

La clinique du passage

Tentative désespérée, ultime, de soulager une angoisse incontrôlable pour le sujet, mais aussi préoccupation sociétale de premier plan, le passage à l'acte constitue un enjeu majeur en psychiatrie.

Le passage à l'acte contre autrui a été l'un des fondements de la psychiatrie avec comme corollaires l'isolement et les contentions des aliénés (cf. la libération des aliénés par Philippe Pinel en 1795 et ses écrits sur le « *traitement moral* » [1]). Cette notion centrale à la fois en psychiatrie clinique et en psychanalyse nous entraîne dans des questionnements essentiels sur nos pratiques. La violence dans nos institutions et les problèmes d'évaluation du risque de violence, ainsi que la préoccupation sociétale de la sécurité, en font donc aujourd'hui plus que jamais un enjeu majeur. Le risque de dérives, en particulier sur les droits de la personne ou la stigmatisation des malades mentaux, ne doit pas être sous-estimé. Cependant il ne peut pas nous cantonner dans une attitude idéologique de déni face à cette réalité et à nos responsabilités de cliniciens.

Il est donc fondamental pour la psychiatrie de nourrir la réflexion sur le passage à l'acte. Afin de situer cette question dans ses dimensions transnosographique, psychodynamique et clinique, je reprendrai entre autres certains de mes écrits antérieurs.

SOULAGER L'ANGOISSE

Dans ce numéro seront évoqués des problèmes spécifiques à certaines pathologies ou à certains délits, mais aussi les difficultés, les interrogations, les réflexions et les pistes de « solutions » possibles

Frédéric MILLAUD

Psychiatre, Institut Philippe-Pinel, Professeur titulaire de clinique, Université de Montréal.

au sein des équipes soignantes. La complexité du sujet nous conduit d'emblée à éliminer toute réponse simpliste et univoque. L'élaboration psychique, la mentalisation au sein des équipes, l'utilisation d'une pensée clinique rigoureuse sans être rigide, supportée par des modèles conceptuels réfléchis mais associés à des traitements personnalisés sont les ingrédients de base de notre travail dans ce domaine. Un processus thérapeutique complexe doit venir faire écho, en les contrebalançant, aux processus psychiques pathologiques réducteurs, aux carences d'élaboration psychique telles qu'évoquées par J. Chasseguet-Smirgel (2) qui conduisent le sujet dans l'agir et qui risquent également d'engluer les équipes soignantes.

Dans son séminaire sur l'angoisse (1962), Lacan a évoqué son aspect résolutoire temporaire par le passage à l'acte. C'est ce que nous observons quotidiennement en clinique. Le passage à l'acte est une tentative de solution, désespérée, ultime mais efficace à court terme. Le double crime des sœurs Papin (3), qui déjà en 1933 avait été décrypté par Lacan (4), a fait l'objet d'un livre de Francis Dupré, dont le titre illustre bien ce point : *La solution du passage à l'acte* (5). Le passage à l'acte procure un soulagement à l'individu qui se trouve pour un moment étranger à sa souffrance et à celle des autres. Ce dernier élément est bien sûr à la source des réactions négatives de l'entourage, quel qu'il soit. Notre rôle est donc bien de contenir l'angoisse du patient tout en s'assurant de se donner les moyens de contenir la nôtre. L'angoisse me paraît être le fil conducteur de la clinique et le passage à l'acte en est une des facettes.

PASSAGE À L'ACTE ET ACTING OUT

Resituons à l'aide des repères sémantiques la place de ce concept et ses rapports avec d'autres notions.

Je reprendrai tout d'abord les différences entre passage à l'acte et *acting out* telles que je les ai développées dans mon ouvrage sur le passage à l'acte (6).

Il existe une distinction clinique tout à fait fondamentale quant à la nature relationnelle qu'on trouve ou non dans le recours à l'acte violent. Cela est particulièrement important pour l'évaluation diagnostique, pronostique ainsi que pour la prise en charge thérapeutique. En effet, l'inscription d'un acte violent dans une relation traduit une demande d'aide, une ouverture possible, l'espoir du patient d'obtenir une réponse. Nous verrons à la lumière des écrits que nous sommes alors dans le registre de l'*acting out*. Si cette dimension de « recherche relationnelle » n'existe pas, nous nous situons alors dans le registre de la solitude, du désespoir, de l'évacuation de l'autre et aussi, souvent, de la tentative désespérée de contrôler l'autre à tout prix et qui s'accompagne d'un sentiment d'omnipotence. C'est ce que nous appellerons alors à proprement parler le passage à l'acte.

Ainsi, en clinique, si l'on prend l'exemple du passage à l'acte homicide (voir l'article de D. Zagury, p. 42), on observe souvent que celui-ci est précédé d'une série d'*acting out* adressés à divers intervenants que les patients perçoivent comme ayant une certaine autorité (membre d'une équipe psychiatrique, soignant d'un service d'urgence, médecin, policier...). Ces patients cherchent ainsi à se faire arrêter avant de répondre à l'impulsion homicide avec laquelle ils sont

à l'acte





© WADO.

L'artiste : Dominik Wauthy, dit WADO

Il y a longtemps que Wado est passé à l'acte. Depuis cette révélation, il stigmatise et nous entraîne dans une drôle de danse du sabbat aux confins de la frénésie. Tout le mal être de notre civilisation est exprimé par ses gueules grimaçantes, brutales et excessives. Elles forment une farandole cruelle de visages arrachés à un enfermement clinique qui oscille entre violence et tendresse. Nous sommes saisis par la fulgurance du trait qui lève tout un peuple surgi d'on ne sait où. Libéré, il se met en mouvement : « Plus de mots. J'ensevelis les morts dans mon ventre. Cris, tambour, danse, danse, danse, danse ! Je ne vois même pas l'heure où, les blancs débarquant, je tomberai au néant. Faim, soif, cris, danse, danse, danse, danse ! » écrivait Rimbaud. Dans ce violent tourbillon vibratoire, à la puissance expressive inégalée, Wado crie l'angoisse existentielle de notre douloureuse condition humaine. La métaphore du masque ne délivre que l'essentiel lorsqu'elle atteint cette dimension fantasmagorique. C'est un peu comme si elle transcendait les moments les plus intimes de la vie, ceux qui précèdent le rien... Ces images bouleversantes nous plongent au cœur d'une humanité en quête de rédemption. La violence de ces peintures répond au chaos et au mensonge dans lesquels s'enfoncent notre civilisation sous le joug de la bêtise et de la folie de l'argent. Et pourtant, il y a de la tendresse dans le propos de l'artiste. Il nous dit la face cachée des choses pour nous rappeler que rien n'est jamais perdu. C'est parfois la voix cruelle qui console. Avec rage et amour.

Gérard GAMAND, rédacteur en chef d'AZART Magazine, www.azart.fr

• En savoir plus sur l'artiste : le site, www.dominikwauthy.be/ le blog, <http://wado.skynetblogs.be/>

aux prises et dont ils se défendent. De petits délits, des comportements bizarres, « incompréhensibles » parce que mal formulés, mal mentalisés, prennent tout leur sens rétrospectivement après le surissement du passage à l'acte homicide. Dans ce cas, la parole est manquante, qu'il s'agisse d'*acting out* ou de passage à l'acte. Cependant, une écoute attentive, une observation fine, un questionnement rigoureux et précis permettent dans l'après-coup d'avoir accès à une verbalisation. Certains conflits, certaines difficultés relationnelles ou perturbations de l'état mental peuvent être observés, nommés, ce qui peut aider le patient à diminuer ses tensions internes. Dans le cas du passage à l'acte, le niveau d'angoisse est tel qu'il semble déborder complètement les capacités du patient à obtenir de l'aide et il s'agit avant tout de se libérer, de résoudre un conflit perçu comme sans solution.

L'ÉVALUATION CLINIQUE

Il est intéressant de comprendre pourquoi ces notions sont confuses, comme cela est mentionné à de nombreuses reprises dans la littérature (6). Il existe principalement deux niveaux de confusion.

– **L'usage du même terme « passage à l'acte » dans le contexte de la clinique psychiatrique et de la psychanalyse.** Ainsi, Laplanche et Pontalis (7) mentionnent que ce mot est utilisé à la fois dans la littérature analytique et dans la clinique psychiatrique, où l'on réserve *a priori* ce concept de façon exclusive à des actes impulsifs, violents, agressifs (meurtres, suicides, agressions sexuelles). Il ne comporte alors pas de références à une situation transférentielle, ce qui est en revanche le cas dans la situation analytique.

– **L'usage du même terme d'*acting out* pour décrire des comportements différents** (criminels, délinquants, toxicomaniaques, psychotiques...), c'est-à-dire liés à des structures de personnalité distinctes. Cette confusion est très présente dans la littérature anglo-saxonne. Cependant, on la retrouve également dans la littérature francophone et de façon plus générale dans le discours des cliniciens.

Anna Freud (8) mentionne, elle aussi, qu'avec l'emploi du seul terme d'*acting out*, il faut être attentif aux changements sémantiques. Je traduirai ainsi ses propos : « Le terme d'*acting out* cache les différences entre le névrotique, le délinquant ou le psychotique. À l'inverse du

*névrotique, le délinquant, le toxicomane, le psychotique commettent des acting out de façon habituelle c'est-à-dire sans tirer bénéfice de la technique analytique. Avec eux, les émergences du ça qui entraînent leur comportement impulsif sont vues comme faisant partie de leur pathologie et non comme faisant partie du processus curatif. Les analystes ont négligé le facteur trompeur que, sous l'influence de l'analyse, les patients névrotiques se comportent comme s'ils présentaient des troubles de caractère impulsif. Mais il y a plusieurs considérations pour lesquelles les comportements impulsifs des types nosologiques décrits plus haut diffèrent de l'*acting out* à proprement parler.*

Premièrement, avec eux (délinquants, toxicomanes, psychotiques), la libération de l'action n'est pas due à un progrès graduel de l'interprétation, mais à un déséquilibre constant inhérent à leur structure interne et cette action avec ses implications ultérieures n'est pas sous contrôle de l'analyste.

*Deuxièmement, au lieu de prendre naissance dans la situation analytique, d'affecter seulement secondairement l'environnement, le comportement impulsif de ces patients commence dans le monde extérieur et on tente de le ramener à l'intérieur d'une situation transférentielle. Même lorsque cela fonctionne, il y a peu de chance de canaliser les forces transférentielles vers la sphère psychique en excluant toute action motrice. Ceci est compréhensible puisque les origines des perturbations font inévitablement référence aux périodes de vie où la pensée ne peut être un substitut valable à l'action motrice. Pour ces patients donc, l'action motrice n'est pas une exception, mais la règle. Il n'y a pas de doute que dans ses formes étendues d'*acting out* le patient répète son passé et que la mémorisation puisse être extraite de cette remise en acte. »*

Par ailleurs, il peut être difficile de choisir d'emblée le mot juste, en particulier lors d'une première évaluation clinique. Le verbe « agir » qui est souvent transformé en nom « un agir » pourrait ainsi être employé de façon exclusive lorsque le clinicien ne peut trancher entre un passage à l'acte et un *acting out*. J'ajouterais que ce mot n'est pas très éloigné de la mise en acte (*agieren* en allemand, *acting out* en anglais). Mise en acte donc des désirs, pulsions et fantasmes.

Laplanche et Pontalis (7) nous rappellent également que « *le terme* (de passage à l'acte) *comporte une équivoque qui est celle de la pensée même de Freud : il confond ce qui, dans le transfert, est actualisation et le recours à l'action motrice* ». Il y a clairement proximité des mots et des concepts.

AGRESSIVITÉ ET VIOLENCE

Nous pouvons donc dire que le passage à l'acte a pour fonction de résoudre l'anxiété mais qu'en est-il de ses liens avec l'agressivité et la violence ? Là encore, il ne faut pas confondre les deux notions. Une distinction dépend du cadre théorique auquel on se réfère (9). Dans un dictionnaire, le *Petit Robert* par exemple, l'agressivité est définie comme « *une manifestation de l'instinct d'agression* », instinct fondamental de l'être vivant lié selon les uns à la destruction, selon les autres à l'affirmation de soi. Il renvoie au mot violence. La violence, de par son origine latine *violenta*, désigne un « abus de la force ». Elle peut donc être vue comme une conséquence possible de l'agressivité ; on rejoint alors la notion d'agression (attaque violente contre une personne).

Si l'on remonte à une étymologie plus ancienne du mot violence, il se dégage une connotation agressive. En grec *bia* : signifie à la fois la violence et la force vitale, et *bios* : la vie. Si nous retenons l'hypothèse que vie et violence sont inséparables, nous nous éloignons alors de la conception analytique selon laquelle la pulsion d'agression est la pulsion de mort tournée vers l'extérieur (7). Mais toujours au plan psychanalytique, plusieurs auteurs croient à la nécessité de distinguer deux composantes agressives. Freud sépare la tendance sadique, composante de la libido, de la pulsion de destruction liée à la pulsion de mort (10). Cette distinction se poursuit sous la forme de l'agression et l'agressivité (11) ou de violence fondamentale anobjectale et agressivité (12). Il s'agit donc d'un problème complexe, pour lequel certains auteurs se rallient à une « *indécidable conclusion* » (13,14).

Loin de trancher le débat, je centrerai la réflexion sur la distinction apportée par Bergeret entre la violence fondamentale et l'agressivité.

En effet, la notion de violence fondamentale semble se distinguer à la fois de l'instinct de conservation, des pulsions

libidinales et de la pulsion de mort puisqu'elle les contient tous potentiellement (15). Bergeret nous propose alors cette hypothèse pour théoriser un en deçà de la pulsion : la violence fondamentale est décrite comme une violence « naturelle », qui serait une sorte de nécessité primitive absolue, vitale, dès les premiers moments de l'existence, et dont le sujet ne tire aucune joie particulière (16).

L'agressivité, de son côté, si elle peut être considérée également comme vitale, renferme, à la différence de la violence fondamentale, une part de satisfaction dans le fait de voir souffrir l'autre. Elle tient compte, au moins partiellement, d'une problématique œdipienne et génitale, alors que la violence fondamentale demeure du registre archaïque, prégénital, narcissique et inné.

La violence fondamentale, à son origine, relève plus d'un instinct, l'un des tout premiers instincts de vie, que d'une véritable pulsion. Au cours d'un développement normal, cette violence fondamentale doit se transformer grâce à l'amour des parents en processus créateur, vivant. La partie mal intégrée de la violence fondamentale donne lieu à l'expression de comportements violents, dénués de connotation sexualisée génitale. Ainsi, pour Bergeret, la violence fondamentale mal intégrée est le maître d'œuvre de la construction de la structure psychotique, utilisant à son profit les éléments libidinaux épars récupérables pour atteindre des buts devenus ainsi essentiellement agressifs, sadiques et masochistes (16).

Ces distinctions posées, le passage à l'acte se situe plus du côté de l'expression de la violence fondamentale et *l'acting out* du côté de l'agressivité.

Ceci étant dit, on considère habituellement en clinique que l'agressivité est l'expression d'une pulsion ou d'un affect dont le contrôle est incertain (17). L'incapacité du sujet à contenir son agressivité le conduit à des manifestations d'hostilité (attitudes corporelles, regards, opposition passive...), mais aussi à des actes violents réels envers autrui, et non pas fantasmatiques (17). La violence physique s'exprime par des agressions (18). Ces comportements sont le résultat d'interactions complexes de différents facteurs (sociaux, cliniques, de personnalité, d'environnement) dont l'importance varie en fonction des situations et du temps (19).

LE FACTEUR IMPULSIF

L'impulsivité est la tendance à des pensées et à des actes soudains, échappant à tout contrôle (20). C'est une notion elle-même complexe, transnosographique, que certains auteurs ont défini à l'aide de quatre éléments (21) :

- **l'absence de planification**, facteur le plus fréquent, qui correspond à une incapacité à organiser une action et à en prévoir les conséquences ;

- **l'urgence**, qui témoigne d'une tendance à agir de façon irréfléchie ou à poser des gestes regrettables dans un contexte fortement émotif ;

- **la recherche de sensations fortes**, qui se manifeste par une recherche constante d'expériences nouvelles et excitantes ;

- **le manque de persévérance ou de constance** lié à l'incapacité d'ignorer les distractions et de se concentrer sur une tâche.

Dès lors, on constate que tous les passages à l'acte ne sont pas associés à l'impulsivité, loin de là. On ne doit donc pas accoler automatiquement les deux notions.

DANGÉROSITÉ ET PRISE EN CHARGE

La notion de dangerosité peut également se décomposer en plusieurs éléments (22) :

- **les facteurs de risque de violence** ;

- **la caractérisation** de la violence appréhendée ;

- **la probabilité de survenue** de la violence.

Cela se rapproche de ce qu'on appelle l'état dangereux (23). Nous nous situons dans l'évaluation de la survenue d'un passage à l'acte ou d'un *acting out*. Les facteurs de risque de violence sont maintenant assez bien connus et documentés dans la littérature scientifique. Cependant, ils n'établissent pas de relation causale mais seulement une corrélation avec la violence. Ils ne permettent pas la prédiction d'un passage à l'acte pour un individu donné, même s'ils ont une certaine valeur pour des groupes.

La relation entre maladie mentale et crime violent est complexe et ne peut se réduire à un lien de causalité directe. Depuis le début des années 1980, le concept de risque de violence en particulier a pris une place prépondérante au détriment de la prédiction.

Une fois que le clinicien a cerné les facteurs du risque de violence, sa nature et éventuellement une certaine probabilité de survenue, l'outil d'intervention et de prévention fondamental est l'établissement d'un lien avec le sujet. Avant le passage à l'acte, nous avons vu que le sujet



est seul avec lui-même et sa détresse et a renoncé à toute aide extérieure. Le défi du clinicien se situe donc bien à ce niveau et cela peut aussi expliquer pourquoi certains patients passent à l'acte de façon imprévue et déroutante pour nous. Nous mesurons alors toute l'importance de bien évaluer les structures psychopathologiques des patients d'une part, de bien saisir dans quel contexte relationnel nous nous situons d'autre part, et enfin de bien évaluer leur capacité réelle d'être en relation avec nous.

CONCLUSION

Le passage à l'acte occupe une place centrale en clinique et doit faire l'objet de toute notre attention pour mieux comprendre et aider les patients mais aussi leur entourage, les collègues, les équipes de soin. Ses répercussions sociales sont également loin d'être négligeables et nous concernent tous. Il n'est pas un jour sans que cette question ne fasse la une des journaux et les problèmes médico-légaux sont de plus en plus fréquents. La pression sociale se conjugue donc à notre désir thérapeutique pour davantage de rigueur clinique. Dans ce contexte, la recherche clinique et la formation sont à privilégier. Certains outils, comme les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), émises en 2011 suite aux auditions publiques de décembre 2010 (24) (voir l'article de J.-L. Dubreucq et F. Millaud p. 76) sont à promouvoir largement.

1- Postel J., Quétel C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, 1994.

2- Chasseguet-Smirgel, J., *L'acting out, quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique*, *Revue Française de Psychanalyse*, 1987, 4, 1083-1099.

3- *En 1933, au Mans, Christine et Léa Papin, deux employées de maison « modèles », commettent un double meurtre sur leur patronne et sa fille. D'une grande sauvagerie et sans motif apparent, ce fait-divers a frappé les esprits et provoqué de nombreux commentaires et analyses, dont celle de Lacan.*

4- *Motifs du crime paranoïaque : le double crime des sœurs Papin, Jacques Lacan, paru dans Le Minotaure*, n° 3, décembre 1933.

5- Dupré, F., *La « solution » du passage à l'acte*, Éd. Érès, Clamecy, 1984.

6- Millaud F. *Le passage à l'acte : points de repères psychodynamiques*. In : Millaud F, éditeur. *Le passage à l'acte*. Paris : Masson ; 2009, 9-18.

7- Laplanche, J., Pontalis, J.B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris, 1978.

8- Freud, A., *Acting out*, *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, 49, 165-170.

9- Millaud F., *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2, 1989, p. 206-209.

10- Freud, S. (1920). *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981.

11- Lebovici, S., Diatkine, R., *L'agression est-elle un concept métapsychologique*, *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, XXXVI, 1, 5-17.

12- Bergeret, J., *La violence fondamentale (l'étayage instinctuel de la pulsion libidinale)*, *Revue Française de Psychanalyse*, 1981, XLV, 6, 1335-50.

13- Clancier, A., Fabre, S., Pragier, G., *Situation métapsychologique de l'agressivité dans les travaux français*, *Revue Française de Psychanalyse*, 1984, XLVIII, 4, 917-35.

14- Vion, J., *L'acte homicide-suicide*, Thèse de Médecine, Université de Grenoble, 1986.

15- Cosnier, J., *La violence fondamentale (Réflexions critiques)*, *Revue Française de Psychanalyse*, 1984, XLVII, 4, 1077-86.

16- Bergeret, J., *Laplace de la violence dans l'évolution affective humaine, Actes du congrès international violence et violences*, Lyon, 1984.

17- Millaud F., Roy R., Gendron P., Aubut J., *Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques*, *Revue canadienne de psychiatrie*, 1992, 37, 9, 608-615.

18- Barratt E. *Impulsiveness and aggression*. In : Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and Mental Disorder*. Chicago : University of Chicago Press ; 1994, p. 61-80.

19- Widiger T. *Personality disorders and violence*. In : Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and Mental Disorder*. Chicago : University of Chicago Press ; 1994, p. 203-26.

20- Barratt E. *Anxiety and impulsiveness : toward a neuropsychological model*. In : Spielberger S, editor. *Anxiety : Current trends in theory and research*. New York : Academic Press ; 1972.

21- Whiteside SP, Lynam DR. *The five factor model and impulsivity : Using a structural model of personality to understand impulsivity*. *Personality and Individual Differences*. 2001, 30 : 669-689.

22- Steadman H, Monahan J, Appelbaum P. *Designing a New Generation of Risk Assessment Research*. In : Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and Mental Disorder*. Chicago : University of Chicago Press ; 1994, p. 297-318.

23- Caillat S, Horreard AS, Kottler C. *Les méthodes d'évaluations de la dangerosité*. In : De beaurepaire C, Benezech M, Kottler C, editors. *Les dangerosités*. Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2004, p. 291-9.

24- Haute autorité de santé, *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. Rapport d'orientation de la commission d'audition, mars 2011*. www.has-sante.fr

Résumé : Le passage à l'acte est à l'origine et demeure au centre de la clinique psychiatrique. L'auteur développe les différents concepts sémantiques associés – en particulier le passage à l'acte en psychanalyse et en psychiatrie, l'*acting out*, la violence et l'agressivité – et souligne l'importance de cette notion comme fil conducteur de nombreuses situations cliniques quotidiennes.

Mots-clés : Acting out – Agressivité – Angoisse – Clinique – Équipe pluridisciplinaire – Impulsivité – Passage à l'acte – Prise en charge – Violence.

Schizophrénie et agression impulsive : le rôle de la sérotonine

Une baisse de l'activité sérotoninergique pourrait expliquer l'émergence de l'agression impulsive chez certaines personnes atteintes de schizophrénie.

L'agression impulsive (AI) a des conséquences négatives importantes tant pour les personnes concernées que pour la société. Dans les cas extrêmes, cela peut mener au décès par suicide ou à l'homicide. Rappelons que l'on peut définir l'AI en l'opposant à l'agression préméditée (1) : cette dernière se caractérise par un comportement planifié n'étant pas associé à de la frustration ou à une réponse à une menace immédiate. On retrouve une activation sympathique faible ou inexistante. À l'opposé, l'AI est liée à une réponse émotive négative de colère ou de peur. Une activation sympathique est présente.

Une revue de la littérature (2) a montré que les personnes atteintes de troubles mentaux graves – et particulièrement de schizophrénie – sont plus à risque de violence. Leurs comportements peuvent générer une attention médiatique importante, les gestes étant parfois d'une terrible violence, ce qui contribue à stigmatiser cette population alors que la majorité de ces individus ne manifeste pas de violence. Une meilleure compréhension de ce phénomène est, en ce sens, primordiale afin de favoriser leur rétablissement.

Schizophrénie et violence

Une méta-analyse récente montre que la psychose est associée à un accroissement du risque de violence de 49 à 68 % par rapport à la population générale (3). Un sous-groupe de patients atteints de schizophrénie contribue à cette augmentation du risque total de violence par rapport à la population générale. Les différents éléments psychopathologiques qui rendent ces personnes vulnérables aux comportements violents ont été explorés abondamment. Dubreucq et al. (2) proposent ainsi une typologie de ces patients en trois groupes :

- **Les patients ayant un triple diagnostic** : schizophrénie, abus d'alcool et personnalité antisociale.
- **Les patients atteints de schizophrénie** évoluant depuis plusieurs années et présentant des troubles neurologiques et/ou neuropsychologiques.
- **Les personnes atteintes de schizophrénie paranoïde**, dont la violence semble en lien avec le délire paranoïde.

De manière intéressante, Dubreucq et al. (2) mentionnent que, pour les deux premiers groupes, la violence est non planifiée. Récemment, à l'aide d'une analyse typologique (4), nous avons soutenu la validité de cette catégorisation et le lien qui existe entre impulsivité et violence. Ainsi, il ressort que l'agression impulsive peut faire partie d'un agencement pathologique complexe où un geste de violence impulsive peut être directement lié à des idées délirantes de persécution ou à des hallucinations impérieuses comme cela peut être le cas chez une personne souffrant de schizophrénie présentant un niveau élevé d'impulsivité.

Sérotonine et AI

Le phénomène de l'AI est associé selon plusieurs chercheurs au système sérotoninergique (1). Un déséquilibre de ce système pourrait en effet expliquer la spécificité des patients atteints de schizophrénie à risque de violence.

Dans une précédente synthèse (5), nous avons mis en évidence les liens entre troubles mentaux, sérotonine et AI. En bref, une hypothèse domine : une baisse de l'activité sérotoninergique expliquerait l'émergence de l'agression impulsive. Cette hypothèse est soutenue par diverses études basées sur plusieurs méthodes : la tomographie par émission de positron pour évaluer la densité des récepteurs à la sérotonine dans le cerveau, la mesure du tryptophane plasmatique (précurseur de la sérotonine), dosant la 5-Hydroxyindoleacetic (5-HIAA) dans le liquide céphalorachidien, jugeant l'activité du transporteur de la sérotonine et examinant une diminution de l'agression en utilisant des antidépresseurs qui inhibent la recapture de la sérotonine. Cependant, l'hypothèse d'une diminution de la transmission sérotoninergique n'a pas été démontrée dans toutes les études.

Conclusion

Le système sérotoninergique pourrait donc jouer un rôle dans la genèse de l'agression impulsive chez les personnes atteintes de schizophrénie. D'autres études seront néanmoins nécessaires pour préciser les mécanismes liés au système sérotoninergique menant à l'agression impulsive dans cette population. Ces recherches pourraient éventuellement ouvrir la voie à des traitements plus spécifiques réduisant les comportements violents et favorisant ainsi la réinsertion sociale de ces individus.

Alexandre DUMAIS,
Psychiatre, MD PhD FRCPC, chercheur,
Institut Philippe-Pinel de Montréal, Université de Montréal.

1– Siever LJ. *Neurobiology of aggression and violence. The American journal of psychiatry.* 2008; 165(4) : 429-42.

2– Dubreucq J, Joyal C, Millaud F. *Risque de violence et troubles mentaux graves. Annales Médico Psychologiques* 2005; 163 : 852-65.

3– Douglas KS, Guy LS, Hart SD. *Psychosis as a risk factor for violence to others : a meta-analysis. Psychological bulletin.* 2009; 135(5) : 679-706.

4– Dumais A, Potvin S, Joyal C, Allaire JF, Stip E, Lesage A, et al. *Schizophrenia and serious violence: a clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders. Schizophrenia research.* 2011;130(1-3):234-7.

5– Dumais A. *Troubles mentaux et agression impulsive: le rôle de la sérotonine. Psychiatrie et violence.* 2011;10(1).

