peux la retourner ?^

14. pareil, deux visages qui se scrutent. Deux visages de femme avec une coiffe un peu xix^e. De vieille femme, pas une jeune femme. Vieille aristocratie. Sinon, rien de plus.

E : un profil avec une coiffe de femme. Un chapeau avec une grande plume, quelque chose d'élégant mais en même temps un peu désuet. Un peu vieux parce que la tête en avant et le dos qui se tient pas trop.

15. une charnière de porte. C'est normal, c'est la pliure du papier.

E : l'impression que ça peut se plier à cet endroit-là, le mécanisme, la charnière, la forme ressemble vraiment.

VIII Oh, la couleur !

16. ça me fait penser à un... Ah je vois des trucs après, un être aquatique style méduse, mais comme on voit pas bien...

E : la couleur, plutôt agréable malgré tout. Y'en a des belles comme ça qui semblent assez inorganiques, on voit le... par transparence comment ça fonctionne un peu à l'intérieur de la méduse, à cause des petits traits là, c'est assez sous-marin.

17. Ou une raie, mais une raie exotique, quelque chose qui vit dans l'eau. Soit une jolie méduse, soit un poisson multicolore.

E : la couleur, et ça ressemble à une raie.

IX Silence C'est bizarre, ça m'évoque pas grand-chose. C'est pas super-sympa mais... euh... c'est

18. une espèce de tête ouais, de tête qu'aurait mangé quelque chose de sanguinolent un peu, avec une transparence au niveau du cerveau, je sais pas, c'est bizarre, j'arrive pas trop à expliquer. Ouais, une tête. Comme s'il avait mangé un truc là... je sais pas, malgré la couleur c'est pas super-agréable.

E : C'est bizarre, je vois pas bien les yeux. Un peu les dents, je sais pas ça me plaît pas trop. Comme des crocs acérés qui mâchent de la viande, et ça, sa tête, son cerveau par connexion qu'on verrait par transparence. (*transparence ?*) oui, l'aspect diffus fait que ça a l'air d'être transparent, qu'on voit à travers. (*sanguinolent ?*) quelque chose accroché aux dents, j'imagine bien un bout de viande, pas forcément un bout de viande qu'il a arraché sur quelqu'un de victime mais un truc dans la bouche qu'il mâche, le rose.

X Oh ! Je sais pas, ça me fait penser

19. au monde sous-marin, y'a plein de trucs, des algues, des poissons, comme le fond de la mer Rouge en Thaïlande, j'imagine pour le peu que j'ai plongé. Le corail, les hippocampes. Ça donne envie de garder cette image pour la fin plutôt que la première. Je sais pas s'il y a un ordre mais je la vois bien à la fin.

E : les couleurs, les algues là elles sont bleues mais pourquoi pas. Le corail dans ma tête il est rose, c'est pas rose, mais ça peut.

► Protocole de Fabrice

I

1. Une sorte de papillon. Il faut que je dise juste une chose ? Je peux tourner ? (*Comme vous voulez, dites-moi ce que cela pourrait être.*)

E : C'est pas le plus beau des papillons. La base de la tête, les antennes, les ailes, je sais pas une sorte de papillon. L'ensemble, un style de papillon, je m'y connais pas donc je sais pas.

2. Un genre de bête je sais pas je connais pas bien ça, une sorte de scarabée je sais pas.

E : Oui mais je sais pas un scarabée ou quelque chose comme ça. L'ensemble, peut-être des pattes dessous.

II

(*Tourne la planche dans tous les sens.*) C'est des dessins bizarres, c'est dur de dire quelque chose là-dessus.

3. Comme des cornes et la rougeur, les yeux, le rouge qui montre qu'il est méchant je sais pas ça pourrait représenter satan.

E : Une bouche de mouche, les pattes rouges, l'ensemble.

4. Comme deux visages bizarres mais ça va pas, car ils ont les pieds rouges, ils se donnent la main. Ils sont bizarres les psychologues !

E : Comme dans les films sur les extraterrestres, une grande tête mince, les yeux, une bouche comme un canon. Comme deux frères jumeaux qui se collent les mains mais ça se tient pas, pourquoi ils ont des pattes rouges sur les pointes ?

III

5. Des jambes bizarres mais deux sortes de grands singes, je sais pas ce qu'ils font.

E : Des grands singes car ça ressemble beaucoup ! (rit) les têtes, les pattes, la position, c'est flou comme image. Je sais pas ce qu'ils font ensemble. Face à face, peut-être une danse.

6. Deux petits singes rouges, comme des capucins

E : Je sais pas si ça existe des singes rouges. Des capucins, c'est des petits singes qui restent tout petits, par rapport aux gros, je crois.

7. Comme un petit papillon, un beau petit papillon.

E : les ailes, beau à cause de la couleur.

IV

V8. L'eau qui vient se projeter avec des grosses vagues, contre un gros rocher. Une signification c'est assez ? (*comme vous voulez, dites-moi ce que cela pourrait être*).

E : L'ensemble, ça ressemble à de l'eau. Les motifs, on dirait une grosse vague, un rouleau qui vient se projeter sur nous.

Comme un gros bonhomme des magazines, les pieds, sa queue, sa tête, ses bras. C'est vraiment pour trouver quelque chose. Le test, c'est pour quoi ? (*je vous propose de terminer ceci, et alors je répondrai à vos questions*)

E : Une tête bizarre, des yeux noirs, le nez. Comme une BD.

V (*Tourne dans tous les sens.*)

10. Comme une chauve-souris peut-être.

E : L'ensemble, je connais pas beaucoup. Des antennes... pas des antennes mais plutôt des oreilles.

VI

11. Une sorte de peau d'animal, vous savez comme les animal qu'ont plus leur peau là ? Ca ressemble à ça.

E : Quel genre d'animal je sais pas, un animal qu'on ouvre, ils mettent la peau. Une belle grosse peau d'animal. J'ai hâte d'avoir les résultats, chaque personne c'est différent.

VII (*Tourne la planche.*) Bizarre...

12. Comme une figure, deux filles qui se regardent mais le reste ça va pas... Elles ont comme des corps de caniches.

E : Les couettes dans les airs mais le reste ça se tient pas, comme deux corps de caniches collés ensemble, des frères siamois caniches, les filles comme deux jumelles.

VIII Des petites couleurs ! (*chantonne*)

13. Comme deux animaux, peut-être des castors, comme un logo, comme sur un insigne.

E : Peut-être une forêt, ou la nature, des choses de la nature, en haut. Une montagne, en haute altitude. Des arbres sur la montagne moins haute et le troisième je sais pas. Celui qui aurait fait la peinture aurait pas beaucoup de talent ! Là les animaux.

v14. À l'envers les deux castors et comme un genre de fantôme je sais pas quoi.

E : Le nez, les yeux, la bouche. Le corps, un genre de fantôme.

IX (*Long silence, tourne la planche dans tous les sens.*)

15. Je sais pas, comme deux petits cochons roses qui mangent des feuilles. Ils sont collés ensemble.

E : Le feuillage vert, la couleur. Le cochon parce que c'est rose et grassouillet, rond. L'œil, les petits bras, les fesses collées ensemble, le corps, des petites jambes.

16. Le dedans du corps de la truie, les deux bébés avec le cordon ombilical.

E : je sais pas si elles ont des utérus, vu de l'intérieur. La sortie, le cordon ombilical, vous allez dire c'est un manque d'affection de ma mère que j'ai eu étant jeune !

X (*Tourne la planche dans tous les sens.*)

17. Deux petits cheval de mer, et des coquillages mais en symétrie, c'est pas bien normal, en symétrie de mer. Comme un petit terrain de mer bien symétrique, beau, de belles choses, la couleur

E : Un genre de bouche et une crinière, les petites oreilles et le corps en long. Je l'ai peut-être vu dans un film. Un beau fond de mer, plein de belles couleurs, comme la mer des Caraïbes, avec le soleil, non, là, je brode... j'aimerais bien y aller, et vous ?

BIBLIOGRAPHIE

CASTRO D. (2011). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte*, Paris, Dunod, 2^e éd.

CHABERT C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Paris, Dunod, 2^e éd.

EXNER J.E. (2002). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*, Paris, Frison-Roche.

EXNER J.E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*, Paris, Frison-Roche.

GACONO C.B. et EVANS F.B. (2008). *The handbook of forensic Rorschach assessment*, New York, Routledge.

KERNBERG O.F. (1984). *Les Troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*, Paris, PUF.

KUPRICH S.K. (2006). *Rorschach assessment of personality disorders*, Mahwah (NJ), LEA.

KWAWER, J.-S. (1980). « Primitive interpersonal modes, borderline phenomena, and Rorschach content », in J. Kwa-
wer, H. Lerner, P. Lerner, A. Sugarman (1980), *Borderline Phenomena and the Rorschach Test*, New York, International Universities Press, 89-105.

LEAVITT F. (2000). « Silent signs of sexual abuse », *Journal of Personality Assessment*, 74, 2, 311-323.

LERNER P. M. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. Hillsdale (NJ), The Analytic Press, 1996.

MAHLER M. (1980). *La Naissance psychologique de l'être humain*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2010.

MELOY J. R., ACKLIN M. W., GACONO C. B., MURRAY J. F. et PETERSON C. A. (1997). *Contemporary Rorschach Interpretation*. Mahwah (NJ), LEA.

MERCERON C., HUSAIN O., ROSSEL F. (1985). « Aménagement particulier des états limités : les organisations perverses

de la personnalité à travers le Rorschach », *Psychologie française*, 30 (2), 202-212.

SMITH J. (2009). « Approches cliniques des agresseurs sexuels. Le cas de Julien. », in D. Castro (dir.), *Neuf études de cas en clinique projective adulte*, Paris, Dunod, 175-193.

SMITH J. (2011). « Le traumatisme psychique au Rorschach », in R. Coutanceau et J. Smith (dir.), *Violence et famille*, Paris, Dunod, 215-221.

SMITH J., PERROT M. et CHAH-RAOUI K. (2012). « Trauma, Rorschach, dissociation », in R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir.), *Trauma et résilience*, Paris, Dunod, 121-128.

Chapitre 19

Évaluation du risque de récidive et de la dangerosité criminologique

Joanna Gurlan

LES QUESTIONS DE LA RÉCIDIVE et de la dangerosité criminologiques traversent l'ensemble du dispositif judiciaire. Pour autant, leurs définitions restent difficiles à circonscrire et n'ont de cesse de confronter les instances judiciaires aux instances médicales. Chacune défend des enjeux, en apparence, opposés : les premières privilégient la protection de la société avec l'idée d'apporter des réponses pénales au risque de récidive, les secondes se centrent sur les ressorts psychopathologiques qui sous-tendent l'agir criminel avec la perspective de prendre en charge les individus. Ces notions se réfèrent-elles aux paradigmes criminologique ou psychiatrique ? Cela reste en suspens laissant ces concepts sans définition opérante.

Si la récidive est définie sur le plan juridique comme la « réitération de la judiciarisation d'un nouveau délit ou crime » (Ciavaldini, 1999), sur le plan clinique, sa définition est plus floue : « La répétition criminelle interroge la validité et la pérennité de nos prises en charges thérapeutiques » (Bessoles, 2009). La littérature souligne les difficultés méthodologiques soulevées par l'évaluation du risque de récidive et de la dangerosité tant dans la pratique expertale que dans le champ de la psychothérapie.

La recherche en psychologie et en droit montre qu'il n'existe pas de consensus dans la communauté scientifique quant aux prédictions

du risque de récidive et de dangerosité. Les méthodes quantitatives et qualitatives employées souffrent d'un manque de fiabilité prédictive. Les notions de dangerosité et de risque de récidive sont interdépendantes d'une pluralité de facteurs cliniques, sociaux, sociologiques.

DIFFÉRENCIATION DES CONCEPTS DE DANGÉROSITÉ ET DE RISQUE DE RÉCIDIVE

La dangerosité et le risque de récidive sont des notions qui vont de pair pourtant elles ne se confondent pas. « La dangerosité ne se superpose pas exactement au risque de récidive, même si celle-ci constitue souvent le danger à évaluer », comme le soulignent Coco et Mormont (2006). Ainsi, un individu dangereux peut n'avoir (encore) jamais commis d'actes nuisibles, alors que la récidive de certains délits peut revêtir des degrés différents de dangerosité. Quand le délit lui-même est considéré comme particulièrement dangereux (exemple de l'agression sexuelle), l'évaluation du risque de récidive et de la dangerosité se recoupent alors :

« La différence fondamentale entre ces deux concepts consiste en leur diachronicité. Ainsi, il n'y a pas de récidive sans dangerosité préalable, en revanche l'inverse n'est pas tout à fait vrai, ce n'est pas parce qu'il y a eu violence qu'il y aura forcément récidive. [...] Le comportement antérieur n'a pas nécessairement une valeur prédictive et doit être limité à sa seule portée clinique » (Hirschelmann-Ambrosi, 2011).

Le risque et la dangerosité apparaissent comme des notions complexes à cerner. Le danger peut être défini comme « ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose et la situation qui en résulte ». Tandis que la dangerosité caractérise toute circonstance ou condition potentiellement dangereuse. Elle relève non de la démarche diagnostique mais de l'évaluation pronostique et entre dans le domaine statistique avec la dimension aléatoire inhérente à ce type d'approche : « Le principe de précaution appliqué à l'humain, pourtant par définition imprévisible, conduit à concevoir une prévention absolue du risque » (commission sur l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique tenue en France en novembre 2012).

Le rapport définissant les objectifs de la politique d'exécution des peines annexé à la loi IV n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines tend à différencier la dangerosité psychiatrique de la dangerosité criminologique :

« La notion de dangerosité recouvre deux acceptions : l'une psychiatrique, se définissant comme un risque de passage à l'acte principalement lié à un

trouble mental et l'autre, criminologique, ayant trait à la forte probabilité que présente un individu de commettre une nouvelle infraction empreinte d'une certaine gravité. »

Ainsi la dangerosité psychiatrique repose sur l'établissement d'un diagnostic, et l'évaluation de la dangerosité criminologique renvoie à l'établissement d'un pronostic.

► Épidémiologie de la récidive

En 2007, Mormont reprend les statistiques afférentes au taux général de récidive. Il est de 4,1 % sur un an, de 13,8 % sur deux ans, de 21,8 % sur trois ans, de 27,2 % sur quatre ans et de 31,3 % sur cinq ans. 38,3 % de ces récidivistes sont condamnés pour le même motif. Les statistiques sur la criminalité montrent des disparités entre la récidive délictuelle et criminelle. Le risque de récidive touche principalement les délits (infraction à la législation des stupéfiants, vols avec ou sans violence), avec un taux supérieur à 50 %, alors qu'en matière criminelle le taux de récidive est plus faible. Sur une période de 18 ans, la récidive des crimes est de 4,7 %, et de 1,8 % pour les viols.

La dangerosité et le risque de récidive sont souvent abordés à propos des agirs criminels car ils marquent davantage l'opinion publique et les autorités judiciaires. Pourtant il semble que, statistiquement, cela concerne d'abord les faits délictuels. S'intéresser à la récidive en matière délictuelle permettrait d'enrayer l'évolution de certaines trajectoires délinquantielles vers la sphère criminelle.

Nous allons, à présent, appréhender comment la notion de dangerosité s'est définie au fil des années et des avancées théoriques.

► Approche épistémologique de la dangerosité

Le concept de dangerosité émerge, en 1885, avec la naissance de la « criminologie ». Cette nouvelle science aborde la nécessité de prendre en compte les anomalies définissant la personnalité criminelle et les conditions du milieu capables de favoriser l'occurrence d'une infraction. La dangerosité se perçoit alors comme un processus dynamique dont l'évaluation ne peut être réduite à la dynamique d'un individu. La notion de dangerosité entre dans le droit pénal français avec la loi sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, loi n° 2008-174 du 25 février 2008.

Nous nous attacherons aux études de référence à partir du XIX^e siècle. C'est d'abord au travers de la statistique naissante que l'étude de la criminalité va être abordée. À cette époque, la criminologie est alors une discipline en construction, l'école italienne apporte une lecture positiviste et déterministe du criminel. C. Lombroso, psychiatre (1836-1909), E. Ferri (1836-1929), criminaliste et homme politique, et R. Garofalo (1852-1934), magistrat et professeur de droit criminel, ont cofondé « l'école italienne de criminologie ». Lombroso a défendu la thèse du « criminel-né », à partir d'études phrénologiques et physiognomoniques, en tentant de relier des caractéristiques physiques à une propension à l'agir criminel. Sa théorie sera vivement critiquée par la suite. En 1890, Garofalo, en cherchant à renouveler les modalités de répression du système pénal italien de l'époque, s'est interrogé sur la notion d'état dangereux. Il parle alors de *periculosita*, pour décrire cette posture à travers laquelle le sujet aurait une probabilité à commettre une infraction. Pour dépasser une approche déterministe du sujet, Garofalo distingue la capacité criminelle (ou dangerosité) et l'adaptabilité qui se réfère à la disposition que peut avoir le sujet de s'éloigner des conditions qui le rendent dangereux. J. Pinatel, criminologue français (1913-1999), quant à lui, reprend les concepts développés par Garofalo, en centrant la dangerosité du sujet à sa personnalité, en accordant à l'environnement une influence possible sur le comportement. Pour lui, c'est l'observation du sujet en interaction qui permet d'appréhender sa dangerosité. Il postule que ce sont les facteurs du milieu qui influent sur la formation des personnalités et des situations. Sa thèse est que la dangerosité se situe dans la personnalité mais son émergence est facilitée par l'influence du milieu.

Au début du XX^e siècle, G. Tarde (1843-1904), sociologue français, est un des précurseurs dans les recherches sociologiques sur le crime. Il remarque la régularité de la criminalité dans les statistiques judiciaires, il cherche alors à discriminer les différents facteurs à l'origine de l'activité criminelle. Il constate que les facteurs sociaux prévalent sur les facteurs physiques (alternance des saisons), biologiques (sexes), à mesure que la société se développe. Pour lui, le courant social de l'imitation a une influence sur l'augmentation ou la diminution du crime. Il s'opposera au déterminisme biologique soutenu par l'école italienne au XIX^e siècle.

En fonction du paradigme auquel les auteurs se réfèrent, les informations utiles à l'évaluation diffèrent. Aujourd'hui, le courant néo-positiviste met la lumière sur le déterminisme individuel, et sur les facteurs objectifs, là où le courant de la psychologie clinique recherche un lien entre un trait pathologique et un risque de passage à l'acte. Enfin le

courant psycho-criminologique, en proposant une lecture intégrative du crime, repère ce qui dans l'interaction du sujet et de son environnement vient provoquer une vulnérabilité du sujet qui pourrait y répondre par un passage à l'acte.

La littérature contemporaine montre qu'il n'existe pas encore de critères de prédiction de dangerosité fiables sur le plan scientifique.

« La notion de dangerosité est dépendante des normes sociales et culturelles, des critères sociopolitiques, du caractère surdéterminé des actes médico-légaux, du caractère composite de la criminogenèse. [...] La dangerosité peut avoir un caractère immédiat et critique ou être une disposition dont l'actualisation peut survenir même après un long délai » (Mormont *et al.*, 2003 cité par Bessoles, 2009).

La dangerosité n'apparaît donc pas comme une caractéristique stable du fonctionnement d'un individu (Coco et Mormont, 2006). L'origine des passages à l'acte apparaît multifactorielle. Ce sont souvent des facteurs externes qui viennent former les conditions d'émergence d'une dangerosité : prise de toxiques, défaut de socialisation, etc. Les variables situationnelles, les états psychiques transitoires (épisode maniaque, par exemple) sont à prendre en compte pour ne pas réduire un individu à certains comportements dangereux qu'il peut avoir dans un contexte donné, à un moment donné. Przygodzki-Lionet et Dupuis-Gauthier (cité par Coco et Mormont, 2006) insistent sur « l'importance des variables constitutionnelles (personnalité, appartenance culturelle, âge, formation de l'évaluateur, appartenance professionnelle de l'évaluateur et de l'évalué) et les variables situationnelles (états psychologiques temporaires [anxiété, mauvaise humeur...] de l'évaluateur et de l'évalué, lieu de l'évaluation, moment et but de l'évaluation, relation évaluateur-évalué [désirabilité...]), susceptible d'intervenir dans le processus évaluatif. C'est dans cette intersubjectivité qui s'inscrit dans un espace-temps spécifique qu'émerge une certaine perception de la dangerosité ». Ces auteurs soulignent « l'*a priori* négatif » qu'occasionne la qualification de « dangereux » à une personne, et reviennent sur la propension de l'esprit humain à ne pas être « enclin à penser rationnellement... Il est porté à confirmer les croyances qu'il croit fondées plutôt qu'à les soumettre à une vérification rigoureuse ».

Coco et Mormont (2006) rappellent que le délit et la récidive ont également des conséquences négatives sur le délinquant lui-même (dangerosité dite « centripète »). Il semble que cet aspect de la dangerosité soit moins pris en compte que la dangerosité dite centrifuge, c'est-à-dire la dangerosité pour la société. C'est essentiellement cette dernière qui est évaluée. Comment procède-t-on ?

► L'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive : les différents courants

La criminologie nord-américaine, notamment canadienne, s'inscrit dans une tradition d'inspiration quantitative qui remonte aux années 1960. Elle est marquée par le pragmatisme et l'empirisme. Cela signifie que le point de départ est le concret, le tangible, et qu'elle répond à une représentation positiviste du passage à l'acte. Cette criminologie de type actuariel se distingue d'une criminologie dynamique critique, défendue en Europe. Cette dernière, plus qualitative et plus récente, s'oppose, par certains aspects, au projet gestionnaire actuariel soutenu par le système nord-américain. L'approche humaniste européenne privilégie le sens à donner à l'acte, ce dernier est mis alors en perspective avec une trajectoire de vie.

L'approche psycho-dynamique permet d'illustrer cette méthode européenne, en proposant une lecture des facteurs et processus récidivants à l'œuvre dans le passage à l'acte. Ici, la récidive est appréhendée comme un phénomène de répétition qui traduit « une défaillance des processus représentationnels. L'automatisme de répétition met à l'œuvre l'emprise pulsionnelle. L'emprise fait de la récidive une clinique du passage à l'acte par un agir fantasmatique » (Bessoles, 2007, 2011). Pour les crimes en série, cet auteur ajoute que la récidive devient « une scénarisation insistantèque : l'acteur bégaye faute d'en élaborer les variables anamnestiques, économiques ou dynamiques, la répétition criminelle attestant d'un non-lieu psychique ». J.-L. Viaux (2006) analysait qu'il n'y « avait pas de lien causal entre un passé criminel et une récidive actuelle, les composantes psychologiques du crime ne relèvent pas exclusivement du lien psychique internalisé, la défaillance porte non pas sur la contention des raptus violents mais sur l'absence de fantasme. Le scénique de l'acte ne tient pas d'une mise en scène du fantasme avec une représentation incarnée mais d'un processus de scénarisation qui actualise le pictogramme. [...] La répétition criminelle illustre cette pensée opératoire ».

Ces deux courants correspondent à des représentations et des économies symboliques différentes du délinquant et du passage à l'acte, qui peuvent se combiner, pour aller vers une compréhension et un traitement du crime plus efficient (Dréan-Rivette, 2011).

La criminologie actuarielle, quant à elle, tend à poser un diagnostic qui est le résultat d'un calcul de probabilité. La dangerosité ainsi évaluée résulte d'un calcul statistique qui transpose aux comportements humains des méthodes mises au point par les assurances pour calculer

les risques, dans le courant des années 1950. Dans ce domaine, ces méthodes de statistiques probabilistes permettent de modéliser certains événements futurs pour évaluer le risque de pertes pécuniaires associées aux accidents de la vie. Les professionnels de cette sensibilité cherchent à circonscrire l'ensemble éparé des variables empiriques à un nombre limité de variables dites objectives et à les mettre en perspective. Le mode de raisonnement est de type inductif.

Cette méthode, développée à la fin des années 1990, a permis de mettre aux points des échelles dites actuarielles. Elles permettent d'établir des pronostics de récidive à partir de calculs de probabilités sur des groupes d'individus :

« Le résultat, ou niveau de risque obtenu [...], ne permet pas de prédire la récidive d'un comportement particulier chez une personne particulière. Tout ce que l'on peut déterminer, c'est la mesure dans laquelle son profil est comparable au profil moyen d'un échantillon de personnes qui ont récidivé » (Coco, Mormont, 2006).

Il n'est pas possible de prévoir le comportement d'un individu en particulier mais seulement de lui attribuer, en tant qu'appartenant à un groupe porteur d'un facteur de risque ou de protection, une probabilité de récidive.

► Les échelles actuarielles

Il existe trois vagues de types d'instruments actuariels (tableau 19.1) : les outils statiques qui proposent une évaluation prédictive du risque de récidive, ceux à jugements cliniques structurés et enfin ceux qui permettent une évaluation dynamique. Chaque échelle a des items et des objectifs différents, aussi est-il possible de combiner celles qui sont corrélées entre elles (la VRAG et la PCL-R, par exemple).

L'échelle actuarielle statique la plus utilisée pour évaluer le risque de récidive sexuelle *et* violente est la Statique-99, élaborée par un psychologue canadien, Karl Hanson. Elle se fonde sur une quinzaine de variables, qui prennent en compte les infractions sexuelles antérieures, les liens de parenté avec la victime, ou le type de délits commis. Une fois combinés, ces « facteurs de risque » permettent d'établir un score qui correspond ensuite à une échelle de risque, allant de « faible » à « élevé », en passant par « faible-moderé » et « moderé-élevé ».

Il est fréquent d'opposer l'approche clinique, dite subjective, à l'approche actuarielle ou psychométrique, dite objective. Les instruments à jugements cliniques structurés peuvent permettre de dépasser ce clivage méthodologique en alliant les connaissances empiriques et les pratiques

Tableau 19.1. Tableau récapitulatif des échelles actuarielles les plus utilisées

Les échelles statiques	Évalue le risque de récidive violente	VRAG – <i>Violent Appraisal Risk Guide</i> , établie par Harris, Rice et Quinsey en 1993
	Évalue le risque de récidive violente et sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • SORAG – <i>Sex Offender Risk Appraisal Guide</i>, établie par Quinsey, Rice et Harris en 1995 • <i>Statique-99</i>, établie par Hanson et Thornton en 1999, et réactualisée en 2009
Les échelles à jugements cliniques structurés	Évalue le risque de récidive violente	HCR-20 – <i>Historical Clinical Risk-20</i> , établie par Webster et Hart en 1998
	Évalue le niveau de psychopathie	PCL-R – <i>Psychopathy Checklist-Revised</i> , établie par Hare en 2003
	Évalue le risque de violence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • RSVP – <i>Risk for Sexual Violence Protocol</i> • SVR-20 – <i>Sexual Violence Risk Protocol-20</i>
Les échelles dynamiques	Évalue le risque de récidive sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Stable, pour les prédicteurs dynamiques stables • Acute 2000 et 2007, pour les prédicteurs dynamiques aigus

professionnelles. Ils proposent un recueil sémiologique systématisé et peuvent être une aide à la consistance et à l'utilité des décisions relatives au risque.

L'analyse factorielle de la PCL-R montre qu'un score entre 30 et 40 renvoie à un profil de personne ayant une problématique de psychopathie. De hauts scores de psychopathie indiquent de hauts risques de récidive mais de faibles scores de psychopathie n'indiquent pas de faibles risques de récidive, notamment chez les auteurs d'agressions sexuelles. Par exemple, les délinquants en matière de mœurs sur mineurs peuvent avoir de faibles scores de psychopathie et néanmoins présenter un risque élevé de récidive.

L'évaluation dynamique repose sur la compilation de facteurs dynamiques stables et aigus dans l'évaluation du risque de récidive. Les facteurs stables tendent à prendre en compte l'évolution sur de longues périodes des déviations sexuelles, des comportements toxicomaniaques, des distorsions cognitives, etc. Les facteurs aigus recouvrent les changements d'état rapide, comme la colère, l'effondrement émotionnel. Ce type d'outils, basés sur des facteurs empiriques, présente la qualité d'être

ouvert à des stratégies de prise en charge. Ils souffrent toutefois de leur manque de validation scientifique pour le moment, comme les échelles à jugements cliniques structurés.

► Éléments de discussion

L'agression sexuelle est ce qui inquiète le plus en matière de risque de récidive et de dangerosité, aussi plusieurs éléments d'argumentation porteront sur ce domaine, sans s'y limiter.

Ce qui ressort des diverses études est que l'instrument actuariel surestimait souvent la probabilité de récidive. Une recherche par Mormont en Belgique (cité par Bessoles, 2009) relevait que « les individus estimés dangereux n'adoptent jamais de conduites criminelles (faux positifs) une fois leur incarcération accomplie alors que d'autres (faux négatifs) ne présentant pas de facteurs de risques particuliers commettent des délits dès leur libération ». La récidive est un phénomène multifactoriel, mettant en perspective des facteurs internes (la personnalité) et des facteurs externes (situation sociale).

À ce jour, aucun outil n'est reconnu comme satisfaisant et ne fait consensus sur le plan scientifique et clinique dans le double objectif d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive. Les résultats des recherches divergent quant aux facteurs associés au risque de récidive : la plupart des facteurs identifiés sont des facteurs statiques, c'est-à-dire sur lesquels nous avons peu de prise. Les études empiriques relèvent l'importance d'une analyse des facteurs dynamiques centrée sur ce qui particularise les trajectoires de vie permettant de concevoir une intervention psychothérapeutique efficace.

Les critiques des outils actuariels portent sur leur construction, le score est la somme d'items ontologiquement très différents entre eux (par exemple, on ajoute l'âge et les antécédents judiciaires) : « Le comportement passé d'une personne ne peut en aucun cas prédire son comportement à venir. Rien ne permet de soupçonner une dangerosité en dehors de sa manifestation. » Certains auteurs, notamment en France, récusent la notion d'une dangerosité statique et définitive : « Les prodromes de dangerosité n'existent pas. Tout un chacun peut présenter de par sa violence fondamentale (Bergeret, 1984) une telle propension » (Bessoles, 2007). La restriction de l'individu à son passé, la focalisation sur les caractéristiques négatives plutôt que sur les ressources ou encore la collusion entre l'individu et le groupe, puisque le pronostic pour l'individu est induit par les statistiques de son groupe de référence, sont autant de griefs reprochés aux méthodes actuarielles. Le débat éthique

et méthodologique reste ouvert. Les individus ne sont pas réductibles à des données chiffrées, qui ne sont qu'un moyen partiel de s'approcher du fonctionnement humain.

Ces outils peuvent être perçus comme une approche complémentaire à la discussion clinique. Pham, Ducro, Marghem et Réveillère (2005) rappellent que si la plupart de ces instruments présentent une validité prédictive « modérée », cela constitue malgré tout une évolution importante par rapport aux évaluations cliniques générales, lesquelles prédisent la récidive avec une probabilité proche du hasard, avec une grande prévalence de faux positifs.

► La notion de facteurs de risque et de prédicteurs

Mormont (2007) déplore une dérive chez les cliniciens :

« Sous la pression de l'émotion et de l'irrationnel, des critères moralisateurs se sont imposés. La dénégaration, l'absence de remords exprimés, le manque d'empathie pour la victime sont devenus cruciaux dans l'évaluation de la gravité, de la dangerosité, de la possibilité d'être pris en traitement et du risque de récidive. Pourtant ces indicateurs sont non valides. »

« En ce qui a trait à la récidive, seule la personnalité antisociale a été clairement identifiée comme étant un facteur de risque accru, et ce pour une variété importante de délits, quelle qu'en soit la nature » (Rice, Harris et Quinsey, 1990).

Il y a certainement une surreprésentation des études sur la personnalité antisociale dans la littérature scientifique, probablement parce qu'elle est mieux définie que d'autres types de personnalité et que certains instruments de mesure objectifs ont été mis sur pied pour l'étudier (la PCL-R, l'échelle de psychopathie de Hare, par exemple). « Il y aurait certainement lieu d'étudier de manière plus objective les rapports existants entre la récidive et les différents types de personnalité » (Proulx *et al.*, 1994).

La conférence de consensus sur la prévention de la récidive (février 2013) reprend les facteurs de risque, de protection et de désistance dégagés dans la littérature internationale (tableau 19.2).

Les *facteurs de risque* sont définis comme des facteurs préexistants qui augmentent la probabilité d'adoption d'un comportement délinquant. Ils se subdivisent en quatre catégories :

- les facteurs statiques qui renvoient à des variables statiques, en lien avec le passé de la personne, les facteurs dynamiques, sensibles au

changement (par exemple, évolution de la situation professionnelle ou conjugale) ;

- les facteurs déclencheurs et prédisposants qui se manifestent peu de temps avant le passage à l'acte ;
- les facteurs prédisposants sont plus éloignés dans le temps. La relation causale entre les deux est complexe : l'influence d'une variable prédisposante (une attirance pédophile par exemple) peut être atténuée ou aggravée par celle d'éventuels événements déclencheurs.

Les *facteurs de protection* sont ceux qui participent à diminuer la probabilité de récidive. Ils sont ainsi susceptibles de modérer ou compenser l'influence des facteurs de risque.

Les *facteurs de désistance* sont des préconditions nécessaires au changement, c'est-à-dire à l'abandon de la carrière délinquante. Il s'agit de facteurs dynamiques, à la fois objectifs et subjectifs, qui renvoient aux ressources dont dispose une personne pour s'inscrire dans un processus de sortie de la délinquance. Les travaux sur ces facteurs mettent en exergue le rôle fondamental de la prise de conscience et la motivation qui amènent l'individu à repenser ses choix de vie.

Les tableaux 19.3 et 19.4 récapitulent les prédicteurs issus de la littérature, dans le champ de l'agression sexuelle.

► Discussion sur les limites d'un système en Amérique du Nord et en Belgique

L'utilisation des statistiques sur les délinquants sexuels américains commence à faire débat. Certains États des États-Unis d'Amérique s'appuient sur les échelles actuarielles « préventivement » dans le cadre de demande de libération conditionnelle pour prendre leur décision. La loi sur la rétention de sûreté en France a été pensée dans la même logique, maintenir le délinquant en détention s'il est jugé « dangereux » (loi n° 2008-174 du 25 février 2008).

Au Canada, l'incarcération et la mise en liberté conditionnelle s'articulent autour de la réinsertion sociale, d'une part, et autour de l'évaluation, la prédiction, mais surtout de la neutralisation des risques de récidive. Pour répondre à cet objectif double, des programmes de réhabilitation et d'intégration progressive ont été mis en place depuis les années 1980, soutenus par la croyance en la réhabilitation sociale et le souci de protéger la collectivité à long terme. Vacheret et Cousineau (2005) critiquent le modèle canadien qui jouit pourtant d'une solide réputation dans la communauté scientifique internationale, en interrogeant

Tableau 19.2.

<p>Les huit principaux facteurs de risque de récidive</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un passé criminel. • La fréquentation de pairs ayant des activités délinquantes. • Une attitude favorable à certaines activités délinquantes. • Des troubles de la personnalité dits « antisociaux » (selon les critères du DSM-IV). • L'éducation et le travail. • Les relations conjugales et familiales. • Les loisirs et le temps libre. • La consommation d'alcool et de stupéfiants.
<p>Les facteurs de protection</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Internes (ex. : intelligence, empathie ou contrôle de soi). • Motivationnels (ex. : travail, loisirs, gestion financière, attitude envers l'autorité ou buts dans la vie). • Externes (ex. : réseaux sociaux ou relations intimes).
<p>Les facteurs de désistance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'âge, au sens de la maturité. • Les événements positifs de la vie (ex. : rencontre amoureuse, naissance d'un enfant ou obtention d'un emploi stable). • Le renforcement du capital humain (ex. : capacités de communication ou de gestion des émotions). • Le développement du capital social (ex. : intégration dans les relations non délinquantes, développements de compétences personnelles et sociales, insertion professionnelle).

les erreurs de prédictions (faux positifs) qui émanent d'un « processus extrêmement structuré, logique et cohérent ». Ils montrent comment la notion de dangerosité ou de risque en infiltrant le système pénal a « dualisé » les prises de décisions quant à l'élargissement de la peine. Ils notent que des mesures de plus en plus répressives ont été instaurées à l'égard des personnes considérées à « risque élevé ». Les mesures de libération conditionnelle sont de plus en plus octroyées comme un espace où la personne a à faire ses preuves davantage que comme une mesure d'aide et de réhabilitation. Le concept central est la prédiction, soulevant depuis de nombreuses années des questions éthiques, méthodologiques. Les auteurs s'attachent à éclairer l'émergence « d'une nouvelle pénologie » ou « justice actuarielle » dans laquelle la recherche d'efficacité s'allie à celle de l'assurance sociale contre les risques, dans un but de

Tableau 19.3. Les facteurs de dangerosité validés pour les délinquants sexuels

Antécédents judiciaires	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents d'agressions sexuelles. • Caractéristiques des victimes (extra-familiales, étrangères, de sexe masculin). • Début précoce de la délinquance sexuelle. • Diversité des passages à l'acte sexuels. • Agressions sexuelles sans contact.
Déviance sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Attirance sexuelle pour les enfants. • Violence sexualisée. • Paraphilies multiples. • Préoccupations sexuelles. • Valeurs favorables à l'agression sexuelle.
Instabilité du mode de vie/délinquance	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles du comportement dans l'enfance (par exemple, fugue, échec scolaire). • Délinquance juvénile. • Antécédents judiciaires (de tout ordre). • Mode de vie instable (comportements à risques, instabilité professionnelle). • Trouble de la personnalité (antisociale, psychopathe). • Rancune/hostilité. • Difficultés cognitives dans la résolution de problèmes. • Non compliant au suivi judiciaire. • Violation des conditions de libération conditionnelle.
Difficultés face aux situations d'intimité	<ul style="list-style-type: none"> • Célibataire (jamais marié). • Relations conjugales conflictuelles. • Identification émotionnelle à l'enfant. • Influences sociales négatives.
Attitude face au suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Abandon du traitement.
Âge	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune.

Tableau 19.4. Les caractéristiques ayant peu ou pas de liens avec la récidive sexuelle

1	Peu d'empathie pour la victime.
2	Déni/minimisation de l'agression sexuelle.
3	Manque de motivation pour le traitement.
4	Impressions cliniques que le patient évolue favorablement grâce au traitement.
5	Problèmes psychologiques (anxiété, dépression, faible estime de soi).
6	Antécédents de victimisation sexuelle.
7	Dimension intrusive des agressions sexuelles commises (par exemple, pénétration, avoir blessé la victime).

protection de la collectivité. Ils remarquent que le taux de libération conditionnelle baisse sensiblement depuis plusieurs années. Le résultat de leur analyse montre que la « dimension structurée et bureaucratique du modèle, en laissant le moins de place à l'expertise clinique, et en cumulant l'évaluation à répétition des mêmes facteurs, immuables, ne donne aucune prise à une interprétation ou à une décision individualisée. L'uniformité est remplie, mais elle engendre la perte de l'évaluation propre à la personne ». La redondance des facteurs statiques (notamment le type de délits) qui soutiennent la prise de décision dans le système canadien est déplorée ainsi que le fait que cette uniformisation débouche à une augmentation du nombre de décisions défavorables à la libération. Les facteurs dynamiques, indices de changement et de responsabilisation, sont finalement peu pris en compte, mettant à mal l'objectif de réinsertion sociale prôné par ce système.

En Belgique, le délinquant sexuel est évalué par une équipe psychosociale spécialisée à chaque extension de la peine/de la mesure d'internement. L'évaluation répond à deux objectifs : le diagnostic et le pronostic. Le diagnostic intègre les éléments psychologiques, les aspects de la microcriminogenèse (éléments situationnels déclencheurs du passage à l'acte) et de la macrocriminogenèse (éléments actuariels et anamnestiques), en vue de découvrir, de caractériser le fonctionnement du sujet. Tandis que le pronostic porte sur les capacités d'évolution du sujet et les objectifs qui peuvent être fixés avec lui durant l'incarcération. Le pronostic considère les risques de passages à l'acte, les projets, les déficits et les situations à risque. Cette évaluation intègre aussi la mission pré-thérapeutique des équipes psychosociales spécialisées (Giovannangeli, Cornet, Mormont, 2000 cité par Coco et Mormont, 2006)

Coco et Mormont (2006) évoquent qu'une manière de répondre à la question de la dangerosité est de l'opérationnaliser au travers d'un modèle adaptatif évaluant les vulnérabilités et ressources du délinquant sexuel, dans leur champ d'étude. Ils proposent une grille de lecture qui s'appuie sur un modèle de vulnérabilités-ressources, issue de la littérature et de la pratique clinique. Les vulnérabilités sont définies comme des particularités qui favorisent le passage à l'acte sexuel délinquant, tandis que les ressources représentent des atouts, des compétences qui aident les délinquants à s'adapter, à se contrôler ou à changer. Cette conceptualisation s'inscrit dans la lignée des travaux de Villerbu (2003) quand il défend une psycho-criminologie intégrative basée sur l'émergence et la mise en œuvre d'axiome de vie pour comprendre ce qui soutient un passage à l'acte.

La grille se subdivise en six catégories, dans lesquelles des facteurs statiques coexistent avec des facteurs dynamiques, susceptibles d'évoluer, notamment sous l'effet du travail thérapeutique : la comorbidité psychiatrique, les éléments liés aux abus sexuels, les capacités d'adaptation/de contrôle, insertion sociale et style de vie, regard sur soi, cognitions et représentations. Cette grille tend à être un outil clinique, elle veut se différencier des outils actuariels en proposant une lecture dynamique et pratique du fonctionnement global d'un individu. Les auteurs précisent que cet outil est à l'état d'ébauche pour le moment, et qu'il demande à être utilisé largement pour faire preuve de sa pertinence auprès des délinquants sexuels.

CONCLUSION

L'évaluation de la récidive et de la dangerosité relève d'une pluralité de champs qui peuvent se recouper. Pourtant, il apparaît que les frontières paradigmatiques inter-disciplinaires semblent difficiles à ouvrir. Les rapports Burgelin (« Pour une meilleure prévention de la récidive », juillet 2005), Goujon et Gautier (« Les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses », juin 2006) et Garraud (« Réponses à la dangerosité », novembre 2006) mettent en exergue l'importance d'une formation transdisciplinaire en criminologie et l'insuffisance des apports psychiatriques et juridiques, en raison du centrage monodisciplinaire de leurs pratiques d'évaluation.

Une criminologie transdisciplinaire peine à voir le jour, faute de section universitaire spécifique. Les apports de chaque discipline, psychopathologie, droit, sociologie, restent clivés, sauvegardant des savoirs spécifiques qui ne se partagent pas, ne permettant finalement qu'une vision parcellaire de la dangerosité et du risque de récidive. Il semble que la promotion d'une évaluation pluridisciplinaire et intégrative est pertinente afin d'appréhender l'ensemble des facteurs, psychologiques, environnementaux et contextuels, susceptibles de favoriser le passage à l'acte. Mais aussi, elle peut aider à sortir des ornières d'une dialectique réductrice entre un modèle anglo-saxon, qui prône une conception quantitative et un modèle européen, plus qualitatif et encore en construction dans ses bases conceptuelles, pour amener une lecture intégrative, dynamique et complémentaire du risque de récidive et de la dangerosité criminologique.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGERET J. (1984). *La Violence fondamentale*, Paris, Dunod.
- BESSELES P. (dir.) (2007). Criminalité et récidive : évaluation, clinique, thérapeutique, interculturel, Mormont C. « Les facteurs prédictifs de récidive en matière de criminalité sexuelle », Coco G. « Méthodologie et techniques d'évaluation de la dangerosité en criminalité », PUG, Grenoble.
- BESSELES P. (2009). *Sciences criminelles cliniques*, Paris, MJW Édition.
- BESSELES P. (2011). « Les tueurs en séries », in *Addictologie clinique*, Paris, PUF.
- BURGELIN J.-F. (2005). *Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive*, Rapport de la commission santé-justice, juillet.
- CIAVALDINI A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson.
- COCO G. et MORMONT C. (2006). « Évaluation et prise en charge de la dangerosité des délinquants sexuels en Belgique (région wallonne) », *Bulletin de psychologie*, 1, n° 481, 63-73.
- « Conférence de consensus sur la prévention de la récidive », février 2013.
- DRÉAN-RIVETTE I. (2011). *De la criminologie en Amérique. Perspectives comparées France-Canada*, Paris, L'Harmattan.
- GARRAUD J.-P. (2006). « Réponses à la dangerosité », rapport sur la mission parlementaire sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux, novembre 2006.
- GOUJON P. et GAUTIER C. (2006). « Les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses », juin.
- HIRSCHELMANN-AMBROSI A. (2003). « L'évaluation de la dangerosité : de quels dangers s'agit-il ? », in Villerbu L. M. (dir.), *Dangerosité et vulnérabilité en psychocriminologie*, Paris, L'Harmattan.
- HUREAU J., OLIÉ J.-P. ET ARCHAMBAULT J.-C. (dir.) (2012). Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique, Commission 5 « Psychiatrie et santé mentale » et Commission 17 « Éthique et droit » et le Conseil national des compagnies d'experts de justice (CNECJ).
- PHAM T. H., DUCRO C., MARGHEM B., RÉVEILLÈRE C. (2005). « Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone », *Annales médico-psychologiques*, 163, p. 842-845.
- PROULX J., AUBUT J., PERRON L. et MCKIBBEN A. (1994). « Troubles de la personnalité et viol : implications théoriques et cliniques », *Criminologie*, vol. 27, 2, p. 33-53.
- RICE M. E., HARRIS G. T. et QUINSEY V. L., (1990). « A follow-up rapists Assessed in au Maximum Security Psychiatric Facility », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 5, p. 435-448.
- SERIN R. C., MAILLOUX D. L. (2000). *L'utilité des évaluations cliniques et actuarielles du risque dans le cas de délinquants ayant fait l'objet d'une évaluation psychiatrique prélibératoire*, Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada.
- VACHERET M., COUSINEAU M.-M. (2005). « L'évaluation du risque de récidive au sein du système correctionnel canadien : regards sur les limites d'un système », *Déviances et Sociétés*, 4, vol. 29, p. 379-397.
- VIAUX J.-L. (2006). *Psychologie légale*, Paris, Frison-Roche.

Chapitre 20

Présentation du Centre national d'évaluation

Marie Deyts

LE CENTRE NATIONAL D'ÉVALUATION (CNE) est une structure ancienne dont il est important de retracer brièvement l'histoire afin de mieux comprendre son rôle actuel.

Centre de triage des prisons de Fresnes en 1950, puis Centre national d'orientation et de triage en 1951, l'émergence de cette institution s'inscrit dans le cadre global du système pénitentiaire menée sous l'autorité de Paul Amor.

Deux grandes idées dominent cette réforme : la primauté accordée à l'individu et la mise en évidence de l'aspect rééducatif de la peine privative de liberté (individualisation et amendement : deux clefs de voûtes de la réforme). L'objectif du CNO est alors d'accueillir tous les détenus dont le reliquat de peine est supérieur à un an afin de les affecter dans un établissement pour peine le mieux adapté à leur personnalité. Pour l'affectation, cinq types d'examens sont pratiqués : des entretiens socio-éducatifs, un examen psychiatrique, un bilan médical, des tests psychotechniques, une étude psychologique.

Dans les années 1960 et 1970, le CNO n'est plus une priorité nationale. En 1985, le CNO fait l'objet d'une réforme profonde : il cesse alors d'être une machine à affecter et devient le Centre national d'observation. Cette mission plus large, outre l'affectation, consiste à élaborer pour chaque personne détenue un projet d'exécution de peine, projet qui pourra être appliqué dans l'établissement d'affectation.

Au fil des années, les missions et le public accueilli ont évolué, entraînant la nécessité pour l'administration pénitentiaire de procéder à l'ouverture de deux nouvelles structures CNE au sein du CP Sud Francilien en octobre 2011 (cinq places) et au sein du CP Lille Sequedin en octobre 2012 (trente places). La répartition des personnes détenues entre les sites est réalisée par l'administration centrale avec la volonté d'utiliser les mêmes outils et méthodes sur les trois sites.

LES PERSONNELS DU CNE

► Composition de l'équipe pluridisciplinaire

Le Centre national d'évaluation s'articule autour de quatre pôles disciplinaires sous la responsabilité d'un directeur des services pénitentiaires.

■ Le pôle détention :

- ➔ un officier des services pénitentiaires ;
- ➔ trois premiers surveillants ou majors ;
- ➔ vingt et un surveillants.

■ Le pôle d'insertion et de probation :

- ➔ un directeur pénitentiaire d'insertion et de probation ;
- ➔ six personnels d'insertion et de probation.

■ Le pôle psychologique : cinq psychologues contractuels.

■ Le pôle psychotechnique :

- ➔ un psychologue du travail ;
- ➔ deux surveillants orienteurs.

Le secrétariat de direction est tenu par deux agents administratifs.

► Organigramme

● *L'équipe de direction*

Un directeur des services pénitentiaires, un directeur pénitentiaire d'insertion et de probation, adjoint du directeur, et un officier, chef de détention, assurent la direction et le pilotage du CNE.

Directeur

Officier	DPIP
<ul style="list-style-type: none"> • Encadre le personnel de surveillance • Organise le service • Gère la détention • Contrôle les synthèses des surveillants • Participe aux réunions pluridisciplinaires • Participe à la réflexion sur les méthodes de travail et à l'élaboration du plan de formation des personnels • Rédige les synthèses 	<ul style="list-style-type: none"> • Assure l'intérim du directeur • Encadre l'équipe des personnels d'insertion et de probation • Organise le travail des personnels d'insertion et de probation • Participe à l'élaboration du plan de formation des personnels • Participe aux réunions pluridisciplinaires • Participe à la réflexion sur les méthodes de travail • Rédige les synthèses

● *Le personnel de surveillance*

Les agents affectés au CNE sont actuellement recrutés parmi les personnels de surveillance déjà en poste au centre pénitentiaire de Fresnes. Ils doivent par-delà leur mission de garde, réaliser un important travail d'observation fondé sur la communication quotidienne avec les condamnés et sur un travail de repérage de ceux qui présentent des troubles de comportement et/ou de la personnalité.

Leurs observations, qu'ils synthétisent par écrit en fin de cycle, font émerger les éléments permettant d'appréhender la vulnérabilité et la dangerosité tant pour le sujet observé que pour l'institution.

● *Le personnel d'insertion et de probation*

En application de la note RH/DAP du 27 octobre 2009, tous les personnels d'insertion et de probation sont depuis la fin de l'année 2009, affectés au SPIP 94 et mis à disposition du CNE.

Recrutés sur profil de poste, les personnels d'insertion et de probation sont sous l'autorité du DPIP du CNE, également SPIP-94 et mis à disposition du CNE, et du directeur du CNE.

Le cadre de leur intervention et leurs missions sont formalisés par un projet de service.

● Les psychologues

Les psychologues, liés par contrat avec la direction interrégionale des services pénitentiaires de Paris, sont recrutés après entretien et sur avis de l'encadrement du CNE.

Les psychologues cliniciens n'ont pas de fonction thérapeutique, mais effectuent un diagnostic sur le fonctionnement psychique du détenu, une étude de son passage à l'acte et évaluent leur dangerosité.

Un psychologue du travail anime l'équipe des surveillants orienteurs, effectue un bilan de compétence et élabore un projet professionnel avec la personne détenue afin de construire un parcours d'exécution de peine. Le pôle psychotechnique participe également au travail d'évaluation de la dangerosité des personnes condamnées qui sollicitent un aménagement de peine.

LES MISSIONS ET LE FONCTIONNEMENT DU CENTRE NATIONAL D'ÉVALUATION

La loi du 25 février 2008 a recentré les missions du CNE sur l'évaluation de la dangerosité des personnes condamnées et la prévention de la récidive. L'évolution législative actuelle demandant au CNE de se repositionner sur une évaluation à visée criminologique, il s'avère nécessaire d'adapter les méthodes et outils de travail de l'équipe pluridisciplinaire du CNE pour répondre à cette exigence institutionnelle.

À ce jour, les dispositions réglementant actuellement le CNE sont issues des décrets des 8 décembre 1998 et 16 avril 2008, de la loi du 25 février 2008, de la loi du 10 mars 2010, la circulaire du 19 mai 2010 et la loi du 10 août 2011.

Le nombre de participants aux sessions est fixé à cinquante-deux.

► Le déroulement des sessions¹

La mission d'observation du CNE s'exerce à plusieurs stades :

- l'évaluation initiale des personnes condamnées :
 - ➔ de façon obligatoire en application des dispositions de la loi du 25 février 2008 et du 10 mars 2010 relative à la rétention de sûreté, qui impose que le CNE accueille tous les détenus condamnés définitifs à une peine supérieure à quinze ans de réclusion criminelle pour l'une des infractions prévues à l'article 706-53-13 CPP (nouvel article 717-1-A CPP) ou commis sur une victime mineure ou majeure soit avec des circonstances aggravantes soit en récidive. Cette admission automatique s'effectue aux fins d'évaluation de la personnalité de l'intéressé en vue de proposer une orientation adaptée en établissement pour peine dans l'année qui suit la condamnation définitive et déterminer les modalités de la prise en charge sanitaire et sociale ;
 - ➔ à l'initiative du bureau de gestion de la détention pour des personnes condamnées à de longues peines présentant un profil pénal, psychiatrique ou pénitentiaire particulier toujours dans le même objectif (cas de demande de changement d'affectation par le condamné ou le chef d'établissement art. D-82 CPP).
- l'évaluation en cours d'exécution de peine dit « 2^e passage » : il s'agit soit d'une meilleure individualisation du régime de détention ou d'exécution de la peine, soit d'une levée du statut DPS ;
- l'évaluation pluridisciplinaire de dangerosité, en application de l'article 12 de la loi du 25 février 2008, pour les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité qui sollicitent l'octroi d'une mesure de libération conditionnelle ;
- la loi du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle a étendu la mission d'évaluation confiée au CNE à une autre catégorie de condamnés : toute personne condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à sept ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru peut être placé au CNE à la demande du JAP ou du parquet pour une évaluation de dangerosité en fin de peine ;

1. Cf. art. D. 81-1 ; D. 81-2 ; D. 82-3 ; D. 82-4 ; D. 147.34 ; D. 527-1/ ; D. 717-1A ; art. 362 d.a CPP ; art. 723-31-1 CPP ; art. 706-53-14 ; art. 729/729 ; art. 729 d.a CPP ; art. 730-2 CPP.

- la loi du 10 août 2011 sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice pénale et le jugement du mineur qui prévoit deux nouvelles catégories d'admission au CNE : toute personne condamnée à une peine supérieure ou égale à quinze ans pour une infraction pour lequel le suivi sociojudiciaire est encouru ou une peine égale ou supérieure à dix ans pour une infraction mentionnée à l'article 706-53-13 (infractions relevant du champ d'application de la rétention de sûreté) qui sollicitent une libération conditionnelle.

● *Détail des sessions*

Le calendrier des sessions est validé par la sous-direction de l'état-major de sécurité de la DAP.

Le CNE peut accueillir, au sein de sa structure, jusqu'à cinquante-deux détenus :

- dans le cadre de l'orientation initiale vers un établissement pour peine ou du deuxième passage. La durée de l'observation est fixée à six semaines. Le CNE est saisi par l'administration centrale (bureau de la gestion de la détention, EMS1). À l'issue, les détenus réintègrent la division en attendant leur transfert en établissement d'affectation ;
- condamnés sollicitant une mesure de libération conditionnelle. La durée du cycle est de six semaines. La septième semaine est consacrée au retour des condamnés dans leur établissement d'origine. Le placement au CNE est ordonné par les présidents des commissions pluridisciplinaires des mesures de sûreté. L'affectation sur les cycles est effectuée par l'administration centrale ;
- condamnés dans le cadre d'une évaluation de dangerosité à la demande du JAP ou du procureur avant le prononcé d'une mesure de surveillance judiciaire.

Le CNE est susceptible d'accueillir également des femmes ainsi que des détenus de l'hôpital en ambulatoire. Les différents personnels se déplacent dans la structure accueillante (MAF ou EPSNF, UPH) pour réaliser les entretiens.

Deux réunions pluridisciplinaires internes au CNE et une réunion avec le SMPR se déroulent pendant le cycle. Les dates sont fixées par note de service au début de chaque cycle.

● *L'attente de transfert en établissement pour peine*

À l'issue de leur passage au CNE, les personnes détenues réintègrent une division. Les délais d'attente sont très variables selon les établissements. À leur demande et en fonction de leur profil, ils peuvent avoir l'opportunité de travailler soit à l'atelier soit en cellule soit au service général.

● *Synthèses*

Les dates de transmission des synthèses sont également fixées par note de service. En principe, les synthèses dans le cadre de l'orientation doivent être transmises au plus tard le vendredi de la sixième semaine et dans le mois suivant la fin de session dans les autres cas.

L'analyse pluridisciplinaire et la conclusion sont rédigées par les personnels d'encadrement du CNE.

Durant la session, les personnes détenues rencontrent les différents professionnels qui font un examen socio-éducatif, psychotechnique et psychologique.

Pour les détenus affectés au CNE afin de décider de leur affectation en établissement pour peine et de déterminer les modalités de prise en charge sociale et sanitaire, une synthèse nourrie des échanges entre tous les acteurs est réalisée à la fin de la sixième semaine cycle, puis adressée au bureau de gestion de la détention.

Cette synthèse sert de base de discussion à la commission pluridisciplinaire, présidée par un cadre du bureau de gestion de la détention qui statue sur l'affectation des détenus en établissement pour peine. Elle accompagne les personnes condamnées lors de leur départ en établissement pour peine où elle doit servir de support à la construction de leur projet d'exécution de peine.

Dans le cadre de l'évaluation de dangerosité, une synthèse pluridisciplinaire est adressée à l'autorité de saisine.

► **La prise en charge des condamnés à l'issue de la session**

Pour les personnes détenues en attente d'un départ en établissement pour peine, un effort important a été mis en œuvre afin que le délai d'attente en deuxième division du CP de Fresnes soit le plus réduit possible suite à leur premier passage au CNE. Actuellement, ce délai est d'environ quatre mois.

Néanmoins, un travail est réalisé par l'équipe pluridisciplinaire afin de préparer au mieux ce retour en division :

- proposition quant à l'affectation en cellule (seul, isolement, consignes particulières...) ;
- indication quant à l'accès au travail, prioritairement pour les indigents ;
- classement éventuel pour un emploi au CNE.

Par ailleurs, une réunion est organisée au cours de la dernière semaine du cycle avec le SMPR afin de préparer la prise en charge sur le plan psychiatrique en division des personnes détenues quittant le CNE.

Il s'agit également de discuter de la possibilité d'intégration de personnes détenues quittant le CNE dans une session de prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel proposée par l'unité psychiatrique hospitalière de Fresnes.

Plus généralement, l'équipe d'encadrement et les personnels d'insertion et de probation du CNE restent compétents dans la prise en charge des détenus quittant le CNE jusqu'à leur transfert en établissement pour peine.

► La mise à disposition d'un financement autonome

La structure dispose d'une ligne budgétaire propre, mise à disposition par la Direction interrégionale et destinée à financer les activités socioculturelles proposées aux personnes condamnées admises au CNE.

BILAN 2012

► Le nombre des personnes détenues accueillies en 2012

D'après la nomenclature du CNE, les personnes détenues prises en charge par l'équipe de la structure sont considérées comme des stagiaires. On dénombre l'accueil, en 2012, de sept cycles d'évaluation (session 225 à session 232) pour un total cumulé de trois cent cinquante personnes détenues dont vingt femmes.

Outre l'évaluation des condamnés en vue de leur affectation en établissement pour peine, admission obligatoire ou en opportunité (cent soixante-cinq hommes et vingt femmes ont été accueillis en 2012),

l'article 12 de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté prévoit le placement au CNE de toute personne condamnée à la réclusion criminelle à perpétuité sollicitant l'octroi d'une mesure de libération conditionnelle aux fins d'évaluation de leur dangerosité. Vingt-huit hommes ont été évalués en 2012.

Le juge de l'application des peines ou le procureur de la République peuvent depuis la loi du 10 mars 2010, demander le placement d'un condamné aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de la dangerosité au CNE et saisir la CPMS. Cette disposition concerne les détenus condamnés à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à sept ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi sociojudiciaire est encouru et non prononcé. Quatre personnes détenues auront été accueillies au CNE avec cette disposition.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, le CNE accueille les personnes condamnées à quinze ans et plus pour une infraction pour lequel le suivi sociojudiciaire est encouru ou condamnées à dix ans et plus pour une infraction mentionnée à l'article 706-53-13 du CPP (champ d'application de la rétention de sûreté) sollicitant une mesure de libération conditionnelle. Cette évaluation de dangerosité est obligatoire et résulte de la loi du 10 août 2011. Cent vingt-deux hommes et onze femmes ont été accueillis en 2012.

► Les cycles

► Le profil des personnes détenues accueillies

Cette année les éléments de description du profil de la population pénale affectée au CNE sont présentés en distinguant les catégories d'admission

Les personnes détenues passées au CNE dans le cadre de l'admission obligatoire et en opportunité ont été affectées pour cent vingt-deux en centre de détention, soixante-trois en maison centrale.

► Les activités et le travail au CNE

● *Les activités socioculturelles*

Le budget consacré en 2012 aux activités a été de 25 000 euros. Les activités permettent une meilleure connaissance des personnes détenues

Tableau 20.1.

Session	Période	CNE Obligatoire	LC	RCP LC	Surveillance judiciaire	Total
2009						
203 à 210	8 sessions	197		67		264
2010						
211 à 217	7 sessions	250 h 14 f		36		300
2011						
218	16/01/2011 au 6/03/211	43 h 2 f		4 h		49
219	6/03/201 au 24/04/2011	34 h 2 f		10 h	2 h	48
220	24/04/2011 au 12/06/2011	36 h 2 f		6 h	1 h	45
221	12/06/2011 au 31/07/2011	41 h 3 f		6 h 2 f		52
222	31/07/2011 au 18/09/2011	39 h 2 f		8 h		49
223	18/09/2011 au 1/11/2011	40 h 2 f		8 h		50
224	6/11/2011 au 25/12/2011	37 h 1 f		8 h	2 h	48
TOTAL		270 h 14 f		50 h 2 f	5 h	358
2012						
225	08/01/2012 au 19/02/2012	44 h 2 f		5 h		51
226	19/02/2012 au 01/04/2012	41 h 4 f		4 h	2 h	51
227	08/04/2012 au 20/05/2012	22 h 2 f	18 h	8 h		50
228	20/05/2012 au 01/07/2012	11 h 1 f	22 h	2 h	1 h	37
229	08/07/2012 au 19/08/2012	7 h	16 h 4 f	2 h		29
230	19/08/2012 au 30/09/2012	23 h 2 f	19 h 4 f	1 h		49
231	07/10/2012 au 18/11/2012	6 h 4 f	29 h 1 f	3 h	1 h	44
232	25/11/2012 au 06/01/2013	11 h 5 f	18 h 2 f	3 h		39
TOTAL		165 h 20 f	122 h 11 f	28 h	4 h	350

Tableau 20.2. Tranches d'âge

	Évaluation initiale	%	LC	%	RCP	%	Surv. jud.	%
20 à 25 ans	11	6 %	1	1 %				
26 à 30 ans	24	13 %	11	9 %				
31 à 35 ans	21	11 %	19	15 %				
36 à 40 ans	18	10 %	14	11 %	2	8 %	1	25 %
41 à 45 ans	31	17 %	19	15 %	4	14 %		
46 à 50 ans	29	16 %	11	9 %	4	14 %		
51 à 55 ans	24	13 %	12	10 %	11	39 %	1	25 %
56 à 60 ans	12	6 %	11	9 %	3	11 %		
plus de 60 ans	15	8 %	27	21 %	4	14 %	2	50 %
Total	185	100 %	125	100 %	28	100 %	4	100 %

Tableau 20.3. Qualification des faits

		Évaluation initiale	%	LC	%	RCP	%	Surv. jud.	%
Viol	Victimes Mineures	53	29 %	46	34 %			1	25 %
	Victimes Majeures	25	13 %	5	4 %	1	4 %	2	50 %
Viol accompagné d'un autre crime ou délit	Victimes	7	4 %	8	6 %	2	7 %		
Meurtre, assassinat, tentative	Victimes	62	34 %	57	43 %	23	82 %		
Violence, actes de torture et de barbarie, vol à main armée, enlèvement, séquestration	Victimes	38	20 %	17	13 %	2	7 %	1	25 %
Total		185	100 %	133	100 %	28	100 %	4	100 %

Tableau 20.4. Quantum de peine

	Évaluation initiale	Pourcentage
Moins de 15 ans	10	5,40
15 à 20 ans	129	69,72
21 à 30 ans	40	21,63
RCP	6	3,25
Total	185	100 %

Tableau 20.5. Direction interrégionale d'origine

Direction interrégionale	Pourcentage	
Paris	5	2,70
Marseille	4	2,16
Rennes	29	15,67
Lille	61	32,46
Strasbourg	3	1,62
Toulouse	47	25,40
Bordeaux	29	15,67
Lyon	3	1,62
Dijon	1	0,54
Outremer	4	2,16
Total	185	100 %

Tableau 20.6. Commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté

CPMS	RCP	%	Surv. jud.	%	LC	%
Paris	4	14,28	1	25,00	27	20,30
Marseille	2	7,14			14	10,52
Rennes	5	17,85			25	18,79
Lille	6	21,			19	14,28
Nancy	3	10,63			12	9,05
Bordeaux	5	17,85			24	18,04
Lyon	2	7,14			11	8,27
Toulouse	1	3,57				
Dijon			2	50,00		
Fort-de-France			1	25,00	1	0,75
Total	28	100 %	4	100 %	133	100 %

dans le cadre de leur évaluation : comportement en groupe, assiduité, etc., et ont également un but occupationnel. La participation aux activités est volontaire et gratuite. Les propositions sont diverses et réparties tout au long de la semaine. Chaque activité est supervisée par un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation et donne lieu à un bilan écrit en fin de cycle.

Tai-chi-chuan

Le tai chi, art martial chinois, développe l'énergie interne du corps et fortifie la santé. La pratique est non violente, sans grades, ni compétitions, accessibles à tous, quels que soient l'âge et l'état de santé. Les exercices proposés contribuent à lutter contre le stress.

Douze personnes détenues ont participé à cette activité tai chi de deux heures le vendredi après-midi, à raison de cinq séances par cycle.

Expression corporelle, méthode Feldenkrais

La méthode Feldenkrais est une forme d'antigymnastique. Son objectif est de ne plus faire de gestes automatiquement mais les exécuter en conscience, avec dosage des efforts, justesse, connaissance des limites et besoins. Cette méthode permet de prendre conscience de la globalité de son corps et influe sur la vitalité et le bien-être.

Douze personnes détenues participent à chaque séance.

Initiation aux arts plastiques

Quatre séances par cycle sont organisées pour offrir aux personnes détenues la découverte de différentes techniques : collage, mosaïque, linogravure...

Huit personnes détenues participent à chaque atelier.

Conférence histoire de l'art

Une fois par cycle, un conférencier présente un exposé sur l'histoire de l'art. Ses interventions réunissent un public attentif et intéressé de douze personnes détenues. Sept conférences ont été tenues en 2012 au bénéfice d'une douzaine de détenus par séance.

Poésie

Un intervenant bénévole, prend en charge deux heures le mercredi, cinq séances par cycle, un groupe de dix personnes détenues dans le cadre d'une activité poésie. L'atelier peut se poursuivre en division pendant la période d'attente du transfert. Les poèmes écrits font l'objet d'un livret.

Initiation aux arts du cirque

Les stagiaires découvrent le jonglage, le rouleau américain, les échasses, le monocycle, les portés acrobatiques, avec un intervenant acrobate, jongleur... les personnes détenues travaillent la tonicité, l'équilibre du corps, la coordination avec différents appareils et techniques.

Deux groupes de personnes détenues, huit le matin et huit l'après-midi, ont participé à une activité cirque. Cinq sessions ont pu profiter de cette action.

Sport

Les détenus ont pu pratiquer des activités sportives, encadrées par un professeur de l'Éducation nationale, intervenant trente-cinq semaines par an. Quatre séances sont assurées chaque semaine d'une heure trente chacune, les lundis et mercredis et parfois le samedi matin. Huit détenus en moyenne sont pris en charge par séance. Les activités dispensées sont musculation, football et basket-ball. Ces activités ont été développées en fin d'année 2012 avec l'arrivée d'un surveillant moniteur de sport qui a diversifié l'offre d'activités et la fréquence des activités.

Premiers secours

La Croix-Rouge intervient une fois par cycle pour permettre la délivrance du brevet d'initiation aux premiers secours pour dix personnes détenues.

● *Le travail*

Les stagiaires CNE n'ont pas accès au travail et à la formation durant le temps du cycle. Toutes les personnes détenues classées au travail au CNE sont issues d'un cycle CNE. Elles sont choisies par la direction et le personnel d'encadrement en fonction de leur parcours, de leur compétence, de leur état d'indigence et de leur sérieux. L'aptitude au travail vérifiée, la décision est signée par le directeur du CNE.

Les sept postes de travail offerts au CNE sont répartis comme suit :

- un bibliothécaire écrivain ;
- un auxiliaire travaux ;
- un rationnaire ;
- deux auxiliaires pour les étages ;
- deux auxiliaires bibliothèque centrale.

ÉVOLUTIONS ET PERSPECTIVES

Le CNE doit être *un* sinon *le* lieu d'évaluation des personnes les plus lourdement condamnées en vue de définir ou de redéfinir les modalités optimales de leur prise en charge à différentes étapes de leur parcours d'exécution de peine.