Une violence incoercible,

Envisager le passage à l'acte dans sa complexité est comme une tentative d'approcher le point de non-recouvrement de l'humain et du rationnel. Une certaine violence irréductible serait alors liée par concept à cette humanité brute, « en action ».



inopinée, catastrophique...

Le passage à l'acte est le paradigme d'une violence inopinée, incoercible et catastrophique. La puissance évocatrice de l'expression est telle qu'elle tend cependant à faire oublier la complexité, voire les contradictions, de ses usages en criminologie (Jean Pinatel [1960] en faisait l'objet par excellence de la criminologie avant que le tournant sociologique de la criminologie ne fasse prévaloir le paradigme de la « réaction sociale ») et en psychanalyse. Toutefois, il serait maladroit de supposer que ses différences d'acceptions tiennent à la simple variété empirique du matériel clinique ou criminologique rangé sous le concept de passage à l'acte.

Car un acte ou une action n'est pas un observable empirique, puisque le mouvement ou le geste en quoi ils consistent la plupart du temps (pas toujours comme on va voir) ne sont tenus pour un acte ou une action que si on leur suppose une intention sous-jacente, intention qui ne peut pas être caractérisée sans le recours à une interprétation, à un contexte, ou à un ensemble d'hypothèses d'ordre théorique. Une décharge motrice lors d'une crise d'épilepsie, même si elle provoque par accident la mort d'un proche du malade, et même si elle consiste en un ensemble de gestes bien articulés, ne sera pas tenue pour une action au sens strict, et certainement pas pour un passage à l'acte. La même séquence motrice aboutissant au même résultat catastrophique, mais surgissant au décours d'une crise d'angoisse dans un contexte délirant chez un psychotique halluciné, si.

De façon au moins aussi significative, toujours la même séquence motrice meurtrière chez un individu normal, ni épileptique ni psychotique, mais « débordé » par un soudain accès de passion, peut aussi

parfois être considérée comme passage à l'acte. L'intentionnalité qui s'ajoute à la violence de la décharge motrice est donc le problème. C'est clair si l'on observe que, dans un passage à l'acte, il faut que l'occasion soit saisie.

Or, une pure décharge motrice ou une impulsion aveugle ne tiennent pas compte des circonstances. Il faut donc qu'il y ait assez d'intentionnalité pour que l'explosion motrice soit tenue pour un acte, que, d'un autre côté, il faut que l'intentionnalité de l'auteur supposé de l'acte soit mise d'une façon ou d'une autre en défaut dans son passage à l'acte, si nous voulons faire droit à l'intuition qu'il s'agit d'une forme d'action incoercible, quoique non automatique, et dont le sujet véritable manque, bien qu'il y ait tout à fait un agent physique présent pour l'accomplir. Il est tout à fait possible que la personne qui passe à l'acte connaisse un temps d'obnubilation de la conscience. Mais ce n'est pas obligatoire. On peut concevoir des situations où elle assiste en toute conscience, mais avec horreur, à son propre passage à l'acte. Nombreux, à cet égard, sont les témoignages de survivants de leur propre suicide. C'est moins donc la conscience que le sentiment d'être entraîné dans un plan d'action catastrophique, et de l'agir plus ou moins à son corps défendant, et en tout cas avec surprise, qui est au cœur de la difficulté.

C'est la raison pour laquelle la notion de passage à l'acte, dans la grande variété d'acceptions qu'on en rencontre, permet de révéler les présupposés de la théorie de l'action et de l'intention sous-jacente à chacune de ses définitions. Ces présupposés sont loin d'être uniformes, tant en psychiatrie qu'en criminologie et en psychanalyse. C'est pourquoi le passage à l'acte, s'il existe (autrement dit s'il n'est pas un terme sanctionné par la culture, qui viendrait simplement masquer un défaut de nos conceptions de l'agir), peut aussi remettre en cause les conceptions philosophiques standards de l'action, dans la mesure où elles sont rarement capables de lui accorder une place.

L'INTENTION PROFONDE

Commençons par mettre à part ce qui n'est pas passage à l'acte, mais plutôt passage à l'action. Il n'est pas question d'éventuels coïncidences ni des blocages des appareils de l'action, qu'ils soient neurologiques ou corporels. Il s'agit du fait que l'exécution d'une intention préalable consiste en une sorte de franchissement réel, et que, parfois, certains de ces franchissements, où les intentions se réalisent, dépendent d'une levée concomitante de l'inhibition (obtenue peut-être par l'alcool). Mais même dans ce cas, plutôt pathologique, l'action résultante est en conformité avec l'intention préalable, même si son cours intentionnel est chaotique. Passer à l'action, en ce sens, c'est ce qu'on trouve pénible dans les cas courants de « faiblesse de la volonté ». Les à-coups de l'action résultante, qui peuvent évoquer l'explosivité d'un passage à l'acte, se fondent plutôt dans un défaut de rationalité des moyens de réalisation de l'intention. Mais ressemblance n'est pas identité. En quoi un passage à l'acte se démarque-t-il donc d'un passage à l'action différé, puis accompli soudainement ?

Soit le cas de la déclaration d'amour, important dans la mesure où il montre qu'un passage à l'acte n'est pas nécessairement criminel, et qu'il n'exige pas non plus une prédisposition pathologique chez l'agent. Une situation (hélas !) banale est celle où quelqu'un n'arrive pas à se résoudre à prononcer « *je t'aime* », et qu'il en reste comme encombré jusqu'à ce que le mot lui échappe (et, par exemple, sur un ton agressif, qui trahit sa frustration).

Moins banale, mais significative d'une différence logique, est l'anecdote que rapporte Bertrand Russell, où il s'entend prononcer inopinément et à sa plus grande surprise : « *Je t'aime* » en présence d'une certaine femme, pour prendre à ce moment, et à ce moment seulement, conscience que c'était effectivement là l'expression de son désir. Russell ne développe pas ce point, mais il est d'expérience courante que, dans cette situation, sa partenaire n'aura pas simplement compris que c'était

Pierre-Henri CASTEL

Philosophe et historien des sciences,
directeur de recherches au CNRS (Cermes 3,
Université Paris Descartes), psychanalyste.

bien son désir. Elle en aura aussi été plus vivement touchée, voire inclinée à y répondre. Car il y a là un effet de sincérité qui porte, effet qui fait au contraire défaut dans le bredouillage maladroit auquel se réduit le trouble du simple passage à l'action.

Une autre issue de ce genre de situation serait qu'après avoir prononcé son « *je t'aime* », Russell se soit aperçu que c'était certainement vrai, mais que, l'ayant dit, son amour s'était immédiatement évanoui. Quoi qu'il en soit, le paradoxe est alors que la déclaration de Russell, qui a tous les traits phénoménologiques du passage à l'acte, trahit son « intention profonde », plus profonde en tout cas que ses plans d'agent conscient (il se proposait juste de passer une douce soirée au coin du feu). Et s'il ne sait pas comment ni pourquoi il a fait sa déclaration à ce moment, il s'en reconnaît avec surprise (et dans ce cas avec bonheur) l'auteur. En tout cas, s'il s'agit bien d'un acte, pas d'une impulsion, c'est que la dimension d'accomplissement ne fait pas défaut.

Cet exemple permet d'extraire de nouvelles caractéristiques de ce que nous entendons souvent par passage à l'acte. On ne considérera comme tels que des actes qui paraissent résulter du cheminement souterrain d'une passion. De ce point de vue, la réduction du passage à l'acte au crime masque son importance dans la vie ordinaire, celle de n'importe qui. Une conception du passage à l'acte qui le réserverait à des individus *a priori* détraqués serait indûment restrictive.

D'autre part, si l'agent ne doute pas que c'est bien lui qui a agi dans ce genre d'acte, il ne s'en reconnaît pas immédiatement l'auteur ou le sujet. Le passage à l'acte déplace, avec un effet d'après-coup, l'auteur de l'acte : il peut comme il peut ne pas se reconnaître là où l'acte l'a désormais installé. Si Russell se reconnaît amoureux, le criminel qui est passé à l'acte peut ne pas du tout se reconnaître dans ce qu'il a fait.

LE TRAGIQUE

Mais dans quelle mesure sommes-nous ici en train de décrire des faits objectifs de l'agir, des propriétés intrinsèques de l'organisation interne de l'action, de celui qui agit (l'agent), et de celui qui l'assume (l'auteur), et dans quelle mesure suivons-nous plutôt des représentations culturelles sous-jacentes qui conditionnent

notre perception de ce que nous tenons pour être des actions?

Il est évident, en effet, que certaines représentations du tragique et du comique influent sur nos conceptions de ces cas limites de l'action où l'agent et l'auteur semblent pouvoir se distinguer comme s'ils étaient deux personnes, ou bien une personne (l'agent du passage à l'acte), mais aucun auteur. Un ressort du tragique est en effet de rendre inéluctable une série d'événements qui convergent vers un passage à l'acte, lequel est en réalité la mise en acte, comme il y a une « mise en scène », d'une malédiction, ou tout du moins d'une prophétie, sous le regard cruel des dieux et celui horrifié des pairs. Le tragique aboutit ainsi à l'auto-exclusion d'un être humain exceptionnel, qui ne savait pas ce qu'il faisait en le faisant, alors qu'il y avait tout à fait quelque chose = x à savoir – x, c'est ce que les rêves, qu'on fait les yeux clos, mais aussi le devin aveugle Tirésias, énoncent fort clairement à Œdipe. En revanche, il n'y a pas de passage à l'acte dans le comique. Car, dans le comique, on arrive à ses fins par le quiproquo, le malentendu, le raté, et les meilleures intentions triomphent malgré la méconnaissance teintée de vanité du héros. C'est le règne de l'« acte manqué », où l'agent réussit malgré l'auteur (c'est pourquoi, dans la comédie antique, l'esclave, agent pur, guide le maître, auteur pur, vers son bonheur). Le passage à l'acte, lui, ne fait jamais rire. S'il réussit, c'est trop, et bien autre chose que ce dont le héros aurait pu avoir l'intention de son propre chef.

C'est ainsi qu'Œdipe, comme agent tragique de son crime, se crève des yeux qui ne lui ont pas servi, et qu'il reçoit, en tant que sujet de son acte, compensation inespérée, le don de voyance. Un certain nombre de passages à l'acte ont ainsi une mise en scène spectaculaire, comme s'ils s'adressaient à un tiers obscur (les dieux de la tragédie).

Le passage à l'acte, surtout sous sa forme criminelle, donne ainsi souvent le sentiment d'être la réponse à un appel à quelque sacrifice monstrueux. Le tiers obscur qu'il met en jeu tente depuis longtemps l'agent, qui se trouve du coup en position de victime du passage à l'acte, sans être tout à fait passive. Envisagé ainsi, le passage à l'acte prend prétexte des passions de l'agent, mais il en organise rétrospectivement l'existence sous la forme d'un destin fatal.

Dans un tel tableau, il devient difficile de séparer ce qui relève des propriétés paradoxales de l'agir, quand l'agent et l'auteur s'y distinguent, et du traitement social et culturel des affects et des représentations que nous faisons jouer dans leur opposition au départ purement logique. L'ambiguïté est manifeste dans un nombre d'études criminologiques comme psychanalytiques, où il semble à la fois évident en pratique et scientifiquement incompréhensible que tel passage à l'acte réalise une malédiction familiale, et qu'il a été accompli tout à la fois aveuglément et spectaculairement par le dernier maillon de la chaîne des acteurs. Des parents ou des ancêtres, jouant le rôle de tiers obscur, peuvent ainsi apparaître comme les auteurs d'un passage à l'acte (on parle d'« inspireurs » pour contourner la difficulté), dont l'agent, en dernier ressort, est déféré à la justice. Nous avons en effet du mal à envisager une sorte de coopération de ce genre dans un acte criminel, où un seul est l'agent qui passe à l'acte, mais où le texte littéral de ses intentions, comme dans une tragédie antique, a été décidé en amont de son existence. Mais c'est une question difficile de savoir s'il faut écarter ce genre de considérations comme mythologiques, et donc en dernier lieu illusoire, ou si, au contraire, il faut leur accorder une valeur jusqu'à un certain point, en fonction des circonstances, en les liant conceptuellement au cas limite de l'action intentionnelle bizarre qu'est le passage à l'acte. Car il se pourrait bien que, en refusant un tel lien conceptuel du passage à l'acte à la mise en scène tragique, on refuse en fait que le passage à l'acte existe.

EXPLOSION DE L'AGIR

Que signifierait au juste refuser qu'il existe un quelconque passage à l'acte? Tout simplement qu'on pourrait appliquer à cette notion le même genre de réfutation qu'à la mauvaise foi ou à la faiblesse de la volonté. On décrit d'habitude la personne de mauvaise foi comme sachant et à la fois ne sachant pas que ce qu'elle dit est faux. La faiblesse de la volonté consisterait à agir contre son meilleur jugement en toute connaissance de cause. Mais, peut-on objecter, c'est absurde, sauf à faire des hypothèses ad hoc sur la division de l'esprit. Il n'existe pas de gens de mauvaise foi mais de simples menteurs. Il n'y a pas de faiblesse de la volonté, mais des gens qui agissent mal



parce qu'ils se trompent sur leur vrai bien. Mais ces gens décrivent leur état en le faisant dériver d'une complexité mentale hypothétique qui a en plus l'avantage de les dédouaner. On peut appliquer un raisonnement parallèle au passage à l'acte. Ce n'est strictement qu'une impulsion mauvaise que son auteur décrit après coup comme incoercible parce qu'il a été surpris de sa force. Soit donc la différence avec céder à une passion ordinaire est purement quantitative, soit l'agir est intrinsèquement pathologique, et la différence entre un passage à l'acte lié à un délire qui le motive et une décharge motrice épileptique n'a pas de signification pertinente. En conséquence, il n'y a aucune différence entre l'agent et l'auteur de l'acte, sinon a posteriori et à des fins de redescription moralement intéressée. Il est impensable d'attenter à l'unité monolithique de l'intentionnalité de l'agir.

On aboutit ainsi à une vision rigoureusement comportementale et objectiviste du passage à l'acte. C'est une impulsion mauvaise se manifestant brutalement, ou si l'on veut cyniquement, sous la forme d'une explosion agie dépourvue d'égard pour autrui. Il n'y a pas lieu d'explorer un problème mental sous-jacent qui envelopperait une contradiction structurelle ou qualitative significative de l'intentionnalité de l'action. On peut bien parler de « défaut de mentalisation ». Mais ce n'est que l'envers de l'endroit comportemental : si j'explose en dehors c'est parce que rien n'est assez contenu en dedans. Les conceptions actuelles non psychanalytiques des pathologies dites « borderline » reposent sur une analyse de ce genre. La propension au suicide, à l'automutilation, à l'intoxication ou aux agressions chez ces patients est le miroir pur et simple du vide mental ou des difficultés d'élaboration intrapsychique que recueille une clinique platement descriptive. La notion psychiatrique de « raptus »

joue un rôle similaire : le passage à l'acte suicidaire est un effet direct du raptus anxieux ; la grande crise d'intoxication avec obnubilation de la conscience, celui du raptus alcoolique.

On pourrait croire que cette approche objectiviste et comportementale du passage à l'acte bute sur la dimension plus énigmatique de mise en acte, entendue comme une mise en scène, de certains passages à l'acte dits « pervers ». Il n'en est rien. On peut en effet avoir une idée très informelle du fantasme comme un scénario obsédant sous-jacent qui, là encore, est une simple doublure psychique en soi inerte de l'acte. Ceci permet d'éviter une description de l'agir où il faudrait reconnaître une division de l'esprit jouant un rôle causal en amont de toute réalisation dans un passage à l'acte. Que ce dernier, enfin, puisse avoir un aspect tragique n'est qu'un artefact culturel, un biais ornemental de la description, dans la mesure où il n'existe pas d'agir commandé en l'absence de tout auteur, ni sous le regard d'un tiers obscur. C'est parce que nous avons du mal à nous figurer des variations quantitatives extrêmes dans la réalisation des intentions que nous inventons des différences qualitatives ou structurales pour expliquer en amont la possibilité « bizarre » du passage à l'acte. Il est évident que ce point de vue a tous les avantages de la parcimonie.

THÉORIES PSYCHANALYTIQUES

La psychanalyse, à l'autre extrémité du spectre des possibles théoriques, attribue un rôle explicatif à une certaine division réelle du psychisme en amont de l'agir explosif.

Chez Freud, il n'y a pas d'analyse explicite ni systématique de l'agir, sinon au sens de « l'agir spécifique » à but sexuel qui est au cœur de sa théorie. Mais sa conception de la cure met en lumière certains aspects de la notion d'acte. Ainsi, lorsque le patient ne peut se remémorer

une scène refoulée dans l'inconscient, Freud soutient qu'il a tendance à l'agir. La relation transférentielle, précisément parce qu'elle sollicite ce refoulé, est l'espace privilégié de ces *acting out* (traduction anglaise de *agieren*). Mais il semblerait alors qu'on puisse ranger sous la même catégorie la gifle que Dora donne à Monsieur K. lorsqu'il avoue à la jeune fille que sa femme n'est rien pour lui (1), et la tentative de suicide de la jeune homosexuelle, qui se jette du haut d'un pont juste après avoir croisé le regard réprobateur de son père qui l'a surprise en compagnie d'une dame de mauvaise réputation (2). Dans les deux cas, un conflit inconscient, ne pouvant se résoudre, aboutit à un agir catastrophique.

L'idée selon laquelle on ne peut comprendre le passage à l'acte que si l'on en fait le sous-produit déformé de ce qui se passe sur une « autre scène » inconsciente est encore plus nette dans la criminologie freudienne. Dans son étude sur Dostoïevski, ainsi que dans son rapport sur l'affaire Halsman (3), Freud introduit l'idée qu'un passage à l'acte peut n'être rien d'autre qu'un moyen de soulager la tension d'une culpabilité inconsciente préexistante. Cette idée conduit naturellement à interpréter le passage à l'acte, au moins dans certains cas, comme un « recours à l'acte », qui serait investi d'une valeur auto-thérapeutique dans les graves crises psychiques. Au lieu d'un simple échec de la mentalisation, pensé comme une carence brute, on pourrait alors faire l'hypothèse qu'il existe des mécanismes défensifs archaïques, lesquels rendraient compte de la différence entre l'acte impulsif et l'acte compulsif. En effet, la répétition, serait-elle compulsive, est déjà une forme de liaison, et donc une quête de solution, voire de guérison du conflit. De fait, une approche strictement comportementale des passages à l'acte a du mal à rendre compte de leur répétition compulsive, qui n'est pas une addition d'impulsions successives. Le grand nombre de passages à l'acte dans les pathologies des carencés précoces (longue histoire de détresse familiale, cicatrisation de troubles psychotiques infantiles, etc.) donnerait, semble-t-il, un appui empirique à cette vision des choses. Ces sujets ne disposeraient finalement pas des moyens adaptés de lier leur agressivité.

L'enracinement de sa réflexion dans la criminologie a mis la conception lacanienne du passage à l'acte au centre du débat.

À lire *Le dictionnaire de la violence*

Doit-on envisager une spécificité de la violence humaine ? Peut-on penser un jour éradiquer la violence ou doit-on accepter l'idée d'une ambivalence intrinsèque des êtres humains qui soumis à des pulsions contradictoires, ne sont jamais totalement bons ou mauvais ? La violence fait débat dans les sciences humaines et sociales. Le but de ce Dictionnaire est de donner tous les outils pour en penser les racines historiques, les manifestations contemporaines, la signification profonde. 200 auteurs (philosophes, sociologues, juristes, psychanalystes, historiens, théologiens, anthropologues...) ont participé à ce travail unique et original, proposant plus de 300 entrées.

• *Sous la direction de Michela Marzano, Presses universitaires de France, coll. Quadrige, 1568 p., 39 euros.*

C'est chez Jacques Lacan qu'on trouve le mieux explicitée la thèse selon laquelle le passage à l'acte est inclus dans les virtualités d'action de tout sujet, y compris du sujet psychiquement normal. Ce n'est pas un signe pathognomonique de psychose ou de perversion. Il existe en effet chez chacun un imaginaire en miroir qui peut donner lieu, dans certaines circonstances extrêmes, à un court-circuit de l'agir, lequel prend la forme d'un « toi ou moi » abolissant toute autre considération. Ce court-circuit livre le sujet à un acte qui n'est rien d'autre que l'anticipation projective de ce qu'il redoutait d'autrui. De ce point de vue, l'angoisse n'est pas exactement un facteur précipitant, au sens d'une passion égarant la raison. Lacan propose plutôt de la considérer comme l'affect du sujet qui est conduit par anticipation projective à précipiter son acte. L'acte (très peu distinct à cet égard du passage à l'acte), soutient-il, est alors quelque chose comme « *la certitude arrachée à l'angoisse* ».

On peut enfin lire les réflexions de Lacan sur l'agir freudien comme un approfondissement de l'affirmation anti-comportementaliste d'une riche sphère de conflits intentionnels en amont de ce qui se réalise finalement dans le passage à l'acte. Lacan oppose en effet passage à l'acte et *acting out*, donc ce que fait la jeune homosexuelle en se précipitant du haut d'un pont, et la gifle que donne Dora. Ce n'est nullement à cause de la différence de gravité des deux comportements. C'est parce qu'un *acting out* est un geste significatif, adressé à un autre, qui exprime l'échec à dire une vérité (la femme de Monsieur K., selon Lacan, était pour Dora un modèle inavoué). En revanche, le passage à l'acte est une sortie brutale de la scène où pourrait être invoquée une vérité de ce genre. Ceci n'empêche pas que le passage à l'acte mette en scène de façon déguisée la vérité en question. Mais le sujet de l'acte s'y retrouve plutôt en position d'objet, voire de « déchet ». C'est ainsi, selon Freud, que le reproche du père à l'égard de l'homosexualité de sa fille, comprise comme un refus de lui donner des enfants, se retrouve de manière caricaturale dans le mot que la jeune homosexuelle emploie pour caractériser son acte, « *niederkommen* », et qui signifie aussi bien « choir » que « mettre bas ». En allant jusqu'au bout de cette analyse, on devrait conclure qu'un passage à l'acte marque plutôt la défection du

fantasme que son effectuation inopinée. Le fantasme, au lieu d'articuler comme d'habitude le désir d'un sujet à un objet originellement perdu, ou qui reste fantasmatique, offre en effet plutôt sa formule inconsciente pour qu'elle précipite le sujet dans un court-circuit mortel. C'est en tout cas chez Lacan qu'on trouve la version la plus radicale de la « *division du sujet* » en amont du passage à l'acte, dans la mesure où il n'utilise pas un modèle dedans/dehors (échec à contenir/expression agie), l'un reflétant ou complétant l'autre.

EFFET DU COLLECTIF

La temporalité anticipatrice du passage à l'acte permet enfin de s'interroger sur la situation si problématique des passages à l'acte en groupe. Le passage à l'acte, dans ce contexte, peut se lire comme le parachèvement de ce que l'autre ne fait pas, tandis que je m'aperçois, à ses faits et gestes, qu'il est animé du même désir que moi. Soit le déroulé hypothétique suivant. 1/ Une tentation se présente à saisir sur le moment, et je perçois que les autres autour de moi sont eux aussi tentés. 2/ L'idée d'être devancé par un quelconque des autres autour de moi commence à germer, même si l'acte est prohibé, tandis que l'occasion décisive menace de passer. D'autre part, chacun comprend aussi que tous les autres font exactement et à la même vitesse que lui le même raisonnement. 3/ Dans ces circonstances, il est possible que le court-circuit « toi ou moi », si sensible dans un passage à l'acte, produise des effets énormes. En effet, chacune des intentions qu'on peut simplement supposer chez chacun des autres en direction de l'objet interdit diminue l'interdit sur l'acte. C'est alors tous, entre fureur et panique, et sans savoir qui aura commencé, qui passent à l'acte. 4/ Une fois finis le viol collectif, le lynchage, ou le sauve-qui-peut d'une barbarie insensée à l'égard des faibles, chacun reprend son autonomie en minorant systématiquement sa participation, quand il n'est pas frappé d'amnésie.

C'est là une décomposition spectrale spectaculaire de la disjonction entre agent et auteur dans le passage à l'acte. Dans une analyse conjecturale de ce genre, il faut noter que la projectivité des individus les uns sur les autres ne suffit pas, si, outre les divisions qualitatives de l'esprit qui s'y reflètent, une

fonction particulière n'était dévolue à la hâte dans le raisonnement. C'est la combinaison entre l'anticipation et la précipitation qui donne sa forme spéciale à la logique du passage à l'acte. Comme dans certaines variantes du dilemme du prisonnier, il n'est pas sûr qu'elle puisse se modéliser ni se mécaniser. C'est aussi la raison pour laquelle sa plausibilité ne peut être garantie. Néanmoins, ce que capturent de telles expériences de pensée, c'est l'intuition forte que « l'action n'attend pas ».

C'est en ce sens qu'il est toujours possible de détecter une dimension de passage à l'acte dans l'effectuation de nos intentions, si du moins nous parlons d'action humaine, et pas juste d'action rationnelle (ou de rationalité pratique, et non de pratique rationnelle).

LA DIMENSION IRRATIONNELLE

La philosophie contemporaine de l'action a beaucoup réfléchi sur les paradoxes de l'irrationalité (notamment sur la faiblesse de la volonté). Mais, dans ces cas d'incontinence, l'agent ou l'auteur de l'action se sait irrationnel de l'intérieur de son système de croyance. Le cas limite du passage à l'acte, si on accepte qu'il en existe, propose un autre défi.

Car, on l'a vu, le passage à l'acte déplace l'auteur de l'acte, qui s'en trouve surpris et changé, tout en restant cependant l'agent de ce qu'il a fait. C'est pourquoi un tel saut peut avoir les couleurs de la déraison.

Mais on est entraîné si loin, lorsque l'on livre une description épaisse du passage à l'acte (à la prise en compte de sa dimension tragique, à des spéculations sur la division du sujet, à un inconscient inscrutable, ou à des expériences de pensée indémonstrables en psychologie sociale expérimentale), qu'on se trouve placé devant un dilemme.

Doit-on partir d'une conception raisonnable de l'action et, à partir d'elle, trier les théories acceptables du passage à l'acte en les dépouillant des artefacts culturels comme des biais cognitifs qui nous mystifient ? Doit-on, au contraire, partir des intuitions concrètes qui accréditent l'existence factuelle du passage à l'acte, et raffiner nos conceptions rationnelles de l'action, afin d'en clarifier la teneur autant qu'il est possible ? Si l'on accepte l'intuition aristotélicienne qu'il existe bien une faiblesse de la volonté, même si le point de vue rationaliste de Socrate

tend à la réduire à une simple ignorance, pourquoi n'admettrait-on pas la possibilité humaine, et non rationnelle, de passage à l'acte dans nos théories de l'action ?

Deux arguments parlent en faveur d'une telle prise en compte de la dimension humaine de l'acte, et donc du passage à l'acte, avant la dimension rationnelle. Tout d'abord, un acte, à la différence d'une action, a besoin d'un environnement anthropologique détaillé pour qu'on l'identifie. Un acte, c'est ce qui compte comme acte, du point de vue des représentations disponibles et des pratiques en vigueur. Le modèle du geste est inadéquat pour en rendre compte, alors qu'il est très probant dans les conceptions naturalistes de l'action. Ne rien faire, se taire, voire oublier, qui sont autant de non-actions, peuvent tout à fait être considérés comme des actes dans certaines circonstances (sociales ou juridiques). Si nous n'étions pas des êtres humains avant d'être des êtres rationnels, nous n'aurions donc pas accès à la dimension de l'acte en général.

Ensuite, il se pourrait qu'un certain nombre de nos conduites ne prennent sens que dans la mesure où nous arrivons sur le mode du passage à l'acte. À la déclaration d'amour de Russell, dont nous sommes partis, devrait ainsi répondre la dernière scène du *Misanthrope* (4). Car, qu'est-ce qui donne à cette ultime péripétie sa teneur amère, sinon le choix du héros de ne pas se laisser transformer par son acte, mais de détruire en lui les prémisses de ce qui devrait le déborder, en un passage à l'acte tout contraire à celui qu'on espérait de lui ? Moyennant quoi, de fait, il se retranche de l'humanité ? On ne pourrait alors, par les raisons bien pondérées de l'action, qu'approcher du point de non-recouvrement de l'humain

et du rationnel, c'est-à-dire, en un sens, de l'humain brut, que le passage à l'acte révèle dans l'action en général. Une certaine violence irréductible serait alors liée par concept à cette humanité brute, « en action ».

Concluons enfin que la fabrication prétendument empirique de types psychopathologiques tels que le patient impulsif, « *borderline* », pervers, psychotique... relève, pour ce qui concerne leurs passages à l'acte exemplaires, de choix épistémologiques, et non de faits cliniques. Car c'est une théorie de l'intentionnalité, qui, avec le choix parcimonieux de la rendre aussi monolithique que possible, débouche sur l'approche comportementale, où le psychique, quand il est reconnu, est le simple reflet du contenu de l'acte. Le coût conceptuel de l'option inverse, autrement dit l'interprétation psychanalytique du passage à l'acte, qui sort de cette logique du reflet, n'en est pas moins élevé. Il semble qu'elle ne gagne en plausibilité qu'en s'engageant dans une description holistique, donc inépuisable, des circonstances mentales et sociales de l'agir, avec, en plus, ce paradoxe étrange, que cette description doit buter à un moment ou à un autre sur un impossible qui y fera valoir l'humain contre le rationnel.

Les notes qui suivent sont des ajouts de la rédaction :
1- Freud a publié en 1905 *Dora* : fragment d'une analyse d'hystérie, où il décrit la cure d'Ida Bauer, dite Dora, 18 ans, conduite à lui par son père. Au début de son analyse, elle raconte entre autre avoir subi une tentative de séduction par M. K., ami de la famille, qu'elle a alors giflé.
2- Freud décrit cette rencontre en introduction de *Psychogénèse* d'un cas d'homosexualité féminine en 1920.

3- Ces deux textes de Freud évoquent des parricides : le premier dans *Les Frères Karamazov* de Dostoïevski, le deuxième lors du procès de Philippe Halsman, un jeune homme accusé en 1931 du meurtre de son père et prétendant à un accident lors d'une excursion.

4- À la fin du *Misanthrope*, Alceste accuse Célimène, dont il est amoureux, de trahison. Il fait étalage de billets qu'elle a écrits à d'autres et lui demande de « renoncer au monde » pour le suivre. Célimène ne veut pas de cet exil mais accepte de se marier avec lui, ce qu'il refuse alors violemment. Dans la dernière scène, Alceste se tourne alors vers Éliante, l'amie fidèle et « sage », lui fait en quelque sorte une « non-demande » de sa main, s'estimant indigne d'elle, avant d'exprimer son projet de vivre loin de tout et des hommes.

BIBLIOGRAPHIE

- Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, PUF, 1988.
- Bernard G., Proulx J., *Caractéristiques du passage à l'acte de criminels violents états-limites et narcissiques*, in *Canadian Journal of Criminology/Revue canadienne de criminologie*, 2002, 1, 44.
- Chasseguet-Smirgel J., *L'acting out, quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique*, *Revue française de psychanalyse*, 1987, 4.
- Freud S., *Dostoïevski et la mise à mort du père*, *Œuvres complètes*, 18, Paris, PUF, 1945; *L'expertise de la faculté au procès Halsman*, *Œuvres complètes*, 19, Paris, PUF, 1995.
- Lacan J., *L'acte psychanalytique, séminaire 1967-1968*, Paris, Éd. de l'Association freudienne internationale, hors-commerce, 2001?; *Motifs du crime paranoïaque : le double crime des sœurs Papin*, *Le Minotaure*, 1933, 3.
- Millaud F., *Le passage à l'acte : Aspects cliniques et psychodynamiques*, Paris, Masson, 2009.
- Pinatel J., *La criminologie*, Paris, Spes, 1960.
- Russell B., *Analyse de l'esprit*, Paris, Payot, 2006.

Ce texte de Pierre-Henri Castel est extrait du *Dictionnaire de la violence*, sous la direction de Michela Marzano, PUF, coll. Quadrige, 2011. Nous remercions l'auteur et l'éditeur pour leur aimable autorisation de reproduction.

Résumé : À toutes les époques, le concept de passage à l'acte interroge les sciences humaines. De la déclaration d'amour au meurtre ou au suicide, l'auteur explore les similitudes et différences des passages à l'acte et présente les approches criminologiques, philosophiques, psychiatriques et psychanalytiques.

Mots-clés : Comportement à risque – Criminologie – Impulsivité – Interdit – Métaphore – Passage à l'acte – Philosophie – Psychanalyse – Psychiatrie – Violence.

Agirs en institution

Dans un contexte économique et social en évolution, l'institution peine à jouer sa fonction cadrante et contenante des angoisses. Elle génère alors une agressivité prégnante qui favorise *acting out* et passages à l'acte des soignants.

Le malaise et la souffrance psychique vécus par les équipes soignantes peuvent être liés à l'organisation des dispositifs, aux caractéristiques des patients, ou encore au climat institutionnel. Articulés ensemble, ces registres sont soumis aux transformations culturelles et sociales mais surtout gestionnaires. Ces réorganisations de gestion (quantification, accréditation, rationalisation budgétaire), l'importance accordée à l'opérationnel et au technologique, la prévalence du résultat, les dispositifs de surveillance et d'évaluation entraînent une modification des positions psychiques professionnelles, favorisant ainsi une crise des équipes et des liens. Dans ce contexte, l'institution peine à maintenir les fonctions psychiques de contenance des angoisses. L'agressivité et un terrain favorable à la multiplication des agirs se développent.

INSTITUTION ET ORGANISATION

Le terme « institution » recouvre une multiplicité d'acceptions. On distingue néanmoins trois notions :

- L'organisation précise le dispositif d'articulation et de fonction autour d'une tâche primaire qui justifie la création de l'établissement.
- L'établissement définit un cadre général incluant aussi bien le politique qui l'établit, l'appareil juridique qui le norme

Patrick-Ange RAOULT

Psychomotricien, criminologue, psychologue, maître de conférence en psychologie clinique et pathologie, Université Grenoble 1.



© WADO.

que ses caractéristiques propres spatiales, numériques...

– L'institution s'articule au projet ou à la politique de mise en œuvre, mais plus encore au climat, à l'ambiance, c'est-à-dire aux modalités de nouage entre le sujet collectif et le sujet individuel.

Si l'organisation répond à un manque sociétal, elle réalise ce que Kaës nomme un « système métadéfensif » pour les sujets et les groupes qui la constituent. C'est à ce titre une communauté d'accomplissement du désir et de la défense, avec la mise en place de diverses formations : communauté de symptômes, de défense et d'idéaux, contrat narcissique, pacte dénégatif, coétayage et identifications multiples... L'organisation assure à la fois le renoncement pulsionnel, le partage de plaisir, l'atténuation de la culpabilité mais c'est avant tout une structure qui garantit la vie institutionnelle.

Tout groupe se structure autour des règles internes qui définissent les statuts et organisent les échanges. L'élaboration des règles résulte des politiques et des objectifs en œuvre à une époque donnée, en fonction des personnalités présentes et de leurs interactions, en regard des événements, élaborés ou non collectivement. Il s'en suit un climat institutionnel au croisement des divers registres de la subjectivité.

L'institution réfère explicitement à ces dimensions de la subjectivité qui se déduisent de la contrainte. L'acteur social intériorise cette contrainte et trouve ainsi dans l'institution une certaine autonomie pour exercer responsabilité et expressivité (congruence de l'énonciation et de l'identité sociale). Cette autonomie ne se réalise qu'à la mesure du statut (ensemble d'attributs et de réseaux relationnels au sein de l'organisation). Elle confère à l'acteur social un rôle défini par des orientations et un pouvoir articulé, secondairement ou non, avec les dispositions personnelles conduisant à l'élaboration d'une fonction. Statut et fonction installent l'acteur non seulement dans un réseau organisationnel coordonné mais aussi dans un réseau fantasmatique, entrant avec la propre fantasmatique de l'acteur social.

L'on voit ainsi que le sujet social (l'acteur comme le professionnel) s'articule avec le sujet (dans ces diverses acceptions psychanalytiques en particulier) dans un même individu. Il n'est donc pas d'individu responsable qui ne soit, en



tant qu'acteur professionnel, sujet de son acte. Car au-delà de son poste, chacun, à partir de ses références théoriques et idéologiques, de ses identités professionnelles, est convié à définir son regard clinique (au sens élargi d'une centration sur la singularité du patient) et à élaborer sa position clinique (attitudes spécifiques dans la stratégie thérapeutique ou éducative).

LE FAIT INSTITUTIONNEL

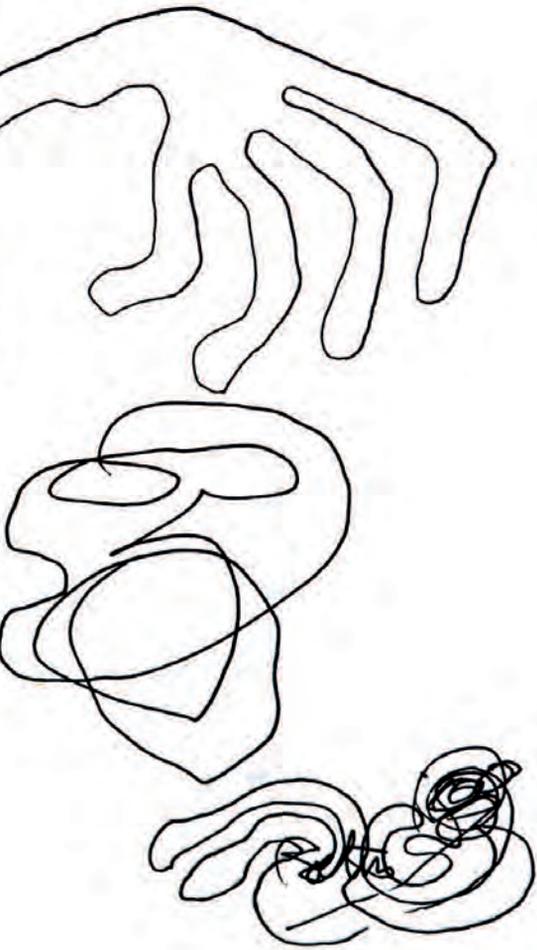
Les fondements du fait institutionnel, socle de la psyché, relèvent de plusieurs mécanismes (Kaës). La communauté de désir et de défense, lien des fantasmes et des identifications, est celle qui met en scène les désirs sous la forme socialisée des projets. Le renoncement pulsionnel, corrélé à l'avènement de la communauté de droit, assure l'affiliation légitime au travers d'une loi locale, sous le joug d'une loi symbolique. Le contrat narcissique permet à chaque sujet de s'inscrire en une place offerte dans la continuité du mythe fondateur.

Le pacte dénégatif voue au refoulement, au déni ou au désaveu et à la non-repré-

sentation ce qui viendrait mettre en cause la formation et le maintien du lien et des investissements. Les alliances inconscientes spécifient les modalités du lien entre chacun et scellent la réalité psychique de chacun. Ainsi le fait institutionnel s'organise d'un côté sur des investissements mutuels, des identifications et des idéaux communs, de l'autre sur une communauté de renoncement et de sacrifices, des rejets, des refoulements...

Ces formations ont une double appartenance à l'ensemble et au singulier, le sujet y réalisant sa subjectivité. Sur ce fait institutionnel sera façonnée l'organisation fonctionnelle selon la prise de la configuration institutionnelle. C'est la condition de l'ouverture d'un « collectif » (Oury), système multifonctions qui tente d'inscrire les événements dans un registre symbolique. Il suppose un réseau assurant la distinction des registres et préservant la singularité de chacun.

Le collectif a trois fonctions : d'inscription, de maintenance et d'individuation. Toute institution mobilise des interdits de penser et sollicite des objets de pensée licites. Ces interdits sont relatifs



© WADO.

aux conditions de fondation, aux organisateurs psychiques, sociaux et politiques, aux modalités de l'organisation et ils définissent la légitimité du discours tenu. En certains cas, cela peut susciter une entrave au travail réflexif ou entraîner des troubles du penser. La désappropriation ou « la semblance » de l'activité de penser désigne la difficulté à penser la clinique dans le cadre institutionnel, du fait de la distribution statutaire de l'activité symbolique. Non seulement on ne pense pas ce qu'on veut mais ne pense pas qui veut. Elle peut résulter aussi de pactes dénégatifs qui soudent la communauté. Certains thèmes font l'objet d'une omerta sévère. Les opérations de sens visant à penser le lien à la souffrance (séparation, traumatisme, attaque des liens) et à la mort (abandon, rupture, perte) en viennent à s'encrypter (Torok-Abraham) dans l'organisation hiérarchique afin, à mon sens, de maintenir l'institué.

La disponibilité à la subjectivation s'amoindrit et la position clinique risque de se réduire à la figuration scénique de l'ordre hiérarchique.

L'effritement des cadres institutionnels, la défaillance de l'espace institutionnel, la désorganisation fonctionnelle entraînent des pertes de contenance de l'angoisse et de l'agressivité, des faillites de l'élaboration et du travail de la pensée. Les enveloppes institutionnelles se disloquent, les limites se dissolvent, les différences s'estompent, les identifications professionnelles s'effractent, les idéaux et les affiliations sont attaqués. Il en résulte des oppositions systématiques, des résignations passives et des épuisements ou immobilisations. Les relations deviennent des affrontements narcissiques, des attaques plus ou moins envieuses, des mouvements passionnels, des télescopes et confusions, des attitudes destructrices, des rigidités procédurales ou encore des relations d'emprise.

Ceci est un facteur propice à l'expression des souffrances institutionnelles, des conflits interpersonnels et des effondrements individuels. Les modes de rupture des liens institués peuvent générer soit le retour des parties indifférenciées des relations primitives, soit le surgissement de figures persécutives surmoïques plus ou moins archaïques, soit la réification et l'objectivation des liens sous le masque de la rationalisation des procédures, soit des vécus de discontinuités de l'existence, de destruction du sens et d'angoisses catastrophiques. C'est dans ce cadre que l'on voit apparaître des agirs de la part des soignants tous niveaux hiérarchiques confondus.

TYPES D'ACTES

On distingue quatre grandes catégories d'actes (voir l'article de F. Millaud, p 22).

• Acting Out

L'*acting out* traduit l'expression d'un contenu conflictuel non élaboré sur le mode d'un acte au lieu de la verbalisation. C'est une réponse à un défaut de sens dans la relation à l'autre. L'interlocuteur est défaillant dans son positionnement symbolique. Ce qui ne peut être énoncé ou entendu se donne à voir dans une interpellation de l'autre. Mais en même temps, cette interpellation est une récusation de l'autre : « *Je te sollicite mais je te signifie que tu ne peux rien faire, que tu n'es pas en position d'intervenir.* » L'aveuglement d'un soignant à la souffrance d'un patient produit chez ce dernier un agir, perçu péjorativement ce qui induit en retour une forme de rétor-

sion sous le mode de contention ou de médication. À l'inverse, l'incompréhension d'une souffrance d'un patient peut susciter un agir dont l'enjeu est la récusation de la subjectivité de l'autre. Le soignant vient mettre en scène une souffrance qu'il ne peut assumer. L'action mise en œuvre désigne le défaut de mise en sens par le soignant. Cette action peut se présenter sous une forme thérapeutique active, d'une trop bonne volonté. Cet agir peut être l'effet d'une contre-attitude transférentielle d'une résonance personnelle non élaborée. L'*acting out* signe la défaillance des espaces intermédiaires de verbalisation au sein des équipes.

• Passage à l'acte

À un niveau supérieur, peuvent survenir les passages à l'acte. Ils traduisent le débordement de l'angoisse. La perte de médiation et la lutte contre la passivité en deviennent les enjeux. Ces passages à l'acte servent alors de restitution mégalomane du moi et de modalité de décharge. De signification polysémique, le passage à l'acte se déploie sur un continuum qui va de la précipitation consécutive à un débordement interne à l'urgence d'une réalisation d'un fantasme qui ne peut plus être contenu. Court-circuit ou carence d'élaboration, le passage à l'acte traduit une défaillance de la subjectivation. Le télescopage entre la situation clinique et l'histoire du soignant entrave la possibilité de penser. La violence de la pathologie n'est plus métabolisée, par la position soignante. Le passage à l'acte s'exprime dans certaines formes d'activisme, dans la violence des réactions de certains soignants, dans des conduites maltraitantes. Plus encore que dans l'*acting out*, il exprime la perte de contenance institutionnelle qui n'offre plus d'espace de verbalisation.

• Mise en acte

Sur le mode de la figuration, la mise en acte participe d'un travail de représentation et de subjectivation. Elle signe la restriction de l'utilisation de l'agir au profit d'un investissement des processus psychiques. C'est en fait un acte de symbolisation. C'est alors un processus de mise en représentation et en sens de l'expérience subjective vécue au travers d'un processus paradoxal de décharge de la pulsion. Sur un autre registre, Penot (2002) insiste sur la

répétition induite dans l'autre qui vise aussi à réactualiser la charge affective rejetée ; elle permet dès lors de la restituer au sujet. Il convoque un agir transférentiel assurant une reprise du processus symbolisant. Il trouve à se répercuter dans les espaces d'élaboration collective qui assurent une déprise des affects ressentis et une compréhension de ce qui est mis en scène.

• **Recours à l'acte**

Plus rare, le recours à l'acte désigne un agir pour lequel l'enjeu est la disparition de l'objet menaçant le sentiment d'identité et la continuité narcissique. L'acte se produit dans un état de déréalisation et de dépersonnalisation comme perte de contact avec la réalité et comme absence à soi. C'est au plan de la survie psychique que la violence se déploie pour tenter de sauvegarder un sentiment d'existence singulièrement menacé. Il s'agit de se défendre devant un vécu d'agonie et d'anéantissement, devant la radicalité d'un déni d'existence ou d'une humiliation narcissique. Il en ressort une chosification de l'autre, désobjectalisé et une abolition du sujet. Désobjectalisation et désobjectivation s'allient dans ce que C. Balier nomme le recours à l'acte. Il s'agit alors d'actes de violence. Ils surviennent lors de la désagrégation de l'espace institutionnel.

AGIRS ET SOUFFRANCES INSTITUTIONNELLES

Les pathologies du lien institué décrivent les alliances inconscientes qui viennent se mettre en place et se manifestent sous forme de paralysie, de sidération, d'agitation, d'activisme. On relève de forts mouvements projectifs : angoisse paranoïde, attaque envieuse, rejet et forclusion.

Ces alliances rendent compte de souffrances institutionnelles dont on pourrait relever quatre formes princeps :

- la souffrance de l'inextricable (entre les exigences restrictives et les bénéfiques attendus) ;
- les troubles de la fondation et de la fonction instituante (l'histoire de la création de l'institution) ;
- les entraves à la réalisation de la tâche primaire (l'objet même de l'institution : soignante, éducative...) ;
- la difficulté à instaurer et maintenir de l'espace psychique (ambiance d'équipe...).

Dès lors, on observe un certain nombre de déliaisons pathologiques dont les manifestations peuvent être les suivantes :

- oscillation entre sacrifice et envie (bouc émissaire, démission, troubles psychosomatiques, destructivité et recours à des défenses perverses de l'objet institutionnel, intégrisme institutionnel) ;
- attaque contre les pensées en défense contre des angoisses primitives ;
- dédifférenciation (évolution du plus complexe vers le plus simple) et défense par l'organisationnel (bureaucratisme, protocollisation...);
- immobilisation : incapacité à créer, vécus paranoïdes ;
- écrasement de la temporalité.

Les formes peuvent être diverses :

- crise mutative : refonte des alliances et des pactes inconscients ;
- crise chaotique ou explosive : chronicisation, passion et violence, contagion psychique, horde ;
- destruction ;
- déliaison chronique ou usure des liens institutionnels (appauvrissement, repli sur soi, indifférence, routine, explosion violente, aspect opératoire)

Les facteurs négatifs sont d'origines multiples :

- négativité venant des patients (déni de la séparation, perte de la fonction pare-excitation, traumas cumulatifs, exportation psychique, intoxication) ;
- négativité relevant des modalités de groupement (effondrement des systèmes d'alliances, rupture du contrat d'étayage mutuel) ;
- négativité relevant de la fondation institutionnelle.

Les mouvements paranoïques peuvent résulter de la défaillance de la direction, de la carence des ressources, d'une structure défaillante, de dirigeants incompetents, de trahisons dans les liens ou de personnalités narcissiques.

UNE PERVERSION DU POUVOIR

Un médecin chef récemment arrivé se fait remarquer en déployant une véritable stratégie de pouvoir. Dans un premier temps, il dénigre tout ce qui a pu être mis en place antérieurement, puis il invalide tout acteur ayant un rôle local, enfin il verrouille toutes les instances dont il prend le pouvoir, devenant ainsi le seul interlocuteur.

Sa démarche est caractéristique : volonté de maîtrise, absence de dialogue, refus de démarche participative, isolement institutionnel, conflictualité avec l'extérieur, carence des projets énoncés,

négation des initiatives, centralisation des informations et des décisions. Tout débat est invalidé : il adopte des positions tranchées ou totalement floues, refuse des éléments contradictoires, invalide des propos, disqualifie les personnes et leurs discours, avance des réponses confuses ou paradoxales. De plus, ce responsable ne s'adresse à certaines personnes que par l'intermédiaire d'un tiers, ce même en leur présence. Il n'hésite pas à utiliser les situations cliniques, les patients et leurs familles, pour mettre en porte-à-faux tel ou tel intervenant. Sa falsification des dires, sa non-reconnaissance des énoncés qu'il a tenus font partie de ses tactiques.

Par ailleurs, il fait preuve d'une indifférence marquée à l'égard de la souffrance des familles, voire de dérision.

On retrouve ici les caractéristiques de la communication perverse (G. Decherf, Caillot) :

– **le refus de la communication directe** : les sous-entendus, les remarques déstabilisantes, l'absence de réponses aux questions posées, l'indifférence à autrui entravant l'activité de penser de ses interlocuteurs : « se soustraire au dialogue est une façon habile d'aggraver le conflit tout en l'imputant à l'autre » ;

– **la déformation du langage** : des propos contradictoires, des insinuations, un ton volontiers docte pour laisser une impression de savoir, des messages délibérément flous pour désorienter l'autre tout en le culpabilisant. La confusion qui, par l'altération du message, laisse le destinataire dans un état d'incertitude, et produit des émotions qui vont du simple désarroi à l'angoisse prononcée ;

– **le mensonge** : les messages paradoxaux, l'imprécision des réponses, les affirmations contraires à la vérité, l'attribution à autrui de propos qu'il n'a jamais tenu pour le lui reprocher constituent les modes de déstabilisation usuelle. La désinformation, par brouillage du vrai et du faux, produit une indécidabilité et un doute quant à sa capacité de penser ;

– **le maniement du sarcasme, de la dérision**. Le mépris exprimé à l'égard des membres de l'équipe, l'ironie mordante, le cynisme, la provocation de tel ou tel, le dénigrement expriment une hostilité latente ;

– **l'utilisation du paradoxe** : message explicite avec sous-entendu du dénié, décalage entre l'énoncé et le ton, mise en doute de la réalité entraînant la confusion de l'interlocuteur... Le paradoxe qui,

par le refus de reconnaissance de perceptions réelles ou par la présence simultanée de deux injonctions contraires, produit une paralysie de l'esprit et un mouvement dépressif ;

– **la disqualification par des remarques désobligeantes**, par une mise en cause non argumentée des compétences des collaborateurs sert à mener l'autre à s'auto-dévaloriser ;

– **la division des équipes**, en provoquant des rivalités, permet la mise en œuvre de la destructivité centrée sur le bouc émissaire. Ce procédé est encore renforcé par des manœuvres de séduction à l'intention de certains membres de l'équipe. Il y a là une stratégie du clivage entretenu.

L'enjeu est donc pour ce médecin chef d'imposer son pouvoir, à partir de la certitude de détenir la vérité. Sa domination opère soit par subjugation soit par soumission. C'est une obéissance passive sous le régime de la peur, voire de la terreur, qui prévaut.

Cette relation s'exprime lors des consultations cliniques et dans les stratégies de prises en charge des pathologies les plus lourdes, il en résulte une mise en souffrance des familles qui parfois se révoltent. Nous sommes en présence de processus de clivage, de déliaison, et dans la rencontre entre des souffrances individuelles non métabolisées, violemment projetées, et une souffrance dans le rapport à l'institution alors persécutive.

• Le clivage institutionnel

Au-delà de la mise en cause des personnalités concernées, il paraît nécessaire de connaître quelques-uns des enjeux de cette rupture dramatique, qui s'inscrit dans un contexte d'insuffisance de structures d'accueil, de carences de professionnels, d'inexistence de formations intermédiaires, d'isolement géographique, de rigidités administratives, de non-reconnaisances mutuelles, de partenariat trop peu développé, d'absence de délégations...

Les difficultés sont donc aussi d'ordre institutionnel. Des conflits récurrents opposent en effet les médecins du service, avec toutes les conséquences que l'on peut imaginer. Le service est fort mal perçu par l'environnement. Quant à l'équipe concernée, elle subit donc depuis longtemps une violence interne, faite de conflits et de clivages.

La souffrance des soignants s'exprime fréquemment, par des départs, des arrêts maladies ou des projets de mutation. Cette souffrance est en lien avec l'arrivée du nouveau médecin. Les rapports avec ce dernier sont pour certains soignants extrêmement tendus, voire verbalement violents. Quelques rares professionnels le soutiennent à la mesure de leurs intérêts, d'autres enfin se désespèrent.

La carence du projet institutionnel, la disqualification des interventions des soignants, les rivalités agies dans l'appropriation des familles ou des enfants pris en charge rendent le cadre particulièrement vulnérable et menaçant. Le manque de cohésion, l'absence de cohérence sont évoqués par l'entourage des patients et par des membres de l'équipe. Les plus critiques pointent une logique de pouvoir et de territorialisation, mise en place en plusieurs étapes, ce qui implique un dénigrement de l'existant, une invalidation de nombreux acteurs, un verrouillage des instances locales. La démarche est décrite comme celle de la maîtrise, de l'absence de dialogue, de l'isolement institutionnel, de la centralisation des informations et des décisions. Une indifférence exprimée à l'égard de la souffrance est explicite. Les communications demeurent difficiles, voire perverties, entraînant une accentuation de la césure.

Les relations avec les familles sont à l'avant, en lien avec cette position de toute-puissance narcissique où elles sont perçues comme incompetentes et en même temps coupables, « devant se débrouiller avec leur enfant », comme il sera dit. La position médicale consiste avant tout en un travail d'objectivation

des troubles permettant dépistage, tri et orientation, le tout accompagné d'informations et de conseils aux parents. C'est d'abord une position de savoir et de pouvoir avec accentuation de la dissymétrie soignant/soigné. Cette disqualification et ce dénigrement des familles, et aussi des jeunes patients, provoquent des drames psychiques, des violences interactives avec agressivité et des fuites. La souffrance se généralise, et les plus démunis au plan institutionnel, soit les patients, sont ceux qui en subissent les effets ce qui se remarque par un accroissement de leurs passages à l'acte ou de leurs décompensations.