La méthode de travail utilisée à titre principal par l'équipe est l'entretien individuel. Il s'agit de définir un parcours d'exécution de peine

et/ou d'évaluer la pertinence du projet d'aménagement de peine et son adéquation au sujet à travers une approche psychosociale. L'individu est appréhendé dans sa subjectivité afin de mesurer son évolution et sa mobilisation face à son projet.

L'approche clinique est ainsi privilégiée en ce qu'elle permet de repérer des indicateurs de transformation d'attitude du sujet à partir de son discours et de son comportement. Il est alors possible, s'il n'est pas question d'évaluation scientifique en tant que telle, de se prononcer sur la dynamique dans laquelle s'inscrit l'intéressé et sur la constance de son évolution après des années passées en détention.

Les évolutions législatives de ces dernières années ont augmenté le nombre de personnes détenues susceptibles de passer au centre national d'évaluation. Cet accroissement a entraîné la création d'un deuxième centre national d'évaluation, situé au centre pénitentiaire sud-fancilien de Réau, ouvert en octobre 2011 puis en octobre 2012 du CNE au sein du CP de Lille Sequedin. L'existence de trois structures destinées à l'évaluation a entraîné une répartition des publics en fonction de la nature de la mission, de l'établissement d'origine des personnes détenues et des spécificités tenant à l'individu.

La volonté et la demande de l'administration pénitentiaire sont de décliner sur les trois sites des modèles identiques tant au niveau des outils que des organisations, modes de fonctionnement... Documentation, production, trames, expérience, tout a été communiqué et partagé avec les deux autres équipes pluridisciplinaires. Cet accompagnement a été fécond pour les équipes.

L'année 2012 a été une année charnière et les personnels du centre national d'évaluation du centre pénitentiaire de Fresnes ont été fortement sollicités pour mettre en place la labellisation de l'accueil arrivant, découvrir les nouvelles missions, faire évoluer les pratiques et adapter le fonctionnement de la structure.

PARTIE IV

Prise en charge des troubles de la personnalité

-
- **Chap. 21** Un certain esprit dans l'approche du suivi 298
 - **Chap. 22** Les états limites à expression psychopathique après l'audition publique de la Haute Autorité de santé sur la psychopathie 300
 - **Chap. 23** La thérapie des schémas pour le trouble borderline..... 312
 - **Chap. 24** La thérapie cognitive émotionnelle de groupe pour le trouble de la personnalité borderline..... 323
 - **Chap. 25** Schémas et passages à l'acte..... 336
 - **Chap. 26** Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche thérapeutique..... 347
 - **Chap. 27** Groupe pour parents ayant un trouble de personnalité limite dont l'enfant est suivi en protection de l'enfance..... 356
 - **Chap. 28** Les SPIP et les PPR : une expérience originale et à approfondir..... 376

Chapitre 21

Un certain esprit dans l'approche du suivi

Roland Coutanceau

LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES de la personnalité s'inscrit dans un troisième champ de la thérapeutique pour le clinicien (ou le criminologue) ; différent de celui plus classique de la thérapie médicamenteuse des maladies mentales, répertoriées ; moins balisé que celui de la psychothérapie des problématiques névrotiques (phobies, TOC, symptomatologie anxio-dépressive ou post-traumatique).

Elle suppose, à notre sens :

- une ouverture à toutes les sensibilités théoriques : psycho-dynamique, psycho-comportementale (que nous préférons nommer « techniques de l'apprentissage et du désapprentissage »), systémique, psycho-sexologique (pour toutes les problématiques affectivo-sexuelles) ;
- une recherche de la complémentarité (et de l'association) de différents cadres thérapeutiques : suivi individuel, groupe de parole, entretien avec l'entourage, prescription médicamenteuse ;
- une réflexion sur une certaine contrainte au départ, visant à faire émerger dans un second temps une véritable adhésion, une authentique demande ; contrainte qui peut être celle de l'obligation ou l'injonction de soins dans un processus judiciaire ; mais aussi la pression amicale de la famille et de l'entourage — notamment pour des situations, ou des troubles du comportement, qui ne relèvent pas d'une transgression caractérisée de la loi ;

- l'émergence d'une attitude du thérapeute (éducateur) différente de la neutralité bienveillante adaptée aux organisations névrotiques.

Empathie certes avec un questionnement maïeutique, mais aussi confrontation aux points aveugles, aux éléments scotomisés — confrontation à la loi, qui doit être nommée, explicitée, aimée (intériorisée).

Alternance d'une écoute non directive, mais aussi d'un travail dirigé sur les thématiques spécifiques, propres aux champs existentiel, dans lequel surgissent la transgression, l'attitude inappropriée, le comportement problématique.

Parallèlement aux repérages théoriques divers, utiles à la compréhension des troubles de la personnalité, s'inscrit le défi de pratiques innovantes pour accompagner des sujets ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux.

Pour dépasser un vécu fréquent de désarroi des soignants, des éducateurs face aux personnalités difficiles, il faut s'ouvrir à des expérimentations, dans une écoute mutuelle entre praticiens de terrains.

De cette créativité dans la prise en charge, nous allons maintenant en donner quelques exemples, proposer quelques pistes.

Chapitre 22

Les états limites à expression psychopathique après l'audition publique de la Haute Autorité de santé sur la psychopathie

Jean-Louis Senon

LA PSYCHOPATHIE RESTE pour le psychiatre un paradoxe : il reconnaît cliniquement un psychopathe dans son travail quotidien que ce soit aux urgences, dans le dispositif de soins psychiatrique des établissements pénitentiaires ou dans les foyers d'hébergement où il consulte. Mais peu d'ouvrages, notamment en langue française, traitent de la psychopathie et le terme même de psychopathie est plus que jamais stigmatisant au point de devenir parfois, dans l'exercice du psychiatre, un obstacle à une prise en charge authentique, élaborée et durable. On peut relier cette constatation à l'incidence de l'importation de l'image du psychopathe américain envahissant les téléfilms à succès, bien loin du psychopathe français rencontré en consultation au quotidien, qui, lui, cumule carences affectives et éducatives, itinéraire de vie traumatique avec un parcours de misère où psychiatre, éducateur ou juge se renvoient la balle face aux troubles du comportement répétitifs, dans un fonctionnement de rejet souvent présent dès l'enfance dans le sillage d'un comportement précoce en fusion-rupture.

C'est face à cette problématique que la Haute Autorité de santé a été saisie pour organiser une audition publique sur la prise en charge de

la psychopathie. Elle s'est tenue à Paris les 15 et 16 décembre 2005. Elle recommande d'utiliser, plutôt que le terme de psychopathie, celui « d'organisation de la personnalité à expression psychopathique » (HAS, 2006).

QUESTIONNEMENTS AU CARREFOUR DES CHAMPS CLINIQUES, SOCIOLOGIQUES ET JURIDIQUES

J. Borel dans son ouvrage publié en 1947 (Borel, 1947) présentait les problèmes posés par le déséquilibre psychique à l'hôpital psychiatrique ou aux intervenants sociaux :

« Le déséquilibre psychique fait partie de l'observation courante et journalière en pratique psychiatrique. Il s'y présente de bien des façons : tantôt il est lui-même et c'est l'exagération épisodique des troubles de l'humeur et du caractère, ou bien un incident morbide ou médico-légal, parfois conjugués, qui amène à l'hôpital le déséquilibré ; tantôt il se dissimule sous une psychose qu'il modifie plus ou moins. Mais qu'il se trouve dans l'affection mentale elle-même, dans les antécédents personnels ou l'hérédité du malade, ou enfin dans le comportement antisocial de l'individu, il est souvent, presque toujours présent. Cette prééminence indiscutable ne semble pourtant pas estimée aujourd'hui à sa juste valeur ; il faut peut-être en voir la cause dans les accès doctrinaux commis à la fin du siècle dernier à propos de la dégénérescence, état connexe au déséquilibre, et qui ont détourné l'attention des médecins. Depuis que la nosographie est fixée dans sa forme actuelle, bien peu de travaux lui ont été en effet consacrés. »

Les mêmes constatations ont été faites pour justifier l'audition publique sur la psychopathie confiée à la Haute Autorité de santé après les 15 et 16 décembre 2005. La commission d'audition introduit l'importance de ses travaux de la façon suivante :

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

La psychopathie est effectivement abordée dans le champ clinique ou dans le champ social avec des équivalences de dénomination pour le moins incertaines. Dans le champ clinique reviennent souvent les termes de « psychopathie », de « personnalités psychopathiques », de « déséquilibre psychopathique » mais aussi de « névrose de caractère » ou de façon plus contemporaine, dans le sillage de Kernberg ou de Bergeret, d'« états limites à expression psychopathique » ; à l'opposé dans le champ socio-éducatif reviennent les termes de « sociopathies », de « personnalités antisociales », de « sociopathes déséquilibrés » ou de « pervers antisociaux ». Entre hôpital, foyers d'hébergement ou prison, les regards divergent en oubliant parfois qu'une prise en charge opérante implique un travail multidisciplinaire où interviennent éducateurs, juges comme équipes psychiatriques.

HISTOIRE EN ALLER-RETOUR D'UN CONCEPT INCERTAIN

L'histoire de la psychopathie est faite d'aller-retour et de l'incertitude du positionnement catégoriel de la clinique de la psychopathie notamment face aux psychoses chroniques. Elle se confond avec la création de la psychiatrie en tant que discipline clinique médicale. Inventeur de la clinique contemporaine, Pinel en décrit les prémices dans son traité de 1801 dans le cadre « des lésions de l'entendement » avec une « manie sans délire » appartenant aux « folies résonnantes » marquée par « des accès périodiques... avec impulsions aveugles à des actes de violences... sans aucune illusion de l'imaginaire »... Esquirol, élève de Pinel, avance la notion de monomanie dans son traité de 1838. Dans celui-ci, certaines

formes de « monomanies raisonnantes » sont très proches de la psychopathie. Georget esquisse aussi les principales caractéristiques cliniques du déséquilibre psychopathique qui seront reprises par Dupré, un peu moins d'un siècle plus tard. En Angleterre, Pritchard décrit en 1835 la *moral insanity*. Dans ce qu'il décrit comme « aliénation morale », il retrouve une « perversion malade des sentiments naturels, des penchants, des goûts, de l'humeur, des habitudes et des dispositions morales... ». Plus tard, dans ce sillage, Maudsley avancera à Londres la conception d'un déficit congénital chez les criminels d'habitude. Cet apport sera repris dans le concept précurseur du trouble psychopathique « d'imbécillité morale » dans la classification anglaise de l'English Mental Health Act du début du siècle passé.

Dans notre pays, Morel en 1857, Magnan en 1884 et Dupré en 1912, voyaient dans le déséquilibre psychopathique une des preuves de la théorie de la dégénérescence, en constatant que le milieu, comme l'hérédité, y sont déterminants. Morel relie dégénérescence et fonctionnement antisocial. Il décrit ainsi, parmi les dégénérés, « des êtres démoralisés et abrutis qui se signalent par la dépravation de leurs facultés intellectuelles et par la manifestation des actes qui outragent la morale... autant de types qui se retrouvent fréquemment dans les grandes cités »... Magnan et Legrain dans leur ouvrage de 1895, *Les Dégénérés*, insistent sur l'influence de l'hérédité mais critiquent les théories de Lombroso qui proposait alors une classification des criminels en fonction de leur crime. Les théories de la dégénérescence seront combattues par les tenants de la constitution dans le droit fil des travaux de Schneider, élève de Kraepelin. Quand il aborde la psychopathie dans la perspective constitutionnaliste, Schneider rompt avec la dimension anatomique de l'école française de la dégénérescence. L'ouverture psychodynamique qu'il induit dans son approche de la psychopathie est cependant tout aussi négative en termes de pronostic et de sa prise en charge : le comportement du psychopathe est inscrit dans son histoire et ses passages à l'acte ne sont que le témoin de l'immaturité de sa personnalité et l'inamendabilité en est le corollaire. Kraepelin qui, en 1933, interpelle de façon très actuelle en incitant à ne pas confondre psychopathe et perturbateur, mais ce n'est que dans la septième édition de son traité qu'il s'éloigne de la psychopathie en tant que « folie de dégénérescence » et décrit, dans l'une des quatre personnalités psychopathiques, celle qui se caractérise par le manque de moralité et de sens des responsabilités, associé « au mensonge, à l'escroquerie et à un côté charmeur »... Son apport essentiel sera sûrement de séparer la psychopathie des psychoses schizophréniques, en établissant la clinique contemporaine de ces dernières.

Le concept de psychopathie oscille à partir de cette époque entre déséquilibre et sociopathie. Birnbaum emploie parmi les premiers le terme de « sociopathie » en décrivant la déficience du comportement social du psychopathe. Siefert insiste sur l'instabilité comportementale et Delmas dans des travaux de 1932, parle de « déséquilibrés pervers », insistant sur la dimension « perverse » de nombre de passages à l'acte. Borel, dans son ouvrage de 1947 sur le déséquilibre psychique, l'étudie dans son rapport avec l'humeur et le caractère, les constitutions psychopathiques, la paranoïa, la cyclothymie et les perversions ; il insiste sur l'activité antisociale du déséquilibré et sur le problème de la délinquance et de la criminalité au décours des épisodes morbides.

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

DSM ET CIM : UNE CLINIQUE DESCRIPTIVE QUI OPPOSE « BORDERLINE » ET « ANTISOCIAL »

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

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

PERSONNALITÉS ANTISOCIALE ET BORDERLINE

La personnalité antisociale (301.7) du DSM-IV

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

- 1) incapacité à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation ;
- 2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries ;
- 3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance ;
- 4) irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions ;
- 5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;
- 6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée et 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 volés 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

Personnalité borderline (301.83) du DSM-IV

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

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

Source : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV* American Psychiatric Association, 1994 trad. fr. J.-D. Guelfi, Paris, Masson, 1996.

Le DSM-IV oppose la personnalité antisociale, notamment marquée par l'incapacité à se conformer à la loi, l'absence de remords, l'irresponsabilité et l'instabilité des relations interpersonnelles..., et la personnalité borderline, plus ouverte à la clinique qu'au repérage comportemental : effort pour éviter les abandons, sentiments de vide, perturbation de l'identité, idéation persécutoire...

La CIM-10 (1993) va dans le même sens en opposant personnalité dyssociale et personnalité émotionnellement labile (tabl. 23.1).

LA PERSONNALITÉ DYSSOCIALE DANS LA CIM-10

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

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

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

Source : *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, CIM-10, 1992. Trad. fr. C.B. Pull, Paris, Masson, 1993.

Comme le soulignent T. H. Pham et G. Côté (2000), la contribution de Cleckley, dans son essai *The Mask of Sanity* (1941, 1982), prend distance avec la conception psychanalytique de la culpabilité sous-tendant le passage à l'acte criminel. Pour lui le psychisme est étroitement dépendant du corps. Cleckley identifie seize items de psychopathie (du « charme superficiel » à « l'impossibilité de suivre quelque plan de vie que ce soit ») qui serviront de bases aux échelles contemporaines actuelles.

Hare, constatant l'absence d'instrument diagnostique propose la *Psychopathy Checklist* en 1980 puis la *Hare Psychopathy Checklist* (PCL et PCL-R de 1991). Le score de psychopathie est devenu un item central de nombre d'échelles d'évaluation du risque de violence.

Tableau 22.1. De personnalité antisociale en borderline, la confrontation entre CIM 10 et DSM-IV

	CIM-10	DSM-IV
Personnalité antisociale	F 60.2 : dyssoziale : – Écart entre comportement et normes sociales – Absence de culpabilité – Attitude irresponsable – Incapacité à maintenir durablement les relations – Faible tolérance à la frustration Indifférence froide	Antisociale : – Incapacité à se conformer à la loi – Absence de remords – Irresponsabilité – Instabilité des relations interpersonnelles – Besoin de tromper par profit Impulsivité, irritabilité, agressivité
Personnalité borderline	F 60.30 : émotionnellement labile borderline – Abandons – 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	

LA NOTION D'ÉTATS LIMITES À EXPRESSION PSYCHOPATHIQUES POUR ÉTABLIR DES PRISES EN CHARGE CONTENANTES

Aborder la psychopathie en tant qu'états limites à expression psychopathique permet de disposer de repères cliniques indispensables à une prise en charge psychiatrique comme éducative. La clinique de

l'adolescent a été très utile pour donner les bases de la compréhension psychodynamique du psychopathe adulte. Dans un travail de 1977 sur « les nouvelles formes de la psychopathie chez l'adolescent », Flavigny (1977) jette les bases de l'approche psychodynamique de la psychopathie. Dans sa description clinique, il propose un repérage symptomatique en isolant les symptômes essentiels, les symptômes secondaires et la toile de fond. Parmi les symptômes essentiels, il aborde le passage à l'acte, la répétitivité des conduites, la passivité et l'oisiveté, la dépendance aux autres associée à des exigences mégalomaniaques et la recherche de satisfactions immédiates. Parmi les symptômes secondaires, il insiste sur l'instabilité, le manque d'intérêt, le besoin d'évasion, l'instabilité relationnelle et les plaintes somatiques. Flavigny décrit une toile de fond qui est faite d'une angoisse permanente et de frustrations affectives.

Au-delà de ces éléments cliniques, il retrouve dans l'histoire du psychopathe des expériences multiples d'abandon et ce qu'il présente comme une « discontinuité brisant des relations affectives précoces » chez un enfant ballotté d'une mère biologique à une mère adoptive puis souvent placé en institution avec « une empreinte en creux ». L'altération des images identificatoires parentales est souvent retrouvée, avec un père singulièrement absent ou inexistant sur le plan symbolique, et une mère ayant toujours oscillé entre des relations de fusion puis de rupture vis-à-vis son enfant. L'adolescent puis le jeune adulte vont reproduire ce fonctionnement de façon répétitive pour mieux se protéger du danger d'abandon. Chez le psychopathe, la longue évocation des traumatismes précoces est la caractéristique de son histoire. On retrouve des deuils parentaux dans la famille proche, des abandons, des violences physiques et sexuelles, des agressions, des accidents ou des maladies en nombre... Par son comportement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, à travers un fonctionnement caractérisé par des conduites de prise de risque, le psychopathe reproduit souvent cet enchaînement d'événements de vie traumatiques. Le besoin de recherche de sensations fortes, les défonceuses, les alcoolisations comme la toxicomanie, les accidents sur la voie publique, tous ces événements rythment la vie du psychopathe et s'accumulent comme autant de repères traumatiques dans son histoire.

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

En s'appuyant sur sa longue pratique en milieu pénitentiaire, Claude Balier, dans son ouvrage *Psychanalyse des comportements violents* (Balier, 1988) fait le pari d'une possible approche psychanalytique de ces pathologies. Il s'appuie sur les bases de la psychanalyse de l'adolescent :

« Il ne fait pas de doute que notre population est composée de sujets associant une suffisante notion de la réalité à des troubles graves du narcissisme responsables de l'absence de maîtrise pulsionnelle... Il faut se tourner alors vers les psychanalystes d'enfant et vers celles qui se sont préoccupées des perturbations de l'adolescent pour une analyse méta psychologique du fonctionnement du psychopathe. »

Pour Claude Balier, l'échec de l'accession à la position dépressive s'observe dans la psychopathie et les états limites en relation avec le clivage ou l'explosion de l'agressivité libre. Pour lui « l'avenir du psychopathe n'est pas irrémédiablement fixé » et un travail thérapeutique en équipe est parfois possible.

Les états limites à expression psychopathique sont caractérisés par une clinique du passage à l'acte, des décompensations psychiatriques brutales et réversibles, des conduites de prise de risque et des addictions, associées à des troubles anxieux suraigus face au sentiment de vide. La clinique des passages à l'acte, du fait de son caractère bruyant, est celle qui retient le plus de l'attention des intervenants (tabl. 22.2). On retrouve ainsi des passages à l'acte hétéro-agressifs, mais aussi auto-agressifs avec automutilations et tentatives de suicide en rafale. Les décompensations psychiatriques brutales et réversibles ne sont pas rares. On constate des dépressions à l'emporte-pièce, marquées par l'intensité des affects dépressifs qui sous-tendent souvent les passages à l'acte auto-agressifs, mais aussi caractérisées par une réversibilité rapide. Ces décompensations peuvent prendre l'allure d'états oniroïdes survenant brutalement ou de bouffées délirantes à thèmes polymorphes où dominent souvent les thèmes de persécution. Il existe toujours chez les psychopathes une labilité thymique et émotionnelle qui peut faire suspecter dans certains cas une évolution cyclothymique. Il est important de repérer ces troubles cycliques de l'humeur, certains tableaux de psychopathie chez l'adulte jeune pouvant évoluer quelques années plus tard vers des troubles bipolaires de l'humeur. Les conduites de prise de risque et les addictions sont souvent notées : alcoolisme, toxicomanies, addictions aux médicaments psychotropes sont à prendre en compte dans les prises en charge institutionnelles, notamment milieu pénitentiaire. Les troubles anxieux ont une intensité particulière avec une intolérance aux fluctuations du niveau d'angoisse chez des sujets qui supportent aussi mal à un état d'angoisse suraigu qu'une absence totale d'angoisse qui réveille un sentiment de vide insoutenable.

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

passages à l'acte violents ou de gestes suicidaires. L'agressivité n'est alors pas l'évacuation d'un trop plein mais un court-circuit qui a comme fonction de protéger du risque de morcellement psychotique au décours des excès de tensions. Le passage à l'acte instaure une ébauche d'emprise et assure alors une fonction « de sauvetage du narcissisme défaillant ». Cette approche permet un travail psychothérapique avec des patients présentant des états limites mais elle peut aussi s'appliquer à la prise en charge de certains agresseurs sexuels (Balier, 1988).

Tableau 22.2. 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	Dépansions 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.

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE RECOMMANDÉS PAR L'AUDITION PUBLIQUE SUR LA PSYCHOPATHIE

L'audition publique de la HAS sur la prise en charge de la psychopathie (HAS, 2006) reprend dans ses recommandations des principes généraux que les équipes travaillant auprès de personnes présentant des troubles limites de la personnalité connaissent bien :

« 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. »

BIBLIOGRAPHIE

APA. *DSM-IV*, American Psychiatric Association, trad. fr. J.-D. Guelfi, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris Masson.

BALIER C. (1988). *Psychoanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, coll. « Fil rouge ».

BÉNÉZECH M., LAMOTHE P., SENON J.-L. (1990). « Psychiatrie en milieu carcéral », *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, 37889 A10.

BOREL J. (1947). *Le déséquilibre psychique*, Paris, PUF.

CIM 10 (1993). *Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Un C. B. Pull, trad. : Classification internationale des maladies (Organisation mondiale de la santé, 10^e revue), Paris Masson.

FÉLINE A., GUELFY J.-D., HARDY P. (2002). *Les troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion, coll. « Médecine et Sciences ».

FLAVIGNY H. (1977). « De la notion de psychopathie », *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 1, 19-75.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2006). Audition publique « Prise en charge de la psychopathie », rapport d'orientation, mai.

LANTÉRI-LAURA G., DEL PISTOLA L. (1994). « Regards historiques sur la psychopathologie », in Widlöcher, *Traité de psychopathologie*, 17-63, PUF.

PHAM T. H., CÔTÉ G. (2000). *Psychopathie, théorie et recherche*, Septentrion, Presses Universitaires.

REID MELOY J. (2000). *Les psychopathes, Psychologie vivante*, Paris, Frison-Roche.

SENON J.-L., FAHS H., PÉRIVIER E. (1998). « Les états limites à expression psychopathique : une entité à revisiter sur le plan clinique et thérapeutique », *Annales de psychiatrie*, 13, 1, 57-64.

SENON J.-L. (1998). *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF.

SENON J.-L. (1998). « Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994 », *Ann Méd.-Psychol.*, 156, 3, 161-178.

Chapitre 23

La thérapie des schémas pour le trouble borderline

Firouzeh Mehran

CET ARTICLE A POUR OBJECTIF de décrire succinctement la théorie et la thérapie des schémas mise au point par Jeffrey Young pour prendre en charge les patients souffrant d'un trouble borderline. Il définit la notion de schéma, tout en décrivant les différents types de schémas possibles ainsi que leurs modes et les opérations cognitives spécifiques qui les sous-tendent. Il situe aussi leur origine traumatique. Un autre article, publié également par nous-même dans le présent ouvrage (chap. 24), illustre l'application de cette thérapie en individuel et en groupe.

La majorité des définitions de la personnalité la décrivent comme une sorte de structure ou d'organisation interne et hypothétique. Le comportement (au moins en partie) est considéré comme étant organisé et intégré par la personnalité.

Le psychanalyste Adolf Stern (1938) a eu le mérite de conceptualiser la personnalité borderline dans sa forme actuelle. En 1938, Stern décrit ce qu'il appelle *borderline group of neuroses* et indique que ces derniers se situeraient à la frontière entre les névroses et les psychoses. De nos jours, nous ne considérons pas que la pathologie borderline soit la frontière entre quoi que ce soit, au contraire, nous sommes convaincus qu'il s'agit d'une entité distincte avec sa propre définition et ses droits. En étudiant avec plus de soin le fonctionnement des personnalités borderline, on découvre que leur état mental instable correspond en même temps à une structure stable, ce qui permet d'espérer que ce fonctionnement n'est pas complètement rigide.

Les personnes borderline souffrent d'une versatilité considérable. Cette versatilité ou instabilité se manifeste dans leurs émotions, les relations interpersonnelles, l'image de soi et leur capacité à réguler leurs propres comportements. Elle dirige l'individu vers de fréquentes crises, dans lesquelles sont inclus des comportements suicidaires ou d'auto-mutilation. Être borderline implique de vivre de massives fluctuations d'humeur, des conflits interpersonnels permanents, un sentiment d'insécurité, des comportements d'autodestruction et enfin, une comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques.

La personnalité borderline connaît un grand taux de suicides réussis et de tentatives de suicide. Le patient borderline souffre profondément et fait souffrir son entourage (Mehran, 2006, 2011).

Vers les années 1980, les études étiologiques ont mis en évidence la fréquence élevée, chez les patients borderline, d'agressions sexuelles dans l'enfance, alors que les observations cliniques suggéraient déjà cette forte prévalence (Mehran, 2006, 2011).

Zanarini *et al.* (2002) ont étudié la sévérité de l'agression sexuelle dans l'enfance et sa relation avec la profondeur de la psychopathologie borderline et les problèmes psychosociaux chez les patients borderline hospitalisés. Les résultats ont montré que la sévérité de l'agression sexuelle dans l'enfance est significativement liée aux symptômes des quatre domaines de base de la psychopathologie borderline, c'est-à-dire l'affect, la cognition, l'impulsivité et les relations interpersonnelles chaotiques.

Ce trouble se développe tôt dans l'enfance. Il émerge d'une interaction entre un tempérament labile et émotionnel, un attachement insécurisé avec les donneurs de soins et enfin des environnements traumatisants ou à la rigueur invalidants

Le fonctionnement mental complexe, les oscillations émotionnelles, l'impulsivité et les colères inappropriées de ces patients ont exigé, pour la mise en place d'une approche cognitive des troubles de la personnalité, des modifications de l'approche classique (Mehran, 2003).

Au milieu des années 1980, Jeffrey Young, psychologue cognitiviste, conceptualise son approche, la « thérapie des schémas », pour les patients souffrant de troubles psychologiques chroniques et résistants comme celui de la personnalité borderline. Il présente son approche dans un livre intitulé *La Thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité* (1990-1994).

LES SCHÉMAS COGNITIFS

Le concept de schémas est un élément clef de la thérapie cognitive. D'après Beck et Emery (1985), les schémas, structures de base de l'organisation cognitive, « contribuent à nommer, classer, interpréter, évaluer et donner une signification aux objets et événements ».

Young utilise le terme de « schémas précoces inadaptés ». Un schéma représente un modèle imposé par la réalité ou l'expérience qui permet aux individus d'expliquer les faits, d'en appréhender la perception et de guider leur réponse.

Les schémas précoces inadaptés sont constitués de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations physiques concernant soi-même et ses relations avec les autres. Ce sont des thèmes envahissants et souvent dysfonctionnels.

Ces schémas sont inconscients et stockés dans la mémoire à long terme. Au départ, ils sont inactifs et latents, plus tard ils peuvent être réactivés par les événements quotidiens en rapport avec leur contenu et faire un « embrayage cognitif ». Par « embrayage cognitif », on entend le moment où un schéma normalement fonctionnel devient un schéma dysfonctionnel. Les schémas trient et sélectionnent et font un « filtrage cognitif », c'est-à-dire qu'ils assimilent la partie adaptée de l'information à leur contenu préconstruit et rejettent le reste. Les schémas sont très résistants et ils luttent pour leur survie en mettant en place différents processus cognitifs. Les schémas sont souvent inconditionnels et ils sont dans un processus de perpétuation. Quand ils se réactivent, ils génèrent des émotions douloureuses chez l'individu. Ce dernier, pour se protéger contre ces émotions, met en place des stratégies comportementales qui renforcent les schémas.

Le concept de schéma est très utile pour la compréhension des patterns de réponses interpersonnelles des patients borderline avec leurs proches.

L'APPROCHE DE LA THÉRAPIE DES SCHÉMAS

La thérapie des schémas est une approche intégrative. Au cours de sa thérapie avec des patients borderline, Young a remarqué que sa formation de base en thérapie comportementale et cognitive ne répondait pas efficacement aux besoins de ces patients. Il a alors intégré :

- les thérapies comportementales et cognitives
- la théorie d'attachement de John Bowlby ;

- la *Gestaltthérapie* ;
- le constructivisme ;
- la relation d'objet.

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA THÉRAPIE DES SCHÉMAS

Cette approche thérapeutique insiste sur l'exploration des origines des problèmes dans l'enfance et l'adolescence, les émotions, la relation thérapeutique, les styles d'adaptation dysfonctionnels, le traitement des aspects caractériels chroniques des troubles et non pas des symptômes psychiatriques aigus.

LES ORIGINES DES SCHÉMAS PRÉCOCES INADAPTÉS

D'après Young, l'éducation précoce des parents, une part de génétique, tous les événements qui ont entraîné des traumatismes comme : abandon, rejet, échec, surprotection, abus, privation, critiques permanentes de notre entourage immédiat contribuent au développement des schémas précoces inadaptés (Young et Klosko, 2003). Ainsi, nous pouvons classer les origines des schémas précoces inadaptées en trois catégories :

- les besoins émotionnels de base comme : l'attachement sécurisé avec la sécurité de maternage, l'autonomie, la liberté d'expression de ses besoins et de ses émotions, la spontanéité et le jeu et, enfin, les limites réalistes et le contrôle de soi ;
- les expériences et les traumatismes précoces de l'enfance comme : la frustration au niveau des besoins émotionnels, la traumatisation ou la victimisation. L'enfant a été victime d'un quelconque abus, n'a eu aucune limite au niveau de la liberté et de l'autonomie ; enfin l'identification sélective avec certains aspects de comportement des personnes importantes dans la vie de l'enfant ;
- le tempérament émotionnel : chaque enfant a une personnalité unique et un tempérament propre. Le tempérament émotionnel de l'enfant joue un rôle important dans le développement des schémas. Le tempérament émotionnel interagit avec les événements difficiles de l'enfance pour former les schémas (Mehran, 2012).

Dans le modèle de la thérapie des schémas, à part les schémas précoces inadaptés, il existe les trois concepts suivant : les domaines de schémas, les stratégies d'adaptation et les modes de schéma.

LES DOMAINES DE SCHÉMAS ET LES 18 SCHÉMAS PRÉCOCES INADAPTÉS

Young et ses collègues (Young *et al.*, 2005) ont classé les schémas précoces inadaptés dans cinq domaines de besoin affectifs non comblés.

Nous allons décrire chaque domaine avec ses schémas et la principale caractéristique de chaque schéma.

► Domaine I : séparation et rejet

Les patients qui se trouvent dans ce domaine sont convaincus que leurs besoins de sécurité, d'amour, de stabilité ne seront jamais comblés (Mehran, 2012).

Tableau 23.1.

Schémas du domaine I	Principales caractéristiques
1. Abandon/instabilité.	Crainte permanente d'abandon.
2. Méfiance/abus.	Peur d'être trahi ou abusé.
3. Carence affective.	La certitude de ne jamais être aimé.
4. Imperfection/honte.	Se considérer mauvais, nul et inintéressant.
5. Isolement social.	Se sentir différent et condamné à rester toujours seul.

► Domaine II : manque d'autonomie et de performance

L'environnement familial des patients qui se trouvent dans ce domaine n'a pas procuré l'autonomie nécessaire pour leur évolution.

► Domaine III : manque de limites

Les patients de ce domaine n'ont pas réussi à développer des limites. Ces patients ont du mal à respecter les droits des autres.

Tableau 23.2.

Schémas du domaine II	Principales caractéristiques
6. Dépendance/Incompétence.	Incapacité à gérer sa vie de façon autonome.
7. Sentiment de vulnérabilité par rapport au danger et à la maladie.	Anticipation permanente de catastrophes et de danger.
8. Fusionnement/personnalité atrophiée.	Ne pas se sentir capable de vivre seul, vivre en symbiose avec quelqu'un.
9. Échec de performance.	Être convaincu que l'échec sera toujours au rendez-vous.

Tableau 23.3.

Schémas du domaine III	Principales caractéristiques
10. Droits personnels exagérés ; grandeur.	Se sentir supérieur aux autres.
11. Manque de contrôle de soi ; discipline personnelle.	Être intolérants à la frustration.

► Domaine IV : orientation vers les autres

Ces patients privilégient toujours les besoins des autres aux dépens de leur propre besoin. Ils sont accommodants et n'aiment pas créer des conflits.

Tableau 23.4.

Schémas du domaine IV	Principales caractéristiques
12. Assujettissement.	Se soumettre au contrôle des autres.
13. Abnégation.	Être responsable du bonheur des autres.
14. Recherche d'approbation ; recherche de reconnaissance.	Estimer de soi dépend des réactions des autres.

► Domaine V : surveillance et inhibition

Les patients de ce groupe ne sont pas spontanés et ont des règles implicites très rigides. Leur environnement familial était triste et leurs parents étaient très exigeants.

LES OPÉRATIONS DES SCHÉMAS

Young *et al.* (2005) proposent deux types d'opération de base sur les schémas, ces opérations contribuent à maintenir ou bien cicatrifier les schémas.

Tableau 23.5.

Schémas du domaine V	Principales caractéristiques
15. Négativité ; pessimisme.	Maximalisation des aspects négatifs de la vie.
16. Inhibition émotionnelle.	Peur de la perte du contrôle des impulsions.
17. Idéaux exigeants ; critique excessive.	Atteindre un degré d'exigence très élevée.
18. Punition.	Punir soi-même et les autres.

► Les processus de maintien des schémas

Ces processus s'opèrent par le biais de distorsions cognitives qui filtrent et trient les informations justes pour assimiler le petit détail adapté au contenu préconstruit des schémas, confirmer ces derniers et minimiser celles qui les contredisent. Beck (1967) les décrit comme : la minimisation, l'exagération, l'inférence arbitraire, la surgénéralisation, l'abstraction sélective et la personnalisation.

► La cicatrisation des schémas

La thérapie des schémas utilise des techniques comportementales, cognitives, émotionnelles et interpersonnelles pour diminuer l'intensité des schémas. La cicatrisation du schéma est l'objectif principal de la thérapie des schémas. Étant donné que le schéma est composé d'un ensemble de souvenirs, émotions, cognitions, sensations corporelles, la guérison du schéma implique le traitement de tous ces éléments. Au fur et à mesure de la thérapie, le schéma sera de plus en plus difficile à activer et les émotions seront moins douloureuses.

Le traitement est souvent douloureux car les schémas se développent très tôt dans l'enfance, luttent pour leur survie et assurent un sentiment de sécurité à l'individu.

LES STRATÉGIES D'ADAPTATION DES SCHÉMAS

Depuis que l'humanité existe, les organismes montrent trois réponses pour faire face au danger, qui sont :

- la lutte ;
- la fuite ;
- la soumission.

Ces trois réponses correspondent aux trois styles « d'adaptation » suivants :

- la compensation : correspond à la lutte ;
- l'évitement : correspond à la fuite ;
- la capitulation : correspond à la soumission (Young, 1990 ; Young, 1994 ; Young *et al.*, 2003). Les êtres humains ont tendance à se comporter, de façon consciente ou inconsciente, de façon à perpétuer leurs schémas (Eshkol *et al.*, 2011).

Tableau 23.6. Classement des trois styles d'adaptation avec quelques exemples de comportements inadaptés

Styles d'adaptation	Exemples de comportements
La compensation	Agressivité/hostilité, domination/assurance en soi excessive, malhonnêteté, manipulation, ordre excessif-obsessionnel, etc.
L'évitement	Repli sur soi, usage de cannabis, jeux excessifs sur ordinateur, automutilation, boulimie, déni, achats inconsidérés, etc.
La soumission	Passivité, soumission à son schéma, assujettissement aux autres, dépendance, etc.

La thérapie des schémas propose des méthodes d'évaluation composées par des questionnaires et des inventaires, dont le plus utilisé est le « Questionnaire des schémas » (YSQ, Young et Brown, 1990).

PARTICULARITÉS DE LA THÉRAPIE DES SCHÉMAS POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

Young a été parmi les pionniers du traitement du trouble de la personnalité borderline. En travaillant avec les patients borderline, il a remarqué que le nombre de schémas et de réponses d'adaptation était trop important pour les gérer simultanément. Ainsi, le concept de « mode » est né pour répondre aux besoins de ces patients, qu'il a ensuite élargi aux autres troubles (Mehran, 2011).

La notion de « modes de schéma » a été précisément introduite à la thérapie des schémas pour aider à comprendre et traiter le principal symptôme du trouble de la personnalité borderline qui est celui de l'instabilité (Rafaeli, Bernstein, Young, 2011). En effet, les changements

soudains et rapides de comportement, de pensée et d'émotion propres à la personnalité borderline ont inspiré le développement du concept de modes de schéma (McGinn et Young, 1996).

Pour Young, « le mode est une partie ou une facette de soi (self) qui consiste en un groupement naturel de schémas de styles d'adaptation et humeur qui n'ont pas été complètement intégrés les uns aux autres » (Mehran, 2003).

Ces schémas sont composés par des états émotionnels et des réponses d'adaptation instantanées, adaptées ou dysfonctionnelles, dont nous faisons tous l'expérience. Ils sont souvent activés par des événements de la vie auxquels nous sommes sensibles (nos gâchettes émotionnelles).

L'état prépondérant dans lequel l'individu se trouve à un moment donné est appelé « mode de schéma ». Au cours du temps, il « embraye » d'un mode à un autre. Chez les patients borderline, les schémas et les réponses d'adaptation tentent de se regrouper. Certains groupes de schémas ou de réponses d'adaptation sont activés ensemble.

Les modes individualisés existent aussi chez tous les individus, mais leur sens d'identité unique reste intact. Ces derniers peuvent faire l'expérience de plusieurs modes simultanément, alors que, dans un mode borderline, une partie de la personnalité borderline s'est séparée des autres parties sous une forme pure et intense.

Les modes chez les patients borderline sont différents des modes généraux des schémas car ils sont plus rigides et plus difficiles à déstructurer. Young (Young *et al.*, 2003) classe les schémas des patients borderline en cinq catégories.

Tableau 23.7. Les cinq modes et leur principale caractéristique (Mehran, in 2012)

Les modes chez les patients borderline	Principales caractéristiques
L'enfant abandonné	Dans ce mode, le patient a un fonctionnement d'un enfant de trois ans.
L'enfant coléreux et impulsif	Dans ce mode, le patient exprime sa colère de façon impulsive et inappropriée.
Le parent punitif	La fonction de ce mode est de punir le patient parce qu'il a fait quelque chose de « mal ».
Le protecteur détaché	La fonction de ce mode est de protéger le patient contre les émotions douloureuses.
L'adulte sain	Il donne son attention et ses conseils et protège le patient contre les autres modes.

Chacun des modes est composé par plusieurs schémas.

Les objectifs de la thérapie des modes des patients borderline sont :

- emphatiser avec l'enfant abandonné ;
- aider l'enfant abandonné à donner et recevoir de l'amour ;
- combattre et éliminer le parent punitif ;
- fixer des limites comportementales à l'enfant coléreux et impulsif et aider le patient dans ce mode à exprimer ses émotions et ses besoins de façon adaptée ;
- tranquilliser et progressivement remplacer le protecteur détaché par l'adulte sain.

CONCLUSION

La thérapie des schémas est une approche née de l'intégration de plusieurs écoles de psychologie. Cette approche est pédagogique. Elle met l'accent, particulièrement, sur la relation thérapeutique et les émotions. Au départ, elle a été conçue par Jeffrey Young pour traiter des patients souffrant de problèmes caractérogiques chroniques et résistants comme le trouble de la personnalité borderline. De nos jours, l'efficacité de la thérapie des schémas pour les troubles de l'axe I a également été prouvée.

Vue la complexité du trouble borderline, Young a remarqué qu'étant donné le nombre de schémas et de réponses d'adaptation chez les patients borderline, il fallait développer un concept plus complet que le schéma. C'est ainsi qu'il développa le concept de « mode ».

D'après l'approche de la thérapie des schémas, le fonctionnement du patient borderline doit être considéré comme celui d'un enfant vulnérable.

Les cinq modes de schémas de la personnalité borderline et les schémas précoces inadaptés de chacun facilitent la conceptualisation du cas.

BIBLIOGRAPHIE

BECK A. T. (1967). *Depression : causes and treatment*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

phobias : A cognitive perspective, New York, Basic Books.

BECK A. T., EMERY G., GREENBERG R. L. (1985). *Anxiety disorders and*

MCGINN L. K., YOUNG J. E. (1996). *Schema-focused therapy*, in *Frontiers of*

Cognitive Therapy (éd. P. M. Salkovskis), Guilford, New York, 182- 207.

MEHRAN F. (2003). « Principes généraux des psychothérapies d'inspiration cognitivo-comportementale dans les troubles de la personnalité », *Annales médico-psychologiques*, 733-738, 161.

MEHRAN F. (2006, 2011). *Traitement du trouble de la personnalité borderline*, Paris, Masson.

MEHRAN F. (2011). « Thérapie des schémas et trouble borderline », in *Soigner les patients borderline*, Paris, Santé Mentale, p. 54-59.

MEHRAN F. (2012). « L'application de la thérapie des schémas à la clinique », in Tarquinio *et al.*, *Manuel des psychothérapies complémentaires*, Paris, Dunod, 207-232.

RAFAELI E., BERNSTEIN D.P., YOUNG J.E. (2011), *Schema Therapy*, East Sussex, Routledge.

STERN A. (1938). « Borderline group of neuroses », *Psychoanalytic*, Q 1938, 7, 467-89.

YOUNG J. E. (1990a, 1994a). *Cognitive Therapy for Personality Disorders : A Schema- Focused Approach*, Sarasota, Florida professional Resource Press.

YOUNG J. E. et BROWN G. (1990b). *Young Schema Questionnaire*, New York, Cognitive Therapy Center of New York.

YOUNG J. E., KLOSKO J. S., WEISHAAR M. E. (2003). *Schema therapy*, New York, The Guilford Press.

YOUNG J. E., KLOSKO J. S., WEISHAAR M. E. (2005). *La Thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*, Bruxelles, De Boek.

ZANARINI M. C., YONG L., FRANKENBURG F. R., HENIN J., REICH D. B., MARINO M. F. *et al.* (2002). « Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients », *J. Nerv. Ment. Dis.*, 190, 381-387.

Chapitre 24

La thérapie cognitive émotionnelle de groupe pour le trouble de la personnalité borderline

Firouzeh Mehran

À CAUSE DE SES MULTIPLES SYMPTÔMES de l'axe I et de l'axe II, de ses différentes facettes de son impulsivité et de ses problèmes interpersonnels récurrents, la personnalité borderline est complexe et difficile à traiter. Les caractéristiques du trouble de la personnalité borderline sont de nature hétérogène.

La littérature sur la thérapie de groupe du trouble de la personnalité borderline est très limitée. Cependant, elle indique que certaines approches combinées avec la thérapie individuelle peuvent être efficaces.

Pour créer cette approche, je ne me suis pas juste contentée de la thérapie cognitive classique ; j'ai réfléchi aux objectifs du traitement, aux cibles comportementales et à l'apprentissage en intégrant cinq approches de psychothérapie pour la structurer.

PARTICULARITÉS DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE AVEC LES PATIENTS BORDERLINE

Pendant des années, le diagnostic de la personnalité borderline a été considéré par les cliniciens comme un signe de mise en garde par rapport à la colère injustifiée, l'impulsivité, la labilité émotionnelle et les comportements d'autodestruction de ces patients. Cependant, les vingt dernières années ont fait avancer le traitement de ce trouble de façon plus optimiste. Ainsi, ce trouble a été conceptualisé comme un trouble de croyances négatives et dysfonctionnelles (Butler, Brown, Beck, Grisham, 2002), un trouble de dysrégulation émotionnelle (Linehan, 1993), de schémas précoces inadaptés (Young, 2003) et de relations d'objet faiblement développées (Kernberg, 1976).

Ce trouble complexe, dans lequel il existe de nombreux symptômes, nécessite une approche intégrative pour prendre en charge à la fois les symptômes présents et les besoins émotionnels de l'enfance précoce, dans l'objectif de développer un style d'attachement sécurisé.

LES OBJECTIFS CLEFS DE LA THÉRAPIE DE GROUPE

L'objectif principal de ce groupe psycho-éducatif est de consolider l'apprentissage acquis en thérapie individuelle. Le deuxième objectif est d'abord de socialiser les membres du groupe à la thérapie puis, progressivement les aider à apprendre une hiérarchie de compétences. Le troisième objectif du thérapeute est de faciliter la cohésion et les interactions positives du groupe, d'encourager ses membres à être mutuellement collaboratifs et de soutenir les efforts de changement individuel de chaque individu (Padesky et Greenberg, 1995).

Les patients apprennent à comprendre que chaque réaction émotionnelle contient une composante cognitive et que les émotions, les cognitions et les comportements sont interdépendants. Ils apprennent également à acquérir de nouvelles compétences telles que l'affirmation de soi, le *mindfulness*, la gestion des crises et de meilleures qualités d'interaction avec les autres.

D'autres objectifs sont :

- apprendre à faire des expériences et des interactions sociales avec les autres membres et bénéficier du soutien de ces derniers ;
- établir des bases d'acceptation d'autrui et de soutien mutuel ;
- apprendre à gérer l'impulsivité ;

- apprendre à s'intégrer et participer complètement aux activités du moment.
- apprendre à établir des limites personnelles et à respecter les besoins des autres (Mehran 2006-2011).

LA THÉRAPIE COGNITIVE ÉMOTIONNELLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE ET SES CARACTÉRISTIQUES

C'est une thérapie psycho-éducative.

Au début, la thérapie se concentre sur les troubles de l'axe I. Ensuite, des stratégies complémentaires sont proposées pour les troubles de l'axe II. Une adjonction de la thérapie familiale, de la thérapie du couple ou de la thérapie de groupe, si nécessaire, est proposée. La prévention des rechutes est anticipée (Mehran, 2006-2011).

Les patients borderline qui intègrent le groupe sont suivis parallèlement en thérapie individuelle.

La thérapie cognitive émotionnelle est le fruit de l'intégration des six approches suivantes.

► La théorie d'attachement de J. Bowlby

D'après Bowlby, le style d'attachement se développe suivant la nature de l'environnement dans lequel l'enfant a évolué et l'interaction qu'il a eue avec ses donneurs de soins. Bowlby a classé le style d'attachement que l'enfant risque de développer en deux catégories : attachement sécurisé et attachement insécurisé (Bowlby, 1978). L'attachement insécurisé peut conduire l'individu vers des troubles de la personnalité ; par exemple, le style d'attachement chez la personnalité borderline est désorganisé.

► La théorie cognitive classique d'A. Beck

La thérapie cognitive de Beck, avec ses concepts de structures cognitives, ses postulats silencieux et ses pensées automatiques, est un modèle efficace pour identifier, évaluer et modifier les pensées dysfonctionnelles et leurs relations avec les situations et les émotions qui les génèrent. Cette approche est à la base de la structure de notre thérapie. L'approche de la

thérapie cognitive classique a exigé des modifications pour son adaptation au traitement des troubles de la personnalité et particulièrement la personnalité borderline (Beck *et al.*, 1990).

► **L'approche de la thérapie comportementale et dialectique de M. Linehan**

Selon Linehan, la cause principale du trouble borderline se trouve dans un dysfonctionnement du système de régulation des émotions. La caractéristique principale de cette approche est de souligner les processus dialectiques, c'est-à-dire la réconciliation des opposés en un processus continu de synthèse (Linehan, 1993). L'approche de Linehan est particulièrement efficace pour le traitement du suicide et des comportements para-suicidaires des patients borderline.

► **L'approche de la thérapie des schémas de J. Young**

Young est l'un des pionniers du traitement de la personnalité borderline. Son approche intégrative s'est inspirée de la thérapie comportementale, de la relation d'objet, de la théorie d'attachement, et de la *Gestalttherapie*. D'après Young, lorsque l'environnement familial de l'enfant n'arrive pas à combler ses besoins de base comme la sécurité, la prédictibilité, l'affection, l'attention, les soins, l'acceptation, la valorisation, l'empathie, l'autonomie, la protection et la validation des besoins, ce dernier risque de développer des schémas précoces inadaptés (Farrell, Shaw, 2012). Ces schémas sont des constructions psychologiques à propos de soi-même et de l'environnement composé par des souvenirs, des sensations physiques, des émotions et des cognitions ainsi que le tempérament émotionnel de l'individu. Ce sont des représentations précises de l'environnement de l'enfant. Pour la personnalité borderline, Young propose le concept de « mode » des schémas (voir le chap. 23) pour décrire l'état émotionnel intense dans lequel se trouve un patient borderline à un moment précis.

► **L'approche de la psychologie positive**

Par leur passé dysfonctionnel, insécurisé, parfois chaotique et traumatisant, les patients borderline n'ont pas eu la possibilité d'apprendre et suivre les concepts de la psychologie positive, comme l'acceptation, la

compassion, l'émotion positive, l'optimisme, l'efficacité de soi, l'empathie, etc.

Les techniques de la psychologie positive contribuent au développement de la créativité pour remplacer les schémas inadaptés par des schémas plus réalistes. Elles permettent également de promouvoir la croissance post-traumatique suite à un traumatisme d'abus (Mehran, 2010) et d'explorer les ressources non exploitées des patients.

► La thérapie centrée sur les émotions

L'émotion peut être considérée comme un catalyseur psychothérapeutique et la reconnaissance des émotions est une source d'information.

Greenberg et Safran (1987) considèrent l'émotion comme une forme d'information : elle nous fournit de l'information sur nos propres tendances comportementales ou nos dispositions par rapport à l'action.

Les réactions émotionnelles sont apprises à travers l'expérience ; souvent les émotions font peur et sont évitées. L'expérience et les réactions émotionnelles peuvent être modifiées. Les patients borderline souffrent d'une dysrégulation émotionnelle et l'intensité de leurs émotions est très élevée. Les techniques d'imagerie facilitent une purge émotionnelle.

LA THÉRAPIE COGNITIVE ÉMOTIONNELLE DE GROUPE

► Les caractéristiques

Il s'agit d'un groupe fermé et hétérogène dans lequel les membres ont des caractéristiques différentes (âge, culture, niveau socio-économique, sexe, niveau d'études).

Le groupe est supervisé par un ou deux thérapeute(s) (suivant le nombre de participants). Les patients ont tous suivi et, pour la plupart, suivent toujours une thérapie individuelle. Les patients sont évalués avant et après la thérapie.

Chaque patient bénéficie d'une séance individuelle d'explication avant le groupe et d'une séance d'analyse après le groupe (Mehran, 2006-2011). Le groupe est réparti en dix séances de 120 minutes. Le thérapeute veille à la répartition équitable du temps de prise de parole de chaque patient. Le nombre de participants dans chaque groupe est entre cinq et huit. Les patients qui participent à un groupe ont déjà amélioré, par le biais de leur

thérapie individuelle, les comportements suicidaires et ne sont plus dans des crises aiguës.

► Organisation des séances de groupe

Les quatre éléments suivants sont nécessaires à l'organisation du groupe (Padesky et Greenberger 1995) :

- agenda : au début de chaque séance, le psychothérapeute et les membres du groupe mettent en place ensemble l'agenda de la séance ;
- collaboration : en thérapie cognitive individuelle, par collaboration, on entend un travail d'équipe entre les patients et le psychothérapeute et ces derniers, suivant un contrat thérapeutique, se mettent d'accord pour résoudre les problèmes ;
- résumés : en thérapie cognitive de groupe, les résumés sont fournis par le patient qui a travaillé sur un item précis de l'agenda ou par un autre membre du groupe ;
- tâches assignées : elles font partie intégrante de la thérapie cognitive individuelle ou de groupe.

► Les cinq modèles d'apprentissage

Linehan (2000) décrit les cinq modèles d'apprentissage suivants :

- la prise de conscience totale (la synthèse entre la conscience rationnelle et émotionnelle est égale à la conscience éclairée) ;
- l'efficacité interpersonnelle (se respecter et respecter l'autre) ;
- la régulation émotionnelle (apprivoiser l'émotion) ;
- la tolérance à la détresse (survivre aux crises) ;
- l'autogestion (savoir maintenir les acquis et initier les changements).

► Les caractéristiques du thérapeute

Le thérapeute doit être empathique et capable d'explorer les croyances reliées à l'expérience émotionnelle des patients. Bowlby considère la mère comme une base de sécurité pour l'enfant. Cette idée a été incorporée dans la thérapie des schémas par le concept de « re-maternage limité » (*limited-reparenting*). Ce concept peut fonctionner comme antidote face au schéma d'abandon des patients borderline (Mehran,

2006, 2011). L'établissement d'une relation thérapeutique est souvent le seul renforçateur efficace pour les patients borderline qui cherchent à modifier leurs comportements et leurs croyances dysfonctionnelles.

Le thérapeute doit établir des limites avec les patients. Il doit instaurer une ligne que les patients ne peuvent dépasser. Le thérapeute doit être capable de proposer une atmosphère de « re-maternage limité » chaleureux et empathique, avec une relation où il existe un style d'attachement sécurisé. Le thérapeute doit bien connaître le trouble de la personnalité borderline et ses symptômes divers et variés. La créativité, la spontanéité sont nécessaires pour sélectionner des stratégies thérapeutiques adaptées au moment nécessaire.

En plus des caractéristiques citées, le thérapeute de groupe doit faciliter une cohésion et une interaction constructive entre les membres du groupe.

► Le programme des séances de groupe

Le contenu de l'agenda de chaque séance se résume dans l'exemple de la séance suivante.

EXEMPLE DE L'AGENDA DE LA 5^E SÉANCE

1. Établissement de l'agenda.
2. Revue des tâches.
3. Revue des événements de la semaine.
4. Pédagogie :
 - a) la théorie d'attachement et les deux styles d'attachement (sécurisé et insécurisé) avec leurs caractéristiques ;
 - b) les cinq modes de la personnalité borderline.
5. Technique du vécu émotionnel, technique de dialogues imaginaires entre « l'enfant vulnérable », « l'adulte sain » et « le parent dysfonctionnel ».
6. Assignation des tâches :
 - a) quel style d'attachement avez-vous développé ? quels sont vos arguments ?
 - b) repérer en semaine l'activation des différents modes.
7. Feed-back (donner et recevoir).
8. Cependant, la pédagogie de chaque séance est différente.

Exemple de la pédagogie de l'une des séances Comprendre les origines de son mode « enfant abandonné-vulnérable »

À la réactivation de ce mode, vous ressentez des sentiments douloureux et effrayants. Vous êtes désespérés de ne pouvoir satisfaire vos besoins et trouver de la protection. Cet état peut être lié à l'abandon ou à l'abus dont vous avez été victime dans votre enfance.

Dans ce mode, vous avez le fonctionnement d'un enfant de cinq ans. Pour le petit enfant que vous étiez, ces sentiments étaient insupportables et même menaçants pour votre survie. C'est pourquoi ils déclenchaient, par les circuits de votre cerveau, des réponses urgentes de lutte, de fuite ou de capitulation. Aujourd'hui, quand un événement qui a un petit détail qui ressemble à vos expériences précoces dans lesquelles les besoins émotionnels n'ont pas été satisfaits, le cerveau réagit avec son système d'avant, comme si vous retourniez en arrière et que votre survie était en train d'être de nouveau menacée. Comprendre comment à vos différents sentiments et besoins, vos donneurs de soins ont répondu quand vous étiez enfant, augmente votre compréhension de votre côté « petit enfant » et ses besoins.

► Quelques exercices utilisés en séance ou en tâches assignées

● *L'avocat du diable (Goldfried et al., 1978)*

Cette technique se joue en jeu de rôle. Descriptif du scénario : le jeu de rôle se joue avec deux membres du groupe. La première, Rose, a été maltraitée et battue dans son enfance par son père violent. Aujourd'hui, elle souffre d'un schéma d'imperfection très profond. Le deuxième, Alex, provoque Rose et donne raison à son schéma et avance des propos extrêmes liés à son schéma en devenant l'avocat du diable. L'objectif du jeu est d'aider Rose à se défendre et à disqualifier ces propos extrêmes et ne pas renforcer son schéma.

ALEX.— Tu as raison quand tu dis que tu n'as rien réussi dans ta vie.

ROSE.— Mais...

ALEX.— Les filles de ta génération sont plus intelligentes et débrouillardes.

ROSE.— Attends, j'ai quand même eu des réussites !

ALEX (avec mépris).— : Lesquelles ?

ROSE.— J'ai une maîtrise, je travaille depuis trois ans, j'ai quelques amis que je fréquente régulièrement.

ALEX.— D'accord, mais, les autres ont fondé une famille et toi rien.

ROSE.— Pas pour le moment, car mon enfance ne m’a pas permis de croire en moi.

ALEX.— Je veux bien, mais...

ROSE.— Il n’y a pas de mais ; j’ai le mérite de travailler sur moi et j’améliorerai aussi ma vie sentimentale.

● Le pour et le contre

Est une technique de la thérapie cognitive qui permet aux patients, par une tâche assignée, d’évaluer la nécessité du maintien de leur schéma.

Voici l’exemple de l’exercice de Dahlia qui souffre d’un schéma de méfiance/abus né à la suite de l’abus sexuel de son demi-frère dont elle a été victime dans son enfance.

Tableau 24.1.

Arguments pour le schéma de méfiance et d’abus	Arguments contre le schéma de méfiance et d’abus
Il me protège contre les gens malveillants.	Je ne suis pas naturelle avec les gens.
Je reste sur mes gardes et j’évite de tomber dans le piège des vicieux.	Ma vie est compliquée et je ne fais confiance à personne.
J’évite plus les malheurs que les autres.	Je ne m’ouvre pas aux autres et par conséquent ma vie sentimentale reste vide.

● Le jeu des couleurs : quelles sont vos émotions ?

Est une technique utilisée en thérapie des schémas (Farrell et Shaw, 2012). Cet exercice peut être utilisé au commencement du groupe, pour que les patients apprennent à identifier leurs émotions de l’instant même. Chaque couleur est significative d’une série d’émotions.

La thérapeute place plusieurs papiers colorés au milieu du cercle du groupe. Chacun attrape le papier qui correspond à ses émotions du moment précis. Ainsi, les patients n’ont pas besoin d’expliquer leurs émotions. Le thérapeute note la couleur que chaque membre prend et les membres du groupe prennent conscience de la nature de chacune de leurs émotions instantanées et celles des autres. Ces émotions seront plus tard analysées dans le groupe.

LES COULEURS ET LEUR DÉFINITION

Rouge : en colère, frustré, ennuyé.

Vert : heureux, gai, excité.

Bleu : triste, déprimé, fatigué.

Jaune : vulnérable, effrayé, craintif.

Marron : détaché, confus, dépassé, insensible.

● Technique des dialogues des mémoires traumatisantes

Il s'agit de conduire des dialogues imaginaires des mémoires traumatisantes de l'enfance entre le « mode d'enfant vulnérable et abandonné », le « mode de parent dysfonctionnel » et le « mode d'adulte sain ». D'après Young *et al.* (2003), cette technique d'imagerie est plus difficile que les autres techniques car elle génère des émotions plus intenses ; les dégâts psychologiques sont plus sévères et les mémoires traumatisantes sont souvent bloquées.

Voici l'exemple d'une séance de groupe dans laquelle Dahlia décide de travailler sur l'abus dont elle a été victime dans son enfance. En racontant son expérience, elle se met dans son « mode d'enfant vulnérable abandonnée », Lilas, un autre membre du groupe, joue le « mode de parent punitif » et la thérapeute se met dans le rôle du « mode d'adulte sain ».

LA THÉRAPEUTE.— Dahlia, pour vous sentir en sécurité, voulez-vous qu'un autre membre de groupe ou moi-même se mette à côté de vous ?

DAHLIA.— Oui, je veux bien que vous vous mettiez proche de moi.

La thérapeute avance sa chaise et se met à côté d'elle.

THÉRAPEUTE.— Voulez-vous fermer les yeux et visualiser une image dans laquelle vous êtes calme et joyeuse ?

Dahlia... réfléchit.

DAHLIA.— C'est l'été et ma mère m'a laissée chez ma grand-mère.

LA THÉRAPEUTE.— Pouvez-vous nous décrire un peu plus cette image ? Quel âge avez-vous ?

DAHLIA.— Je dois avoir sept ans. Ma grand-mère a un petit jardin avec des fleurs, il fait beau, nous sommes assises et nous épluchons les carottes et nous papotons. Je me sens bien, car j'aime beaucoup ma grand-mère et je me sens en sécurité avec elle.

LA THÉRAPEUTE.— Restez quelques instants dans cette image reposante.

Quelques minutes plus tard...

LA THÉRAPEUTE.— Dahlia pouvez-vous, sans forcer votre mémoire, faire venir un souvenir douloureux de votre enfance ?

DAHLIA (*après quelques minutes...*).— J'ai neuf ans, c'est le soir, je suis dans mon lit. Mon demi-frère (du premier mariage de ma mère) Paul, âgé de 16 ans, ouvre la porte de ma chambre, se dirige vers mon lit, soulève la couverture et me dit : « Nous allons jouer, et si tu parles à quelqu'un de notre jeu, je te tue ! » et commence à me faire des attouchements dans les parties intimes de mon corps.

LA THÉRAPEUTE.— « Petite Dahlia », que ressentez-vous comme émotions à cet instant précis ?

DAHLIA.— La peur, la honte, le sentiment de culpabilité

LA THÉRAPEUTE.— Cet incident s'est-il reproduit ?

DAHLIA.— Oui, au moins une dizaine de fois. Je souffrais de cette situation et malgré les menaces de Paul, un jour, j'ai décidé d'en parler à ma mère.

LA THÉRAPEUTE.— Quelle a été la réaction de votre mère ?

DAHLIA.— Elle s'est mise en colère et elle m'a traitée de « sale menteuse » !

Dahlia pleure et la thérapeute met sa main sur son épaule dans le but de la rassurer avec sa présence (voir re-maternage limité dans le chapitre 23...) et lui propose de remettre encore quelques instants l'image agréable et rassurante de sa grand-mère.

Quelques minutes plus tard...

LA THÉRAPEUTE.— Maintenant nous allons jouer le rôle de chaque mode. Lilas, c'est à vous.

LILAS.— Dahlia, arrête tes délires et n'accuse pas mon fils, personne ne te croit. Tu mérites une punition.

PETITE DAHLIA (*effrayée, vulnérable, craintive*).— Personne ne m'écoute. À qui je peux parler de ma souffrance, c'est injuste ? Je suis mal, j'ai peur. (*Dahlia pleure.*)

LA THÉRAPEUTE.— Dahlia, m'autorisez-vous à rentrer dans cette scène ?

DAHLIA.— Oui.

LA THÉRAPEUTE (*s'adressant à Lilas*).— Madame, vous protégez votre fils et vous êtes dans le déni de la souffrance de votre fille. Vous la traitez de « menteuse » et vous n'avez aucune empathie envers elle. Vous sacrifiez votre fille de neuf ans de peur du scandale familial.

LA THÉRAPEUTE.— Dahlia, pouvez-vous vous séparer du mode de l'enfant abandonné et vulnérable et rentrer dans le mode de l'adulte sain et exprimer votre colère vis-à-vis de votre mère ?

DAHLIA.— Je vais essayer.

DAHLIA (*elle s'adresse à Lilas qui représente le « mode de parent punitif »*).— Une mère est censée protéger son enfant mineur contre l'abus. Toi, tu n'as

rien vu et aujourd'hui tu continues à ne rien vouloir admettre. Tu me sacrifies et tu parles de punition. Tu es une mère indigne et, entre nous deux, c'est toi qui mérites la punition. Moi je me reconstruis avec ma thérapie mais toi tu vas souffrir d'un sentiment de culpabilité le restant de ta vie.

À la fin de cet exercice, la thérapeute félicite Dahlia pour avoir eu le courage et la force de faire cette purge émotionnelle devant les autres et les membres du groupe l'applaudissent.

CONCLUSION

Le traitement du trouble de la personnalité borderline, à cause de ses différentes facettes et sa combinaison des troubles de l'axe I et l'axe II, est long et difficile. La thérapie nécessite des thérapeutes formés à ce trouble. La prise en charge thérapeutique des patients borderline n'étant pas très ancienne, nous manquons de structures et de thérapeutes expérimentés dans ce domaine. La thérapie cognitive émotionnelle, avec sa structure théorique, pédagogique et clinique, tente modestement de présenter un modèle concret de thérapie de groupe. Le principal objectif de la thérapie est de renforcer ou simplement créer le côté de l'adulte sain des patients et leur apprendre à gérer les intenses émotions de leur mode d'enfant vulnérable. La relation thérapeutique est au cœur de la thérapie et le thérapeute offre un « re-maternage limité », adapté aux besoins de chaque membre du groupe (Mehran, in Tarquinio *et al.*, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

BECK A.T., FREEMAN A. *et al.* (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York, The Guilford Press.

BOWLBY J. (1978). *Attachement et Perte, 2 : La Séparation, angoisse et colère*, Paris, PUF.

BUTLER A.C., BROWN G. K., BECK A.T., GRISHAM J.R. (2002). « Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder », *Behav. Res. Ther.*, 40 (10), 1231-1240.

FARRELL J. M., SHAW I. A. (2012). *Group Schema Therapy For Borderline*

Personality Disorder, West Sussex, UK, Wiley-Blackwell.

YOUNG J. E., KLOSKO J. S., WEISHAAR M. E. (2003). *Schema Therapy*, New York, The Guilford Press.

GOLDFRIED M. R., LINEHAN M. M., SMITH J. L. (1978). « The reduction of test anxiety through cognitive restructuring », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 32-39.

GREENBERG L.S., SAFRAN J.D. (1987). *Emotion in Psychotherapy*, New York, Guilford Press.

KERNBERG O. F. (1976). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, New York, Aronson.

LINEHAN M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press.

MEHRAN F. (2006-2011). *Traitement du trouble de la personnalité borderline*, Paris, Masson.

MEHRAN F. (2010). *Psychologie positive et personnalité*, Paris, Masson.

MEHRAN F. (2012). « L'application de la thérapie des schémas à la clinique », in Tarquinio C. et al., *Manuel des psychothérapies complémentaires*, Paris, Masson, 207-232.

PADESKY C.A., GREENBERGER D. (1995). *Clinician's Guide to Mind Over Mood*, New York, The Guilford Press.

YOUNG J.E., KLOSKO J.S., WEISHAAR M.E. (2003). *Schema Therapy*, New York, The Guilford Press.

Chapitre 25

Schémas et passages à l'acte

Sylvain Crochet

EN COMPLÉMENT DU TRAVAIL exposé dans cet ouvrage par Firouzeh Mehran, nous nous intéresserons ici aux liens qui peuvent être établis entre schémas et passages à l'acte dans la clinique criminologique.

Tout d'abord, Marsha Linehan (2000) définit le trouble borderline comme « *une perturbation de la régulation émotionnelle, cognitive et comportementale, découlant d'une fragilité émotionnelle majorée par des expériences traumatiques.* »

Le patient borderline réagit en effet trop vite, car il pense trop vite, étiquette les situations, les interprètes mal, les vit de façon trop émotionnelle : son raisonnement est émotionnel plutôt que rationnel. Son fonctionnement cognitif (sa manière de penser, de percevoir, de filtrer les informations, le sens qu'il leur donne...) est influencé par ses schémas (pour une définition de ceux-ci, se reporter au travail de Firouzeh Mehran dans le présent ouvrage, chap. 23 et 24).

Le schéma fait exploser les émotions du sujet car il le remet en contact avec son expérience traumatique : le sujet ne fait donc pas que réagir à la situation présente. Il revit en même temps le passé, avec toute la charge émotionnelle qui lui est reliée, comme dans une sorte de répétition traumatique.

En effet, les schémas du patient biaisent non seulement son mode de pensée (distorsions cognitives...), mais aussi influencent son vécu émotionnel, et en corollaire, son comportement.

L'activation du schéma crée donc une réponse émotionnelle intense, et parfois une réponse comportementale impulsive pouvant donner lieu à des passages à l'acte.

DES SCHÉMAS EN LIEN AVEC UN RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE

Rassurez-vous, le schéma en soi n'est pas criminogène. Nous avons tous des schémas, à des degrés divers. En avoir n'est aucunement pathologique.

Toutefois, nous émettons ici l'hypothèse, tirée de notre expérience de thérapie individuelle et de groupe auprès d'auteurs de violences, que certains types de schémas, s'ils sont particulièrement intenses, comportent un risque criminogène important. C'est par exemple le cas du schéma « méfiance-abus », qui conduit le sujet à interpréter des situations lambdas comme des situations d'agression. Ce schéma engendre en effet une grande méfiance et parfois des réactions défensives : le patient, se sentant menacé, moqué ou agressé, se défend par l'agression.

Schéma « méfiance-abus » : le cas de Pierre

Ainsi, Pierre se retrouve condamné pour avoir commis une agression sur une personne dans le métro. Il explique les faits de cette manière : « Ce type me regardait de travers. J'en ai marre qu'on se moque de moi parce que j'ai les oreilles décollées ! Celui-là, il a pris pour tous les autres, je lui ai réglé son compte ! »

On voit ici comment une situation est étiquetée par Pierre comme une situation d'agression par la moquerie. Il lui donne tout de suite un sens en lien avec son schéma de méfiance-abus : selon lui, « les gens sont des moqueurs en puissance, passent leur temps à dire du mal des gens ». Un simple regard (si tant est qu'il y en ait eu un...) devient un regard *moqueur*, sur un mode que l'on pourrait classiquement qualifier de paranoïaque. Pourtant, nous le verrons ci-après, la notion de schémas semble plus fructueuse qu'un tel diagnostic, notamment pour travailler le passage à l'acte avec le patient.

C'est là la seule hypothèse envisagée par Pierre : quand il se sent regardé, il se sent moqué, humilié, victime de la raillerie des autres, « comme toujours ». Il interprète toujours les choses de la même manière, scellant son intime conviction en l'idée de base de son schéma.

D'autres hypothèses, plus neutres (« cet homme le regardait-il lui ou bien regardait-il l'affiche collée derrière lui ? » ; « ressemblait-il par hasard à son cousin et cet homme se demandait-il les sourcils froncés : mais est-ce Sébastien ou je rêve ? !... » ; « Avait-il flashé sur lui et son charme charismatique ? » ; se demandait-il : « Mais où Diantre ce type a acheté un manteau si élégant ? !... ») ne sont même pas envisagées, et quand elles lui sont soumises, il n'est pas convaincu de leur plausibilité. Il n'en retient qu'une au détriment des

nombreuses autres probables, et réagit donc de manière impulsive, guidé par la colère réveillée en lui par l'activation de son schéma.

Sa réaction trop rapide, en lien avec l'intensité de l'émotion qu'il ressent, est ici non seulement liée à son schéma méfiance-abus, mais aussi à un autre schéma qui lui est lié. On perçoit en effet ici en arrière-plan le schéma d'imperfection, activé de concert avec le premier. Pierre se perçoit en effet comme « moche », et donc présentant un risque d'être victime de la moquerie d'autrui, dira-t-il plus tard. Il évoquera aussi sa mère, qu'il entendait souvent juger les autres avec sévérité : « Pour elle, tout le monde avait un défaut physique. »

Chez Pierre, c'est l'intensité du schéma « méfiance-abus » qui semble augmenter le risque de passage à l'acte agressif.

MÉCANISME DE COMPENSATION FACE AU SCHÉMA, DÉVELOPPEMENT DE TRAITS DE PERSONNALITÉ PERVERS ET PROPENSION AU PASSAGE À L'ACTE

Parfois, le passage à l'acte agressif n'est pas en lien avec un « schéma à risque criminogène », mais plutôt avec un mécanisme de compensation face à un schéma atteignant le narcissisme du sujet, notamment le schéma d'imperfection. Illustrons ce phénomène par le cas de Stéphane.

Le schéma d'imperfection : le cas de Stéphane

Stéphane est incarcéré pour une affaire de multiples agressions sexuelles sur des filles mineures. Chez lui, le recours à l'emprise et à l'agression sexuelle correspond à un mécanisme de compensation de schémas d'abandon/carence affective et de schémas d'imperfection.

En effet, il exprime avec insistance des reproches à sa famille, exprimant son manque d'affection et d'attention de leur part. Il dit par exemple que « ses parents chouchoutaient son frère alors qu'ils se désintéressaient de lui », « qu'ils ne le prenaient pas en compte ». Stéphane illustre aussi à quel point son vécu de négligence a influencé ses comportements précoces. Il a en effet rapidement développé des conduites ordaliques : il explique qu'il faisait tout pour attirer l'attention sur lui, allant jusqu'à se mettre en danger : « Je suis tombé du toit, j'ai fait des cascades en mobylette rien que pour attirer leur attention ! »

D'autre part, le thème du manque est très présent dans son discours. Il dit par exemple « qu'il veut donner plus tard à ses enfants ce qu'il n'a pas eu ».

Stéphane a donc eu une enfance marquée par des vécus de carence et d'abandon. Il semble avoir le sentiment d'être un enfant non désiré et non investi, « laissé de côté ». Il l'exprime parfois de façon très claire. Il dit par exemple au cours d'un entretien : « On n'en a rien à foutre de moi, on me laisse croupir ! »

Les schémas d'abandon et de carence affective sont prégnants chez lui : il se perçoit comme voué à subir l'abandon et le désintérêt d'autrui. L'autre est vécu comme dans la relation à ses parents : abandonnique, négligeant...

Ces schémas se manifestent également dans la relation transféro-contre-transférentielle : le thérapeute est perçu, comme tout objet, comme potentiellement abandonnique.

Stéphane s'illustre d'autre part par des conduites de manipulation et d'emprise, en lien avec ses schémas de carence et d'abandon. Ce fonctionnement constitue, comme Firouzeh Mehran l'a décrit précédemment, une compensation face à des schémas : en effet, chez Stéphane, tout se passe comme si pour ne pas être abandonné par l'autre et ne pas subir son désintérêt, il fallait le maîtriser, le contrôler, exercer sur lui une toute-puissance. Plusieurs épisodes survenus au cours du suivi illustrent ce fonctionnement.

L'attitude d'emprise de ce patient est en effet souvent mobilisée après une période de rupture dans le suivi : la période des vacances, par exemple, engendre une séparation qu'il vit mal et tout se passe comme s'il cherchait, par la suite, à mobiliser l'autre sur lui.

J'étais donc systématiquement fortement sollicité par Stéphane à mes retours de vacances. Il demandait alors à me voir pour me faire part d'idées suicidaires, ou me disait « qu'il avait une information à me donner... mais qu'il n'allait pas me la donner tout de suite ! ».

Stéphane testait donc, à mon retour, la qualité de mon investissement dans son suivi, me remettant au travail dès la première heure !... et me faisant sûrement également payer le fait de l'avoir « abandonné » pendant un temps. Stéphane cherchait alors de nouveau à faire partie de ma pensée ; il testait ma fiabilité en tant que thérapeute et testait si j'allais répondre à ses demandes et m'intéresser de nouveau à lui : « Vais-je accepter de le voir plus tôt s'il le demande, sous prétexte de l'allégation d'une pseudo-urgence, et vais-je me remettre à l'investir en tant que personne souffrante ou suscitant la fascination ? »... ou bien vais-je « l'ignorer ou le rejeter comme ses parents l'ont fait ? »...

Ceci illustre à quel point, dans un contexte de séparation et de délai dans le suivi, qui réactive ses schémas de carence et d'abandon, Stéphane a besoin de tester l'autre, de s'assurer qu'il est fiable et qu'il n'est

pas fondamentalement abandonnique. Ceci passe par des attitudes de manipulation et d'emprise : il s'agit pour lui de s'assurer que l'autre, qui l'a temporairement laissé de côté, va de nouveau s'intéresser à lui et sera fiable et disponible, c'est-à-dire non abandonnique. Il s'ensuit donc systématiquement une période durant laquelle il me sollicite plus et teste mes limites.

Une des caractéristiques du schéma est de lutter pour sa survie, le sujet semblant s'accrocher au sentiment de véracité de ses croyances.

Toutefois, Stéphane semble ici lutter contre ses schémas : il semble en effet combattre l'idée de base de son schéma, tester si « le contraire de l'abandon peut survenir ». Ce phénomène, qui constitue une tentative de compensation et de lutte contre le schéma et son aspect rigide, peut parfois conduire à un assouplissement de celui-ci, mais il est souvent voué à l'échec car le sujet teste son schéma de manière inadaptée et, paradoxalement, le renforce en tentant de lutter contre.

Certains patients très carencés développent en effet un style d'attachement insécure : ils s'accrochent aux autres, ont des attitudes de dépendance ou d'exigence, ou tentent de mettre en place des comportements d'emprise, qui constituent une forme de lutte contre des angoisses d'abandon. Mais leur investissement massif ou inadapté de l'autre crée souvent des réactions de rejet, qui sont finalement vécues par le sujet comme des situations confirmant sa théorie de l'abandon et du rejet.

La manière dont le thérapeute, souvent investi massivement par l'intensité des schémas d'abandon et d'exclusion, va réagir face aux attitudes inadaptées du patient est donc primordiale, car le risque de renforcement des schémas est ici élevé.

Chez Stéphane, ce fonctionnement est en écho avec le type de relation qu'il a toujours mis en jeu au sein de sa famille. En effet, ses conduites ordaliques semblent s'inscrire dans le même contexte, avec pour fonction de mobiliser ses proches autour de lui, en provoquant leur angoisse. Ses allégations suicidaires à mes retours de vacances en sont un équivalent assez transparent.

J'ai pris pour habitude de ne gérer ces moments qu'en rapprochant le suivi. Ainsi, lorsqu'il me dit qu'il pense au suicide, je ne lui dis surtout pas que je vais l'empêcher de le faire. Je respecte ainsi son besoin de maîtrise et de toute-puissance. En effet, je pense que c'est ici un combat perdu, et le fait d'augmenter le rythme du suivi a toujours beaucoup mieux marché. Les envies suicidaires dont il fait état disparaissaient en effet rapidement, le plus souvent la semaine d'après, comme par magie !... En effet, pour Stéphane, l'enjeu n'est en effet pas le suicide mais de s'assurer qu'il est réinvesti par son thérapeute.

Il s'agit donc de le rassurer et de se montrer disponible afin d'atténuer peu à peu ses angoisses d'abandon. Ses allégations suicidaires disparaissent alors spontanément.

Il convient, de plus, de se montrer prudent face à ce type de fonctionnement en passage à l'acte. En effet, bien que le patient ne présente pas un véritable désir ou une véritable intention de mourir, le suicide ayant pour lui un rôle « d'appel à l'autre », le risque de passage à l'acte est néanmoins bien réel, notamment si le sujet perçoit que l'autre ne répond pas à ses appels. Le phénomène d'escalade peut en effet mener le patient au passage à l'acte, comme s'il fallait pour lui toujours aller plus loin, jusqu'à ce qu'il obtienne une réponse de l'autre.

Il s'agit donc bien d'un contexte d'emprise, qui ne laisse pas de choix au thérapeute. Or la manière la plus rapide de mettre fin à l'attitude d'emprise du patient est au contraire d'y répondre et d'accepter de se faire manipuler. C'est en effet en répondant à la demande du patient, qui de toute façon ne nous laisse pas le choix, que l'on arrive à se sortir de son emprise. Celle-ci est en effet transitoire, temporaire et s'inscrit dans un contexte. « Accepter de perdre », ou plutôt de « ne pas disputer le match », et surtout ne pas se mettre dans une attitude qui va contrer systématiquement les manœuvres du patient, m'a toujours paru une solution plus simple avec ce patient, dans la mesure où elle ne constituait pas une attaque contre sa position de toute-puissance, que je considérais comme mobilisée de manière réactionnelle, dans une stratégie de compensation, face à la réactivation massive de ses schémas d'abandon et de carence.

Pour ma part, je préfère considérer ce type de contexte comme porteur d'éléments utiles pour faire prendre conscience au patient de ses schémas et les travailler avec lui.

Le type de relation qu'il met alors en place avec le thérapeute dévoile en effet plusieurs aspects de son fonctionnement, ainsi que des éléments de son mode opératoire : il nous montre alors l'attitude qu'il a eue avec ses victimes (emprise, manipulation...), et ses difficultés à faire face à la séparation... et nous donne donc des éléments à travailler dans le cadre du suivi thérapeutique.

Je pointais donc ces éléments avec Stéphane, lorsqu'il mettait en place, avec moi, ce type d'attitude, m'efforçant de les remettre dans un contexte thérapeutique, évoquant la relation transférentielle. Ceci lui démontrait en effet que lorsque je rentrais de vacances, je me remettais à faire mon travail de psychologue, et qu'il me faisait réfléchir. Le fait qu'il puisse sentir que je me réinvestissais dans sa prise en charge désamorçait en effet ses attitudes inadaptées... jusqu'à la prochaine fois ?...

Les schémas d'abandon et de carence affective de Stéphane influent donc sur la façon dont il investit le cadre thérapeutique (et donc son thérapeute !...).

On peut considérer ses attitudes d'emprise et de manipulation comme des mécanismes de compensation en lien avec ces schémas. Ses angoisses d'abandon lui font tester et re-tester la fiabilité de l'autre, mais sont aussi un moyen pour lui de lutter contre ses angoisses d'abandon est de garder la main mise sur l'autre, et de le maîtriser, d'exercer l'emprise et la toute-puissance : il s'agit pour lui de contrôler l'objet, car il est perçu comme voué à lui échapper.

Ce mécanisme illustre aussi comment un schéma « tout m'est dû » semble s'être développé chez ce patient en réponse à un schéma de carence affective. En effet, tout se passe comme si un schéma venait en compenser un autre, le sujet réagissant alors à ses schémas d'abandon et de carence affective en développant un schéma « tout m'est dû », comme s'il se disait : « Puisque j'ai manqué de tant de choses, alors maintenant je prendrai tout, tout m'est dû puisque l'on ne m'a jamais rien donné. »

Le schéma « tout m'est dû » (ou « droits personnels exagérés »), comme l'a décrit Firouzeh Mehran, crée en effet un manque de limites chez le patient, voire un refus des limites. Cela le conduit à être particulièrement égocentrique : ses besoins personnels sont à ses yeux prioritaires, parfois quitte à obtenir la satisfaction personnelle au détriment de l'autre.

Ceci illustre aussi le fait que le fonctionnement pervers peut être lié à la présence de schémas précoces inadaptés. Les dépister et s'efforcer de les assouplir comporte donc un intérêt, dans la mesure où le fonctionnement du patient, et son rapport à l'autre, est aussi lié à ces facteurs.

Certains types de schémas influencent donc grandement la relation à l'autre, produisant des traits de personnalité pervers ou des réactions impulsives et défensives. D'autre part, l'activation du schéma peut aussi avoir un rôle dans la genèse de certains passages à l'acte.

En faisant référence au concept de chaîne d'agression, développé par Pithers (1990, repris en français par Aubut, 1993), on peut mettre en perspective le passage à l'acte avec des aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux. En effet, lorsque l'on remet en contexte les situations d'agression, on repère dans la plupart des cas un ou plusieurs événements précurseurs, suivis d'une sorte de chaîne comportementale intégrant des éléments émotionnels et cognitifs. Il y a souvent, au départ de cette chaîne, un contexte qui fait émerger des émotions intenses, associées à des cognitions particulières.

Ceux-ci sont alors suivis d'une chaîne de comportements qui mènent insidieusement le sujet à une situation propice au passage à l'acte. Les agressions peuvent alors souvent être schématisées (fig. 25.1).

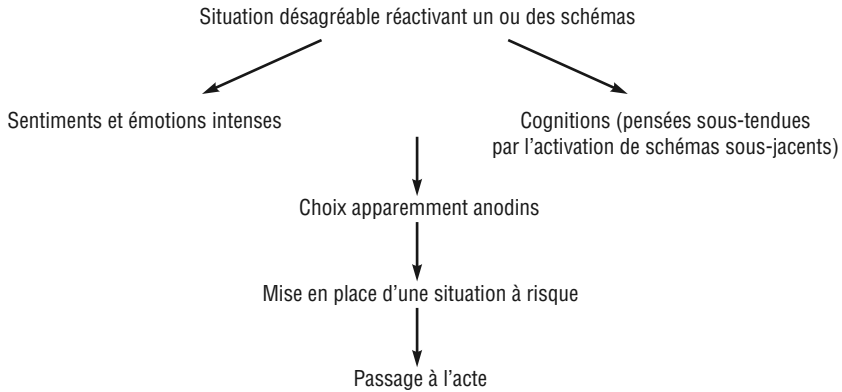


Figure 25.1.

Ce schéma montre à quel point le passage à l'acte résulte d'une multiplicité de facteurs combinés les uns aux autres. Le passage à l'acte n'est pas commis de manière aussi impulsive qu'il l'est parfois présenté par les patients.

Étudions une agression commise par Stéphane à l'aide de ce concept, afin d'illustrer l'intervention de ses schémas dans la genèse d'un comportement d'agression sexuelle chez lui. Il s'agit de l'agression d'une jeune voisine, avec les parents de laquelle il était ami.

Le déroulement d'une agression commise par Stéphane

Situation conflictuelle

Lorsqu'il est incité à contextualiser les faits, il évoque un événement survenu le dimanche de l'agression, alors qu'il déjeunait chez ses voisins.

Il rapporte avoir été provoqué par son voisin, le père de la victime, qui lui a fait des reproches avec beaucoup d'ironie : « Il n'arrêtait pas de m'envoyer des pics », dit-il.

Sentiment de colère et de frustration

Cette situation a fait naître des sentiments et des émotions intenses chez Stéphane. Il s'est senti humilié et a ressenti un important sentiment de colère, qu'il a semble-t-il contenu.

Il répond, en effet, à la question de ce qu'il a ressenti de la manière suivante : « J'ai eu envie de le tuer, j'avais envie de lui dire de s'occuper mieux de ses gamins mais je ne lui ai pas dit... » ; « Maintenant ce sera direct : tu me balances un pic je te balance mon poing ! » ; « Je n'ai jamais su parler, je n'ai jamais su montrer mes déclics. »

Il évoque donc à la fois un sentiment de colère et un sentiment de frustration, liés au sentiment de ne pas s'être défendu et de ne pas avoir su faire entendre à son voisin ce qu'il voulait lui dire.

Cognitions

Ses émotions sont d'autre part associées à des cognitions particulières (« je vais le tuer », « je n'ai jamais su parler, jamais su faire voir mes déclics », « on ne m'écoute jamais »...).

Certaines ont une portée dépressiogène et sont en lien avec des schémas de méfiance-abus et d'Imperfection. Leur activation déclenche une sorte de rage (« je vais le tuer »), mêlée à une idée de vengeance.

Mise en place d'une situation à risques : isolement progressif de la victime et choix apparemment anodin

Il s'ensuit une chaîne comportementale, qui fait progresser Stéphane vers un passage à l'acte : il dit alors qu'une fois le dîner fini, il a proposé à la fille de ses voisins (quel âge a-t-elle ?) d'aller se promener avec lui près de la rivière, celle-ci aimant observer les canards. Ils sont donc sortis tous les deux.

Il précise que cette situation s'était plusieurs fois produite auparavant, sans qu'il commette d'agression sexuelle sur sa jeune voisine.

Toutefois, il ajoute que, ce jour-là, il a emprunté un chemin différent de celui qu'ils prenaient d'habitude, qui les a conduits à passer par un stade désert, avec des vestiaires/toilettes ouverts au public.

On voit donc que Stéphane a mis en scène, de façon insidieuse et progressive, le contexte situationnel du passage à l'acte. Tout se passe comme s'il avait prémédité son acte, en créant une situation dans laquelle il pourrait passer à l'acte sans être vu. Il dénie toutefois cet aspect de préméditation ainsi que l'excitation sexuelle préalable.

Le passage à l'acte

Stéphane dit qu'arrivés à cet endroit, il a commencé à être sexuellement excité, et que c'est à ce moment qu'il a eu envie de passer à l'acte sur sa victime.

Il l'a alors entraîné dans les toilettes et l'a violée. Il l'a ensuite menacée afin qu'elle ne parle pas (« je lui ai dit que si elle parlait j'allais la tuer »), puis ils sont rentrés.

Celle-ci n'a parlé des faits que plusieurs mois après, plusieurs plaintes ayant été déposées auparavant (par d'autres victimes).

Le passage à l'acte de Stéphane constitue une emprise et une toute-puissance exercées sur sa victime, mêlées à un désir de vengeance détourné de la personne à laquelle il est originairement destiné.

En effet, dans cette situation Stéphane a envie de se venger de son voisin, adulte, dont il se sent la victime ; mais il passe à l'acte sur la fille de celui-ci, une enfant. Il ajoute, de plus, de façon provocatrice : « J'ai choisi des enfants parce qu'ils étaient faibles et ne pouvaient pas dire non. Quand je les agressais ce n'était plus moi la victime. »

Les passages à l'acte de Stéphane semblent donc constituer une sorte de moyen de gestion de mouvements agressifs massifs, en lien notamment avec des situations de frustration réactivatrices de schémas d'abus et d'imperfection.

Ses sentiments de colère semblent, d'autre part, associés à une augmentation de son excitation sexuelle, ce qui illustre l'intrication chez ce patient des pulsions sexuelles et des pulsions agressives (sexualisation des conflits).

La dangerosité de ce patient est liée, en tout cas dans la situation décrite ci-dessus, au fait qu'il compense un sentiment d'humiliation par l'exercice de la toute-puissance et de l'emprise sur sa victime. Il défile sa colère en la sexualisant pour humilier sa victime, pour compenser son propre sentiment d'humiliation et restaurer son narcissisme.

Cet exemple illustre à quel point, chez Stéphane, c'est à la fois l'intensité de certains schémas problématiques, notamment en lien avec une faille narcissique, mais aussi l'importance du recours au mécanisme de compensation face à ces schémas, qui a une portée criminogène.

Ce patient illustre aussi comment certains comportements pervers (recours à l'emprise sur l'autre, comportements de manipulation, égo-centrisme lié au schéma « tout m'est dû ») se sont développés dans sa personnalité, en lien eux aussi avec un mécanisme de compensation, face à des schémas de carence et d'abandon notamment.

CONCLUSION

L'utilisation de l'approche des schémas semble donc intéressante dans le travail de prévention de la récidive, dans la mesure où il permet d'impliquer le patient dans sa propre prise en charge : il s'agit de l'aider à s'autoréguler en l'incitant à un travail de repérage de ses « schémas à risque », de lui permettre de mieux identifier les schémas qui sont chez lui en lien avec l'augmentation de sa dangerosité criminologique.

Plus le patient repérera ses mécanismes de pensée ainsi que les émotions et les comportements qui y sont étroitement liés, plus il devrait être capable d'identifier des situations comme étant à risque, auxquelles il donnait auparavant un sens banal ou anodin.

Il s'agit en effet de faire prendre conscience au sujet qu'il doit être attentif à certains de ses thèmes de pensée, dans la mesure où ceux-ci jouent un rôle dans l'apparition de certains de ses comportements transgressifs-agressifs d'une façon parfois majeure, et notamment de manière insidieuse.

BIBLIOGRAPHIE

AUBUT J. (1993, dir.). *Les Agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*, Montréal-Paris, La Chenelière et Maloine.

LINEHAM M. M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite*, Genève, Médecine et Hygiène.

PITHERS (1990). « Relapse prevention with sexual aggressors », in W.L. Marshall, D.R. Laws, H.E. Barbaree, *Handbook of Sexual Assault*, New York, Plenum Press, 343-361.

Chapitre 26

Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche thérapeutique

La thérapie par Intégration du Cycle de la Vie (ICV)

Joanna Smith

DANS UNE AUTRE PARTIE DE CET OUVRAGE (chap. 12), nous avons développé les liens pouvant exister entre troubles de la personnalité, carences précoces et tendances dissociatives. Deux stratégies complémentaires en découlent au niveau thérapeutique :

- aider le patient à réintégrer les parties émotionnelles dissociées qui le fragilisent au quotidien, consécutives à des expériences traumatiques ;
- aider le patient à développer de meilleures capacités d'autorégulation émotionnelle, afin d'accroître la cohésion du soi et réduire la propension générale à se dissocier face aux situations émotionnelles difficiles.

L'intégration du cycle de la vie se propose de relever ces deux défis. Nous allons en présenter les principes, en les illustrant par le traitement de Claire, patiente souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

PRÉSENTATION DE L'INTÉGRATION DU CYCLE DE LA VIE

Lorsqu'il est réactivé, le souvenir traumatique, stocké de façon dissociative dans la partie émotionnelle, est revécu de façon puissante, non verbale, et ressenti comme « encore vrai actuellement », que ce soit sur le plan cognitif, sous la forme de flash-back, sur le plan somatique, comme des douleurs corporelles, ou sur le plan émotionnel, comme un vécu de peur, d'angoisse, de dépression ou de gâche.

Dans ce contexte, la thérapie par « intégration du cycle de la vie » (*Lifespan Integration*), développée par Peggy Pace depuis le début des années 2000 aux États-Unis avec des résultats cliniques très prometteurs, utilise un outil simple, la ligne du temps, pour « prouver » au système corps-esprit du patient que le temps a passé et que le souvenir traumatique est derrière lui. La « ligne du temps » est une liste de souvenirs de tous types, agréables, désagréables ou neutres, comportant idéalement au moins un à trois souvenirs par année de la vie du patient, de son premier souvenir (le plus ancien, généralement vers 3-4 ans) à aujourd'hui.

Pour traiter un souvenir traumatique, nous allons, au cours des séances, utiliser cette ligne du temps afin de « connecter » le souvenir traumatique à la réalité d'aujourd'hui, en faisant visualiser au patient les différents souvenirs qui séparent son souvenir traumatique de sa vie d'aujourd'hui (pour plus de détails, voir notamment Pace et Smith, 2011 ; Clément, Smith et Bernardo, 2012).

Concrètement, nous partons du souvenir que le patient souhaite travailler (par exemple, une agression sexuelle à l'âge de 5 ans), puis nous lui proposons de se souvenir de l'événement suivant sur sa liste (par exemple, entrée au CP), puis de celui de l'année suivante (par exemple, la maîtresse de CE1), et ainsi de suite jusqu'à un souvenir tout récent. Ce travail se fait de façon sensorielle (le patient doit se connecter au souvenir, que ce soit de façon visuelle, auditive, olfactive, par exemple, et non simplement se souvenir l'avoir vécu) afin de solliciter l'hémisphère droit plutôt que la logique rationnelle et analytique de l'hémisphère gauche. La ligne du temps sera répétée autant que nécessaire pour amener un apaisement, mais généralement une séance d'une heure et demie suffit à « déminer » un épisode traumatique. Le fait que la connexion au souvenir traumatique ne dure que quelques secondes, au début de chaque répétition de la ligne du temps, empêche la retraumatisation du patient, car il passe très vite à d'autres souvenirs qui lui « prouvent » que le trauma est terminé, information dont la partie émotionnelle ne dispose pas initialement. Au fur et à mesure de la séance, le patient

montre progressivement des signes de calme et d'apaisement indiquant que son système de stress n'est plus activé lors de l'évocation du souvenir traumatique. Il s'agit donc d'un travail de traitement du traumatisme très doux.

Ce travail de « déminage » des souvenirs traumatiques, en particulier infantiles, dit « protocole standard », est très utile avec les personnes souffrant de troubles de la personnalité, notamment borderline, car nous savons à quel point leur équilibre émotionnel est mis en péril au quotidien par la réactivation de leurs parties émotionnelles dissociées, précipitant les passages à l'acte, les rechutes anxio-dépressives et/ou addictives par exemple.

Néanmoins, un autre travail sera nécessaire, souvent en première intention, pour permettre à ces patients d'accroître leur capacité d'autorégulation émotionnelle et réparer les ruptures d'attachement précoce qu'ils ont subies et qui continuent de les fragiliser en profondeur. Il s'agit du « protocole de la naissance jusqu'au présent » (POP).

PROTOCOLE DE LA NAISSANCE JUSQU'AU PRÉSENT

Le « protocole de la naissance jusqu'au présent » (POP) consiste à utiliser la ligne du temps en partant non pas d'un souvenir traumatique mais de la naissance du patient, tel qu'il pense qu'elle s'est déroulée. L'objectif de ce protocole est de consolider le soi central du patient, souvent miné précocement par des expériences émotionnelles adverses, en l'amenant à développer un attachement bienveillant envers son moi nouveau-né, à l'égard duquel un patient souffrant de troubles de la personnalité s'avère souvent mal disposé de prime abord. Le soi central pourra ainsi progressivement prendre sa place de centre de gravité de la personnalité, empêchant de plus en plus les parties émotionnelles de prendre les commandes lorsqu'elles sont réactivées.

Les séances de « protocole de la naissance jusqu'au présent » peuvent prendre une dimension diagnostique, en fonction de la réaction du patient à son « moi nouveau-né » (MN) : difficulté à se le représenter, distorsions dans cette représentation (MN perçu comme malade, informe, bizarre, animal ou mort) ou encore hostilité à l'égard du MN sont autant de signes d'une propension dissociative chez le patient, et nous renseignent souvent sur les messages émotionnels précoces qu'il a pu recevoir de la part de son environnement maternel. À l'aide d'un certain nombre de séances, variable d'un patient à l'autre (allant typiquement d'une ou

deux séances à vingt ou trente séances de « protocole de la naissance jusqu'au présent » environ), le patient développe progressivement un attachement sécure envers son MN, caractérisé par la tendresse envers celui-ci et l'envie de le protéger. Ceci s'associe généralement à un sentiment de « connexion » à soi-même qui fournit au quotidien une stabilité émotionnelle croissante au patient et l'empêche de recourir aux comportements auto-destructeurs ou hétéro-agressifs qu'il employait jusqu'alors pour réguler ses émotions. Ainsi, l'une de nos patientes souffrant d'un trouble grave de la personnalité borderline et ayant de nombreux antécédents de tentatives de suicide et d'auto-mutilations, nous dit un jour qu'elle n'a pas « pu » s'auto-mutiler : « J'ai voulu me faire du mal, et j'ai pensé : "Je ne peux pas faire ça à mon moi bébé." » Ce commentaire illustre bien comment les séances de « protocole de la naissance jusqu'au présent » d'« intégration du cycle de la vie » peuvent réaménager en profondeur le soi du patient en le consolidant et en accroissant ses capacités de régulation émotionnelle.

TRAVAIL DE RÉPARATION DE L'ATTACHEMENT

Dans la thérapie « intégration du cycle de vie » des troubles de la personnalité, cette réparation du soi central par le « protocole de la naissance jusqu'au présent » se poursuit généralement par un travail de réparation de l'attachement, selon le même principe, en partant non pas de la naissance, mais de la représentation que le patient se fait de lui-même à 1 mois, 3 mois, 6 mois, jusqu'à 3 ans par exemple. Par exemple, le patient est amené à s'imaginer à un mois, alors qu'il commence à peine à pouvoir tenir sa tête, et à nous décrire la scène. Ensuite, nous l'invitons à imaginer qu'il entre (en tant qu'adulte d'aujourd'hui) dans la scène et interagit avec son moi bébé d'un mois en le prenant dans ses bras et en le sécurisant par ses paroles. Après avoir imaginé emmener son moi bébé d'un mois dans un lieu paisible, le patient « visualise » sa ligne du temps, tel qu'il s' imagine s'être développé jusqu'à son premier souvenir, puis du premier souvenir jusqu'au présent.

Là encore, nous sommes saisie de l'intérêt diagnostique d'une telle procédure de réparation de l'attachement : les difficultés ou bizarreries dans la représentation que le patient visualise de lui-même aux différents âges (1 mois, 3 mois, etc.) peuvent varier d'un âge à l'autre et, lorsque des difficultés apparaissent et qu'il est possible au patient d'obtenir des informations sur ce qui a pu survenir dans sa vie à l'âge en question, il s'avère que cela correspond bien souvent à une période de rupture

ou de séparation, ou encore d'indisponibilité maternelle (dépression, grossesse suivante...) ou même de problèmes somatiques. De même, il est frappant de constater combien le moi bébé illustre de façon très parlante, par son comportement, notamment à l'égard du moi adulte, les troubles de l'attachement dont le patient souffrait à l'époque, de façon très fiable, semble-t-il. Il est à noter que la problématique qui émerge dans l'imagerie mentale du patient, dont le patient ne se souvient pas car elle est encodée dans la mémoire implicite, se retrouve souvent réactivée chez le patient lorsqu'il devient à son tour parent d'un enfant du même âge : épisodes de rage et de maltraitance face à un tout-petit qui traverse la phase d'opposition du « non », par exemple. Le travail de protocole de réparation de l'attachement permet en général de résorber ces difficultés actuelles.

Destiné tout particulièrement aux patients dont la grossesse a sans doute été problématique pour leur mère, le « protocole cellulaire » (PC) consiste à démarrer la ligne du temps à la conception et d'imaginer entrer en « connexion » avec son « moi cellulaire », autrement dit la forme la plus primitive du soi que l'on puisse imaginer. Dans le « protocole cellulaire », nous amenons donc le patient à imaginer la fusion des deux gamètes dont il est issu, puis le développement de la cellule primitive jusqu'à son implantation dans l'utérus et son développement jusqu'à la naissance. Ensuite, nous l'aménons, comme dans le « protocole de la naissance jusqu'au présent », à visualiser son développement puis ses souvenirs, dans l'ordre chronologique jusqu'au présent.

Le principal intérêt de ce protocole est de nettoyer les éventuels antécédents du patient durant sa gestation : enfant non désiré, ambivalence maternelle, tentative d'avortement, dépression maternelle durant la grossesse, par exemple suite à une perte, etc. Le « protocole cellulaire » favorise souvent une prise de recul plus grande qu'avec l'identification au moi nouveau-né dans le « protocole de la naissance jusqu'au présent », car l'identification à son « moi cellulaire » suscite souvent moins de tristesse (« pauvre bébé à qui tout cela est arrivé ! » disait avec compassion une patiente au sujet de son « moi nouveau-né ») et un sentiment de centration plus profond, avec une dimension presque existentielle pour certains patients. Le « protocole cellulaire » permet aussi à certains patients de restaurer leur sentiment de libre arbitre dans leur vie, par le biais du « choix » de la cellule primitive de s'implanter dans la muqueuse utérine et de se développer. Nous illustrerons l'apport de ces différents protocoles ci-dessous dans le traitement de Claire.

Quel que soit le protocole employé, l'utilisation de la ligne du temps semble obtenir d'excellents résultats, y compris chez des patients

souffrant de troubles graves de la personnalité ou de trouble dissociatif de l'identité, du fait que sa visualisation permet la co-construction d'un récit autobiographique de plus en plus cohérent, dont nous savons depuis les recherches de Main avec l'AAI à quel point il est corrélé à un attachement sécure, et donc à la résilience. Nous ne sommes donc pas dans une recherche de ce qui a pu « vraiment » se passer, mais utilisons l'imagerie mentale comme indicateur du degré de cohésion du soi et des représentations que le patient se fait de lui-même et de son histoire, qui sont à l'origine de ses symptômes au présent lorsqu'il continue de croire ou de ressentir ce qu'il a vécu par le passé comme étant encore vrai au présent.

Fréquemment, les patients témoignent initialement du fait qu'ils ont l'impression, en visualisant leur ligne du temps, de voir leur vie comme un assemblage incohérent d'événements dont ils ont parfois même de la peine à penser qu'ils ont tous été vécus par la même personne. Après les séances d'« intégration du cycle de vie », au contraire, les patients expriment progressivement leur sentiment d'une cohérence dans leur trajectoire de vie, comme s'ils percevaient peu à peu le fil rouge qui a réuni tous les souvenirs qu'ils visualisent durant la séance, pour constituer leur vie. Ils décrivent mieux sentir qui ils sont, et d'où ils viennent.

**Illustration clinique :
personne souffrant d'un trouble grave
de la personnalité borderline**

Claire, 53 ans, nous est orientée après une hospitalisation en psychiatrie pour épisode dépressif majeur et troubles anxieux ; on note notamment la présence d'agoraphobie, d'attaques de panique, de troubles du sommeil, de crises de boulimie, de toxicomanie et d'alcoolisme chronique depuis l'âge de 18 ans. Au cours de sa vie, Claire a commis au moins six tentatives de suicide. Il s'avère rapidement que tous ces troubles sont comorbides d'un trouble de la personnalité borderline et d'antécédents de multiples traumatismes précoces et à l'âge adulte, à l'origine d'un ESPT avec cauchemars et reviviscences qui précipitent les crises d'angoisse, la fluctuation thymique (le diagnostic différentiel avec un trouble bipolaire est évoqué), les tentatives de suicide et la consommation de substances toxiques (alcool et drogues).

Au fil des mois, l'anamnèse se précise : antécédents de séparations et de carences affectives précoces, parents psychologiquement maltraitants et dénigrants, exposée aux violences conjugales de ses parents, et, après plusieurs années de suivi, Claire révélera avoir été victime de viols de la part de son beau-père de l'âge de 6 ans à 13 ans (elle n'a jamais connu son père dont elle ne sait rien). L'âge adulte est marqué par le sceau de la répétition : relations

conjugales violentes, deux viols à 25 ans et 48 ans, sentiments d'échec et d'abandon dans ses relations amoureuses, comportements auto-agressifs.

Devant ce tableau typique d'un trouble grave de la personnalité borderline, associé à de fortes tendances dissociatives et à de nombreux antécédents traumatiques, nous proposons à Claire des séances de « protocole de la naissance jusqu'au présent » afin de l'aider à mieux moduler ses émotions et à reconstruire une meilleure image de soi.

Description de l'évolution observée au cours du travail par le protocole de la naissance jusqu'au présent

Lors des deux premières séances, on note une bonne connexion au « moi nouveau-né » (MN), que Claire dit aimer. Néanmoins, la relation au « moi nouveau-né » est idéalisée : « C'est un bébé beau... elle est heureuse, elle se sent aimée (par le moi adulte) » ; Claire pleure beaucoup lorsqu'elle passe en revue certains événements traumatiques, mais semble apaisée à la fin de la ligne du temps, avec un vrai plaisir à s'imaginer s'occuper de son MN.

À la troisième séance, Claire ressent une bonne connexion au MN mais celui-ci « a peur d'être abandonné » ; le vécu du MN devient plus réaliste : Claire est sans doute moins dissociée de ses vécus précoces. En effet, enfant non désiré, elle a été l'objet du rejet de ses parents dès avant sa naissance.

Lors de la quatrième séance de POP, le vécu du MN devient encore plus réaliste, accompagné d'un sentiment de compassion et d'empathie de la part de Claire : je suis « triste pour cette petite fille fragile et incomprise ».

Lors de la septième séance, Claire est de moins en moins dissociée par rapport aux événements de sa Ligne du Temps, elle est plus en contact avec les souvenirs douloureux de sa vie et pleure pendant leur visualisation. Néanmoins, elle pleure de moins en moins intensément d'une séance à l'autre et semble se ressourcer dans le plaisir d'imaginer sentir le MN contre elle.

Après la huitième séance, Claire ne pleure plus pendant la ligne du temps. Elle « se sent vraiment bien » pendant plusieurs semaines, ce qui ne lui était « pas arrivé depuis des années ». Au sujet des séances de « protocole de la naissance jusqu'au présent », elle commente : « Ça me fait beaucoup de bien, je reprends confiance en moi, j'essaie de m'apprécier un peu plus, je suis moins dure avec moi, je ne m'auto-mutile plus. »

Vient alors une interruption de deux mois du « protocole de la naissance jusqu'au présent » lors des vacances de Noël. On note alors une recrudescence suicidaire et auto-agressive suite aux fêtes de Noël. Après deux séances de POP, Claire « se sent plus sereine », la crise suicidaire est passée. Nous en sommes à seize protocoles de la naissance jusqu'au présent.

La vingtième séance de POP amène Claire à imaginer exprimer son agressivité envers ses parents, ce qui semble lui faire beaucoup de bien.

À ce stade, le contact avec le MN est bon, positif, empathique ; je propose donc à Claire de faire quelques séances de protocole cellulaire, étant donné qu'elle sait n'avoir pas été désirée par ses parents.

Chez Claire, lors du « protocole cellulaire », nous observons les difficultés habituelles des patients ayant probablement vécu une vie intra-utérine marquée par l'hostilité de la mère : Claire a de la difficulté à se sentir « connectée » au moi cellulaire et, finalement, la troisième séance fait émerger les souvenirs d'inceste du beau-père, qu'elle n'avait jamais évoqués jusqu'alors, par l'intermédiaire de cauchemars traumatiques. Il est probable que le soi central de Claire soit en train de devenir de plus en plus cohésif, ce qui lui permet de faire face à ces souvenirs très traumatiques jusqu'alors massivement dissociés même si très présents dans ses pensées au quotidien et, dit-elle, souvent à l'origine de sa consommation d'alcool et de drogues. Claire étant alors très perturbée pendant plusieurs semaines (elle n'avait jamais parlé de cet inceste à qui que ce soit auparavant), nous lui proposons de travailler sur ces souvenirs à l'aide d'un protocole standard, avec plusieurs séances successives partant de différents âges où son beau-père l'a agressée. Ces différentes séances semblent permettre en partie une « digestion » des sentiments de culpabilité, de honte et d'être sale. Après ces quelques séances, nous décidons ensemble de passer au protocole de réparation de l'attachement, afin de laisser Claire « souffler », en attendant de revenir ultérieurement au travail sur les antécédents traumatiques d'inceste. Ce travail de réparation de l'attachement contribue à consolider le soi de Claire et à nettoyer les antécédents de carences précoces.

Dans un deuxième temps par rapport au « protocole de la naissance jusqu'au présent », nous avons aussi réalisé, par périodes, du travail de « déminage » traumatique, à l'aide du « protocole standard », en fonction de ce qui a été activé chez la patiente entre les séances. Nous illustrerons ici ce travail par la description d'une séance.

Exemple d'une séance de travail post-traumatique avec Claire

Cette séance se déroule après environ un an et demi de suivi par la thérapie par « intégration du cycle de vie ». Nous avons fait une quinzaine de POP. À ce stade, Claire est abstinente de l'alcool depuis environ neuf mois et des drogues depuis environ trois mois. Elle se présente néanmoins très déprimée ce jour-là, envahie de pensées négatives et de préoccupations suicidaires. Au niveau des sensations corporelles, elle ressent une boule dans son ventre. Elle a très envie de rechuter au niveau de sa consommation de drogues.

À l'aide d'un pont d'affect (Watkins, 1971), nous l'aidons à laisser venir à son esprit le ou les souvenirs sous-jacents à cette association somato-émotionnelle actuelle. Le souvenir-source est un événement traumatique survenu à l'âge de 16 ans, lorsque son petit ami secret s'est suicidé et qu'elle l'a trouvé décédé. Nous utilisons donc la ligne du temps afin de « prouver » à son système corps-esprit que cet événement est terminé. Huit répétitions de la ligne du

temps sont nécessaires, sur une durée d'une heure environ, afin que Claire se dise « apaisée » et reparte sereine, l'idéation suicidaire beaucoup moins forte mais pas totalement disparue. Trois autres séances similaires seront nécessaires afin de venir à bout de cette crise, toutes trois portant sur d'autres épisodes d'abandon et fonctionnant selon le même principe. Claire n'aura pas rechuté au niveau de sa consommation de toxiques.

Au total, en deux ans et demi de suivi, la patiente est beaucoup plus stable sur le plan de la régulation émotionnelle, avec une diminution des troubles anxieux et de l'humeur dépressive, elle est toujours abstinente de l'alcool et a vu considérablement diminuer ses comportements auto-destructeurs (auto-mutilations, tentatives de suicide) en parallèle avec une amélioration de l'estime de soi. Elle recommence à avoir des projets pour son avenir. La thérapie se poursuit en parallèle du traitement médicamenteux qui a pu être diminué.

CONCLUSION

Les résultats cliniques obtenus par la thérapie par ICV sont jusqu'ici tout à fait saisissants, notamment dans le traitement des troubles de la personnalité, et nécessitent maintenant d'être objectivés par davantage de recherches.

L'une des difficultés rencontrées pour mettre en évidence les résultats obtenus par le protocole de la naissance jusqu'au présent et le protocole cellulaire est leur grande variété d'un patient à l'autre : meilleure estime de soi, aisance relationnelle accrue, diminution de l'auto-destructivité, meilleure régulation émotionnelle et sentiment de « connexion à soi » et de cohésion interne sont décrits par de nombreux patients. Reste à savoir les mesurer objectivement afin de réaliser des études avant/après thérapie par ICV.

BIBLIOGRAPHIE

CLÉMENT C., SMITH J. et BERNARDO D. (2012). « Intégration du cycle de la vie : thérapie des troubles de l'attachement, de la dissociation et du trauma », in R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre, *Trauma et résilience*, Paris, Dunod, 293-304.

PACE P. (2013). *Intégration du cycle de la vie : connecter les états du moi à travers le temps*, Paris, Dunod.

PACE P. et SMITH J. (2011). « L'intégration du cycle de la vie : une technique permettant de mettre fin au cycle de la violence familiale », in R. Coutanceau et J. Smith, *Violence et famille*, Paris, Dunod, 305-313.

WATKINS J.-G. (1971). « The affect bridge : A hypnoanalytical technique », *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.

Chapitre 27

Groupe pour parents ayant un trouble de personnalité limite dont l'enfant est suivi en protection de l'enfance¹

L. Laporte, L. Ounis, I. Laviolette, J.-F. Cherrier, S. Lavoie

AU QUÉBEC, près de deux enfants sur cinq faisant l'objet d'un signalement pour mauvais traitement ont un parent présentant un problème de santé mentale. Au centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), tout comme dans d'autres centres jeunesse au Québec, il semble exister une forte représentation du trouble de personnalité limite (TPL) chez les parents des enfants pris en charge. Or, en plus de son impact sur le développement de l'enfant, la présence d'un TPL chez le parent pose de nombreux défis aux intervenants qui interviennent auprès de cette clientèle. Les groupes d'habiletés parentales qui sont habituellement offerts en centre jeunesse ne semblent pas être toujours profitables pour cette population. Pour cette raison, le CJM-IU, en collaboration avec l'équipe du programme des troubles relationnels et de la personnalité de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine, a développé un programme psycho-éducatif pour les parents ayant un TPL qui répondrait

1. Cet article est une synthèse des deux articles suivants parus dans la revue professionnelle *Défi Jeunesse* : Laporte, Ounis, Laviolette., Cherrier et Lavoie, 2012 et Ounis et Laporte, 2011.

aux besoins spécifiques de cette clientèle et aux particularités de ce trouble, dans le contexte de l'intervention en protection de l'enfance. Le présent chapitre a pour objectif de présenter les fondements théoriques de ce projet de partenariat ainsi que les modalités de ce programme.

Le trouble de personnalité limite se situe sur l'axe II de l'évaluation multi-axiale des troubles mentaux. Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV), il se définit comme « un tableau généralisé d'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et les affects et une impulsivité prononcée commençant dès le début de l'âge adulte et se présentant dans une variété de contextes ». Ce trouble se caractérise par l'instabilité de l'humeur, une difficulté à contrôler ses pulsions, ses actions ou ses réactions impulsives, l'instabilité et l'intensité de ses relations interpersonnelles, l'expression de colère et d'hostilité, une méfiance importante en présence de stress et une faible tolérance à la frustration. Deux études effectuées dans des centres de la jeunesse au Québec ont permis de constater qu'entre 25 % et 35 % des mères reconnues comme ayant un problème de santé mentale étaient identifiées comme ayant un trouble ou des traits de personnalité limite. Bien que d'autres études de prévalence soient souhaitables, l'ampleur de ces données préliminaires est préoccupante.

LES PARENTS AYANT UN TPL

Au Québec, l'intérêt pour la question des parents ayant un TPL est plutôt récent et la littérature sur le sujet est limitée. En fait, la question plus générale de la santé mentale est souvent abordée de façon fragmentée et unidimensionnelle, c'est-à-dire que les cliniciens ont tendance à concevoir cette dernière du point de vue de la nosologie, mettant de côté les aspects quotidiens des personnes tels que leur parentalité. Pourtant, un problème de santé mentale peut affecter les capacités affectives, cognitives et relationnelles d'une personne et entraver le rôle parental dans ces trois mêmes domaines. Par exemple, lorsque la capacité affective du parent est altérée, son rôle parental s'en trouve également affecté car celui-ci n'est plus disponible pour répondre aux besoins émotionnels de l'enfant (Boily, 2006). Il convient toutefois de mentionner que la plupart des parents vivant avec un problème de santé mentale sont en mesure d'assumer adéquatement leur rôle parental. Il ne s'agit évidemment pas ici d'émettre des généralités, mais plutôt de souligner que certains parents ayant un problème de santé mentale sont plus vulnérables et susceptibles de vivre des difficultés à l'égard de

l'exercice du rôle parental, et ce, particulièrement dans le contexte d'un suivi en protection de la jeunesse.

Les quelques articles scientifiques qui abordent l'impact du TPL sur la parentalité et sur le développement des enfants ou des adolescents soulignent de façon unanime plusieurs conséquences négatives. D'après Rutter et Quinton, vivre avec un parent qui présente ce trouble sévère de la personnalité est le facteur qui prédit le mieux le développement d'un problème de santé mentale chez l'enfant. Lorsque ces enfants sont aussi victimes d'abus et de négligence, ils risquent encore plus de développer à leur tour un trouble sévère de la personnalité. Plusieurs recherches établissent l'hypothèse que la dynamique même du TPL altère les habiletés parentales. Par exemple, l'étude de Newman, Stevenson, Bergman et Boyce démontre que les mères ayant un TPL auraient davantage tendance à manquer de constance parentale pour les routines et les soins apportés à leurs enfants, puisqu'elles se montreraient moins disponibles émotionnellement aux besoins de ceux-ci. En réaction, les enfants seraient moins attentifs et moins intéressés à interagir avec leur mère. À long terme, ces enfants peuvent développer un attachement évitant et des difficultés interpersonnelles. Il est également noté que les mères seraient moins sensibles aux besoins et moins démonstratives dans l'interaction avec leurs jeunes enfants, ce qui les rendrait plus à risque de négligence. D'autre part, les enfants de parents ayant un TPL seraient exposés à des stress majeurs et leurs besoins ainsi que leur sécurité seraient souvent ignorés par le parent en détresse psychologique. Peu d'études, cependant, se sont penchées spécifiquement sur les difficultés des parents TPL en contexte de protection de la jeunesse et peu de recommandations probantes sont disponibles à ce jour pour venir en aide à ces parents.

L'INTERVENTION AUPRÈS DE PARENTS AYANT UN TPL EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

On retrouve dans la littérature un consensus empirique sur les difficultés que présentent les personnes ayant un TPL à l'égard de divers aspects de l'intervention. Cette clientèle est reconnue comme étant difficile à aider. Elles éprouvent de la difficulté à tolérer une relation d'aide intense ou à s'engager dans un traitement. Leur faible motivation au changement, leur faible persévérance en traitement, leur grande labilité émotionnelle, leur dangerosité envers elles-mêmes et autrui, leur propension

au sabotage, leur culture de l'échec et l'impact de leur trouble chez l'intervenant constituent des enjeux cliniques non négligeables.

En contexte d'autorité, ces défis sont multipliés. Dans le cadre de leur fonction de veiller à la protection des jeunes dont la sécurité et le développement sont compromis, les intervenants en centres jeunesse rencontrent des difficultés particulières pour mobiliser et motiver rapidement les parents afin de favoriser leur participation active à la résolution de leurs propres difficultés, dans le but ultime d'actualiser ou de restaurer leurs capacités et leurs responsabilités parentales. En effet, le cadre d'intervention en autorité dans un contexte de signalement risque d'exacerber la composante d'opposition chez le parent TPL et faire augmenter leur hostilité et leur méfiance envers les intervenants, qui se sentent, à leur tour, impuissants et dépassés. En effet, ces parents suscitent des réactions contre-transférentielles importantes qui peuvent entraver le travail auprès de la famille ; ils peuvent ainsi avoir un effet démobilisateur sur les intervenants.

LA PERTINENCE D'UN PROGRAMME ADAPTÉ AUX BESOINS DES PARENTS AYANT UN TPL

Les études empiriques démontrent que les parents ayant un TPL ainsi que leurs enfants sont davantage vulnérables et plus à risque de vivre des difficultés sociales, affectives et psychologiques qui peuvent mener à des situations de négligence et de maltraitance. Il semble néanmoins que ces parents ne s'engagent pas toujours dans un processus d'aide ou de suivi en psychiatrie, soit parce qu'ils nient leurs problèmes, soit parce qu'ils refusent les services.

Selon Tremblay et Bergeron, la pertinence de développer des programmes « d'adaptation à la parentalité » pour les parents présentant un TPL repose sur l'importance de la relation parent-enfant dans les différentes étapes du développement de la famille. Lorsque les parents sont soutenus et accompagnés dans l'exercice de leur rôle parental, ils saisissent mieux la dynamique relationnelle et peuvent conséquemment tenter de diminuer l'impact de leurs symptômes auprès de leurs enfants. Ce constat est d'autant plus agissant pour les parents présentant un TPL ayant des enfants suivis par la Direction de la protection de la jeunesse.

Au sein des centres jeunesse, des groupes éducatifs sont offerts aux parents, de manière générale, afin qu'ils puissent améliorer et développer leurs compétences parentales. Les bilans sommaires de ces

programmes sont positifs et prometteurs. On remarque une augmentation du sentiment d'auto-efficacité parentale ainsi qu'une amélioration des pratiques parentales et de la relation parent-enfant. Ces groupes ont pour point commun d'aider le parent à développer et à améliorer son rôle parental auprès de son enfant à 64257n de résorber la situation de compromission. Ces programmes cependant ne conviennent pas à une clientèle de parents ayant un TPL. En effet, la littérature souligne qu'avec cette clientèle, on ne peut intervenir « comme d'habitude » en proposant le même type d'intervention ou le même type de groupe qui est offert aux autres parents sans prendre en compte la dynamique qui se joue avec ces personnes. Au mieux, ceci n'aurait aucun impact et, au pire, des effets délétères pourraient survenir.

Bien que les parents ayant un TPL ont des besoins et des difficultés particulières qui doivent être pris en compte dans une offre de service, les données probantes soulignent l'efficacité des groupes (de type psycho-éducatif pour cette clientèle) ; le groupe est un moyen d'intervention privilégié pouvant s'avérer être une expérience positive pour ces parents. L'approche de groupe favorise l'interaction entre parents qui présentent des difficultés similaires et la validation qui en résulte est un levier thérapeutique important. Cette forme d'intervention permet aussi d'observer et de travailler les comportements interpersonnels dysfonctionnels et aide à diluer l'intensité des interventions. Le groupe devient alors un milieu unique pour gérer l'anxiété provoquée par des situations chargées émotionnellement et permet de développer les compétences complexes rattachées à la mentalisation.

LE PROJET PILOTE « MOI ET MON ENFANT » : LE FRUIT D'UNE PRÉOCCUPATION COMMUNE

Devant l'ampleur de la problématique du TPL chez les parents des usagers du CJM-IU et considérant les conséquences possibles pour les enfants ainsi que les difficultés de l'intervention, il apparaissait clair et pertinent que des mesures d'intervention spécifiques devaient être développées à 64257n d'outiller davantage les intervenants du CJM-IU et d'offrir une aide adaptée à ces parents vulnérables et en détresse. Pour cette raison, le CJM-IU et l'équipe du programme adulte des troubles relationnels et de la personnalité de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, se sont associés à 64257n de mettre sur pied un programme d'intervention de groupe pour parents ayant un TPL. Ce projet s'appuie sur l'état actuel des connaissances et sur les meilleures pratiques dans le domaine des

troubles de la personnalité, tout en tenant compte du contexte particulier de service rendu en protection de la jeunesse.

Le cadre théorique guidant l'élaboration de l'offre de service aux parents présentant un TPL se fonde sur les aspects de la thérapie dialectique comportementale spécifique au TPL, développée par Linehan et la thérapie basée sur la mentalisation de Bateman et Fonagy. La recherche établit que l'approche comportementale dialectique est prometteuse pour le traitement des personnes ayant un TPL. Cette approche consiste à aider le patient à moduler l'intensité de ses émotions. Ces aspects ont été combinés avec l'approche de Bateman et Fonagy, dont le traitement est fondé sur la mentalisation, dérivant de la théorie de l'attachement. La mentalisation réfère à la capacité de donner un sens à soi et aux autres sur une base implicite (non consciente, non verbale) et explicite (consciente, verbale), en termes d'états subjectifs et de processus mentaux. Le but de l'intervention par la mentalisation est de recréer une relation d'attachement par laquelle l'individu est amené à augmenter sa capacité à comprendre son état mental de même qu'émotif, ainsi que celui des autres. Il est pertinent pour le parent présentant un TPL de saisir son état émotif et celui de son enfant, puisque cet aspect est particulièrement problématique chez ces parents. Ces derniers ont tendance à ne pas considérer leur enfant comme une personne différente d'eux, une personne ayant ses propres besoins et vivant ses propres émotions. En utilisant la mentalisation, l'intervenant s'intéresse ainsi essentiellement à l'état d'esprit du client (pensée, émotion, désirs) qu'il développe une représentation de son état interne.

OBJECTIFS DU PROJET PILOTE

Le programme « MOI et mon enfant » s'adresse aux parents ayant un TPL avéré ou probable dont les enfants, âgés de 6 à 11 ans, sont suivis par le CJM-IU. Ce programme propose aux mères et aux pères un groupe psycho-éducatif et interactif au sein duquel ils peuvent se donner des moyens pour mieux vivre leur parentalité. Ce groupe se veut un lieu où les parents peuvent ventiler en toute confiance et prendre un temps d'arrêt pour s'occuper d'eux. Le groupe est donc un lieu d'expression et une occasion d'apprentissage et de partage entre parents vivant des réalités similaires. Ainsi, le nom donné au programme veut exprimer aux parents qui pourraient être intéressés à participer aux groupes que l'on va se préoccuper d'eux, et non seulement de leur enfant.

L'objectif général du projet est d'amener le parent ayant un TPL à verbaliser sur sa situation et à développer une meilleure compréhension de ses difficultés et de l'impact de celles-ci sur son enfant. Plus particulièrement, les objectifs de ces rencontres de groupe sont d'aider les parents à :

- comprendre que les comportements qu'ils adoptent ont un impact sur leurs enfants ;
- amener les parents à identifier et à diminuer certains comportements, cognitions et émotions qui interfèrent avec l'exercice du rôle parental, en explorant des manières alternatives d'agir ;
- permettre aux parents de mieux reconnaître le vécu et l'individualité de leur enfant ;
- développer une sensibilité parentale ;
- créer une alliance positive avec les animateurs. On sait que chez les personnes ayant un TPL, les changements se produisent essentiellement à travers l'expérience positive d'une alliance thérapeutique. Nous pensons donc que l'expérience d'une alliance positive avec les animateurs, l'intégration de quelques nouveaux apprentissages ainsi que l'identification d'obstacles et la mise en pratique d'une façon différente d'être ou d'agir avec leurs enfants auront des effets thérapeutiques secondaires qui engendreront une plus grande mobilisation des parents dans les services offerts au CJM IU.

LES MODALITÉS DU PROGRAMME

Le développement du programme se base donc sur les principes de la mentalisation selon l'approche de Fonagy et Bateman, sur des stratégies comportementales selon l'approche de Linehan, sur la psycho-éducation et sur les besoins du parent et de l'enfant. De plus, les animateurs adoptent des attitudes qui favorisent le contact d'adulte à adulte, soit la responsabilisation du parent, l'écoute, le respect, la cohérence, la validation de leur souffrance et de leurs difficultés. La validation de la partie légitime de l'émotion vécue a souvent pour effet immédiat de réduire l'intensité émotionnelle et de rétablir la collaboration tout au long du processus. L'adoption d'une attitude « mentalisante » augmente les chances d'éviter certaines impasses habituellement rencontrées avec ce type de clientèle et peut servir de modèle pour les parents dans leurs interactions avec leurs enfants. Ces façons de faire et d'être avec les

participants sont au cœur de l'intervention et se retrouvent dans toutes les facettes du programme.

UNE INTERVENTION DE GROUPE D'UNE DURÉE DE 8 SEMAINES

Les personnes ayant une personnalité limite présentent des difficultés nombreuses et complexes et ont généralement une histoire d'échecs relationnels, tant sur le plan personnel que sur celui de leur relation avec les intervenants. Ces personnes étant souvent très méfiantes, il faut parfois plusieurs rencontres avant qu'une certaine confiance en l'autre et un sentiment de sécurité n'émergent. Sans cette confiance mutuelle, les avancées et apprentissages risquent d'être plus limités. C'est pourquoi les données probantes ne recommandent pas une intervention de moins de trois mois auprès des personnes ayant un TPL. Cependant, le contexte de l'intervention en centre jeunesse, en particulier les contraintes de temps qui sont imposées par les cadres organisationnels ou législatifs nous confronte aux difficultés d'offrir une intervention à plus long terme. Ainsi, nous avons mis en place un programme de huit rencontres hebdomadaires, ce qui s'avère plus sensible à la réalité de la pratique clinique en protection de l'enfance.

MODALITÉS FAVORISANT LA PARTICIPATION DES PARENTS

Pour pallier à la contrainte de temps imposé par le CJM-IU et étant donné les difficultés que représente l'assiduité dans le traitement thérapeutique pour des personnes qui présentent un TPL, nous avons établi des conditions pour favoriser l'adhésion des parents et diminuer les risques d'abandon prématuré. Ainsi, chaque parent intéressé bénéficie d'une rencontre motivationnelle préprogramme et se voit offrir une aide financière pour participer au groupe (frais de transport) et pour la garde de ses enfants durant les rencontres. Le remboursement de ces frais facilite la participation des parents et peut favoriser leur assiduité. De plus, il a été démontré qu'offrir une collation aux parents favorise parfois leur participation aux rencontres. Une collation légère leur est donc offerte lors de chaque rencontre.

LES ANIMATEURS

Les séances sont co-animées par un professionnel provenant du CJM-IU et un professionnel provenant du Programme des troubles relationnels et de la personnalité de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine. Cette collaboration inter-établissements est essentielle car elle permet de mettre en commun l'expertise des intervenants en protection de la jeunesse et celle des membres de l'équipe adulte, experts en troubles de la personnalité.

LA CLIENTÈLE VISÉE

Le projet s'adresse à des parents volontaires (mères et pères) ayant reçu ou non un diagnostic formel de TPL dont les enfants, âgés de 6 à 11 ans, sont suivis par les services de protection de la jeunesse du CJM-IU. Le programme est offert autant aux parents qui ont la garde physique de leur enfant qu'à ceux qui ne l'ont pas. Cependant, il est important que le « projet de vie¹ » des enfants placés soit un retour dans leur famille et que le parent qui participe au programme ait un lien significatif avec son enfant grâce à des contacts réguliers avec celui-ci.

LES CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les participants doivent avoir été identifiés comme ayant un TPL, soit par un diagnostic de TPL au dossier posé par un psychiatre, par une hypothèse diagnostique au dossier validée par un professionnel (psychologue, etc.) ou par une impression clinique de TPL confirmée par le consultant clinique de l'équipe. Dans tous les cas, la pertinence d'inviter ce parent à participer au programme est validée avec le consultant clinique. De plus, le parent doit :

- avoir au moins un enfant âgé entre 6 à 11 ans ;
- avoir des contacts significatifs avec son enfant ;
- être en mesure de se déplacer ;

1. Un projet de vie est une situation dans laquelle l'enfant est maintenu dans un milieu stable et permanent, favorisant le développement d'un lien d'attachement sécurisant. Cette situation comporte deux dimensions : une dimension physique, c'est-à-dire un milieu de vie et une dimension affective, à savoir une personne significative avec qui l'enfant vit et peut développer un lien d'attachement (CJM-IU, site Internet).

- avoir une maîtrise suffisante de la langue française.

Enfin, dans tous les cas, la participation du parent doit accepter de participer au programme volontairement. Afin de maximiser l'adhésion au groupe et la sécurité de ses membres, les critères d'exclusion suivants ont été respectés :

- abus sévère de substance et incapacité de se présenter en groupe sans être intoxiqué ;
- trouble de personnalité antisocial ou psychopathie ;
- psychose ou manie active ;
- aucune motivation/aucun intérêt pour participer au programme ;
- risque de compromettre la santé ou la sécurité des autres participants ;
- tendance paranoïde et méfiance nette ;
- dépression majeure ;
- déficience intellectuelle ou cognitive.

LE DÉROULEMENT DU PROJET PILOTE

Le programme « MOI et mon enfant » comprend une rencontre pré-groupe avec le parent et son intervenant, huit séances de groupe et une rencontre post-groupe avec le parent et son intervenant.

► La rencontre préprogramme

Les animateurs rencontrent individuellement les parents qui se montrent intéressés à participer au groupe avant le début du programme avec le ou les intervenants au dossier. Cette façon de faire a pour but d'encourager la mobilisation et la collaboration des intervenants et d'éviter le clivage. Cette rencontre permet également :

- d'avoir un premier contact direct avec les animateurs afin de réduire l'anxiété des parents ;
- de présenter les objectifs et caractéristiques du programme, le déroulement des groupes et ce qu'une participation implique ;
- d'obtenir un consentement éclairé quant à leur participation ;
- d'échanger avec les parents sur ce qu'ils vivent afin d'établir un début d'alliance avec les animateurs ;

- de vérifier leur motivation et leur désir de s'interroger sur ce qui est difficile entre eux et leur enfant ;
- de vérifier et, si nécessaire, de modifier les attentes que les participants peuvent avoir face au programme.

Durant cette rencontre, un contrat d'engagement, qui comprend notamment les règles du groupe et le cadre du déroulement, est présenté verbalement au parent et signé par ce dernier. Un tel contrat favorise l'engagement et la responsabilisation du parent et leur présente un cadre de fonctionnement clair et prévisible. Étant donné la courte durée du programme, les balises du contrat ne sont pas trop limitatives, particulièrement en ce qui concerne les absences au groupe. Les règles de fonctionnement suivantes, sont aussi reprises en groupe lors de la première rencontre :

- *absences ou retard* : les participants s'engagent à être présents à chaque rencontre de groupe. Si un participant doit s'absenter dans le cas d'une situation prévue, le groupe doit être avisé lors de la rencontre précédente. Les participants doivent dans tous les cas téléphoner pour signaler leur retard ou une absence imprévue. Ils sont informés qu'ils ne recevront pas de retour d'appel. Les absences au groupe sont notées, mais vu la durée brève du programme, aucune conséquence n'y est attachée ;
- *abandon* : si le participant désire abandonner le programme, il doit d'abord en discuter avec son intervenant au dossier qui assure le suivi social de la famille. Par ailleurs, les animateurs du groupe peuvent être amenés à inviter le participant à reconsidérer sa décision. Ceci peut être fait individuellement ou durant le groupe ;
- *confidentialité et respect* : les participants s'engagent à respecter la règle de confidentialité et à se respecter mutuellement. Ainsi, tout ce qui est dit et fait en groupe demeure dans le groupe ;
- *comportements inadéquats ou violents* : les retards périodiques et les comportements inadéquats durant les rencontres sont repris dans le groupe ou d'une autre façon, toujours à la discrétion des animateurs. Si un comportement violent ou dommageable (gestes agressifs, attitudes menaçantes ou agressives, menaces verbales) survenait au moment d'une rencontre, le participant serait invité à sortir de la pièce. Les comportements violents, les gestes agressifs ou menaçants et les menaces verbales ou écrites peuvent être judiciairisés et amener une fin de participation.

Les deux animateurs signent également le contrat. Ces derniers sont responsables de leurs actes professionnels. Ils doivent se conformer à leur code de déontologie et respecter les pratiques reconnues par leur ordre professionnel, de même que les politiques et procédures de leurs établissements respectifs. Si, par exemple, un parent se présente à une séance avec des idées suicidaires ou dans un état de grande détresse, les animateurs prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de ce dernier. Dans l'exercice de leurs fonctions, les professionnels sont couverts par l'assurance responsabilité professionnelle de l'établissement qui les emploie. Le responsable au dossier de ces parents demeure cependant la personne autorisée, soit l'intervenant du CJM IU.

► La rencontre post-programme

Après le déroulement des groupes, chaque parent bénéficie d'une rencontre individuelle post-programme avec son intervenant psychosocial et les animateurs du groupe. Cette rencontre a pour but de vérifier la portée et l'impact du groupe sur le parent. Elle sert également à ce que le parent identifie des aspects qu'il souhaite continuer à travailler avec son intervenant social. La présence de l'intervenant et des animateurs assure la continuité de l'intervention et évite un possible clivage entre les différents acteurs. Lors de cette rencontre, une attestation de participation est remise à chaque participant. Dans les semaines qui suivent la fin du programme, les intervenants reçoivent un document les informant des thèmes abordés, des exercices faits en groupe ainsi que des « devoirs » demandés lors de chaque rencontre de groupe.

► Les rencontres de groupe

Les huit séances de groupe, d'une durée de 1 heure 45 minutes incluant une pause de 15 minutes, suivent un déroulement similaire. Les premières minutes consistent en un retour sur l'exercice, suivi de la présentation du nouveau contenu. Cette présentation est faite à l'aide de support informatique (logiciel Microsoft Office PowerPoint). Cette façon de faire permet une bonne latitude afin de visiter les concepts présentés et facilite l'apprentissage et l'assimilation en s'appuyant sur les principes d'éducation populaire et de conscientisation développés par Freire (1970). Ainsi, des résumés, des images et des schémas sont utilisés afin que les participants puissent facilement mémoriser et intégrer l'information tout en permettant les échanges. À la mi-groupe, les participants ont une pause de 15 minutes durant laquelle une collation est offerte ; cette pause

peut être une zone tampon entre l'apprentissage de la nouvelle matière et les échanges. Au retour de la pause, les participants sont invités à discuter et interagir sur la matière abordée. Chaque rencontre se termine en leur demandant ce qu'ils ont principalement retenu de leur expérience et par la présentation et l'explication de l'exercice à faire à la maison.