CONCLUSION

Les agirs des soignants résultent des dysfonctionnements institutionnels avant d'être attribuables à la psychopathologie de l'acteur. Les défaillances du cadre et de la configuration institutionnelle favorisent acting out et passage à l'acte. Ces derniers sont toujours à interroger en regard de ce contexte.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham N., Torok M., 2008 Nouvelle édition, *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion
- Duez, B., 2002, *Les délinquances du cadre*, in *Le sujet post-moderne. Psychopathologie des états-limites*, 125-153. Paris, L'Harmattan.
- Forget, J.-M., 2005, *L'adolescent face à ses actes... et aux autres*. Ramonville Saint Agne, Érès.
- Kaës, R., 1976, *L'appareil psychique groupale*. Paris, Dunod.
- Kaës, R., 1993, *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris, Dunod.
- Penot, B., 2001, *La passion du sujet freudien. Entre pulsionalité et signification*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Pinel J.P., 1996, *Les déliaisons pathologiques des liens institutionnels*, in R. Kaës et Coll. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.
- Raoult P.A., 2008, *L'agir criminel adolescent*, Grenoble, PUG.
- Raoult, P.A., 2006 a, *Clinique et psychopathologie du passage à l'acte*, *Bulletin de Psychologie*, 2006, tome 59 (1).

Résumé : Après avoir proposé une définition et une différenciation entre institution et organisation, l'auteur différencie les formes d'agirs de la part des équipes en lien avec des souffrances institutionnelles. À travers une situation clinique, il souligne les caractéristiques de certaines personnalités perverses ainsi que divers facteurs pouvant être impliqués dans ces processus.

Mots-clés : Acting – Appareil psychique groupal – Clivage – Crise – Déliaison – Identification – Institution – Négatif – Passage à l'acte – Perversion – Projection – Souffrance psychique.

Les passages à l'acte criminels

Le passage à l'acte criminel correspond un moment de bascule face à une menace centrée sur la vie ou sur l'intégrité du sujet. L'auteur étudie ici le passage à l'acte criminel psychotique, paranoïaque, infanticide, passionnel et pervers.

Je suis allergique aux formules ronflantes et aux énoncés pseudo-savants qui prétendent résumer le sens du passage à l'acte. Ils donnent l'illusion qu'il y aurait un mécanisme unique, une compréhension univoque, à des situations cliniques très diversifiées. Il n'y a pas un seul type de passage à l'acte, mais de multiples façons de basculer dans l'acte. On ne court-circuite pas la complexité clinique et je fais mienne la remarque de Frédéric Millaud à propos de la clinique de l'acte : « *La perspective phénoménologique et la perspective psychanalytique me semblent alors les outils de réflexion à privilégier pour mieux entrer en relation avec le patient et tenter de mieux le cerner "de l'intérieur"*. » (voir article F. Millaud, p. 22).

Ayant creusé mon sillon dans plusieurs territoires du crime (1997, 1998, 2003, 2011), je reprendrai en les synthétisant des travaux antérieurs sur le crime psychotique, le passage à l'acte criminel du paranoïaque, l'infanticide, le crime passionnel et le crime pervers. À défaut de formulations génériques, je tenterai plutôt de montrer que l'urgence du passage à l'acte est le plus souvent secondaire à la faillite de l'organisation psychique. Ce qui importe ici, c'est d'en saisir les mécanismes prévalant, régulièrement repérés, à défaut d'être universels.

Daniel ZAGURY

Psychiatre, Centre psychiatrique du bois de Bondy, EPS Ville-Évrard (93), expert près la Cour d'Appel de Paris.

ACTE CRIMINEL PSYCHOTIQUE

Pour illustrer le passage à l'acte criminel psychotique, je prendrai l'exemple du parricide, en m'appuyant notamment sur le cas de Pierre Rivière (voir *Classique du soin* p. 20), qui avait écrit en 1835 à la demande du juge son fameux mémoire, après avoir tué sa mère, sa sœur et son frère (Foucault 1973) ; et sur le cas de Roberto Succo qui, le 9 avril 1981, six jours après son dix-neuvième anniversaire, avait tué sa mère à coups de couteau et de pic de spéléologie. Il avait agi pareillement au retour de son père, deux heures plus tard. Interné dans un hôpital psychiatrique italien, il s'en évadait en 1986 pour gagner la France où il assassinait au moins cinq personnes (Froment 1991).

L'instant critique du crime est caractérisé par sa soudaineté, sa brutalité inouïe et souvent son acharnement féroce dans l'abandon frénétique à l'horreur du massacre. C'est la bascule du « tout à coup » sur laquelle Pierre Legendre (1989) a justement insisté.

Roberto Succo a frappé sauvagement sa mère au ventre, à la poitrine et à la tête, avant de l'achever à coups de pic de spéléologie au niveau de la nuque. Comme si cela n'était pas suffisant, dans son esprit, pour en venir à bout, il va enfin la « noyer » dans la baignoire où le cadavre du père viendra rejoindre le corps de la mère quelques heures plus tard. Il sera poignardé en plein cœur, au ventre, à la tête, avant d'être frappé au niveau du crâne par la partie épaisse d'une hachette.

« *Profitant de cette occasion, je saisis la serpe, j'entrais dans la maison de ma mère, et je commis ce crime affreux, en commençant par ma mère, ensuite ma sœur et mon petit frère, après cela je redoublais mes coups...* », rapporte Pierre Rivière.

Les mots du criminel sont presque toujours les mêmes : « *Tout à coup (...)* *Enchaînement (...)* *Ce n'était pas moi (...)* *Hors du temps (...)* *Hors de moi (...)* ». La dépersonnalisation et la déréalisation sont très fréquemment présentes. L'incroyable acharnement de certains passages à l'acte laisse penser que la mort à donner n'est pas la seule visée. Dans la lutte, le corps à corps monstrueux, la logique de l'acte est également d'empêcher la renaissance de la victime, sa reconstitution, son réveil, en écho aux mythes vampiriques dont certains crimes portent la marque. Les films d'horreur le transcrivent parfois remarquablement, il s'agit de faire en sorte que la victime n'ait jamais existé, que toute trace en soit magiquement effacée, et plus obscurément qu'elle ne soit jamais née pour précéder le sujet dans l'ordre des générations. Dans certains cas, les mutilations portent sur les organes génitaux.

Ces passages à l'acte psychotiques sont parfois si caractéristiques, qu'il existe une véritablement sémiologie de la scène du crime qui peut d'emblée orienter les enquêteurs quand on observe des arrachements d'organe, des énucléations, une absence de précaution, une impréparation... Quant aux témoins, policiers ou magistrats, ils sont sidérés par l'horreur



de la scène, contrastant avec le calme apparent et la froideur du criminel qui éponge le sang, reste assis dans un coin ou livre quelques explications sans aucun rapport avec l'horreur de la vision offerte aux témoins.

L'une des caractéristiques les plus remarquables du parricide psychotique est l'ambiance mégalomane qui le précède ou l'accompagne. Il suffit d'écouter le récit des parricides : « *J'étais le plus fort. Une sensation de puissance, de pouvoir, de force, grandissait en moi ; de maîtrise de moi-même que personne en pouvait vaincre* », dit Roberto Succo. Pierre Rivière est encore plus explicite, citant de multiples modèles héroïques de l'histoire ou de la tradition religieuse : « *À cette époque et avant, j'étais dévoré des idées de grandeur et d'immortalité, je m'estimais bien plus que les autres (...), je pensais que je m'élèverais au-dessus de mon état... Je m'immortaliserais en mourant pour mon père (...). Je pensais que l'occasion était venue de m'élever, que mon nom allait faire du bruit dans le monde, que par ma mort je me couvrirais de gloire, et que dans les temps à venir mes idées seraient adoptées et qu'on ferait l'apologie de moi.* »

Pour affronter la puissance monstrueuse qui menace l'existence psychique même du sujet, pour « retourner » le rapport de force, il faut avoir mobilisé toute l'énergie des héros mythiques dans un grandiose élan d'auto-engendrement. La mégalomanie des parricides atteint son but dans son écho chez les poètes, les écrivains, les hommes de théâtre... comme elle a longtemps appelé un châtement particulièrement exemplaire dans sa cruauté. Ce sont en effet aux parricides qu'étaient réservées les tortures les plus atroces. Pour terrasser le monstre qui menace le sujet d'une évanescence subjective, plus rien ne doit résister à la dilatation grandiose du narcissisme primaire, dans cet entre-jeu qui va de l'expansion illimitée à l'engloutissement mortifère. « *Être ou ne pas être ?* », telle est la question invariablement posée par le criminel psychotique. Il conviendrait d'ajouter : « *N'être plus rien ou bien être tout le monde, le premier homme qui s'est lui-même engendré...* »

• Absence de préméditation

En s'interrogeant sur la naissance de l'idée parricide, Asselin (1902) avait très clairement repéré l'absence de

préméditation : « *Il ne cesse pas d'être sous le coup de la colère ou du délire. Il n'y a donc pas de préméditation véritable dans le parricide du dégénéré.* » Pourtant, si l'acte est généralement décrit comme brusque, surgissant dans un contexte paroxystique, tous les parricides expriment un sentiment d'impasse situationnelle, d'étouffement, d'échec de toutes les tentatives de fuite et de mise à distance. Ils peuvent se confronter

pendant des semaines voire des années, par intermittence ou de façon constante, à l'idée du parricide. Environ un individu sur deux tente d'ailleurs d'obtenir une aide psychiatrique (Millaud, Auclair et al., 1996). On ne peut donc passer sous silence cette importante période au cours de laquelle l'idée fait son apparition et où le sujet peut être en lutte avec elle. Pierre Rivière a rapporté dans son mémoire comment il a dû différer ses crimes, soit





© WADO.

parce qu'il se sentait « trop lâche » pour les accomplir, soit parce que la conjoncture ne le permettait pas.

L'ensemble du récit que Roberto Succo fait aux experts est construit sur une analyse implacable aux relents de rationalisme morbide : « Si j'étais parti de la maison comme ça, en coupant les ponts, moi, je n'aurais sûrement pas souffert (...). La mort n'est jamais une souffrance tandis que l'abandon d'un fils en est

une. Ça ne m'allait pas. Si j'étais resté en famille (...) ça aurait été intolérable pour moi. Ça ne m'allait pas non plus. Si je m'étais tué, je les aurais fait souffrir. Ça ne m'allait toujours pas. L'unique moyen possible était de les tuer (...). C'était un choix optimal où aucun des deux ne souffrait (...). »

Cette macabre logique rappelle irrésistiblement « l'explication » de Pierre Rivière : « Je pris donc cette affreuse résolution.

Je me déterminais à les tuer tous les trois ; les deux premières parce qu'elles s'accordaient pour faire souffrir mon père ; pour le petit j'avais deux raisons, l'une parce qu'il aimait ma mère et ma sœur, l'autre parce que je craignais qu'en ne tuant que les deux autres, que mon père, quoiqu'en ayant une grande horreur ne me regrettât encore lorsqu'il saurait que je mourus pour lui, je savais qu'il aimait cet enfant qui avait de l'intelligence ; je pensais : "Il aura une telle horreur de moi qu'il se réjouira de ma mort, et par là, exempt de regrets, il vivra plus heureux". Ayant donc pris ces funestes résolutions, je résolus de les mettre à exécution. »

Dans cette phase de maturation de l'acte parricide, tout se passe comme si l'être réel et l'imago persécutoire se confondaient indissolublement, le sujet caressant l'illusion de se débarrasser définitivement de cette persécution, à la fois interne et externe, en anéantissant son père ou sa mère : « Si je les ai tués, c'est peut-être pour les tuer en moi », disait l'un des parricides que j'ai examinés.

• Le moment de bascule

Peut-on repérer cliniquement le facteur précipitant précritique qui va provoquer la bascule dans l'acte parricide ? L'indice de la catastrophe imminente, l'étincelle qui transforme l'extrême tension en déflagration, est délicat à isoler comme tel : pourquoi un scénario mille fois imaginé se mettra-t-il en acte à cet instant précis ?

Le récit des parricides transmet souvent à l'interlocuteur médusé la conviction que l'événement le plus dérisoire, voire caricatural jusqu'à l'archétypique, fera vaciller la relation à la réalité et dérouter le moi qui en fixe la régulation, pour mener le sujet au bord du gouffre de l'indifférenciation primaire, dans l'imminence d'une atroce dissolution.

Kottler et Robbe (1988) ont fait une importante remarque clinique dans leur travail sur le matricide psychotique, en insistant sur la transformation de l'image de la mère « à la façon d'une métamorphose ». L'un de leurs patients a ainsi décrit ce qui l'avait poussé à agir : « Trois jours avant le drame, ma mère m'avait regardé d'une façon bizarre, étrange, vraiment démoniaque (...). C'était plus ma mère, c'était un monstre (...). Pour moi, la menace était proche (...). Le soir, elle m'a servi à manger et elle m'a regardé à

nouveau de cette façon (...). La peur que j'ai eue, c'était de l'inceste (...). Il fallait faire quelque chose (...). »

Dans une première approximation, le récit pourrait évoquer, ainsi que le formule Maleval (1986), le rôle « *d'angoisses d'inceste et de scène primitive* », comme facteurs précipitant (l'horreur de l'inceste étant parfois mêlée à son appel). Quoi qu'il en soit, c'est la victime qui a commencé par son comportement de

l'expansion illimitée du moi. Mais cette satisfaction mène vers cette zone où se côtoient l'illimité et la mort, le Capitole et la roche Tarpéienne (1). Pierre Rivière rapporte ainsi comment, sur le chemin de la gloire, il a senti peu à peu s'affaiblir son courage jusqu'à se voir envahir par le désespoir : « *Abîmes, entrouvrez-vous sous mes pieds, Terre engloutissez-moi (...). Ah ! Ciel, pourquoi m'avez-vous donné l'existence, pourquoi me la conservez-*

vers la bascule dans le gouffre de l'indifférenciation originaire. Ce qui caractérise de tels crimes, c'est bien l'infigurable et l'innommable du vécu critique, qu'elles que soient les figurations chaotiques et fragmentaires émergentes, charriées dans les après-coup successifs, dont le ratage avait virtuellement rendu possible la chute sans fond ni recours. Dans la déroute de toute insertion symbolique, dans l'absence de toute théorie délirante



Les paranoïaques nous transmettent des illusions de logique et d'évidence. Or, le passage à l'acte criminel n'est pas dans la continuité du système paranoïaque, il en signe l'échec, la faillite. »

séduction monstrueuse. C'est la « réalité », inextricablement confondue avec une imago terrifiante, qui fond sur le sujet, dans un mouvement qui appelle un ultime sursaut, un retournement criminel. Dans l'après-coup du passage à l'acte, il ne restera parfois que cette vérité crue : « *C'était lui (ou elle) ou c'était moi.* » C'est cet écart immense entre le paroxysme du vécu critique et la froideur de son énonciation qu'il convient d'interroger pour éclairer l'énigme de ces crimes que l'on dit « immotivés » ou si faiblement motivés.

• Le retour au calme

La réaction postcritique est une étape frappante. Après la condamnation à mort de Pierre Rivière le 25 décembre 1835, les aliénistes Esquirol, Orfila, Marc, Pariset, Rostan, Mitivé et Leuret évoquent le fait que les monomaniaques homicides redeviennent parfois calmes et même raisonnables après leur action. Quel est donc ce calme, « ce retour à la raison » si caractéristique ? C'est d'abord l'effet « économique de la libération », fût-elle explosive, d'une surtension paroxystique longtemps contenue. C'est ensuite la satisfaction d'une solution entrevue puis réalisée, activant la flambée mégalomane, à propos d'un geste perçu comme grandiose et héroïque, ayant évité la destruction psychique. C'est enfin la libération de tout choix, de tout déchirement existentiel, la source même des conflits ayant été magiquement tarie dans l'extermination parentale, en une confusion constante de l'imago persécutrice et de l'être réel. Désormais, il n'y a plus d'obstacle à

vous encore plus longtemps ! » Il finira par se donner la mort cinq ans plus tard, après avoir fait savoir en paroles et en conduites qu'il se sentait déjà mort.

On observe tout aussi classiquement que le parricide ne cherche pas à cacher son geste : il se rend directement ou bien il entame une sorte de fuite en avant. L'un des traits le plus frappant pour ceux qui ont du constater le spectacle horrible des corps mutilés ou recueillis les premiers mots du parricide, c'est la coexistence de l'étrangeté de l'acte pour son auteur, comme s'il ne l'avait pas intégré, et du maintien de préoccupations terre à terre d'une folle banalité au regard du paroxysme critique dont il sort à peine. Cette réaction postcritique est d'interprétation complexe apparaissant comme la résultante d'effets antagonistes :

- l'irréalité de l'acte dans une atmosphère de cauchemar ;
- l'apaisement dans une quotidienneté succédant au « moment de catastrophe » ;
- à l'inverse, la pensée ou la recherche active du suicide.

Certains sont montés sur l'échafaud, ayant retrouvé ce calme apparent ou ses soucis platement concrets, après un massacre dont le temps, le lieu, les mobiles véritables leur échappaient.

La plupart des passages à l'acte psychotiques, et notamment le parricide (meurtre de ceux qui ont donné la vie), sont un sursaut de survie au bord du gouffre pour éviter la néantisation. Engloutissement, aspiration, happement... toutes les métaphores, qui tentent de rendre compte d'une expérience indicible, nous mènent

consolatrice, dans l'expérience nue d'une levée cataclysmique des contre-investissements, dans un « retournement de la réalité » contre lui-même qui ne laisse d'autre issue que d'être happé dans la béance des origines, le sujet se retourne à son tour contre ce qui incarne la menace d'extermination imminente. Dans l'après coup du crime, il ne restera pratiquement rien de ce chaos critique, tout au plus la trace obscure d'un moment de vérité crue où il ne pouvait agir autrement. C'est bien cet écart entre l'horreur de l'acte et la froideur de son énonciation (« *lui ou moi* ») qui caractérise les crimes dits immotivés ou si pauvrement motivés. Il est difficile de donner une image de l'angoisse atroce qui s'empare du criminel psychotique, vécue physiquement dans l'horreur et la sidération. Toute figurabilité est en effet ici engloutie dans le maelström chaotique d'éprouvés brutaux à peine élaborés tandis qu'ils se mettent en acte.

PASSAGE À L'ACTE ET PARANOÏA

À un moment donné, qu'est-ce qui rend le paranoïaque susceptible de passer à l'acte violent, voire criminel ? Comment espérer repérer cliniquement le moment critique de faillite de son système, alors que celui-ci semble à première vue si solide ? Pour tenter de répondre à ces questions, il faut d'abord nous méfier des illusions de continuité et d'évidence que nous transmettent si communément les paranoïaques. C'est le piège de « *l'identification au système paranoïaque* », si justement dénoncé par Racamier (1966). Les

motivations et les justifications que le paranoïaque se donne sont trop souvent prises à la lettre : le passage à l'acte criminel du paranoïaque se présente comme le prolongement d'une histoire menée jusqu'à son terme logique. De l'exagération des traits de caractère au délire et de l'aboutissement de la thématique délirante à sa mise en acte, sa violence paraît répondre à cette continuité. Dans l'après-coup d'un geste légitimé, parfois précédé de menaces de réalisation, cette violence apparaît inéluctable, ou du moins dans l'ordre des choses.

La thèse que je défends à la suite de multiples observations cliniques est strictement inverse : le passage à l'acte criminel n'est pas dans la continuité du système paranoïaque, mais il en signe l'échec. En s'attaquant à ses ennemis, le paranoïaque vise à prévenir la défaillance de tout un édifice à la structuration très élaborée, à rétablir une continuité qui nous leurre. Il court-circuite le moment où il a frôlé la néantisation paranoïde ou la déplétion narcissique. Dans la mesure où il tient par-dessus tout à masquer ce moment de catastrophe, par une sorte de tour de passe-passe, il s'agit de le reconstruire dans sa topologie et sa temporalité, comme le point virtuel où se rejoignent les différentes lignes de force de nos observations cliniques.

Évoquer la faillite du « système paranoïaque », comme déterminante dans le passage à l'acte criminel, implique que nous le définissons : ce système a pour fonction de maintenir la cohésion du monde comme celle de soi-même et de sauvegarder un sens au rapport du moi à ses objets. Non seulement la réalité n'est pas désinvestie, mais le surinvestissement intellectuel œuvre constamment à y soutenir la place du sujet. Tout doit être organisé pour verrouiller le système, pour le protéger d'abord de l'intérieur contre la menace de surgissement d'une fantasmatique inconsciente qui, globalement et en tant que telle, doit impérativement demeurer opaque; ensuite de l'extérieur, contre le retour des attaques destructrices que le moi a confiées à l'objet par le biais de la projection paranoïaque. C'est avant tout pour lui-même que le paranoïaque doit sauvegarder sans jamais faillir une idéalisation de soi excluant tout recours à des mouvements de passivité ou de régression, selon une logique du tout ou rien.

Toute relation avec le monde doit être soigneusement filtrée, contrôlée, prévue, afin que soit prévenue et anticipée la

défaillance même du système selon telle ou telle ligne de faiblesse. La projection paranoïaque implique, dans sa définition même, l'attribution de l'antériorité de l'action à l'objet.

C'est l'une des raisons pour lesquelles la violence criminelle n'est quasiment jamais suivie d'un mouvement de culpabilité. Du point de vue de l'auteur, elle obéit à une réaction de légitime défense, au sens le plus fort de l'expression. Le paranoïaque et son objet d'élection établissent un lien qui se caractérise à la fois par sa force et par sa précarité. Ayant remplacé la différence par l'antinomie, selon l'heureuse expression de Piera Aulagnier (1986), le paranoïaque établit avec son persécuteur un lien soudé par la haine et marqué par la nécessaire pérennité du conflit, lien qui prend racine dans sa théorie des origines et s'impose à lui comme matrice de toute relation humaine.

• Les causes de la faillite

Comment ce système apparemment si solide peut-il être déstabilisé? La clinique montre que le contexte est celui de situations assez stéréotypées dont je vais donner quelques exemples :

– Quand l'objet de la persécution se dérobe :

la paranoïa de voisinage est un témoignage marquant de cet atroce dénuement qui saisit le sujet quand l'objet de ses récriminations et de sa haine lui échappe, appelant l'urgence d'une réponse violente. Nous pourrions croire naïvement que la défaite du persécuteur signe la victoire du paranoïaque. Il n'en est rien. Il perd son dernier lien avec le monde, comme cette retraitée tirant un coup de revolver sur le jeune homme qui subissait ses récriminations délirantes au point de vouloir déménager pour avoir la paix.

– Quand la réalité désavoue ses constructions :

il faut se prémunir contre tout imprévu du destin. Albert, la soixantaine, marié depuis vingt-cinq ans à une femme plus jeune que lui de vingt ans, s'était contraint à accepter l'idée qu'elle finirait par le quitter un jour pour un homme plus jeune que lui. Elle le quitte en effet, mais pour un homme plus âgé. Albert tire sur lui.

– Quand le paranoïaque ne fait plus peur :

il lui est indispensable de faire peur, d'apparaître dangereux, d'infliger à autrui des sentiments tels que personne n'ait l'imprudence d'aller voir ce qui peut se cacher derrière ses épaisses murailles bardées de canons. C'est par cette crainte induite

qu'il maintient la juste distance, qu'à proprement parler il tient l'autre en respect. Et, dans ce registre, il n'y a pas de demi-mesure : toute neutralité est reçue comme marque de dérision. C'est souvent parce qu'il se prend lui-même en flagrant délit de soumission face à un ennemi tenu pour avoir transgressé le code de la guerre, qu'il va contre-attaquer. Tel est donc le sens de l'assaut du paranoïaque de combat : effacer toute trace du moment où il s'est lui-même surpris à rendre les armes. L'expérience m'a sensibilisé à ces moments où le patient paranoïaque, à bout de course, se met à susciter la pitié, contre-attitude surprenante lorsque, parfois pendant des années, il a habité son thérapeute et l'institution à la peur. Le danger est alors de croire que l'abord de la « dépression » va enfin permettre un réaménagement des conduites d'hostilité et de menace. C'est alors, au contraire, qu'il risque de passer à la contre-attaque. La perception de ce type de contre-attitude doit impérativement conduire à l'hospitalisation sous contrainte et l'on aura la surprise de voir combien, au-delà des protestations de rigueur, le sujet l'accepte, à sa manière bien sûr.

– Quand il renonce à appeler au secours :

il est également frappant de constater la fréquence d'une précession de l'agir violent par toute une suite « d'appels au secours ». Ces aveux de la détresse sont trop souvent formulés par le paranoïaque à l'issue de son crime et n'ont pas été directement entendus comme tels : chez lui, projection oblige, l'attaque haineuse de l'objet dissimule la demande avide du sujet. Il faut être un psychopathe aguerri pour déceler l'intensité de la quête orale derrière les menaces et agressions.

Lorsque l'on reconstruit le long parcours qui a précédé de dramatiques « Fort Chabrol », on observe qu'il a été jalonné de multiples alertes. Les paranoïaques vivent un drame dont l'expression haineuse masque parfois, jusqu'aux yeux les plus avertis, l'intensité tragique et l'imminence d'un dénouement. L'un des indicateurs psychopathologique les plus fidèles consiste à décrypter systématiquement la souffrance des paranoïaques, dont on ne soulignera jamais assez quel paroxysme elle peut atteindre, sous le masque trompeur de la haine.

– Quand il ne fait plus appel à la loi : appeler au secours, pour un paranoïaque, c'est souvent se lancer dans d'interminables

procédures judiciaires. Entre lui et ses ennemis, viennent s'interposer en tiers la loi et ses représentants. Lorsque cette interposition s'effondre, lorsqu'il ne croit plus à la loi, lui dont la pensée est constamment infiltrée de juridisme, plus rien ne le sépare de l'objet de sa passion. Il se retrouve seul face à son ennemi implacable.

• Des caractéristiques identifiables

Voilà un geste qui souvent paraît réfléchi, préparé dans ses moindres détails, exécuté sans hésitation, revendiqué par la suite, ne suscitant aucun regret chez son auteur. Il se veut entier, déterminé, à distance de toute contamination par l'angoisse ou par quelque conflit interne que ce soit. À la limite, le sujet n'y est pour rien ; c'est la victime qui a signé sa propre perte en se conduisant de la sorte. Le geste exprime simplement le sentiment du devoir accompli au service d'un moi défendu, d'un narcissisme restauré, d'un ordre du monde rétabli. Dans cette même logique, c'est un crime accompli sans cruauté inutile, dans lequel on ne rencontre pas l'horreur de certains meurtres de schizophrènes.

Une fois la victime éliminée, le paranoïaque explicite, revendique son geste et rien ne vient transparaitre du vertige de l'écroulement ainsi escamoté. Dans une large mesure, le paranoïaque a raison puisque la défaillance est demeurée virtuelle, comme effacée par la contre-attaque criminelle. On peut ainsi comprendre ce mouvement de ressaisie triomphante et jubilatoire qui s'empare de lui : un temps menacé par l'explosion interne et l'atroce dénuement d'une insoutenable perte d'objet le vidant de sa propre substance, le voilà qui existe dans un nouveau rapport au monde, sur le terrain qui est le sien, celui du social et du judiciaire.

Le sauvetage par le recours à l'agir violent représente donc un effort de survie, comme d'ailleurs la plupart des crimes commis par les psychotiques. L'absence de regret après l'acte frappe tous les observateurs, d'autant qu'elle est souvent accompagnée d'une satisfaction affichée. Elle découle de la logique de ce sursaut de vie, contre-investissement radical dans l'agir d'une situation vécue comme intolérablement passivante. J'ajouterai que c'est toujours l'autre qui a commencé, corollaire obligé de la projection paranoïaque. La précession de l'action maléfique de la

victime est un dogme constamment mis en avant pour justifier la réaction de défense et l'absence de tout remords.

INFANTICIDE

Le procès de Véronique Courjault (condamnée pour trois infanticides, elle a congelé deux des bébés) a vu la France entière s'interroger sur le déni de grossesse et le crime infanticide. Son image médiatique, comme celle de toutes les mères infanticides, a oscillé entre deux extrêmes : – celle de la toute-puissance perverse jouissant à répétition de mettre à mort ceux auxquels elle vient de donner la vie ; – celle de la pauvre femme en souffrance, atteinte d'une affection mentale obturant toute conscience de ses états de grossesse.

Pour comprendre la plupart des infanticides, il faut savoir qu'ils suivent immédiatement la levée du déni de grossesse. Ce déni de grossesse est caractérisé par l'absence de « grossesse psychique ». La femme ne se sent pas enceinte, les manifestations physiques de la grossesse ne sont pas perçues, à aucun moment la mère n'anticipe l'accouchement et l'enfant à venir.

Au sens étroit d'un déni psychotique, le terme de déni de grossesse s'avère impropre. Une part du malaise et des querelles artificielles provient d'une inadéquation de la conception du déni empruntée à la psychose. Choisir alors de faire porter la défense sur la représentation psychique plutôt que sur la perception, en évoquant une « dénégarion de grossesse », me semble comporter le risque de passer à côté du caractère massif de la récusation de la métamorphose physique.

Lors du procès de Véronique Courjault, on a invoqué divers mécanismes de défense et d'adaptation décrits par Freud (répression, refoulement, déni, dénégarion, cli-vage...). Tout se passe comme si chacun d'entre eux semblait, en fonction des cas, désigner une partie seulement de l'ensemble du phénomène clinique. Il me paraît tout à fait possible de maintenir le terme générique de déni de grossesse, à condition de s'accorder sur ce contenu. Il semble que la femme a une perception fugace et intermittente de sa nouvelle condition, tout en repoussant perpétuellement l'échéance. Cet impensé a pour corollaire l'impréparation et l'absence d'anticipation, ce qui constitue une quasi constante : l'improvisation catastrophique de l'accouchement dans un état psychique



paroxystique, semi-crépulesculaire. Cet accouchement solitaire est vécu comme l'expulsion d'un corps étranger dont il faut se débarrasser au plus vite, le plus souvent à toute proximité, parfois dans un lieu de conservation (congélateur), laissant au fantasme une chance de donner ultérieurement un statut symbolique, voire la vie, à ce qui n'est qu'une chose inerte venue dramatiquement contredire le déni dont elle a fait l'objet.

Paul-Claude Racamier, dans *Le Génie des Origines* (1992), nous offre une issue hors des impasses et querelles artificielles, en nous permettant de penser la question du déni de grossesse (qu'il n'a pas abordée en elle-même). Racamier décrit, à côté du déni d'existence radical et dévastateur de certaines psychoses,



© WADO.

toute une gamme de dénis qui ne sont pas des dénis d'objet, mais des dénis sur l'objet. Il prive l'objet de ses qualités ou propriétés, qu'il s'agisse de sa matérialité, sa gravité, sa localité, sa signifiante, ses origines, son autonomie ou ses désirs propres... Il ne s'agit pas d'un déni édulcoré, ton pastel, atténué, d'un demi ou d'un quart de déni et, encore une fois, l'intensité de la sidération au moment de l'expulsion témoigne de sa force.

Mais il s'agit d'un déni non psychotique. Dans le cadre des dénis de grossesses, je l'illustrerai ainsi, à partir de phrases formulées par des mères infanticides examinées en expertise :

– déni de la conception s'appuyant sur l'absence présumée de rapport fécondant : « *Je ne pouvais pas être enceinte* » ;

– déni des métamorphoses du corps : « *Je ne ressentais aucun signe de la grossesse, donc pour moi je n'étais pas enceinte* » ;

– déni d'altérité (porter un autre en soi) : « *C'était une partie de moi* » ;

– déni de signification : « *Je le savais, mais je n'y accordais aucune importance* » ;

– déni d'un processus vital en cours, du fait d'avortements spontanés antérieurs : « *Pour moi, il ne pouvait pas être vivant* » ;

– déni de l'inéluctabilité du terme de l'accouchement : « *Je le pressentais mais je n'y pensais pas* » (c'est le mécanisme le plus fréquent).

Il y a donc tout un champ des dénis de grossesse à ne pas confondre avec l'anéantissement de l'objet schizophrénique.

L'une de ces femmes me semble avoir formulé de manière particulièrement explicite ce qui caractérise ces formes de dénis de grossesse : « *Je n'étais pas folle, mais j'étais ailleurs... Maintenant je me sens prête à en répondre devant la justice* ».

• Des personnalités particulières

Les travaux de Judith Trinquart (2002) sur la décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle, qui concerne aussi certaines victimes de viol ou d'inceste, témoignent d'une tolérance excessive à la douleur, comme si leur corps leur délivrait des messages qui ne les concernaient pas. Quand surviennent les premières contractions puis la perte des eaux, ce qui vient au monde n'a jamais existé au passé, au présent ou au futur.

– Valérie a accouché seule dans la salle de bain. Elle dit avoir cru que le nouveau-né était mort et elle l'a mis dans un sac-poubelle. Elle l'a déposé sur le trottoir face à son domicile, sans autre explication que la panique.

– Magalie a perdu un enfant *in utero* dix ans auparavant. Elle est mère d'une fillette de 5 ans. Elle a été conduite à la maternité à la suite d'une hémorragie. Les examens révélaient qu'elle venait d'accoucher, mais elle refusait de dire où se trouvait l'enfant. Le corps inanimé d'un bébé de sexe féminin était découvert dans un sac en plastique au fond d'un conteneur à ordures. La réanimation s'avéra vaine. Elle disait avoir perdu du sang le matin et avait cependant vaqué à ses occupations. Alors qu'elle se trouvait sur la cuvette des toilettes, elle avait senti quelque chose tomber mais, prise d'étourdissements, elle affirmait ne pas avoir réalisé qu'elle avait mis au monde un enfant.

– Caroline a accouché dans les toilettes de son domicile et jeté le nouveau-né dans le conteneur d'ordures de l'immeuble. Il a été découvert emballé dans un vêtement recouvert de matière plastique. On retrouve chez toutes ces femmes, dépourvues de psychose, des traits de personnalité particuliers, associant une tendance au secret, une difficulté à livrer leur intimité, une fuite en avant dans l'action, une tendance habituelle au pragmatisme au détriment de l'écoute minimale de soi, de sa souffrance, de ses conflits. Elles repoussent au lendemain les difficultés et, comme l'expliquait le mari de Véronique Courjault « *mettent la poussière sous le tapis* ».

LE CRIMINEL PASSIONNEL

Évoquer le crime passionnel, ce n'est ni excuser, ni légitimer, ni atténuer. C'est simplement prendre acte que des hommes et des femmes invoquent l'amour pour rendre compte de leur crime. Que cet amour soit singulièrement marqué par l'investissement narcissique et le déni d'altérité, et que l'indulgence dont ils bénéficiaient ait largement diminué, n'empêchent pas certains criminels de placer l'amour au cœur de leur récit du passage à l'acte.

Étienne De Greeffe relevait que les criminels passionnels ratent leur suicide dans la plupart des cas. Cela n'est pas tout à fait confirmé par les études (15 à 30 % d'homicides suivis de mort par suicide). Il conviendrait d'ajouter les suicides qui ont été précédés de la même

oscillation auto et hétéro destructrice, sans passage à l'acte meurtrier : les témoignages des conjoints ou les lettres des suicidants permettent parfois de repérer une telle hésitation précritique. Pour ceux qui survivent, la clinique médico-légale met régulièrement en évidence deux facteurs déterminants :

– c'est l'apaisement des tensions après un passage à l'acte paroxystique, souvent marqué par un très grand nombre de coups de couteau, au point que les classiques comparaient le crime passionnel à celui du dément précoce ou de l'épileptique. Il n'est pas rare que le premier coup de couteau soit conscient et mnésique, le sujet alléguant une amnésie pour les coups suivants et se disant effaré par le nombre de plaies révélées par l'autopsie. L'épuisement, le dénouement de la crise, émoussent la détermination de l'acte suicidaire, qui prend alors l'allure d'une ébauche. Elle apparaît alors aux Assises comme « peu convaincante »... ;

– c'est aussi l'équivalence vécue entre meurtre et suicide, la perte de l'objet aimé étant perçue comme son propre anéantissement (Cherki Nickles et Dubec). Le suicide est, en quelque sorte, réalisé dans la mort de l'autre, tant sujet et objet sont ici soudés.

Dans la période de crise précédant le passage à l'acte, le criminel passionnel a traversé une phase dont l'économie instable s'est dérobée :

– au travail du deuil, car la perte de l'autre a été activement refusée jusqu'au bout ;

– à la mélancolie. Ici, pas de sentiment d'indignité, pas de culpabilité délirante. On tue l'être aimé qui veut s'en aller par « altruisme », pour lui éviter un destin implacable, pour le protéger d'une souffrance inéluctable...

– à l'apaisement que constituerait la reconnaissance psychique de la haine, protégé dans une large mesure contre l'acte meurtrier. On sait combien le recours à la haine est nécessaire au détachement et à l'amorce du deuil, dans les séparations conflictuelles. Les juges aux affaires familiales en savent quelque chose. Les criminels par passion en sont paradoxalement incapables : ils continuent d'aimer, d'idéaliser, jusqu'au massacre. Leur haine est agie, mais la représentation psychique en est intolérable. Sans doute retrouve-t-on ici l'une des marques de l'investissement narcissique : le déni d'altérité est solidaire du déni de la haine de l'objet, investi de libido narcissique

du sujet. La haine de l'autre n'est pas plus assumable que celle de soi : le futur criminel va donc douloureusement osciller entre les moments d'espoir, d'abattement, de dépression, d'angoisse, de résolution à se détacher, de velléité de vengeance, de sentiment d'injustice subie, de désir de mort... sans que jamais il ne puisse s'organiser de façon plus stable.

• L'impensable séparation

La représentation dominante, tout au long de la phase précritique, est celle de la soudure, de l'union, du lien maintenu. C'est cette représentation qui soutiendra le passage à l'acte, celle d'un « amour éternel » en quelque sorte, qu'il s'agisse du meurtre suivi d'un suicide ou de son ébauche.

Peut-on saisir ce qui a provoqué le passage à l'acte ? Le récit des criminels par passion transmet de façon étonnante ce moment de bascule comme lié à un détail, à un geste ou à une parole, venant sceller l'irréversibilité du départ, le moment précis où s'achève la crise de l'objet et où devrait s'amorcer le travail de deuil quand le déni de la perte devient inopérant : C'est quand Pierre vient chercher ses cassettes que Laure entrevoit tout à coup qu'il ne reviendra plus jamais et qu'elle s'empare de l'arme pour tirer sur lui.

C'est quand Yasmina met le doigt sur le bouton de l'ascenseur que Farid se précipite sur elle... Le moment où il n'est plus possible de dénier l'impensable séparation est celui de la bascule dans le passage à l'acte criminel. Ce ne sont pas des crimes d'amour mais de nécessité économique contre la défaillance massive des défenses. La personnalité de ces sujets est singularisée par :

– la prévalence de l'aménagement sur l'organisation ;

– la vulnérabilité à l'angoisse de séparation ;

– la précarité narcissique.

L'élection d'un objet d'amour idéalisé à réparer projectivement aura pour fonction économique majeure de garantir une fois pour toutes contre la défaillance narcissique. Sans altérité, sans vie propre, sans autonomie, il participe d'un système verrouillé contre la menace de perte, de deuil, de conflit interne. Il incarne à l'extérieur tout l'amour-propre du sujet. Lorsque surgira fugacement à la conscience l'inéluctabilité de la séparation, synonyme d'effondrement, le passage à l'acte y répondra, sous-tendu par la représentation centrale d'une soudure éternelle à l'objet.

LE CRIME PERVERS

Il est rare que la dimension perverse soit exclusive et que d'autres caractéristiques cliniques soient absentes du tableau. Mes réponses ne peuvent donc ici qu'être très schématiques et brèves. Je ne peux aborder les nécessaires différenciations entre perversion sexuelle et perversion narcissique (Racamier, 1992), ou perversité sexuelle (Balier, 1998).

Le crime pervers doit d'abord être distingué du crime psychotique commis par le malade mental délirant. C'est d'autant plus nécessaire que quelques psychiatres assimilent la perte de liberté face à l'urgence pulsionnelle à celle qui caractérise l'envahissement psychotique. Pour la plupart des schizophrènes, le crime s'impose comme une défense vitale, un sursaut de survie au bord du gouffre, commis dans l'urgence parce que l'existence psychique passe par là. Encore une fois, être ou ne pas être, telle est sa question. Contrairement au psychotique, le pervers peut différer l'action si les conditions du moment ne s'y prêtent pas. Il peut avoir son « kit de viol » avec lui, il peut s'y être préparé, mais la présence d'un policier dans les parages ou la moindre perturbation peuvent le conduire à surseoir à son projet criminel. Il n'y a rien de tel chez le schizophrène emporté par la vague délirante.

Le crime pervers peut répondre à un scénario élaboré, mais c'est loin d'être la règle, sauf après une longue série où l'expérience criminelle accumulée peut enrichir et dévoiler le fantasme sous-jacent. Le plus souvent, le criminel ne sait pas ce qui l'agite, même s'il prépare méticuleusement son geste. Guy Georges (tueur en série dans les années 1990) le disait : « *Je ne sais pas pour quoi je l'ai fait, et si je l'avais su, je ne l'aurais pas fait.* » La deuxième caractéristique du crime pervers, c'est la recherche active de ce qui a été éprouvé la première fois, qui relève plus de la jouissance de toute-puissance, de l'orgie narcissique, que du plaisir sexuel proprement dit. La destructivité utilise la sexualité, mais prime largement sur elle. C'est pourquoi j'ai proposé qu'on parle de « crime de sexe » et non de « crime

sexuel ». Répéter à l'envers ce qui a été un traumatisme, au détriment de la victime, cette fois avec les cartes en main, telle en est la logique. Le sujet n'est plus le passif, le carencé, l'abandonné, l'impuissant en proie à la détresse face à une image féminine terrifiante ; il devient celui fait vivre l'horreur à l'autre, en transformant la détresse d'autrefois en jouissance d'aujourd'hui.

CONCLUSION

À partir de ces illustrations cliniques, nous avons vu que le passage à l'acte criminel répond à un moment de bascule face à une menace centrée sur la vie ou sur l'intégrité du sujet quand le délire, la pensée ou la parole sont défaillants. Le crime psychotique s'impose comme un sursaut de survie au bord du gouffre, lorsque la menace devient imminente. Le crime du paranoïaque vient masquer l'échec de son rapport au monde et le risque d'effondrement de son système rigide. Le crime passionnel survient quand le déni de la séparation n'est plus opérant et que l'être aimé ne peut plus incarner le narcissisme à l'extérieur. L'infanticide s'inscrit dans une improvisation catastrophique des conduites quand le déni de grossesse est levé par l'épreuve de réalité de l'accouchement. Seul le crime pervers fait exception, puisque l'évitement du danger y est apparemment absent, au profit de la quête de jouissance. Pourtant l'angoisse de néantisation (Balier, 1998), masquée par la jouissance de toute puissance, est bien ce qui active le recours à l'acte. C'est ce renversement du traumatisme autrefois subi en traumatisme aujourd'hui infligé qui le caractérise.

Mieux comprendre la clinique et la psychodynamique de ces situations précritiques, c'est nous donner quelque chance de contribuer à les éviter.

1- La roche Tarpéenne, située à l'extrémité du Capitole, à Rome, était le lieu d'exécution capitale pendant l'Antiquité, c'est de là qu'étaient précipités les criminels et les personnes souffrant d'une déficience mentale ou physique importante (NLDL).

BIBLIOGRAPHIE

- Asselin G.A. (1902). *L'état mental des parricides. Thèse. Baillere et fils.*
- Aulagnier P. (1975). *La violence de l'interprétation. PUF.*
- Balier C. (1998). *Psychanalyse des comportements sexuels violents. PUF.*
- Chazaud J. (1990). *Retour à la paranoïa. Perspectives Psychiatriques 21, 1.*
- Cherki-Nickles C., Dubec M. (1992). *Crimes et sentiments, Seuil.*
- De Greeff E. (1942, 1993). *Amour et crime d'amour, Bruxelles, Charles Dessert.*
- Foucault M. (1994). *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur, et mon frère. Un cas de parricide au XIX^e siècle. Gallimard.*
- Froment P. (1991). « *Je te tue* ». *Histoire vraie de Roberto Succo, assassin sans raison, Gallimard.*
- Kottler C., Robbe G. (1988). *Réflexion sur le passage à l'acte matricide des psychotiques. Annales de Psychiatrie, 3 septembre 1988.*
- Legendre P. (1989). *Le crime du caporal Lortie. Traité sur le père. Fayard.*
- Marinopoulos S., Nisand I. (2011). *Elles accouchent et ne sont pas enceintes, le déni de grossesse. Les liens qui libèrent.*
- Millaud F. (1998). *Pour une clinique du passage à l'acte in le passage à l'acte, Masson.*
- Millaud F., AUCLAIR N. et al (1996). *Parricide and mental illness, International journal of low and psychiatry, 19 (2).*
- Trinquart J. (2002). *La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle, thèse.*
- Zagury D. (1997). *Les crimes passionnels. Perspectives Psychiatriques n° 1.*
- Zagury D. (1998). *Le passage à l'acte parricide psychotique » in le passage à l'acte. Masson.*
- Zagury D. (1998). *Le passage à l'acte criminel du paranoïaque, in le passage à l'acte, Masson.*
- Zagury D. (2003). *Les nouveaux monstres. Plaidoyer pour un traitement raisonné des délinquants sexuels. in Ciavaldini, violences sexuelles, Inpress.*
- Zagury D. (2011). *Quelques remarques sur le déni de grossesse. Perspectives Psychiatriques, n° 4.*

Résumé : Quelle est la démarche à l'œuvre, les motivations d'un individu au moment de la bascule vers l'acte meurtrier ? Peut-on repérer des éléments présents avant un crime ? Au travers de multiples cas cliniques, l'auteur étudie le passage à l'acte criminel psychotique, paranoïaque, infanticide, passionnel, pervers, afin d'en dégager les éléments cliniques et psychodynamiques.

Mots-clés : Cas clinique – Déni – Déni de grossesse – Dépersonnalisation – Homicide – Infanticide – Paranoïa – Parricide – Passage à l'acte – Passion – Perversion – Psychose.

Violence sexuelle et passage à l'acte

L'environnement participe pleinement à la régulation psychique des auteurs de passage à l'acte violent sexuel. La victime, utilisée comme exutoire des tensions psychiques, est alors un élément de cet environnement externe.

Depuis quelques années, le champ social, le plus souvent par la voie des médias, vient révéler l'immense développement de ce qu'il est convenu d'appeler les « agirs pathologiques », comme si le curseur psychopathologique s'était déplacé du pôle psychique (symptômes névrotiques, psychotiques) vers le pôle moteur (troubles du comportement). Ce phénomène révèle l'inexorable effritement des valeurs de la subjectivation au profit de la décharge et indique combien les limites de notre monde de la représentation en sont altérées, entraînant non seulement des nouvelles expressions des maladies de l'âme mais surtout des désarrois nouveaux chez nos contemporains. Dans ce contexte, l'agir violent sexuel défraie plus souvent qu'à son heure la chronique. Cependant, dans la clinique psychodynamique, que recouvre cette notion de passage à l'acte sexuel ?

LE POIDS DE L'ENVIRONNEMENT

Pour aborder l'agir comportemental sexuel violent, il faut tout d'abord revenir sur l'acceptation, dans la clinique contemporaine, du terme d'agir. Cette notion ne peut être

comprise qu'intégrée à un contexte culturel, familial, social et historique. En effet, il n'est pas possible d'étendre le sens d'une lecture d'un agir à toutes les cultures et à tous les temps. Les agirs sont ainsi la conjugaison de *vertex* (« axes ») multiples dans lesquelles il faut inclure les contraintes physiologiques de l'espèce modifiée par l'évolution, les compétences individuelles, les conditions familiales, sociales et historiques précédant et englobant le sujet. Pour ces dernières, c'est l'environnement familial primaire qui, dans un premier temps de vie, en tiendra lieu. Ainsi, tout agir est l'aboutissement historique d'une interactivité sujet-contexte, où le sujet duplique les modalités d'appropriations ayant participé à sa maturation. Cela pour préciser que tout passage à l'acte violent sexuel est le fruit de l'histoire de sa construction et qu'il possède inscrit en lui, dans ses modalités d'exécution mêmes, les stigmates de son émergence qui en constituent ses contraintes. Avoir une lecture d'un tel acte, tenter d'en comprendre la forme et la vectorisation, afin de le référer à un sens, ne peut se faire qu'en tenant compte de la culture dans laquelle il s'est construit et celle dans laquelle il se développe. La notion d'environnement est donc essentielle dans l'approche de la compréhension du passage à l'acte.

PLUSIEURS APPROCHES

Dans le cadre d'une clinique psychodynamique, la majorité des théorisations font le constat d'une difficulté d'élaboration du champ de la pulsionnalité. L'excitation ne

trouve pas dans l'appareil psychique de processus suffisamment développés pour lui donner une forme traitable. Cette difficulté se traduit par des répétitions en acte, qu'il s'agisse d'un « défaut de contention psychique relié à la pression économique » (J. Rouart [1]) ou d'une « carence d'élaboration psychique » qui viendrait témoigner régressivement d'un fantasme originaire de retour au ventre maternel, en deçà de tout processus de pensée différenciateur (2) et de la différenciation d'avec l'objet.

Le sujet, en recourant à l'acte, viendrait même expulser toute potentialité de représentation pour éviter la terrifiante fusion avec l'objet primaire où « l'enfant est englué dans la mère et la mère en lui » (Balier, Ciavaldini, [3]). Cette mesure de sauvegarde psychique, à l'origine des actes les plus meurtriers, vise, avec la restauration de la toute-puissance narcissique, la destruction de l'imgo et de l'objet archaïques, autrement dit la destruction du processus d'objectalisation (4) et d'élaboration psychique. Élaboration paradoxalement toujours susceptible d'actualiser la menace. L'acte délictueux prend ainsi la valeur d'un appel à une fonction paternelle structurante, « en lieu et place du défaut de l'action symbolique » (5). Comme le délire pour le psychotique, de tels passages à l'acte signeraient à la fois la tentative de guérison, et l'échec de cette tentative, d'où la nécessité de répéter l'acte, jamais suffisamment adéquat à soulager l'angoisse. Selon C. Balier, le

André CIAVALDINI

Psychologue, psychanalyste (SPP-IPA),
Directeur de recherches, Laboratoire
de psychologie clinique et psychopathologique,
Université René-Descartes Paris 5.



© WADO.

clivage d'un Moi aux assises plus que fragiles vient alors renforcer le travail de désobjectalisation, jusqu'à la désobjectivation : « *Ce n'est pas moi qui l'ai fait* », disent les auteurs de ces agirs qui, sans les dénier, ne s'y reconnaissent pas.

Passages à l'acte, *acting out* ou recours à l'acte (voir l'article de F. Millaud p. 22) : ces agirs viennent-ils court-circuiter la mentalisation de la vie psychique ou « *l'appareil à penser les pensées* », ou bien se situent-ils hors psyché « *dans un appareil à même de débarrasser la psyché de l'accumulation de mauvais objets internes* » (W. Bion [6])? Prennent-ils leurs sources dans des pré-fantasmes (7), dans une « *exigence fantasmatique originaire* » que la rencontre avec la victime va réactiver, au plus près des signifiants formels selon D. Anzieu (8) ou du pictogramme selon P. Aulagnier (9), par où s'est inscrit l'originaire dans les premières rencontres avec ce qui n'est pas

encore un objet ? Faut-il encore penser le passage aux actes les plus meurtriers dans un en deçà de la pulsion, comme le fait C. Balier dans le sillage d'A. Green (4)?

Ces multiples théorisations sont autant de schémas que se donnent les chercheurs et les équipes pour se représenter ce qui échappe, chez les auteurs de violences, à toute symbolisation (10).

LE MODÈLE PSYCHODYNAMIQUE

Tenant compte de ces diverses approches, le passage à l'acte violent sexuel peut être considéré comme un mécanisme défensif visant à protéger le psychisme de la part non élaborable et donc non transformable de l'excitation en pulsion et qui dès lors fonctionne comme un persécuteur interne. L'acte se constitue dans la mise en œuvre de l'expulsion de cette surcharge. La clinique nous indique que le passage à l'acte se rencontre dans toutes les organisations

psychopathologiques. Plus la poussée expulsante est grande, plus le passage à l'acte engendre une violence proportionnelle à celle de l'expulsion, liée à la croissance de la menace que constitue l'impossible élaboration de cette part d'excitation interne. C'est ce que l'on trouve à l'œuvre dans une population que les travaux psychanalytiques ont bien documentée : celle des auteurs de violences sexuelles (Ciavaldini [10, 11, 12]). Elle offre un tableau assez précis de la complexité d'un modèle psychodynamique du passage à l'acte violent.

Le fait de rencontrer des passages à l'acte dans de nombreuses configurations psychopathologiques ne signe nullement une pathologie spécifique. Cependant, la clinique de ces sujets confronte toujours le soignant à de multiples non-reconnaisances des vécus affectifs qui s'imposent souvent comme un processus de déni. De

fait, certains chercheurs avancent l'hypothèse alexithymique qui indique le peu de capacité d'élaboration psychique des motions pulsionnelles chez ces sujets.

Dans l'ensemble, ces non-reconnaissances portent sur trois domaines génériques :

– **Le premier est l'identification subjective humaine**, qui correspond à la différence entre espèces, que l'on enregistre dans la désobjectivation de la victime (considéré comme une chose, un non-vivant), la non-reconnaissance de la violence, ainsi que celle des états affectifs précédents l'acte délictueux.

– **Le deuxième domaine est celui de la différence des sexes**, identifiée dans l'évitement total du conflit, avec une non-reconnaissance de l'acte, de ses conséquences pour soi et pour l'autre, pas de honte ou de culpabilité et parfois pas de repérage franc de l'identité sexuée de la victime.

– **Le troisième domaine est celui de la différence des générations** exprimée dans la non-reconnaissance des séductions précoces que le sujet a pu subir et du choix de certains objets, particulièrement chez les pédophiles et les pères incestueux. Cependant, cliniquement, il est important de préciser que ce n'est pas parce que le passage à l'acte est évacuateur de surcharge que les gestes qui le composent (qui doivent être différenciés des faits décrits par la victime et/ou retenus par la justice), n'ont pas d'histoire. C'est souvent l'analyse de cette gestuelle qui permet d'aborder ce qui, de l'histoire non pulsionnalisées du sujet, est resté sous forme de traces prises dans le corps et pouvant fonctionner comme des signifiants corporels attachés à l'identité primaire du sujet.

La prise en charge thérapeutique au long cours de ces sujets et/ou de leurs familles montre que ces non-reconnaissances s'appuient, tout en le révélant, sur un climat familial fait précisément de contraintes et/ou de violences non reconnues ou pour le moins banalisées.

LA TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE

L'affect, composition psychique historique, forme, avec la représentation, les deux représentants de la pulsion. Il est le média qui permet l'advenue à la mentalisation des actions d'un sujet. Il est à la fois l'expression subjective d'un comportement mais aussi la voie de la transmission de l'histoire de la construction d'une subjectivité. En tant que vecteur de l'information

généalogique, l'affect est l'élément primordial de la subjectivation. Affectant le soma de l'enfant, l'affect lui permet d'éprouver sa dimension transhistorique. Il « l'affecte » ainsi à une place spécifique tridimensionnelle : membre d'une espèce, lié à un double lignage et situé dans une filiation. Cette tridimensionnalité constitue la base des différences structurant le psychisme : différence inter-spécifique, différence des sexes et différence des générations. Précisément, les trois domaines génériques où ont été repérées des non-reconnaissances (Ciavaldini [12]).