► Les thèmes abordés

Les thèmes abordés lors des huit rencontres sont toujours présentés en fonction de trois registres : le vécu du parent, le vécu de l'enfant et l'interaction entre les deux. L'utilisation et l'intégration de ces différentes perspectives sont essentielles, car elles permettent aux parents de prendre tour à tour une position où ils sont le point de mire en tant que personne et où leur enfant et ses besoins constituent aussi un point de mire unique.

► Première rencontre

La première rencontre est réservée à l'accueil et à la présentation des participants et des animateurs. Ces derniers exposent les thèmes des rencontres et s'assurent de la mise en place du cadre. Ils présentent ainsi les règles de fonctionnement et le principe de la confidentialité et du respect de chacun et favorisent l'expression des attentes, des craintes ou des préoccupations des participants. On aborde également ce qu'ils ont en commun, comme le fait d'être parents, d'avoir des difficultés relationnelles avec leur enfant et d'être suivis par les services de protection de la jeunesse. Les animateurs s'assurent dès la première rencontre de corriger les attentes irréalistes ou les croyances dysfonctionnelles des participants. La rencontre se termine par l'assignation d'un premier exercice.

► Deuxième rencontre

La deuxième rencontre est sur le thème de la modulation des émotions et de l'humeur. Les animateurs y présentent les fonctions des émotions et les modifications corporelles qui y sont associées tant pour l'adulte que pour l'enfant. On y présente aussi ce qu'est la communication non verbale et comment identifier et étiqueter différentes émotions chez soi et chez son enfant. On explique aux parents que les enfants ont généralement plus de difficultés que les adultes à autoréguler leurs émotions et qu'il faut les aider à décoder et à nommer les émotions

qu'ils ressentent et qui sont sous-jacentes à leurs comportements non verbaux.

► **Troisième rencontre**

La troisième rencontre porte sur la gestion des émotions. On y présente les différents modes de pensée (la pensée rationnelle, émotive et intégrée) et les facteurs qui peuvent limiter l'utilisation de la pensée intégrée. Suite à la présentation d'un extrait vidéo d'une mère ayant un TPL, les parents sont amenés à identifier des stratégies pour mieux gérer leurs émotions et celles de leur enfant. On y parle aussi de comment utiliser son réseau d'aide sans donner aux autres la responsabilité de régler ses propres problèmes. Enfin, les animateurs se penchent sur les stratégies de gestion des émotions des enfants et du rôle du parent comme soutien auprès de son enfant.

► **Quatrième rencontre**

La quatrième séance concerne la conscience de soi et la conscience de son enfant. Les animateurs discutent et utilisent le principe de la mentalisation, c'est-à-dire la capacité de se questionner et de tenter de comprendre ses émotions, ses pensées, ses intentions à soi, de même que celles de son enfant.

► **Cinquième rencontre**

La cinquième rencontre porte sur ce qu'est une crise, sur les façons de la reconnaître, de l'anticiper et de l'éviter. Les participants apprennent ses manifestations au niveau cognitif, affectif et comportemental et quels peuvent en être les facteurs déclencheurs. On examine également comment un enfant peut vivre une crise qui survient chez son parent. Enfin, on aborde la façon de gérer les crises pour éviter une escalade.

► **Sixième rencontre**

La sixième rencontre traite de la communication. Les animateurs expliquent aux participants les façons de faire des demandes et de décliner celles qu'ils ne veulent pas honorer. Ils expliquent aussi les diverses manières d'exprimer leurs sentiments et leur affection et comment accepter les compliments et les marques d'affection des autres. Les

animateurs discutent également des meilleures façons pour formuler une critique ou exprimer de la colère.

► **Septième rencontre**

Le dernier thème abordé est l'estime de soi. Les animateurs présentent son origine, ses déterminants et les effets de l'estime de soi lorsqu'elle est positive ou négative. On discute par la suite des façons d'améliorer son estime de soi et on souligne le rôle important du parent dans le développement de l'estime de soi de son enfant.

► **Huitième rencontre**

Lors de la dernière rencontre, les animateurs font le bilan des séances et proposent aux participants de regarder les impacts possibles de l'ensemble des notions présentées en lien avec les défis personnels de chacun. L'expression de pistes de solution est favorisée. Les animateurs discutent également comment les parents pourraient être en relation différemment avec leurs intervenants. Cette rencontre se termine avec des questions entourant ce qu'ils retiennent des rencontres et ce qu'ils aimeraient dire aux autres membres du groupe. Cette façon de faire permet de conclure en tenant compte des difficultés de séparation.

► **Recrutement des participants**

Le recrutement des parents est réalisé par l'entremise des intervenants, en collaboration avec leur consultant clinique qui ont été informés et bien outillés pour recommander les parents les plus susceptibles de profiter de ce programme. Les intervenants reçoivent un document les informant des critères pour reconnaître la présence possible d'un TPL ainsi qu'une brochure à remettre aux parents susceptibles d'être intéressés par ce groupe. L'intervenant qui estime qu'un parent pourrait bénéficier de cette activité de groupe doit présenter le cas à son consultant clinique qui évalue la pertinence de cette référence avec lui, avant qu'il ne la présente au parent.

► **Caractéristiques des participants**

Le premier groupe a accueilli huit mères ; deux vivaient avec leur enfant et les enfants de six autres étaient placés en milieu substitut, dans

cinq cas avec un projet de vie de retour dans le milieu familial et dans un cas avec un placement à majorité. Les mères étaient âgées entre 30 et 48 ans et avaient en moyenne 3,6 enfants âgés de moins de 18 ans. Quatre mères avaient déjà participé à un groupe pour parents offert au CJM-IU et y avaient bien collaboré. Pour les quatre autres mères, le groupe « MOI et mon enfant » s'est avéré être leur première participation à un groupe. Le CJM-IU était impliqué dans la vie de trois participantes depuis cinq ans. Les autres mères étaient suivies depuis un peu plus de deux ans en moyenne. Quatre mères avaient un diagnostic de TPL au dossier. Une participante avait un diagnostic de trouble anxieux, une mère disait avoir des traits de personnalité limite et deux d'entre elles n'avaient pas de diagnostic. Cinq des huit mères qui ont commencé le programme l'ont terminé. Ces dernières ont été assidues dans leur participation ; seulement trois d'entre elles ont manqué une séance.

► Modalités d'évaluation

Tout au long du programme, les animateurs tiennent un journal de bord dans lequel ils consignent le degré de participation, de collaboration et de motivation de chaque parent, les problèmes rencontrés, les éléments positifs et toute autre observation qu'ils jugent pertinente. Lors de la dernière rencontre, les parents répondent à un questionnaire sur leur satisfaction à l'égard des rencontres, des thèmes abordés et des animateurs et leur perception de gains à la suite du programme.

Globalement, les mères ayant participé aux groupes semblent satisfaites de leur expérience : elles considèrent avoir retiré des bénéfices significatifs et partagent un sentiment général très positif. Quatre mères sur cinq ont trouvé le contenu des séances très utile. L'utilisation de vidéos, les discussions de groupe, les exercices communs, les exercices à faire à la maison et les aide-mémoire ont été considérés comme étant très utiles par la majorité des répondantes. Le fait de pouvoir échanger avec d'autres parents sur leurs problèmes de santé mentale et de ne pas se sentir seules avec leurs problèmes avec le DPJ a également plu aux mères. L'évaluation globale des participantes suggère qu'elles ont trouvé très aidant d'apprendre des façons de faire pour améliorer la relation avec leurs enfants et pour mieux gérer les conflits avec ceux-ci. Quelques mères considèrent que le fait de travailler à mieux gérer leur impulsivité leur a été profitable, tandis que d'autres ont trouvé bénéfique de mieux comprendre l'impact de leurs émotions sur leurs pensées et leurs comportements. C'est le thème de la conscience de soi et de son enfant que les mères ont désigné comme le plus utile.

L'évaluation des participantes était plus mitigée quant à savoir si elles se sentaient moins seules avec leurs difficultés parentales à la suite du programme et si elles se sentaient plus à l'aise dans leur rôle parental. Par ailleurs, la majorité des mères se sont dites bien supportées par le groupe et certaines d'entre elles auraient d'ailleurs souhaité pouvoir poursuivre les rencontres. Les mères ont particulièrement aimé que les animateurs prennent bien le temps d'expliquer les notions à apprendre, en donnant des exemples. Elles ont également apprécié leur sourire, leur simplicité, leur humour, leur empathie et leur écoute. Elles ont par ailleurs souligné avoir apprécié que ces rencontres leur permettent de parler de leur vécu concernant leurs enfants en toute confiance, et ce, avec des mères qui ont connu des expériences similaires. Néanmoins, les mères ont partagé certaines préoccupations comme le fait de trouver difficile qu'il y ait autour de la même table des parents d'enfants placés et des parents d'enfants qui vivaient à la maison ou encore d'écouter les autres mères parler de leurs difficultés. Elles ont souligné qu'il n'y avait pas eu assez de temps pour discuter et auraient aimé des ateliers plus longs, avec plus de périodes d'échange.

Dans l'ensemble, les animateurs considèrent que le projet pilote s'est bien déroulé. Cependant, il a fallu apporter certaines modifications sur le plan clinique afin d'adapter le projet aux caractéristiques du groupe et à sa dynamique. Les animateurs soulignent que la quantité de matière psycho éducative qui avait été préparée pour le groupe s'est avérée être trop ambitieuse. Celle-ci a dû être simplifiée et seuls deux ou trois concepts ont été présentés par séance. Cette modification a favorisé la discussion entre les participants. En ce sens, il est essentiel de pouvoir réorienter les objectifs d'apprentissage en cours de route si nécessaire. Par ailleurs, les animateurs soulignent que la partie des exercices à faire à la maison a été bien utilisée par les participantes qui ont pu ainsi transférer dans leur quotidien les apprentissages faits durant les rencontres. D'après les animateurs, les aspects affectifs, les fluctuations émotionnelles et l'évaluation des signes précurseurs d'une crise se sont avérés des éléments centraux du programme. Les participantes ont également beaucoup apprécié travailler avec les schémas sur l'impulsivité et la pensée intégrée de Linehan. L'atelier sur la communication fut également très apprécié en raison du fait qu'il était très concret. Enfin, il semble plus pertinent de présenter l'atelier sur la conscience de soi et la conscience de l'autre (principes de la mentalisation) à la fin du programme car c'est plutôt dans le processus de groupe que l'apprentissage de ces concepts se réalise.

Les participantes ont suggéré que la relation entre le parent et leur intervenant soit abordée dans un futur programme « MOI et mon enfant ». Elles souhaiteraient « mieux comprendre le travail des intervenants ». Ce thème de la relation avec leurs intervenants fut fréquemment sujet de discussion dans le groupe, canalisé dans un déversement qui parfois était difficile à contenir. Ainsi, il semble approprié d'offrir un lieu pour aborder la relation parent/intervenant en observant comment les thèmes vus dans le groupe peuvent s'appliquer à la relation avec leur enfant, mais aussi dans la relation avec leur conjoint et leur intervenant.

Certains parents qui ont participé au programme vivaient avec leurs enfants, tandis que d'autres avaient des enfants placés. Cette hétérogénéité des situations parentales doit être considérée dans la formation de ce type de groupe. Ainsi, le statut des parents auprès de la protection de la jeunesse et la présence d'un projet de retour des enfants sont des éléments importants à considérer dans la formation des groupes. Par ailleurs, il semble que ce type de programme pourrait être élargi pour les parents d'enfants âgés de 3 à 12 ans.

Les animateurs ont remarqué une bonne cohésion dans le groupe et beaucoup d'aide mutuelle. Cette cohésion s'est articulée autour du facteur commun de leur problème de santé mentale, plus précisément des traits ou du TPL et non autour de leur prise en charge par le centre de protection de la jeunesse. Notons qu'une participante qui a mentionné ne pas avoir de traits ou un trouble de personnalité limite a abandonné le groupe à la troisième rencontre en mentionnant se sentir différente des autres participantes.

Pour gérer la dynamique de groupe, l'utilisation de la mentalisation (Fonagy et Bateman, 2006) et de la validation du vécu, des expériences, des efforts et des émotions des participants (Linehan, 1993) ont été très utiles pour désamorcer certains conflits qui ont surgi et ce, avant l'émergence d'une cohésion entre les membres du groupe. Ainsi, le travail dans le « ici et maintenant » s'est avéré très apprécié et efficace. Par ailleurs, la période de la collation a permis une diminution des défenses habituelles et a contribué à favoriser la cohésion du groupe. Les exercices en groupe et à la maison ont été essentiels pour permettre d'expérimenter et furent très appréciés par les participantes. Enfin, étant donné le dynamisme des participantes en lien avec la discussion des thèmes abordés et la nature même des clientes dans leur engagement parfois passionné, il est proposé de prévoir, pour le prochain programme, des séances plus longues, soit d'une durée de deux heures incluant la pause.

Il s'avère essentiel que les groupes soient animés par deux professionnels, l'un ayant une bonne expérience d'animation de groupe et une expertise d'intervention auprès de personnes ayant un trouble de la personnalité, l'autre ayant des connaissances en santé mentale et une expertise en développement psychologique de l'enfant et en compétences parentales. Par ailleurs, une bonne préparation pré-groupe des animateurs est essentielle au bon déroulement du programme. Ainsi, étant donné que les co-animateurs proviennent de milieux de travail différents n'ayant pas d'histoire de collaboration, il devient encore plus important que ceux-ci prévoient un temps d'échange pour mieux se connaître et discuter des problématiques avec lesquelles ils travailleront (trouble de la personnalité et parents pris en charge par la protection de la jeunesse). Ils doivent de plus discuter du cadre d'intervention, de leur contribution respective à l'animation du groupe, de leurs attentes ainsi que de leurs forces et leurs faiblesses en animation.

Durant les rencontres post-programme avec l'intervenant et le parent, les apprentissages faits durant les groupes ont été présentés. Ceci a permis une certaine prise de conscience de la participante sur ce qu'elle avait accompli. Cette rencontre a également permis l'orientation de nouveaux objectifs favorisant la relation parent/intervenant en aidant ces derniers à nommer les difficultés relationnelles présentes et à réfléchir ensemble aux façons d'amoindrir l'impact des impasses. Les animateurs ont toutefois observé plus de méfiance et de fébrilité chez le parent lors de cette rencontre.

Les animateurs ont su créer une bonne alliance avec les participantes et ont observé une bonne cohésion à l'intérieur du groupe. Suite au programme, les animateurs ont noté que les participantes semblaient démontrer une augmentation de leur intérêt à vouloir collaborer avec les intervenants. Ces derniers cependant n'ont pas noté un tel changement. Il faut souligner que dans la majorité des cas, l'intervenant au dossier avait changé durant les huit semaines du programme. Les parents semblent avoir appris à mieux observer leurs enfants, à les regarder différemment et à mieux comprendre l'impact de certains de leurs comportements sur le développement de leur enfant. Ainsi, les participantes ont été validées dans leur rôle parental et semblent s'être réappropriées du pouvoir sur leur vie.

CONCLUSION

La mise en place du programme « MOI et mon enfant » a permis de vérifier la faisabilité et l'efficacité d'une intervention conjointe entre un centre de la jeunesse (centre jeunesse) et un partenaire de la psychiatrie adulte dans le but de soutenir les parents avec un TPL dans l'exercice de leur rôle parental. Il s'avère que les parents ayant participé aux huit rencontres de groupe se disent globalement satisfaits de leur expérience et perçoivent certains gains en ce qui concerne notamment la relation avec leur enfant et le regard qu'ils portent sur celui-ci. L'impact du programme sur les enfants ainsi que la mobilisation des parents à la suite de leur participation à ce programme seront évalués dans le futur. Suite aux résultats encourageants obtenus lors de l'évaluation de ce projet pilote, la collaboration entre ces deux institutions à continuer. Certaines modifications ont été apportées, dont l'addition d'une autre séance portant sur la relation avec les intervenants, et à ce jour, six groupes pour parents ayant un TPL ont été complétés. Pour les intervenants œuvrant auprès de cette clientèle, réussir à sensibiliser ces parents, souvent en grande détresse, à l'impact de leurs difficultés sur le développement de leur enfant est un enjeu de premier plan qui est cœur de leur participation au groupe « MOI et mon enfant ».

BIBLIOGRAPHIE

LAPORTE L., OUNIS L., LAVIOLETTE I., CHERRIER J.-F. et LAVOIE S. (2012). « Le groupe « MOI et mon enfant » pour parents ayant un trouble de personnalité limite : un projet de collaboration bien réussi ! », *Défi Jeunesse*, XVIII (2), 4-13.

OUNIS L. et LAPORTE L. (2011). « Les fondements du groupe psycho-éducatif "MOI et mon enfant" pour les parents ayant un trouble de personnalité limite », *Défi Jeunesse*, XVII (3), 4-9.

Chapitre 28

Les SPIP et les PPR : une expérience originale et à approfondir

Philippe Pottier et Marina Pajoni

LES « PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE » (PPR), développés par les services pénitentiaires d'insertion et de probation, ont une histoire longue maintenant de plus d'une dizaine d'années. Nous avons relaté précédemment les origines de ce travail (Pottier, Ridet, 2010). Ces PPR sont des groupes de paroles, animés par des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), réunissant des personnes condamnées présentant une problématique commune au regard de leur criminalité : délinquants sexuels, auteurs de violences conjugales, d'autres types de violence... Environ soixante-dix SPIP (sur les cent trois existants) pratiquent aujourd'hui ce mode d'intervention qui vise à faire réfléchir les participants sur leur passage à l'acte, les possibilités d'éviter une réitération, les victimes. Ces groupes réunissent huit à douze personnes sur un nombre de séances variables selon les lieux (quinze au maximum).

Pour Marie Bried, psychologue clinicienne, qui a accompagné l'équipe du SPIP de Charente à la mise en place des PPR et qui a ensuite été chargée de mission pour leur développement, « la parole amène la pensée. Donner des mots aux personnes sous main de justice pour les aider à accéder à une parole porteuse de sens est un des ressorts de la mise en place de ces groupes de paroles ».

Histoire originale car directement issue d'une expérience de terrain, localisée dans un SPIP, conçue par des professionnels initialement en dehors de toute consigne nationale (Pottier, 2004). Cette première expérimentation, initiée au début des années 2000 au sein du SPIP de la Charente, a connu pendant de nombreuses années un développement limité. Seuls quelques autres SPIP, informés de cette nouvelle pratique par ceux qui l'avaient imaginé, reproduisirent l'expérience. C'est à partir de 2007 que cette initiative locale allait devenir un projet national, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) décidant de généraliser l'expérience. Un comité de pilotage national fut créé, un budget identifié et un référentiel des pratiques rédigé et diffusé. Début 2008, les premières réunions de ce comité permettaient de préciser le cadre expérimental, de valider des projets locaux et de leur attribuer les financements nécessaires. La pratique des PPR était officialisée par la circulaire de la DAP n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes d'intervention des SPIP. En effet, pour la première fois, la prise en charge collective était instituée comme une modalité de prise en charge des SPIP et ne constituait plus uniquement une modalité d'intervention empirique dans certains services. Texte important qui précise et redéfinit les missions des SPIP, à partir d'un recentrage sur la spécificité des CPIP : « l'aide à la décision judiciaire, l'élaboration et l'individualisation d'un parcours d'exécution des peines, adapté et progressif » la prévention de la récidive devenant la « finalité de l'action des SPIP », avant de devenir la finalité de l'action de l'ensemble des services pénitentiaires dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (loi 2009/1436 NOR : JUSX0814219L).

Une expérience qui aura donc connu pendant sept années un développement très limité, réduit à quelques SPIP, puis une prise en compte nationale qui va, de 2007 à début 2013, en moins de six ans, amener plus de deux tiers des SPIP à la pratiquer. Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette histoire :

1. Non seulement il est possible qu'une nouvelle pratique professionnelle soit originaire d'un service, et dans ce cas au départ d'un seul service, mais il est vraisemblable que c'est dans ce type d'expérimentation qu'on peut trouver la plus grande richesse. On peut raisonnablement penser que, sans cette expérience locale, le développement de cette pratique aurait été bien plus laborieux, voire peut-être impossible. En témoignent les premières tentatives de généralisation, qui se heurtèrent à bien des oppositions, qu'il n'aurait pas été aisé de dépasser sans pouvoir s'appuyer sur des professionnels qui exerçaient déjà et pouvaient échanger avec leurs collègues.

2. La démarche pragmatique consistant à valider une expérience locale comme modèle, puis à en concevoir une généralisation possible sous forme d'extension de l'expérimentation, à partir de services et/ou de CPIP volontaires, a démontré sa pertinence. Un autre choix était possible, plus traditionnel dans le fonctionnement habituel de l'administration française, centralisée et normative : concevoir à partir d'un modèle repéré localement un modèle national dans lequel tous les services auraient dû s'inscrire à partir d'une date donnée. Ce choix n'a pas été fait, car jugé inopérant. L'histoire a plutôt validé ce choix.
3. L'expérience initiale du SPIP de la Charente n'aurait jamais vu le jour sans apports importants d'autres pays. Quand les CPIP d'Angoulême se sont demandé, avec la psychologue qui travaillait avec eux, ce qu'ils pouvaient bien faire de pertinent avec ces auteurs d'agressions sexuelles de plus en plus nombreux dans leur clientèle, ils n'ont d'abord rien trouvé ou presque rien dans la littérature française pouvant concerner leur pratique. D'abord parce que les CPIP étaient encore largement considérés comme des travailleurs sociaux d'autres secteurs, avec une mission d'insertion sociale classiquement définie, et non avec une mission de socialisation avec pour finalité la prévention de la récidive. Ensuite parce que la réflexion et les politiques françaises s'étaient massivement tournées vers une médicalisation de la prise en charge des délinquants sexuels, en multipliant obligations et injonctions de soins. Dans cette conception, le CPIP tendait à devenir un orienteur sans action spécifique. Enfin parce que la réflexion criminologique, au sens d'une pensée qui s'appuie sur les pratiques, qui les évaluent, qui tente de déterminer ce qui marche et ce qui ne marche pas dans les méthodes d'intervention des professionnels, et singulièrement des CPIP, est peu pratiquée en France, et l'était encore moins en fin des années quatre-vingt-dix. Alors qu'une littérature abondante est disponible dans d'autres pays et particulièrement dans la littérature anglo-saxonne et pour ce qui concerne l'espace francophone, au Canada, en Belgique et en Suisse.
4. L'importance du rôle du psychologue dans la mise en place des PPR : ce dernier accompagne le SPIP et plus particulièrement les CPIP animateurs tout au long du PPR. Il intervient à différents stades : de l'élaboration au bilan du groupe. Il ne reçoit jamais les participants au groupe ni n'anime le groupe. En revanche, il apporte un éclairage au SPIP pour la constitution du groupe au vu de la connaissance et de l'expertise qu'a le SPIP de son public. La prise en charge est éducative : dans le groupe, on travaille le passage à l'acte et la prévention de la récidive, mission des SPIP et cause de la prise en

charge strictement pénitentiaire de ces personnes condamnées. Le psychologue aide les animateurs et sa fonction est de les soutenir dans l'animation du groupe par une préparation des séances et un débriefing.

Le rôle pivot qu'a le psychologue dans le développement de cette méthode d'intervention est déterminant pour le bon déroulement du groupe. Les SPIP doivent savoir expliquer leur mission et leur expertise au regard de « leur » public afin de bien définir le cadre d'intervention du psychologue. Le cadre d'intervention doit être clair et le PPR doit pour cela s'inscrire dans le projet de service du SPIP.

Tous les bilans en témoignent, le PPR est un outil qui se situe au cœur de la mission des SPIP. L'analyse des pratiques avec le psychologue est une source d'enrichissement et de plaisir professionnels pour les services qui mettent en place ces groupes.

On constate aujourd'hui que, sur le plan institutionnel, le développement de cette nouvelle méthode d'intervention des CPIP est une réussite. Ce n'était pas un mince enjeu, car la pratique d'actions de groupe conduites et animées par des CPIP était très peu pratiquée avant, voire pas du tout dans une très grande majorité de services. Ce qui n'a pas toujours été le cas. À l'origine de ce que sont les SPIP, dans les services éducatifs qui intervenaient dans les maisons centrales à régimes progressifs dans les années cinquante, ou dans les centres pour jeunes détenus condamnés, les éducateurs pénitentiaires pratiquaient abondamment les actions de groupe, qui étaient la base de leur action. Mais cela s'était complètement perdu, pour des raisons dont l'analyse sortirait du cadre de cet article, une des principales étant l'assimilation des éducateurs puis CPIP à d'autres travailleurs sociaux pratiquant exclusivement dans le cadre de l'entretien individuel.

Réussite donc par le nombre de professionnels aujourd'hui engagés dans les PPR, qui ne sont plus quelques-uns mais des centaines. Si les PPR ont pu être perçus, et le sont encore par certains, comme l'un des avatars d'une politique pénale sécuritaire développée ces dernières années, ils sont de plus en plus considérés comme un mode d'intervention utile, voire nécessaire, complémentaire de l'entretien individuel qui a ses limites, en particulier quand il s'agit de travailler sur des comportements violents. On constate parallèlement une évolution des réflexions des professionnels, de plus en plus tournés vers les apports de la criminologie. Les concepts et cadres des *What works ?*, « RBR – risques, besoins, réceptivités », *Good Lives Models*, ne sont plus méconnus des CPIP. Émerge une nouvelle identité professionnelle spécialisée, charpentée par une approche plus criminologique, qui serait plus affirmée chez les plus

jeunes professionnels, selon ce qui ressort de la recherche récemment menée par Valérie Moulin dans le cadre de la mission de recherche Droit et Justice (Moulin, 2012).

La lecture de cette récente recherche fait apparaître assez clairement ce qui constitue encore une difficulté et un manque : l'évaluation la plus précise possible de l'efficacité des PPR afin d'en améliorer l'efficacité.

L'évaluation de type criminologique n'est pas une idée si facile à aborder, tant elle est peu pratiquée en France et soumise à des représentations négatives. Ce qui structure des résistances importantes, comme on a pu le voir lors de l'expérimentation dans les SPIP du diagnostic à visée criminologique (DAVC). De quoi s'agit-il ? De mettre en place un outil de recueil de données, identique dans tous les SPIP, permettant de recueillir de manière harmonisée au plan national les informations nécessaires à la définition du niveau de prise en charge d'une personne condamnée. Cet outil simple dans son principe est issu d'un travail d'une dizaine de SPIP pilotes en 2009-2010, où il a été expérimenté. C'est avant tout une construction de professionnels de la probation, exerçant en SPIP, en directions interrégionales et à l'administration centrale. C'est un outil qui est dans sa première phase de construction, certainement perfectible et sûrement modifiable pour être amélioré. Ce n'est pas un outil de cotation ni d'évaluation scientifique. Malgré cela, les résistances sont telles que, deux ans après son lancement, il reste objet de polémique.

Cette résistance à l'évaluation est bien repérable dans la recherche de Valérie Moulin (Moulin, 2012). Cette recherche a en effet été en grande partie perturbée par une grande résistance des professionnels à participer à cette évaluation. C'est là sans doute une des faiblesses importantes des pratiques actuelles, qu'il va bien falloir dépasser pour réfléchir sérieusement à l'efficacité des programmes mis en place. Pour évaluer ces programmes, il faut d'abord qu'ils existent, c'est le cas et en nombre maintenant très suffisant pour une évaluation pertinente. Mais pour que leur développement correct soit assuré et raisonnablement conduit, il faut bien s'interroger sur leurs résultats, qui ne peuvent pas se limiter au degré de satisfaction des participants en fin de programme, même si cela a son importance et est loin d'être négligeable. Il faut chercher des résultats les plus directs possibles en prévention de la récidive, permettant de répondre à cette question : le passage par ce programme conduit-il à des résultats significatifs ? les personnes y ayant participé récidivent-elles moins et dans quelles proportions ? Ce qui commande une évaluation de type scientifique et ce qui n'est pas si complexe à imaginer, car déjà pratiqué dans de nombreux pays. C'est à partir de là qu'on pourra optimiser les moyens mis en œuvre au résultat

souhaité, tant dans la définition des programmes de prévention de la récidive, que dans leur développement et dans l'optimisation des moyens qui doivent y être consacrés. Il est important que chaque SPIP puisse proposer un suivi en individuel ou en groupe et que les deux méthodes d'intervention et de travail sur le passage à l'acte s'inscrivent dans chaque service, à partir d'une évaluation individualisée la plus précise possible.

Ce travail d'évaluation n'est pas seulement une phase supplémentaire possible, c'est une étape nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

POTTIER P. (2004). « Prévenir la récidive des délinquants sexuels – La pratique du SPIP de Charente », *Actualité juridique pénale*, Dalloz, n° 2/2004, 62-64.

POTTIER P., RIDEL L. (2010) « Développement d'une pratique criminologique dans les services pénitentiaires », in Coutanceau R., Smith (J.) (dir.),

La Violence sexuelle, approche psychocriminologique, Dunod, 2010, 85-90.

MOULIN V., « Les groupes de parole de prévention de la récidive des personnes placées sous mains de justice », note de synthèse, recherche réalisée avec le soutien de la mission de recherche Droit et Justice, avril 2012.

PARTIE V

Problématiques spécifiques

-
- **Chap. 29** La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité 383
 - **Chap. 30** Troubles de la personnalité et psychothérapie en contexte de deuil 399
 - **Chap. 31** Les mères abusives « Münchausen » 411
 - **Chap. 32** L'audition judiciaire du mineur victime d'agression sexuelle : approche criminologique 433

Chapitre 29

La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité

Ou comment devient-on étranger à soi-même

Muriel Salmona

LA VIOLENCE EST UN FORMIDABLE INSTRUMENT de soumission et de dissociation, particulièrement quand elle est terrorisante et qu'elle plonge la victime dans un scénario insensé. Elle est à l'origine de troubles psychotraumatiques fréquents et qui peuvent s'installer de façon chronique, sous la forme de troubles de la personnalité, par l'intermédiaire d'une mémoire traumatique et d'une dissociation traumatique. Mémoire traumatique des violences et dissociation vont coloniser les victimes et vont faire cohabiter chez elles plusieurs « personnalités » jusqu'à parfois les exproprier d'elles-mêmes si aucune protection et prise en charge ne sont mises en place, ce qui malheureusement est le plus souvent le cas, les victimes de violences étant dans leur immense majorité laissées à l'abandon (Salmona, 2008, 2012, 2013).

NEUROBIOLOGIE DE LA DISSOCIATION

La violence, particulièrement celle qui est la plus irreprésentable, celle qui s'exerce sous couvert d'amour, d'éducation, de sexualité, comme

les violences intrafamiliales et sexuelles (Salmona, 2013) a un effet de sidération du psychisme qui va paralyser la victime, l'empêcher de réagir de façon adaptée, et empêcher le cortex cérébral de contrôler l'intensité de la réaction de stress et sa production d'adrénaline et de cortisol. Un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit alors l'organisme et — parce qu'il représente un risque vital pour l'organisme par atteinte du cœur et du cerveau par l'excès d'adrénaline et de cortisol (Rauch, 2007) — déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde (Yehuda, 2007 ; Nemeroff, 2009) qui ont pour effet de faire disjoncter le circuit émotionnel, et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique en produisant des drogues dures morphine et kétamine-like. L'anesthésie émotionnelle génère un état dissociatif avec un sentiment d'étrangeté, de déconnexion et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation puisqu'elle la perçoit sans émotion. Mais cette disjonction isole la structure responsable des réponses sensorielles et émotionnelles (l'amygdale cérébrale) de l'hippocampe (autre structure cérébrale, sorte de logiciel qui gère la mémoire et le repérage temporo-spatial, sans elle aucun souvenir ne peut être mémorisé, ni remémoré, ni temporalisé). L'hippocampe ne peut alors pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences, celle-ci reste piégée dans l'amygdale sans être traitée, ni transformée en mémoire autobiographique. Elle va rester hors temps, non consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience et de refaire revivre la scène violente de façon hallucinatoire, comme une machine à remonter le temps, avec les mêmes sensations, les mêmes douleurs, les mêmes phrases entendues, les mêmes odeurs, les mêmes sentiments de détresse et de terreur (ce sont les flash-back, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique...). C'est cette mémoire piégée dans l'amygdale qui n'est pas devenue autobiographique qu'on appelle la mémoire traumatique (Ledoux, 1997).

MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

La mémoire traumatique est au cœur de tous les troubles psycho-traumatiques et de nombreux troubles de la personnalité. Elle « s'alarme » aussitôt qu'un lien, une situation, un affect ou une sensation rappellent les violences ou font craindre qu'elles ne se reproduisent. Elle envahit alors tout l'espace psychique de façon incontrôlable. Comme une « bombe à retardement », susceptible d'exploser, souvent des mois,

voire de nombreuses années après les violences, elle transforme la vie psychique en un terrain miné. Telle une « boîte noire », elle contient non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.). Cette mémoire traumatique des actes violents et de l'agresseur colonise la victime, et lui fera confondre ce qui vient d'elle avec ce qui vient des violences subies ou de l'agresseur. La mémoire traumatique sera souvent responsable, non seulement de sentiments de terreur, de détresse, de mort imminente, de douleurs, de sensations inexplicables, mais également de sentiments de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophique, qui seront alimentés par la mémoire traumatique des paroles et de la mise en scène de l'agresseur (« Tu ne vaux rien, tout est de ta faute, tu as bien mérité ça, tu aimes ça », etc.) et aussi des émotions violentes et de l'excitation perverse de l'agresseur perçues à tort comme les siennes et qu'il leur faudra sans cesse contrôler, ce qui constituera une torture supplémentaire pour la victime (personnalité obsessionnelle). La victime n'a alors que mépris et haine pour elle-même, et elle peut penser avec horreur qu'elle a des fantasmes, une excitation et une jouissance perverse, alors que c'est bien entendu faux, cela appartient à l'agresseur. Certaines victimes peuvent s'identifier à la mémoire traumatique provenant des agresseurs et de leurs mises en scène (Ferenczi, 1935) et développer une personnalité antisociale, mais aussi narcissique, borderline, paranoïaque...

Avec cette mémoire traumatique, les victimes peuvent se retrouver, contre leur gré, dissociées, à revivre sans cesse les pires instants de terreur, de douleur, de désespoir, comme une torture sans fin, avec des sensations soudaines d'être en grand danger, de panique totale, de mort imminente, d'être projetés par terre, d'être écrasés, frappés violemment, de perdre connaissance, d'avoir la tête ou le corps qui explose, avec des suffocations, des nausées, des douleurs génitales intenses. Elles ont peur d'être folles, et se sentent étrangères aux autres et à elles-mêmes. Avec ces sensations, les agresseurs restent éternellement présents, à imposer aux victimes les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire et à imposer leurs mises en scène mystificatrices et dégradantes, avec une haine, un mépris, des injures et des propos qui ne les concernent en rien. Et plus les violences ont eu lieu tôt dans la vie des victimes, plus ces dernières risqueront de se construire avec ces émotions, ces sensations de terreur, ces actes et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux sans les comprendre, et sans savoir où se trouve la ligne de

démarcation entre leur vraie personnalité et leur vraie sexualité, et ce qui est dû à leur mémoire traumatique.

La mémoire traumatique les hante (van der Hart, 2010), les dissocie, les exproprie et les empêche d'être elles-mêmes ; pire, elle leur fait croire qu'elles sont doubles, triples, voire quintuples : une personne normale (ce qu'elles sont), une personne traumatisée (la victime qu'elles ont été au moment de la/des agression(s), elles peuvent se retrouver le petit enfant terrorisé, perdu, avec une angoisse d'abandon massive, leur vraie personnalité avec sa cohérence, ses désirs, ses projets), une personne absente, vide (celle qui est totalement déconnectée pour survivre, absente à elle-même, envahie par le néant), une moins-que-rien qui a peur de tout, et une coupable dont elles ont honte et qui mérite la mort (ce que l'agresseur a mis en scène qu'elles étaient et qu'elles finissent par intégrer puisque cela tourne en boucle dans leur tête), une personne qui pourrait devenir violente et perverse et qu'il faut sans cesse contrôler, censurer (ce même agresseur tellement présent et envahissant à l'intérieur d'elles-mêmes qu'elles finissent par le confondre avec elles-mêmes, ce qui les terrorise)... Laissons la parole à une victime : « Je me prends constamment la tête, je doute de moi, de mes souvenirs, de ce que je suis... je me dis des choses atroces du genre : "Je suis une perverse machiavélique menteuse" ou : "Tu es quelqu'un de mauvais, de méchant"... J'en ai assez de douter tout le temps de moi, de tout, d'avoir peur. Je ne vis que dans la peur et cela m'épuise ! »

La vie peut devenir un enfer avec une sensation d'insécurité, de peur et de guerre permanente. Il faut une vigilance de chaque instant pour éviter les situations qui risquent de faire exploser cette mémoire traumatique. Des conduites d'évitement et de contrôle de l'environnement se mettent alors en place. Toute situation de stress est à éviter, il est impossible de relâcher sa vigilance, dormir devient extrêmement difficile. Mais c'est rarement suffisant, et pour éteindre à tout prix une mémoire traumatique qui « s'allume » ou pour prévenir son allumage, les victimes découvrent très tôt la possibilité de s'anesthésier émotionnellement grâce à des conduites dissociantes (Salmona, 2008, 2012), c'est-à-dire à des conduites qui augmentent brutalement le niveau de stress pour arriver coûte que coûte à sécréter suffisamment de drogues dures endogènes (pour disjoncter malgré l'accoutumance), ou des conduites qui renforcent l'effet des drogues endogènes grâce à une consommation de drogues exogènes (alcool, drogues, psychotropes à hautes doses). Ces conduites dissociantes sont des conduites à risques et de mises en danger : sur la route ou dans le sport, mises en danger sexuelles, jeux dangereux, consommation de produits stupéfiants, violences contre

soi-même comme des auto-mutilations, violences contre autrui (l'autre servant alors de fusible grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter). Rapidement, ces conduites dissociantes deviennent de véritables addictions. Ces conduites dissociantes sont incompréhensibles et paraissent paradoxales à tout le monde (à la victime, à ses proches, aux professionnels) et sont à l'origine chez la victime de sentiments de culpabilité et d'un rejet par leurs proches et, souvent, par les professionnels qui s'en occupent. Elles sont très corrélées à la présence d'un trouble de la personnalité, en particulier *borderline*.

Chez les victimes, cette mémoire traumatique et ces conduites dissociantes vont parasiter complètement la perception de soi et mettre à mal la sensation d'évidence et de cohérence dont on a besoin pour vivre, tout va être interrogé et questionné sans fin. La mémoire traumatique fait qu'on ne peut plus compter sur aucune logique, une situation réputée sans danger va déclencher une attaque de panique, la personne que l'on aime et en qui on a normalement confiance peut soudain nous insécuriser totalement sans raison apparente, et on va ressentir le besoin de la fuir. Alors que l'on se pense plutôt pacifique, on peut se retrouver d'un seul coup envahi par des images hyperviolentes et par une rage effroyable, sans comprendre pourquoi. Alors que l'on se perçoit comme profondément romantique et fleur bleue, des images sexuelles très crues et violentes vont s'imposer dans nos pensées et l'on va ressentir une sensation d'excitation devant des images pornographiques bien que l'on déteste cela, si l'on a subi des violences sexuelles. Alors que l'on aime plus que tout son enfant, on va être envahi de façon inexplicable et très angoissante par des images de violences extrêmes où l'on se voit tuer son enfant, lui faire mal, le menacer, le jeter par la fenêtre, le violer. Alors que l'on se croit courageux et très cartésien, on va se retrouver à avoir des peurs inexplicables comme un tout petit enfant, à se sentir hypervulnérable dans des situations banales, à avoir un trac terrifiant pour un rien, à être pétrifié devant un problème tout simple. Alors que l'on voudrait être toujours gentil, on se retrouve à s'énervor horriblement pour un rien, pour une petite frustration, et à proférer des injures qui ne font normalement pas partie de son vocabulaire. Alors que l'on se croit heureux, bien dans sa tête, une immense dépression peut s'abattre brutalement sur nous, avec des idées suicidaires et une impossibilité à se projeter dans l'avenir immédiat, avec l'impression que tout est fini pour toujours, bien que rien ne semble expliquer cet état. Alors que l'on se croit sain d'esprit, on se retrouve à voir soudain des monstres, des ombres menaçantes, à entendre des voix, à sentir des objets nous pénétrer le corps, à avoir un sentiment de néantisation. Alors que l'on aime bien

manger, on se retrouve à avoir un dégoût soudain, des nausées. Alors que l'on se sait en bonne santé, on se retrouve soudain avec des douleurs fulgurantes sans causes apparentes, et des sensations de grands malaises et une impression de mort imminente.

Tout cela met les victimes dans une situation d'insécurité totale, elles ne peuvent compter sur rien, même si tout semble parfaitement calme, le pire peut arriver avec une attaque de panique et des idées terribles dans la tête. Tout peut basculer, « switcher » d'un moment à l'autre. Tout peut devenir menaçant. Elles se ressentent différentes des autres, incapables d'avancer normalement dans la vie, de tenir un cap. Elles se sentent instables, difficiles à vivre. Elles se retrouvent à devoir mettre en place des stratégies d'évitement, de contrôle, à devoir renoncer à plein de situations, à plein de projets. Elles développent une piètre image d'elles-mêmes, elles ont honte d'elles-mêmes, honte de ce qu'elles ont dans la tête, honte de ce qu'elles n'arrivent pas à faire, honte de ne pas être celle qu'elles voudraient, de ne pas être comme les autres. Elles se sentent coupables, et se retrouvent à se torturer et à se contrôler en permanence.

DISSOCIATION, TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ET SENTIMENT D'ÉTRANGÉTÉ

Les symptômes dissociatifs s'accompagneront aussi de sentiments d'irréalité, de confusion, de dépersonnalisation, avec la sensation d'être spectateur de sa vie, d'être toujours à côté des événements, et d'être totalement inadapté dans sa relation aux autres. De plus, une anesthésie émotionnelle et physique s'installera parallèlement aux symptômes dissociatifs, ce qui aggravera encore la sensation de décalage dans les relations avec les autres. Cette anesthésie émotionnelle et la dépersonnalisation qui l'accompagneront donneront à la victime un sentiment d'inauthenticité, elle aura l'impression d'être en représentation.

Pour une victime souffrant d'une mémoire traumatique qui s'alimente souvent, avec de nombreux épisodes de dissociation, il devient rapidement impossible d'être dans le ton juste et c'est excessivement douloureux et pénible. Elle se retrouve à s'observer parler, dans une distance continuelle avec elle-même. Comme il n'y a aucune réaction naturelle possible, cela l'oblige à « inventer » une posture, une réaction, un état émotionnel et à les jouer comme un acteur avec toujours le risque de sur-jouer, d'être excessive, dans l'histrionisme, ou de sous-jouer, d'être trop froide, pas assez réactive, trop déconnectée. La solution

peut être de se caler sur les autres, de les observer puis de les imiter pour arriver à être à peu près en phase. Pour ne pas se retrouver à jouer tout le temps les caméléons, comme Woody Allen dans le film *Zelig*, il faut se créer un rôle qui tienne la route malgré les effets de la dissociation et jouer la personne que l'on pense devoir être, ou la personne que nos interlocuteurs désirent trouver en face d'eux, en modélisant un personnage qui se met parfois à avoir une vie propre, avec sa cohérence, son histoire. Mais ce personnage peut correspondre de moins en moins à la victime et à son histoire, ce qui peut entraîner une succession de mensonges « logiques », avec la certitude d'être dans une totale imposture, d'être une faussaire. Ces symptômes dissociatifs sont donc à l'origine d'une grande difficulté à maintenir un semblant d'unité, et donnent l'impression de n'avoir aucune personnalité stable (personnalité *as if*), seulement des personnalités d'emprunt. Derrière tout ce jeu de scène se cachent une sensation de vide intérieur et un désespoir terrible.

Les enfants et les adolescents traumatisés, devant leur incapacité à nouer des relations normales avec les autres, développent souvent une seconde vie imaginaire dont ils ne parlent à personne, dans laquelle ils s'absorbent parfois presque totalement, avec des parents, des amis, un partenaire, un animal virtuels qui ont chacun une vie et une personnalité propres, avec un scénario complexe beaucoup plus riche en événements que leur vie réelle. Parfois, ils donnent vie et paroles à une poupée ou une peluche, ou la parole à un animal. Ces enfants donnent l'impression d'être toujours ailleurs, d'être absents.

DISSOCIATION ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ CHEZ LES PROSTITUÉES

L'anesthésie émotionnelle est dangereuse, elle coupe la victime non seulement de ses émotions spontanées, mais également de ses sensations corporelles, et ne lui permet pas de réagir comme il faudrait face à une situation à risque. Elle peut se retrouver à supporter sans réaction des violences graves, des abus de pouvoir, à supporter l'insupportable, à supporter de se sentir très mal à l'aise face à des prédateurs, face à des personnes perverses, malsaines, déséquilibrées ou dangereuses : « même pas mal ! ». Elle peut se retrouver à être la seule personne qui accepte une proposition très anormale, la seule à supporter de graves avanies, et des douleurs intenses avec un grand sourire accroché en permanence. C'est le cas des prostituées qui ont presque toutes une dissociation et

une anesthésie émotionnelle et physique importantes, et qui de ce fait ressentent peu de dégoût, de rejet et de douleur lors des rapports sexuels imposés par la situation prostitutionnelle.

En raison de ces troubles dissociatifs et de cette anesthésie émotionnelle, des mises en danger très graves peuvent avoir lieu et des atteintes physiques peuvent se développer dans une indifférence et une anosognosie (méconnaissance de son état) de la victime, mais également de tous ceux qui l'entourent, puisque le processus d'empathie est mis à mal par l'anesthésie émotionnelle. Le docteur Trinquart, qui a étudié les conséquences des rapports sexuels répétés non désirés chez les prostitués, très souvent accompagnés de violences, décrit dans le cadre de cette dissociation ce qu'elle nomme une décorporalisation ou un désinvestissement corporel, la perte de propriété de son propre corps (Trinquart, 2002).

DISSOCIATION ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

De même, les personnes sans domicile fixe développent aussi une certaine indifférence à leur condition, à la douleur, au mal-être, au froid, aux conditions de vie extrêmes, indifférence qui leur est renvoyée en miroir par le monde extérieur. On peut en arriver à la situation extrême de ceux que l'on appelait les « musulmans » dans les camps de concentration, et surtout d'extermination comme Auschwitz. Ils semblaient déjà morts, indifférents à tout, entièrement déconnectés de ce qui les entourait, ils étaient au stade ultime de l'état de stress post-traumatique et de la dissociation complète qui précède la mort. Mais sans aller jusque-là, des victimes traumatisées débordées continuellement par une souffrance intolérable peuvent se retrouver, avec une consommation de psychotropes, de drogues ou d'alcool, dans un état de dissociation quasi permanent, une sorte de coma vigile, qui les anesthésie et les rendent indifférentes à tout.

DISSOCIATION ET RISQUES DE RÉPÉTITION TRAUMATIQUE

Quand les violences sont continues, ou quand la victime est continuellement confrontée à l'agresseur (comme lors d'un inceste, de maltraitance intrafamiliale ou de violences conjugales), les symptômes dissociatifs peuvent s'installer de façon permanente, seule façon de pouvoir survivre dans des conditions extrêmes. La victime de violence se retrouve alors la plupart du temps déconnectée, « à l'ouest », « absente », « dans les nuages », perdue, désorientée, dans un état parfois stuporeux qui peut donner l'impression qu'elle est limitée intellectuellement, puisqu'elle est aréactive, incapable de se concentrer et d'être attentive à ce qui se passe autour d'elle. Les enfants victimes de maltraitance physiques ou sexuelles graves sont souvent dissociés en permanence et pouvant être à tort considérés comme déficients.

Cette absence de réaction et cette anesthésie émotionnelle permanente mettent les victimes encore plus en danger de subir des maltraitances et d'être abandonnées, l'absence d'émotions fait que l'empathie en miroir peut ne pas fonctionner du tout (Favre, 2005). Face à ces victimes dissociées, personne ne ressent spontanément d'émotion, ni n'a peur pour elles. Elles seront facilement oubliées. Comme elles ne vont pas réagir face à des violences, les agresseurs auront encore moins de limites, les violences seront encore plus répétées. Ces victimes seront souvent des boucs émissaires dans leur classe, dans les institutions, au travail. Elles pourront être les victimes de viols en réunions répétés, ou d'autant plus facilement piégées dans des réseaux de prostitution.

Les victimes dissociées sont des proies de choix pour les prédateurs. La confusion, la désorientation liées aux symptômes dissociatifs, entraînent des troubles cognitifs et des doutes continuels sur ce qui est perçu, entendu, sur ce qu'on a dit et sur ce qu'on a compris. Elles rendent la victime vulnérable, et la mettent en grande difficulté pour défendre ses convictions et ses volontés. Les victimes dissociées sont facilement influençables et « hypnotisables ». Elles fonctionnent souvent sur un mode automatique, préprogrammé. Elles n'ont aucune confiance en elles, et elles se retrouvent bien malgré elles à céder aux désirs d'autrui quand on fait pression sur elles. Le risque est grand qu'elles deviennent des victimes de choix pour des agresseurs à l'affût. Plus l'interlocuteur est dangereux, plus il réveillera chez la victime qu'il s'est choisie, une mémoire traumatique et une dissociation par des attitudes et des paroles déplacées ou incongrues, par une mise en scène de domination, et la

mettra dans un état hypnoïde qui la rendra incapable de penser, de se défendre.

Elles seront « en panne », embrouillées, totalement confuses et donc très vulnérables face à des agresseurs. Cet état d'incapacité, les victimes le penseront dû à leur stupidité, à leur infériorité ou à leur timidité maladive, alors qu'il est directement lié au déclenchement de mécanismes de sauvegarde face au danger que représente l'interlocuteur. Mécanismes qui pourraient être une bonne sonnette d'alarme, si les victimes en étaient informées. Mais au lieu de cela, cette situation de danger sera interprétée à l'avantage de l'interlocuteur pervers. Il sera souvent perçu par les victimes « hypnotisées » comme quelqu'un de supérieur et d'important, de beaucoup plus intelligent qu'elles, voire comme quelqu'un de fascinant, quelqu'un dont elles pourraient même se croire « amoureuses », du fait de ces mécanismes de dissociation.

La dissociation traumatique représente un risque de banalisation des violences. À distance des événements traumatisants, les symptômes dissociatifs feront que les violences, si elles sont mesurées à l'aune d'une échelle émotionnelle, ne paraîtront pas si graves à certaines victimes. Les violences pourront alors être banalisées, voire valorisées comme souvent les violences éducatives : « une bonne raclée n'a jamais fait de mal à personne ». L'angoisse et la détresse de départ, ressenties au début des violences, ont été oubliées et remplacées par le souvenir de la dissociation et de l'anesthésie émotionnelle qui ont suivi la disjonction. Souvent lors d'un premier entretien psychothérapique, lorsque l'on demande à un patient qui vient avec une grande souffrance et de nombreux symptômes anxio-dépressifs « comment votre enfance s'est-elle passée ? », le patient répond « sans problème », ou même il peut nous dire « très bien, c'était une enfance de rêve, très heureuse », et on apprendra par la suite un passé de grande maltraitance avec des violences physiques et/ou sexuelles, et de graves négligences. Le patient ne voulait pas nous cacher des faits, il ne les avait pas non plus oubliés, mais la gravité de ces faits était ressentie en fonction de ses souvenirs émotionnels, l'anesthésie étant prise pour argent comptant. Tout ce qu'il avait pu vivre lui paraissait banal, pas si grave, sans conséquence. Et aucun lien ne pouvait être fait entre son mal-être d'adulte et son calvaire d'enfant.

LA DISSOCIATION ET SON RÔLE DANS LES VIOLENCES INSTITUTIONNELLES

L'anesthésie émotionnelle liée à la dissociation traumatique reste un phénomène méconnu des victimes comme de beaucoup de professionnels chargés de les prendre en charge. Face aux femmes victimes de violences conjugales, face aux jeunes victimes de violences sexuelles, les professionnels du secteur médico-social, les policiers ou les gendarmes se trouvent confrontés avec malaise à des discours discordants de la part de certaines victimes dissociées qui racontent avec détachement les violences graves qu'elles subissent, en essayant de nous convaincre qu'elles en ont l'habitude et qu'elles peuvent bien continuer à supporter cette situation. Elles sont solides, rien ne les atteint, nous assurent-elles. Parfois même, des victimes de violences conjugales nous affirment que ce ne sera pas grave si elles sont tuées. En revanche, la majorité considère que pour leurs enfants ce n'est pas la même chose, que là c'est grave, et qu'ils n'ont pas à subir cela. D'autres seront tout aussi anesthésiées pour leurs enfants que pour elles-mêmes, incapables de ressentir le danger, de se rendre compte à quel point les enfants peuvent être perturbés, en ne se fiant qu'à leurs réactions émotionnelles anesthésiées pour juger de la situation. En tant que proches ou professionnels il ne faut pas se méprendre sur l'apparente « bonne réaction » des victimes, celles qui semblent les moins touchées, les moins perturbées, les plus calmes, les moins angoissées, ne sont pas forcément celles qui ont le moins de conséquences psychotraumatiques : elles peuvent être dans un profond état de dissociation et d'anesthésie émotionnelle et avoir encore plus besoin de soins. Les professionnels doivent en être avertis.

En miroir, les proches ou les professionnels, peuvent également ne rien ressentir émotionnellement face à des situations pourtant dramatiques, le processus empathique étant en panne du fait de l'anesthésie émotionnelle de la victime. Ce n'est souvent qu'intellectuellement, parce qu'ils sont conscients de ce phénomène, qu'ils pourront reconstruire des émotions adéquates pour bien prendre en charge ces victimes. De plus, en fonction de leur passé traumatique, certains professionnels peuvent se dissocier en écoutant des récits de violences qui, par association avec des événements de leur passé re-déclenchent leur mémoire traumatique. Dans certains cas, les violences subies par les victimes sont tellement inouïes et atroces, que le récit en est directement traumatisant. Si les professionnels ne sont pas conscients de ces risques, s'ils n'ont pas une bonne connaissance de leur passé traumatique et des répercussions qu'il peut avoir sur leur capacité relationnelle et professionnelle, s'ils n'ont pas développé une

capacité à identifier puis à moduler ou éteindre leur réponse émotionnelle, ils peuvent décompenser et être eux-mêmes traumatisés (traumatisme vicariant), ils peuvent également avoir des réactions tout à fait inadaptées qui peuvent être maltraitantes, dangereuses et même s'apparenter à une non-assistance à personne en danger. Ils sont alors envahis, devant ces victimes de violences, par des angoisses non maîtrisées, une irritabilité, voire une agressivité, avec un manque d'empathie et de bienveillance, ils rejettent la victime, ou bien ils réagissent par de la confusion voire de la sidération, et même par une banalisation des faits de violences (avec des commentaires malheureusement fréquents tels que : « ce n'est pas si grave ! », « ce sont des jeux d'enfants », « il ne s'est pas rendu compte », « vous avez dû mal comprendre », etc.), ou par de l'indifférence (liés à la dissociation et à l'anesthésie émotionnelle). Ces situations aboutissent souvent à une absence de reconnaissance et d'identification des violences et du danger couru par la victime, qui ne seront pas dénoncés ni pris en charge. Et ces professionnels censés accompagner, protéger et soigner la victime, vont l'abandonner et parfois lui faire subir de nouvelles violences. Les risques de maltraitances institutionnelles sont particulièrement importants pour des enfants traumatisés, les personnes handicapées et les personnes âgées ayant des antécédents de maltraitance et de violences sexuelles dans leur passé.

LA DISSOCIATION ET LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

En effet, quand elles deviennent âgées (ou lors de lourds handicaps), les victimes de violences sexuelles vont se retrouver en grande difficulté pour gérer leur mémoire traumatique. Les situations de dépendance, la perte d'autonomie et d'intimité, les troubles cognitifs, les pertes de repères et les grands changements (décès du conjoint, hospitalisation, placement) vont à la fois bouleverser et empêcher les stratégies de survie habituelles, et représenter un risque important d'allumage de la mémoire traumatique. La mémoire traumatique peut devenir envahissante (particulièrement lors des soins corporels) et impossible à contrôler, les personnes âgées peuvent alors vivre de nombreuses situations comme des agressions en s'y opposant avec des attaques de panique, des crises d'agitation, des états dissociatifs, des pertes de repères temporo-spatiaux. La mémoire traumatique va prendre la forme d'hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques. Pour tenter d'anesthésier émotionnellement

cette mémoire traumatique intolérable, replonger dans le scénario des violences et le reproduire en tant que victime ou agresseur sont des conduites dissociantes efficaces pour faire disjoncter le circuit émotionnel. Les personnes âgées peuvent alors développer des « délires » de persécution et mettre en scène les violences subies et des « pseudo-démences » avec des altérations cognitives. Elles peuvent également s'auto-agresser et se mettre en danger, ou devenir violentes vis-à-vis d'autrui en tenant des propos violents et obscènes accompagnés ou non de passages à l'acte agressifs.

LA DISSOCIATION DANS LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ CHEZ LES AGRESSEURS

Les agresseurs sont également aux prises avec une dissociation et une anesthésie émotionnelle, mais ils vont utiliser ces symptômes très différemment, comme des « atouts », au service de leur intérêt et de leur domination. La violence est pour l'agresseur une drogue anesthésiante et il instrumentalise les victimes dans le but d'obtenir une anesthésie émotionnelle. Cette anesthésie émotionnelle va être ensuite utilisée comme outil de prédation. Elle leur permet de mettre intentionnellement en scène des personnages très efficaces pour tromper leurs victimes et leurs proches, dans un jeu subtil et convaincant, ils se transforment au gré des nécessités : d'un côté, en voisin aimable, en professionnel impressionnant, en père idéal, et, de l'autre, en dictateur impitoyable, monstre implacable, grand pervers sexuel, fou furieux, etc. ; ou bien : en amie parfaite, en professionnelle tellement dévouée, en mère admirable côté « rue », pour la vitrine, et, d'un autre côté, en une femme sans scrupule, sans pitié, qui n'hésite pas à manipuler, trahir, agresser, maltraiter ses enfants. Toutes ces mises en scène sont des mensonges, les victimes seront totalement désorientées par ces allers-retours entre la personne la plus gentille qui soit à certains moments, et la personne la plus horrible qui soit à d'autres moments. L'anesthésie émotionnelle rend l'instrumentalisation d'autrui et les agressions beaucoup plus faciles pour ces agresseurs, car il n'y a aucun risque de dégoût ou de culpabilité face aux violences, ni de compassion ou d'empathie encombrantes face aux victimes, tous facteurs qui pourraient limiter les violences. L'agresseur est insensibilisé, il peut agir sans entrave. De même, la préparation minutieuse, parfois très à l'avance, des passages à l'acte violents est-elle déjà en soi génératrice de disjonction, de dissociation et d'une anesthésie émotionnelle qui facilitera la réalisation des agressions

(c'est particulièrement vrai pour les tueurs et les violeurs en série). Cela explique que même après des actes extrêmement graves, violents et répétés dans la durée, comme lors de guerres ou de violences d'État, associés à des actes de barbarie, des viols systématiques, des tortures, des massacres ou des génocides, les grands criminels de guerre, les tortionnaires continuent à n'avoir aucun remords et à ne pas se sentir coupables des années, voire des dizaines d'années après les faits. Ils ont dans la tête suffisamment d'atrocités en réserve pour alimenter une disjonction et une anesthésie émotionnelle en continu.

PRISE EN CHARGE DE LA DISSOCIATION DANS LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Le dépistage systématique des violences chez les patients, l'identification des troubles psychotraumatiques, le repérage des expressions de la mémoire traumatique et des troubles dissociatifs sont essentiels pour prendre en charge les victimes de violences de façon adaptée et efficace. De nombreuses prises en charges psychothérapiques et à médiation corporelle seront efficaces, à condition qu'elles soient centrées sur les violences et sur un travail de désamorçage de la mémoire traumatique, de reconnexion corporelle, de recorporalisation pour que les personnes traumatisées retrouvent un fonctionnement psychique, une vie émotionnelle et relationnelle, un schéma corporel libérés des violences, des souffrances, et des mises en scène des agresseurs, pour qu'elles puissent se réinvestir, ré-habiter leur pensée, leurs émotions et leur corps.

Le but de la prise en charge psychothérapique est de ne jamais renoncer à tout comprendre, ni à redonner du sens. Tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, réaction, sensation incongrue doivent être disséqués pour les relier à leur origine, les éclairer par des liens qui permettent de les mettre en perspective avec les violences subies (van der Hart, 1992). Par exemple, une odeur qui donne un malaise et envie de vomir se rapporte à une odeur de l'agresseur, une douleur qui fait paniquer se rapporte à une douleur ressentie lors de l'agression, un bruit qui paraît intolérable et angoissant est un bruit entendu lors des violences comme un bruit de pluie s'il pleuvait, une heure de la journée peut être systématiquement angoissante ou peut entraîner une prise d'alcool, des conduites boulimiques, des raptus suicidaires, des auto-mutilations s'il s'agit de l'heure de l'agression, une sensation d'irritation, de chatouillement ou d'échauffement au niveau des

organes génitaux survenant de façon totalement inadaptée dans certaines situations peut se rapporter aux attouchements subis, des « fantasmes sexuels » violents, très dérangeants dont on ne veut pas, mais qui s'imposent dans notre tête ne sont que des réminiscences traumatiques des viols ou des agressions sexuelles subies...

Rapidement, ce travail se fait presque automatiquement et permet de sécuriser le terrain psychique, car lors de l'allumage de la mémoire traumatique le cortex pourra désormais contrôler la réponse émotionnelle et apaiser la détresse, sans avoir recours à une disjonction spontanée ou provoquée par des conduites dissociantes à risques. Il s'agit, pour le patient, de devenir expert en « déminage » et de poursuivre le travail seul, les conduites dissociantes n'étant plus nécessaires et la mémoire traumatique se déchargeant de plus en plus, la sensation de danger permanent s'apaise et petit à petit il devient possible de sortir de la dissociation, de se décoloniser de la mémoire traumatique, de retrouver sa cohérence, et d'arrêter de survivre pour vivre enfin en étant enfin lui-même. Avec ce processus, disparaît en parallèle le trouble de la personnalité.

BIBLIOGRAPHIE

FAVRE D. *et al.* (2005). « Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions », *Enfance*, 4 (vol. 57), 363-382.

LEDOUX J. et MULLER J. (1997). « Emotional memory and psychopathology », *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 352, 1719-1726.

NEMEROFF C.B., DOUGLAS J., BREMNER, FOA E. B., MAYBERG H.S., NORTH C.S., STEIN M.B. (2009). « Post-traumatic Stress Disorder : A State-of-the-Science Review Influential Publications », *American Psychiatric Association*, 7, 254-273.

RAUCH S.L., SHIN L.M., PHELPS E.A. (2006). « Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction : human neuroimaging research – past, present, and future », *Biol. Psychiatry*, 60, 376-382.

SALMONA M. (2008). « La mémoire traumatique », in Kédia M, Sabouraud-Seguin A. (éd.). *L'aide-mémoire en psychotraumatologie*, Paris, Dunod.

SALMONA M. (2012). « Mémoire traumatique et conduites dissociantes », in Coutanceau R., Smith J., *Traumas et résilience*, Paris, Dunod,

SALMONA M. (2013). « L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre », in *La Revue de santé scolaire et universitaire* 6, Elsevier.

SALMONA M. (2013). *Le Livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod.

TRINQUART J. (2002). *La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès des soins*, thèse de doctorat en médecine, Paris, téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org.

VAN DER HART O. *et al.* (2010). *Le Soi hanté*, Paris, De Boeck.

VAN DER HART O., FRIEDMAN B. (1992). « Trauma, dissociation and trigger : Their role in treatment and emergency psychiatry », in *Emergency Psychiatry Today*, Amsterdam, Elsevier, 137-142

VAN DER KOLK BA., MCFARLANE AC., WEISAETH L. (2006). *Traumatic*

Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society, New York, The Guilford Press.

YEHUDA R., LEDOUX J. (2007). « Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD », *Neuron*, 56, oct. 4, 19-32.

Chapitre 30

Troubles de la personnalité et psychothérapie en contexte de deuil

Hélène Romano

LA QUESTION DU TRAITEMENT DU DEUIL auprès de personnes présentant des troubles de la personnalité nous confronte à des difficultés spécifiques. Nous proposons, à partir de notre expérience clinique, de présenter les spécificités de ce type de prise en charge, les questions posées par rapport au cadre thérapeutique habituel et les perspectives possibles.

INTRODUCTION

De multiples études discutent actuellement de la pertinence des psychothérapies auprès de personnes présentant des troubles de la personnalité, en particulier pour celles présentant des troubles de la personnalité limite. Mais les données restent très limitées sur les prises en charge thérapeutiques de ces patients suite à un deuil. Le diagnostic de troubles de la personnalité peut être difficile à établir car ces troubles nécessitent de considérer plusieurs aspects. Cela nous conduit en particulier à distinguer des traits de personnalité habituels de troubles apparaissant de façon réactionnelle à une situation bouleversante, telle que la confrontation à un événement traumatique ou à un deuil. Face au deuil, la difficulté pour

le thérapeute sera de repérer si les troubles présentés sont réactionnels à cette situation de perte ou s'ils lui préexistaient et sont renforcés par l'épreuve du deuil.

DU DEUIL « NORMAL » AU DEUIL PATHOLOGIQUE

Le deuil, en tant que réaction psychologique, est défini de façon assez large comme « la réaction habituelle à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, un idéal, la liberté, etc. » (Freud, 1915). La réaction émotionnelle face la perte mène au travail de deuil, processus psychique qui vise l'intégration progressive de la disparition de l'être cher (Bowlby, 1969). L'histoire individuelle, le contexte du décès, l'histoire familiale, les repères culturels et religieux, la qualité des soutiens manifestés suite au décès et tout au long du deuil, participent à faciliter ou non ce travail de deuil. La plupart des auteurs font référence à différents stades spécifiques repérés dans nos sociétés occidentales : l'état de choc, l'état dépressif, la période d'adaptation et de rétablissement ; nous préciserons, ici, que ces représentations sont ethnocentrées (Baubet et Moro, 2003). Si chaque sujet reste singulier dans son rapport à la mort et dans la façon de vivre son deuil ; si le deuil reste « un des plus grands traumatismes de toute existence » (Hanus, 2010), cette expérience universelle n'est pas, en soi, pathologique. Dans le deuil simple, si les qualités de lien que vit le sujet sont bonnes et conservées, la sortie du deuil se fera normalement. Si c'est le lien lui-même qui se perd, l'objet ne peut plus se reconstruire, puisqu'il n'existe qu'à travers ce lien et c'est alors le risque de troubles. Dans de rares cas (5 %), le travail de deuil est ainsi en impasse et peut conduire à de réelles pathologies s'exprimant par des deuils compliqués ou des deuils pathologiques (Jacobs, 1999 ; Prigerson *et al.*, 1995, 1999 ; Bacqué *et al.*, 2000 ; Hanus, 1998).

PSYCHOTHÉRAPIE DES PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET ENDEUILLÉES

La prise en charge de patients présentant des troubles de la personnalité endeuillés peut rapidement créer une confusion pour le clinicien, entre troubles antérieurs et troubles réactionnels. Pour illustrer notre

propos, nous citerons le suivi d'une femme de quarante ans, que nous appellerons M^{me} D.

**Troubles de la personnalité endeuillés :
le cas de M^{me} D.**

Elle prend rendez-vous plus de quatre ans après le décès de son mari et de son fils (âgé de onze ans), disparus dans l'incendie du tunnel du Mont-Blanc, survenu le 24 mars 1999 (trente-neuf personnes décédées avec impossibilité de restituer totalement les corps compte tenu de la violence de l'incendie). Elle nous explique « avoir essayé de s'en sortir toute seule, mais ne plus y arriver [...] Je n'ai qu'une envie : rejoindre mon mari et mon fils, mais il y a ma fille [10 ans] et je dois rester pour elle. Je ne parviens plus à m'en occuper ; je n'arrive pas aller vers la vie ; ma vie à moi s'est arrêtée dans ce tunnel ».

Sa demande de prise en charge psychothérapeutique s'inscrit dans un contexte de deuil traumatique majeur (Bacqué, 2003) renforcé par la dimension que nous qualifierons de « deuil médiatique » en raison de la pression médiatique subie par les familles lors de l'accident. Lors du premier entretien, le tableau clinique qu'elle présente est édifiant :

- *une dépression majeure* semblant s'aggraver inexorablement et se manifestant par une perte d'estime d'elle-même et la certitude de ne pas être en capacité d'aimer et d'être aimée. S'associe à cet état, une altération générale de sa santé avec des troubles du sommeil entraînant une fatigue constante ;
- *un manque total d'autonomie, une dépréciation de soi, une culpabilité envahissante et un négativisme permanent* : elle s'attribue la responsabilité de l'accident (« j'aurais dû leur dire de ne pas aller grimper en Italie ») et est submergée par un inélaborable sentiment d'impuissance ; elle se dévalorise systématiquement et vit dans la crainte constante du « qu'en dira-t-on » et s'interdit toute prise d'initiative ;
- *des troubles post-traumatiques* avec des reviviscences sensorielles envahissantes : « Je suis prise dans ma tête par les images des secours et ces heures passées à attendre et à espérer [...] J'ai cette odeur de brûlé qui reste en moi, inscrite au plus profond de chaque pore de ma peau. [...] Dès que j'entends la sirène des pompiers dans la rue, c'est comme si je me retrouvais dans le cauchemar devant le tunnel, c'est horrible... » ;
- *des pensées suicidaires* : « Je voudrais mourir, pour ne plus vivre et ne plus souffrir de l'absence de mon mari et de mon petit garçon. La

seule chose qui me retienne, c'est ma fille ; sinon il y a longtemps que je les aurais retrouvés » ;

- *un déni face à la réalité de la mort* : « Je ne peux pas croire qu'ils soient morts dans cette fournaise. J'espère toujours qu'il [son mari] m'appelle d'Italie où il était parti grimper avec mon fils. » Ce déni est renforcé par l'impossibilité d'avoir pu se recueillir près des corps (réduits à l'état de cendres en raison de la puissance du feu, aucune reconnaissance n'a été possible). « Si au moins j'avais pu les voir, j'aurais pu faire mon deuil [...] je ne vais pas au cimetière car je n'arrive pas à me dire qu'ils sont là ; mais je vais toujours devant le monument d'hommage qui a été construit devant le tunnel. C'est là qu'ils sont partis, c'est là que je les attends. » Ce déni de la perte de son fils et de son mari, résiste au prix du clivage du Moi qui lui rend inaccessible la mobilisation d'autres ressources ;
- *un retrait social et un refus de toute socialisation* : « Après l'accident, tout le monde a été très présent et attentif, mais maintenant j'ai l'impression qu'on dérange [...] On fait peur, car on est comme des fantômes qui rappellent en permanence la réalité de ce drame. » Le quotidien ne l'intéresse plus, et le blocage de ses capacités d'intégration de la perte lui donne l'impression ne plus être comprise et l'isole du monde extérieur.

Le tableau clinique de M^{me} D. présente les indicateurs d'un deuil compliqué : plus de quatre ans après la perte de son mari et de son fils, sa souffrance s'exprime intensément avec un réel blocage dans le travail de deuil et la manifestation de troubles de la personnalité. Mais une des premières questions qui se pose à nous est de savoir si ces troubles sont réactionnels à la situation de deuil, ou s'ils s'inscrivent dans une structure de personnalité déjà fragile, antérieurement à la perte de son mari et de son fils. Sa prise en charge et ce qu'elle pourra nous dire de sa vie d'avant, nous amèneront à confirmer l'hypothèse de troubles de la personnalité antérieurs au deuil.

Sa psychothérapie s'inscrit parallèlement à un suivi médical par un psychiatre. S'il y a urgence à prendre en charge la dimension symptomatique, il nous faut aussi comprendre que celle-ci peut faire écran, bloquer ses ressources élaboratives et rendre inaccessible la problématique de fond constituée par la structure de sa personnalité. Cet événement traumatique a un double impact : la violence de la réalité externe que représente la mort de son mari et de son fils et l'impasse au niveau intrasubjectif, liée à l'état d'agonie psychique où elle se trouve. Cet impact traumatogène est intimement lié aux ressources

antérieures et aux conséquences des répercussions internes et externes de ce deuil. L'objectif du travail thérapeutique est de permettre la restauration du processus du deuil, mais cela n'est possible que par la compréhension psychodynamique des manifestations présentées, en lien avec la personnalité de cette patiente.

Dans un premier temps, M^{me} D. ne parvient pas à évoquer des moments du passé avec son fils et son mari. Il y a une sidération mnésique qui lui interdit tout accès à cette période. Aucun travail de liaison n'est possible, toute symbolisation qui aurait permis une élaboration psychique et une mise en récit, est vouée à l'échec. Chaque tentative d'évocation conduit à un effondrement émotionnel qui n'autorise, au début de la prise en charge, aucun travail d'élaboration et de traitement mental de ses affects. En contexte de deuil traumatique, il est fréquent que l'intensité de la décharge des affects de déplaisir déborde totalement les capacités réflexives des endeuillés. La mort réactualise les dangers de l'ambivalence du fait que l'objet réel, extérieur, n'est plus là pour médiatiser, ce qui rend nécessaire le renforcement des mesures défensives. En tentant de maintenir à distance l'excès de souffrance, le moi n'a ainsi d'autres recours que la mise en place de défenses pour tenter de réguler ses affects. Mais ce processus, très coûteux psychiquement, interfère sur la dynamique du deuil et les défenses rendent impossible l'élaboration des registres de conflictualité auxquels ils sont liés. L'objectif de la thérapie est, dans un premier temps, de respecter ces défenses indispensables à la survie du moi de M^{me} D, pour les rendre peu à peu inopérantes en autorisant une libération émotionnelle progressive et la réorganisation du lien avec ses proches décédés.

M^{me} D. semble avoir présenté avant le drame ayant conduit à la mort de son mari et de son fils, une personnalité évitante. Elle décrit son hypersensibilité aux propos de son entourage, des attitudes de disqualification constante, renforcées par « les remarques que ne cessait de faire [s]on mari ». Très dépendante de son conjoint, elle s'est retrouvée après son décès, « seule au monde » et incapable de trouver l'autonomie nécessaire. La mort est venue rompre une relation dont le conflit semble avoir été l'un des moteurs du maintien du lien au sein du couple. Le travail de deuil conduit à d'inévitables réactivations de processus identificatoires, des sentiments ambivalents de Madame D. à l'égard de son mari et des sentiments inconscients de culpabilité. L'agressivité qu'elle ressentait à l'égard de son conjoint lorsqu'ils vivaient ensemble et qui était contenue par le mode relationnel existant avec son mari, s'est trouvée libérée suite à son décès. Mais M^{me} D. est en incapacité de l'exprimer et de s'autoriser à la ressentir ; ses réactions défensives

la conduisent à retourner contre elle cette agressivité en se chargeant de toute la culpabilité possible. Face à l'intensité de sa douleur, elle se protège derrière des mouvements défensifs massifs qui tendent à maintenir un lien avec l'objet tyrannique disparu, tout en évitant la dissolution du moi. Ses troubles de la personnalité, antérieurs au deuil, en particulier ses difficultés affectives et ses compétences relationnelles limitées, se trouvent ainsi majorés par l'épreuve de cette double perte. Le processus de deuil est ici en souffrance car la fixation traumatique à cet événement et ses troubles de la personnalité antérieurs interdisent toute réflexivité. Les autoaccusations ne sont reliées qu'aux facteurs externes de la perte, sans qu'elle parvienne à les relier à la dynamique fantasmatique inconsciente non résolue, qui va les amplifier, faute pour elle de pouvoir les analyser. La culpabilité inconsciente exprimée par de fortes motions destructrices et la haine libérée suite à la perte de l'objet se retournent contre elle-même, mais aussi contre le cadre thérapeutique et la thérapeute : « ça ne sert à rien », « vous êtes comme les autres, incapable de me comprendre ».

DISCUSSION

La prise en charge psychothérapeutique de patients avec des troubles de la personnalité est reconnue comme particulièrement complexe (Cailhol *et al.*, 2010 ; Bessette, 2010). Ces sujets sont déjà, du fait de leurs troubles, souvent désorientés face à l'autre ; ils se sentent facilement critiqués, agressés, voire persécutés dès qu'ils sont en situation relationnelle. Ces sujets ont également souvent des difficultés à mentaliser leurs ressentis et leurs affects, à maintenir des représentations de soi, de l'autre et des situations qui soient nuancées. Ils sont en difficultés pour repérer et intégrer des aspects frustrants et gratifiants, positifs et négatifs. Ils s'expriment rarement spontanément sur ce qu'ils ressentent par crainte du regard de l'autre (peur d'être jugés, rejetés). Ils ont besoin d'être rassurés constamment, valorisés et encouragés. Leur méfiance et leur perte de confiance vis-à-vis du monde extérieur sont à la hauteur de leur détresse personnelle et ces patients peuvent tout mettre en œuvre pour être rejetés.

Il n'est pas de personnalité et de structure psychique sans lien à soi-même et sans lien à l'autre, passé ou présent. Ce qui permet de comprendre que le processus de deuil est inévitablement engagé en fonction de la nature des liens qu'il vient rompre. C'est dans l'avant du deuil que vont se repérer les axes qui conduisent au deuil pathologique.

Qu'elle qu'ait été la personnalité antérieure de l'endeuillé, quelles que soient les conséquences psychopathologiques, nous faisons l'hypothèse que c'est à travers la restauration de l'altérité que le chemin de restauration psychique passera. Ce que nous constatons lors de la prise en charge de personnes présentant des troubles de la personnalité, c'est bien souvent l'aggravation de leurs troubles suite au deuil : la situation de deuil conduit à une perte de repères et de croyances qui renforce la dépendance de personnes déjà peu autonomes ; la confrontation à des morts violentes amène les endeuillés à développer des attitudes d'hypervigilance face au risque de possible autre catastrophe à venir et ces défenses sont d'autant plus rigides qu'elles existaient déjà au préalable ; les personnalités obsessionnelles-compulsives tentent encore davantage de contrôler le monde extérieur par des réactions de défense rigides et compulsives ; la méfiance et la conviction que leur entourage est chargé d'intention malveillante, sont confortées chez les personnalités paranoïaques dans les cas où les procédures judiciaires et les démarches administratives les confrontent à des logiques qui leur échappent et qui ne leur permettent pas de comprendre la cause de la mort de leur proche, etc.

Cette spécificité du mode relationnel des patients présentant des troubles de la personnalité permet de comprendre qu'il est plus que nécessaire d'ajuster le cadre thérapeutique. Nous leur proposons une psychothérapie d'orientation psychodynamique et travaillons avec cette notion d'empathie métaphorisante décrite par Serge Lebovici (2002) qui consiste à utiliser comme leviers thérapeutiques le propre ressenti du thérapeute. Autrement dit, dans cette approche centrée sur le sujet, le thérapeute travaille en étant en connexion empathique au patient et à la souffrance qu'il manifeste. Il s'agit dans un premier temps d'utiliser nos propres capacités empathiques pour réanimer les capacités représentationnelles du préconscient du patient. Ce premier temps nous conduit à offrir une écoute bien différente de l'attitude analytique classique. Il s'agit de proposer au patient de décrire ce qu'il peut et veut décrire, pour envisager la mise en récit. La verbalisation est proposée, jamais imposée, sans chercher à induire la réactivation d'un temps précis. « Pouvez-vous me dire... racontez-moi... » Certains patients débutent en parlant du temps de l'annonce, d'autres du moment des funérailles ou de ce qu'ils vivent actuellement. Il ne s'agit pas de leur demander une narration chronologique, mais de leur permettre de raconter le plus librement possible, leur histoire traumatique, même si celle-ci peut paraître confuse et lacunaire. Il s'agit de donner la parole dans un climat d'écoute empathique où les affects pourront s'exprimer en étant contenus avec cette perspective de ne pas partir du trauma pour tenter de l'inscrire

dans leur histoire, mais de partir de leur histoire pour intégrer le trauma dans la chaîne réflexive qui leur donnera accès à la mise en sens de ce qu'ils ont vécu.

Ce n'est pas la simple verbalisation de son expérience par un récit factuel des événements qui permet au patient de se dégager de la dimension traumatogène des faits. Il s'agit au contraire de lui faire énoncer l'expérience traumatique dans une parole inaugurale où il n'a pas encore identifié, pensé, élaboré, ce qu'il va expliquer. L'écoute thérapeutique engage le patient dans la réalité et la mise en mots donne accès à la mise en récit et c'est à partir de ces fragments du discours que le travail thérapeutique peut se mettre en place par la restauration du travail psychique et la nécessaire réappropriation du trauma par le patient.

Cette approche interdit toute position attentiste du thérapeute qui consisterait à attendre, silencieusement, que le patient s'exprime (Sussman, 1992). Le silence du thérapeute réactive inévitablement la violence de la perte avec un profond sentiment d'abandon et d'incompréhension. Chez des patients souffrant de troubles de la personnalité déjà marqués par une instabilité relationnelle et identitaire, il est inévitablement vécu de façon persécutive et interprété comme une preuve de démission, de manque d'intérêt, voire de rejet. Le thérapeute doit donc accepter d'aller vers lui et d'intervenir en exposant la compréhension qu'il a de ce que lui dit et lui montre le patient. Cette approche permet une co-construction qui veille à un ajustement constant aux limites et aux possibilités de patients méfiants et suspicieux. Dans ces situations où se cumulent les effets du deuil et des troubles de la personnalité antérieure, il est important que le thérapeute puisse dès les premiers temps de la prise en charge repérer le fonctionnement psychique actuel du patient et faire des hypothèses sur son organisation préalable et sur l'évolution possible entre troubles actuels et troubles passés. Le temps du deuil est un temps où les évolutions peuvent être multiples et, plus qu'un autre, il nous rappelle l'importance de ne pas stigmatiser et condamner définitivement les sujets dans une petite case diagnostique. La prise en charge est à penser dans un continuum intégrant sa vie d'avant, l'événement dramatique et le temps d'après.

Le second temps nécessite d'accompagner le patient pour qu'il puisse se dégager progressivement de la dimension traumatogène de ce qu'il a vécu. Les éléments traumatiques font obstacles au travail de deuil non seulement au niveau des identifications, de la remémoration mais aussi de l'élaboration des sentiments de culpabilité. Le processus de deuil doit permettre un travail de restauration du moi et pas uniquement de la réalité.

Cela peut se faire à travers des formulations de questions hypothétiques qui permettent au patient de témoigner de ses croyances et de comprendre les enjeux des théories qu'il a mises en œuvre. Par exemple : « Si vous étiez amené à croire que c'était réellement un accident, plutôt que de dire "c'est de votre faute", qu'est-ce qui serait différent ? » La rédaction de lettres thérapeutiques peut aussi être utile ; tout comme la mobilisation de facteurs protecteurs par le repérage des ressources dans son entourage et son environnement.

Le décryptage de ses théories et le travail autour des croyances négatives et invalidantes du sujet en croyances plus positives, lui permettent d'accéder à ce qui a fait écran au processus de deuil et lui permet de prendre conscience de son mode de fonctionnement antérieur. Il parvient à prendre conscience de son mode de fonctionnement passé et présent (il devient capable de comprendre son état émotif, de repérer des éléments déclencheurs de ses difficultés). Cela permet d'envisager un possible dégagement du patient de son aliénation au trauma et une évolution de ses troubles de la personnalité. C'est un temps d'apaisement du moi, car l'irreprésentable peut être pensé, décrypté, mis en sens, ce qui contient la culpabilité et apaise la blessure narcissique. Le patient, restitué dans sa position de sujet, peut reprendre le contrôle sur ses pensées, le thérapeute peut le rassurer sur ce qu'il peut ressentir. Mais c'est aussi un temps d'équilibre fragile où le patient doit renoncer à ses défenses pour se confronter à ce qui fait sa souffrance. Le sujet souffrant de troubles de la personnalité peut ici exprimer une intensité affective qui désorganise ses capacités de mentalisation et conduit à des remises en cause constantes du cadre thérapeutique. Lorsque la réalité de la mort finit par être supportée, comprise et élaborée, le travail analytique traditionnel peut s'envisager, en particulier par l'analyse des conflits de désir et de levée des refoulements et clivages fonctionnels (Marmar *et al.*, 1988 ; Horowitz, 1990 ; Bayle, 1984 ; Debray, 1990). Les patients peuvent alors avoir suffisamment de ressources psychiques pour se confronter à leurs difficultés personnelles, antérieures à la mort de leur proche. Pour exemple, M^{me} D. parviendra à formuler sa souffrance avec des regrets légitimes, mais sans l'expression d'autoaccusations destructrices et évoluera dans son mode relationnel avec l'extérieur.

DE L'IMPORTANCE POUR LE THÉRAPEUTE DE GÉRER LE CONTRE-TRANSFERT

S'engager dans des psychothérapies de personnes endeuillées et présentant au préalable des troubles de la personnalité n'est pas simple et explique probablement l'absence de publication sur ce sujet spécifique. Face à des patients instables, insécures, impulsifs et endeuillés, ces prises en charge sont longues, éprouvantes, chaotiques, émotionnellement intenses et certaines fois bouleversantes, non seulement pour le patient mais également pour le thérapeute. C'est la qualité du lien qui permet la différenciation entre sujet et objet, lorsque ce lien est en souffrance ou qu'il disparaît, c'est la différenciation elle-même qui disparaît, il n'existe alors plus ni sujet ni objet ; d'où une grande confusion dans la relation au patient souffrant de troubles de la personnalité et endeuillé. L'intervenant se doit de contenir le vécu émotionnel du sujet en respectant les défenses manifestées, sous peine de lui proposer une écoute vide de sens. Être confronté aux morcellements identitaires d'un patient tout autant qu'au récit traumatique de son histoire, n'est pas sans conséquence. L'expression d'affects intenses fait de ces situations des temps où la dynamique relationnelle entre le patient et le thérapeute peut être déstructurée, voire déstructurante. La moindre réaction négative du thérapeute peut renforcer chez le patient le vécu d'étrangeté et sa certitude que ce qu'il a vécu est bien irréprésentable ; ce qui interroge inévitablement le lien de confiance et met en danger la suite de la prise en charge. Ces suivis nécessitent une régulation émotionnelle du contre-transfert pour ne pas que le thérapeute soit débordé par la violence des affects exprimés et à son tour déstructuré par les troubles du patient (Masterson, 1980 ; Clarkin *et al.*, 2007 ; Bateman et Fonagy, 2009 ; Bessette, 2010). Limiter les risques des impasses thérapeutiques dans ce type de prise en charge, c'est aussi accepter de ne pas être le seul intervenant et de proposer au patient des interventions multimodales associant par exemple des temps de prises en charge thérapeutiques individuelles, des temps d'approche systémique, des techniques cognitivo-comportementales et la mise en place d'espace de soutien *via* des groupes de soutien.

CONCLUSION

Notre expérience clinique nous amène à constater que ces suivis sont loin d'être codifiés et standardisés. Nous souhaitons aussi rappeler que la seule bonne volonté n'est pas un gage de compétences cliniques : la rencontre et le soutien thérapeutique aux personnes endeuillées nécessitent des connaissances cliniques et pratiques pour ne pas survictimiser les patients. L'objectif étant d'apporter à chaque patient la réponse la plus adaptée à sa situation du moment, pour lui permettre de faire de son deuil un temps de créativité psychique et de résolution de ses souffrances et de ses difficultés passées et présentes.

BIBLIOGRAPHIE

- CAILHOL L., BOUCHARD S., BEL-KADI A. *et al.* (2010). « Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie avec des patients avec troubles de personnalité limite », *Annales médico-psychologiques*, 168, 435-439.
- BACQUÉ M. F., HANUS M. (2000). *Le Deuil*, Paris, PUF.
- BACQUÉ M. F. (2003). « Deuil post-traumatique et catastrophes naturelles », *Études sur la mort*, 123, 111-130.
- BAUBET T., MORO M. R. *et al.* (2003). *Soigner malgré tout. Trauma, culture et soins*, Grenoble, La Pensée sauvage.
- BESSETTE M. (2010). « Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du patient », *Santé mentale au Québec*, XXXV, 2, 87-116.
- BOWLBY J. (1969). *Attachment and Loss* (Attachment, vol. 1), Londres, Hoarth.
- DEBRAY R. (1990). « Quand trop de fragilité fige la remémoration », *Revue française de psychanalyse*, vol. 54, n° 4, 931-945.
- JACOBS S. (1999). *Traumatic grief. Diagnosis, Treatment and Prévention*, Philadelphie, Brunner Mazel.
- HANUS M. (1998). *Les Deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant* (2^e éd.), Paris, Maloine.
- HANUS M., SOURKES BM. (1997). *Les Enfants en deuil : portraits du chagrin*, Paris, Frison-Roche.
- HANUS M. (2010). « Éthique et accompagnement des personnes en deuil », in E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique*, Toulouse, Érès, p. 643-656.
- HOROWITZ M. J., MARMAR C., WEISS D. S., DEWITT K. N. ROSENBAUM R. (1984), « Brief psychotherapy of bereavement reaction. The relationship of processus to outcome », *Arch. Gen. Psychiatry*, 41 (5), 438-448.
- MARMAR C. R., HOROWITZ M. J., WEISS D. S., WILNER N. R., KALTREIDER N. B. (1988), « A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement », *American Journal of Psychiatry*, 145 (2), 203-209.
- PRIGERSON H. G., SHEAR M. K., JACOBS S. C. *et al.* (1999), « Consen-

sus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test », *Br. J. Psychiatry*, 174, 67-73.

PRIGERSON H. G., MACIEJEWSKI P. K., REYNOLDS C. F. *et al.* (1995), « The inventory of complicated grief : a scale to measure maladaptive symptoms of loss », *Psychiatry Research*, 59, 65-79.

ROMANO H. (2009). *Dis c'est comment quand on est mort ? Accompagnement des enfants sur le chemin du chagrin*. Grenoble : La Pensée sauvage.

ROMANO H., BAUBET T., REZZOUG D., ROY I., MORO M. R. (2006), « Prise en charge du deuil post-traumatique chez l'enfant suite à une catastrophe naturelle », *Annales médico-psychologiques*, 164, 208-214.

SUSSMAN M. B. (1992). *A Curious Calling : Unconscious Motivations for Practicing psychotherapy*, Northvale, Jason Aronson.

Chapitre 31

Les mères abusives « Münchausen »

Non-sens clinique ou délire psychotique ?

Yves-Hiram Haesevoets

LE SPECTRE DE LA « MÈRE ABUSIVE »

Dans son approche clinique actuelle, le syndrome de « Münchausen by proxy » nous évoque à nouveau le spectre de la « mauvaise mère », c'est-à-dire la mère abusive dans toute sa magnificence destructrice. Véritable caricature d'elle-même, mythomane, délirante et trouble, la mère « Münchausen » est le prototype de la mère abusive. La grande majorité des cas de « Münchausen by proxy » implique la personnalité très particulière, voire controversée, de certaines mères. L'expression même de ce syndrome reflète des troubles de la personnalité qui osent à peine se définir, tellement ils sont insidieux et complexes à déterminer au plan psychopathologique. L'ambivalence mortifère de la mère « Münchausen », les capacités manipulatrices indéniables, les éléments de psychopathie dynamiques et les fantasmes de nature sexuelle contaminent la possibilité d'établir un diagnostic concernant un éventuel trouble de la personnalité.

Confrontés à la rareté de ces cas, à leur singularité et à leur complexité, les cliniciens essaient d'élaborer des classifications diagnostiques et

établissent quelques typologies psychopathologiques des mères « Münchausen ». Cette approche diagnostique différentielle permet également de mieux comprendre la réalité de ce syndrome exceptionnel et ses conséquences pour l'enfant. À la fois somatiques et psychiques, les troubles présentés par l'enfant disparaissent lorsqu'il est éloigné de sa mère.

Dans certaines situations d'inceste, les fausses allégations d'abus sexuels relèvent parfois d'une situation d'aliénation parentale (SAP), analogue au syndrome de « Münchhausen by proxy ». Les mères abusives se présentent alors de la même manière aux intervenants... En toute « innocence », elles prétextent différents symptômes chez l'enfant suggérant l'éventualité d'attouchements sexuels (dont le père serait l'auteur lors des périodes d'hébergement de l'enfant). Au plus grand détriment de la santé mentale de leur enfant, ces mères diabolisent l'image du père et entretiennent chez l'enfant des symptômes-écrans qui attirent l'attention des praticiens (souvent non avertis ou profanes). Au-delà de certaines difficultés méthodologiques, les expertises démontrent que les mères dans les situations de fausses allégations (en cas de séparation/divorce) ressemblent à s'y méprendre au profil des mères abusives de type « Münchausen ». Elles présentent des troubles psychiques similaires, avec cette volonté de toute-puissance et d'annihilation... qu'elles exercent sur la fonction paternelle/masculine, comme pour détruire le père « dans l'œuf », jusqu'au pourrissement.

« Syndrome par procuration » inscrit dans une transaction-mère/enfant toxique, mystification, manipulation mentale, mythomanie médicale, fausse allégation scénarisée, aliénation parentale, délire à deux ou délire psychotique... il importe de se pencher sur la psychopathologie très particulière du parent « Münchausen ». Dans certains cas limites, l'adulte inducteur est très actif dans ce processus mortifère et présente des failles psychiques relatives à une structure psychotique, psychopathique ou perverse. Contaminée par le mode de fonctionnement psychodynamique de son parent « malade », la santé mentale de l'enfant est fortement compromise, jusqu'à l'aliénation. Suivant le même principe, les intervenants accusent le coup et développent des mécanismes contre-transférentiels bien spécifiques, parfois délétères. Ces contre-attitudes qui altèrent l'esprit critique des intervenants, sont révélatrices de l'imbroglio mental dans lequel ils sont parfois plongés, « à l'insu de leur plein gré ».

ENTRE MYSTIFICATION MATERNELLE ET RÉALITÉ CLINIQUE

Forme méconnue et particulièrement insidieuse de maltraitance d'enfant, le syndrome de « Münchausen par procuration » interpelle le monde médical et les intervenants psychosociaux et judiciaires depuis plusieurs années. Analogue par certains mécanismes à l'aliénation parentale et à la fausse allégation, ce syndrome évolue comme dans un mauvais scénario à tiroirs où l'enfant est tout à la fois « victime-otage » de la déraison de son propre parent et de la crédulité des professionnels. Étrange syndrome où la suspicion et l'irrationalité dérangent les conventions. Prisonnier d'une mystification active, l'enfant représente ou porte le symptôme que son parent exhibe au corps médical. Déstabilisé, l'intervenant est pris entre deux feux. Émerge alors le doute. La remise en cause du diagnostic invite à la plus grande vigilance. La recherche d'une vérité clinique avisée devient la plus sensible des questions. Sur les chemins escarpés de la fable, mensonge et vérité se livrent une bataille sans merci. C'est probablement pour cette raison que la conceptualisation de ce syndrome clinique s'inspire d'une légende vivante où fiction et réalité se télescopent.

DU MYTHE DE MÜNCHAUSEN À LA RÉALITÉ D'UN SYNDROME MYSTÉRIEUX

Ainsi, le nom du baron de Münchausen (XVIII^e siècle), grand mythomane farfelu, célèbre pour sa faculté à raconter des histoires invraisemblables, a inspiré l'appellation de ce syndrome. Dès les années 1950, Asher emprunte ce concept pour désigner le comportement de patients qui allèguent des symptômes riches et variés ou qui falsifient les données médicales contenues dans leur dossier. La crédibilité et la bonne foi apparente de ces personnes entraînent les praticiens à mener de nombreuses investigations cliniques et interventions parfaitement injustifiées.

À partir de 1977, Meadow observe des situations analogues chez des enfants parfois très jeunes présentant divers symptômes. Il découvre que certains parents sont activement responsables de pathologies induites par l'ingestion de produits médicamenteux ou de substances toxiques (forme active du syndrome). Il constate que d'autres parents sont capables d'inventer des symptômes variés et très difficiles à mettre en évidence sur le plan médical (forme passive du syndrome). Le parent qui allègue

ou produit la maladie chez l'enfant est souvent à la recherche d'une reconnaissance à travers l'interaction ainsi provoquée avec le monde soignant, centrée sur le jeune enfant. Une escalade d'explorations médicales et/ou d'interventions chirurgicales s'en suit sans résultats concrets, sinon la découverte presque hasardeuse de cette supercherie diabolique, nouvelle variante des sévices envers l'enfant, connu aujourd'hui comme le syndrome de Münchausen par procuration.

Partant de ses observations, Ascher (1951) décrit ce syndrome comme un ensemble de troubles factices conduisant à de multiples investigations et à des traitements inutiles et/ou préjudiciables (souvent à caractère urgent, aigu), une errance et des pérégrinations d'hôpital en hôpital ainsi que des fabulations pénétrant l'ensemble de l'histoire du patient. Les présentations de ce tableau peuvent être très variées, allant de la simple altération de l'histoire médicale, à l'agression directe de l'enfant pouvant conduire à sa mort.

En 1987, Rosenberg synthétise les critères cliniques du syndrome de Münchausen par procuration :

- une maladie simulée et/ou produite délibérément par un parent sur son enfant ;
- une investigation médicale répétée dans l'intention d'une reconnaissance pour le bien-être de l'enfant ;
- un déni du parent quant à l'origine des symptômes de l'enfant ;
- un amendement de la symptomatologie présentée par l'enfant lorsqu'il est séparé du parent en question.

Cliniquement défini en 1977 par Meadow (St James University Hospital), le « Münchausen Syndrome by Proxy » serait à l'origine de 8 % à 20 % des morts subites inexplicables du nourrisson. Même s'il paraît difficile de quantifier son importance réelle, ce syndrome très particulier correspond aux États-Unis à mille cas annuels qui sont répertoriés à partir des autopsies systématiques des morts subites du nourrisson. Véritable spécialiste de la question, Meadow estime avoir déjà traité plus de quatre cents cas.

Toutes les couches sociales sont concernées et dans 90 % des cas, la mère biologique est à l'origine du développement de ce syndrome. Un pourcentage important de ces femmes exerce une profession médicale ou paramédicale (médecin, infirmière, aide-soignante, assistante sociale, etc.) ou entretient un lien avec ce milieu. Elles apparaissent comme le stéréotype de la bonne mère particulièrement attentionnée à

l'égard de son enfant et extrêmement présente lors des séjours hospitaliers de ce dernier. Elles se montrent généralement moins inquiètes que l'équipe soignante et tiennent un discours de type médical, n'hésitant pas à suggérer des examens complémentaires invasifs ou des interventions chirurgicales. Ces femmes sont épanouies en milieu hospitalier par le fait qu'elles sont l'objet d'admiration de la part des médecins et des autres parents. 30 % d'entre elles souffrent aussi d'un syndrome de Münchausen simple.

Dans sa forme sévère, ce syndrome peut conduire à des actes médicaux majeurs mettant le pronostic vital en jeu. Ce syndrome correspond à une forme extrême et pathologique du comportement parental analysé en relation avec le désir de consultation médicale : le comportement parental normal est défini par un désir de consulter adapté à la situation clinique de l'enfant et en adéquation avec l'avis du médecin consulté. À l'excès de désir de consulter par les parents, ceux-ci inventent des symptômes ou génèrent une maladie chez l'enfant pour amener le médecin à prescrire des examens et traitements. Indépendamment de la complexité de son expression clinique, l'étiologie de ce trouble est conditionnée par des attitudes inadéquates et des propos quasi délirants ou hallucinatoires du parent manipulateur.

À partir de nombreux exemples cliniques, la littérature montre que ces comportements énigmatiques provoquent chez les soignants des contre-attitudes variables : le sentiment d'avoir été trompés, manipulés, de l'agressivité et des comportements d'évitement devant les autres patients. Véritable fabulateur en quête d'écoute, le parent « Münchausen » victimise ainsi les intervenants, dupés par cette supercherie médiopsychologique particulièrement aliénante pour l'enfant.

UNE MYTHOMANIE MÉDICALE

Décrit comme une sorte de mythomanie médicale itinérante, le syndrome de Münchausen par procuration correspond à une forme excentrique et particulière de mauvais traitement physique et psychoaffectif envers l'enfant. Ce trouble bizarre est difficile à détecter, dans la mesure où les praticiens sont intrigués et attirés par la symptomatologie de l'enfant qu'ils tentent de soigner en priorité, dans un contexte où les inquiétudes de la mère semblent légitimes et son attitude de « compliance » rassurante.

Les tableaux cliniques de ce syndrome sont très variés et complexes à diagnostiquer. Les enfants victimes ont moins de six ans et présentent

une large palette de troubles associés (saignements, fièvres, dépression du système nerveux central, convulsions, diarrhées, vomissements, etc.). L'auteur des sévices est souvent la mère qui invente ou provoque chez son enfant des symptômes qui amènent les praticiens à s'inquiéter, à investiguer et à prodiguer des traitements. Ces soins sont d'autant plus inutiles qu'ils sont basés sur des symptômes parfois inexpliqués, induits et entretenus par les manipulations de la mère. Les traitements sont inopérants, mal tolérés, périlleux et l'enfant continue à souffrir. Les symptômes ne sont souvent actifs qu'en présence de la mère, laquelle évite de laisser son enfant seul entre les mains des médecins ou des soignants. L'acharnement et la présence de la mère auprès de son enfant sont exemplaires de son dévouement, voire de son sacrifice. Tout l'accable et rien ne l'accuse.

Le comportement maternel est singulier et spécifique. En général, la majorité de ces mères restent très attentives à leurs enfants, passant de longs moments dans leur chambre d'hôpital et ne s'autorisant que très peu de sorties. Celles qui établissent de bons contacts avec le corps médical et satisfaites des soins prodigués, paraissent heureuses de la prolongation du séjour de leur enfant. Même si elles sont issues de classes sociales défavorisées, la plupart ont effectué des études d'infirmière ou paramédicales et démontrent une certaine fascination pour la médecine. Certaines rivalisent avec les plus éminents praticiens comme pour régler des comptes personnels. La pathologie de l'enfant valorise la fonction soignante de la mère. L'enfant sert de palliatif à ses nombreuses carences, notamment celles liées à la maternité, la parentalité, la sexualité et à la conjugalité. Quant aux pères, ils sont quasi absents, ne se manifestent pas auprès de leur enfant ou se présentent comme inférieurs à leur conjointe tant sur le plan intellectuel que social.

Suivant les critères diagnostiques du DSM-IV, le syndrome de Münchausen par procuration est confirmé dès lors que les quatre conditions suivantes sont réunies :

- une pathologie induite ou alléguée par un des parents (le plus souvent la mère) ;
- un enfant amené par ce parent pour un bilan et traitement ;
- la négation par celui-ci du caractère induit de la pathologie ;
- la disparition de tous les symptômes lorsque l'enfant est séparé de son parent et sans visite.

UNE TYPOLOGIE PSYCHOPATHOLOGIQUE DES MÈRES

En fonction de leurs attitudes particulièrement psychopathologiques, il est possible de distinguer plusieurs types de mères Münchausen, des plus dangereuses et malsaines, aux plus sournoises et calculatrices, en passant par les plus « délirantes ». L'expérience clinique suggère au moins trois sous-groupes de mères (Thibaut, 1996) :

- quasi frénétiques et insensées, les mères *active inducers*, qui mettent concrètement la vie de leur bébé en danger. Très perturbées elles-mêmes, ces mères provoquent de graves désordres physiologiques et psychologiques chez leur enfant. Elles souffrent de troubles dissociatifs et apparaissent comme étranges et non concernées par la gravité du diagnostic. Elles s'identifient peu à la souffrance de leur bébé. L'enfant symbolise inconsciemment un objet fétiche, prétexte à l'établissement d'une relation transférentielle de type sadomasochiste avec le corps médical ;
- les mères *doctor addicts* convaincues et convaincantes qui ne peuvent se passer du corps médical pour leur enfant et qui tentent de rallier à leur cause les médecins. De manière obsessionnelle, elles projettent sur l'enfant une espèce de maladie imaginaire, leur propre hypocondrie, qu'elles tentent de faire confirmer par des spécialistes. Elles déniaient connaître l'origine des symptômes présentés par leur enfant. Elles changent facilement de praticiens ou de lieux de consultation. En relation avec cette permanence de la symptomatologie qu'elles s'évertuent à entretenir chez leur enfant, elles pratiquent un véritable shopping médical ou de l'errance hospitalière. Prolongeant cette tendance à l'hypocondrie et totalement aliénés au fonctionnement psychique maternel, les enfants plus âgés adhèrent aux allégations de leur mère ;
- les mères *help seeckers* qui amplifient et entretiennent les symptômes de leur enfant. Presque par exhibitionnisme ou pour se rassurer qu'elles sont de bonnes mères, elles montrent l'enfant à répétition à plusieurs praticiens qui ne communiquent pas entre eux mais qui confirment leurs inquiétudes. Anxieuses et dépressives, ces mères expriment les sentiments de ne pas répondre aux besoins de l'enfant et acceptent facilement l'assistance médicale. Une fois diagnostiquée, la pathologie de l'enfant correspond symboliquement à leur propre malaise relationnel. À travers les traitements qu'elles mettent en

pratique, elles bénéficient ainsi de l'approbation et/ou de la reconnaissance du corps médical.

Plus ou moins sévères, les troubles psychologiques présentés par ces mères sont peu accessibles à une psychothérapie traditionnelle. Elles sont non seulement dangereuses pour la santé de leur enfant, mais tout aussi toxiques d'un point de vue relationnel, et compromettent largement le développement psychoaffectif de leur victime. L'enfant est en quelque sorte le cobaye sur lequel elles projettent leur délire et leurs frustrations. L'enfant victime de ce syndrome a surtout besoin d'être protégé d'une telle emprise, au même titre que les enfants victimes de mauvais traitements plus classiques. Quelques pathologies psychiatriques (schizophrénie avec hallucinations, psychose paranoïaque avec délire de persécution, hypocondrie) sont rapportées en relation avec ce syndrome.

DES SIGNES CLINIQUES PARTICULIERS ET UNE MORBIDITÉ ASSOCIÉE

Dès 1977, Meadow décrit le syndrome de Münchausen et propose la classification clinique suivante :

- *accès d'asphyxie provoqués par la mère* : le tableau clinique de trouble respiratoire majeur avec cyanose, apnée et somnolence peut se répéter et produire des séquelles neurologiques ou pulmonaires, voire le décès de l'enfant. Certains cas de mort subite inexplicables correspondent à ce syndrome ;
- *intoxications chroniques* : intoxiqué par différents produits, le plus souvent des psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, tranquillisants, etc.), l'enfant présente un complexe symptomatique varié comprenant une dépression du système nerveux central (souffrance cérébrale aiguë). D'autres substances (injection d'insuline, laxatifs, antidouleurs, chlorure de sodium, etc.) provoquent divers troubles, de la diarrhée chronique à la cardiomyopathie parfois mortelle ;
- *convulsions* : les allégations et la description des symptômes par la mère impliquent des investigations et des traitements aux anti-épileptiques prolongés strictement inutiles et toxiques ;
- *pathologies variées dans lesquelles les saignements occupent une place prépondérante* : fièvres prolongées ou abcès liés à des infections provoquées par des manipulations septiques de cathéters, éruptions diverses provoquées par des applications répétées de produits divers,

allergies induites par des régimes alimentaires très stricts et liées à des intolérances médicamenteuses, chaos biochimiques consécutifs à l'addition de substances chimiques dans les prélèvements..., sont autant de pathologies suspectes directement associées à ce syndrome.

La morbidité associée au syndrome varie suivant les critères objectifs suivants :

- une pathologie diagnostiquée, autre que celle alléguée ou induite par la mère ;
- l'abus de médicaments jusqu'à des doses inappropriées ;
- une carence, voire des omissions, de soins ;
- une cassure de croissance dans le développement pondéral ;
- des lésions non accidentelles.

Les études cliniques à partir de l'évaluation médicale de la fratrie montrent qu'un nombre important des frères et des sœurs ont développé un syndrome de Münchausen, et que parmi eux certains ont souffert gravement de morbidité associée. La construction d'une anamnèse médicale approfondie concernant la fratrie apporte des informations complémentaires et des indications précieuses au niveau de l'enfant visé par ce syndrome.

DES ENFANTS-CIBLES PARTICULIERS

Les enfants victimes de mères Münchausen développent des traits particuliers de personnalité. Par collusion avec un parent perturbé, ils s'identifient de manière anxieuse au profil de la maladie qu'ils sont obligés d'exprimer. Ils adoptent des attitudes de soumission jusqu'au masochisme *fusionnel* le plus épouvantable. Enfin, ils apprennent des comportements qui illustrent le rôle qu'ils doivent tenir vis-à-vis des médecins et des soignants. Ces attitudes pathologiques falsifiées sont acquises et transmises comme des apprentissages à l'intérieur de la famille.

Souvent isolés des autres enfants et privés de contacts sociaux, ils subissent un renforcement positif dans l'exercice de leur rôle de malade. Ils assimilent des réactions pathologiques et restent vigilants à l'égard de toute sensation somatique désagréable. Ils ont tendance à se focaliser et à amplifier toute manifestation corporelle comme anormale. Ils sont sensibles à l'impact des émotions parentales, à leurs manifestations hypocondriaques et à toutes suggestions concernant leurs sensations

somatiques. Les représentations somatiques parentales influencent considérablement leur sens critique et leur autonomie. De manière progressive, d'une phase passive-dépendante à une participation plus active au syndrome, ils bénéficient d'un *coach* symptomatique et deviennent plus actifs dans l'expression de leur pathologie (Libow, 2002, p. 529). Ces enfants apprennent ainsi des processus de falsification comportementale par procuration.

DES SÉQUELLES PARFOIS IRRÉVERSIBLES

Meadow *et al.* (cités par Thibaud, 1996) qui ont évalué le devenir à moyen terme d'un groupe de cinquante-quatre enfants victimes de ce syndrome, montrent qu'il y a autant de filles que de garçons, que plus de la moitié des enfants qui vivent avec leur mère souffrent de lourdes séquelles psychiques et les autres, de retard du développement à différents degrés. Ceux qui ont bénéficié de placement en famille ont pour la majorité, développé des symptômes psychologiques importants et des troubles variés du développement psychomoteur, avec pour certains, quelques améliorations. Certains chercheurs rapportent quelques cas de décès. Mais la plupart s'entendent pour affirmer le caractère transgénérationnel de ce syndrome, l'importance de la morbidité en termes de perturbations psychoaffectives notamment provoqués par les troubles existants et persistants dans l'établissement de la relation mère-enfant. Les séquelles les plus souvent rapportées sont : l'hyperactivité, l'opposition, les difficultés de supporter les frustrations et les séparations. Malgré ces traits de personnalité perturbés, une des caractéristiques paradoxales de ces enfants correspond à une très grande tolérance passive aux divers examens médicaux qu'ils subissent. Quant aux mères, elles ont souvent été victimes de mauvais traitements, y compris des syndromes de Münchausen, ou d'abus sexuels dans leur enfance.

LES DIFFICULTÉS DANS L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

Dans ce syndrome, les attitudes médicales prolongent les allégations maternelles et entretiennent l'anxiété. La pensée médicale devient l'objet d'un délire maternel. Le dialogue avec les médecins est biaisé ; leur diagnostic est comme pris en otage du fonctionnement psychique machiavélique ou torturé de la mère. À la manière dont se présentent

ces cas, les examens médicaux sont invasifs et légitimés par la recherche diagnostique. Parfois seuls confrontés à cette énigme diagnostique, les praticiens ne demandent pas l'avis d'un collègue et n'envisagent pas ce syndrome. Le désir de soigner l'enfant est une priorité qui empêche la plupart des médecins de penser à la possibilité d'un syndrome de Münchausen. Ils imaginent encore moins être l'objet d'une manipulation psychologique de la part de la mère.

Afin d'envisager un diagnostic plus différentiel et d'attirer l'attention des praticiens, Meadow et Vincent (cités par Thibaud, 1996) proposent douze indicateurs permettant d'évoquer le syndrome de Münchausen :

1. les symptômes rapportés correspondent à des saignements, des symptômes neurologiques, de la fièvre, des vomissements fécaloïdes, des chaos biochimiques ;
2. la pathologie est inexpiquée, elle persiste ou récidive sous une forme ou une autre ;
3. il existe une grande disparité entre les allégations et l'examen clinique de l'enfant et les symptômes ne s'intègrent dans aucune maladie connue ;
4. un médecin expérimenté exprime le fait de n'avoir jamais observé de cas semblable ;
5. le diagnostic retenu correspond à une pathologie très rare ;
6. l'enfant développe de fréquentes intolérances aux différents traitements ;
7. il s'agit de convulsions qui ne répondent pas à un traitement approprié ;
8. les symptômes et les signes présentés par l'enfant disparaissent lorsque la mère est absente ;
9. le comportement maternel est caractérisé par une grande attention envers l'enfant et elle refuse de le laisser seul ;
10. la mère est moins soucieuse de la pathologie de l'enfant que les médecins ;
11. la mère a exercé une activité en relation avec les soins médicaux ;
12. la mère exprime une histoire de maladie semblable à celle de son enfant.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL À L'ENQUÊTE APPROFONDIE

Lorsque le diagnostic est suspect et qu'il présente ces indicateurs, il importe de séparer l'enfant de sa mère afin de constater la disparition des symptômes et la guérison du jeune patient. Il importe également de reconstituer le parcours médical de l'enfant et de centraliser toutes les informations utiles en un seul dossier. L'hétéro-anamnèse familiale, les antécédents maternels, l'itinéraire hospitalier, la dimension du réseau d'intervenants gravitant autour de la mère apportent un lot considérable de renseignements sur le degré psychopathologique du syndrome. Soutenue par une approche pluridisciplinaire systématique, l'évaluation pédopsychiatrique de l'enfant et l'observation de la relation mère-enfant, offrent de meilleurs résultats et complètent le diagnostic de Münchausen. Il est cependant difficile de faire la différence entre un nourrisson qui s'est étouffé tout seul sous sa couette ou celui qui décède de mort subite de celui qui s'est étouffé parce qu'un adulte a appuyé un oreiller sur son visage. Afin de confirmer les suspicions, notamment d'asphyxie, d'empoisonnement ou d'injection de produits, certains praticiens conseillent l'usage d'une vidéosurveillance lorsque la mère est présente dans la chambre de l'enfant. Même s'il pose certains problèmes d'ordre éthique (exposer l'enfant à un risque de récurrence, opération de contrôle à l'insu des parents), l'enregistrement vidéo permet de prendre en flagrant délit les agissements de la mère et d'obtenir rapidement la protection judiciaire de l'enfant.

La vidéosurveillance reste le moyen diagnostique le plus efficace, mais il est contraire à une certaine éthique et à la légalité. Des réticences semblent ainsi retarder son application. Dans un esprit de transparence, la déontologie implique que les parents soient informés de l'existence du matériel de surveillance. Il faut toutefois mettre en exergue que l'objectif prioritaire n'est pas de mettre en accusation une mère manifestement malade mais de sauver son enfant. Ce cas extrême justifie totalement et sans arrière-pensée l'utilisation de la vidéosurveillance. La déontologie médicale l'exige et la controverse est inacceptable. Que la justice ne puisse l'admettre comme preuve n'est pas du ressort de la pratique médicale et ne modifie en rien la nécessité d'établir un diagnostic. D'un point de vue du droit, les moyens à mettre en œuvre pour détecter ce syndrome mortifère, s'alignent aussi sur la notion d'assistance à enfant en danger de mort. Cette question tout aussi éthique reste donc la priorité morale et légale des praticiens.

Entre le déni pathologique, voire une attitude quasi délirante de la mère, et les risques sérieux pour la santé de l'enfant, il est vivement conseillé de signaler les éléments suspects à la justice afin qu'une enquête soit diligentée dans les plus brefs délais. En cas de suspicion moindre, il importe aussi de soutenir les parents, de s'affilier leur confiance et de faire en sorte que l'enfant bénéficie d'un suivi pédiatrique rapproché et continu.

LA FAUSSE ALLÉGATION D'ABUS SEXUELS, FORME CONNEXE DE SYNDROME DE MÜNCHAUSEN PAR PROCURATION ?

Très analogues à ce syndrome, d'autres formes spécifiques de maltraitance d'enfant apparaissent dans des séparations parentales très conflictuelles : le syndrome d'aliénation parentale et les fausses allégations d'abus sexuels.

Ainsi, le syndrome d'aliénation parentale décrit par Gardner (1997), provient de l'observation d'enfants englués dans des situations de séparation parentale chaotiques et/ou conflictuelles. Il en étudie l'impact sur l'enfant. Tel un otage conditionné par le parent qui l'héberge, l'enfant adopte un comportement de dénigrement du parent qui ne l'héberge pas au titre principal. Il est en fait l'objet d'un conditionnement psychoaffectif profond plus ou moins subtil qui le conduit à perdre une position de sujet désirant et son propre vécu personnel intersubjectif.

Dans ces contextes très particuliers, les intervenants sont pris à partie et eux-mêmes troublés par le niveau de conviction de certains parents. Cette clinique particulière du syndrome de Münchhausen est caractéristique de la défaillance grave de la personnalité du parent alléguant des fausses rumeurs. Selon les circonstances, le parent implique son propre enfant dans ce qu'il est convenu de nommer un véritable « délire à deux ». D'un point de vue protectionnel et thérapeutique, il importe donc d'établir un diagnostic étayé pour aider l'enfant à échapper aux distorsions affectives et cognitives dont il est victime.

L'expérience clinique montre qu'environ 20 % des séparations parentales se déroulent dans un climat conflictuel, voire violent. Il est reconnu par ailleurs que même si la séparation engendre certaines perturbations psychologiques chez l'enfant, les dommages les plus sévères sont surtout le fait de la permanence des conflits autour des règles d'hébergement et la destruction systématique de l'image d'un parent contre celle de l'autre. Aujourd'hui, l'évolution sociale de la famille et les circonstances

systémiques des divorces engendrent une augmentation des allégations d'abus sexuels des enfants incriminant les pères. En arrière-plan, nous constatons une fragilisation de la place du père, voire la démission des pères, la déliquescence des rôles parentaux et d'autres phénomènes de délabrement des transactions intrafamiliales. S'ajoutent à ces phénomènes sociologiques, des procédures judiciaires « labyrinthiformes », la fréquence et la banalisation des séparations elles-mêmes, etc.

Pour de Becker (2003), certaines situations d'allégations d'abus sexuels sont analogues à une forme atypique du syndrome de Münchausen par procuration. Des critères cliniques s'y retrouvent de manière assez analogue :

- la mère vit une intime conviction quant à la matérialité d'un abus sexuel subi par son enfant, s'appuyant sur de multiples contacts répétés avec divers intervenants pour renforcer cette certitude ;
- agitée par une angoisse persécutrice, la mère inquiète adopte un comportement de nomadisme médical, afin d'obtenir la confirmation de son propre diagnostic, comme seule vérité et unique preuve de sa vigilance exacerbée ;
- une allégation d'abus est exposée, le plus souvent sur un mode aigu, par la mère et parfois relayée par l'enfant lui-même ou les symptômes qu'il développe ;
- le diagnostic infirme, dans la plupart des cas, cette hypothèse ;
- le contexte de séparation parentale est conflictuel, les relations parentales sont déjà contaminées par divers reproches et accusations réciproques ;
- un profil psychopathologique chez le parent qui allègue, en lien avec une souffrance et un vécu de maltraitance antérieure ;
- l'hypothèse d'une psychose latente ou révélée peut s'envisager ;
- divers intervenants ressentent un sentiment d'emprise de la part de la mère, générant malaise, ambivalence, irritation, souhait d'intervention radicale ou d'évitement ;
- l'enfant, pris dans ces enjeux, risque d'être aliéné par le discours du parent qui allègue.

ÉLÉMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE

L'analyse des éléments psychopathologiques contribue à l'étayage clinique de ce syndrome particulier.

Suivant l'idée de Beltrand (1996), la relation mère-enfant de symbiose pathologique doit être élargie et considérée comme une maladie de la relation mère-enfant-médecin. Bien que dans un premier temps, parfois très long, le comportement du parent renvoie à l'image de la bonne mère, patiente, attentive, dévouée, disponible et collaborante. Ces qualités humaines forcent l'admiration de l'équipe soignante. Dans cette réalité du milieu hospitalier et des consultations médicales, les mères semblent trouver un lieu d'épanouissement, de contenance à leur délire, sorte de pare-excitation ou plutôt de pare-angoisse. Binnet *et al.* (2000) expliquent que la mère entretient avec son enfant un rapport inintelligible, où seul le corps de ce dernier semble avoir un sens pour le parent et l'intéresser.

Rendant encore plus complexe l'approche diagnostique de ce syndrome, les opinions divergent autour de l'éventualité d'un tableau psychiatrique du parent qui allègue. Suivant les auteurs, différents troubles sont évoqués : une pathologie narcissique, des attitudes hystériques, une personnalité borderline, une psychose « blanche » tardive ou l'absence de trouble psychologique. Partant de ses études cliniques sur l'aliénation parentale, Van Gijseghem (2002) pense que le parent aliénant n'est que rarement pathologique.

Néanmoins, nous envisageons ce syndrome sous l'angle de la relation d'emprise de la part d'un parent démontrant une volonté de contrôle, des attitudes de possession envers son enfant qui n'a le droit ni de désirer, ni d'être différent. Destructeur par l'absence de tiers, ce lien particulier conduit l'enfant à devenir un autre soi-même pour le parent. L'enfant lui appartenant, il le considère comme son prolongement, sa « chose ». Cette chosification de l'enfant engendre une confusion psychique importante, instaurant un véritable délire à deux.

Cette constellation d'emprise psychique implique souvent l'existence d'une structure psychotique chez le parent qui allègue. Cette structuration psychotique est significative d'une souffrance relative à un passé de carence affective majeure, vécu durant son enfance. Nous relevons ainsi dans l'histoire de ces parents des troubles importants dans l'établissement des liens d'attachement, des soins maternels et paternels inadéquats, des problématiques d'abandon ou de séparations traumatiques, ou différentes formes de maltraitance :

« Ils ont été aussi privés du processus de séparation qui permet d'accéder à la subjectivation. De ce fait, les interdits sont mal assurés, les identifications parentales sont floues ou rigides. Nous constatons également de nombreuses expériences de pertes, de ruptures, de deuils ayant entraîné des atteintes narcissiques majeures. Nous pouvons ainsi expliquer l'allégation

d'abus sexuel portée par les mères comme une tentative d'accrocher leur propre souffrance au corps de l'enfant, sans retourner leurs pulsions agressives contre elles-mêmes. La perception délirante du parent projetée sur l'enfant est une tentative de se protéger narcissiquement, de se préserver en colmatant l'angoisse, mais exprime aussi l'incapacité à séparer la réalité du fantasme. Ainsi, un traumatisme réel survenu dans l'enfance du parent qui allègue peut avoir été refoulé, et un événement, quel qu'il soit, aurait réactivé les traces mnésiques de ce traumatisme » (de Becker, 2003).

Selon de Becker *et al.* (2001), d'autres hypothèses existent. Schreier (1996) et Amarilli *et al.* (1995) évoquent une position perverse du parent dans la relation avec l'enfant, « pervers » à comprendre comme trait de caractère. L'enfant serait perdu comme prothèse narcissique du parent préposé à le réparer. Par ailleurs, et comme dirait Winnicott, « l'enfant devient l'objet d'une préoccupation pathologique, la préoccupation maternelle primaire étant trop investie d'angoisses. Cette omniprésence maternelle rend difficile la mise en place de la relation entre l'enfant et son père. Si ce dernier est défaillant à tenir son rôle de tiers séparateur qui permettrait de sortir de l'identification primaire entre la mère et l'enfant, celui-ci se trouve enfermé dans un espace fusionnel, inadapté à l'établissement d'une relation objectale satisfaisante ».

LES CONSÉQUENCES PSYCHIQUES DU SYNDROME DE MÜNCHAUSEN POUR L'ENFANT

N'ayant pas objectivement subi d'agression sexuelle ou ne souffrant pas d'un syndrome somatique objectif, l'enfant est toutefois englué dans d'un discours qui le conditionne à penser qu'il est soit victime d'abus sexuel, soit d'une maladie grave. À l'impact des attitudes parentales s'ajoutent les interventions, souvent invasives, des professionnels sur son fonctionnement psychique. Dans ce contexte d'exploration diagnostic et d'emprise, l'enfant est traumatisé, déstabilisé psychiquement, voire morcelé entre des savoirs contradictoires sur sa personne et à propos de son corps. Son fonctionnement psychique subit un clivage entre l'opinion qui fait de lui une victime de maltraitance, et l'autre qui le désigne comme objet de manipulation. Prisonnier psychique des angoisses des autres, il ne s'appartient plus lui-même et finit par se dépersonnaliser et perdre une part importante de son identité.

Soumis parfois à un lavage de cerveau, l'enfant souffre d'un trouble identitaire tel qu'il adhère à un discours confirmant les allégations. Il y perd également toutes compétences cognitives et affectives nécessaires pour se dégager de cet imbroglio. En fonction de leur solidité psychique,

certains enfants adoptent des positions défensives de retrait ou se réfugient dans le silence. Chez certains nourrissons, les cliniciens observent des perturbations des relations précoces et des signes de dépression.

Deux cas de figure symptomatique se présentent alors : soit l'enfant est plongé dans un conflit de loyauté et développe de l'anxiété dépressive et de la culpabilité qui perturbent le développement de sa personnalité, soit il est capté par un processus d'aliénation et adopte le discours d'un parent contre l'autre, courant le risque de perdre l'image de soi et de développer ultérieurement des troubles psychopathologiques plus sévères (conduites addictives, comportements suicidaires, passages à l'acte destructeurs, désorganisation de la personnalité, etc.).

UNE INTERVENTION TIERCE OUVERTE SUR LA PROTECTION DE L'ENFANT

Pour Serrano (1985), une des principales difficultés rencontrées dans le traitement d'un syndrome de Münchausen par procuration est la prise en charge globale de la situation prenant en compte tous les critères, à la fois thérapeutiques, médico-légaux et protectionnels. L'installation d'un espace thérapeutique poursuit différents objectifs principaux : assurer la protection de l'enfant, sédentariser le comportement de consommation médicale, préserver et assainir la relation mère-enfant.

Forme particulière de maltraitance d'enfants, les cas suspects de Münchausen sont rapportés tardivement aux équipes spécialisées dans ce domaine, en raison non seulement d'un manque d'informations concernant le syndrome chez de nombreux intervenants mais aussi de leurs contre-attitudes et de l'ambivalence à l'égard du parent « alléguateur ». Beaucoup de professionnels sont souvent trop impliqués dans une démarche de soins, sans vraiment connaître les différentes procédures à suivre en cas de suspicion. Plusieurs investigations parfois coexistent, renforçant la dynamique pathologique et l'installation du syndrome. Se développe ensuite un comportement de nomadisme médical de la part de la mère qui consulte à répétition. Il importe alors de mettre un terme à ce cycle répétitif par la mise en place d'un cadre d'intervention, parfois avec interpellation de l'instance judiciaire et une éventuelle séparation de l'enfant du milieu familial.

L'introduction d'une fonction tierce *via* le système judiciaire permet d'opérer une distanciation bienveillante et protectrice, tant vis-à-vis de la mère que de son enfant. Une mesure de placement et la prescription d'un bilan ou d'un examen médico-psychologique peuvent aussi servir

de levier afin de mieux examiner la réalité du syndrome de Münchausen et ses conséquences pour l'enfant. L'intervention d'un tiers légal dans la dynamique installe une distanciation entre la dyade mère-enfant et le monde soignant. *via* ce tiers, l'élaboration d'un projet thérapeutique à long terme permet de médiatiser l'ensemble des ressentiments circulant entre les protagonistes. Dès le démarrage de l'intervention, un réseau d'aide médicopsychosociale peut se mobiliser autour de la situation afin de coordonner et de rendre cohérents les rôles de chacun des intervenants dans leur mission respective de protection de l'enfant et de soutien aux parents, à la mère en particulier.

LA MÉDIATISATION JUDICIAIRE COMME SUPPORT THÉRAPEUTIQUE

Comme nous l'avons déjà formulé, malgré l'hospitalisation du jeune patient, la présence fusionnelle et le surinvestissement pathologique de la mère renforcent les symptômes de l'enfant. Cette pathologie du lien est une forme d'aliénation parentale qui perdure malgré les soins médicaux prodigués. La manifestation de pareils symptômes doit alerter l'intervenant sur l'éventualité d'un trouble relationnel plus ou moins important dans la dyade mère-enfant. La demande d'un avis psychologique extérieur à la sphère médicale permet de réfléchir sur l'opportunité de protéger l'enfant de l'influence toxique du parent et restreindre son comportement pathologique. Le signalement auprès des autorités judiciaires de la protection de l'enfance permet de demander un éloignement, voire une rupture provisoire des relations parent-enfant. Plusieurs cliniciens avertis, dont Rosenberg (1987) n'envisagent pas de traiter ces situations sans passer par une supervision judiciaire de la guidance thérapeutique. Étant donné la dangerosité de ces situations, la protection de l'enfant reste une priorité absolue. Ensuite, les risques encourus par l'enfant doivent faire l'objet d'une évaluation continue. Suivant l'avis des spécialistes du traitement du syndrome de Münchausen et de l'aliénation parentale, nous estimons donc indispensable que l'intervention thérapeutique soit contrôlée par une procédure judiciaire protectionnelle.

Au-delà de cette mise sous tutelle légale, la prise en charge thérapeutique n'est jamais garantie quant aux résultats. Le traitement couvre une longue période et dépend de différents critères dont le niveau psychopathologique de la mère, l'investissement du père, l'âge de l'enfant et ses ressources personnelles, etc.

Lorsque la mère présente une personnalité psychotique, l'établissement d'une communication saine reste une entreprise pour le moins laborieuse. Les défaillances psychiques de l'adulte sont parfois tellement enkystées, que la séparation familiale à long terme et le placement de l'enfant en milieu d'accueil sont organisés. Afin notamment de respecter les sentiments (filiation, appartenance, loyauté, etc.) de l'enfant envers son parent, il est toutefois recommandé de maintenir des contacts suivant des modalités d'encadrement bien établies. En respectant le rythme et la disponibilité de chacun, des rencontres de paroles sont ensuite provoquées. En des lieux transitoires, avec des thérapeutes qui font tiers, ces temps d'échanges permettent aux protagonistes concernés de mieux communiquer et comprendre la situation qui les a séparés.

L'objectif thérapeutique principal est de tenter de restaurer des liens affectifs bienveillants entre la mère et l'enfant dans une prise de distance supportable. Cette élaboration tierce recherche à dégager l'un et l'autre des liens pathologiques afin de favoriser l'autonomisation et renforcer l'individualisation de l'enfant. Des moments plus individuels soutiennent aussi l'enfant à exprimer son point de vue et à supporter l'éloignement non pas comme une punition mais plutôt comme une épreuve réparatrice et protectrice.

Ce travail de longue haleine est exigeant et ne produit des changements qu'à certaines conditions : l'implication authentique de la mère dans ce traitement, l'assainissement de ses troubles, le renoncement à ses « actings », une meilleure communication avec son enfant et les intervenants, une renonciation aux allégations persécutrices, un recentrage objectif sur les symptômes de son enfant, une élaboration psychique personnelle, etc. Il est souvent indiqué d'orienter la mère vers une thérapie plus personnelle afin de l'aider à se dégager des démons qui la hantent depuis son enfance. Comme l'indique de Becker (2003), « le parent est notamment motivé par une recherche de reconnaissance, liée aux failles narcissiques qui ont entaché son enfance. Dans cette hypothèse, il y a lieu de toucher l'enfant en souffrance, enfermé dans cet adulte, de lui permettre d'exprimer sa rage, les traumatismes subis, sa culpabilité, sa déception et cela afin de l'aider à échapper en partie à une emprise infantile ».

L'alliance et l'accrochage thérapeutiques ne sont pas toujours au rendez-vous de ces rencontres douloureuses et anxiogènes. En refusant tout tiers dans une démarche d'ouverture ou de médiatisation, les personnalités narcissiques ou paranoïaques accordent peu leur confiance et évitent ce type d'approche. Ainsi, les mères Münchhausen sont parfois sous l'emprise d'une telle conflictualité intrapsychique, qu'elles ne

parviennent pas à trouver des ouvertures et à renouer avec la réalité intersubjective, nécessaire au rétablissement d'une relation saine avec leur enfant. La résistance au changement et les troubles psychopathologiques enveniment alors les rapports thérapeutiques.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

En Europe, il n'existe pas de consensus sur la réalité de ce syndrome... Bon nombre de pédiatres, psychologues et psychiatres ne parviennent pas encore à prendre conscience que des mères puissent infliger de telles souffrances à leur enfant et refusent parfois même d'admettre avoir été ainsi mystifiés. Les conséquences somatiques et psychiques du syndrome de Münchausen par procuration sont pourtant graves, voire dramatiques, pour l'enfant qui en est victime.

Ce syndrome est significatif d'un trouble majeur de la relation parent-enfant dont l'étiologie concerne le dysfonctionnement psychique d'un parent en souffrance. Dans ce registre psychopathologique, la relation de la mère avec le corps médical s'aligne sur celle qu'elle entretient avec son propre enfant. Elle traite le soignant comme un objet qu'elle *instrumentalise* à l'image de son propre psychisme pathologique. Dans la forme classique du syndrome de Münchausen, le rôle de l'intervenant mystifié est prépondérant puisqu'il devient en quelque sorte maltraitant par délégation. Par son attitude et son discours, il prolonge en les validant les actes et les dires de la mère. Lorsqu'il découvre la supercherie, le professionnel est pris d'un réel malaise qui se retourne contre la mère. Il risque alors de la reléguer à ses fabulations, ses revendications et ses manipulations. En s'identifiant massivement au soignant et à l'enfant qui reçoit son attention spécifique, la mère tente de réparer les traumatismes vécus dans son enfance. L'allégation s'élabore comme un vecteur psychique dirigé vers l'intervenant qui représente pour la mère une figure parentale substitutive dont elle attend reconnaissance, réparation et amour. La mère devrait être entendue comme sollicitant le soignant à faire tiers séparateur dans sa relation à l'enfant. Mais pour se faire, l'intervenant ne doit pas rester seul avec ses interrogations et ses inquiétudes et doit pouvoir les partager avec des collègues et/ou une équipe spécialisée.

Les difficultés à détecter ce syndrome, sa rareté, les bizarreries cliniques, l'éclectisme des symptômes, les attitudes singulières de la mère, les relations qui se nouent autour de l'enfant, le rapport à la vérité diagnostique, l'aspécificité des preuves cliniques... engendrent les

mêmes questionnements chez les intervenants qu'il y a trente années pour les cas d'inceste. Dès lors que le praticien est désappointé par ce qu'il observe et marque son étonnement, il importe donc qu'il soit soutenu dans sa démarche de soins à l'enfant par une logistique diagnostique pluridisciplinaire.

L'ambivalence mortifère de la mère exerce une telle emprise psychique sur son enfant que ce dernier se prête au fonctionnement mental de son parent. En filigrane de cette toxicité du parent aliéné, se profile une immense angoisse de séparation, la peur archaïque de perdre l'autre et d'être abandonné. Étant donné la constellation d'émergence de cette perturbation relationnelle et l'organisation psychopathologique particulière du parent Münchausen, les traitements sont laborieux et conduisent à de nombreux échecs thérapeutiques.

Étant donné la complexité de la recherche de la vérité dans ces situations « troubles », la poursuite ou le traitement du parent « coupable » n'est pas toujours la priorité des intervenants. Il importe aussi d'évaluer le niveau de sécurité ou de danger pour l'enfant. En fonction de l'âge de l'enfant et de l'endoctrinement psychique qu'il subit au moment des faits, il ne lui est pas toujours possible de s'exprimer pour lui-même. Dès lors que l'enfant est en danger psychologique ou sous l'emprise du discours délirant de son parent, la question de son éloignement doit être envisagée.

La médiatisation et la supervision judiciaire protectionnelle sont donc nécessaires à l'établissement d'un contrat thérapeutique. Cette intervention tierce vient trianguler au sein même de la relation mère-enfant et signifie pour l'enfant qu'il peut enfin vivre au-delà de cette frontière fusionnelle que sa mère a créée pour lui.

BIBLIOGRAPHIE

AMARILLI P., PATRIS M. (1995). « Le syndrome de Münchausen. Enquête sur un malade au-dessus de tout soupçon », *Annales médico-psychologiques*, 153 (7), 433-440.

ASHER R. (1951). « Münchausen's syndrome », *Lancet*, 1, 339-341.

BELTRAND C. (1996). « Le syndrome de Münchausen par procuration », *Le Car-net Psy*, 16, 16-19.

BELTRAND C., SIMONNOT A., MAZET P. (1997). « Le syndrome de Münchausen par procuration. Forme étrange de maltraitance à l'égard de l'enfant », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45 (4-5), 180-189.

BINNET E., WEIGEL B., DANON G., LE NESTOUR A. (2000). « Le syndrome de Münchausen par procuration. Essai de compréhension psychopathologique », *Psychiatrie de l'enfant*, XLIII (1), 55-108.

DE BECKER E., DE LAVELEYE A. (2001). « L'allégation d'abus sexuel : une forme atypique du syndrome de Münchausen par procuration », *Acta Psychiatrica Belgica*, 101 (1), 5-23.

DE BECKER E. (2003). « Allégations d'abus sexuels dans les contextes de séparation parentale : une forme atypique de "Münchausen par procuration" », *Direm*, n°55, ONE, 4-13.

GARDNER R. A. (1997). « The spectrum of parental alienation syndrome. Part I and II », *American Journal of Forensic Psychology* ; 15 (3) 23-52 et 15 (4), 39-92.

LIBOW J. A. (2002). « Beyond collusion : active illness falsification », *Child Abuse and Neglect*, 26, 525-536.

MEADOW S. R. (1977). « Münchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse », *Lancet*, 2, 343-345.

MEADOW S. R. (1982). « Münchausen syndrome by proxy », *Arch. Dis. Child*, 57, 92-98.

MEADOW S. R. (1995). « What is and what is not Münchausen syndrome by proxy ? », *Archives of Disease in Childhood*, 72 (6), 534-538.

MEADOW S. R. (2002). « Different interpretations of Münchausen Syndrome by Proxy », *Child Abuse and Neglect*, 26, 501-508.