L'étude des familles d'auteurs de violences sexuelles montre qu'elles ont à leur programme tous les ingrédients pour décrire le champ de la confusion incestueuse : la violence, l'humiliation, la séduction et l'emprise. Ainsi, le dérèglement de la construction des répertoires d'affects apparaît comme le résultat d'une histoire familiale traumatique. Lorsque l'histoire généalogique est trop chargée d'impensés, ces trois différences structurant le psychisme, autorisant, ou pas, la transformation immédiate des perceptions en affects et ouvrant ainsi la voie à la subjectivation, ne sont plus transmises. C'est ce processus qui, à terme, ne permet pas au sujet de reconnaître ce par quoi il est affecté et a fortiori ce que ses actions engendrent chez l'autre : dès lors l'autre n'est plus reconnu dans son statut d'humanité et peut être ramené à celui d'objet-ustensile (Racamier [7]). Ce qui prévaut est la dimension excitative avec sa régulation primaire qu'est la décharge expulsive : la voie du passage à l'acte pathologique est alors ouverte.

RÉMINISCENCE SENSORI-MOTRICE

Dans un tel contexte familial, l'excitation du percept (forme perçue d'un stimulus externe ou de son absence) du lien à l'environnement familial primaire, issu dans un premier temps des soins primaires dispensés à l'enfant, ne connaît pas cette évolution favorable vers la dimension représentationnelle de l'affect. Ce dernier, dans sa composition, se trouve alors inachevé. Il est meurtri dans sa fonction même d'opérateur et vecteur de la transmission généalogique. Cela suppose qu'il ne transmet plus les éléments ouvrant l'accès à la subjectivation de l'excitation, ce qui permet de comprendre les trois axes génériques des non-reconnaissances formant les stigmates de cet inachèvement. Cet

ensemble indique qu'au régime du « retenir pour représenter » se substitue celui de « l'agir pour décharger » et pire, du « décharger pour survivre ». Ainsi, le passage à l'acte surgit comme réminiscence sensori-motrice, c'est-à-dire sous la forme d'un agir comportemental. Nous trouvons ici le mouvement de ce qui n'a jamais pu venir se représenter primordialement du lien à l'objet. Ce surgissement s'effectue précisément à l'endroit où l'affect s'est inachevé dans sa composition et est resté sous la forme d'un mouvement, à la place de celui-ci. Il faut comprendre que cette réminiscence est celle d'un segment d'action et non d'un sens ancien qui ferait retour. Elle implique un corps qu'elle met en action. D'une certaine façon, le passage à l'acte forme une tentative aberrante d'achèvement d'une impossible construction d'affect. Le passage à l'acte, quelle que soit l'organisation psychopathologique dans laquelle il se développe, peut donc être considéré comme un agir qui fonctionne comme un affect inachevé dans sa construction, véritable tentative de figuration « avortée » (Chabert [13]).

Si la réminiscence sensori-motrice opère le plus souvent sans représentation mentalisée, elle n'en est pas moins libératrice, par la décharge de tension qu'elle provoque. Elle assure que l'effondrement qui, l'instant d'avant, s'annonçait, n'aura pas lieu. Le contrôle qui menaçait de se perdre est repris. Lorsque le passage à l'acte est répété (violence sexuelle, violence meurtrière), l'investissement si important des traces sensori-motrices chez les sujets explique alors la fixité des *modi operandi*.

En cas de détresse identitaire, ce sont ces traces qui seront réinvesties quasi automatiquement. C'est le circuit du contrôle, dont on peut faire l'hypothèse qu'il se lie avec le circuit neurologique de la récompense et ce d'autant plus que la décharge opérée par l'exercice de l'acte entraîne un apaisement. Le passage à l'acte violent surgira alors, de nouveau, sous forme parfois quasi hallucinatoire, s'imposant comme du dehors. Au cœur de cette part pathologique, réside la part de sauvegarde du sujet.

LA PETITE ENFANCE

Aujourd'hui, les études sur la petite enfance montrent que l'environnement familial premier des auteurs de passage à l'acte violent sexuel présente de nombreux

empiétements et est ainsi défaillant pour l'autonomie du Moi. Faute de rencontrer un environnement normalement suffisamment adéquat (l'« *environnement facilitateur* » de Winnicott [14]), l'enfant devra s'adapter avec les potentialités de son immaturité. Cela constitue alors la condition majeure de prématurité du Moi, aboutissant à des tableaux cliniques d'enfants hyperkinétiques (état d'hyperactivités), trait fréquemment retrouvé dans l'enfance des auteurs de passage à l'acte violent, ainsi que chez les enfants présentant tôt de grandes violences (Berger [15]). Le Moi de ces sujets, insuffisamment contenu, s'organise dans des configurations psychiques archipélisées, « morcellées », où coexisteront des parts très hétérogènes de fonctionnement. Certaines donneront un change pseudo-névrotique, d'autres évoqueront des enclaves autistiques, ouvrant la possibilité à des passages à l'acte d'une grande violence. Cette archipélisation du Moi, déjà remarquée chez certains patients somatisants par Michel de M'Uzan (16), semble le fruit d'une non-intégration, plus ou moins ponctuelle, d'une temporalité partagée des expériences d'ancrage narcissique de la petite enfance, transformant certaines expériences primaires en objets bizarres générant des excitations intenses, « forme primitive du recours à l'acte » (Lemaître [17]). On comprend ainsi que le passage à l'acte est le produit d'un développement commençant avec l'histoire même du sujet.

ENVIRONNEMENT RÉGULATEUR

Ainsi, la clinique nous indique que tout passage à l'acte correspond pour son auteur à une altération dans la construction de son narcissisme, plus ou moins grande selon le degré de violence engagé dans le passage à l'acte. Face à de telles impossibilités de développer des régulations internes, ces sujets utilisent l'en-

vironnement externe pour réguler leurs tensions psychiques. Lorsque le passage à l'acte est porté sur un tiers, la victime est à envisager comme un élément de cet environnement externe. Elle est utilisée par le sujet pour faire face à sa surcharge excitative interne non traitable. La victime est alors la part externalisée, dépositaire de l'impossible régulation interne non constituée, en même temps qu'elle peut être éventuellement l'élément déclencheur de l'excitation projetée non traitable. L'environnement participe donc pleinement à la régulation psychique des auteurs de passage à l'acte violent sexuel. Plus les passages à l'acte sont violents et répétés, plus ces sujets s'appuient perceptivement sur l'environnement pour réguler un système pulsionnel en mal de représentation. Nous pourrions dire qu'ils sont « environnemento-dépendants ».

CONCLUSION

Le passage à l'acte violent sexuel confronte fréquemment à la dimension médico-légale et donc à la réalité judiciaire. Cette dernière est souvent celle par qui un soin pourra advenir, empêchant paradoxalement l'effet délétère de l'évacuation par l'acte qui, à chaque fois, appauvrit un peu plus la psyché dans sa capacité représentative. La loi peut constituer comme un cadre externe, un méta-cadre, sur lequel l'action thérapeutique vient s'appuyer pour, à son tour, déployer son propre cadre. Ces deux sphères, justice et santé, vont s'interétayer et devenir contenante l'une de l'autre. Pour avoir une action thérapeutique, il faut « forcer » le sujet à retenir son agir pathologique qui pendant longtemps est resté son seul mode de régulation psychique. C'est à ce prix que le cadre thérapeutique est sauvegardé. L'alliance avec le judiciaire permet au sujet auteur de violences de remplacer le recours à l'acte par le recours aux soins.

Ici, le recours aux soins est à comprendre comme la présence nécessaire à l'évolution vers une demande constituant la reconnaissance d'une souffrance interne.

1- Rouart J. « Agir » et processus psychanalytique ; l'acting out dans sa relation avec la cure et dans ses aspects cliniques. In *Revue Française de Psychanalyse*, 1968, 32-5, p. 891-988.

2- Chasseguet-Smirgel J. L'acting out, quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique. In : *Revue française de psychanalyse*, 1987, 4, p. 1083-1099.

3- Balier C, Ciavaldini A. L'a-projection, un meurtre de l'« autre ». In : Durieux MC, Janin-Oudinot M, editors. *Figures de la projection*, Paris : PUF ; 2008, p. 139-166.

4- Green A. *Le travail du négatif*. Paris : Minuit ; 1993.

5- Ciavaldini A. *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris : Masson, 2001, éd. revue.

6- Bion W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. PUF.

7- Racamier PC. *Le génie des origines*. Paris : Payot ; 1992.

8- Anzieu D. *Les signifiants formels et le moi-peau*. In : Anzieu D, editor. *Les enveloppes psychiques*, Paris : Dunod ; 1987, p. 1-22.

9- Aulagnier P. *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF ; 1975.

10- Ciavaldini A., Neau F. *Psychopathologie psychanalytique du passage à l'acte*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie*, 37-510-A-30, 2010.

11- Ciavaldini A. *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris : Masson ; 2001 éd. revue.

12- Ciavaldini A. *L'agir violent sexuel*. In *Actes et dépendances*, ss dir C. Chabert. Paris : Dunod ; 2006.

13- Chabert C. *Le passage à l'acte, une tentative de figuration ?* In Gutton Ph., Godenne G. ss dir. *Troubles de la personnalité, troubles des conduites*. Paris : GREUPP ; 2000, p. 57-62.

14- Winnicott D., *Maturation chez l'enfant*, Payot, 1989.

15- Berger M. *Voulons-nous des enfants barbares ?* Dunod ; 2008.

16- M'Uzan M. de (1984). *Les esclaves de la quantité*. *Nouvelle revue de psychanalyse*, Paris, éd. Gallimard, n° 30, p. 129-138.

17- Lemaître V. *Les présupposés du recours à l'acte : confrontation avec les données de la clinique périnatale*. In Balier C. (dir) *La violence en Byblos*. Paris : Presses Universitaires de France ; 2005, p. 23-60.

Résumé : Les avancées psychocriminologiques actuelles permettent la compréhension du passage à l'acte violent sexuel selon un modèle psychodynamique. Après avoir développé le terme d'agir comportemental, l'auteur rappelle les difficultés spécifiques rencontrées chez les auteurs d'agressions sexuelles (AAS) à mettre en forme leurs éprouvés affectifs. Cette incapacité majeure alimente le passage à l'acte, ce qui conduit à penser celui-ci comme la réminiscence sensori-motrice d'un affect inachevé dans sa construction. On mesure ainsi le fort impact de la défaillance du milieu familial dans la construction de ce passage à l'acte, importance qui fait de nombre de ces AAS des sujets

Mots-clés : Agression sexuelle – Criminologie – Environnement social – Mentalisation – Passage à l'acte – Psychodynamie – Psychopathologie – Pulsion – Théorie – Transgénérationnel.

Dangerosité, homicide

Chez le patient souffrant de schizophrénie, le passage à l'acte hétéro-agressif, dont l'homicide, est associé à des facteurs de risque bien identifiés qu'il faut savoir repérer et évaluer.

La Commission d'audition de la Haute autorité de santé (HAS) tient à disposition son rapport d'orientation et ses recommandations sur la « dangerosité psychiatrique » (1). Elle y met en avant avec clarté et précision la compétence psychiatrique en ce domaine comme relevant d'une démarche clinique fondée sur une pratique attentive aux dimensions éthiques et déontologiques.

Le risque de violence hétéro-agressive s'inscrit dans l'évolution des troubles entre périodes critiques et périodes de stabilisation ; il ne saurait définir les personnes souffrant de troubles mentaux, dans un excès d'interprétation de leur dangerosité potentielle. Une « psychiatrisation abusive des conduites dangereuses » désignerait une dérive de l'exercice de la discipline médicale vers celui d'un contrôle social hors de toute légitimité. Ce risque de confusion des rôles, réel dès l'origine, est aujourd'hui promu par une société préoccupée par la sécurité, attentive à l'extrême aux principes de précautions et à la défense des victimes. Il est de l'observation quotidienne que l'instance politique répond de façon immédiate à l'émotion des événements fortement médiatisés. « Le passage à

l'acte législatif » vient ainsi répondre aux passages à l'acte délictueux, rendant inopérante la fonction séparatrice de la justice entre les victimes et les auteurs. Ce champ symbolique et d'élaboration, notamment sur la question de la responsabilité où le psychiatre (expert) intervenait, est bouleversé au profit d'un dispositif qui vise à identifier des sujets qualifiés de dangereux (il faut jauger la dangerosité) et à prévenir la récurrence des passages à l'acte. Ce changement qui bouleverse la répartition des rôles et des compétences (juge, médecin, État), trouve ses sources dans la modification profonde de la place faite à l'individu dans la société. Elle se définit aujourd'hui en terme d'autonomie, de revendication identitaire, d'individualisme : « *Être, c'est exister par soi-même.* » Le sujet défaillant trouve dans la responsabilité d'autrui la cause de son malheur, malheur objet d'une promotion médiatique, dont le nouveau héros est la victime.

Dans la société contemporaine, le risque est omniprésent et la responsabilité d'autrui alors immédiatement convoquée. Cette thématique définit un nouveau lien social où le politique s'engouffre dans une production bruyante de déclarations, lois, et ordonnances. La loi du 25 février 2008 (relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental) illustre parfaitement cette préoccupation sociale et sécuritaire. Elle estompe la distinction entre peine et soins. La médicalisation de la peine, de la rétention, en vient ainsi à effacer tout le parcours scientifique, humain et culturel inscrit dans la définition même de la psychiatrie. Confondre crime et maladie mentale illustre un retour à l'obscurité.

De ce point de vue, l'audition publique de la HAS (1) n'a pas été seulement une réunion de consensus, mais un rappel à la réflexion et à l'élaboration (voir aussi J.-L. Dubreucq et F. Millaud p. 76). Ses travaux et conclusion témoignent d'une démarche dégagée de représentations, s'appuyant sur des données cliniques objectives et des publications internationales de la maladie mentale dans le risque qu'elle expose au passage à l'acte. Nous retiendrons les éléments qui nous paraissent utiles, pour une démarche clinique attentive nécessaire et une attitude soignante non guidée par la peur et non banalisante. Ces données rassemblées constituent une information à destination très large, mais nous la devons aux familles de nos patients.

LA DANGÉROSITÉ

• Passage à l'acte et dangerosité

La notion complexe de dangerosité s'est développée au XIX^e siècle et a repris de la vigueur dans les années 1980, en lien avec un sentiment d'insécurité sociale, politique et juridique. Le mot « dangerosité » renvoie au caractère dangereux (voir l'article de F. Millaud p. 22), défini comme ce qui constitue un danger (tableau 1). Le danger est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose. Pour le dictionnaire, la dangerosité, qui n'est nullement définie par la loi, serait « *la capacité d'un individu ou d'un groupe à présenter un risque de violence et de transgression, physique ou psychologique, ou encore une disposition, dans un contexte donné, à passer à l'acte d'une manière violente et transgressive.* ». Elle peut donc correspondre à un état

Jean-Paul LHUILLIER*,
Stéphane RICHARD-DÉVANTOY**

*Psychiatre, Chef de service, CESAME, Angers (45).

** Psychiatre, McGill University, Department of Psychiatry & Douglas Mental Health University Institute, McGill Group for Suicide Studies Montréal (Québec).

et schizophrénie



© WADO.

Tableau 1 : De quoi parle-t-on ?...	
Dangerosité	La capacité d'un individu ou d'un groupe à présenter un risque de violence et de transgression, physique ou psychologique, ou encore une disposition, dans un contexte donné, à passer à l'acte d'une manière violente et transgressive.
Situation dangereuse	Une menace ressentie de façon réelle ou imaginaire provenant d'une agression interne ou externe contre l'intégrité de leur structure par un individu ou un groupe d'individus.
État dangereux	État, situation ou action, dans lequel une personne ou un groupe de personnes fait courir, à autrui ou aux biens, un risque important de violence, de dommage ou de destruction.
Violence	L'usage délibéré ou la menace d'usage de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence.
Agression	Une attaque contre les personnes ou les biens, attaque violente, avec altération chez la victime de l'intégrité des fonctions physiques ou mentales.
Agressivité	Une intention agressive sans acte agressif.

dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent.

Lorsque l'on cherche à distinguer les différentes catégories de dangerosité, là encore, les définitions divergent. La dangerosité criminologique, selon le rapport Garraud (2), est fondée sur l'absence de pathologie psychiatrique et l'existence d'un risque de récidive ou de réitération d'une nouvelle infraction empreinte d'une certaine gravité, tandis que la commission Santé-Justice, présidée par M. Burgelin, la définit comme « *un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens (3)* ». La dangerosité criminologique s'affiche désormais comme la mesure d'une probabilité de récidive. La dangerosité psychiatrique, quant à elle, relève de la présence d'un trouble mental au moment d'un fait. Elle est définie par la commission Santé-Justice comme « *un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante (3)* ». Les psychiatres ont tenu fermement à distinguer la dangerosité psychiatrique de la dangerosité criminologique, ce qui a été rappelé à l'occasion de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale (4). Néanmoins, il existe actuellement une tendance à la confusion entre ces deux « dangerosités », confusion maintenue dans les textes de loi par l'expertise de « dangerosité » réalisée par des psychiatres, qui s'étend aux personnes non atteintes d'une quelconque pathologie. Cette distinction

paraît plus théorique qu'opérationnelle, la séparation de ces deux dangerosités étant affaire de représentation. La dangerosité criminologique est perçue comme orientée dans son intention tandis que la dangerosité psychiatrique serait du domaine de l'impulsivité. Pour d'autres auteurs, il n'existe pas réellement de dichotomie, la dangerosité procéderait plutôt de champs qui se recoupent sans se recouvrir. Il a été proposé ainsi trois champs identifiables (non disjoints) :

- celui de la criminologie et de la médecine légale, où la dangerosité renvoie principalement à la question de la récidive ;
- celui de l'intervention sociale où elle réfère à l'idée d'un rapport de force entre deux individus, un individu et un groupe ;
- enfin, celui de la clinique psychiatrique où il s'agit de repérer des configurations symptomatiques susceptibles d'influencer la dangerosité (5).

Un risque demeure d'associer la dangerosité d'un individu à un « état permanent », alors qu'elle ne saurait être déconnectée du contexte. La notion de « situation dangereuse » est alors préférée à celle de dangerosité et définit comme une menace ressentie de façon réelle ou imaginaire provenant d'une agression, interne ou externe, contre l'intégrité de leur structure par un individu ou un groupe. La situation dangereuse questionne la perception subjective de celui qui est perçu comme dangereux par ceux qui y sont confrontés au moment des comportements en cause ou, de manière rétrospective, lors d'une demande d'évaluation par la justice. La dangerosité pourrait

également être étudiée au travers du concept d'« état dangereux » qui est un complexe de conditions sous l'action desquelles il est probable qu'un individu commette un délit (6).

Enfin, il convient d'évoquer la notion de violence. La dangerosité est parfois associée au risque de violence et dans les études internationales, elle est étudiée sous l'angle des passages à l'acte violent ou des condamnations pour actes violents. La violence est l'acte par lequel s'exerce la force, qu'elle soit physique ou morale. La grande diversité de comportements violents n'en réduit pas moins leurs définitions opérationnelles utilisées dans des études internationales : « *Frapper avec un objet ou une arme sur autrui, menacer avec un objet ou une arme, casser des objets, frapper dans les murs, avoir été condamné pour homicide...* » La violence doit être différenciée de l'agression et de l'agressivité (voir tableau 1).

• Pertinence du terme dangerosité

Un des écueils les plus courants aujourd'hui est d'assimiler l'acte fou à son auteur et de préjuger de la folie de ce dernier à l'unique regard de son acte. La publicité de quelques faits divers dans les médias court-circuite la possibilité de penser du grand public, qui va alors confondre psychiatrie et criminologie, dangerosité et danger, dangereux et folie. Certes, la littérature est très abondante sur la violence des sujets présentant une maladie mentale dont la figure archétypale est la schizophrénie, mais le travail de l'audition publique de la HAS a été de définir une clinique utile et précise pour le clinicien, redonnant une valeur à la sémiologie psychiatrique médico-légale.

Pour cette audition, une recherche systématique de la littérature des cinq dernières années, complétée par des articles princeps de la littérature internationale, a donc été menée sur la question de la violence hétéro-agressive des sujets souffrant d'une maladie mentale, ce qui correspond dans la littérature internationale à la notion de maladie mentale grave ou de maladie mentale majeure.

Les facteurs de risque de violence se distinguent de la prédiction de la violence ou de la gestion du risque. Au sens statistique, un facteur de risque augmente la probabilité de présenter un événement. Le schéma d'étude permet de distinguer les facteurs associés à la violence et les facteurs de risque de violence. Une étude

Tableau 2 : Prévalence des actes violents hétéro-agressifs commis par des personnes présentant une schizophrénie ou une psychose dans des études prospectives

Auteur, Année, pays	Type d'étude	Population	Acte violent hétéro-agressif	Prévalence
Eriksson 2010, Suède (10)	Cohorte de naissance Prospective 35 ans	Schizophrénie (n = 377)	Condamnation pour crime violent (avec violence hétéro-agressive)	25 %
Ran et al. 2010, Chine (11)	Prospective 14 ans	Schizophrénie (n = 510)	Comportements criminels rapportés par le patient ou la famille	10 %
Dean et al. 2006, Angleterre (12)	Prospective 2 ans	Femmes souffrant de psychose chronique (n = 304)	Agression physique envers autrui	17 %
Fazel et al. 2006, Suède (9)	Prospective 13 ans	Schizophrénie ou psychose non schizophrénique (n = 98 082)	Condammations pour crime violent (homicide, tentative d'homicide, agressions avec circonstances aggravantes, crimes sexuels) selon le registre national	6,6 %

transversale ou cas-témoins permet de parler de facteurs associés (facteurs se retrouvant significativement plus souvent en présence de l'événement mesuré qu'en son absence, sans qu'un lien causal existe nécessairement), alors qu'une étude prospective avec un groupe contrôle (et sans biais méthodologique) autorise le terme de facteurs de risque (facteurs se retrouvant significativement plus souvent en présence de l'événement mesuré qu'en son absence avec une relation causale supposée ou démontrée entre la présence du facteur et l'apparition de l'événement étudié). Eu égard à ces précautions méthodologiques, comment appréhender la prévalence des actes violents commis par des patients souffrant de schizophrénie ?

• Actes violents et schizophrénie

Les données de ces cinq dernières années confirment l'association entre violence hétéro-agressive et schizophrénie (7). La prévalence de la violence est certes plus élevée chez les personnes présentant une schizophrénie qu'au sein de la population générale, mais le nombre d'actes violents commis par ces patients est estimé entre 3 et 5 % (8, 9) voire 10 % selon les études (7) (voir tableau 2).

Le risque de passage à l'acte violent est également identique entre les sujets présentant une schizophrénie et ceux présentant une psychose non schizophrénique et quel que soit le critère de jugement utilisé pour mesurer le nombre d'actes

violents (registres nationaux du taux d'arrestation, du taux de criminalité, ou du taux d'homicide, violence auto-rapportée).

– Homicide et schizophrénie

Les patients souffrant d'une schizophrénie sont aussi surreprésentés parmi les meurtriers (13, 14, 15, 16, 17, 18). La méta-analyse de Large et al. retrouve ainsi une prévalence de 6,6 % des meurtriers répondant aux critères diagnostiques de schizophrénie (19). Plusieurs études longitudinales rapportent que les personnes atteintes de schizophrénie présentent huit à dix fois plus de risque de commettre un homicide que les hommes sans trouble psychiatrique (20), avec des différences selon le genre : 6 à 16 fois chez l'homme et 6,5 à 26 fois chez la femme (21). Le risque de commettre un homicide pour un sujet souffrant de schizophrénie est de 0,3 % contre 0,02 % en population générale (19).

L'évolution du taux d'homicide des patients souffrant de schizophrénie est superposable au taux d'homicide de la population générale, alors que la prévalence de la schizophrénie reste constante et stable dans le temps (19). Ce taux n'est donc pas une constante imposée par la pathologie schizophrénique seule, il subit l'action d'autres facteurs. L'abus de substances psycho-actives est l'un des cofacteurs les plus étudiés de l'occurrence conjointe schizophrénie et violence homicide.

– Homicide, schizophrénie et alcool

Avec ou sans maladie mentale, le diagnostic d'abus de substances psycho-actives augmente le risque de violence en général et de récidive homicide en particulier (22). Les patients avec un codiagnostic de schizophrénie et d'abus de substances psycho-actives ont 4 fois plus de risque de commettre un acte violent que ceux sans comorbidité addictive (22). Par rapport à la population générale, le risque d'acte criminel chez les sujets présentant une schizophrénie était de 1,9 quand l'abus de substances psycho-actives précède le diagnostic de schizophrénie et de 6,4 quand il le suit, après ajustement pour l'âge, le sexe, le statut marital et celui d'immigrant (22) (voir tableau 3). Pour Elbogen et al., la comorbidité schizophrénie et consommation de substances psycho-actives augmente le risque de passage à l'acte violent. Les sujets avec un double diagnostic d'abus ou de dépendance de substances psycho-actives et de schizophrénie associé à des antécédents de violence ont un risque dix fois plus important de commettre un acte violent que les sujets présentant uniquement une schizophrénie (23). Les substances consommées par les schizophrènes aux comportements violents sont multiples : alcool (24, 25), cannabis (24, 25), amphétamines (25) et benzodiazépines (24). Restons cependant prudents ! L'épidémiologie quantitative ne résume pas la singulière trajectoire de vie des patients et

Tableau 3 : Risque d'homicide chez des patients schizophrènes avec ou sans abus de substances psycho-actives par rapport à la population générale (Odds ratio [intervalle de confiance])

Schizophrénie	Schizophrénie sans abus de substance	Schizophrénie avec abus de substance	Abus de substance seul
5 [3,4-7,4]	2,1 [1,7-2,7]	8,9 [5,4-14,7]	8,8 [5,8-13,4]

leur sémiologie propre. Tous les patients souffrant de schizophrénie ne commettent pas des actes violents hétéro-agressifs. Les facteurs associés à l'acte violent ne se confondent pas avec la prédiction de l'acte violent hétéro-agressif. Il y a certes une association entre schizophrénie et violence hétéro-agressive (homicide) mais l'existence d'une telle maladie ne permet pas de prédire la survenue d'un passage à l'acte (9).

LES FACTEURS ASSOCIÉS

La relation entre violence homicide et schizophrénie ne peut se réduire à la seule maladie schizophrénique ni au facteur abus de substances psycho-actives (26). Chez le sujet souffrant de schizophrénie, le risque d'homicide demeure élevé même en l'absence d'abus d'alcool ou d'autres substances psycho-actives (26). Deux études longitudinales méthodologiquement bien construites (21, 23) mettent ainsi en avant l'intrication des facteurs associés à la violence chez le sujet

schizophrène, soulignant que cette violence surgit dans une situation donnée, à un moment défini, et dans une dynamique relationnelle propice. Le caractère incertain de cette triple concordance explique la difficulté à anticiper la survenue de comportements violents.

Le risque est donc associé à des facteurs généraux (invariants criminologiques), de nature socio-démographiques, historiques, et contextuels d'une part et à des facteurs spécifiques de la maladie schizophrénique, d'ordre clinique et liés aux soins d'autre part (tableau 4). On peut aussi distinguer des facteurs dynamiques et statiques de passage à l'acte (9).

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

La prévention et les conduites à adopter doivent s'intégrer dans une véritable « clinique du quotidien » observée par les proches, les intervenants sociaux et ceux du soin (27) (voir aussi l'article de D. Zagury p. 42). La prévention du passage à l'acte appartient à la démarche de soin dès la première

rencontre et tout au long de la prise en charge pluridisciplinaire. Les cliniciens soulignent que la violence s'inscrit de façon interactive exposant souvent l'entourage immédiat, traduisant « la destruction de la capacité de penser et de parler ». La prévention et la prise en charge des actes de violence passent par les trois axes suivants.