ROSENBERG D. (1987). « Web of deceit : a literature of Münchausen syndrome by proxy », *Child Abuse and Neglect*, 11, 6547-6563.

SCHREIER H. A. (1992). « The perversion of mothering : Münchausen syndrom by proxy », *The Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 421-437.

SCHREIER H. A. (1996). « Repeated false allegations of sexual abuse presenting to sheriffs : when is it Munchausen by proxy ? », *Child Abuse and Neglect*, 20 (10), 985-991.

SERRANO J., WETZBURGER C., EVRARD P. (1985). « Méthode thérapeutique pour le syndrome de Münchausen par procuration », document Inédit.

THIBAUD D. (1996). « Le syndrome de Münchausen par procuration », *Annale de pédiatrie*, 43, n° 6, 456-463.

VAN GIJSEGHEM H. (2002). « Le syndrome de l'aliénation parentale », conférence, faculté de médecine de Namur.

Chapitre 32

L'audition judiciaire du mineur victime d'agression sexuelle : approche criminologique

Bernard Vilamot, Jean-Michel Breton, Marc Passamar
et Olivier Tellier

L'AUDITION DU MINEUR n'est qu'une partie de la procédure, elle n'est pas systématique en particulier quand la victime n'a pas accès à la parole.

La formation à l'interrogatoire est essentielle et les modalités du recueil de la parole de l'enfant doivent être impérativement respectées. Le discours libre doit être systématiquement recherché.

Il existe classiquement une congruence entre les faits, la forme et le fond du discours, l'environnement de l'enfant, le mode relationnel, et les conséquences attendues des faits

Il faut rester très humble quant à l'affirmation ou non de crédibilité, seule l'enquête peut trancher, encore faut-il qu'elle soit faite. Ce sont souvent des enquêtes difficiles, chronophages, mal considérées en rapport aux affaires réputées plus nobles de grande criminalité ou financières. Elles représentent néanmoins le lot quotidien des enquêteurs.

Deux aspects seront envisagés, strictement interdépendant : l'enquête et la parole de l'enfant. Dans le cadre de l'enquête, seront détaillés : les conditions générales de l'enquête, ses phases, le rôle de l'enquêteur, le type d'entretien.

Dans le cadre de la parole de l'enfant, seront détaillées les conséquences des facteurs qui influencent la parole de l'enfant, l'analyse des facteurs dits de crédibilité du discours pendant l'audition et pendant l'expertise.

LEXIQUE

- Configuration de l'audition : ce sont les professionnels présents et les moyens utilisés lors de l'audition du mineur.
- Discours sur les faits : c'est le discours qui concerne les faits.
- Discours hors les faits : c'est le discours qui ne concerne pas directement les faits.
- Enquêteur : OPJ, officier de police judiciaire ; APJ, agent de police judiciaire.
- Hypothèse alterne : c'est l'autre ou les autres hypothèses qui pourraient être formulées face aux faits allégués.
- Mis en cause : auteur, co-auteur ou complice supposé.
- Plaignant : personne qui engage une action ou une poursuite.
- PTSD (*posttraumatic syndrom disorder*) : seront utilisés dans la même acception : névrose traumatique, ou syndrome psychotraumatique, en référence aux travaux européens.
- Le « véridique », « le mensonger » : ces termes seront utilisés pour qualifier le discours du sujet qui dit la vérité ou ment par rapport à la réalité vécue. Nous n'avons pas accès à cette réalité. De principe, les discours entre le mensonger et le véridique seront différents (Undeutsch, 1967) et c'est sur cette différence que nous nous penchons.
- Victime : victime supposée.

L'ENQUÊTE

Pour échapper à l'erreur judiciaire éventuelle ou à l'impuissance de la justice, le droit de la preuve lors d'une procédure judiciaire revêt une importance capitale.

Du début du procès pénal jusqu'à sa fin, tous ceux qui collaborent à une justice répressive sont préoccupés par la recherche et l'exploitation des moyens de preuve.

La protection de l'enfance en danger est, en droit français, du ressort judiciaire et non administratif.

En effet l'article 375 du Code civil prévoit que « si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducatives peuvent être ordonnées par la justice, à la requête : des parents conjointement, de l'un deux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié, du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public ». Dans les cas de maltraitance, même hors signalement des services sociaux ou scolaires, le procureur apprécie parallèlement à l'enquête pénale les conditions de protection du mineur.

L'une des spécificités de la maltraitance, notamment sexuelle, chez les mineurs est la difficulté qu'auront les magistrats et enquêteurs à aborder sereinement les cas qui leur seront confiés souvent (avec une formation professionnelle spécifique limitée). Ils devront prendre des décisions lourdes de conséquences dans un contexte moins simple qu'une enquête traditionnelle.

Depuis de nombreuses années, bien avant la promulgation de la loi du 17 juin 1998, les magistrats et les officiers de police judiciaire mesurent la lourdeur de la procédure pénale due à la complexité des dossiers, aux expertises de personnalité à réaliser (victime comme auteur), à la volonté de prendre en compte tous les aspects du problème.

La majorité d'entre eux militent contre tous les comportements qui peuvent augmenter le traumatisme de la victime : la multiplication des auditions et confrontation, les délais de traitement trop long, la non-prise en compte de la parole et des intérêts de la victime, les mesures de placement mal évaluées...

La majorité des dossiers traités par les juridictions portent sur des agressions sexuelles. Afin d'essayer de diminuer les effets néfastes de la procédure cités plus haut, la loi prévoit certaines dispositions favorables à l'enfant victime de ce genre d'infraction : statut de mineur victime, prescription plus réduite, audition filmée du mineur, expertise de la victime et de l'agresseur, désignation d'administrateur *ad hoc*...

Toutes ces nouvelles dispositions, pour qu'elles soient efficaces, doivent être appliquées par des professionnels qui travaillent en réseau en respectant la place et le statut de chacun dans la procédure judiciaire.

Dans la grosse majorité des affaires de violences sexuelles sur mineurs, l'absence de preuve matérielle et de témoin direct ramène l'essentiel de la procédure à la parole de l'enfant contre la parole de l'agresseur.

La difficulté de cette partie de l'enquête doit amener chaque acteur de la procédure à réfléchir à son action. Les enquêteurs se doivent d'être formés, préparés et volontaires. L'aide d'un « psy » avec plusieurs niveaux d'action peut se révéler essentielle pour prendre en compte le

plus idéalement possible la parole de l'enfant victime lors de son audition filmée.

DÉROULEMENT D'UNE ENQUÊTE JUDICIAIRE PORTANT SUR DES VIOLENCES SEXUELLES COMMISES SUR MINEUR

► La saisine

Le service enquêteur peut être saisi par trois modes différents :

- le *signalement* transmis par le procureur de la République compétent, qui fournit tous les éléments utiles à l'enquête et notamment tous les éléments permettant d'évaluer l'urgence du traitement des faits révélés ;
- les *dénonciations* faites par des tiers portant à sa connaissance des faits d'atteintes ou d'agressions sexuelles sur mineur dont les services enquêteurs rendent compte immédiatement au procureur de la République (article 40 du CPP) ;
- les *déclarations d'un mineur* qui se présente spontanément auprès d'un service enquêteur pour déposer plainte ou même signaler les faits d'atteintes ou agressions sexuelles dont il aurait été victime.

► L'enquête d'environnement

Elle s'effectue dès la réception de l'information d'agression sexuelle : signalement, plainte, rumeur, dénonciation. À notre avis, elle devrait se mener en étroite collaboration avec le « psy » et portera tant sur l'enfant que sur l'agresseur présumé s'il est connu.

Elle est impérative et doit être la plus complète possible.

Elle permet tout d'abord de s'informer sur la situation du mineur : de s'informer sur sa situation familiale, scolaire, ses relations sociales, sa pratique de loisirs et de sports. Tous les antécédents avec l'Aide sociale de l'enfance, la direction de la Solidarité, la justice et autres administrations doivent être connus tant en ce qui concerne l'enfant que sa famille. Elle permet également de connaître le ressenti de l'enfant depuis la révélation, de savoir quels sont les adultes ou enfants informés des faits. L'attitude du jeune face à la justice et aux forces de l'ordre doit être connue.

Dans le cas d'une agression présumée par l'un des deux parents, il convient d'essayer de connaître en ce qui concerne l'enfant et l'autre parent :

- en ce qui concerne l'enfant :
 - ➔ quels sont ses liens avec le présumé agresseur ?
 - ➔ enfant naturel, adopté, famille reconstituée, placement... ?
 - ➔ quels sont les liens affectifs ?
 - ➔ l'enfant en a-t-il peur ?
- en ce qui concerne l'autre parent :
 - ➔ quelle est son attitude face à l'enfant ?
 - ➔ quelle réaction face à la révélation de l'affaire ?
 - ➔ peut-on être assuré de sa collaboration ?
 - ➔ peut-on craindre une intimidation ou des pressions sur l'enfant ?

L'enquête d'environnement permet également de s'informer sur l'agresseur présumé : il convient de définir l'environnement familial, relationnel et professionnel du possible mis en cause. Il s'agit de repérer tout passé de délinquant traditionnel, délinquant sexuel, de victime d'infractions pénales ou de maltraitances, de victime d'agression sexuelle.

Si la personne a déjà été repérée comme agresseur sexuel, il conviendra d'essayer de définir à quelle typologie d'agresseur il appartient, quels modes opératoires il a utilisés, à quel type de victime s'est-il « attaqué » et comment les a-t-il recrutés. Effectuer des investigations sur la personnalité de l'agresseur permet de recueillir des informations essentielles pour la conduite de l'entretien filmé, il ne faut donc pas négliger cet aspect de l'enquête.

L'enquête d'environnement s'effectue au travers de l'audition des proches, de vérifications auprès des administrations, de contacts avec les travailleurs sociaux de secteurs, scolaires, justice et avec les enseignants. C'est ici que le travail réseau, formalisé, structuré est important.

Le « psy » peut être associé à cette enquête notamment pour tous les contacts avec les médecins ayant pu rencontrer l'enfant (famille, scolaire, hôpital, PMI...).

Ensuite, il convient de faire le tri et de s'échanger les informations.

► L'audition filmée du mineur victime

● *Données générales*

Deux enquêteurs assurent l'audition. L'un mène l'entretien avec le mineur, l'autre gère à la fois les aspects techniques de l'enregistrement et supervise l'audition.

La loi de 1998 fixe le déroulement de cet entretien. Elle a instauré l'enregistrement vidéo de l'entretien, dit « audition Mélanie », prénom de la victime avec qui avait été pratiqué ce protocole la première fois sur l'île de La Réunion. Le plan vidéo est obligatoirement en plan fixe, centré sur l'enfant qui est vu de pied en cap. Aucun zoom n'est pratiqué (effet de pseudo-dramatisation, modification du perçu de crédibilité...). À défaut d'enregistrement vidéo (panne, absence de matériel...), l'enregistrement en simple audio est réalisé. Cette occurrence peut être demandée par la victime supposée. Dans notre expérience, cette situation a été exceptionnelle, demandée par des adolescentes, sans aucun lien avec d'éventuels faits de diffusion d'images pornographique ou affectant la dignité du mineur, le plus souvent en lien avec une hypothèse alterne vis-à-vis des faits. Il n'est donc pas recommandé de satisfaire une telle demande.

● *Les participants autres que les enquêteurs*

Cette loi prévoyait la présence possible d'un tiers. Dans le Tarn, a été mis en place un dispositif dans lequel, un « psy », dans un cadre missionnel bien délimité, participe à l'audition du mineur victime.

La formation départementale sur la prise en charge des femmes victimes de violences, depuis 1994, avait préparé le terrain de ce partenariat, qui a trouvé un cadre légal avec la loi de 1998. Dès cette date, des formations conjointes : magistrats, psychiatres experts judiciaires du département, forces de l'ordre et travailleurs sociaux ont permis la mise en place de protocoles départementaux d'articulation, vis-à-vis des mineurs victimes d'agressions sexuelles. L'implication du parquet fut déterminante. Cette organisation, à nulle autre pareille à un niveau départemental, a permis des progrès très rapides, à la fois au niveau technique et partenarial. Chacun a bénéficié de l'expérience professionnelle de l'autre qui venait alors enrichir la connaissance dans le rôle spécifique de chacun. Le réseau s'est ainsi constitué à partir d'objectifs communs formalisés autour de la notion de gain de temps (raccourcissement des délais) et d'efficacité (diminution des classements sans suite). Si les enquêteurs disent que cette expérience a modifié leur

façon de travailler, il en est de même pour les experts, qu'ils fussent psychiatres ou psychologues. Si ce dispositif reste liés à l'implication des Parquets, et peut varier au gré des changements, il reste un acquis, une habitude de travail et de réflexion qui se transmet et s'entretient.

En pratique, nous avons construit les règles de l'intervention du tiers sur la base de notre expérience du Tarn et de la littérature (Saint Yves, Vrijj, Van Gijsegheem) en la matière, à savoir :

- le tiers présent est psychiatre ou psychologue, il pratique des expertises, il est formé à ce type d'entretien ;
- il peut participer à l'évaluation de l'enquête d'environnement (repérage des symptômes, guide pour l'entretien, contact avec les soignants...) ;
- il n'interroge jamais les faits (c'est le rôle de l'enquêteur) ;
- il prépare toujours une question neutre au cas où l'enquêteur lui passe la parole, en particulier quand l'enquêteur a besoin d'un peu de temps de réflexion (l'audition du mineur est un exercice difficile, il est parfois nécessaire à l'enquêteur de reprendre ses marques) ;
- il n'est pas suggestif (les mêmes conditions de l'entretien s'imposent également au « psy ») ;
- il ne reprend pas les questions de l'enquêteur (confiance dans son binôme, chacun son rôle) ;
- il ne contredit pas l'enquêteur (ce qui revient à l'invalider) ;
- il ne parasite pas la stratégie d'audition de l'enquêteur (une audition est préparée à l'avance, une stratégie par étapes est donc dégagée en fonction du dossier) ;
- il peut proposer une pause quand l'audition se passe mal afin de réfléchir à sa configuration avec l'enquêteur. Le regard de l'enfant peut parfois donner une bonne orientation pour la configuration de l'entretien :
 - ➔ regards caméra fréquents : changement de configuration, prolongation de la phase de mise en confiance nécessaire (le plus souvent) ou incompréhension de l'enfant ;
 - ➔ regards glace sans tain (s'il y en a une) : obturer la vitre, proposer une configuration avec le seul enquêteur, réinformer sur les personnes présentes ; l'entourage n'est jamais présent derrière la vitre ;
 - ➔ regards alternatifs posés sur l'enquêteur et le « psy » : la présence de deux adultes pose problème à l'enfant, le « psy » quitte la salle ;

- ➔ regards persistant sur le stylo de l'enquêteur ou rythme son discours sur la vitesse d'écriture : l'enquêteur stoppe toute note.

Dans le Tarn, les enquêteurs dans leur très grande majorité sont très favorables à la présence d'un tiers professionnel psy, cette présence les rassure et les soulage de la prise en compte des émotions et ressentis du jeune par ce professionnel. Si la place de chacun est respectée, cette pratique est enrichissante et permet des auditions de qualité. Les experts ont modifié leurs techniques d'entretien, la qualité des expertises a été clairement améliorée.

● *Les qualités requises de l'enquêteur*

L'enquêteur, homme ou femme (le genre n'a aucune importance) doit avoir des connaissances, sur le développement de l'enfant, sur les troubles associés aux agressions sexuelles, sur le fonctionnement psychologique du mineur victime, sur les techniques d'entretien non suggestif, sur les différentes typologies d'agresseurs sexuels. Il se doit d'enrichir ses connaissances par l'analyse de ses pratiques, la formation continue et la lecture de publications.

Il se doit d'être professionnel dans ses pratiques en offrant un cadre accueillant, améliorant ses aptitudes à communiquer, en ayant une démarche d'analyse et d'évaluation. Il doit savoir écouter les critiques et être capable de rééquilibrer son approche. Il doit pouvoir observer le comportement et les attitudes de la victime en évitant de les interpréter. Il sait utiliser les mots de vocabulaire de la victime sans être gêné ou dérangé. Il s'adaptera, sera prêt à tout entendre, restera neutre mais pas indifférent. Il veillera à éviter le stress et ne pas se laisser envahir par les émotions.

Il ne suffit pas d'être, formé, volontaire et être un bon professionnel pour réussir dans la conduite d'audition de mineurs victimes de violences sexuelles. La personnalité de l'enquêteur a une grande importance, il devra faire preuve de réelles aptitudes relationnelles en étant disponible à la victime, en sachant la mettre à l'aise, la rassurer, l'encourager, l'accompagner dans la révélation en obtenant sa confiance et sa coopération.

De plus, il est important de préciser que cet enquêteur devra se sentir à l'aise avec sa sexualité, à être prêt à tout entendre en se rappelant que l'on est dans le domaine de la violence de l'impensable.

Il doit n'avoir aucun problème avec son image car il est filmé.

Bien évidemment ce qui est valable pour l'enquêteur l'est également pour l'éventuel tiers professionnel intervenant dans l'audition.

► Les règles générales de l'entretien

L'audition du mineur répond à des modalités d'exécutions simples mais à ne jamais oublier.

L'enquêteur devra s'exprimer simplement en privilégiant des phrases courtes adaptées au niveau de développement et aux capacités de langage de l'enfant.

L'entretien est mené pour partir du global vers le particulier, par étapes successives en veillant à aborder les questions délicates en fin d'entretien. Le récit libre sera favorisé et précédera les questions ouvertes qui seront préférées aux questions orientées. En tout état de cause, il conviendra d'éviter les interrogations entraînant des réponses par « oui » ou par « non » afin d'éviter les effets d'imitation, de séduction, de refus, d'opposition et toute suggestibilité.

La prise en compte des manifestations non verbales présente un certain intérêt (cf. *infra*), elles doivent être observées et mises en parallèle avec le contenu du discours.

L'entretien doit être dirigé par l'enquêteur qui doit en atténuer la pénibilité pour l'enfant. Il faudra savoir faire une pause ou stopper l'entretien pour mieux reprendre. Il faudra aussi s'interroger sur les difficultés à faire tomber les défenses psychologiques et qu'éventuellement la révélation puisse intervenir plus tard dans de meilleures conditions. Il convient de ne pas perdre de vue que la sauvegarde de l'intégrité du mineur constitue une priorité et qu'obtenir la parole de l'enfant dans la procédure est essentiel mais pas vital.

► Considérations concernant l'audition

● Le lieu

Le lieu d'audition est clairement défini quand il est situé dans les locaux (appropriés) de la gendarmerie ou de la police nationale.

Un enfant, dès trois ans, repère la fonction de son interlocuteur et la relation hiérarchique entre adultes. Il n'est pas adapté de créer des salles « Mélanie » dans les hôpitaux ou d'autres lieux. Ces enfants ne sont pas des malades, ils sont victimes, quand ils le sont, ou de l'auteur supposé, et/ou de leur entourage (parole induite). Ils ne sont pas « traumatisés » de venir à la gendarmerie ou au commissariat (sous réserve d'anticipation des conditions d'accueil).

Il n'existe pas de structure neutre (structures neutres préconisées par le rapport Viout, il existe des lieux pensés pour l'entretien avec

un mineur, l'accueil de l'entourage, et des professionnels compétents bien repérables dans leur fonction. Il est logique qu'un policier travaille dans un commissariat, qu'un gendarme travaille dans une gendarmerie. Révéler des faits à la justice n'est jamais neutre, il est logique d'avoir à faire à la police ou à la gendarmerie nationale qui ont un rôle de répression, mais aussi de protection (classique « Police Secours »). La recherche d'autres structures comme lieux d'audition nous paraît surtout liée à l'éventuelle implication non priorisée des hiérarchies des forces de l'ordre dans ces affaires et à la suspicion des autres professionnels non enquêteurs vis-à-vis la qualité des prestations fournies. Chaque professionnel doit s'interroger sur la qualité de son propre travail et non sur celle d'autrui (consigne impérative pour tout travail en réseau).

Ce lieu approprié comporte une salle d'audition proprement dite dont le mobilier comporte une table, des chaises de taille normale. Le plateau rond permet de se déplacer autour afin de trouver la bonne distance interpersonnelle avec le mineur. Les chaises ne sont pas munies de roulettes. La table est utilisée pour les plus grands (enfant en CE2 ou plus, adolescents). Pour les plus petits, seront préférés des fauteuils bas déplaçables, installés en coin. Ils entourent un tapis de sol. Jouets de type empilements, feuilles A3 et A4, feutres de couleur lavables complètent le dispositif (les jeux type « Lego » sont à éviter, ils accaparent trop l'attention ou « énervent » quand ils s'encastrent difficilement). Le matériel technique d'enregistrement n'est pas situé dans cette salle. Une salle d'attente est aménagée à distance du lieu d'audition. Une glace sans tain n'a pas d'intérêt (l'entretien est suivi sur le moniteur).

● *Le rôle de l'enquêteur qui mène l'entretien*

L'entretien par étapes successives selon J.-C. Yuille comporte sept étapes :

1. mise en relation (mise en confiance) ;
2. discussion concernant le principe de la vérité ;
3. introduction du sujet de l'entrevue ;
4. récit libre ;
5. questions ouvertes ;
6. questions spécifiques (si nécessaire) ;
7. l'utilisation d'objets servant de support à l'entrevue (si nécessaire).

D'autres étapes sont rajoutées.

Toute l'information doit venir de l'enfant, il s'agit d'être patient, non suggestif, et de s'adapter aux besoins de l'enfant. La durée moyenne d'un entretien est de 45 minutes, la durée est réduite pour les petits (autour de 20 minutes).

● Accueil

C'est une phase qui précède la mise en confiance, c'est l'entrée de la victime dans la procédure. Il est essentiel que le professionnel menant l'entretien accueille l'enfant (rôle de l'OPJ interviewer, le premier contact ; bonjour, main tendue... se fait avec l'enfant et non avec l'accompagnant). Lors de cet accueil, il faut s'assurer de la séparation avec l'accompagnant (autre OPJ ou psy, l'OPJ qui fait l'audition reste avec l'enfant, ce n'est plus le moment de recueillir des informations auprès de l'accompagnant). L'enquêteur fait visiter les lieux à l'enfant, lui montre le matériel d'enregistrement, lui offre une boisson, s'assure de son confort et qu'il n'a pas besoin d'aller aux toilettes, c'est alors l'accompagnant qui l'y amène. Il convient de laisser l'enfant prendre possession des lieux (rôle des jeux pour les petits)

● L'étape de mise en confiance ou de mise en relation

C'est une étape essentielle qui occupe une grande partie de l'audition ; des étapes de mise en confiance de quelques minutes sont inadaptées. La carence de cette étape ne permet aucune analyse de crédibilité car elle fournit un discours de référence de l'enfant, dans sa forme, son vocabulaire usuel, sa construction, ses hésitations, ses émotions... Une façon simple de procéder est de remonter l'histoire de l'enfant (hors les faits), individuelle, avec la fratrie, l'entourage familial et relationnel, l'école. Cette étape doit déboucher sur un échange avec l'enfant, les questions en format de réponse oui/non sont donc à proscrire. L'enfant doit pouvoir se raconter dans différentes situations, relater au moins deux événements, éprouver des émotions et être accompagné dans cet éprouvé par l'enquêteur. Des événements marquants pour l'enfant (thèmes issus de l'enquête d'environnement) qui n'ont rien à voir avec les faits supposés sont évoqués. Le contact de l'enquêteur est de type empathique, à distance suffisante (ni trop proche, ni trop distant). Dans cette étape il ne prend pas de note. Il informe l'enfant des différentes étapes de l'entretien en fonction du niveau supposé de compréhension de celui-ci : « Maintenant on va parler ensemble, faire connaissance, mieux se connaître, on va parler de toi de petit à maintenant... puis on parlera du pourquoi tu es venu... » L'accent est mis sur la parole et non sur le

jeu. Avec les plus grands, la présentation se fait avec des mots simples, des phrases très courtes. Il leur est d'emblée annoncé la structure de l'entretien sur les faits (cf. *infra*)

Au sein de cette étape sont également repérés (et notés par le tiers présent ou l'enquêteur superviseur) :

- le vocabulaire de l'enfant afin de s'y adapter ;
- le type de construction de phrases, les capacités d'associations entre deux idées, l'initiative dans la prolongation ou le changement de thème ;
- le maniement des conjugaisons (temps présent, passé et éventuellement futur) ;
- le maniement des pronoms personnels (je, il, on, nous), et possessifs (mon, ma, mes, ses...) ;
- le maniement des locutions (après, puis, lorsque...) ;
- l'existence de justifications (car, parce que, donc, c'est pourquoi...), de phrases négatives (ne... pas) ;
- la capacité à compter, à se repérer dans le temps, l'espace ;
- l'attitude de l'enfant ou du mineur et son évolution au cours de l'entretien ;
- la capacité à fixer son attention, à la détourner par le matériel (feutres, papiers, jouets) utilisés pour la médiation éventuelle (pour les petits avant CE1) ;
- la réponse aux tests de suggestions ;
- le type de réponse quand il ne connaît pas la réponse à une question posée, quand il ne veut pas répondre ;
- la manifestation d'émotions et la capacité à verbaliser le pourquoi de ces émotions.

L'entretien sur les faits ne peut débiter que lorsque le contact est établi. Souvent des détails attestent de ce contact : enlève le manteau, tutoie, se décontracte...

● Discussion concernant le principe de la vérité

Par expérience, nous ne recommandons pas cette étape. Le « mensonger » sait qu'il va mentir et cela ne l'affectera pas. En revanche, vis-à-vis du « véridique », c'est un rappel paradoxal à la loi, qui peut « fermer » le plaignant, ce d'autant qu'il a été soumis, pour les faits en cause, à une relation d'emprise. Nous avons constaté, que quelles

que soient les formes de ce rappel à la vérité, cela ne modifiait pas le discours de l'enfant « mensonger » ou empêchait le « véridique ». La pression exercée par l'entourage s'est déjà exercée avant l'audition, la recommandation de dire la vérité ne saurait s'opposer à cette pression. L'effet dramatisant d'une telle injonction va inhiber le discours de l'enfant, ce qui empêchera de repérer la construction du discours qui ne viendrait pas de la mémoire, faute de discours.

● Introduction du sujet de l'entrevue

La majorité des mineurs savent pourquoi ils sont entendus. Une faible minorité le découvre au moment de l'entretien et c'est la situation la plus délicate. Il convient de ne jamais nommer ou suggérer le ou les mis en causes éventuels, de ne pas faire référence aux faits, aux propos de pairs ou de proches ; ceci doit venir du mineur.

La question : « Sais-tu pourquoi tu viens aujourd'hui... ou : « Qu'est-ce que t'as dit [l'accompagnant(e)] du pourquoi tu venais ici... » suffit en général à introduire l'étape. Certains répondent par la négative quand ils ne veulent pas parler (on prolonge alors la phase de confiance), ou bien quand ils ne savent pas pourquoi ils sont là. L'enfant connaît très tôt ce qui est autorisé ou non, normal ou non. Sa participation active à des faits d'agression ne signifie pas qu'il n'a pas conscience de l'anormalité de la situation ; dès l'âge de trois ou quatre ans, les enfants repèrent cela. Dès lors, on revient dans la biographie que l'enfant a déjà abordée et on centre l'entretien sur les protagonistes éventuels, sans en incriminer un particulièrement : « On va parler maintenant de tes frères et sœurs... de ta mère et de ton père, et de leurs amis... » Patience, reste le maître mot dans de telles situations.

● Récit libre

Quand le mineur sait pourquoi il vient, ou qu'il commence à aborder les faits, on lui indique la technique de l'entretien centrée sur l'impératif du discours libre (le tutoiement est employé pour le petit enfant jusqu'au CE2, le vouvoiement pour les adolescents, on demande à l'enfant si l'on peut le tutoyer pour les âges intermédiaires) : « Tu vas me dire tout ce qui est important pour toi et important que je sache. Je ne te poserai des questions qu'après. Je vais noter tout ce que tu me dis... » Si les faits sont uniques et la date connue (exemple viol unique), il est demandé de décrire précisément 12 heures avant et après les faits, sans questions de l'enquêteur, ou bien la journée à partir du moment où il (elle) a posé le pied par terre le matin... toujours sans questions de l'enquêteur.

L'entretien en « question-réponse » est à bannir. Il n'est pas demandé de parler « de ce qui s'est passé », « de l'événement », « des faits » sous peine que le mineur ne parle uniquement que des faits. La question initiale doit être la moins spécifique possible, d'où le recours à la notion de « important », qui incitera le mineur à aborder d'autres éléments que les faits eux-mêmes, importants pour lui. Ainsi, la consigne sur ce qui est « important », ne doit donc pas générer des propos sur ce qui ne l'est pas (cf. *infra*).

L'enquêteur relance le discours libre par un hochement de tête incitateur à poursuivre, par des mots comme « je t'écoute... continue, vas-y... hum, hum... ». Dans cette phase, l'attitude de l'enquêteur est strictement neutre.

Chez l'enfant petit, le récit des faits se résume à quelques phrases.

Ce n'est uniquement que lorsque le discours libre et totalement tari que des questions peuvent être posées. À partir de la première question posée, le récit sur lequel portera l'analyse en crédibilité est terminé.

● Questions ouvertes

Quoi qu'il en soit, les premières questions ne doivent pas être suggestives. Il convient de « vider » toutes les phrases du discours libre en demandant des précisions à partir strictement du mot à mot du mineur (c'est pour cela que le discours libre doit être retranscrit dans son intégralité par l'enquêteur, sous peine de ne pas se rappeler du strict mot à mot). Les phrases longues comportant plusieurs informations sont tronquées (sinon l'enfant répond sur la dernière partie). Si la phrase comporte *a* puis *b*, et que nous demandons des précisions sur l'ensemble de cette phrase, l'enfant va répondre sur *b* : « Si j'aurais pas allé, ça serait pas passé », se tronque en « si j'aurais pas allé » et « ça serait pas passé ». La question est : « Tu me dis “si j'aurais pas allé”, précise... raconte plus, davantage... ? » La question suivante est : « Tu me dis que ça serait pas passé, précise... Raconte plus, davantage... » Les fautes de grammaire, les mots bizarres, vulgaires sont repris tels quels avec le même phrasé que celui utilisé par le mineur pour demander des précisions : « Gérard est arrivé et il m'a trouffigné » « Tu me dis il m'a trouffigné, précise... ? », etc.

Chaque phrase du discours libre est ainsi « vidée », les nouvelles précisions sont toujours demandées par stricte reproduction du vocabulaire et phrasé du plaignant. La mémoire étant contextuelle, cette technique permet de revenir sur une phase précise de l'entretien, même s'il a eu lieu une heure avant, ou *x* jours avant.

Les questions ouvertes (qui ne comportent aucune indication sur la réponse attendue) suivent afin de préciser les éléments de l'infraction éventuelle « qui, quand, comment, où, combien... »

● Questions spécifiques

Elles peuvent suivre pour caractériser l'infraction ; par exemple pénétration digitale ou non en cas d'attouchement, précisions sur l'objet utilisé, etc.

► L'utilisation d'objets servant de support à l'entrevue (si nécessaire)

Nous déconseillons cette étape. Les outils servant de médiation à la parole sont soit suggestifs, soit minimisants. Il en est ainsi des poupées anatomiques (sexuées) qui doivent être abandonnées (Cecci, Bruck, 1998), des planches anatomiques, des dessins produits par l'enfant qui réduisent en général les faits au montrer de l'entrejambe (Poole, Bruck, Pipe, 2011). Le seul apport valable est fait par le discours de l'enfant. Ce discours ne doit pas être interprété, a fortiori ses attitudes. Si l'enfant ne peut pas parler, il n'y a pas d'audition (enfant autiste, trop jeune, un certificat est alors délivré par un médecin expert), ce qui ne veut pas dire pas d'enquête. L'audition, nous le rappelons, n'est pas l'élément essentiel de l'enquête. Certains enfants n'ont pas accès à la parole, du fait de leur âge, de leur pathologie. Cependant des enfants déficitaires peuvent fournir une audition de qualité (Henry).

Des poupées non sexuées ou poupons peuvent être utilisés dans l'entretien, mais uniquement lorsque la parole sur les faits a déjà été clairement délivrée, du moins en partie. L'objet transitionnel de l'enfant n'est jamais utilisé à ces fins.

► Clôture de l'audition

Elle permet de redéfinir les attentes de l'audition et de faire une synthèse de ce qui s'est dit et réalisé. Toujours laisser le dernier mot à l'enfant, lui demander s'il n'a plus rien à ajouter ou ce qu'il en pense, il doit pouvoir poser toutes questions utiles pour lui.

► Bilan – synthèse

Il convient à l'issue de l'audition de discuter avec la victime du vécu de cette audition (impression, sentiment, ce qui est important pour elle), de la rassurer sur les conséquences.

Certains enfants ont peur d'être punis (où de perdre l'amour d'un adulte ce qui est équivalent, cette question peut être abordée directement avec le parent accompagnant).

Il peut être opportun de situer l'audition dans le processus judiciaire, d'expliquer ce qui va « arriver » ensuite ; auditions complémentaires, examen somatique général et de la sphère gynéco, bucco, anale, expertise médico-psycho-légale.

► La séparation

C'est un moment important, la victime doit garder un bon souvenir de l'audition (ce qui est pratiquement toujours le cas quand l'audition a été bien faite), c'est un moment de décompression, elle doit être remerciée.

► Moyens éventuels de protection

Au décours de l'audition, les moyens éventuels de protection de l'enfant doivent être discutés et si nécessaires mis en place immédiatement.

Les auditions « du vendredi à 17 heures » ne permettront pas de mettre en place des moyens adaptés. Le recours au placement immédiat peut en être le corollaire, faute d'interlocuteurs institutionnels hormis ceux de l'urgence (foyer de l'enfance, pédiatrie...). Cette situation de placement immédiat est en général très rare. En treize ans de pratique, nous n'y avons eu recours qu'à trois reprises (moins de 0,5 % des cas). Généralement, le parent ou entourage d'appui exerce cette protection. Encore faut-il s'assurer de leur capacité à l'exercer.

Il est donc judicieux d'anticiper les différentes issues de l'audition, ces éléments d'orientation peuvent apparaître dans l'enquête d'environnement. Il est préférable de réaliser une audition de mineur en début de semaine, plutôt qu'en fin de semaine, sauf urgence.

LA PAROLE DE L'ENFANT

► Les conséquences des facteurs qui influencent la parole de l'enfant

La parole du mineur peut être modifiée par le rapport à l'événement lui-même ou l'absence d'événement, le contexte et le vécu de l'événement (mais aussi par le vécu après l'événement, l'environnement et le contexte familial), le nombre d'agressions, le type d'agression, l'interrogateur.

● *Par rapport à l'événement*

Celui qui raconte un événement peut (Grégoire F) l'avoir vécu lui-même, l'avoir lu, l'avoir vu à la télévision ou au cinéma, l'avoir entendu de la bouche de quelqu'un d'autre, l'avoir rêvé, l'avoir inventé.

S'il ne s'est rien passé, si le mis en cause n'a rien commis, la structure du discours de la victime supposée sera modifiée (Undeutsch, 1967) (cf. *infra*).

● *Par rapport à l'interrogateur*

Nous avons simplement cité plus haut les conditions impérieuses du recueil de la parole de l'enfant (mais ce n'est pas spécifique au mineur), la nécessaire formation, l'habitude à gérer ce type d'affaires. Nous conseillons au lecteur de se reporter à l'ouvrage de Cecci pour approfondir cette partie.

● *Par rapport au contexte et le vécu de l'événement*

Par rapport à la relation avec l'auteur supposé

La relation d'emprise sans violence physique va induire une culpabilité diffuse, un sentiment d'être responsable, fautif, honteux, coupable et non victime.

L'association avec des violences physiques dirigées (avec ou sans relation d'emprise), va générer de la peur, de la terreur, la crainte des représailles. Les violences non dirigées (destructions de mobilier, coups de fusils dans la maison...) auront les mêmes impacts.

Par rapport à la présence d'un syndrome psycho-traumatique

Toute effraction traumatique génère de la culpabilité et modifie radicalement le fonctionnement de la victime. Il y a un avant et un

après les faits. Le syndrome de reviviscence s'opposera à la verbalisation des faits. Nous incitons le lecteur à se reporter aux ouvrages de L. Crocq (2006, 2007).

Par le nombre d'agressions

C'est la classique classification de Terr (1991) (tabl. 32.1) des symptômes liés à une agression unique (type 1) ou répétée (type 2). Nous notons que dans les agressions répétées, les signes évoqués mélangent les signes des agressions avec violence physique et avec relation d'emprise sans violence. Nous insistons pour spécifier que, lorsqu'un enfant a la mémoire blanche de son histoire d'enfance (amnésie prolongée sur la période de l'école primaire), c'est un enfant qui a subi la violence (Pynoos). Le fait d'être un simple témoin de violences (exemple des violences conjugales entre les deux parents) ne détermine pas ces phénomènes de répression des souvenirs. La mémoire blanche n'exclut pas les souvenirs traumatiques, qui représentent alors l'essentiel des souvenirs de l'enfant : le mineur n'a pratiquement pas de souvenirs de son histoire d'enfance, qui semble débiter pour lui quand il avait huit ou dix ans. Il ne s'agit pas d'une véritable amnésie, mais d'une répression des souvenirs et ceux-ci sont sélectifs. Ce cas de figure est rencontré lorsque le mineur présente un syndrome psychotraumatique. Par exemple, l'enfant peut se souvenir de l'école, mais de rien en ce qui concerne la maison en dehors des souvenirs de faits qui ont été traumatiques et qui se sont déroulés à la maison.

Tableau 32.1. Classification de Terr

Agression unique (type 1)	Agressions répétées (type 2)
Absence d'amnésie.	Amnésie de pans entiers de souvenirs d'enfance (mémoire blanche).
Absence d'inhibition de la pensée.	Amputation affective, émotionnelle et intellectuelle.
Poursuite des investissements scolaires.	Trouble du développement affectif et psychomoteur.
Fréquence de la reviviscence provoquée.	Dénégation du traumatisme.
Fréquence des cauchemars, des jeux répétitifs.	Mépris de la douleur et phénomènes d'auto-hypnose.
Trouble de la perception du temps.	Comportement auto ou hétéro-agressif.
Rareté des flash-back et reviviscences spontanées.	

► Par rapport au type d'agression

L'agression peut être de type mortifère ou par éveil sensoriel précoce. Lorsque les deux types se combinent, le mortifère domine.

● Agressions mortifères

Une agression sera dite mortifère, quand elle confronte la victime à sa mort potentielle et imminente pour les plus grands (enfants et ado), à son annihilation pour les mineurs de moins de 8 ou 7 ans.

Nous retrouverons en faveur de cette hypothèse :

- une mémoire blanche, quand les faits se sont répétés ;
- l'évitement particulier du regard :
 - ➔ absence de rébellion du mineur victime : c'est un regard évitant associé à une fixation transitoire mais de trop longue durée. La dominante est celle de l'évitement, la fixation du regard correspond à une captation du regard de l'interlocuteur par le mineur, et un final comme si ce mineur se noyait dans ce regard, puis il baisse les yeux. La fixation est d'abord scrutatrice (elle rappelle le regard que les tout-petits maltraités portent sur leur parent maltraitant en ne le quittant pas des yeux) ;
 - ➔ présence d'une rébellion du mineur victime : d'autres types de regard peuvent être rencontrés et en particulier chez l'adolescent qui a fini par se rebeller. À ce moment-là, c'est un regard fixateur dominant, expression de la rage intérieure. Les antécédents (souvent délictuels) et le comportement (fréquence des comportements hétéro-agressifs, des comportements d'opposition) contiendront cette dimension rageuse. Le discours sera d'ailleurs délivré sur ce mode, tout est dit très rapidement ;
- les décrochages et retour sur le traumatisme : le décrochage est cette suspension brutale de la parole, des mouvements. Seuls parfois les doigts ou les pieds bougent. Tête, tronc, racine des membres sont figés, ainsi que la mimique. Le regard est dans le vague. La durée est de quelques secondes. Ces décrochages précèdent la parole, sont souvent précédés, eux-mêmes, de phénomènes neurovégétatifs à type de rougeur ou de pâleur du visage, d'érythèmes (dits érythème pudique de la jeune fille). Parfois les larmes coulent ou les yeux s'embuent ensuite (l'émotionnel, quand il existe est postérieur au silence). Le questionnement reste sans effet, mais ils entendent vos paroles et

peuvent vous les restituer ensuite. Le retour dans la relation se fait par l'évocation de la reviviscence traumatique : « Ça revient... je pensais à ce qu'il me faisait... » en réponse à la question : « À quoi pensais-tu ? » Nous avons résumé ce retour dans l'entretien par « retour sur le traumatisme ». L'absence de questionnement immédiatement au décours des décrochages sur le contenu des processus de pensées conduit au silence. En présence de décrochages dans l'entretien, un syndrome psycho-traumatique devra, *a priori*, être retrouvé à l'examen ;

- les faits globalement verbalisés : la réticence porte sur les éléments les plus traumatiques (ce qui a été le plus traumatique pour l'enfant se retrouve dans la thématique évoquée du syndrome de répétition). Le déroulé dans le discours libre, est souvent escamoté (cf. *infra*) ;
- les erreurs de datation sont particulièrement fréquentes, ces erreurs ne doivent pas être considérées comme des marqueurs d'un discours non crédible. Le syndrome psychotraumatique témoigne de l'effraction psychique et de la confrontation au réel de la mort (Lebigot, 2001). Le temps est alors suspendu, les erreurs de datation un corollaire. Il faut bien sûr que ce syndrome soit typique pour que cette hypothèse de confusion de dates post-traumatiques soit retenue. D'où l'intérêt d'en connaître parfaitement la sémiologie fine (Crocq, 2006, 2007) ;
- le fatalisme et la dépression dominent quand il y a une absence de rébellion. Nous avons vu plus haut que la rage dominait quand la victime s'était fortement rebellée. Quand toute une fratrie est concernée par cette violence, c'est souvent un seul membre de la fratrie qui se rebelle (Perrone et Nannini, 1995) ;
- l'hypervigilance est la règle avec une difficulté pour filtrer ce qui est dangereux de ce qui ne l'est pas, une insomnie d'endormissement sévère, des réactions de sursaut exagéré, l'anticipation anxieuse vis-à-vis de tout événement et une sensation d'être sur le qui-vive à tout moment, des comportements d'évitement centrés sur des stimuli proches de l'agression.

Il existe aussi une dépendance affective correspondant à une recherche de sécurité qui justifierait la dénomination de dépendance sécuritaire, car elle prend simplement un masque affectif. Elle s'observe dans des liens affectifs exclusifs avec un petit copain, la fréquentation de sujets à l'image inquiétante (tatouages, piercings, coiffure, attitudes, chiens accompagnateurs...), le lien de grande proximité avec le parent maltraitant, marqué à la fois par l'avidité affective et les ruptures. Les victimes de viols en réunion sont souvent retrouvées ultérieurement dans des fréquentations à risque (groupes de jeunes désinsérés avec

chiens et alcoolisme sur la voie publique...) qui ont une fonction à la fois protectrice de par l'insertion au sein d'un groupe qui met autrui à distance et à la fois de vérification que la réalité devrait pouvoir être maîtrisée. Mais bien souvent, cela conduit à une victimisation *de novo*. Cette dépendance affective post-traumatique peut parfois être confondue avec un trait de personnalité abandonnique, tant que les faits d'agression n'ont pas été révélés. La victime vit la séparation comme un abandon et préfère maintenir cette relation plutôt que de la perdre, sous peine de se sentir totalement isolée. Ces relations nouvellement créées sont souvent délétères, marquées par une relation d'emprise du compagnon ou conjoint (exemple des adolescentes dans leurs premières relations affectives), qui a perçu ce besoin et l'utilise à des fins de satisfaction de ses propres désirs. En ce qui concerne les enfants plus jeunes, cette dépendance affective a souvent été interprétée comme la persistance (à tort) de liens d'attachement.

● Par éveil sensoriel précoce

Ce type d'agression s'observe dans les relations d'emprise, quand il y a confusion entre la tendresse et la sexualité. Le sentiment de responsabilité de la victime, conséquence de ce type de relation alimente la culpabilité et scelle le silence. Des activités masturbatoires fréquentes et répétées par l'auteur génèrent une sensation corporelle indescriptible par la victime, un des facteurs du silence. Les victimes clivent le vécu (honte, responsabilité, culpabilité) de la sensation (étrange, innommable, pas toujours désagréable, bien que réprouvée). Cette sensation est souvent l'un des facteurs de la récidive (bien sûr lié à l'adulte), l'enfant ne peut réitérer ce ressenti qu'avec l'auteur des faits lui-même tout en ayant la perception de l'interdit franchi, ce qui scelle également le silence.

Si les victimes évoquent souvent la puberté comme début de compréhension de l'aspect sexuel de la relation, la conscience de l'anormalité de la situation vécue et de l'interdit franchi apparaît très tôt dans l'enfance, souvent vers cinq ou six ans, voire avant.

En faveur de cette hypothèse d'éveil sensoriel précoce, nous retrouvons :

- la kaléidoscopie du contact en phase de mise en confiance (parfois Lolita, parfois femme, parfois enfant...). Ce mode particulier du contact s'installe dans les toutes premières minutes de l'entrevue. La victime cherche la distance interpersonnelle avec cet individu en face d'elle, qu'elle ne connaît pas. C'est le miroir de la kaléidoscopie du contact auquel elle a elle-même été soumise par l'auteur de la

relation d'emprise. La victime cale très rapidement sa distance avec l'interlocuteur, en fonction de l'attitude de ce dernier. Ces enfants seront ainsi très facilement repérables par des prédateurs, ce qui va favoriser les victimisations ultérieures ;

- la minimisation des faits est très fréquente. Souvent les interactions décrites du discours libre ne comportent pas de « fin » (cf. *infra*) ;
- la gêne, la honte, la confusion des affects dominent : les rétractations sont fréquentes, en lien avec : la connivence familiale et le discours en faux-semblant des différents adultes (mélange d'opposés dans le discours : amour/rejet, protection/violence, confiance en personne/sauf à moi, solidité/fragilité — « quand je voulais pas lui faire, il pleurait » —, frapper/consoler — « il me tirait très fort par le bras, après il me serait dans ses bras »...). Les messages verbaux ont un double contenu (paradoxalité), un généralisant et en général positif ou favorable, l'autre suivant immédiatement contenant une obligation ou une contrainte. Ce type de discours génère une confusion du récepteur, qui, en général, se raccroche à l'aspect positif du discours et méconnaît l'avertissement qui fait suite ;
- les paroles de rétorsion scellent le silence. La rétorsion se distingue de la menace car les conséquences subies seront présentées comme des conséquences de l'action ou de la parole de l'enfant : « Maman partira si elle l'apprend... Elle se tuera... Elle t'abandonnera... Tu passeras pour une folle... Tu vas détruire la famille... tu n'as qu'à le dire à ta mère... » ; décrochage et retour sur un vide idéique ou hors propos mais inquiétant. Nous avons décrit, plus haut, le décrochage. Le *distinguo* se produit lors du « retour » dans l'entretien duel « à quoi pensais-tu ? », réponse : « je pensais à rien » (vide idéique), « je pensais à ma chienne Zina qui s'est fait écraser la patte sous la roue de la voiture » (thème hors propos mais inquiétant). Ces enfants ressemblent à ce qui a été décrit sous le terme de syndrome de Stockholm, qui n'est que le résultat d'une relation d'emprise. Le vide idéique ressenti après le décrochage est symptomatique de cette confusion induite chez le récepteur. Il explique que la première phase de la prise en charge consiste à l'analyse et au détricotage de cette relation, sous peine de renforcer la souffrance et la culpabilité ;
- la mémoire de scénario (Cecci et Bruck, 1998) est très fréquente du fait du rituel et explique aussi les mélanges de dates, de lieu. Le rituel est le déroulé des séquences. Les séquences se ressemblent, et classiquement, il y a une progression du rituel. L'enfant fait un « moyennage » des différents scénarios des séquences, des interactions qui se répètent le plus souvent. Les erreurs de dates et de lieu sont

quasi constantes, utilisées par l'auteur pour expliquer l'impossible réalité, puisque « tel jour j'étais en Espagne... cet été-là on a passé les vacances en Normandie et pas à Perpignan chez les grands-parents ». La victime livre un discours sur ce scénario moyen, il faut décortiquer chaque séquence ;

- la victime excuse l'agresseur ; l'objectif de la relation d'emprise étant de rendre la victime responsable.

ANALYSE DES FACTEURS DITS DE CRÉDIBILITÉ DU DISCOURS

Certains éléments du discours, dans le fond ou dans la forme pourront alimenter ce qui est appelé l'intime conviction. Nous allons essayer de décortiquer ce qui fonde ce jugement, afin que ces arguments puissent être débattus. L'enquêteur débute l'entretien sans *a priori* (tout comme avec le mis en cause d'ailleurs). Cette position initiale, de principe, est conforme à l'éthique d'une bonne qualité d'accueil, au texte de loi (présomption d'innocence), à la démarche scientifique : une hypothèse, lorsqu'elle est vraie, ne l'est que de façon transitoire, jusqu'au moment où il est montré qu'elle est fausse. Là, elle l'est de façon pérenne. C'est l'exemple de la terre qui était plate jusqu'au moment où il a été démontré que cette hypothèse était fausse, de la crédibilité...

Au fil de l'audition, cette confiance « totale » au début est maintenue ou perdue. Il faut plusieurs indices concordants pour caractériser cette perte de confiance (un seul indice est une spéculation). Cette perte de confiance peut être graduée, en qualité, en fonction de la force supposée de l'indice repéré. Ce sont autant de clignotants en faveur d'une hypothèse alterne qui réclament une investigation. Nous soulignons que chaque indice n'est pas pathognomonique et peut renvoyer à plusieurs causalités. Ces indices ne représentent pas non plus des critères de mensonge en raison même de cette pluri-causalité possible. Nous commenterons les principaux critères repérés dans la grille SVA (*Statement Validity Analysis*) issue de « l'analyse de la réalité des déclarations » introduite par Undeutsch au début des années cinquante. Cette grille a été développée par de nombreux auteurs, validée et traduite en français par H. Van Gijseghem (1992).

► Pendant l'audition

● Caractéristiques générales de la déclaration

Le défaut de consistance du discours

Globalement, une fois l'exposé des faits dans le discours libre obtenu, nous devons avoir compris les interactions et leurs types. C'est ce qui a été appelé la « consistance » du discours bien difficile à définir. Nous pouvons distinguer des éléments qui y participent, dans la forme ou le fond du discours.

- Dans la forme : tout discours sur un événement comporte un contexte, un début, un déroulé, une fin. Si le discours a ce type de structure, il nous apparaîtra consistant. En corollaire, si certaines phases manquent, notre attention sera attirée. Cette structure spontanée ne peut s'observer, nous le rappelons encore une fois, que sur la structure du discours libre. Toute question clôt le discours libre ; la première question, même s'il s'agit de lui demander de « préciser » à partir de son propre discours, génère une structure qui n'est plus celle du mineur. Nous allons voir que les raisons d'une perte de la consistance du discours sont multiples, parfois liées au mensonge, mais pas uniquement. C'est pour cela que nous faisons, plus haut, référence à l'aspect pluri-causal des indices. En cas de défaut de consistance du discours, la perte de confiance est faible, du fait de cette pluri-causalité qui doit être investiguée. L'expérience des auditions de mineurs nous permet de faire l'hypothèse que :
 - ➔ l'absence de contexte suggère (sauf chez le tout-petit) une induction du discours, un événement subi mais décrit sur une autre période de vie, un déplacement sur d'autres auteurs, une mémoire de scénario... ;
 - ➔ l'interaction comporte un contexte, un début, un déroulé, mais pas de fin. Cela suggère que la fin laissée supposée est toute autre que celle qui s'est réellement passée (le plus souvent en atténuation sur les faits subis), que les faits se sont répétés, qu'il y a eu une progression du rituel ;
 - ➔ l'interaction comporte un contexte, un début, mais pas de déroulé et pas de fin. Cela suggère une absence de faits, la présence de faits mais associés à un PTSD (il faudra alors retrouver un PTSD lors de l'entretien) ;

- ➔ l'interaction comporte un contexte et une fin, mais pas de début, pas de déroulé. Cela suggère une absence d'événement, un discours induit, une parole empêchée ;
- ➔ l'interaction comporte un déroulé bref, mais pas de contexte ou un contexte intriqué au déroulé, pas de début, pas de fin, pas de parole. C'est la structure du rêve.

Nous voyons bien que toute observation n'a jamais un sens univoque. Elle doit être précisée. Les éléments décrits plus hauts vont prendre alors de la valeur en se référant à une analyse de type scientifique : si tel élément est retrouvé, nous devons alors retrouver aussi tels aspects et nous ne devons pas retrouver tels autres aspects. Cela suppose une très bonne connaissance théorique de la victimologie, des modes opératoires des auteurs, des interactions auteur-victimes, entourage-victimes, afin de repérer l'atypique. L'atypique ne signifie pas mensonge, là aussi, l'interrogatoire doit préciser le pourquoi de cette atypicité.

Une faible cohérence

Encore appelé faible plausibilité (Van Gijseghem, 1992), ou invraisemblance. Elle représente une forte perte de confiance (« après, il s'est envolé par la fenêtre (elle habite au 5^e étage) », « il m'a attaché à l'arbre... sur la place du village... »), mais attention à la mémoire de scénario qui peut mélanger des séquences avec ou sans faits. L'invraisemblance est évocatrice, mais elle est rare. L'invraisemblance (qui porte sur l'enchaînement des faits) n'est pas l'inconcevable (qui porte sur un sentiment intérieur de celui qui interroge). L'expérience nous a montré que l'on pouvait toujours entendre pire alors que nous pensions avoir touché le fond de la turpitude humaine dans l'affaire précédente. Si l'incohérence est produite au sein d'un discours libre, elle prend toute sa valeur et doit être explorée, mais elle n'en a peu ou pas dans les formats d'entretiens questions-réponses, puisqu'elle n'indique que le cheminement de la pensée de l'interrogateur auquel le mineur répond.

Dans certains cas, le discours initial paraît cohérent mais il comporte des manques, des silences dans le déroulé où les paroles sur les faits sont remplacées par un vécu sur les faits (en général qui fait référence à l'impossible parole). Mais la déposition s'enrichit au fur et à mesure des interrogatoires et peut finir en scénario proche d'un film pornographique. Ce cas de figure a été retrouvé chez des mineurs déficitaires sur le plan cognitif, qui « rajoutent » au fur et à mesure de l'incrédulité perçue de leur interlocuteur. En général, le début de l'interaction décrite est véridique, le final est mensonger, mais paradoxalement c'est l'ensemble

de leur déposition qui est remise en cause. Il a également été retrouvé chez des mineurs qui ne peuvent revenir sur leur parole initiale et qui mettent ainsi en demeure l'enquêteur de perdre totalement confiance dans leur récit, faute de pouvoir renoncer au mensonge initial. Là aussi, le niveau cognitif est souvent faible, les supposées agressions se répètent avec des auteurs différents.

Un discours rigide

Le discours est stéréotypé, monolithique, sans digression temporelle, de retour sur le déroulé à l'occasion d'un détail ajouté, sans allées et venues dans le discours... La perte de confiance est faible. Les interrogatoires multiples antérieurs vont produire la même structure. L'aveu de blanc de mémoire est logique car la mémoire s'altère avec le temps pour ne garder que les éléments les plus signifiants. Les interrogatoires répétés vont générer, chez l'enfant, une sélection de ce qui semble important pour les différents interlocuteurs. C'est tout l'intérêt d'obtenir un primo interrogatoire de qualité.

● *Contenu spécifique de la déclaration*

Peu de détails centraux

Les détails centraux concernent les détails spécifiques des faits (Van Gijseghem, 1992). Cet indice représente une forte perte de confiance quand la victime est adolescent(e) ou d'âge scolaire. Le jeune enfant (préscolaire) ne donne que peu de détails, la révélation est souvent contenue dans une phrase ou deux. En cas de soumission chimique ou alcoolique, les détails vont également manquer.

Rajout de détails hors les faits quand des détails sur les faits lui sont demandés

Cet indice représente une forte perte de confiance, lorsque des précisions sur les faits génèrent chaque fois des détails hors les faits. Le fait même qu'il y ait réponse, connote la réticence du sujet à s'exprimer sur des faits (qui ne se sont, en général, pas passés).

Utilisation de détails d'apparence perceptive au moment des faits

Cet indice représente une très forte perte de confiance quand ceux-ci sont réutilisés ensuite dans le discours. Ils correspondent à une construction du discours, une anticipation dans le futur et non à un récit chronologique qui viendrait donc de la mémoire. « Je suis arrivé avec Kevin, il y avait une voiture rouge garée devant chez lui. » Le détail de la

voiture rouge peut correspondre à un détail perceptif, déjà peu classique puisqu'au moment des faits, mais si cette voiture joue un rôle ensuite, la perte de confiance est très forte.

L'émotionnel à l'acmé des faits

Nous savons que les victimes d'actes répétitifs ont une affectivité émoussée ou paradoxale. Elles livrent un discours « horrible », avec une apparence d'absence d'affect. L'émotion se localise plutôt sur des faits latéraux (un animal blessé, les copines qui ne l'ont pas invitée...) ou lors de reviviscences. Les mouvements corporels, les mimiques supposées exprimer de l'émotionnel, l'agitation, les mouvements des membres, la programmation neurolinguistique et le mouvement des yeux... ne sont pas des bons critères de crédibilité ou de mensonge (Bénézech, 2007 ; Saint-Yves Landry, 2004).

L'émotion exprimée n'est pas, non plus, un bon critère de mensonge ou de crédibilité. Elle doit être impérativement explicitée. Quand une adolescente pleure, il faut savoir pourquoi elle pleure et ne pas en inférer un sens sans lui demander le sien.

Les pleurs, en eux-mêmes, ne veulent rien dire. Une attention particulière sera portée aux phénomènes neurovégétatifs qui précèdent la parole, sont accompagnés d'un silence, puis la parole est éventuellement délivrée sur les faits, toute ou en partie.

L'érythème pudique (chez le type caucasien) précédant la parole semble exceptionnellement retrouvé dans la simulation. En revanche, quand il est observé *a posteriori* du silence, cette réaction peut être liée à ce qui est révélé, ou encore à ce qui n'est pas révélé. On ne peut rien en dire.

L'émotion exprimée, au moment de l'apogée des faits ou de la menace, représente une très forte perte de confiance.

Absence de rupture de consensus ou de rupture de l'homéostasie du système, à l'origine de la révélation

Elle représente une forte perte de confiance. Lors de faits répétés, la relation entre l'auteur et la victime est régie par un consensus implicite et c'est la rupture de ce consensus qui génère la révélation ; par exemple, Mélanie pensait avoir une relation privilégiée avec son beau-père. Celui-ci engendrait une confusion entre tendresse et sexualité : « Tu es la seule qui compte pour moi... » Mélanie révèle les faits lorsque le beau-père reproduit les faits, ou une partie d'entre eux, sur sa petite sœur.

Lors de révélations tardives, il faut s'interroger pourquoi le mineur révèle les faits ce jour-là. On doit retrouver un changement soit dans

l'organisation de vie, soit dans la relation à l'auteur, c'est ce changement seul qui produit la révélation et non la particularité de l'interrogateur. L'obtention de ce critère n'est pas d'ordre interprétatif, il est tiré du discours du mineur : « Pourquoi viens-tu (venez-vous) maintenant révéler cela ? »

L'utilisation du temps de conjugaison au futur dans le récit sur les faits

Elle représente une très forte perte de confiance car elle viole une règle du récit : première personne du singulier — temps passé « *je jouais* sur le canapé, il m'a *mis*... ». Lorsque le futur survient, il correspond à une projection dans l'avenir, à une construction du récit et non à un discours de mémoire.

L'absence de référence au sensoriel

Cet indice génère une perte de confiance (forte chez l'enfant d'âge scolaire ou l'adolescent). Dans les déclarations « véridiques », nous retrouvons les références au sensoriel. Par exemple : « J'ai senti son souffle dans le cou (cénesthésie)... Le pire c'était l'odeur (olfaction)... il m'a fait pipi sur le ventre, ça faisait comme des petites billes (visuel par description de l'effet tensio-actif du sperme). »

Présence de phrases négatives

Il n'y a aucune raison, hormis celle de la réticence ou du mensonge, lorsqu'on demande à quelqu'un de dire ce qui est important, qu'il dise ce qui ne s'est pas passé. Le cumul de phrase négative dans le discours sur les faits n'a pas sa place, il représente un indice de très forte perte de confiance dans le récit. Des entretiens itératifs ou un précédent interrogatoire sur le fond vont générer ce type de structure.

Présence de justifications

Cela se repère par la présence de phrases explicatives, souvent précédées par des conjonctions du type : « car... alors... parce que... ». La vérité « est », elle ne se justifie pas. La présence d'au moins deux justifications dans le discours sur les faits représente un indice de forte perte de confiance dans le récit. Un interrogatoire répété va générer des justifications chez le « véridique », car il anticipe les remarques qui lui ont été faites précédemment ou qu'il a pu percevoir dans l'entretien antérieur. Nous soulignons, encore une fois, que ces indices ne doivent être extraits que du discours libre, et *a fortiori* du premier discours libre.

► Pendant l'expertise psychiatrique

Dans l'expertise psychiatrique de la victime (seule, celle de l'auteur présumé, est obligatoire au niveau de la procédure) il sera recherché une congruence :

- entre les moments décrits comme les plus traumatiques et les thèmes du syndrome de répétition. Par ailleurs, ce qui est traumatique pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre ; ce qui peut apparaître comme particulièrement marquant pour l'interlocuteur n'est pas forcément ce qui a eu le plus d'impact traumatique sur le mineur ;
- entre les symptômes névrotiques post-traumatiques (TOC et phobies) et les faits ; par exemple comportements ritualisés de lavage des dents ou vomissements suite à des faits de fellation, rituels de lavages pluriquotidiens interrogeant le thème de la souillure... Évitement des rues obscures à la tombée de la nuit (lieux évoquant le lieu des faits). Nous rappelons qu'il s'agit de symptômes pseudo-névrotiques. Le terme de « pseudo » renvoie à l'aspect post-traumatique, ces symptômes sont en lien direct avec les faits, ils ne sont pas issus d'un mécanisme de refoulement comme les symptômes névrotiques traditionnels ;
- entre le dysfonctionnement familial et les faits. Classiquement des faits d'agression intrafamiliaux n'arrivent pas « comme un cheveu sur la soupe », ces faits résultants d'un dysfonctionnement de l'ensemble du système ;
- entre les faits et leurs conséquences attendues. Un syndrome psycho-traumatique n'est pas systématique post-agression, mais la vigilance sera de mise si des faits sont présentés comme traumatiques aux dires de la victime et qu'aucune conséquence sémiologique n'est retrouvée dans les suites de ceux-ci. Des décrochages (tels que décrits plus haut) au moment de l'évocation des faits, doivent correspondre à un syndrome psychotraumatique retrouvé dans l'entretien. Des suspensions de paroles dans le descriptif des faits (sans trouble neurovégétatif les précédant) non associées à un PTSD typique laissent supposer une hyper-expressivité (et donc une construction). Ce ne sont pas des décrochages, ce sont des silences évitant et expressifs inducteurs pour l'interlocuteur. Ils sont généralement suivis de propos expliquant ces mêmes silences en termes d'impact psychique coupant la parole : « c'est trop dur à dire... » ;

- entre les différents symptômes allégués après les faits. Ils doivent être typiques dans leur mode de verbalisation et leurs contenus suffisamment détaillés ;
- entre le début des symptômes psychiatriques après les faits et les faits. La durée de latence de leur survenue doit attirer l'attention. Les symptômes surviennent le plus souvent dans le mois qui suit les faits, rarement trois mois, exceptionnellement un an, jamais dix ans. Certains diront que « jamais » n'est pas possible en clinique, pourquoi pas, mais alors nous devons nous interroger ;
- entre le mode opératoire et les éléments de comportement de l'auteur avant les faits (rarement décrits par l'enfant du primaire). Les faits d'intrusion dans l'espace intime, géographique, amical de la victime (fouiller les affaires, le portable, lire le journal intime, rentrer dans la salle de bain, interrogations multiples sur les relations sexuelles avec copains ou copines...), précèdent en général l'intrusion sexuelle proprement dite. La répétition des faits s'accompagne d'un rituel mis en place par l'auteur présumé, qu'il est nécessaire de rechercher auprès d'autres victimes éventuelles. Plus ce rituel s'est installé rapidement après le premier contact (quelques semaines), plus il y a de risque qu'il y ait d'autres victimes antérieures ou concomitantes ;
- entre la force des mots et la situation alléguée : dans une agression, l'auteur « pousse » mais « n'effleure » pas », l'auteur « exige » mais ne « demande pas ».... ;
- nous conseillons à l'expert de ne pas faire référence à la crédibilité ou non (rapport Viout, 2005) de la victime examinée, c'est l'affaire de l'enquête et des conclusions de celles-ci. Tout au plus, il pourra conclure que le discours de la victime est comparable dans sa forme, à celui des enfants qui ont vécu ces événements dans leur réalité.

CONCLUSION

L'audition du mineur est un exercice difficile qui ne s'improvise pas ; il s'apprend.

Le respect des consignes concernant le recueil de la parole est l'étape indispensable pour une audition de qualité, sans laquelle, toute évaluation du discours est impossible. Cette évaluation ne décrètera pas la crédibilité ou non de la déposition, elle sera au service de l'entretien en pointant les précisions à obtenir.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉNÉZECH M. (2007). « Vérité et mensonge : l'évaluation de la crédibilité en psychiatrie légale et en pratique judiciaire », *Annales médico-psychologiques*, 165, 351-64.
- CECCI L.S, BRUCK M. (1998). *L'Enfant témoin. Une analyse scientifique des témoignages d'enfants*, Bruxelles, De Boeck Université.
- CROCQ L. (2006). *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.
- CROCQ L. (dir.) (2007). *Traumatismes psychiques ; prise en charge psychologique des victimes*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson.
- GRÉGOIRE F., CORNELIUS L. (2005). *Intelligence sémantique : IGACE. Centre international des sciences criminelles et pénales*, Paris, FIAP, juin.
- HAYEZ J.-Y., DE BECKLER E. (1997). *L'Enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement*, Paris, PUF.
- HENRY L., RIDLEY A., PERRY J., CRANE L. (2011). « Perceived credibility and eyewitness testimony of children with intellectual disabilities », *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), 385-391.
- LEBIGOT F. (2001). *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson.
- POOLE D. A., BRUCK M., PIPE M. (2011). « Forensic interviewing aids : Do props help children answer questions about touching ? », *Current Directions in Psychological Science*, 20(1), 11-15.
- Pynoos R., Eth S. (1989). « Childrens memory and proximity to violence », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ; 28 : 236-41.
- PERRONE R et NANNINI M. (1995). *Violences et abus sexuels dans la famille*, Issy-les-Moulineaux, ESF Éditeur.
- SAINT-YVES M., LANDRY J. (2004). *Psychologie des entrevues d'enquête, de la recherche à la pratique*, Québec, Éditions Yvon Blais,
- TERR L.C. (1991). « Childhood traumas: an outline and overview », *American Journal of Psychiatry*, 148 : 10-20.
- UNDEUTSCH U. (1967). *Handbuch der psychologie*, Bd 11 : Forensische Psychologie, 1967, Göttingen, Hogrefe.
- VAN GIJSEGHEN H. (1992). *L'Enfant mis à nu. L'allégation d'abus sexuels : la recherche de la vérité*, Canada, Éditions du Méridien
- VIOUT (2005). *Traitement judiciaire de l'affaire d'Outreau*, rapport. en ligne sur le site du ministère de la Justice.
- VRIJ A. (2008). *Detecting Lies and Deceit : Pitfalls and Opportunities*, Chichester, Wiley.
- YUILLE J.-C. (1988). « The systematic assessment of children's testimonial », *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(3), 247-262.

PARTIE VI

Repères législatifs et aspects institutionnels

■ Chap. 33	Troubles de la personnalité et mesures de soins pénalement ordonnés	465
■ Chap. 34	Les troubles de la personnalité en unité pour malades difficiles	476
■ Chap. 35	Prise en charge des troubles de la personnalité au SMPR	485
■ Chap. 36	Les enjeux de réceptivité chez les auteurs d'agression sexuelle : chronique d'un espoir retrouvé	498

Chapitre 33

Troubles de la personnalité et mesures de soins pénalement ordonnés

Bilan et perspectives

Myriam Quéméner

AUJOURD'HUI, SUITE À DES CRIMES et délits particulièrement violents commis par des récidivistes qui ont fait l'objet d'une large médiatisation importante, le débat sur les solutions à apporter a été relancé et les attentes des citoyens vis-à-vis de la justice mais aussi de la psychiatrie sont légitimement croissantes.

Quelles réponses la société doit-elle apporter face à la délinquance des individus présentant des troubles de la personnalité qui favorisent souvent des passages à l'acte récidivants ?

Le problème est complexe pour la société qui doit apporter ou tenter d'apporter des solutions face aux personnes qui passent à l'acte sans toutefois présenter de pathologie psychiatrique évolutive au sens clinique du terme, mais des troubles de la personnalité de type psychopathique.