• Anticipation des situations à risque

Il faut former les partenaires du soin à être attentif dès le premier contact à la thématique de violence où qu'elle apparaisse. Ainsi les incidents, les informations transmises par l'entourage... ne doivent pas être négligés, ni minimisés. Ces données sont à considérer d'un point de vue clinique contextuel, situationnel avec la recherche toute particulière d'une sémiologie psychiatrique à valeur d'alerte. Seront ainsi relevés :

- Une production hallucinatoire ou d'influence faite d'injonctions au contenu persécutif ou invitant à la violence. La valeur d'alerte est d'autant manifeste quand des tiers sont visés selon des thématiques passionnelles, de grandeur, de filiation menaçant l'entourage, les soignants.
- Des antécédents personnels de violence. Il s'agira de préciser le contexte de survenue des actes de violence dans le parcours du patient, relever les « signaux-symptômes » qui ressortent de la nécessaire écoute de l'entourage. Ces signes d'alerte sont d'autant significatifs que s'y associent :
 - l'existence d'une comorbidité, avec le rôle majeur que peuvent avoir les substances psycho-actives dont l'alcool ;
 - des indices constatés d'un déséquilibre psychique ou un tableau psychopathique (instabilité, impulsivité) ;
 - des facteurs socio-économiques et situationnels (solitude, désinsertion, errance, inactivité, rupture de soins...) (voir tableau 4).

• L'intervention

Face au risque d'un comportement violent, l'intervention doit être rapide et coordonnée. Il peut être justifié de faire intervenir différents partenaires (médecin généraliste, SAMU-SMUR, pompiers, police ou gendarmerie, notamment en cas de patient armés). Le plus souvent, c'est l'entourage qui lance la démarche, plus rarement le médecin traitant, l'équipe soignante. Une première évaluation suit, qui peut déboucher alors sur une prise en charge ambulatoire, une décision d'hospitalisation, avec ou sans consentement,

Tableau 4 : Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients présentant des troubles schizophréniques	
Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
<p>Facteurs socio-démographiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge jeune < 40 ans • Genre masculin • Statut économique précaire • Bas niveau d'éducation • Célibat 	<p>Diagnostic actuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénies de forme paranoïde • Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide • Personnalité antisociale comorbide (héboïdophrénie)
<p>Antécédents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération • Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool • Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence • Antécédents de victimation • Retard mental 	<p>Symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptomatologie psychotique positive • Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence • Rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses • Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution • Fascination pour les armes • Méfiance et réticence • Participation émotionnelle intense • Retrait social, émoussement affectif, désorganisation • Idées, fantasmes et propos de violence • Idées suicidaires • Symptomatologie dépressive • Dysfonctionnement frontal
<p>Facteurs contextuels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être victime de violence dans l'année • Divorce ou séparation dans l'année • Sans emploi dans l'année 	<p>Facteurs de risque liés aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'accès aux soins • Incapacité à demander de l'aide • Déni des troubles et faiblesse de l'insight • Longue durée de psychose non traitée • Rupture du suivi psychiatrique • Non-observance médicamenteuse • Insuffisance du suivi post-hospitalisation

et sa préparation (aménagement du transport, accompagnement, sécurisation...). Face au patient susceptible d'un passage à l'acte, certaines attitudes qui participaient d'un savoir faire s'imposent (le corps infirmier rapidement rajeuni est formé différemment). Par exemple, il convient de ne pas se surexposer à une situation réelle ou ressentie d'insécurité, en affrontant seul, sans possibilité de demande d'aide et privé d'issue. Garder la distance, ne pas être intrusif dans le regard ou dans des propos trop familiers, rester dans un fonctionnement souple et coopératif en formulant des propos et des questions simples sans viser les idées du délire, doivent intégrer entre autre les éléments constitutifs du savoir professionnel.

• Les soins

– Le rôle des services de soins

D'après les recommandations de la HAS, le rôle des services de soins doit se concevoir dans une organisation de proximité, où l'accès aux soins, la coordination et les échanges entre les différents acteurs sont un axe prioritaire. Ces principes sont ceux du secteur, les nouvelles propositions sanitaires n'apparaissent pas et ne peuvent pas s'écarter de ces axes décrivant la logistique des territoires de santé. Le temps de l'urgence, des soins intensifs ne peuvent se dissocier de la prise en charge au long cours, des mesures de réhabilitation à l'hôpital ou en ambulatoire. Le traitement dans sa globalité, régulier et s'inscrivant dans la durée des troubles psychiatriques reste la meilleure prévention des moments de violence (recommandation n° 50). Ainsi les prescriptions médicamenteuses doivent avoir l'objectif de l'observance. Celle-ci sera d'autant meilleure que ces prescriptions seront raisonnées, actualisées avec le souci de préserver les capacités des sujets. L'éducation thérapeutique est une aide précieuse pour permettre aux patients de mieux appréhender leur trouble (*insight*) et consolider l'alliance thérapeutique. Comme dans toute activité médicale, la prise en compte du risque doit intégrer les différentes étapes, celle de l'évaluation, celle qui résulte des orientations et des décisions conduisant à des soins avec ou sans consentement. Il ne peut y avoir de ce point de vue de refus d'une pratique qui vise à identifier et prévenir le risque associé à une situation clinique. La démarche clinique peut être assistée



© WADO.

par des outils d'évaluation mais ne peut s'y résumer; plus adaptées que les échelles actuarielles, les échelles semi-structurées sont à préférer par leur prise en compte de facteurs dynamiques et évolutifs (recommandations n° 40 et 41). La coordination entre les différents acteurs de la prise en charge, l'implication des soignants conditionnent la continuité du soin. La rechute, qui participe des troubles schizophréniques, est plus probable au cours des vingt premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. Il s'agit dans cette période de mettre en place des consultations rapprochées, de s'assurer de l'observance thérapeutique et du suivi ambulatoire (les rendez-vous sont-ils honorés?...). Un contact régulier, dans un cadre aux limites clairement posées (Centre médico-psychologique, visites à domicile), est susceptible de favoriser la compliance, de même qu'une écoute attentive, des possibilités de sortir de l'isolement (hôpital de jour, Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT), structures associatives, Groupe

d'entraide mutuelle [GEM]...), et des mesures d'assistance (revenus réguliers, logement, protection juridique).

– Le rôle de l'institution

L'hospitalisation en elle-même ne protège pas du risque de violence. Certaines structures institutionnelles peuvent en favoriser l'émergence, le début de l'hospitalisation est une période propice à l'éclosion de la violence. Ce risque peut résulter de l'acuité et de l'instabilité clinique, mais aussi d'une forte concentration de patients désorganisés dans une unité, parfois transitoirement au moment par exemple des repas ou de la dispensation des médicaments. Les nouvelles technologies avec des moyens de surveillance à distance ne peuvent remplacer un personnel soignant en nombre suffisant et formé. La dynamique de formation, d'échange et de coordination au niveau de l'unité, mais plus largement au niveau de l'établissement témoigne du souci apporté à la sécurité des patients et du personnel. Les soignants suffisamment formés

savent reconnaître les signes d'une violence imminente, éviter les confrontations en cas de crise, moduler leurs attitudes et leurs paroles, se conformer au bon usage des médicaments, de la contention et de l'isolement (recommandation n° 65).

La consignation des événements de violence vécue, les circonstances de la survenue des passages à l'acte participent des soins et de la prévention. Le partage des moyens par des systèmes collectifs et rapides d'intervention, le partage des situations vécues dans un espace de dialogue et de réflexion au sein de l'équipe se conçoit également avec d'autres collègues et une équipe pluridisciplinaire dans le cadre plus large de l'établissement.

CONCLUSION

L'absence de relation linéaire et univoque entre schizophrénie et homicide ne doit pas nous faire occulter les données claires et largement étayées par la littérature scientifique : la schizophrénie constitue un facteur de risque de violence hétéro-agressive dont le paroxysme peut mener à l'homicide, dans des circonstances favorisantes, aux premiers rangs desquelles l'imprégnation alcoolique et la recrudescence symptomatique. La folie du crime n'est pourtant pas synonyme de folie de son auteur, l'infraction folle ne préjugant pas obligatoirement d'un criminel fou. Cet amalgame est ressenti comme une véritable injustice par les patients et leurs proches. Dans les faits, au contraire, les patients schizophrènes sont plus souvent victimes de violences qu'auteurs de celles-ci, du fait de leur vulnérabilité, de leur précarisation et de leurs difficultés d'insertion sociale (27). Dubreucq et al. soulignent la relative faible occurrence des auteurs schizophrènes parmi les individus violents dans la société : « Si l'on était en mesure d'éradiquer la violence due aux malades mentaux, 95 à 97 % des actes de violence continueraient d'être perpétrés (8). » En considérant l'ensemble

des patients souffrant de schizophrénie, 90 % n'ont jamais été violents (7). Lors du colloque singulier avec le patient, le clinicien évaluera les facteurs associés à une éventuelle propension hétéro-agressive, en prenant soin de les recueillir et les partager avec l'équipe soignante. Cette évaluation répétée offrira d'éventuelles possibilités d'anticipation de tels actes, notamment en envisageant la prise en charge spécifique et propre au patient souffrant de schizophrénie.

1- HAS. *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*. 2011. www.has-santé.fr.

2- Garraud, J.P., *Réponses à la dangerosité. Rapport de la mission parlementaire. La documentation française*. 2006.

3- Burgelin, J., *Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive. Rapport de la commission santé-justice*. 2005.

4- FFP, *Fédération Française de Psychiatrie. Recommandations de la commission d'audit. Audition publique « expertise psychiatrique pénale »*. 2007, Paris.

5- Gravier, B., *Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation*. In *Audition publique « Expertise psychiatrique pénale »*, HAS. 2007.

6- Bourgeois, M. and M. Bénézec, *Dangerosité criminologique, psychopathologique et co-morbidité psychiatrique*. *Annales Medico-Psychologiques*, 2001. 159 p. 475-486.

7- Fazel, S., et al., *Schizophrenia and violence : systematic review and meta-analysis*. *PLoS Med*, 2009. 6 (8) : p. e1000120.

8- Dubreucq, J.L., C. Joyal, and F. Millaud, *Risque de violence et troubles mentaux graves*. *Annales Medico-psychologiques*, 2005. 163 (10) : p. 852-865.

9- Fazel, S. and M. Grann, *The population impact of severe mental illness on violent crime*. *Am J Psychiatry*, 2006. 163 (8) : p. 1397-403.

10- Eriksson, A., et al., *Early risk factors for criminal offending in schizophrenia : a 35-year longitudinal cohort study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2011. 46 (9) : p. 925-32.

11- Ran, M.S., et al., *Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2011. 46 (11) : p. 1087-93.

12- Dean, K., et al., *Violence in women with psychosis in the community : prospective study*. *Br J Psychiatry*, 2006. 188 : p. 264-70.

13- Fazel, S. and R. Yu, *Psychotic disorders and repeat offending : systematic review and meta-analysis*. *Schizophr Bull*, 2011. 37 (4) : p. 800-10.

14- Eronen, M., P. Hakola, and J. Tiihonen, *Mental disorders and homicidal behavior in Finland*. *Arch Gen Psychiatry*, 1996. 53 (6) : p. 497-501.

15- Eronen, M., J. Tiihonen, and P. Hakola, *Schizophrenia and homicidal behavior*. *Schizophr Bull*, 1996. 22 (1) : p. 83-9.

16- Eronen, M., *Mental disorders and homicidal behavior in female subjects*. *Am J Psychiatry*, 1995. 152 (8) : p. 1216-8.

17- Fazel, S. and M. Grann, *Psychiatric morbidity among homicide offenders : a Swedish population study*. *Am J Psychiatry*, 2004. 161 (11) : p. 2129-31.

18- Gottlieb, P., G. Gabrielsen, and P. Kramp, *Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983*. *Acta Psychiatr Scand*, 1987. 76 (3) : p. 285-92.

19- Large, M., G. Smith, and O. Nielsen, *The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate : a systematic review and meta-analysis*. *Schizophr Res*, 2009. 112 (1-3) : p. 123-9.

20- Millaud, F. and P. Dubreucq, *Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique*. *Annales Medico-Psychologiques* 2005 (163) : p. 846-851.

21- Fazel, S., et al., *Risk factors for violent crime in Schizophrenia : a national cohort study of 13,806 patients*. *J Clin Psychiatry*, 2009. 70 (3) : p. 362-9.

22- Fazel, S., et al., *Schizophrenia, substance abuse, and violent crime*. *JAMA*, 2009. 301 (19) : p. 2016-23.

23- Elbogen, E.B. and S.C. Johnson, *The intricate link between violence and mental disorder : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Arch Gen Psychiatry*, 2009. 66 (2) : p. 152-61.

24- Erkiran, M., et al., *Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder*. *Addict Behav*, 2006. 31 (10) : p. 1797-805.

25- Nielsen, O.B., et al., *Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002*. *Med J Aust*, 2007. 186 (6) : p. 301-4.

26- Brennan, P.A., S.A. Mednick, and S. Hodgins, *Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort*. *Arch Gen Psychiatry*, 2000. 57 (5) : p. 494-500.

27- Senon, J.-L. and C. Manzanera, *Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale*. *Annales Medico-Psychologiques*, 2006. 164(10) : p. 818-827.

Résumé : La Haute Autorité de santé (HAS) a réalisé une audition publique en décembre 2010 sur la question de la dangerosité psychiatrique, afin de clarifier, à travers une revue critique de la littérature, le rôle des facteurs cliniques dans le risque de passage à l'acte hétéro-agressif chez le sujet souffrant de schizophrénie. Le passage à l'acte hétéro-agressif, dont l'homicide, est associé à des facteurs de risque socio-démographiques (âge jeune, sexe masculin), historiques (antécédents de violence envers autrui), contextuels (événement de vie stressant dans l'année précédant le passage à l'acte) et cliniques (forme paranoïde, symptomatologie psychotique aiguë, mauvaise observance médicamenteuse). Une meilleure identification de ces facteurs chez les patients souffrant de schizophrénie participera à la diminution de leur stigmatisation et à la prévention du passage à l'acte hétéro-agressif, en offrant une prise en charge pluridisciplinaire centrée aussi sur l'abus de substances psycho-actives.

Mots-clés : Alcoolisme – Dangerosité – Étude critique – Facteur de risque – Justice – Passage à l'acte – Prise en charge – Question de société – Schizophrénie – Statistique – Violence – Vulnérabilité.

« J'ai été ensorcelé par

Après un passage à l'acte meurtrier, M. B. est pris en charge en Unité pour malades difficiles. L'équipe soignante procède à une analyse sémiologique de son délire à la lumière du contexte culturel.

M. B., 35 ans, a tué à l'arme blanche une voisine de palier. Placé en détention pendant l'instruction, il tente de se suicider en ingérant de l'eau de Javel. Après une prise en charge au Service médico-psychologique régional du secteur pénitencier (SMPR), il est finalement adressé en Unité pour malades difficiles (UMD). Au fil des entretiens, l'équipe soignante récolte de nombreux éléments sur la vie et les symptômes de ce patient.

UN HOMME ENVOÛTÉ

M. B. est né au Maroc, où, jeune adulte, il exerce la profession de pompier plongeur. Sa future femme, d'origine marocaine, vit en région parisienne. Ils se rencontrent alors qu'elle est en vacances au Maroc. M. B. explique : « Elle a eu le coup de foudre, elle me trouvait beau en uniforme, pour moi c'est venu plus tard. »

Un jour, le manque d'effectif au sein de son bataillon l'amène à plonger seul, en pleine mer, à la recherche d'un cadavre disparu. Il le retrouve à 45 mètres de profondeur, en état de décomposition avancée et alors qu'il le tient à bout de bras, la lampe électrique s'éteint, laissant M. B. dans l'obscurité totale. Pris de panique, il remonte à la surface sans palier, provoquant un accident de décompression qui sera traité par caisson hyperbare.

Rapidement après cet événement, un état dépressif apparaît. Déclaré inapte à la plongée, M. B. est reclassé à un poste

administratif. Le deuil impossible de sa carrière le conduit à quitter définitivement le Maroc et il rejoint son épouse en région parisienne. Le couple a deux garçons. M. B. n'exprime pas de difficulté à endosser son rôle de père. Mais les symptômes de la « dépression » s'aggravent depuis son arrivée en France.

Inquiète, son épouse le conduit chez un guérisseur, qui explique que l'ensemble des phénomènes vécus est imputable à un sort jeté par la mère de sa femme. Ce dont M. B. est convaincu : « Ma belle-mère m'a envoûté par un Djinn (1), pour me mettre des bâtons dans les roues et me provoquer des blocages sexuels. C'était pour que je reste fidèle à ma femme, au motif qu'elle me trouvait trop beau pour rester fidèle, elle m'offrirait des parfums qui sur moi prenaient l'odeur d'excréments. »

Il nie ensuite toute perception olfactive de ces odeurs, mais dit à propos de la façon dont les gens le regardent : « Ils trouvent que je sens mauvais, que je dégage une odeur d'excréments. » On note dans son discours une impression de concernement (2), « toutes les femmes fuyaient du métro quand j'y entrais ».

Il paie au médium plus de 3 000 euros pour ôter le sort, mais celui-ci avoue son impuissance face à cet envoûtement trop ancien. Il conseille à M. B. de divorcer et de s'éloigner de sa belle famille. Le divorce est prononcé, mais les symptômes persistent.

M. B. s'alcoolise régulièrement. Il emménage en banlieue parisienne, où il fait la connaissance de Malika, 81 ans, musulmane pratiquante, habitant quelques étages plus bas. Il trouve refuge chez elle : « C'était comme ma mère », et en

sa compagnie il s'initie à la prière. Le jour de Noël, son ex-épouse lui refuse la garde des enfants. Désabusé, il s'alcoolise puis se rend chez Malika. Mais elle refuse de l'accueillir et tente de le chasser.

« J'AI VU ROUGE »

Tout s'effondre alors pour M. B. : « J'ai vu rouge, c'était un coup de folie, j'ai voulu que tout s'arrête. » Il se saisit d'un couteau et la tue. La police, alertée par une voisine, retrouve M. B. errant dans l'immeuble. Il prétend alors que seul « un autre aurait pu commettre un acte aussi atroce », puis qu'il est « ensorcelé par un Djinn et sous l'emprise d'alcool », et affirme avoir « frappé Malika pour savoir où se trouvait son argent » et « tué le marabout ». Après une garde à vue, M. B. est placé en détention préventive, où il tente de se suicider. Il est alors hospitalisé à l'UMD, où d'emblée le contact avec l'équipe soignante est étrange. Les premiers entretiens médicaux, initialement riches au plan narratif, deviennent vite limités, centrés sur de farouches négociations sur les conditions de son hospitalisation. M. B. exprime une angoisse autour de la « couleur bleue des murs du pavillon rappelant les murs de sa cellule ».

Il est incapable de se saisir des soins psychothérapeutiques. Son fonctionnement intellectuel est rigide, emprunt d'interprétativité avec des idées de préjudices, de toute-puissance, un haut niveau d'exigence, et un fond délirant mêlées de croyances.

M. B. est dans la démonstration d'une altération de son état : il adopte des attitudes théâtrales, met ostensiblement en scène sa perte d'appétit, son état d'incurie..., tout cela matérialisant pour

Marjorie FAURE

Interne en psychiatrie, UMD, CH Montfavet (84).

un Djinn »



© WADO.

lui « *la maladie* », cause d'un « *envoûtement* » par les Djinn qui ont selon lui déclencher la maladie mentale. L'inquiétude du patient à l'approche d'une nouvelle expertise psychiatrique ne cesse d'accroître l'ensemble de ces manifestations. M. B. explique alors clairement sa crainte qu'on ne détecte pas ses troubles. Dans le cadre de l'instruction judiciaire du meurtre, deux experts nationaux évoquent l'abolition totale du discernement et un diagnostic d'une forme « *dissociative* » de psychose paranoïaque.

LE CONTEXTE CULTUREL

À l'UMD, nous tentons d'expliquer l'enchaînement des faits et de procéder à une analyse sémiologique à la lumière du contexte culturel. Plusieurs pistes jouent probablement un rôle dans le déclenchement des troubles.

• L'accident de plongée

La particularité de lieu est intéressante : la mer que M. B. a pourtant l'habitude de sonder, durant de longues heures, avec minutie, à la recherche de corps. Lorsque la lumière s'éteint, les rôles sont inversés : M. B. perd tout contrôle de la situation et la mer, auparavant enveloppante et rassurante, devient menaçante, à l'instar de la mère, ambivalente, avec sa part de danger inhérente à sa condition d'ascendance. L'angoisse de mort émerge, avec à ce moment-là l'éclosion du phénomène interprétatif.

Dans la littérature (3, 4, 5), des études descriptives rapportent l'apparition de symptômes psychiatriques lors d'accident de décompression de plongée, chez des sujets indemnes de toute pathologie psychiatrique. D'autres études expérimentales (6) simulant une décompression brutale chez la souris révèlent des remaniements anatomiques au niveau de l'aire tegmentale ventrale, point de départ de la voie méso-corticale impliquée dans l'origine neurobiologique de la schizophrénie.

• Les Djinn

L'approche culturelle est primordiale dans le cas de M. B., qui a la conviction que toute son histoire est rattachée à un envoûtement et à sa possession par un Djinn. Dans l'islam, les Djinn constituent un monde à part. Selon le théologien Ibn 'Aqîl : « *Ils ont été nommés Djinn à cause de leur faculté à se dissimuler, à se cacher des yeux. C'est ainsi qu'est*

désigné aussi le fœtus dans le ventre de sa mère, et le combattant dans sa cache pendant le combat. » L'essence même du mot arabe Djinn veut donc dire « *caché* ».

Dans le cas de M. B., le lien entre l'origine du mot et son histoire personnelle est matérialisé par sa profession et sa personnalité : il raconte avec délectation son goût pour l'obscurité abyssale des fonds marins qu'il explore religieusement, avec méthode, à la recherche d'un indice cryptique, d'un corps sans vie. Maintes fois encensé pour ses compétences professionnelles, il maîtrise sans faille apparente ce milieu « *cabalistique* ».

Un point essentiel portant sur la genèse du mécanisme interprétatif a été abordé puis infirmé par M. B., à propos des caractéristiques du regard du cadavre. Le corps en état de décomposition avancée et ayant été dégradé par les poissons n'a plus d'œil, M. B. le remonte alors seul, dans l'obscurité la plus totale. Le lien entre force maléfique et abîme est ancré dans la culture arabo-musulmane, M. B. identifie à ce moment précis le début de son envoûtement : « *C'est là que j'ai attrapé le Djinn.* »

• La place manquante du père

Dans le discours du patient, on note une absence totale de figure paternelle. Le travail de pompier plongeur assuré jusqu'alors venait masquer le manque. La perte de cet emploi, où le patient se trouvait en position d'autorité, provoque un effondrement psychique sous la forme d'une dépression. Puis, dans ce système symbolique déjà défaillant, la paternité réelle de M. B. provoque l'élargissement de la faille. Lorsqu'il apprend qu'il va être père, M. B. est face à l'impossibilité de faire référence à ce signifiant paternel, inexistant pour lui et qu'il est censé représenter. La solution mise en place est le délire.

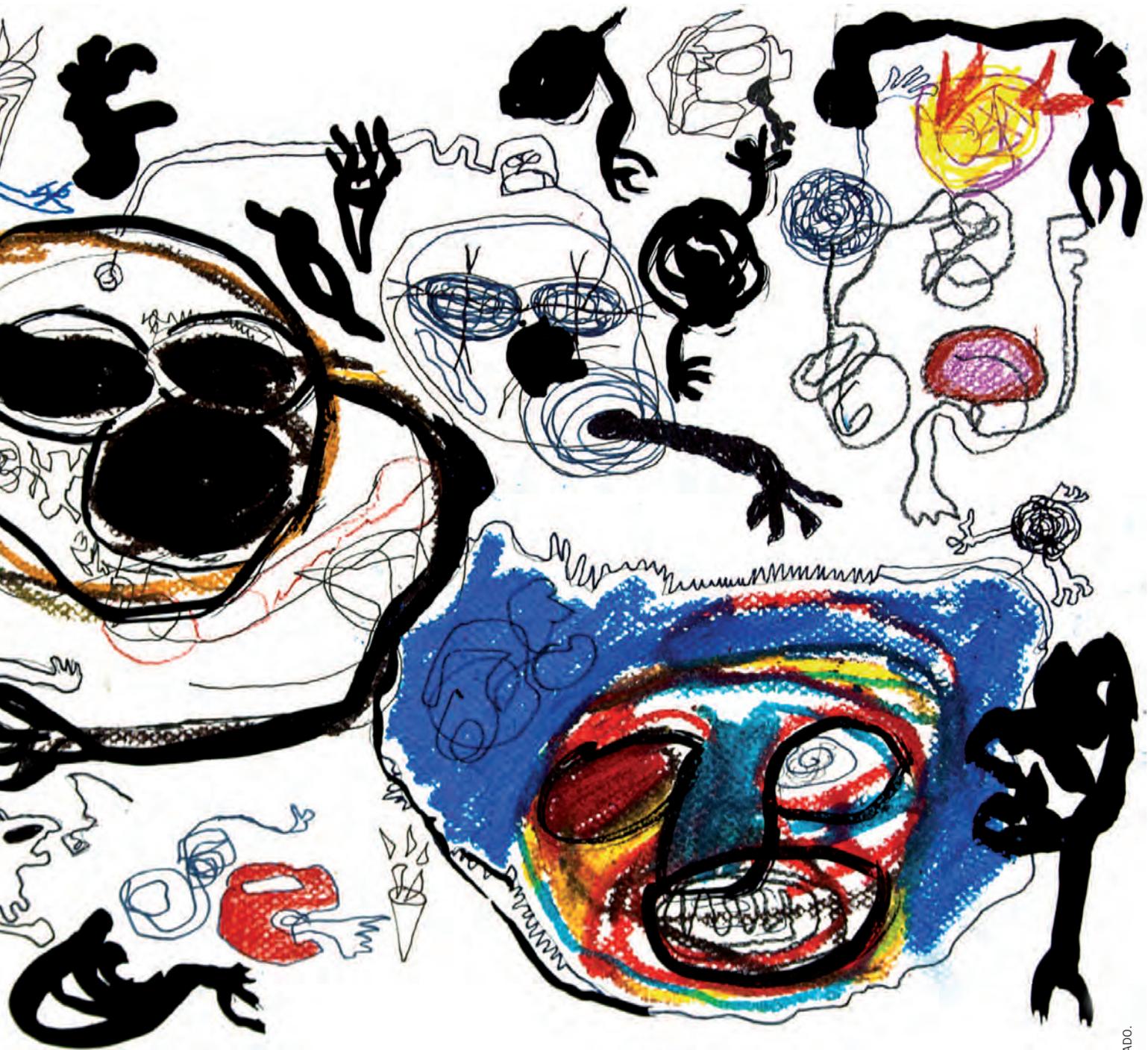
• La coalition maléfique

L'exil en France provoque l'émergence d'un complot sur fond de rites culturels. La belle-mère, jusqu'ici substitut de figure maternelle, devient le mauvais objet maternel dans le psychisme clivé du sujet psychotique : celle qui, toute-puissante, a droit de vie et de mort sur l'enfant soumis.

Mélanie Klein (7) insiste sur la dimension innée de la relation au sein de la mère. L'objet sein apparaît, d'emblée, clivé



en un bon et un mauvais objet. Le bon objet est constitutif du noyau du Moi. La réalité apparaît frustrante pour le nourrisson et les privations inévitables entraînent le sentiment que le sein garde tout pour lui. Le sujet psychotique reste comme bloqué à ce stade conceptuel du sein clivé où les deux moitiés s'excluent l'une l'autre.



© WADO.

La belle-mère endosse le rôle du mauvais objet. Bien qu'originnaire de la même culture que lui, pour M. B., elle devient « *mécréante et abjecte* », reniant la foi musulmane en devenant la main armée du Mal.