On constate en France que les troubles de la personnalité sont souvent abordés au regard de la notion de dangerosité. À cet égard, il existe un amalgame fréquent qui est fait entre les troubles de la personnalité, les troubles mentaux et la nécessité de soins (Rossinelli, 2009). Il s'agit

souvent de problématiques complexes à la charnière de la sanction et du soin ce qui n'est pas sans poser des interrogations éthiques et sociétales. Comment trouver des solutions dans un équilibre fragile entre les aspects médicaux, juridiques, sociaux au moment où le droit pénal tente de plus en plus de prendre en compte la notion de risque encouru par la société en raison notamment de la crainte de la récidive

Deux tentations très fortes sont à éviter soigneusement (Lameyre, Senon, 2003) : assimiler les crimes les plus horribles à des crimes de malades mentaux, mais aussi penser que la psychiatrie puisse soigner et protéger de toute récidive les sujets atteints de troubles de la personnalité en rapport direct avec une précarisation qui se développe (Senon, 2005).

Il faut rappeler que les réponses pénales imposant des soins comme le suivi judiciaire ont visé, dans un premier temps, les infractions de nature sexuelle, puis son champ d'application a été progressivement étendu à d'autres infractions¹. Sa durée maximale a, d'autre part, été allongée par la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

Le trouble de la personnalité ou trouble mental a des incidences juridiques d'ailleurs croissantes puisque désormais en cas de déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental, les mesures de sûreté s'appliquent immédiatement²

UN DISPOSITIF COMPLEXE ALLIANT SANCTIONS ET SOINS

La loi du 17 juin 1998³ marque un tournant important en France avec la création de la peine de suivi socio-judiciaire avec notamment l'injonction de soins qui fait depuis l'objet d'une extension progressive à

1. Sont visées également toutes les atteintes criminelles à la vie (art. 221-9-1 CP), tous les enlèvements et séquestrations (art. 224-1 à 225-2 CP), les actes de torture et de barbarie (art. 222-48-1 CP) et la destruction volontaire de biens par explosif ou incendie (art. 322-18 CP).

2. Articles 706-135 et 706-136 du Code de procédure pénale issus de la loi du n° 2008-174 du 25 février 2008.

3. Loi 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Art. 131-36-1 à 131-36-8 CP ; art. 763-1 à 763-9 CPP ; art. L. 355-35 à L. 355-37 CSP.

d'autres délits que ceux de nature sexuelle. Il est important tout d'abord de distinguer la notion d'obligation de soins de l'injonction de soins¹.

► L'obligation de soins

Mesure générale applicable avant ou après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins consiste « à se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication² ; elle est non spécifique à la délinquance sexuelle, sans organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, ni exigence d'une expertise médicale préalable.

Avant déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une modalité du contrôle judiciaire et après déclaration de culpabilité, elle constitue une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du Code pénal pour :

- l'ajournement avec mise à l'épreuve ; l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ;
- une mesure d'aménagement de peines.

Une obligation de soins peut être décidée par le juge au stade présentiel dans le cadre du contrôle judiciaire ou comme alternative totale ou partielle d'une peine d'emprisonnement dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve. L'obligation de soins consiste à soumettre l'intéressé à des mesures d'examen médical ou de soins y compris sous le régime de l'hospitalisation d'office. » Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique³, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques⁴.

La violation de cette obligation peut conduire dans le cas du contrôle judiciaire à une mise en détention provisoire et dans celui du sursis avec mise à l'épreuve à la révocation du sursis et donc à l'incarcération de l'intéressé. En pratique, il incombe aux services pénitentiaires d'insertion et de probation d'encourager le condamné à adhérer aux soins et à trouver

1. <http://www.artaas.org/documentation/injonctionsoins.pdf>.

2. Art. 138-10 du Code de procédure pénale.

3. Prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-45 du Code de la santé publique.

4. Art. 132-45 3° CP.

un médecin. Un rapport semestriel est rendu au juge de l'application des peines afin de l'informer sur l'évolution de cette mesure. Parmi les obligations particulières prévues par l'article 132-45 du Code pénal, celle-ci serait l'une des plus prononcées.

► Le suivi socio-judiciaire

La création du suivi socio-judiciaire et, en son sein, de l'injonction de soins dans un souci de prévenir la récidive a exprimé la conviction que la plupart de ces types d'infractions appelaient, à côté des réponses pénales classiques et notamment de la répression par l'emprisonnement, la mise en place d'un dispositif tendant à traiter médicalement le condamné. Il peut être prononcé par les juridictions et a pour objet d'assurer une surveillance du condamné par le juge de l'application des peines ou le service pénitentiaire d'insertion et de probation, après la libération de l'intéressé si celui-ci a été détenu, surveillance qui peut, le cas échéant, comporter un traitement médical

S'analysant comme une peine, le suivi socio-judiciaire peut comporter tant des obligations analogues à celles fixées à une personne condamnée à un sursis avec mise à l'épreuve qu'une injonction de soins, mesure tendant à contraindre la personne condamnée à se soumettre à des soins pratiqués par un médecin ou un psychologue traitant et ce, sous le contrôle du médecin coordonnateur, interface entre le juge de l'application des peines et le traitant.

Il constitue une peine complémentaire aux peines privatives de liberté criminelles. En matière délictuelle, il peut être prononcé à titre de peine principale ou à titre de peine complémentaire. Le suivi socio-judiciaire emporte pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive, éventuellement à l'issue de la peine privative de liberté. Ainsi, encourent la peine de suivi socio-judiciaire, les personnes physiques coupables de meurtre ou d'assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie¹; viol, agression sexuelle ou exhibition sexuelle (222-48-1 CP qui renvoie aux articles 222-23 à 222-32 du CP) ; corruption d'un mineur, fabrication, transport, diffusion d'images pornographiques de mineur ou de messages à caractère violent ou pornographique portant gravement atteinte à la dignité humaine, susceptible d'être vus ou perçus

1. Art. 221-9-1 CP.

par un mineur, ainsi que d'atteinte sexuelle (227-31 CP qui renvoie aux articles 227-22 à 227-27 du CP).

Depuis la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, le suivi socio-judiciaire a été étendu aux crimes d'atteinte volontaire à la vie des personnes : meurtre, meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime, assassinat, meurtre aggravé, empoisonnement (art. 221-9-1 CP qui renvoie aux articles 221-1 à 221-5-3 du CP) ; aux crimes d'enlèvement et de séquestration (art. 224-10 CP qui renvoie aux articles 224-1 à 224-5-2 CP) ; tortures ou actes de barbarie¹ ; destruction, dégradation ou détérioration d'un bien par une substance explosive, un incendie ou tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes, ainsi que le fait de diffuser par tout moyen des procédés permettant la fabrication d'engins de destruction (art. 322-18 CP qui renvoie aux articles 322-6 à 322-11 du CP).

Enfin, depuis la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, le suivi socio-judiciaire s'applique aux actes de violence contre les personnes commis par le conjoint ou ex-conjoint ou le concubin ou ex-concubin de la victime ou le partenaire ou ex-partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité² ; actes de violence commis sur un mineur de quinze ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime. Le suivi socio-judiciaire est obligatoire en matière correctionnelle, sauf décision contraire de la juridiction, si ces violences sont commises de manière habituelle (art. 222-48-1 CP) ; aux délits de propositions sexuelles à un mineur de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique, aggravé si ces propositions sont suivies de rencontre (art. 227-22-1 et 227-31 CP).

La personne poursuivie pour une infraction prévue par l'article 706-47-1 du Code de procédure pénale, doit être soumise avant tout jugement sur le fond à une expertise médicale. L'expert, outre sa mission générale, est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins³. Cette obligation préalable ne vise pas tous les faits pour lesquels le suivi socio-judiciaire est encouru, notamment l'exhibition sexuelle⁴. Ainsi, pour qu'une injonction de soins puisse être éventuellement prononcée dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire, il est nécessaire que le

1. Art. 222-48-1 CP.

2. Art. 222-48-1 CP.

3. Art. 706-47-1 CPP.

4. Art. 222-48-1 CP.

procureur de la République prenne l'initiative d'ordonner cette expertise préalable, même pour les faits qui ne sont pas visés par l'article 706-47 du Code de procédure pénale.

L'injonction de soins créée par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire, est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. Elle fait intervenir le médecin coordonnateur en application des dispositions de l'article L. 3711-1 du Code de la santé publique.

Elle implique l'organisation de relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, notamment par la présence d'un médecin coordonnateur qui fait le lien entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines. L'injonction de soins¹, créée par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire, est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. Elle fait intervenir le médecin coordonnateur en application des dispositions de l'article L. 3711-1 du Code de la santé publique.

La loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales², consacre la possibilité du placement sous surveillance électronique mobile des personnes ayant été condamnées à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à dix ans pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru lorsqu'une expertise médicale révèle leur dangerosité. Comme l'a souligné le Conseil constitutionnel saisi de cette loi sur le fondement de l'article 61, alinéa 2 de la Constitution, il s'agit par ce dispositif articulé autour de la notion de dangerosité de « garantir l'ordre public et la sécurité des personnes » en prévenant « une récidive dont le risque est élevé ».

L'INJONCTION LIÉE À LA SURVEILLANCE JUDICIAIRE

Depuis la loi n° 2007-1198 du 10 août 2007, sauf décision contraire du juge de l'application des peines, le condamné placé sous surveillance

1. Guide de l'injonction de soins, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf.

2. JO 13 décembre 2005, p. 19152.

Tableau 33.1. Tableau comparatif entre obligation et injonction de soins^a

Nature de la mesure	Cadre légal	Modalités
Obligations de soins	<ul style="list-style-type: none">– Contrôle judiciaire– Ajournement avec mise à l'épreuve– Sursis avec mise à l'épreuve– Mesures d'aménagement de peines	<ul style="list-style-type: none">– L'expertise préalable n'est pas nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer.– Elle peut être ajoutée ou supprimée par ordonnance du juge de l'application des peines à tout moment de la mise en œuvre de la mesure.– Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain.

a. Source : « Le Guide de l'injonction de soins » : <http://www.artaas.org/documentation/injonctionsoins.pdf>.

judiciaire doit être soumis à une injonction de soins¹, dès lors que l'expertise médicale a établi qu'il était susceptible de faire l'objet d'un traitement médical². Lorsque la surveillance judiciaire a été prononcée, c'est-à-dire lorsque la dangerosité d'une personne condamnée à une peine de réclusion criminelle ou une peine d'emprisonnement d'une durée égale ou supérieure à sept ans est établie par expertise médicale, l'injonction de soins prononcée est mise en œuvre selon des modalités analogues à celles du suivi socio-judiciaire. Sa durée est égale à la somme des réductions de peines dont avait bénéficié le condamné.

► La surveillance de sûreté

La surveillance de sûreté, créée par la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, est une mesure de sûreté exceptionnelle pour les personnes condamnées pour certains crimes notamment sexuels définis par l'article 706-53-13 du Code de procédure pénale à une peine égale ou supérieure à quinze ans de réclusion criminelle et qui,

1. Dans les conditions prévues par les articles L. 3711-1 et suivants du Code de la santé publique.

2. Articles 723-30 et D. 147-37 CPP.

à la fin de leur peine présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, la surveillance de sûreté qui comporte des obligations identiques à celles de la surveillance judiciaire peut être prononcée pour une durée de deux ans renouvelable. L'injonction de soins qui y est attachée comporte cette durée qui peut être abrégée suite à une demande de mainlevée.

► La rétention de sûreté : une mesure abandonnée dès sa naissance

La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration pénale d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental¹. Aborde à nouveau la dangerosité de certains criminels qui peut se manifester par une récidive en raison de graves troubles de la personnalité voire un grave trouble mental entraînant l'irresponsabilité pénale de l'auteur². Ce nouveau texte a introduit au sein du Code de procédure pénale la rétention de sûreté post-pénale pour placer en centre socio-médico-judiciaire de sûreté des auteurs de certains crimes jugés graves lorsqu'il est établi, « à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de leur peine au moins égale à 15 ans, qu'elles présentent une particulière dangerosité par une probabilité très élevée de récidive » parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité et du comportement qu'une majorité de psychiatres et de criminologues tendent à ranger parmi les psychopathes. Le législateur s'est engagé vers une voie dangereuse, comme l'a souligné à juste titre le professeur Lazerges (2008), à savoir une peine sans fin à travers la rétention de sûreté qui n'a d'ailleurs été utilisé depuis 2008 que deux fois dont une abandonnée peu après son prononcé.

L'Académie nationale de médecine (ANM) et le Conseil national des compagnies d'experts de justice (CNEJ) ont adopté un rapport le 6 novembre 2012 portant sur l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique et proposant des recommandations³. Ces deux instances se sont réunies à l'occasion du vote de la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines car leurs observations quant aux volets expertise et prise en charge

1. JO, 26 février 2008, p. 3272.

2. Jean Pradel, recuei Dalloz, une double révolution en droit pénal français après la loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux.

3. AJ Pénal 26 décembre 2012 évaluation de la dangerosité par Emmanuel Alain.

psychiatrique des détenus n'avaient pas été entendues. Un groupe de travail a alors été mis en place afin de mener une réflexion sur l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique. Dans ses conclusions, le groupe de travail rappelle à titre liminaire que cette évaluation est « l'une des missions les plus difficiles qui puisse être confiée à un psychiatre ».

Il réaffirme la mission première de l'expertise qui est de poser un diagnostic et non de faire un pronostic. Les expertises sont généralement réalisées de manière ponctuelle, dans un cadre d'urgence procédurale peu propice à un examen de fond, sur la base d'entretiens et au vu de la dernière procédure pénale établie. Les experts ont rarement accès à « l'histoire » de la personne condamnée. Par ailleurs, la somme des expertises dont une personne a fait l'objet n'est que rarement effectuée. Enfin, aucune exploitation scientifique collective des expertises judiciaires, dont il pourrait sortir, à la fois des analyses criminologiques et une normalisation des processus d'expertise, n'a été sérieusement effectuée. Ainsi, la dangerosité psychiatrique n'est en réalité que l'un des éléments qui permet de déterminer la dangerosité criminologique. Cette dernière pour être évaluée au mieux devrait l'être par des commissions pluridisciplinaires composées par exemple d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un magistrat, d'un cadre de la pénitentiaire, d'un avocat, d'un agent des services pénitentiaires des services d'insertion et de probation et d'un représentant d'une association de défense de victimes. S'agissant de la seule expertise psychiatrique, le rapport alerte sur la nécessité de confier ce travail à des psychiatres ayant quelques années d'expérience, de définir la marge d'erreur pour l'expertise psychiatrique « comme pour toute autre expertise médicale » et de confronter les évaluations (par des débats contradictoires ou des collègues d'experts). Enfin, il est aussi préconisé la création d'un diplôme de spécialité en psychiatrie médico-légale pour les psychiatres ainsi que des formations communes aux outils d'évaluation de la dangerosité à destination des psychiatres, magistrats et avocats qui doivent pouvoir parler un langage commun sur ce sujet.

PERSPECTIVES

Le débat n'est donc pas clos sur ce sujet complexe et des pistes nouvelles doivent encore être explorées pour concilier les différents intérêts en jeu, ceux de la société bien sûr mais aussi ceux des justiciables. À cet égard, on peut citer des expériences consistant à garantir le

développement des consultations post-pénales ouvertes aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les résultats obtenus par les quelques structures identifiées sur le territoire et assurant ce type de prestations plaident en faveur de la multiplication des consultations post-pénales ouvertes aux auteurs d'infractions à caractère sexuel qui constituent des modèles à généraliser dans la mesure où elles constituent le cadre de mise en œuvre de thérapies innovantes et adaptées.

Une consultation psychiatrique externe attachée à un service de psychiatrie en milieu pénitentiaire¹ trouve son utilité auprès des ex-détenus, et plus généralement des personnes placées sous main de justice, lorsqu'il devient difficile d'assurer leur accès aux soins et la continuité de leur prise en charge dans le cadre du dispositif proposé par la sectorisation psychiatrique. Le partenariat actif avec les instances judiciaires du milieu ouvert, les structures médico-sociales et socio-éducatives offrent un cadre efficace pour l'insertion d'une population hautement vulnérabilisée et précarisée, exposée de ce fait à la récidive dangereuse.

C'est aussi dans cet esprit que l'actuel garde des Sceaux a lancé en septembre 2012 une conférence de consensus sur la récidive² qui aborde largement ces problématiques de peines et de soins concernant les délinquants atteints de troubles de la personnalité qui donnera lieu à un projet de loi sur l'individualisation de la peine et la lutte contre la récidive en 2013. De nombreuses contributions ont été réalisées par l'ensemble des acteurs concernés qui soulignent les axes pertinents comme la nécessité de réaliser une évaluation de grande ampleur du suivi socio-judiciaire³, la nécessité de remettre l'expertise au cœur du débat en s'assurant de sa qualité et de développer de réelles formations pluridisciplinaires de qualité.

Par ailleurs au vu de l'étude des dispositifs mis en œuvre à l'étranger, comme par exemple au Canada, une peine de probation pourrait être instaurée pour les délinquants coupables de délits et non de crimes en dehors du milieu carcéral où il serait contraint de suivre une évaluation régulière et bénéficierait d'un suivi, voire d'un traitement thérapeutique individualisé.

1. C. de Beaurepaire *Perspectives Psy*, 2005/3 (vol. 44) à propos de la prévention de la dangerosité psychiatrique chez les sortants de prison : intérêt d'une consultation extra-pénitentiaire.

2. <http://conference-consensus.justice.gouv.fr/>.

3. <http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/12/Association-fran%C3%A7aise-de-criminologie.pdf>.

BIBLIOGRAPHIE

LAMEYRE X., SENON J.-L. (2003). « Résister à la démesure, Éditorial, Forensic », *Revue de psychiatrie et psychologie légale*, 16, 1-2.

LAZERGES Ch. (2008). « La rétention de sûreté : le malaise du Conseil constitutionnel par Christine Lazerges », *Revue de science criminelle*, 15 septembre, 731.

ROSSINELLI G. (2009). « Avant-propos : Dangerosité et psychiatrie », *Perspectives Psy*, 1 (vol. 48), 7-8

– www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2009-1-page-7.htm.

SENON J.-L. (2005). « Troubles psychiques et réponses pénales », *Champ pénal/Penal Field* [En ligne], XXXIV^e Congrès français de criminologie, « Responsabilité/Irresponsabilité pénale », mis en ligne le 15 septembre 2005, consulté le 26 décembre 2012 – <http://champpenal.revues.org/77> ; DOI : 10.4000/champpenal.77.

Chapitre 34

Les troubles de la personnalité en unité pour malades difficiles

Jean-Luc Senninger et Alexandre Baratta

QUI VEUT ASSOCIER TROUBLES de la personnalité et unités pour malades difficiles (UMD) fait l'économie du plus grand nombre de ces troubles pour ne retenir pratiquement que les personnalités dyssociales (au sens de la CIM-10). Qui plus est, le recentrage ainsi réalisé cible, parmi ces personnalités dyssociales, celles dont « l'écart considérable qui existe entre le comportement et les normes sociales établies » concerne de façon monstrueuse les comportements violents. Les questions « métaphysiques » sur le caractère pathologique ou non de tels troubles, sur la responsabilité juridique, sur leur amendabilité... disparaissent naturellement pour laisser place à un pragmatisme qui pose le psychiatre comme participant indirectement à l'ordre public. Aussi choquant ou provocateur que peut paraître à d'aucun cette affirmation, la réalité des troubles de la personnalité en UMD a traversé les décennies et c'est cette réalité crue que nous allons décrire.

LES UNITÉS POUR MALADES DIFFICILES

Les textes fondateurs des unités pour malades difficiles sont relativement récents, en tout cas très postérieurs à la première réalisation en 1910. Il s'agit du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 et de l'arrêté du 14 octobre 1986, ce dernier posant les critères d'une admission en UMD : les malades présentant un état dangereux majeur, certain ou imminent,

incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation ordinaire. Il énonce clairement la nature des UMD : des services de soins psychiatriques spécialisés destinés à des patients ayant une impossibilité de soins hors UMD du fait de leur dangerosité.

On ne peut pas trouver définition plus subjective. Tous les auteurs ayant tenté d'objectiver, de qualifier cette « dangerosité », ou de la quantifier se sont heurtés à la mouvance dans le temps et dans l'espace de ce concept. Quoi qu'il en soit, ce texte a lié à jamais UMD et unité de psychiatrie générale. Historiquement même, les UMD ont aidé les services de psychiatrie générale à évoluer plus sereinement vers une humanisation progressive et salubre. Puis, un modèle plus « gestionnaire » de la santé mentale, avec une logique de rationalisation des soins, s'est développé et un ajustement des UMD a fini par être nécessaire. Est-ce une des raisons de la création en quelques années de six nouvelles UMD ? Si l'on y réfléchit, une telle affirmation n'est pas contradictoire.

Le dispositif français actuel pour malades difficiles ou dangereux (c'est comme il vous plaira) est cohérent (avec les unités de psychiatrie générale, les UMD, les USIP, les UCSA, les SMPR, les UHSA), mais certains patients semblent perdus dans ce dispositif complexe, parfois avec des parcours chaotiques dans toutes ces structures. Il s'agit tout particulièrement des troubles graves de la personnalité et notamment et surtout des personnalités dyssociales. Est-ce à dire que les personnalités dyssociales représentent l'archétype des exclusions psychiatriques ? En caricaturant, d'abord exclus de la société, puis des unités de psychiatrie générale, on les retrouve au gré des événements violents qu'ils génèrent, parfois au gré des convictions théoriques de certains experts, dans les lieux de détention ou les UMD ou ailleurs. Cette succession d'exclusion, de rejet et d'échec thérapeutique pose des interrogations quasiment éthiques.

Les UMD pourraient être considérées comme les lieux ultimes d'enfermement psychiatrique. L'éthique des soins sous contrainte est un sujet d'une effroyable complexité, qui plus est, mouvant et partiellement insaisissable. L'enfermement est-il toujours une violence ? Nous en doutons, car souvent au contraire, l'enfermement permet d'apaiser les patients et partant, les rend plus aptes à consentir aux soins nécessaires. L'enfermement — protection est à notre avis véritablement un soin parmi d'autre. Et que dire du concept de dangerosité. Cette « prédiction » interroge l'éthique, voire la « moralité » de notre société. Soigner ou punir semble un dilemme non encore élucidé chez le sujet « de droit » présentant une personnalité dyssociale.

LA PERSONNALITÉ DYSSOCIALE EN UMD

► Revue de la littérature

L'histoire de la prise en charge de la psychopathie est intimement liée à celle de la création des UMD. Suite à l'initiative de Henry Colin, le conseil général de la Seine décide de la création d'un quartier de sûreté à Villejuif. Ce dernier est destiné à la prise en charge « d'aliénés criminels et vicieux ». Il s'agit de la première structure de type unité pour malades difficiles de France, créée en 1901. Mais il faudra attendre les années 1940 pour voir les premiers textes régissant le fonctionnement de telles structures de soins. La première circulaire du 2 septembre 1946 recommande ainsi de regrouper les malades difficiles « gênant un climat psychothérapique convenable ». Mais c'est la circulaire du 5 juin 1950 qui définit le malade difficile, en établissant trois catégories de gravité croissante :

- malades agités présentant des réactions destructrices pouvant constituer un élément perturbateur ;
- déséquilibrés antisociaux présentant des troubles du comportement sans nécessairement exiger des mesures de surveillance spécifique ;
- grands déséquilibrés antisociaux, avec réactions criminelles, préméditées ou complotées.

C'est précisément la dernière catégorie relevant en priorité des UMD, qui pourrait correspondre aux patients souffrant de personnalité dyssociale et auteurs d'homicides, de viol ou de tortures et d'actes de barbarie par exemple.

Les UMD sont donc destinées en théorie à accueillir prioritairement des patients auteurs d'actes médico-légaux graves, souffrant ou non de maladies mentales, mais tous caractérisés par un noyau psychopathique. L'étude des admissions en UMD en fonction de critères relevant d'une définition pénale pose cependant problème. Tous les auteurs d'actes criminels admis en UMD ne correspondent pas nécessairement à un diagnostic de personnalité dyssociale.

Ainsi, la revue de la littérature permet de noter une évolution du profil du patient orienté en UMD. Initialement prévue pour accueillir des patients psychopathes auteurs de crimes, les demandes d'admission se sont modifiées avec le temps. À l'origine, les deux diagnostics les plus représentés étaient ceux de retard mental et de psychopathie, la schizophrénie venant en troisième position. Depuis les années 1990, les

admissions concernent avant tout des patients schizophrènes présentant des actes de violence en institution. Le patient psychopathe (ou plutôt le patient présentant une personnalité dyssociale) devient minoritaire.

► Actualisation des données

Partant du constat précédent et ne disposant pas d'étude plus récente que celle de 1996 sur le sujet, nous avons effectué un relevé exhaustif des patients admis à l'UMD de Sarreguemines au cours de l'année 2011. L'objectif de cette étude est de relever la proportion de patients souffrant de trouble de la personnalité dyssociale et ne présentant pas de maladie mentale évolutive de type psychose ou trouble bipolaire conjointement à ce trouble de la personnalité.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur tous les patients hospitalisés sur l'année 2011 dans des pavillons d'UMD représentant au total quatre-vingts lits d'hospitalisation. Nous avons inclus tous les patients ayant été admis dans l'UMD de ce pôle entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2011, soit au total cent vingt-quatre patients. Dans le cadre de leur prise en charge, la totalité d'entre eux a bénéficié d'une évaluation psychiatrique et psychocriminologique lors de l'admission. Une évaluation du risque de violence a été réalisée dans ce cadre, reposant sur deux types d'outils. Une première évaluation consistait en la cotation d'une échelle actuarielle afin de disposer d'une mesure du niveau de risque statistique. L'instrument utilisé était la VRAG ou la SORAG en fonction de la présence ou non d'antécédents de violences sexuelles. Parallèlement, nous avons utilisé l'échelle HCR-20 avec mesure du score à l'entrée mais également à la sortie du patient avant son retour dans son hôpital d'origine.

Nous n'aborderons dans ce paragraphe que les résultats relatifs aux diagnostics des patients admis en UMD. Ceux relatifs aux traitements, aux niveaux de risque de violence (VRAG ou SORAG) et à l'efficacité des traitements sur le score de la HCR-20 seront présentés dans la partie relative au traitement de la personnalité dyssociale en UMD. Le premier diagnostic retrouvé chez les patients admis en UMD sur l'année 2009 est celui de schizophrénie, représentant 37 % de l'ensemble des diagnostics. En deuxième position sont retrouvés les diagnostics de retard mental et de personnalité dyssociale (21 % chacun). Cette étude ne prend pas en compte les éventuels troubles de la personnalité dyssociale compliquant les autres diagnostics de maladie mentale (schizophrénie, trouble délirant, trouble bipolaire). Ainsi, près d'un quart des patients admis à l'UMD de Sarreguemines sur l'année 2011 a pour principal

diagnostic celui de personnalité dyssociale. Concernant ces derniers, tous ont une problématique toxicophilique associée : il s'agit d'une consommation d'alcool dans 92 % des cas, de cannabis dans 80 % des cas, de psychostimulants (cocaïne, amphétamines) dans 23 % des cas et d'opiacés dans 15 % des cas. Pour 53 % des patients, il s'agit d'une consommation associant au moins deux produits. Le principal mode d'hospitalisation de ces patients est l'hospitalisation d'office classique, représentant 73 % des cas. Sans surprise, aucun n'est hospitalisé en HO selon les termes de l'article 122-1 du Code pénal (pas d'irresponsabilité pénale) et 27 % sont admis en HO selon les termes de l'article D. 398 du Code de procédure pénale (patients venant de lieux de détention).

Les motifs d'admissions des personnalités dyssociales sont à distinguer en fonction de la provenance du patient :

- HO classique : l'agression d'autres patients en milieu psychiatrique représente 38 % des cas, suivi de l'agression de soignants pour 31 % d'entre eux. Le reste concerne une tentative de viol sur une infirmière (un cas) et des fugues à répétitions d'un service de psychiatrie (un cas) ;
- HO D398 : la suspicion de troubles psychotiques en détention représente 15 % des personnalités dyssociales admises en UMD. Le second motif d'admission est celui de menaces suicidaires en détention pour 11,6 %.

Concernant l'évaluation du risque de violence actuariel, nous avons utilisé la VRAG pour dix-huit patients (pas de notion de violences sexuelles) et la SORAG pour huit patients (notion de violences sexuelles). Le score à la VRAG varie entre un minimum coté à 6 et un maximum à 9, avec la répartition suivante : VRAG-6 : deux patients, VRAG-7 : trois patients, VRAG-8 : dix patients et VRAG-9 : trois patients. Le score à la SORAG varie entre un minimum côté à 3 et un maximum côté à 8, avec la répartition suivante : SORAG-3 : un patient, SORAG-5 : un patient, SORAG-7 : cinq patients et SORAG-8 : un patient. Ainsi, hormis un patient dont le risque actuariel est évalué comme faible (SORAG-3), la plupart des patients dyssociaux ont un risque de violence au minimum mesuré comme moyen, voire généralement élevé. Il faudrait donc y opposer des moyens thérapeutiques conséquents, possibles en UMD.

LE TRAITEMENT DES PERSONNALITÉS DYSSOCIALES EN UMD

Les personnalités dyssociales sont particulièrement décourageantes, au point parfois de susciter le rejet (voir plus haut). Paradoxalement, la revue de la littérature met en avant une multitude de possibilités de traitement. Si l'un de ces traitements était plus particulièrement efficace, cela se saurait ! La personnalité dyssociale serait-elle le véritable défi de la psychiatrie ? En préambule, soigner la personnalité dyssociale est-il licite ? S'agit-il d'une véritable maladie ? Certains (de moins en moins) en doute encore. On leur opposera facilement les développements en matière de génétique (GNCHRNA2 et OPRM1, etc.), en matière d'imagerie cérébrale (réduction des volumes de l'amygdale, dysfonctionnement du cortex orbitofrontal, etc.) et en matière de biochimie cérébrale (sérotonine...). Ainsi, nous prenons le parti pris de l'existence de traitements possibles de cette pathologie. Dès lors nous ne pouvons échapper à un catalogue de soins possibles, les uns et les autres étant ou non applicables en UMD. Le cœur du problème, et encore plus en UMD, reste la potentialité de violence chez ces patients. Ce type de comportement est renforcé par les fréquentes comorbidités de la personnalité dyssociale. En ce qui concerne la personnalité dyssociale proprement dite, la nécessité de l'enfermement ne fait plus controverse lorsqu'il s'agit de traiter notamment le risque de violence. Bien entendu, il convient aussi de rester réaliste, comme nous l'avons vu, en ce qui concerne les résultats thérapeutiques.

Il est classique de distinguer les traitements pharmacologiques des traitements psychothérapeutiques et comportementaux. En prémisses, il y a lieu d'affirmer qu'il n'y a pas de médicament « anti-agressivité ». Les traitements médicamenteux ciblent principalement l'impulsivité des patients dyssociaux, à l'origine des passages à l'acte violents en milieu psychiatrique ou pénitentiaire. Ils peuvent également intéresser des comorbidités toxicophiliques associées ou des troubles sexuels (paraphilie, ou compulsion sexuelle). Nous avons relevé les différents traitements pharmacologiques prescrits aux patients présentant une personnalité dyssociale et admis sur l'année 2011. Aucun patient ne bénéficie d'une monothérapie et la règle est à l'association d'au moins deux psychotropes différents.

Les molécules les plus prescrites sont les neuroleptiques de première génération (halopéridol, cymémazine et zuclopenthixol pour les trois plus fréquents) pour 65 % des cas. Ils sont toujours associés à au moins une autre molécule psychotrope. Les seconds traitements les plus

prescrits sont les thymorégulateurs de type anti-épileptiques (valproate de sodium, carbamazépine et oxcarbazépine pour les trois plus fréquents). Ces traitements concernent 50 % des patients dyssociaux. En troisième position figurent les anti-psychotiques atypiques (APA), dits de deuxième génération. Ils intéressent 31 % des patients dyssociaux et sont pour la plupart associés à un second neuroleptique de première génération. Seuls trois patients bénéficient d'un APA non associé à un neuroleptique classique ; cependant l'association reste la règle (autre thymorégulateur et/ou benzodiazépines). Deux patients dyssociaux perçoivent un traitement par clozapine à visée anti-impulsive ; et deux autres patients bénéficient d'un traitement freinateur de la libido par salvacyl®.

Au final, aucun patient ne bénéficie d'un traitement par anti-dépresseur sérotoninergique. Un tel traitement aurait pu être relevé du fait de propriétés anti-impulsives ou, plus classiquement, à visée anti-dépressive. En réalité, aucun syndrome dépressif n'a été confirmé chez les patients dyssociaux transférés des établissements pénitentiaires du fait de menaces suicidaires. De telles menaces étaient réalisées dans le cadre d'une impulsivité et d'une intolérance à la frustration inhérente à ce trouble de la personnalité. Ce qui ne remet nullement en cause le risque suicidaire ayant justifié le transfert en milieu psychiatrique.

Les patients dyssociaux bénéficient donc de traitements (institutionnels et pharmacologiques) non spécifiques en UMD. Il est donc légitime de s'interroger quant à leur efficacité sur le terrain. Pour tenter de répondre à cette question, nous avons réalisé une évaluation du risque de violence à l'admission de chaque patient sur l'année 2011. Comme indiqué précédemment, cette évaluation reposait sur une série d'entretiens cliniques et la mise en œuvre d'outils spécifiques : les échelles actuarielles et les outils de jugement clinique structurés. Dans la dernière catégorie d'outils, nous avons mis en œuvre l'échelle *Historical Clinical Risk* ou HCR-20 développée par Webster et collaborateurs en 1997. La HCR-20 est un instrument d'évaluation dynamique du risque et aussi de gestion du risque. Aux indices historiques (antécédents de violences, précocités de comportements violents) s'ajoutent les indices cliniques actuels et les indices liés aux risques futurs. La cotation d'un tel outil au cours d'une hospitalisation de plusieurs mois permet ainsi de mesurer l'efficacité d'un traitement sur le niveau de risque.

Sur les vingt-six patients admis à l'UMD, dix-huit sont retournés dans leur établissement d'origine avant le 31 décembre 2011. À l'admission, le score moyen d'entrée de ces dix-huit patients dyssociaux est de 32/40, correspondant à un risque élevé de violences. Il s'agit d'une moyenne, les scores variant entre un minimum de 18/40 (risque moyen) et un

maximum à 38/40 (risque majeur). Le score moyen de sortie est mesuré à 30/40 (risque élevé), révélant un impact mineur de la prise en charge sur le risque de comportement violent. Ainsi, l'efficacité des traitements pharmacologiques reste aléatoire dans le cas particulier des troubles de la personnalité dyssociale. Quant aux soins non pharmacologiques, tels que l'électroconvulsivothérapie, les traitements comportementaux, les approches cognitives, les psychothérapies de groupe ou individuelles nous laissons le soin à tout un chacun de les utiliser en fonction de leur conviction et de leur expérience et formation.

Il convient de tout particulièrement insister sur les traitements des comorbidités dans la mesure où elles sont particulièrement à l'origine des troubles du comportement chez les personnalités dyssociales. Les troubles anxieux semblent pouvoir bénéficier des traitements antidépresseurs efficaces dans les états de stress post-traumatiques. Il y a là une évidence clinique, mais qui demande à être explorée sur le plan psychodynamique. Les troubles dépressifs, la dysthymie, l'hypomanie, l'abus de substances, les épisodes psychotiques aigus, etc., bénéficient de traitements spécifiques, à la condition, bien entendu, qu'ils aient été repérés donc recherchés. Les soins aux personnalités dyssociales ne sauraient être dissociés de l'étude de l'environnement dans lequel les troubles du comportement ont pu être exprimés. Par exemple, qu'en est-il, dans le déclenchement de l'accès agressif, de la « violence institutionnelle », notion qui à elle seule nécessiterait des développements conséquents ?

CONCLUSION

L'impulsivité semble un concept qui resurgit dès que l'on pense l'avoir écartée du cadre de la personnalité dyssociale, mais les comportements impulsifs ne sont pas spécifiques de cette pathologie. Dans le domaine de la personnalité dyssociale, ces comportements semblent désespérément répétitifs, cycliques, comme une pulsation inéluctable. Existerait-il une « impulsivité fondamentale » pouvant émerger au gré de perturbations psychopathologiques facilitatrices (personnalité dyssociale ?) ou inhibitrices (troubles obsessionnels compulsifs ?) ou de situations désorganisatrices, sous la forme de passages à l'acte destructeur. L'avenir serait-il dans la recherche de molécules « anti-impulsivité » ?

Que chacun prenne ses responsabilités. À trop vouloir exclure les troubles de la personnalité du champ de la psychiatrie « fermée », nous avons en quelque sorte obligé la société (et partant la justice) à nous contraindre. Obligations de soins, injonctions de soins, injonctions

thérapeutiques, programmes ambulatoires de soins ; même lorsqu'elle n'est pas hospitalisée ou considérée comme malade, la personne ayant un trouble de la personnalité se voit contrainte d'être soignée. La personnalité dyssociale en UMD est ainsi en quelque sorte l'archétype de cette évidence. Les UMD seraient-elles l'observatoire idéal de ce trouble de la personnalité ?

Chapitre 35

Prise en charge des troubles de la personnalité au SMPR

Un dispositif thérapeutique spécifique pour personnes détenues auteurs d'infraction à caractère sexuel

Magali Bodon-Bruzel et Florent Gatherias

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ET AUTEURS D'INFRACTION À CARACTÈRE SEXUEL

Les troubles de la personnalité sont constants chez les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Classiquement, on retrouve des sujets présentant des tendances paranoïaques, des problématiques de type narcissique ou des personnalités à expression psychopathique. Mais on peut également relever chez ces sujets d'autres aspects : borderline, histrioniques...

Au-delà des organisations particulières de ces personnalités, il est également pertinent d'opérer des distinctions sur des critères purement criminologiques. On repère quatre groupes d'agresseurs ou plus exactement trois groupes dont un peut être divisé en deux sous-parties : le groupe des agresseurs de femmes adultes ; celui composé de pédophiles intrafamiliaux dit agresseurs incestueux ; le groupe de pédophiles extra-familiaux ayant fait au moins une victime masculine, et celui des pédophiles extra-familiaux n'ayant fait que des victimes féminines.

Une première question est de se demander si des particularismes au niveau de la personnalité sont surreprésentés dans tel ou tel groupe. À la fin de la thérapie, et dans l'hypothèse où il est repéré des constantes en matière de personnalité dans chacun des groupes criminologiques, il est légitime de se poser la question de l'évolution des traits de personnalité pour chacune des catégories de cette population particulière de patients. Cette évolution est un des premiers indicateurs de l'action de la thérapie sur les patients impliqués par la mesure différentielle de traits de personnalité sélectionnés.

DISPOSITIF DE SOIN ET PROJET D'ÉTUDE

L'unité hospitalière et de liaison pour auteurs d'infractions à caractère sexuel (UHLIS), appelée aussi unité « Ulysse », située au sein de l'unité psychiatrique d'hospitalisation (UPH) du service médico-psychologique régional (SMPR) de Fresnes, propose, depuis 2007, des sessions thérapeutiques de six mois pour douze auteurs d'infraction à caractère sexuel condamnés ou prévenus. Le dispositif de soin est situé dans l'enceinte même du centre pénitentiaire de Fresnes, au sein de la maison d'arrêt des hommes. Les sessions sont basées sur les thérapies de groupe. Cependant des prises en charge individuelles au cas par cas par des soignants, psychiatres ou psychologues, peuvent être également mises en place. Des traitements éventuellement spécifiques, frénateurs de la libido par exemple, sont proposés au cas par cas.

Les méthodologies psychothérapeutiques utilisées sont multiples et complémentaires. Des thérapies de type cognitif centrées sur des processus de pensée, de croyance et de conviction, sont mises en place avec l'aide d'un psychocriminologue. Une approche psychodynamique, qui repose sur une analyse structurale de la personnalité et s'interroge sur le développement de l'affectivité par rapport à l'histoire du sujet, est également réalisée sous la direction d'une psychiatre-psychanalyste. Par ailleurs, des groupes de type soutien et étayage impliquant un travail utilisant la médiation, comme le génogramme, le photo-langage, des visionnages de vidéo à thèmes particuliers ou des jeux de rôle, sont également proposés dans le programme qui se déroule comme l'explique le tableau 35.1.

En début et en fin de session, une évaluation psychométrique est réalisée. Chaque patient est évalué sur plusieurs critères : la hauteur de certaines tendances pathologiques et le niveau de résistance au stress, de l'estime de soi, de l'impulsivité et de l'empathie. D'autres tests sont

Tableau 35.1.

G1 Psychiatre- psychanalyste + infirmier	G2 Psycho- criminologue + infirmier	G3 Psychologue clinicienne + infirmier	G4 2 infirmiers	
Les états du Moi	Les relations interpersonnelles	Photo-langage	Territoires et limites physiques	Phase I « Observa- tion »
Émotions et Pulsions	Territoires et limites symboliques	Les repères	Habiletés sociales	
Besoins et envies Gestion des émotions		Comportement et styles de communication	Hygiène	
La symbiose (saine et pathologique)	Protection de soi/des autres	Groupes de parole libre	Génogramme	Phase II « Mobilisa- tion »
Constitution du scénario de vie	Qu'est-ce qu'être victime	Être fort/Être faible	Vidéos à thèmes	
Croyances/décisions et déni	Soi comme victime	Les sentiments vécus comme désagréables		
Privation et frustration	La vulnérabilité Les distorsions cognitives	« Votre héros »		
Violence, haine et mépris	L'agressivité	La colère	Génogramme (suite)	Phase III « Mutation »
Le sentiment d'identité	Les relations sexuelles	Groupes de parole libre	Secrets et fantasmes familiaux	
L'identité sexuée	Gestion de la frustration	Travail sur la famille à partir de photos personnelles	Vidéos à thèmes	
Estime et image de Soi Définition de Soi	Les conséquences des agressions (violentes et/ou sexuelles)	« Qu'en dit-on ? »		

réalisés en début de session, notamment des tests projectifs comme le TAT et le Rorschach. Enfin, des évaluations de type criminologique sont également proposées à l'aide d'échelles actuarielles comme la

Tableau 35.1. (suite)

Fantasmes et désirs	La chaîne délictuelle et les facteurs de risque	L'intimité	La cohabitation	Phase IV « Développement »
L'amour de soi et des autres Honte, regrets et remords Réflexion sur le pardon Rupture et séparation	« Prévention de la récidive » : travail collectif sur les affaires criminelles de chacun, compréhension des facteurs impliqués dans la commission de l'acte	L'empathie Prendre soin de soi et des autres Le couple	L'existence de l'autre	

Statique 99, la Psychopathic Check-list Revised (PCL-R20) et la SORAG (*Sex Offender Risk Appraisal Guide*).

Au total, quatre-vingt-onze patients ont été inclus depuis le début d'ouverture des sessions en 2007. La neuvième session s'est récemment terminée, courant mars 2013. Il s'agit de la quatrième session comportant un groupe de prévenus et un groupe de condamnés. Les premières sessions ne comportaient que des personnes condamnées qui présentaient des longues peines et des lourdes qualifications mais depuis la quatrième session, on se retrouve devant une population plus hétérogène avec des courtes peines et des mandats de dépôt côtoyant également des longues peines.

Les sujets sont tous parfaitement consentants aux soins. Ils actent leur engagement en signant un contrat par lequel ils acceptent, notamment, les règles de confidentialité et de non-violence propres au groupe, et également de participer à l'ensemble de la thérapie telle qu'elle est exposée dans le programme. Deux groupes fermés de six personnes sont alors constitués au début de la thérapie, laquelle a pour principal objectif de mobiliser le déni psychique afin de préparer le sujet à la poursuite d'une psychothérapie ultérieure, souvent individuelle. Enfin, le dispositif de soin comporte douze cellules individuelles, une salle de travail prévue pour recevoir les groupes, une petite infirmerie et un bureau habilité à accueillir les patients en entretien individuel.

L'étude porte sur les six dernières sessions (les premières sessions n'ayant pas été évaluées de la sorte), ce qui correspond à une population

de soixante-dix hommes. La répartition des différents types criminologiques est à peu près harmonieuse : près de 40 % de la population des patients sont représentés par les agresseurs de femmes adultes, un peu moins de 30 % est constitué de pédophiles intrafamiliaux de type incestueux, et 30 % des sujets sont des pédophiles extra-familiaux, avec une sous-répartition aussi à peu près égale entre les pédophiles ayant fait au moins une victime masculine (17 %) et les pédophiles n'ayant eu que des victimes féminines (13 %).

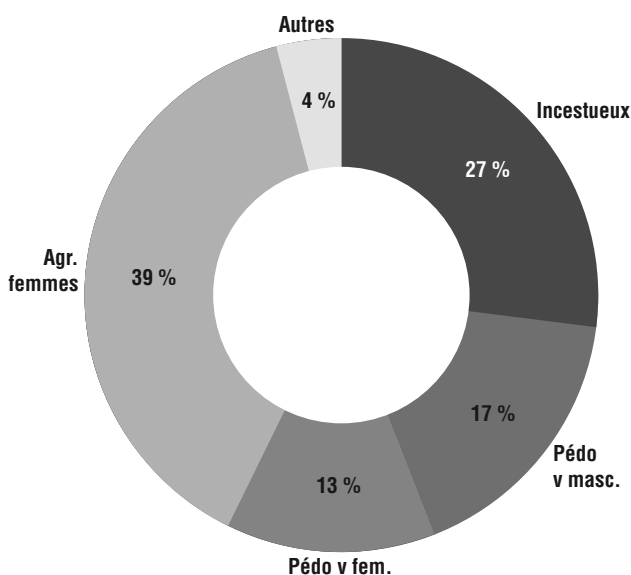


Figure 35.1. Répartition des différents types criminels sur six sessions ($n = 70$)

MÉTHODOLOGIE

On fait passer aux soixante-dix patients au début et en fin de la session quatre séries de tests cherchant à mettre en évidence le niveau de certaines tendances pathologiques, l'importance de l'estime de soi, les capacités de mobilisation cognitive, et aussi les aspects de recherche de sensation, d'empathie et d'impulsivité.

Six tendances pathologiques sont mesurées : l'obsessionnalité, l'agressivité, la dimension dépressive, la paranoïdie, le narcissisme et l'intolérance à la frustration. Le test de Coopersmith permet d'évaluer l'estime

de soi globale en fonction des résultats obtenus sur la mesure de l'estime de soi familiale, sociale et professionnelle. Le test dit de Stroop, qui mesure l'investissement cognitif et permet de mettre en évidence la rapidité à effectuer une tâche simple puis une tâche complexe comportant des informations contradictoires qu'il faut gérer (capacité de gestion d'une situation de dissonance cognitive). Enfin, il est également proposé aux patients de passer le test ODL d'Eysenck qui vise à pouvoir prendre la mesure de trois facteurs : la recherche de sensation, l'empathie et l'impulsivité.

RÉSULTATS

Le principe est de croiser les quatre profils criminologiques identifiés en début de soins avec les résultats révélés par les quatre séries de tests, puis de les comparer aux résultats issus des mêmes tests passés en fin de session.

► En début de session

Le groupe des incestueux montre des résultats élevés d'abord en ce qui concerne leur âge puis leurs tendances pathologiques, notamment sur les aspects d'obsessionnalité, de paranoïdie et de narcissisme. On relève une bonne estime de soi globale et des chiffres diminués en matière d'intolérance à la frustration, une faible impulsivité, peu de recherches de sensation et surtout une faible empathie. Les résultats au test de Stroop mettent en évidence une difficulté à résoudre des tâches complexes. En résumé, plutôt plus âgés que les autres, les patients appartenant à ce groupe présentent à la base une bonne estime d'eux-mêmes avec des traits paranoïdes, obsessionnels et narcissiques un peu forts, mais ils sont peu impulsifs, plutôt tolérants à la frustration et peu avides de sensations. Se révèle ici une catégorie de d'individus plus rigides que les autres, ayant globalement une bonne estime d'eux, mais avec des capacités de réaction plus lentes que les autres groupes criminologiques.

Le groupe des pédophiles avec au moins une victime masculine est très identifié : les résultats sont élevés aux tests mesurant les tendances dépressives et l'intolérance à la frustration. Ces sujets sont rapides au plan intellectuel et avides de sensations. L'empathie semble être assez bonne mais en revanche, les résultats sont faibles en matière de narcissisme et d'estime de soi. Pour résumer, il s'agit d'une population plutôt dépressive, réactive, en demande de sensations, voire d'affects,

avec une mauvaise image d'elle-même. Ce profil donne l'impression d'individus cherchant à s'extraire d'un état dépressif latent par les moyens qu'ils peuvent trouver, comme la recherche de défenses contre une angoisse diffuse ressentie comme particulièrement dangereuse.

Les groupes des pédophiles à victimes féminines montrent des résultats élevés lors de l'exécution de tâches complexes au plan cognitif, avec des résultats faibles dans toutes les tendances pathologiques et en matière d'intolérance à la frustration. L'estime de soi globale est mauvaise alors que l'estime de soi familiale présente un bon score et reste conservée. Globalement, c'est un groupe de sujets plutôt stables et harmoniques, capables au plan intellectuel mais qui se dévalorisent. Ces patients sont ainsi caractérisés essentiellement par des lacunes, comme si agresser des petites filles impliquait surtout des personnalités déficitaires au niveau de traits de personnalité, mais sans qu'ils soient aussi perturbés que les agresseurs de petits garçons qui eux ont franchi d'autres limites sociales plus inacceptables que ceux-ci.

Les patients appartenant au groupe des agresseurs de femmes adultes sont des sujets jeunes, peu obsessionnels et peu paranoïdes mais qui montrent des résultats élevés à la mesure de la tendance pathologique de l'agressivité et au test ODL à l'impulsivité. Leur estime de soi, notamment familiale et professionnelle, n'est pas de bonne qualité. Impulsifs, agressifs, ils correspondent à des profils psychopathiques habituels.

► En fin de session

Les tendances pathologiques sont globalement en baisse sauf pour l'agressivité qui montre une progression dans toutes les catégories d'agresseurs et une intolérance à la frustration qui progresse dans le groupe des incestueux et des pédophiles à victime masculine. Les aspects dépressifs se réduisent sauf pour les pédophiles à victime masculine. Le narcissisme diminue fortement, sauf pour les pédophiles à victime masculine chez lesquels il augmente légèrement. L'obsessionnalité se réduit sauf pour les pédophiles à victime féminines.

Le groupe des pédophiles à victime masculine se distingue nettement des autres et montre une très forte hausse de l'agressivité alors qu'ils sont les seuls à se déprimer et à renforcer leur narcissisme pendant la cure, devenant de plus en plus intolérants à la frustration.

Le groupe des incestueux est restauré sur le plan dépressif : des sujets moins obsessionnels, un peu moins narcissiques, mais devenant franchement plus intolérants à la frustration en fin de cure.

Les pédophiles à victimes féminines n'ont que légèrement progressé en matière d'agressivité et d'obsessionnalité : toutes les autres tendances pathologiques sont en baisse en fin de thérapie.

Les agresseurs de femmes adultes se sont améliorés dans tous les items hormis l'agressivité, mais compensée largement par une meilleure gestion des frustrations et une impulsivité effondrée.

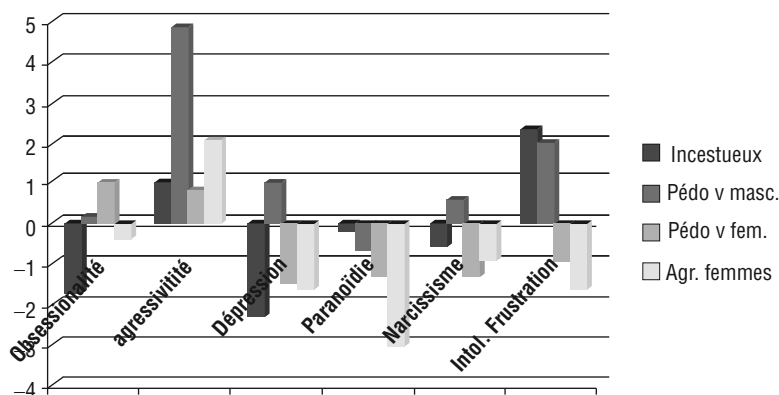


Figure 35.2. Évolution aux tendances pathologiques pour chaque catégorie criminologique

L'estime de soi globale en fin de session a nettement progressé pour tous les groupes sauf chez les pédophiles à victimes masculines.

Les pédophiles à au moins une victime masculine ont vu leur estime de soi sociale et professionnelle très peu augmenté contrairement aux autres groupes, et leur estime de soi familiale a diminué, ce qui explique la réduction de leur estime de soi globale.

Les pédophiles à victime féminine montrent la plus forte progression de l'estime de soi globale malgré la petite diminution de l'estime de soi familiale.

Les deux groupes des incestueux et des agresseurs de femmes adultes progressent pendant la session en matière d'estime de soi de manière harmonieuse, dans toutes les catégories : estime de soi familiale, professionnelle et sociale.

L'évolution des capacités cognitives met en évidence une diminution nette de la rapidité à réaliser des tâches simples et complexes pour tous les groupes sauf les pédophiles à victimes masculines qui deviennent de plus en plus rapides au plan intellectuel au fur et à mesure de la cure mais accusent le coup en matière de réalisation de tâches complexes. Cette

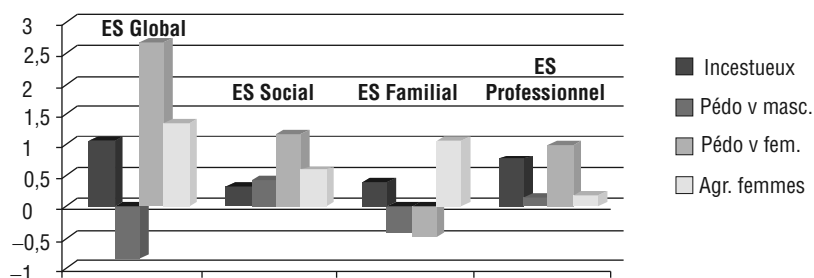


Figure 35.3. Évolution de l'estime de soi pour chaque catégorie criminologique (Coopersmith)

fatigue de l'ensemble des groupes témoigne de l'investissement dans le soin

Les pédophiles à victimes féminines sont les plus ralentis en fin de session (alors qu'ils sont les plus rapides en début).

Les incestueux représentent le seul groupe qui ne montre aucune évolution au plan des capacités cognitives : sont-ils ceux qui réfléchissent le moins pendant le soin ?

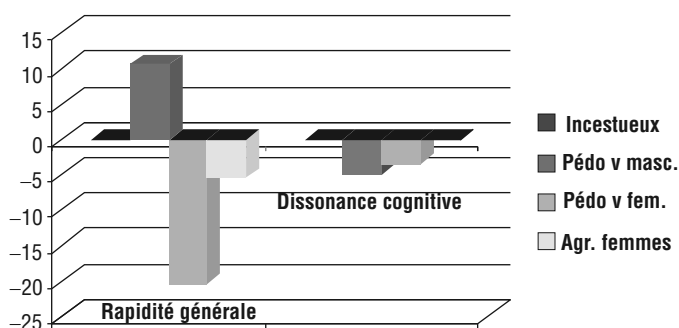


Figure 35.4. Évolution des capacités cognitives pour chaque catégorie criminologique

L'évolution des trois traits de personnalité en référence au modèle à trois facteurs d'Eysenck montre également des différences très nettes en matière de chaque groupe.

L'impulsivité est en baisse très nette dans tous les groupes sauf chez les incestueux où elle est en légère augmentation, voire en stagnation. Elle se réduit très fortement pendant la cure pour les agresseurs de femmes qui évoluent le plus sur ce point.

À l'exception des agresseurs de femmes adultes, l'ensemble des groupes se montre plus avide de sensations en fin de session. Les agresseurs de femmes adultes, beaucoup moins impulsifs qu'en début de cure, réduisent en même temps leur recherche de sensations.

En matière d'empathie, tous les groupes de façon assez étonnante présentent en fin de thérapie une réduction de leur empathie sauf les pédophiles à victime féminine qui montrent sur l'occurrence de ce trait une légère augmentation. L'empathie n'est ainsi pas le levier principal de l'évolution des personnalités dans ce travail visant à améliorer les capacités de gestion des facteurs associés aux agressions sexuelles.

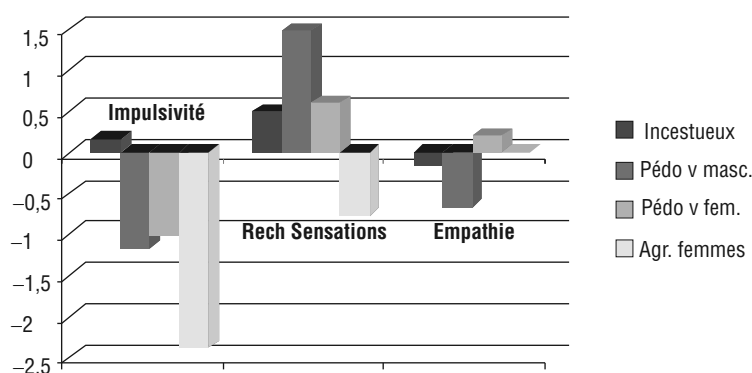


Figure 35.5. Évolution de trois traits de personnalité pour chaque catégorie criminologique (Eysenck)

ÉVOLUTION DE CHAQUE GROUPE

Les agresseurs incestueux représentent une population plus âgée, présentant en début de soin des tendances pathologiques assez soutenues, une bonne estime de soi, tolérant la frustration, peu avide de sensation mais peu empathique également. Six mois plus tard, en fin de la session, leur estime de soi a encore augmenté, leurs tendances pathologiques se sont réduites, ils sont un peu moins empathiques et surtout beaucoup moins déprimés. Ils correspondent au seul groupe devenu un peu moins tolérant à la frustration et qui n'est pas ralenti au plan cognitif. En fin de cure, les incestueux sont en recherche de sensations, avec un narcissisme un peu diminué.

Au total, renforcement du soi, des envies et réactivité accrues grâce à un bon moral mais sans doute peu de mobilisation intellectuelle pour

un ego consolidé *in fine*. Les mécanismes défensifs à l'œuvre chez eux semblent économiser leur investissement dans la thérapie. Les incestueux vont mieux mais ne savent pas pourquoi...

Les pédophiles avec au moins une victime masculine représentent au début de la cure un groupe de sujets plutôt déprimés, intolérants à la frustration, avec des capacités de mobilisation cognitive relativement fortes. Ils sont plutôt empathiques et avides de sensations mais l'estime de soi reste faible. À la fin de la cure, les pédophiles de groupe sont devenus franchement plus réactifs, notamment par des traits agressifs, plus déprimés, plus intolérants à la frustration, moins empathiques et légèrement plus narcissiques. Ils ont mobilisé fortement leurs capacités cognitives et représentent le seul groupe dont la rapidité intellectuelle a augmenté en fin de session mais ils ne sont pas performants pour la réalisation des tâches complexes, ce qui signe leur fatigue. Ils sont surtout les seuls à présenter une estime de soi globalement et sensiblement diminuée.

Au total, c'est le groupe qui a certainement le plus travaillé et dont les patients se retrouvent en fin de thérapie excités au plan intellectuel mais de moins en moins efficaces car déprimés, tendus et assez dévalorisés. Cet investissement est à la mesure des différentes limites morales et sociales qu'ils ont dû franchir pour passer à l'acte, et qui les ont situés bien davantage que les autres en marge d'une « normalité » socialement admise. Les pédophiles ayant fait au moins une victime masculine se sont authentiquement remis en question et souffrent, notamment de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes...

Les pédophiles à victimes féminines composent un groupe de sujets peu agressifs en début de session, peu déprimés, plutôt tolérants à la frustration, avec une mauvaise estime d'eux-mêmes et peu empathiques, et finalement assez stables au plan psychique. En fin de cure, ces patients sont les seuls à être devenus plus obsessionnels. Légèrement agressifs, moins déprimés, encore plus tolérants à la frustration, ils sont les plus fortement ralentis au plan intellectuel donc sensiblement fatigués, mais ils présentent la meilleure évolution en matière d'estime de soi et ils sont les seuls à être devenus plus empathiques : ils recherchent des sensations et tout en étant encore moins impulsifs.

Au total, renforcement de l'image de soi, mobilisation intellectuelle et production d'empathie : un groupe qui a beaucoup travaillé et dont les sujets sortent de la cure fatigués mais valorisés. Ils croyaient ne posséder que peu de capacités relationnelles de succès, ce qui les tournait davantage vers des objets d'attrait sexuel ou même d'amour dont l'âge les

rendait plus accessibles. Les pédophiles ayant fait au moins une victime féminine arrivent à s'aimer un peu et à aimer un peu les autres...

Les agresseurs de femmes adultes composent en début de session un groupe de sujets jeunes et présentant de nombreux traits de personnalité à expression psychopathique : agressifs, intolérants à la frustration, impulsifs, dévalorisés en matière d'estime et d'image de soi, peu obsessionnels donc peu élaborants. En fin de cure, on retrouve des sujets moins réactifs à la frustration et beaucoup moins impulsifs, beaucoup moins narcissiques, bien moins avides de sensations, relativement fatigués au plan cognitif et présentant une estime de soi sensiblement restaurée.

Au total, des jeunes patients qui ont bien évolué sur le plan de la réactivité et des aspects globalement caractéropathiques, avec un vrai investissement du travail psychothérapeutique dont témoigne la fatigue intellectuelle mais qui reste efficient en même temps que l'image de soi se revalorise. Des psychopathes qui se calment, commencent à tenter de se comprendre et acceptent un peu de s'estimer ?

CONCLUSION

On peut donc évaluer en fin de session thérapeutique de six mois un changement en matière de traits de personnalités pour l'ensemble des groupes et des sujets. Hormis l'augmentation de l'agressivité en fin de cure qui est constante, les quatre groupes évoluent de manière hétérogène. Les incestueux sont les seuls à devenir un peu plus impulsifs. Seuls les pédophiles féminins sortent du soin plus empathiques et plus obsessionnels. À l'inverse des trois autres groupes, les pédophiles masculins se retrouvent plus dévalorisés, plus narcissiques, plus déprimés et plus rapides intellectuellement. Les agresseurs de femmes adultes forment l'unique groupe moins avide de sensations en fin de cure. Par ailleurs, les capacités cognitives sont mobilisées différemment dans chaque groupe, montrant la charge des efforts psychiques engagés dans l'ensemble de la prise en charge.

L'évolution et la modification de l'ensemble des traits de personnalité constituent des indicateurs en matière de pertinence du soin, attestant de la réalité de la reconstruction psychique et de l'évolution positive du soi des personnes détenues ayant réalisé l'ensemble de la thérapie. Les indicateurs de cette amélioration pourraient-ils être également des critères efficients dans le domaine de la prévention de la récurrence de violence sexuelle, voire de la prédiction du risque violent ?

BIBLIOGRAPHIE

VOYER M., MILLOT F., DUBREUCK J.-L., SENON J.-L. (2012). « Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie », *EMC – psychiatrie*, 9 (4, 1-12).

JONAS C., LEGAY E., CHAVIGNET V. (2012). « Aspects juridiques et médico-légaux des troubles de la personnalité », *EMC – Psychiatrie*, 9 (4), 1-11.

BÉNÉZECH M., LE BIHAN P. (2012), « Personnalité antisociale », *EMC – Psychiatrie*, 9 (4, 1-16).

MAJOIS V., SALOPPE X., DUCROS C., PHAM T.H. (2011). « Psychopathie et son évaluation », *EMC – Psychiatrie*, 37-320-a-45.

FÉLINE A., GUELFY J.-D., HARDY P. (2002). *Les Troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion.

BODON-BRUZEL M. (2010). « Stratégies de prise en charge thérapeutique en milieu carcéral des auteurs d'infractions à caractère sexuel » (p. 314-325), in Coutanceau R. et Smith J. (dir.), *La Violence sexuelle*, Paris, Dunod.

GATHERIAS F. (2011). « Psychocriminologie appliquée aux criminels sexuels sériels : du suivi thérapeutique à l'amélioration de l'enquête criminelle », communication au Congrès international francophone sur les agressions sexuelles, Montreux.

DICKES P., TOURNOIS J., FLIELLER A., KOP J.-L. (1994). *La Psychométrie*, Paris, PUF.

JENSEN A.R., ROHWER W.D. (1966). « The Stroop Color-word test : a review », *Acta Psychologica*, Amsterdam, 25 (1), 36-93.

Chapitre 36

Les enjeux de réceptivité chez les auteurs d'agression sexuelle : chronique d'un espoir retrouvé

Virginie Guillard et André McKibben

*« Nul ne peut atteindre l'aube sans passer par le chemin de la nuit. »
Khalil GIBRAN*

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, une perception plus juste de la nature, de l'ampleur et des conséquences de la problématique de l'agression sexuelle s'est manifestée dans nos sociétés occidentales. Une hausse des signalements, des poursuites et des condamnations en cette matière s'en est suivie. Ce fut certainement le cas au Québec où le premier recensement de l'ensemble des auteurs d'agression sexuelle incarcérés dans les pénitenciers québécois établissait leur nombre à cent soixante-cinq (Aubut et McKibben, 1984). Ce chiffre n'a jamais cessé d'augmenter depuis pour atteindre en 2010 celui de six cent cinquante personnes incarcérées dans les mêmes établissements.

Un certain enjeu d'accessibilité à des soins spécialisés en cours de détention s'est conséquemment manifesté afin de mieux protéger la

société et de donner une plus-value en termes de prévention au temps passé en détention. Des programmes de traitement à l'intérieur même des murs, souvent d'inspiration cognitivo-comportementale, ont été mis en place dans différentes juridictions.

Des résultats encourageants quant à l'efficacité de ces programmes ont été décrits (Hall, 1995 ; Alexander, 1999 ; Hanson *et al.*, 2002) mais plusieurs doutes ont été soulevés. Par exemple, la procédure la plus rigoureuse de recherche, soit par assignation aléatoire au traitement, n'a jamais été utilisée car, au niveau éthique, elle aurait pour effet de priver de traitement des gens qui risquent de causer des dommages sérieux à autrui.

Au niveau méthodologique, la complexité de la tâche a aussi été soulignée, notamment en raison du taux de base de la récidive sexuelle qui, se situant à environ 14 % sur les quatre ou cinq ans suivant une remise en liberté (Hanson et Bussièrès, 1998), exigerait, à fin de comparaison, la constitution de groupes homogènes de plusieurs centaines d'auteurs, récidivistes et non récidivistes, traités et non traités.

Dans une critique plus globale, Harkins et Beech (2007) ont souligné que la plupart des études sont basées sur des schémas de recherche inadéquats en vertu desquels les chercheurs, au lieu de comparer des participants ayant été traités et d'autres ne l'ayant pas été, sont souvent réduits à comparer des participants ayant complété les programmes avec ceux l'ayant débuté mais ne l'ayant pas complété.

Cette dernière remarque recèle en elle-même un doute encore plus fondamental quant à l'efficacité des programmes de traitement. Au-delà des débats méthodologiques, sur un plan purement pratique, peu importe l'orientation théorique des programmes, une proportion significative d'auteurs d'agression sexuelle refuse de participer à un traitement lorsqu'il leur est offert. Cette proportion a été estimée entre 8 % et 76 % (Mann et Webster, 2002). D'autres abandonnent ou sont exclus en cours de traitement. Les proportions varient là encore considérablement, d'environ 35 % (Lee *et al.*, 1996 ; Hall, 1995) jusqu'à 86 % (Shaw, Herkov et Greer, 1995). Enfin, d'autres participants terminent le traitement mais sont incapables d'en rencontrer les objectifs.

Dans ces circonstances, la contribution des programmes de traitement au projet social de prévention est sérieusement compromise puisque les auteurs d'agression sexuelle incarcérés refusant de participer à un programme ne bénéficient pas de l'effet de réduction de récidive attendu d'une participation. Plus préoccupant encore, ceux qui ont entrepris un traitement mais ne le complètent pas (Hanson *et al.*, 2002 ; Mc Grath *et al.*, 2003) et ceux qui le complètent mais n'en atteignent pas les objectifs

(Marques *et al.*, 2005), présentent des taux de récidive supérieurs à ceux qui ne s’y engagent pas.

L’intérêt pour des stratégies prenant en compte ces enjeux de réceptivité au traitement est donc clairement posé. Le présent chapitre a pour souci de démontrer comment un programme thérapeutique intra-carcéral considère ces enjeux afin de favoriser l’engagement initial dans le traitement des candidats, le maintien de taux de complétion significatifs et l’atteinte d’objectifs que le programme thérapeutique comporte. Il en va d’une réhabilitation de ces individus et d’une meilleure protection de la société.

HISTORIQUE, DESCRIPTION DU PROGRAMME ET ADMISSION DES CANDIDATS

En février 2009, le mandat a été donné au centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé de mettre en place au sein de l’établissement de détention de Percé, un programme national de traitement à l’intention de l’ensemble des personnes incarcérées pour des délits de nature sexuelle dans les établissements de détention provinciaux du Québec (sentence maximale de deux ans moins un jour).

Le programme d’évaluation, de traitement et de recherche pour les auteurs d’agression sexuelle (PETRAAS) est l’occasion d’une collaboration inédite et très étroite entre le ministère de la Sécurité publique (MSP) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Tandis que le MSP assume la garde sécuritaire et la réinsertion des contrevenants, le MSSS conçoit et offre les soins spécialisés.

Ce projet s’inscrit dans l’esprit du protocole de partage de responsabilités entre les deux ministères concernant l’accès aux services sociaux pour les contrevenants et en continuité avec les orientations du plan d’action gouvernementale en matière d’agression sexuelle (2008) qui, dans l’une de ses recommandations, suggérait d’implanter un programme d’évaluation et de traitement pour les auteurs de crimes sexuels dans un établissement de détention provincial et d’adjoindre des activités de recherche au fonctionnement de cet établissement. De plus, il trouve sa raison d’être dans la loi sur le système correctionnel du Québec qui, depuis 2007, impose au ministre de la Sécurité publique de favoriser le développement de programmes et d’activités de soutien à la réinsertion sociale en milieu carcéral, afin de travailler sur les facteurs liés à la délinquance et de prévenir la récidive.

Globalement, le projet s'origine donc d'une évolution des consciences quant à la problématique de l'agression sexuelle, des attentes du public en termes de protection, du désir de solidifier les connaissances scientifiques en la matière, des législations et des initiatives gouvernementales en matière de prévention du crime.

Depuis mai 2010, une clientèle exclusivement composée d'auteurs de délits sexuels participe à un programme de traitement volontaire d'une durée de vingt-six semaines, aménagé à l'intérieur de la sentence en tant que mesure d'exécution de la peine. En date du 17 janvier 2013, cent quatre-vingt-dix personnes condamnées pour des délits de nature sexuelle ont été admises au PETRAAS.

L'offre de services sur une aussi courte période est inédite. La période d'évaluation initiale s'étale sur environ six semaines, la période de traitement couvre dix-huit semaines alors que le passage en traitement se conclut par une période-bilan de deux semaines. Au cours du processus, les participants bénéficient de rencontres individuelles bi-mensuelles et de soixante-dix rencontres de groupe de 2 heures. Il s'agit donc d'un programme dont l'intensité est élevée. La capacité d'accueil de l'établissement est de quarante-deux participants, ce qui permet de donner accès à un traitement à environ quatre-vingts participants par année.

Le dépistage s'effectue à l'établissement de détention d'origine où les auteurs d'agression sexuelle qui viennent de recevoir une sentence sont spécifiquement rencontrés par un professionnel du MSP, agent de probation ou conseiller en milieu carcéral. Les contrevenants sont d'abord sélectionnés à partir de la longueur de leur sentence, celle-ci devant être suffisamment longue pour permettre un séjour de vingt-six semaines. L'admission de détenus présentant un risque de récidive élevé est aussi priorisée, l'effet de réduction de la récidive et du nombre de victimes étant, par définition, supérieur auprès de ceux qui présentent un plus grand risque de récidive. Un autre critère d'admission est celui de la « motivation minimale ».

UNE MOTIVATION INITIALE FRAGILE

À l'instar de nombreux auteurs d'agression sexuelle récemment incarcérés, les personnes admises au PETRAAS sont bien souvent aux prises avec de fortes résistances et l'état de leur motivation de départ est évalué systématiquement. Cinq catégories de motivation peuvent dès

lors être délogées, signalant clairement une faible motivation de départ pour 77 % d'entre elles :

- 11 % déclinent ouvertement et catégoriquement toute possibilité de traitement parce qu'ils sont méfiants, hostiles, révoltés de leur situation légale, de l'incarcération ou simplement parce qu'ils n'en voient pas la pertinence ou ne veulent pas être stigmatisés. Aussi, posent-ils leurs conditions, veulent marchander, ont de fortes objections ou manifestent de vives appréhensions par rapport au traitement ;
- 34 % sont plutôt passifs, n'ayant pas de question et n'interagissant pas lorsqu'ils reçoivent des informations. Ils ne savent pas s'ils ont des problèmes qui requièrent un traitement, n'en demandent pas mais disent qu'ils y consentiront s'il leur est dit qu'ils en ont besoin ou si le « système les y oblige » ;
- 32 % manifestent un début d'intérêt et s'informent. Ils ont cependant des doutes et des craintes de ne pouvoir réussir, par rapport à la formule de groupe, à leurs compétences personnelles ou en regard des gains possibles sur leur peine. Ils peuvent hésiter à cause du format, du lieu, du moment. Ils s'excluent facilement, se perçoivent comme incapables de répondre aux attentes, de changer, de surmonter les obstacles, comme parler de leurs délits par exemple ;
- 15 % identifient le traitement comme un moyen de régler un ou deux problèmes qui sont pertinents pour eux. Ils parlent d'objectifs à atteindre, de compréhension à acquérir, de problèmes à régler dont ils sont certains qu'ils leur procureront un bénéfice. Centrés sur le résultat, ils le sont moins sur le processus, les exigences, les malaises. Leurs attentes peuvent sembler exagérées ;
- 8 % manifestent une détermination. Ils voient le traitement comme une obligation dans leur vie et anticipent les efforts et les malaises qui auront à être consentis. Ils décrivent le traitement comme une étape dans leur vie à laquelle ils auront intérêt à donner suite pour en garantir l'efficacité.

La prévalence chez cette population de troubles de la personnalité n'est bien sûr pas étrangère à cette attitude allant jusqu'au refus de s'impliquer dans quelque démarche que ce soit, mais elle tient aussi à d'autres facteurs.

Majoritairement, ces personnes ont été condamnées depuis quelques jours ou quelques semaines et la plupart ont bénéficié de mesures de maintien en société durant le processus judiciaire. Dans la perspective de ces nouveaux incarcérés, la sentence de détention est généralement

un choc et une punition le plus souvent perçue comme trop sévère. La stigmatisation associée à ce type de crimes et l'éloignement de leur support social exacerbent l'isolement et le sentiment d'être victimes, des éléments qui renforcent la pénibilité de la peine privative de liberté. Ils ont de la difficulté à donner un sens à cette période de détention qui les attend et à trouver quelle utilité celle-ci pourrait avoir, étant davantage étouffés dans des craintes quant à leur sécurité physique immédiate et quant à leur devenir familial, professionnel.

La perspective d'un travail thérapeutique elle-même est souvent anxiogène, les interrogations relatives au traitement et l'appréhension des exigences à venir, telles le dévoilement, étant extrêmement importantes, d'autant que beaucoup craignent un accent exagéré sur le délit et, par ricochet, une détresse émotionnelle s'ils « avouent ». Comme une minorité, environ 16 %, ont des antécédents de traitement, la méfiance envers les thérapeutes et les doutes sur leur capacité à changer sont grands.

Il en découle de forts sentiments d'exclusion, d'humiliation et d'impuissance, ces mêmes sentiments menant fréquemment à des attitudes d'allure cynique, passive ou revendicatrice, la négation de leur(s) délit(s), la minimisation des gestes posés et la faible reconnaissance de leur responsabilité personnelle dans les gestes qui leur sont reprochés étant d'autres manifestations des conflits internes plus ou moins conscients chez ces nouveaux incarcérés.

La faible motivation au traitement, le refus de participer et l'abandon du traitement sont souvent décrits chez les auteurs d'agression sexuelle comme des conséquences d'un trouble de personnalité sous-jacent, ce qui demeure vraisemblable. Mais nous estimons aussi que, dans ce contexte, ces individus dont la vie est, d'une certaine façon, placée entre parenthèses sont incapables de dégager un certain espoir quant à leur situation. C'est probablement aussi un trouble de l'adaptation qui se manifeste à leur arrivée, à l'instar de tout individu confronté à un nouvel environnement un tant soit peu anxiogène, chez qui le jugement est alors souvent altéré. La motivation initiale au traitement, dans un tel contexte, ne peut guère échapper aux impacts de cette tourmente adaptative...

Pour autant, quelle que soit la source des éléments qui dégradent d'emblée la motivation de départ, près de 85 % de ces candidats ont accepté d'intégrer le traitement au terme de la période d'évaluation initiale et, parmi ceux-là, plus de 96 % ont terminé le traitement.

Ainsi, à la mi-janvier 2013, cent dix-huit participants ont complété la thérapie offerte. À cette date, 35 personnes se trouvent en traitement, les

sept autres individus détenus à Percé l'ayant, quant à eux, déjà complété et se trouvant dans l'attente du retour dans leur établissement d'origine.

DU CONSENTEMENT À L'ADHÉSION

Afin que cette motivation fragile ne compromette pas leur participation adéquate à un programme thérapeutique, il convient, dès le départ, de porter attention aux besoins particuliers et aux réticences de ces candidats. La pertinence est grande pour une activité groupale préparatoire à la thérapie qui prenne en compte ces besoins en termes d'adhésion au traitement, tout en préparant le terrain aux autres modalités thérapeutiques à venir.

Ainsi, dès la constitution d'un nouveau groupe de dix candidats, une phase d'évaluation d'environ six semaines est enclenchée. Quatre niveaux de déficit sont ainsi évalués (les attitudes et les croyances supportant l'agression sexuelle, les déficits relationnels, les lacunes dans l'autorégulation ainsi que les modèles de fonctionnement sexuels inadéquats), déterminant les besoins de traitement, essentiellement de groupe. Au-delà des rencontres individuelles avec leur conseiller clinique et de la passation de différentes grilles à des fins d'évaluation, les candidats sont amenés rapidement à se réunir à l'occasion de la première modalité du programme, qu'est la *sensibilisation*.

Nécessairement, la modalité *sensibilisation* s'assure de donner de l'information objective sur le processus thérapeutique offert à Percé afin de permettre aux candidats de disposer d'un choix éclairé quant à leur acceptation ou non dans le traitement. Elle prête également attention, à travers une approche basée sur la coopération, à sensibiliser d'emblée les candidats aux outils majeurs du programme. À ce niveau, le concept du « V » sur lequel se cheville l'ensemble du programme, illustre d'abord pour les participants la progression comportementale vers le délit. Lorsqu'il est inversé, il devient le symbole d'un objectif central du programme, soit la pyramide de leurs besoins humains fondamentaux, dont la satisfaction éventuelle sera pour eux une condition vers l'atteinte d'une meilleure qualité de vie et, par voie de conséquence, d'évitement de la récidive.

Ce « V » vise à stimuler les nouvelles prises de conscience, tout au long du processus thérapeutique, chez chacune de ces personnes tant pour mieux comprendre leur fonctionnement en tant qu'être humain, particulièrement à travers la chaîne émotivo-rationnelle du comportement, qu'à davantage saisir les facteurs contributifs à leur route délictuelle et

être de la sorte en mesure de cerner les facteurs de risque pour mieux s'en protéger, par le biais de la construction d'un plan de maîtrise de soi.

À l'occasion des séances de *sensibilisation*, les intervenants travaillent aussi à faire émerger des objectifs qui procurent un soulagement aux malaises prégnants, insistant sur les connaissances, les qualités, les expériences des candidats. Il s'agit en fait de permettre l'expression de l'anxiété de départ, de réajuster les perceptions et les attentes, de faire vivre des succès, de proposer des cibles à atteindre plutôt que des obstacles à éviter.

Par ailleurs, cette modalité expose les candidats à des expériences de dévoilement en groupe, y compris celles sur les gestes délictuels, nuanciant, même chez les plus sceptiques, les conséquences appréhendées.

En bout de ligne, cette première modalité du programme permet d'améliorer l'alliance thérapeutique. Elle suscite l'engagement et l'espoir chez ces candidats qui deviennent, subséquemment au consentement formel de départ, des participants adhérant au processus thérapeutique, avec toutes les exigences d'honnêteté et de confidentialité qu'exigent le bien-fondé et l'efficacité du traitement.

Les participants et l'équipe clinique, au terme de la phase d'évaluation initiale, sont alors mieux à même de percevoir les enjeux et de prendre une décision en toute connaissance de cause sur l'intégration définitive et la poursuite du traitement.

SUITE DE LA SÉQUENCE THÉRAPEUTIQUE

S'écoulant sur dix-huit semaines, quatre modalités suivantes constituent la toile du traitement : la séquence thérapeutique choisie, tels des vases communicants — *conscientisation/responsabilisation*, parallèlement à *entraînement aux habiletés sociales* et *intégration* — mise sur une intensification progressive des interventions, une spécification des outils thérapeutiques vers des prises de conscience propres au délit sexuel. Le « V » est alors graduellement complété par le participant et l'accompagne dans son cheminement thérapeutique.

En plus de cultiver pour la plupart des croyances et des attitudes supportant l'agression sexuelle, les auteurs d'agression sexuelle ont souvent tendance, en début de traitement, à présenter leur délit comme un acte incompréhensible, survenu en raison de circonstances fortuites et imprévisibles. La modalité *conscientisation* se propose entre autres de les aider à surmonter cette croyance.

Généralement, ces individus manifestent en outre des lacunes au plan de l'autorégulation. Les conflits et les malaises en découlant sont susceptibles de se convertir en fantaisies et en comportements sexuels déviants. Compte tenu des conséquences négatives multiples résultant de leurs vulnérabilités, cette même modalité a aussi pour but la reconnaissance et la gestion de ces dernières.

La modalité *conscientisation* stimule donc la prise de conscience du fonctionnement de l'être humain en général, invitant ainsi les participants à comprendre leur propre fonctionnement. À travers l'exploration progressive de la chaîne émotivo-rationnelle du comportement, ils sont sensibilisés au fait que leurs comportements dépendent de nombreux facteurs incluant, entre autres, leurs expériences antérieures, leurs besoins, leurs désirs, les événements survenant dans leur vie, les émotions qu'ils vivent, les pensées s'y associant, les sentiments et les fantasmes en découlant. Cette chaîne se veut un moyen dynamique d'identifier ce qui les anime, afin qu'ils parviennent non seulement à donner un sens à leurs comportements, notamment à leurs gestes délictuels, mais aussi à en devenir pleinement responsables, en parvenant pas à pas à une meilleure maîtrise d'eux-mêmes.

Afin qu'ils parviennent à tisser des liens entre leur histoire personnelle et la façon dont ils gèrent habituellement leurs affects, leurs cognitions et leurs comportements, les participants sont également invités à rédiger leur autobiographie au cours de leur implication à la modalité *conscientisation*. À l'aide d'un journal, l'auto-observation au quotidien est aussi utilisée pour susciter une prise de conscience des participants sur leurs chaînes de vulnérabilités personnelles, pour les amener ultimement à réaliser ces liens avec leurs comportements délictuels.

Partant du fait que la reconnaissance et la gestion des émotions et des sentiments sont influencées par leurs pensées, les participants sont en outre amenés à reconnaître les distorsions cognitives communes aux agresseurs sexuels et à identifier et à restructurer les distorsions qui leur sont propres.

En outre, la saine gestion des émotions et des sentiments implique la nécessité, pour les participants, de développer leur capacité générale d'empathie. La dernière partie de cette modalité consiste donc en des interventions sur le développement de l'empathie envers autrui et évolue vers une prise de conscience des conséquences de l'agression sur leur(s) victime(s), permettant le développement d'une empathie spécifique à leur égard.

Une fois que les participants ont été sensibilisés à la prise de conscience de leurs vulnérabilités personnelles, de leurs distorsions

cognitives et des conséquences de leurs gestes délictuels sur leur(s) victime(s), ils sont invités, à travers la modalité *responsabilisation* à procéder à un examen minutieux et détaillé de leur(s) délit(s), de ses déterminants (facteurs prédisposants, précipitants, facilitants et perpétuants) et de la séquence des événements qui ont mené au passage à l'acte.

Il importe aussi que les participants parviennent à découvrir les motivations sous-jacentes à leur(s) délit(s), celles-ci étant le reflet de leurs besoins qui n'étaient alors plus comblés à ce moment de leur vie. La dégradation de leurs besoins apparaît d'ailleurs comme un dénominateur commun au cours de leur trajectoire vers leur(s) délit(s), leur phase d'équilibre se réduisant, elle, à une peau de chagrin, bousculée un à un par les événements stressants et amplificateurs, alors que leurs malaises de fond prenaient, quant à eux, une intensité de plus en plus forte. Au bout du compte, les participants parviennent à donner un sens à leur(s) délit(s), faisant notamment référence, dans leurs mots, aux quatre catégories suivantes : surmonter des sentiments de solitude, diminuer la tension/s'autoréguler, trouver une gratification sexuelle et reprendre un contrôle sur leur vie.

Écho à leurs vulnérabilités personnelles héritées de leurs premières années, leurs malaises de fond incluent aussi des habiletés sociales lacunaires. Le point de départ de la progression vers le délit chez cette clientèle étant souvent une solitude plus ou moins chronique ou des conflits interpersonnels non résolus, la modalité *entraînement aux habiletés sociales* accompagne les participants dans la découverte de leurs difficultés d'affirmation et les aide à saisir l'impact de celles-ci sur leurs relations. Elle vise à améliorer leurs habiletés de communication en situation sociale et intime.

Enfin, la modalité *intégration* amène les participants vers l'intégration de l'ensemble des nouveaux apprentissages vus tout au long du traitement. Elle les conduit finalement à l'élaboration d'un plan de maîtrise de soi et d'un plan d'amélioration des sphères de vie.

Au cours des séances d'*intégration*, un rappel est effectué qui a trait aux facteurs de protection, aux techniques de diminution de l'intensité émotionnelle, aux stratégies d'actions concrètes sur les problèmes et aux habiletés sociales. Les participants sont amenés, à partir de la prise de conscience de leurs malaises et signaux d'alarme, à puiser dans ces outils ceux susceptibles de favoriser une saine gestion de leurs vulnérabilités personnelles. Ils sont également appelés à identifier leurs situations à risque de récidive et à mettre en place les stratégies appropriées à la gestion de ce risque.

La modalité *intégration* vise ultimement à ce que les participants parviennent à généraliser, à l'ensemble de leurs sphères de vie, les apprentissages réalisés en thérapie. Ce faisant, ils sont fortement encouragés à envisager la mise en place tant de moyens concrets, pertinents et réalistes que d'actions favorisant le développement d'un mode de vie sain prévenant la récidive. En complément, ils sont invités à cibler les ressources extérieures adéquates et disponibles, un accent particulier étant mis sur leur ouverture et leur capacité à demander de l'aide une fois libérés.

Effet continu d'une synchronisation nécessaire entre les équipes carcérale et clinique, les participants sont invités à appliquer immédiatement dans leur quotidien les apprentissages réalisés en thérapie. Grâce à leurs contacts répétés avec le personnel et surtout avec leurs pairs, ils sont incités à utiliser les techniques et stratégies pour apprendre à gérer plus adéquatement leurs vulnérabilités ravivées par certaines situations problématiques, et à adopter d'autres conduites interactionnelles afin de parvenir à trouver une alternative à leur mode déficitaire de communication, précurseur à leur(s) délit(s). Du reste, lorsque des comportements problématiques sont constatés par le personnel correctionnel chez un participant, ceux-ci sont transmis à l'équipe clinique pour servir de levier d'intervention.

ATTEINTE DES OBJECTIFS DU PROGRAMME

Tout au long du programme, un souci particulier est apporté à l'observation et à l'évaluation des progrès réalisés par les personnes incarcérées.

Au terme de chacune des séances thérapeutiques, les intervenants complètent un compte rendu de séance pour chaque participant du groupe. Assurant l'intégrité du programme au-delà de la simple présence en séance, ce compte rendu répertorie d'abord sept variables se rapportant à la qualité de la participation (respect ; écoute et intérêt ; compréhension ; dévoilement, authenticité et honnêteté ; support et encouragement ; action et implication ; congruence), trois autres relatives à la qualité de la préparation (réalisation ; compréhension ; implication personnelle), et enfin trois variables sur la qualité de la participation aux jeux de rôle (application des points de repère ; implication personnelle ; interaction) ; ces dernières servant uniquement pour la modalité *entraînement aux habiletés sociales*.

L'exemple d'un participant procure un éclairage sur l'utilisation de ce compte rendu, rapporté à l'occasion du rapport-bilan, du moins en ce qui a trait à la qualité de la participation à la séance :

« Monsieur a généralement présenté une attitude respectueuse, tant à l'égard des intervenants qu'à l'égard des autres membres de son groupe. Il s'est graduellement intéressé et a été ouvert au contenu de la modalité, assimilant aisément les stratégies enseignées, hésitant cependant à les appliquer personnellement à ses expériences présentes et adoptant à quelques occasions une attitude résistante. Il a parfois été aidant pour ses pairs, connaissant toutefois quelques difficultés à s'impliquer personnellement de façon constante et à se mettre en action. D'ailleurs, plusieurs incongruences ont été notées entre ses verbalisations et ses actes. »

À l'issue de chacune des modalités, un bilan est également dressé.

Tableau 36.1. *Items évalués au terme de chaque modalité du programme*

Modalités du PETRAAS	Items évalués
Sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Disposition au changement • Demande d'aide
Conscientisation	<ul style="list-style-type: none"> • Affect et gestion des émotions • Cognition et distorsions cognitives • Gestion du lien situation, émotions, pensées, sentiments, fantasmes et comportements • Empathie générale • Empathie envers sa ou ses victimes
Responsabilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Dévoilement par rapport au délit • Engagement à l'analyse minutieuse du délit
Entraînement aux habiletés sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance de la dynamique d'affirmation de soi • Désir de changement et mise en application
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en pratique des outils et élaboration d'un Plan de maîtrise de soi • Reconnaissance du risque de récidive et identification des situations à risque • Élaboration d'un plan d'amélioration des sphères de vie • Disposition à la demande d'aide à la sortie

Quelques exemples issus de cas de participants donnent une meilleure idée de ce qu'il en retourne.

Ainsi, les participants A et B, au terme de leur participation à la modalité *conscientisation*, ont été évalués quant aux items respectifs pris en compte pour

cette modalité. Pour l'item : « Gestion du lien situation, émotions, pensées, sentiments, fantasmes et comportements », le participant A a reçu une cote de 3, formulée ainsi :

« Le participant a reconnu une association entre ses émotions, ses pensées, ses sentiments, ses fantasmes et ses comportements. Il a constaté, dans certaines situations, que l'ensemble de ces composantes a eu un impact sur son fonctionnement personnel, sans reconnaître avec précision ses forces et ses vulnérabilités personnelles. Bien qu'il ait commencé à établir des liens entre ses expériences antérieures et ses tendances comportementales, il ne les a pas généralisés au délit. S'il a cherché parfois à mettre en pratique ses apprentissages durant les séances, il ne l'a pas fait du tout en dehors. »

Le participant B, lui, a obtenu pour ce même item, une cote de 6, se lisant de la sorte :

« Le participant a reconnu pleinement l'ensemble des composantes de la chaîne émotivo-rationnelle du comportement, a fait des liens avec ses expériences antérieures et les a généralisés au délit. En plus d'identifier plusieurs des émotions et des sentiments spécifiquement liés aux conditions délictuelles, il a pris conscience des fantasmes en découlant et a mis régulièrement en pratique ses apprentissages, tant dans les séances qu'en dehors, dans un souci d'intégration. »

À la toute fin du programme, à savoir lorsqu'ils ont terminé la modalité *intégration*, ces participants ont été, là encore, évalués. En ce qui se rapporte à l'item « Reconnaissance du risque de récidive et identification des situations à risque », le participant A s'est vu octroyer une cote de 3, qui avise que « le participant a admis avec réticence un risque de récidive et a minimalement identifié des situations à risque de récidive dans son cas. En ce sens, il a commencé à envisager le développement et le maintien d'une vigilance dans sa vie ». Le participant B, quant à lui, a reçu une cote de 5, s'exprimant ainsi : « Le participant s'est reconnu un risque éventuel de récidive et a identifié plusieurs situations à risque dans son cas. Il s'est intéressé au développement et au maintien d'une vigilance visant la prévention de la récidive dans sa vie. »

Tous ces indicateurs de rendement précisent le degré d'atteinte des objectifs de traitement pour chacun des participants, tout en permettant l'évaluation du programme. Ils constituent aussi un outil de communication essentiel vers les intervenants qui superviseront la réinsertion sociale des participants, l'imminence de leur retour en société posant des enjeux de prévention très immédiats.

CONCLUSION

Les auteurs d'agression sexuelle incarcérés présentent des perceptions et des attitudes qui, nous l'avons vu, peuvent facilement mettre en péril le processus thérapeutique, mais nous croyons aussi que toute personne qui serait exposée aux tensions vécues par les auteurs d'agression sexuelle dans les circonstances que nous avons décrites est susceptible de développer un trouble de l'adaptation qui affectera sa motivation à s'impliquer dans une démarche thérapeutique, surtout si elle ne l'a pas nécessairement demandée.

Les taux déjà évoqués de rétention et de complétion du programme observés au PETRAAS, en même temps qu'ils sont porteurs d'espoir d'un point de vue social, témoignent qu'en dépit des résistances observées au départ, il est possible d'inciter une plus grande proportion d'auteurs d'agression sexuelle à collaborer activement à une démarche thérapeutique.

Au-delà des stratégies utilisées par les thérapeutes, la réduction des désaffectations en cours de thérapie est aussi indissociablement liée à une attitude de soutien et de respect du personnel auprès de cette clientèle. Le PETRAAS se déploie d'ailleurs dans un établissement soucieux d'un travail de synergie entre les équipes carcérale et clinique découlant de la contribution essentielle du personnel correctionnel formé à l'entretien motivationnel et adhérant au principe de réinsertion sociale. L'attitude générale du personnel fondée sur le respect, l'espoir et le non-jugement, instaure dès l'accueil et tout au long du séjour, un climat favorisant la confiance, l'engagement et la responsabilisation des participants dans le traitement.

Ce chapitre se veut donc une mise en évidence concrète d'une demande d'aide latente chez les auteurs d'agression sexuelle, souvent tue dans la plainte, mal entendue et différée. La prise en compte des enjeux de réceptivité permet donc l'actualisation en parallèle de deux espoirs ; pour les participants, celui de développer un mode de vie plus satisfaisant exempt de récidive et, pour la collectivité, celui de fonder sur des bases plus solides nos propres espoirs dans la réduction des méfaits liés à l'agression sexuelle.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER M.A. (1999). « Sexual offender treatment efficacy revisited », *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 11, 101-116.

ANDREWS D.A., BONTA J. (2007). « Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité », ministère de la Sécurité publique du Canada – http://www.securitepublique.gc.ca/res/cor/rep/_fl/Risk_Need_2007-06_f.pdf.

AUBUT J., MCKIBBEN A. (1984). « Portrait régional et par établissement des délinquants sexuels incarcérés dans les pénitenciers québécois », *Rapport de recherche remis au solliciteur général du Canada*.

HALL G.C.N. (1995). « Sexual offender recidivism revisited : A meta-analysis of recent treatment studies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.

HANSON R. K., BUSSIÈRE M. T. (1998). « Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.

HANSON R. K., GORDON A., HARRIS A.J.R., MARQUES J.K., MUEPHY W., QUINSEY V.L., SETO M.C. (2002). « First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of treatment for sex offenders », *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-194.

HARKINS L., BEECH A. (2007). « Measurement of the effectiveness of sex offender treatment », *Agression and violent behavior*, 12, 36-44.

LEE J. K. P., PROEVE M. J., LANCASTER M., JACKSON H. (1996). « An evaluation and 1-year follow-up study of a community-based treatment program for sex offenders », *Australian Psychologist*, 31, 147-152.

MANN R. E., WEBSTER S. (2002). *Understanding resistance and denial*, conférence présentée à la 21^e édition de l'Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of sexual Abusers, Montréal, Québec, octobre.

MARQUES J. K., WIEDERANDERS M., DAY D. M., NELSON C., VAN OMMEREN A. (2005). « Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism : Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP) », *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.

MC GRATH R. J., HOKE S. E., VOJTISEK J. E. (2003). « Outcome of a treatment program for adult sex offenders : from prison to community », *Journal of Interpersonal violence*, 18, 3-17.

« Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle » (2008). Gouvernement du Québec – <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/plan0813agression.htm>.

SHAW T. A., HERKOV J. M., GREER R. A. (1995). « Examination of treatment completion and predicted outcome treatment among incarcerated sex offenders », *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 35-41.

Postface

Les troubles de la personnalité dans l'actualité judiciaire, thérapeutique et éducative

Régression théorique ou heuristique méthodologique ?

Loick M. Villerbu et Anne Winter

D'UNE GENÈSE ET CE QUI S'ENSUIT...

La systématisation des troubles de la personnalité (et autres troubles) dans les différents axes du DSM-IV-R (ou de la CIM) ne cesse d'opposer détracteurs et partisans, soit au titre de l'efficace, soit au motif d'une éthique ou d'une idéologie (par volonté de donner à croire qu'il est possible de supprimer les courants théoriques).

LES COMPOSANTES D'UN PROBLÈME EN SÉRIE

Les uns le font au titre d'une invasion idéologique pragmatique « outre-Atlantique » et sécuritaire ou d'une psychologie du moi qui se tairait, les autres parce que le changement imposé oblige à rompre avec

le monothéisme d'une théorie, invoquant l'articulation d'un appareil conceptuel unifié et un dispositif de soins construit sur le mode absolu et *a priori* de la demande.

Notre propos n'est pas de donner tort ou raison aux uns ou aux autres, mais de considérer le champ épistémique balayé par un changement de repères et de ne pas confondre ceux-ci avec une problématique éthique ou la certitude de détenir la vérité. On a vu et l'on voit encore ce que ceci a produit d'événements à propos de l'autisme et de l'accompagnement d'enfants en impasse de devenir sujet, faute de pouvoir créer/trouver un environnement du fait d'une incapacité à se déprendre de lui-même.

Cette appréhension d'autrui dans les troubles que le sujet pose à lui-même et aux autres, ressort d'une modification substantielle de la question politique de la folie, de l'amendement et de la curabilité.

Sans doute faut-il chercher dans les modifications des *politiques du savoir* d'autres vecteurs déterminants de ces mutations, ne serait-ce qu'au vu de la conjonction étonnante des modes de catégorisation qui ressemblent à autant d'articles d'un Code (pénal en l'occurrence ici). Celui-ci se présente sous forme d'articles et de sous-articles numérotés, catégorisés en termes d'atteintes différenciées, alors que le DSM-IV-R suppose l'appartenance à des axes et des sous-axes tendant à l'exhaustivité.

La vie de la psychiatrie et celle de la justice se suivent de très près, dans leurs identifications comme dans les traitements qu'elles proposent respectivement (sanction pénale d'un côté, traitement moral¹ éducatif ou social, cure, de l'autre côté). Les changements d'interpellations et de qualifications propres à l'une se retrouvent dans l'autre. Michel Foucault (1973) nous y avait invités et Bruno Cassinelli (1939) l'avait illustré. Les stratégies de provocation de la dissimulation en étude médico-légale (médecine mentale), comme les exemplarisent le docteur A. Laurent (1866), n'avaient pas grand-chose à envier aux recherches policières d'aveux. Les traités de médecine médico-légale qui ont traversé le XIX^e siècle et le XX^e ne disent pas autre chose que ce que Lacassagne (1886) poursuivait à propos de l'histoire de la médecine judiciaire. Partant d'une analyse fine réalisée dans une double perspective épistémologique et historique, les travaux de Marcel Gauchet (1990) et de Gladys Swain (1980) ne cessent de dire les entrelacements continus des appareils théorico-pratiques, la catégorisation des troubles de l'esprit et les retombées sur le plan socio-judiciaire ou socio-thérapeutique. S'il

1. Leuret (1846), à mettre en parallèle avec Pinatel (1950). Et celui-ci avec Lameyre X. (2003) (qui n'est pas sans à avoir à faire avec le guide des traitements médicaux).

fallait encore s'en convaincre l'ouvrage de Jan Goldstein (1987) en apporte des preuves dans la lente construction de la psychiatrie française, en sus des ouvrages de M. Foucault.

Sur un registre strictement interne à la psychiatrie/psychologie non introspectionnistes, si les monomanies ont, partiellement et pour un temps, réussi à détourner les effets caricaturaux des troubles mentaux aux motifs d'une raison toujours là, les troubles de la personnalité et de l'adaptation, héritiers des anciennes constitutions, passés par les dimensions de caractère et portés éventuellement par les troubles du comportement en sont venus à insister sur la recherche au plus près des processus de dysfonctionnement, pour en proposer un accueil et un mode d'accompagnement, quels que soient les dimensions privilégiées de celui-ci.

Ces troubles identifient une catégorie à part et nulle part inventoriale dans les nosographies classiques et systématiques empruntées à la médecine somatique (Pinel, 1809, 1813) ou aux analyses structurales linguistiques : les anomalies psychiques. Somme toute, il s'agissait de trouver du sens à une unité dramatique et scénique faisant fonction d'entité. De la personne philosophique à la personnalité il n'y avait qu'un pas, celui qui a pétrifié la première en une somme de composants, réunis par des catégorisations empiriques, des observables (dont les CIM/DSM sont une construction), associés en rang et en nombre pour dire, sinon une certaine prédisposition, du moins une certaine prédictivité en même temps qu'un mode d'emploi. Dans ce contexte nous retrouvons les critères d'élaboration du *Crime Classification Manual* de J. E. Douglas *et al.* (1992). La boucle s'est bouclée lorsque l'on s'est mis à concevoir que chaque *modus operandi*, chaque agir du criminel (possiblement) réitérant, pouvait renvoyer à des catégorisations psychiatriques ou non.

Les savoirs se déplacent de la psychiatrie à l'espace judiciaire, à celui des déviances et des investigations. Autrement dit, des moments opportuns deviennent des moments de construction d'un savoir rebricolé sous la forme de personnalités opportunes (dont l'identification se fait sur la base d'un symptôme ou mieux, d'une atteinte à l'ordre social du vivre ensemble). Elles tiennent autant au fait énoncé, criminel ou déviant, qu'aux désordres sociaux engendrés. Un tel déplacement n'est nullement anodin puisqu'il vient dire qu'à une psycho-pathologie se substitue une psychologie de la santé, qu'aux normes pathologiques se substituent les normes du bien-être (d'où l'importance qu'a pu prendre la notion de résilience) et enfin, qu'à une catégorisation donnée des indices de pathologie mentale, qualifiés dans et pour les institutions asilaires et psychiatriques, se substitue une analyse systématique de mesures à

prendre, ordonnant un désordre pénalisable, insécuritaire. Souffrance et bonheur deviennent des catégories intentionnelles, descriptives, en lieu et place de formes morbides à éclosion lente¹.

Avec l'introduction d'un système multi-axial, note Lingiardini (1996), « les facteurs plus liés au style de vie du patient, à son mode relationnel, à ses manières d'affronter la réalité, de penser et de ressentir vont faire reconnaître l'existence d'entités psychopathologiques différentes de celles qui avaient été prises en considération jusqu'alors : la personnalité est devenue un élément fondamental d'évaluation diagnostique ». Elle se découvre, s'identifie dans des contextes réactionnels opportuns : un mode de réactivités persistant et consistant. L'enjeu est bien ce que décrivaient F. Lelord et C. André dans leur ouvrage intitulé *Comment gérer les personnalités difficiles* (2000) ou encore Vincent Bonnet et Agnès Bréjard dans *Les Troubles de la personnalité* (2012).

En droit pénal, dans le même temps, de nouvelles qualifications sont nées, c'est-à-dire de nouveaux délits ou crimes ; les codes (Dalloz) ne cessent d'augmenter de volume. Dans le champ des atteintes aux personnes, que ce soit ou non sous la forme de coups et blessures, des violences se sont trouvées mises en liste : les violences domestiques, conjugales, routières, urbaines, scolaires, les incivilités, les harcèlements tant sexuels que moraux, en entreprise, etc. Les violences se sont faites focales et locales (Villerbu, 2011). Les sciences criminelles se sont mises à investiguer l'effectivité comme l'efficacité des mesures pénales et des observatoires de la délinquance et de la réponse pénale ont proposé de manière plus précise les occurrences de chacune des violences illégales. Et l'on ne sera certainement pas loin, si émerge enfin une criminologie universitaire en France, de procéder de la même façon sur les processus de désistance, de résistance à la réitération, parfaits analogues de la résilience (Villerbu *et al.*, 2012) et structurellement dépendants des systèmes de postvention.

Le changement heuristique, logique et empirique s'est déplacé de la construction d'un savoir sur la maladie pour favoriser celle d'un *savoir de savoir-faire* (le versant opératoire tant de la prévention que de la suite à donner à telle ou telle construction comportementale), saisie au vif du désordre créé. C'est le retour à la notion de Jean Pinatel sur les personnalités criminelles (Blattier, 2011) plus ou moins inventoriées au gré des actes délictueux commis (infanticide, alcoolisme, addiction, etc.) tandis que s'affirme l'équation troubles de personnalité et troubles des conduites (Gutton, 2000).

1. Esquirol (1832), à propos d'un homme qui se prenait pour une femme.

L'exigence d'évaluation, le besoin de ne plus être assisté d'un système de croyances héritées, d'un patrimoine dont il s'agirait moins de tenir les comptes que de tenir sur les principes, créent ces *syndromes sur le vif* que sont les troubles de la personnalité dans le présupposé de la réalité de celle-ci. À ceci près que si l'on pouvait se leurrer sur l'entité d'une maladie en oubliant les circonstances dans lesquelles elle se manifeste (Tatossian, 1997, 2002) et croire, dans le cadre de la maladie mentale, à l'idée d'un état terminal définitoire de la pathologie en question, les troubles dits de la personnalité reposeraient sur des dérégulations des milieux originels (Débigoré, 2003 ; Erickson, 1968, 1972 ; Lisiak, 2010 ; Bonnet et Bréjard, 2012 ; Selosse, 1984 ; Lopez, 2013 ; etc.), sur les faillites parentales et conjugales aux besoins fondamentaux de l'enfant (d'éducation et de protection), sur une thèse ontopathologique si l'on suit Richard Meyer (2012) à propos des « symptômes médicalement inexpliqués », ou encore sur un système de croyances occidental/oriental (Lingiardini, 1996). L'universel se délite, les grandes théorisations perdent de leur pouvoir d'analyse au fur et à mesure que les difficultés psychiques, quel que soit leur étayage, deviennent troubles des conduites dans un espace social. Le vivre-ensemble l'emporte en précautions sur les capacités de libre arbitre, au risque des libertés individuelles. Avec l'omniprésence des inquiétudes liées à l'in-tranquillité, les troubles de la personnalité se multiplient comme la qualification des comportements devenus délictuels, ou disparaissent (par exemple l'homosexualité).

DES ORGANISATEURS IMPLICITES

L'analyse systémique des organisations proposées en matière de troubles de la personnalité et de l'adaptation nous permet de constater que cette « personnalité » (sur la base d'une présomption d'homogénéité et d'unité) est fondée sur quatre objets forts différents, eux-mêmes subsumés par deux termes qui tendent à devenir équivalents : la *personnalité* et l'*identité* (sans d'ailleurs suffisamment discriminer ce qui fait exutoire et/ou mode d'emploi). Ces objets sont les suivants : le *caractère* (succédané de la constitution), la *conduite* (qui se donne à lire dans un projet), le *comportement* (regroupement d'observables empiriques) et la *situation vulnérante* (situation à haute valeur d'autodestruction et d'hétéro-destruction). Ils se donnent à voir *via* :

- la traduction d'un *style de vie* qui dit des modes de réactivité prévalents, s'apparentant à du *caractère* ;

- une *organisation psychopathologique* des effets d'une histoire relationnelle, identifiée en termes de névrose, psychose et perversion, et productrice de troubles de la *conduite* (on fait là référence à un projet non conscient, formaté à l'insu du sujet, et tenant aux conflictualités restantes des problématiques trans-générationnelles qui perdurent : l'héritage) ;
- une *organisation syndromique* lorsque sont comptés et inventoriés les écarts de *comportement* ;
- les effets d'une *traversée traumatique* (Pignol, Villerbu, 2008) (auto et hétérotraumatisme) ou d'un cumul d'événements à haute charge destructive ; ce pour quoi se dressent les indices de vulnérance par exposition à des conflits interrelationnels ou à des choix en situation d'urgence ou vitale.

Ces mêmes analyses mettent en évidence que les troubles tantôt expriment une norme de bien-être rompue et toujours proche d'une construction morale (sur le bien, le bon, le mal, etc.), tantôt confrontent chaque intervenant à ce qu'il peut tenter en termes de résolutions prescriptives (éducation et amendabilité, soins psychologiques et curabilité) ; ceci, dans un mouvement dont le curseur va de « apte au changement » à « non apte au changement ». Dans tous les cas, ce qui se dit est un genre et une forme de prédictivité : on s'attend à certains comportements, à certaines situations vulnérantes, à leur précipitation ou à leur surmontement.

Ce que nous soutenons ici est que l'apparition des troubles s'extrayant des grandes catégories de la pathologie mentale, de loin les plus statistiquement significatives, est allée de pair avec l'attention tantôt bienveillante tantôt sécuritaire de personnes (et non plus de malades et/ou criminels) dont les modes d'être à l'écart, se font d'autant plus ressentir qu'ils suscitent une moindre tolérance à la différence.

Il ne s'agit pas de se faire le chantre du changement, de la modernité ou de la rentabilité immédiate, ni le troubadour d'une nostalgie distribuant les bons et mauvais points, mais de dénoncer *les impostures* à vouloir dire le vrai, une fois pour toutes, dans un souci d'auto complaisance radicale.

Ordonner des troubles de la personnalité (ou de l'adaptation) prend sens essentiellement d'une instrumentalisation de ces catégories formelles, empiriques. Chacune a son profil (de désadaptation), et répond au plus près à un ensemble de prédéterminations d'un système intentionnel (préétabli par convention), au même titre qu'une certaine prédictivité actuarielle évoquée ailleurs.

Et là encore le modèle de base prend sa source dans une construction juridique : celle qui est fondée sur une certaine idée de l'intention, laquelle est ordonnée formellement à partir des critères de formalisation de traitement de la preuve pénale.

Nous ne savons plus, très souvent, d'où viennent nos savoirs. Et selon que nous exerçons davantage dans le champ psycho-psychiatrique ou dans le champ psycho-judiciaire, les modèles à référence pharmacologique, les modèles à références pénales ou ceux se référant aux déviations, organisent l'avenir de chacun sur la base d'une préméditation. Construite dans l'histoire au lieu de ne figurer que comme séquelles d'une dégénérescence ou équivalent, cette préméditation est élaborée dans la temporalité d'un agir infractionnel ou déviant. De même que l'intentionnalité juridique ne permet en rien de comprendre les processus de décisions en jeu dans un quelconque agir situationnel infractionnel, les profils de personnalité, réduits à leur nomenclature, organisent le grand vide de la présence de soi à soi et aux autres. Loin de créer du sujet, ils laissent la place vide pour une occupation visant plus la discipline sociale à atteindre que la promotion de la personne. L'actualité de la récidive trouve ici un autre point de chute.

IMPASSES OU PERSPECTIVES

Les problématiques constructivistes/empiristes, etc., sous-tendant les références faites à la notion de personnalité désignent encore une autre réalité : loin de s'organiser en un simple et unique cumul de traits discriminants, ce qui se dit en empruntant l'identifiant *personnalité*, laisse envisager, sur le modèle dynamique, axiologique, de couples de contrastes, une logique de positions subjectives dont les axes référentiels demeurent à inventer (Villerbu, 1993).

C'est un travail théorique, clinique, psychopathologique mais aussi un travail d'offres de changement qui exige autre chose que du *prêt à consommer*, esquisses de soins multidimensionnels pour une offre sous contrainte, en référence à « une pathologie du lieu ou plutôt d'une pathologie en résonance avec le lieu qu'un véritable effet de structure » (Gravier, 1993).

BIBLIOGRAPHIE

- BLATIER C. (2011). *Les Personnalités criminelles*, Paris, Dunod.
- BONNET A., BRÉJARD V. (2012). *Les Troubles de la personnalité*, Paris, A. Colin.
- CASSINELLI B. (1939). *Histoire de la folie*, Paris, Bocca frères éditeurs.
- Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. CDR-10*, Paris, Masson, 1994.
- DÉBIGORÉ J. (2003). *Les Troubles de la personnalité. Fondements et traitements*, Montréal, Éditions Quebecor.
- DOUGLAS J., WOLBERT BURGESS A., ALLEN G., BURGESS A., RESLER R.K. (1993). *Crime Classification Manual : A Standard System for Investigating And Classifying Violent Crimes*, New York, Simon & Schuster Ltd, Jossey-Bass Inc., 2^e éd. révisée 2006.
- ERIKSON E. H. (1968). *Identity young and crisis*, New York, Norton
- ERIKSON E. H. (1972). *Adolescence et crise : La quête de l'identité*, Paris, Flammarion.
- ESQUIROL J.-E. D. (1832), « Testament cassé pour cause de monomanie », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (Coll.), t. 7, Paris, Baillière.
- FOUCAULT M. (1973). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M. (1975). *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- GAUCHET M. (1990), *L'Inconscient cérébral*. Paris, Le Seuil.
- GOLDSTEIN J. (1987). *Consoler et classer. L'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthelabo, 1997.
- GRAVIER B. (1993). « Psychothérapies en prison : possibilités, limites, évaluation ? », in Doray B., Rennes J.-M., *Regards sur la folie*, Paris, L'Harmattan, p. 71-76.
- GUTTON P. (dir.), *Monographie* (2000), in International Society for Adolescent Psychiatry et al., *Troubles de la personnalité. Troubles des conduites, in Adolescence*, 2000.
- LACASSAGNE A. (1886). *Précis de médecine judiciaire*. Paris : Masson, 2^e éd., p. 1-28.
- LAMEYRE X. (2003). *Le Guide des peines*, Paris, Dalloz.
- LAURENT A. (1866). *Étude médico-légale sur la simulation de la folie. Considérations cliniques et pratiques à l'usage des médecins experts, des magistrats et des jurisconsultes*, Paris, Masson et fils.
- LELORD F., ANDRÉ C. (2000). *Comment gérer les personnalités difficiles*, Paris, O. Jacob.
- LEURET F. (1846). *Indications à suivre dans le traitement moral de la folie*, Paris, Librairie le Normant (rééd. chez L'Harmattan, 1998).
- LINGIARDINI V. (1996). *Les troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion.
- LISIAK S. (2010). *Maltraitance infantile et pathogénèse de troubles de la personnalité*, Sarrebruck, Éditions universitaires européennes.
- LOPEZ G. (2013). *Enfants violés et violentés. Le scandale ignoré*, Paris, Dunod.
- MEYER R. (2012). *Nouvelles pathologies psy. Les quinze troubles de la personnalité, les symptômes médicalement inexpliqués*, Paris, Dangles.
- Mini DSM-IV-R Critères diagnostiques*, Paris, Masson, 2004.

PIGNOL P., VILLERBU L.-M. (2008). « Nouvelles réflexions sur le couple pénal en victimologie », in Senon J.-L., Lopez G., Cario R. *et al.*, *Psycho-Criminologie. Clinique, prise en charge, expertise*, Paris, Dunod, 261-274.

PINATEL J. (1950). *Traité élémentaire de sciences pénitentiaire et de défense sociale*, Melun, Imprimerie administrative.

PINEL P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, J.-A. Brosson, 2^e éd.

PINEL P. (1813). *Nosographie philosophique*, t. I, II, III, Paris, Librairie Brosson.

SELOSSE J. (1984). « Des transgressions aux règles de la vie », in Villerbu L.-M., Pain J. (1996), J. Selosse, *Adolescentes, déviances et délinquance (1952-1995)*, Vigneux, Matrice.

SWAIN G. (1980). *La Pratique de l'esprit humain: L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard.

TATOSSIAN A. (1997). *Psychiatrie phénoménologique*, Paris, Acanthe Lundbeck

TATOSSIAN A. (2002). *La phénoménologie des psychoses*, Paris, Le Cercle herméneutique.

VILLERBU L.-M. (1993). « L'au-delà d'un malentendu ou stratégies de cure, stratégies sanitaires et sociales : émergence d'un modèle clinique d'analyse », in Doray B., Rennes J.-M., *Regards sur la folie*, Paris, L'Harmattan, 291-305.

VILLERBU L.-M. (2011). « Violences infractionnelles », in Tzitzis S., Bernard G., Jolivet D. (2001), *Dictionnaire de la police et de la justice*, Paris, PUF, 358-361.

VILLERBU L.-M., PIGNOL P., WINTER A. (2012). « Traumatisme, résilience et désistance. Quels espaces de théorisation ? » in Coutanceau R., Smith J., Lemitre S. (2012), *Traumatisme et résilience*, Paris, Dunod, 37-48.

Table des matières

<i>SOMMAIRE</i>	III
<i>AUTEURS</i>	VII
<i>PRÉFACE</i> Julien-Daniel Guelfi et Patrick Hardy	XI
<i>AVANT-PROPOS</i> Roland Coutanceau	XIII

PREMIÈRE PARTIE

ASPECTS CLINIQUES

1. Les troubles de la personnalité dans le DSM-V	2
Julien-Daniel Guelfi	
Historique	2
La période 2002-2006	3
Les recommandations initiales du groupe de travail en 2010	4
Les réactions du monde scientifique aux propositions initiales	6
Les enquêtes d'opinion	8
Les décisions définitives	9
Conclusion : les études de demain	11
Bibliographie	12
2. Le trouble de la personnalité borderline	15
Bernard Granger	
Historique	15
Épidémiologie	16

Description clinique	16
<i>Symptomatologie émotionnelle et affective, 16 • Impulsivité et troubles du comportement, 17 • Perturbations relationnelles, 18</i>	
Comorbidités	19
Évolution	19
Diagnostic critériologique	20
Diagnostic différentiel	21
<i>Dépression, 21 • Trouble bipolaire, 21 • État de stress post-traumatique, 22 • Autres personnalités pathologiques, 22</i>	
Étiologie	23
<i>Causes biologiques, 23 • Causes psychosociales, 23</i>	
Traitement	24
<i>Psychothérapies, 24 • Traitements médicamenteux, 24</i>	
Conclusion	25
Bibliographie	25
3. De la personnalité antisociale à la psychopathie	27
Michel Bénézech, Patrick Le Bihan	
Introduction	27
<i>Classification, 27 • Épidémiologie, 28 • Clinique, 29</i>	
Le style de personnalité antisociale	29
<i>La personnalité criminelle, 29 • La personnalité antisociale, 30 • La personnalité psychopathique, 30</i>	
Relations interpersonnelles	31
<i>Style émotionnel et relationnel, 31 • Perception de soi, 32 • Perception d'autrui, 32 • Gestion du comportement, 32</i>	
Évolution naturelle	33
Diagnostic positif	33
Diagnostic différentiel	34
<i>Normalité, 34 • Comportement antisocial répétitif de l'adulte, 34 • Trouble des conduites, 34 • Trouble oppositionnel avec provocation, 34 • Trouble déficit de l'attention/hyperactivité, 35 • Trouble explosif intermittent, 35 • Autres troubles de la personnalité, 35 • Hétéroïdophrénie, 35 • Psychoses et troubles de l'humeur, 36</i>	
Comorbidité et troubles associés	36

Étiopathogénie, psychopathologie	37
<i>Approche génétique, 37 • Approche neurophysiologique, 37 •</i>	
<i>Approche psychosociale, 38 • Approche psychanalytique, 39 •</i>	
<i>Approche cognitive, 40</i>	
Évaluation	41
<i>Clinique, 41 • Instrumentale, 41</i>	
Approche thérapeutique	42
<i>Considérations générales, 42 • Psychothérapie individuelle, 44</i>	
<i>• Thérapie de groupe, 44 • Traitement pharmacologique, 45</i>	
Synthèse	46
Prévention	47
Conclusion	47
Bibliographie	48
4. Perversion-perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale	50
Daniel Zagury	
Préambule	50
Perversion/perversité	51
La clinique du clivage	56
Un troisième champ pour la psychiatrie	58
Conclusion	59
Bibliographie	59
5. Parano/mégalo : deux problématiques de l'ego	62
Roland Coutanceau	
Parano	62
Mégalomanie	65
6. Les troubles de la personnalité chez l'enfant et le préadolescent	68
Jean-Yves Hayez	
La personnalité chez l'enfant	68
<i>La personnalité de l'enfant et le trouble de celle-ci, 68 •</i>	
<i>Principaux critères qualifiant la personnalité de l'enfant, 69 •</i>	
<i>Est-il intéressant de se référer à l'idée d'une personnalité chez l'enfant ?, 71</i>	

Quelques catégories de personnalités préoccupantes	72
<i>Les personnalités autarciques ou arbitraires ou toutes-puissantes, 72 • Les personnalités caractérisées par l'insensibilité à autrui et la haine, 77 • Troubles de la personnalité évoquant la psychose, 77</i>	
La prise en charge éducative et thérapeutique	78
<i>Combattre les facteurs externes de mise en place ou/et d'entretien du trouble, 79 • Proposer tout en douceur des relations d'un nouveau type, 81 • Mettre en place des opportunités de greffe pour des « sublimations », 83 • Les rencontres verbales, 83 • Les sanctions, 85</i>	
Bibliographie	87

DEUXIÈME PARTIE

PSYCHOPATHOLOGIE

7. La relation d'emprise	89
Roger Dorey	
Perversion et séduction	91
La tyrannie de l'obsessionnel	97
Emprise et phénomène transitionnel	104
Bibliographie	112
8. États limites et traumatismes	113
Jean-Luc Viaux	
Le traumatisme par-delà le trauma	119
Une personne « sans qualité »	122
Bibliographie	127
9. Psychopathologie et troubles de la personnalité : une question de normes ?	128
Jean Motte dit Falisse	
Psychopathologie et normalité	131
<i>Logique de contestation du cadre social normatif et proposition d'un cadre social alternatif, 132 • Logique du « jeu avec la limite », 133 • Logique de la sous-culture, 133 • Logique de mise entre parenthèses de la norme, 133</i>	
Troubles de la personnalité et normalité	134

Traitement socio-psycho-judiciaire et normalité	136
Bibliographie	138
10. Profils de personnalité des adolescents auteurs d'agressions sexuelles	139
Samuel Lemitre	
Personnalité	139
<i>Approches dimensionnelles et catégorielles des troubles de la personnalité, 140 • Les troubles de la personnalité chez les adolescents agresseurs sexuels, 140</i>	
Les problématiques anxieuses (cluster C)	142
<i>Les adolescents aux traits de personnalité évitante, 142 • Les adolescents aux traits de personnalité dépendante, 144 • Les adolescents aux traits de personnalité obsessionnelle, 147</i>	
Problématiques instables (cluster B)	150
<i>Les adolescents aux traits de personnalité histrionique, 150 • Les adolescents aux traits de personnalité narcissique, 151 • Les adolescents aux traits de personnalité limite, 153 • Les adolescents aux traits de personnalité antisociale ou psychopathique, 155</i>	
Problématiques psychotiques (cluster A)	159
<i>Les adolescents aux traits de personnalité paranoïaque, 159 • Les adolescents aux traits de personnalités schizoïdes et schizotypiques, 160</i>	
Conclusion	163
Bibliographie	163
11. Nature et rôle des psychotraumatismes dans la genèse des structurations limites de la personnalité	166
Didier Bourgeois	
Nature des traumatismes	171
Conclusion	183
Bibliographie	183
12. Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche théorique	185
Joanna Smith	
Construction des capacités d'auto-régulation et genèse des tendances dissociatives	185

Dissociation et troubles de la personnalité	186
Soubassements neurologiques de la dissociation	188
Double étiologie émotionnelle des troubles de la personnalité	189
Dissociation et mémoire implicite	189
Stratégies thérapeutiques	190
Conclusion	190
Bibliographie	191

TROISIÈME PARTIE

ÉVALUATION

13. Expertise psychiatrique, psychologique ou psycho-criminologique	193
Roland Coutanceau	
Un regard pluri-axial	193
L'expertise et son évolution	194
Un axe classique	195
<i>Sur le plan psychiatrique, 195 • Sur le plan psychologique, 196</i>	
<i>• Sur le plan psychopathologique, 197</i>	
Une approche psycho-criminologique	197
<i>Explorer le passage à l'acte, 197 • Le discours</i>	
<i>d'après-coup, 198</i>	
Thématiques spécifiques	202
14. Troubles de la personnalité, expertise pénale psychiatrique et altération du discernement	204
Cyril Manzanera, Magali Teillard-Dirat et Jean-Louis Senon	
L'évaluation de la responsabilité	205
<i>Troubles de la personnalité et notion de responsabilité au niveau</i>	
<i>pénal, 205</i>	
Troubles de la personnalité et passage à l'acte criminel :	
à l'aune de la responsabilité	208
<i>Lecture psychodynamique, 208 • Lecture au travers du prisme</i>	
<i>des neurosciences, 210</i>	

Troubles de la personnalité et prononcé du second alinéa de l'article 122-1	212
<i>Les données épidémiologiques issues des études de prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral, 213 • Troubles de la personnalité et second alinéa de l'article 122-1 selon les experts, 214</i>	
Conclusion	214
Bibliographie	215
15. Les expertises psychiatriques et psychologiques dans leur état actuel vivent-elles leurs derniers jours ?	217
Alain Penin	
Les organisations pathologiques de la personnalité	220
Une évolution possible : l'expertise psycho-criminologique	222
Conclusion	223
16. Les troubles de la personnalité et les tests	225
Geneviève Cedile	
Comment et en quoi les tests peuvent-ils aider à objectiver des troubles de la personnalité	226
Tests utilisés avec les enfants	228
<i>Le Rorschach, 228 • Le Children Aperception Test (CAT), 228 • Le PN : les aventures de Pattenoire, 229 • Le Family Aperception Test (FAT), 229</i>	
Les dessins des enfants	230
<i>Le dessin du bonhomme, 230 • Le dessin d'une famille, 230 • Le dessin d'une maison, 230 • Le D10, 231</i>	
Tests utilisés avec les adultes	231
<i>Le test de frustration de Rosenzweig, 231 • Le test de l'arbre, 231 • Le Hand Test, 232 • Le Rorschach et le Thematic Aperception Test (TAT), 232</i>	
Les échelles	234
Conclusion	235
17. Structure latente de la personnalité	236
M. Benbouriche, N. Longpré, O. Vanderstukken, J.-P. Guay	
Les troubles de la personnalité : approche catégorielle ou dimensionnelle ?	237

L'étude de la structure latente de la personnalité : contributions de la taxométrie et implications	239
<i>Structure latente et taxométrie, 239 • Arguments empiriques en faveur d'une approche dimensionnelle, 240 • Implications, 241</i>	
Conclusion	243
Bibliographie	244
18. Niveaux d'organisation de la personnalité au Rorschach	246
Joanna Smith	
Comment structurer l'analyse qualitative au test de Rorschach ?	246
Présentation de l'analyse structurale de la personnalité	247
<i>Développement instinctuel, 247 • Force du moi, 249 • Organisation défensive, 250 • Relations d'objets internalisées, 252 • Cohésion du soi, 254</i>	
Niveaux d'organisation au Rorschach : limites rencontrées dans certains cas traumatiques	257
Conclusion	257
Annexe	258
<i>Protocole de Michèle, 258 • Protocole de Fabrice, 262</i>	
Bibliographie	264
19. Évaluation du risque de récidive et de la dangerosité criminologique	266
Joanna Gourlan	
Différenciation des concepts de dangerosité et de risque de récidive	267
<i>Épidémiologie de la récidive, 268 • Approche épistémologique de la dangerosité, 268 • L'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive : les différents courants, 271 • Les échelles actuarielles, 272 • Éléments de discussion, 274 • La notion de facteurs de risque et de prédictors, 275 • Discussion sur les limites d'un système en Amérique du Nord et en Belgique, 276</i>	
Conclusion	280
Bibliographie	281
20. Présentation du Centre national d'évaluation	282
Marie Deyts	
Les personnels du CNE	283
<i>Composition de l'équipe pluridisciplinaire, 283 • Organigramme, 283</i>	

Les missions et le fonctionnement du Centre national d'évaluation	285
<i>Le déroulement des sessions, 286 • La prise en charge des condamnés à l'issue de la session, 288 • La mise à disposition d'un financement autonome, 289</i>	
Bilan 2012	289
<i>Le nombre des personnes détenues accueillies en 2012, 289 • Les cycles, 290 • Le profil des personnes détenues accueillies, 290 • Les activités et le travail au CNE, 290</i>	
Évolutions et perspectives	295

QUATRIÈME PARTIE

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

21. Un certain esprit dans l'approche du suivi	298
Roland Coutanceau	
22. Les états limites à expression psychopathique après l'audition publique de la Haute Autorité de santé sur la psychopathie	300
Jean-Louis Senon	
Questionnements au carrefour des champs cliniques, sociologiques et juridiques	301
Histoire en aller-retour d'un concept incertain	302
DSM et CIM : une clinique descriptive qui oppose « borderline » et « antisocial »	304
La notion d'états limites à expression psychopathiques pour établir des prises en charge contenantantes	307
Principes de prise en charge recommandés par l'audition publique sur la psychopathie	310
Bibliographie	311
23. La thérapie des schémas pour le trouble borderline	312
Firouzeh Mehran	
Les schémas cognitifs	314
L'approche de la thérapie des schémas	314
Les caractéristiques de la thérapie des schémas	315
Les origines des schémas précoces inadaptés	315

Les domaines de schémas et les 18 schémas précoces inadaptés	316
<i>Domaine I : séparation et rejet, 316 • Domaine II : manque d'autonomie et de performance, 316 • Domaine III : manque de limites, 316 • Domaine IV : orientation vers les autres, 317 • Domaine V : surveillance et inhibition, 317</i>	
Les opérations des schémas	317
<i>Les processus de maintien des schémas, 318 • La cicatrisation des schémas, 318</i>	
Les stratégies d'adaptation des schémas	318
Particularités de la thérapie des schémas pour le trouble de la personnalité borderline	319
Conclusion	321
Bibliographie	321
24. La thérapie cognitive émotionnelle de groupe pour le trouble de la personnalité borderline	323
Firouzeh Mehran	
Particularités du travail thérapeutique avec les patients borderline	324
Les objectifs clefs de la thérapie de groupe	324
La thérapie cognitive émotionnelle de la personnalité borderline et ses caractéristiques	325
<i>La théorie d'attachement de J. Bowlby, 325 • La théorie cognitive classique d'A. Beck, 325 • L'approche de la thérapie comportementale et dialectique de M. Linehan, 326 • L'approche de la thérapie des schémas de J. Young, 326 • L'approche de la psychologie positive, 326 • La thérapie centrée sur les émotions, 327</i>	
La thérapie cognitive émotionnelle de groupe	327
<i>Les caractéristiques, 327 • Organisation des séances de groupe, 328 • Les cinq modèles d'apprentissage, 328 • Les caractéristiques du thérapeute, 328 • Le programme des séances de groupe, 329 • Quelques exercices utilisés en séance ou en tâches assignées, 330</i>	
Conclusion	334
Bibliographie	334
25. Schémas et passages à l'acte	336
Sylvain Crochet	
Des schémas en lien avec un risque de passage à l'acte	337

Mécanisme de compensation face au schéma, développement de traits de personnalité pervers et propension au passage à l'acte	338
Conclusion	345
Bibliographie	346
26. Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche thérapeutique	347
Joanna Smith	
Présentation de l'intégration du cycle de la vie	348
Protocole de la naissance jusqu'au présent	349
Travail de réparation de l'attachement	350
Conclusion	355
Bibliographie	355
27. Groupe pour parents ayant un trouble de personnalité limite dont l'enfant est suivi en protection de l'enfance	356
L. Laporte, L. Ounis, I. Laviolette, J.-F. Cherrier, S. Lavoie	
Les parents ayant un TPL	357
L'intervention auprès de parents ayant un TPL en protection de la jeunesse	358
La pertinence d'un programme adapté aux besoins des parents ayant un TPL	359
Le projet pilote « MOI et mon enfant » : le fruit d'une préoccupation commune	360
Objectifs du projet pilote	361
Les modalités du programme	362
Une intervention de groupe d'une durée de 8 semaines	363
Modalités favorisant la participation des parents	363
Les animateurs	364
La clientèle visée	364
Les critères d'inclusion et d'exclusion	364
Le déroulement du projet pilote	365
<i>La rencontre préprogramme, 365 • La rencontre post-programme, 367 • Les rencontres de groupe, 367 • Les thèmes abordés, 368 • Première rencontre, 368 • Deuxième rencontre, 368 • Troisième rencontre, 369 • Quatrième rencontre, 369 • Cinquième rencontre, 369 • Sixième rencontre, 369 • Septième rencontre, 370 • Huitième</i>	

<i>rencontre, 370 • Recrutement des participants, 370 •</i>	
<i>Caractéristiques des participants, 370 • Modalités</i>	
<i>d'évaluation, 371</i>	
Conclusion	375
Bibliographie	375
28. Les SPIP et les PPR : une expérience originale et à approfondir	376
Philippe Pottier et Marina Pajoni	
Bibliographie	381

CINQUIÈME PARTIE

PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES

29. La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité	383
Muriel Salmona	
Neurobiologie de la dissociation	383
Mémoire traumatique et troubles de la personnalité	384
Dissociation, trouble de la personnalité et sentiment d'étrangeté	388
Dissociation et troubles de la personnalité chez les prostituées	389
Dissociation et troubles de la personnalité chez les personnes sans domicile fixe	390
Dissociation et risques de répétition traumatique	391
La dissociation et son rôle dans les violences institutionnelles	393
La dissociation et les troubles de la personnalité chez les personnes âgées	394
La dissociation dans les troubles de la personnalité chez les agresseurs	395
Prise en charge de la dissociation dans les troubles de la personnalité	396
Bibliographie	397
30. Troubles de la personnalité et psychothérapie en contexte de deuil	399
Hélène Romano	
Introduction	399
Du deuil « normal » au deuil pathologique	400
Psychothérapie des personnes présentant des troubles de la personnalité et endeuillées	400

Discussion	404
De l'importance pour le thérapeute de gérer le contre-transfert	408
Conclusion	409
Bibliographie	409
31. Les mères abusives « Münchausen »	411
Yves-Hiram Haesevoets	
Le spectre de la « mère abusive »	411
Entre mystification maternelle et réalité clinique	413
Du mythe de Münchausen à la réalité d'un syndrome mystérieux	413
Une mythomanie médicale	415
Une typologie psychopathologique des mères	417
Des signes cliniques particuliers et une morbidité associée	418
Des enfants-cibles particuliers	419
Des séquelles parfois irréversibles	420
Les difficultés dans l'établissement du diagnostic	420
Du diagnostic différentiel à l'enquête approfondie	422
La fausse allégation d'abus sexuels, forme connexe de syndrome de Münchausen par procuration ?	423
Éléments de psychopathologie clinique	424
Les conséquences psychiques du syndrome de Münchausen pour l'enfant	426
Une intervention tierce ouverte sur la protection de l'enfant	427
La médiatisation judiciaire comme support thérapeutique	428
Conclusion et perspectives	430
Bibliographie	431
32. L'audition judiciaire du mineur victime d'agression sexuelle : approche criminologique	433
Bernard Vilamot, Jean-Michel Breton, Marc Passamar et Olivier Tellier	
L'enquête	434
Déroulement d'une enquête judiciaire portant sur des violences sexuelles commises sur mineur	436
<i>La saisine, 436 • L'enquête d'environnement, 436 • L'audition filmée du mineur victime, 438 • Les règles générales de l'entretien, 441 • Considérations concernant l'audition, 441 • L'utilisation d'objets servant de support à l'entrevue</i>	

<i>(si nécessaire), 447 • Clôture de l'audition, 447 • Bilan – synthèse, 448 • La séparation, 448 • Moyens éventuels de protection, 448</i>	
La parole de l'enfant	449
<i>Les conséquences des facteurs qui influencent la parole de l'enfant, 449 • Par rapport au type d'agression, 451</i>	
Analyse des facteurs dits de crédibilité du discours	455
<i>Pendant l'audition, 456 • Pendant l'expertise psychiatrique, 461</i>	
Conclusion	462
Bibliographie	463

SIXIÈME PARTIE

REPÈRES LÉGISLATIFS ET ASPECTS INSTITUTIONNELS

33. Troubles de la personnalité et mesures de soins pénalement ordonnés	465
Myriam Quéméner	
Un dispositif complexe alliant sanctions et soins	466
<i>L'obligation de soins, 467 • Le suivi socio-judiciaire, 468</i>	
L'injonction liée à la surveillance judiciaire	470
<i>La surveillance de sûreté, 471 • La rétention de sûreté : une mesure abandonnée dès sa naissance, 472</i>	
Perspectives	473
Bibliographie	475
34. Les troubles de la personnalité en unité pour malades difficiles	476
Jean-Luc Senninger et Alexandre Baratta	
Les unités pour malades difficiles	476
La personnalité dyssociale en UMD	478
<i>Revue de la littérature, 478 • Actualisation des données, 479</i>	
Le traitement des personnalités dyssociales en UMD	481
Conclusion	483
35. Prise en charge des troubles de la personnalité au SMPR	485
Magali Bodon-Bruzel et Florent Gatherias	
Trouble de la personnalité et auteurs d'infraction à caractère sexuel	485

Dispositif de soin et projet d'étude	486
Méthodologie	489
Résultats	490
<i>En début de session, 490 • En fin de session, 491</i>	
Évolution de chaque groupe	494
Conclusion	496
Bibliographie	497
36. Les enjeux de réceptivité chez les auteurs d'agression sexuelle : chronique d'un espoir retrouvé	498
Virginie Guillard et André McKibben	
Introduction	498
Historique, description du programme et admission des candidats	500
Une motivation initiale fragile	501
Du consentement à l'adhésion	504
Suite de la séquence thérapeutique	505
Atteinte des objectifs du programme	508
Conclusion	511
Bibliographie	512
 <i>POSTFACE. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DANS L'ACTUALITÉ JUDICIAIRE, THÉRAPEUTIQUE ET ÉDUCATIVE</i>	
Loick M. Villerbu et Anne Winter	
D'une genèse et ce qui s'ensuit...	513
Les composantes d'un problème en série	513
Des organisateurs implicites	517
Impasses ou perspectives	519
Bibliographie	520