Lorsque l'on détaille les événements successifs à l'origine des bouleversements psychiques chez M. B., on s'aperçoit

que la place du mécanisme projectif est majeure. La projection en tant qu'expulsion de soi et localisation sur un objet extérieur, de qualités, désirs, représentations, affects, que le sujet méconnaît en lui, permet la transformation du danger intérieur en danger extérieur (Laplanche et Pontalis [8]). Pour Freud (9), la projection participe à la construction de

l'expérience délirante, et il distingue trois temps : tout d'abord la représentation gênante d'une pulsion interne est supprimée, ensuite le contenu est déformé, puis il fait retour dans le conscient en tant que représentation liée à l'objet externe. Ainsi, au lieu de faire violence de l'intérieur, le projeté devient intolérable par sa résurgence à l'extérieur.

Le cas de M. B. illustre bien le fait que le délire a du sens. On voit bien ici que certains processus, comme la projection et le clivage, sont impliqués dans la transformation de l'expérience intolérable en une idée délirante, à partir de traces brutes de l'expérience écrite dans la psyché. L'objet n'est pas seulement support de projection d'éléments affectifs négatifs, le sujet peut y projeter ses attentes idéales, provenant d'un narcissisme de toute-puissance infantile, le « Moi idéal ». Car « *ce que le sujet projette devant lui comme idéal, est le substitut du narcissisme perdu de son enfance, lorsqu'il était son propre idéal* » (Freud, [9]). L'idéal est porté par l'objet, dont la persécution est le pendant négatif.

LA CONSTRUCTION DÉLIRANTE

L'équipe soignante identifie chez M. B. un fonctionnement psychorigide, orgueilleux, autoritaire. Au décours d'une crise familiale et professionnelle dévastatrice, il se raccroche à un délire, qui, initialement, a fonction de suppléance, puis rapidement est nourri de façon projective jusqu'à son apogée.

Le délire est interprétatif, construit de façon logique et cohérente, à grands moyens d'accumulation de preuves. Ce délire de persécution s'enrichit progressivement, avec en toile de fond des idées de puissance et de grandeur : « *On me traque, je suis un homme important.* » Tout est objet d'interprétation à partir d'un point de départ : la perte d'un point d'ancrage narcissique (emploi), assimilé à une castration, le reste suit : la belle-mère castratrice, la remise en question de la virilité, le regard rejetant des femmes.

Chez chacun, et chez le psychotique en particulier, le délire en tant que « fonction » se nourrit du vécu. Au quotidien, quelle a été la part de conviction renvoyée par l'entourage de M. B. à son délire, mais également son degré de participation à toutes ces constructions ?

Sorti du contexte, on peut se dire que l'élaboration du sujet est entièrement erronée et que le tragique dénouement de cette histoire nous est étranger. Mais quelle serait notre réaction face à pareille situation après un choc et dans un contexte congruent à notre culture ?

L'histoire a connu certains épisodes importants et graves de contagion collective de délire, par exemple des démarches prosélytes semblent s'inscrire dans ces mécanismes de contagion délirante.

Néanmoins, le délire à grande échelle a été moins étudié que celui à deux. Cette « folie à deux » (ou à quelques-uns) indique plusieurs traits nécessaires à la communication de ce délire :

– **ces délires doivent « côtoyer de près une certaine vraisemblance, qu'ils se maintiennent dans les limites du possible, qu'ils reposent sur des faits survenus dans le passé, ou sur des craintes et des espérances conçues pour l'avenir. Cette condition de vraisemblance seule le rend communicable d'un individu à un autre, et permet à la conviction de l'un de s'implanter dans l'esprit de l'autre »** (Lasègue et Farlet, [10]). Ce délire doit se dire sous formes de convictions assurées.

Dans d'autres cas de délires ancrés dans le réel, par exemple ceux qui ont pour objet la jalousie, il est licite de se questionner sur le pouvoir contaminant de telles constructions délirantes, celles-ci pouvant même semer le trouble, et nous questionner nous, soignants, quant au caractère imaginaire ou non de celles-ci.

– **L'histoire délirante doit intéresser celui qui l'entend.** Dans ce récit, M. B. est l'élément cible du mécanisme mais le contexte culturel et religieux englobe plusieurs personnes, toutes susceptibles de partager son point de vue.

– **Les individus concernés partagent le même mode d'existence,** assez longtemps et sans influence extérieure : ici, la famille fonctionne en vase clos, avec peu de relations étrangères au foyer (médium).

– **Celui qui est soumis aux croyances est l'élément actif,** qui impose progressivement son délire au second, comme dans une sorte de contagion. Mais ici, qui impose à qui ? Il est finalement difficile de le savoir, même aujourd'hui. Dans le concept du délire à plusieurs, celui qui « subit » la contagion du délire est moins touché que le premier, et il sort du délire grâce à la séparation d'avec la personne initiant le délire, et la plongée dans un environnement non délirant. Il semble que M. B. ait tenté de « s'extraire » de cette sphère délirante, en quittant sa femme mais le détachement n'a jamais été total et le délire a évolué pour son propre compte. D'autre part, on ne connaît pas aujourd'hui le vécu des autres membres de la famille et leur adhésion à ces constructions.

Certains délirants peuvent avoir des accès de lucidité et ne sont pas forcément dangereux, et certains délires peuvent avoir l'apparence de rationalité. De nos jours, le délire est souvent défini dans son rapport

à la réalité, en opposition avec celle-ci, et à laquelle les sujets « croient ». Il y aurait une réalité externe, intangible, et sur laquelle tout le monde devrait s'accorder. N'est-ce pas une conception totalitaire de la réalité ? Puisque le délire est un phénomène sociétal, comment doit-on considérer les dimensions sociale, culturelle, religieuse, sur la lecture de l'histoire d'un passage à l'acte, en particulier lorsque les psychiatres et psychologues, en leur qualité d'expert ou de clinicien, sont amenés à se poser la question de la responsabilité du sujet par rapport à la loi ?

Le regard sur le fou varie considérablement d'une civilisation à l'autre. De nos jours, le mot « délire » remplace celui de « folie », dans la mesure où l'accent est mis sur le non-respect de la norme. Selon Foucault (11), c'est le savoir médical qui produit les formes de reconnaissance de la folie, et la folie n'est que le miroir qu'une société se tend à elle-même. Elle inspire la crainte, ce qui nous interroge sur le pouvoir coercitif de l'appareil psychiatrique clinique et expertal.

DÉLIRE ET CROYANCE

Les limites entre délire et croyance sont loin d'être univoques, et souvent le délire se nourrit de la croyance. Il s'agit d'une croyance érigée en dogme avec une certitude inébranlable, passionnée. Cette certitude ne permet pas au sujet de reconnaître qu'il délire. L'adhésion totale, la sienne et celle de l'entourage, réelle, amplifiée, ou imaginée, lui donne l'impression qu'il ne délire pas. Le délirant est épris de son délire qui le captive.

La croyance délirante ne reconnaît pas que le délire est une production solitaire élevée au rang de certitude et pose la signification comme évidente et immuable. Le thème s'autonomise, rompant l'accès à l'autre, perdant ainsi toute dimension d'ouverture au monde.

Parfois, on invoque une croyance erronée. Mais la notion d'erreur implique d'introduire celle de vérité dans le délire, comme si délirer signifiait s'écarter d'une vérité et pouvait se lire à l'aune d'une grille sémiologique rationnelle. C'est pourquoi la position du clinicien ne doit pas être celle d'un juge, il ne doit pas chercher à vérifier la véracité des propos. Pour comprendre et aller à la rencontre du patient délirant et porteur d'un bagage personnel, culturel et religieux, le clinicien doit à l'inverse sortir

d'une conception vulgaire de la réalité, et penser la dimension symbolique. Sérieux et Capgras (12) distinguent « une forme expansive ou théomanie, et une forme dépressive ou démonomaniaque suivant que le ciel ou l'enfer intervenaient dans le délire et lui donnait une apparence glorieuse ou abjecte, euphorique ou mélancolique ».

AUTOUR DE L'ACTE

Dans l'Islam, le rassemblement est salvateur, et l'invocation d'Allah est le plus fort moyen de se débarrasser du démon. Or, le soir du drame, Malika, sa voisine, en lui opposant un refus catégorique, le condamne en quelque sorte à jamais, le jetant en pâture au Diable. Elle le rejette, ce qui est inhabituel, et intolérable. Malika, image de la mère auparavant rassurante, devient subitement celle qui rejette et s'octroie le droit de vie ou de mort sur le sujet, le plongeant dans une angoisse insoutenable, laissant entrevoir le vertige de l'écroulement. Comme le souligne Daniel Zagury (13) « la défaillance est demeurée virtuelle, comme effacée par la contre-attaque criminelle ». Et, finalement, il s'agit ici d'un « recours à l'acte », qui représente un effort de survie « un contre-investissement radical dans l'agir d'une situation vécue comme passivante »

Ultime recours devant l'imminence d'un morcellement psychique face à la perte de cet objet maternel, le passage à l'acte s'opère dans un véritable déchaînement pulsionnel, un contexte particulier d'excitation psychomotrice et de désinhibition comportementale créée par l'alcoolisation. Par le biais d'un mécanisme projectif efficace, c'est l'Autre qui, le poussant à bout, transgressant l'ordre établi, court à sa propre perte. Il faut choisir entre « accepter de se dissoudre ou réagir en supprimant celui qui a osé tirer jouissance de sa faiblesse » (13).

RESPONSABILITÉ PÉNALE

Qu'en est-il de la responsabilité morale ou pénale à la lumière de la culture ? Les différentes expertises réalisées sur M. B. se sont prononcées pour une irresponsabilité pénale psychiatrique, avec plusieurs diagnostics évoqués (paranoïa, schizophrénie, paranoïa dissociative). L'une d'entre elle a consacré un chapitre particulier à la dangerosité représenté par le patient.

Si l'on considère que M. B. est atteint de trouble psychotique, comment l'aider à lutter contre le sentiment permanent d'insécurité qui l'envahit, à mettre à distance et à critiquer les constructions rigides élaborées ?

Si tout est décidé et scellé pour lui et contre lui, comment le patient peut-il entrer en thérapie et croire en une quelconque amélioration, lorsque s'opposent deux visions totalement différentes, avec cependant un objectif commun, celui de la guérison ?

La religion musulmane estime que l'Islam aide à la guérison, grâce à de la volonté et de la patience. On imagine alors pouvoir introduire une dimension culturelle dans le soin, au même titre qu'une psychothérapie ou un traitement médicamenteux. Si les différentes thérapeutiques se soldent par des échecs, quelle(s) conséquence(s) peut-on tirer ? Peut-être que le patient n'est pas psychotique, mais ensablé dans des croyances qui présentent des dimensions passionnées, fanatiques, auxquelles aucune thérapie n'a accès. Enfermé dans son temple, le fanatique est prêt à tuer pour la vérité qu'il proclame posséder, et utilise tous les moyens qu'il considère comme légitime pour une fin.

Ici, l'acte criminel commis est le fait d'une pathologie psychotique, chez un individu tentant de trouver une alternative au suicide, mais aussi la solution tragique pour mettre fin à ce qu'il voit comme une

longue machination, dont il a l'impression d'avoir été le jouet jusqu'au bout, et contre laquelle il s'est en vain battu.

1- Dans l'Islam, le Djinn est un être invisible susceptible d'occuper le corps, de contrôler le fonctionnement psychique d'une personne ou d'une famille dans le but d'obtenir une compensation de la part des êtres humains : une offrande, un sacrifice, un autel voire un culte (NDLR).

2- Dans la notion de concernement, le patient se pense comme « partout » l'objet de l'attention de ses semblables. Il se voit au centre des préoccupations de tous, en communication avec tout le monde ou presque. Il est attentif et interprète de multiples signes qui lui confirment son rôle particulier, son destin unique. Il se sent « concerné » par chacun et chacun est « concerné » par lui : c'est le « concernement généralisé », qui aboutit à la centralité psychotique. (d'après Henri Grivois, voir Santé mentale n° 142, novembre 2009, le travail du délire., NDLR).

3- Taipalar A. E. High Pressure Neurological syndrome. Rev Neurol. 2007 Nov 16-30;145(10):631-6.

4- Hopkins R.O. Weaver L.K. Acute psychosis associated with diving. Undersea Hyperb Med. 2001 Fall;28(3):145-8

5- Abraini JH. Evidence for Inert Gas Narcosis Mechanisms in the Occurrence of Psychotic-like Episodes at Pressure Environment. Neuroreport. 1995 Nov 27;6(17):2435-9

6- Stumm G., Geissel H., Wenzel J., Mennel HD. Early and late morphological effects of experimental HPNS-animal model of psychosis? Exp Toxicol Pathol. 2001 Apr;53(1):45-55.

7- Klein M. La psychanalyse des enfants. PUF, 1959.

8- Laplanche J., Pontalis J.-B. Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, 1967.

9- Freud S., Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas paranoïa, Cinq psychanalyses, PUF, 1970, pp. 263-324.

10- Falret J.P., Lasègue C. La folie à deux ou folie communiquée. Archives générales de médecine, 1877.

11- Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1972.

12- Sérieux P., Capgras J. Le surnaturel et les dieux d'après les maladies mentales, essais de théogénie pathologique, PUF, 1946, coll. bibliothèque de philosophie contemporaine.

13- Zagury D., Saint-James G. Le passage à l'acte criminel du paranoïaque, Perspectives psychiatriques, 1990, vol 29 n°21, pp. 32-39.

Résumé : À travers le cas clinique d'un patient d'UMD auteur d'un meurtre, l'auteur, interne en psychiatrie, explore les épisodes qui l'ont mené au passage à l'acte. Se référant aux concepts théoriques, elle propose une analyse sémiologique du délire, à la lumière des éclairages culturels, afin d'engager une prise en charge holistique du patient.

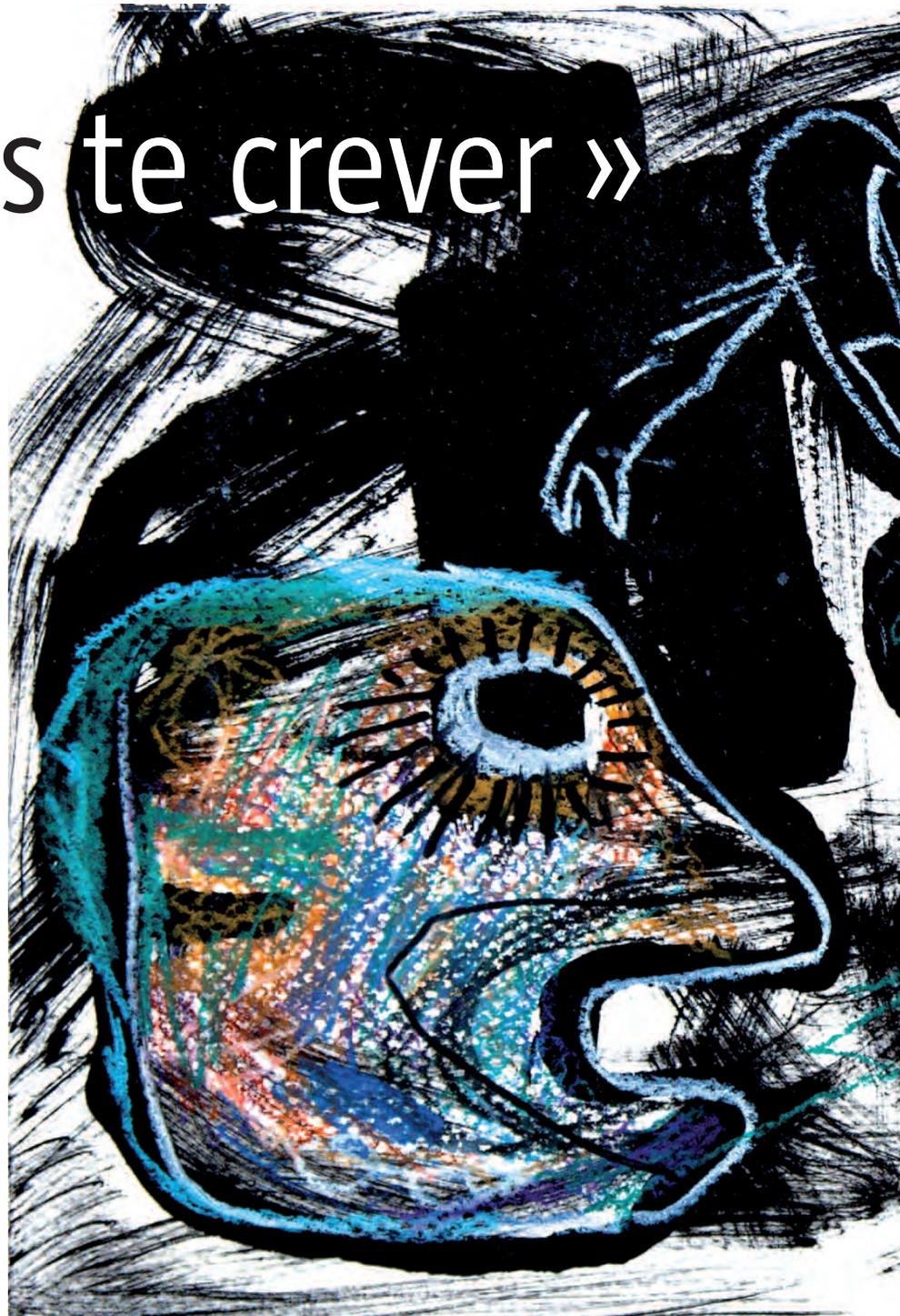
Mots-clés : Cas clinique – Culture d'origine – Délire d'interprétation – Hallucination olfactive – Homicide – Passage à l'acte – Responsabilité pénale – Sorcellerie – Théorie – Unité pour malades difficiles.

« Je vais te crever »

Au cours d'une visite à domicile, Marie est agressée par un patient dont elle est l'infirmière référente. Après le récit des faits, elle nous livre comment elle s'est reconstruite, pas à pas, dans l'après-coup.

■ Où suis-je? Suis-je en train de rêver? De me réveiller? Pourquoi le visage de Robert m'apparaît-il? Quelques secondes pour reprendre conscience sans toutefois me souvenir des détails. Non, je ne rêve pas. Je suis allongée sur le sol du couloir de l'appartement de Robert Cariée (1). Il est debout à mes pieds, l'air surpris. Lui non plus ne semble pas bien comprendre ce qui s'est passé. Quelques secondes pour me dire que c'est grave, qu'il faut que je parte, mais qu'il faut y aller très doucement pour ne pas l'affoler. Quelques secondes pour me souvenir, non pas des détails, mais qu'une séquence s'est déjà écoulée, pour comprendre que j'ai perdu connaissance et que je suis en danger.

Reprendre contact doucement. Je demande donc à Robert de m'aider à me relever. Il me tend aussitôt la main. Pas de précipitation alors même que je n'ai qu'une envie, celle de m'enfuir. Je sais qu'il faut d'abord me mettre à genoux pour savoir



si je vais tenir debout, s'il va tenir le choc. Il se penche et s'approche de moi désespéré : « *Je ne voulais pas te faire de mal, Marie... Je t'en supplie, ne m'en veux pas... Ne dis rien à personne...* » Je l'entends à la fois tout près et à distance. Je n'ai qu'une idée en tête : ficher le camp de cet enfer.

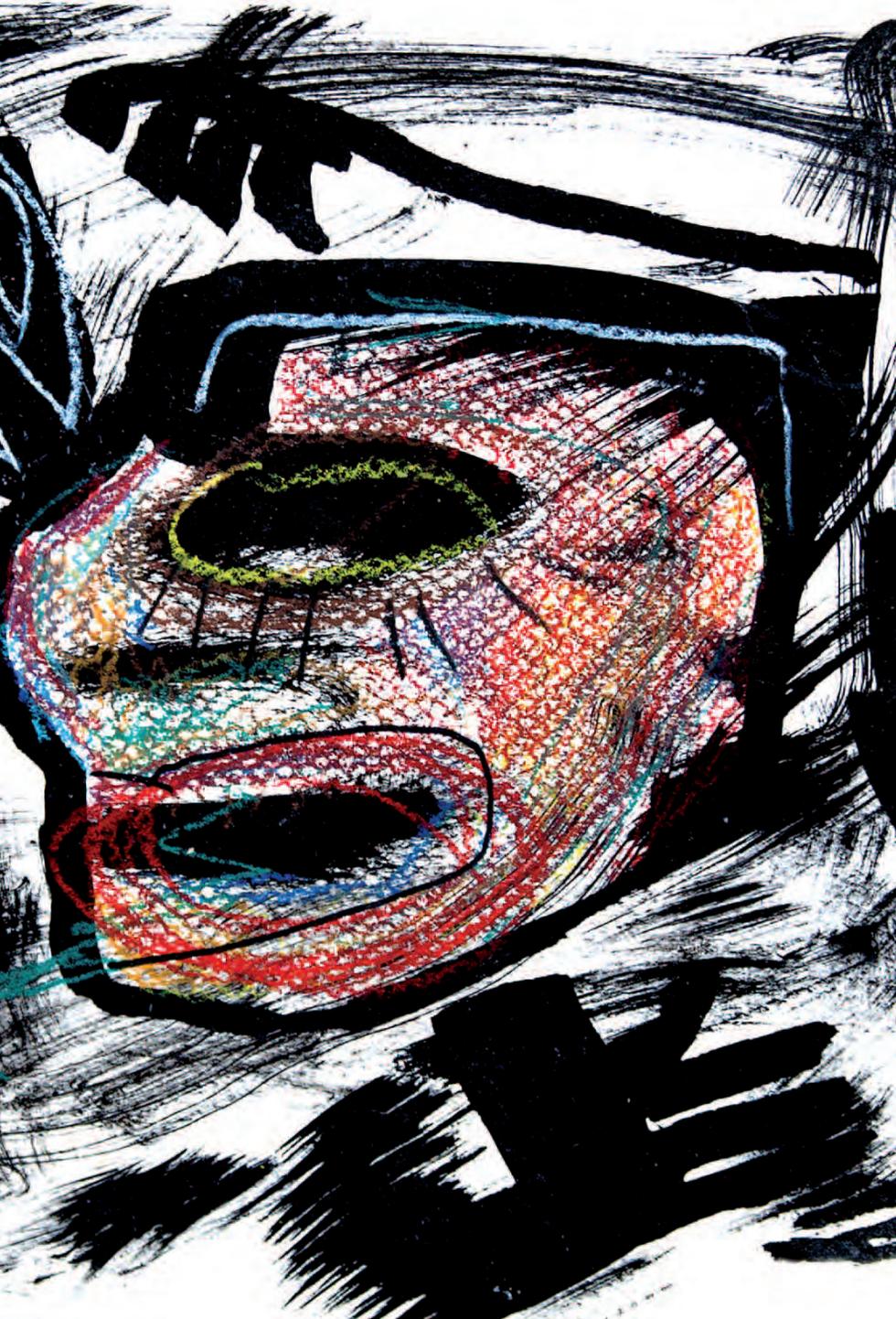
AVANT QUE TOUT SE PRÉCIPITE

La scène précédente me revient par bribes. Début d'entretien calme mais difficile pendant lequel Robert Cariée me jette à la figure sa peur de l'hôpital Marchant

en tournant des frites dans sa poêle. Il touille, il crie, il s'apaise puis il pleure, puis il crie puis s'apaise à nouveau. Assise, j'écoute. Je connais ces moments-là et ce discours-là. Nous savons tous que les visites à domicile commencent souvent ainsi chez Robert Cariée. Aussi le laissons-nous toujours dévider cette complainte. Le ton monte puis redescend, puis monte puis redescend. Les voisins, le tuteur, la police, les soignants, la famille... tout y passe. Robert gesticule puis se calme. Il touille toujours ses frites en parlant ou en vociférant.

Marie RAJABLAT

Infirmière, La Villa, Centre hospitalier Ariège-Couserans, Saint-Liziers (09).



Puis il met le couvert pour deux, s'assoit et m'invite à manger avec lui. Il est 10 h 30 du matin. Assise en face de lui, je lui dis que ma présence ne semble lui servir à rien ce matin, que je n'ai pas faim, mais que je vais rester le temps de son repas, puis vais le laisser se reposer. Nous reparlerons plus tard, s'il le désire, au centre ou au téléphone, comme nous faisons souvent.

Depuis cinq ans, nous venons rendre visite à Robert Cariée, tantôt seul, tantôt à deux. Toujours les mêmes : Anne-Marie, Géraldine, Patrick et moi. Nous

sommes le cercle de ses infirmiers référents. Au CMP, il y a le cercle des autres soignants. D'abord son psychiatre puis tous les autres infirmiers, les autres psychiatres, les secrétaires, les assistantes sociales et la psychologue, qu'il connaît bien aussi. Au gré des consultations médicales ou de son humeur, il « déboule » au centre, pour parler, pour crier ou pour boire un café. Puis il y a aussi ceux de l'hôpital dont il prend des nouvelles régulièrement. À côté de ces cercles soignants, il y a celui de sa famille, celui de ses quelques copains, celui de son tuteur

et de ses voisins. J'avais tout ça en tête et nous en étions là de l'entretien lorsque tout s'est précipité. Robert s'est levé, a recommencé à crier « *Je vais te tuer! Je vais te crever!* » Il a contourné la table, s'est approché de moi et alors que je me levai pour partir, m'a saisi au cou et a commencé à m'étrangler. Je me souviens juste de la pression de ses mains, du combat pour me dégager, du souffle qui m'a manqué, puis j'ai dû m'écrouler.

« JE NE M'EN SORTIRAI PAS... »

« *Je vais m'en aller, Monsieur Cariée, dis-je doucement. Maintenant, ça suffit, je vais partir et nous reparlerons de tout ça plus tard.* » Robert insiste. Il veut que nous nous asseyions, il veut me faire un café, il veut m'offrir une cigarette, il veut... il veut... et moi, je ne veux plus rien d'autre que sortir de ce cauchemar. « *Non, je vais partir Monsieur Cariée. Vous voyez bien qu'il n'est plus temps de parler pour le moment...* » Je n'ai pas fini ma phrase qu'il me saisit à nouveau au cou. Je me débats et hurle au secours tant qu'il en est encore temps. Il serre de plus en plus. Je sens que c'est foutu. Je ne m'en sortirai pas. Je vais crever là, bêtement. Je rassemble mes dernières forces pour tenter d'échapper à l'étreinte. Je tente d'agripper toutes les aspérités de ce mur lisse dont chaque détail devient essentiel.

C'est foutu. Je vais crever là. Très loin, je sens la douleur de mon cou. J'ai du mal à déglutir. L'air m'échappe. C'est foutu. Il crie maintenant que je ne sortirai pas vivante d'ici. S'il me laisse sortir, je vais tout raconter. Je dois me taire. Il serre. Je ne peux plus parler mais me débats toujours. Je finis par atteindre la porte, me hisse à la poignée, réussis à me dégager et à me relever.

Épuisée, debout le long de la porte qu'il barre (il tient le verrou), je tente de tenir la poignée qui me sépare de la vie. Ses yeux croisent les miens. Il est étrangement calme. « *Tu vois ce verrou... Tu ne sortiras pas. Je vais te crever... Si tu sors d'ici, je sais ce que tu vas faire... Tu vas tout raconter à la police... Tu vas*

© WADO.

venir t'asseoir et fumer une cigarette avec moi... Tu vas me promettre que tu ne diras rien... Où que tu ailles, je te retrouverai et je te crèverai... »

J'entends le bruit sec du verrou qu'il ferme en me regardant droit dans les yeux. Je le sais, ma vie va s'arrêter là sur ce « clac ». « *Reviens là-bas, je vais te faire un café...* » Je regarde ce couloir que j'ai eu tant de mal à franchir, je sens qu'il ne me laissera pas partir si je ne reviens pas là-bas. Je n'en peux plus. Combien de temps me reste-t-il ? Mes yeux se posent sur les murs jaunes. C'est foutu.

S'IL ME TUE, IL SE TUE...

La vie est désormais de l'autre côté de cette porte et moi, je vais crever ici, prise au piège. Je vais crever sous les coups de cet homme que je ne reconnais plus. Autant je pouvais à peu près décoder ce que Robert Cariée, psychotique, pouvait me dire et me montrer, autant là, je me sens démunie. J'ai désormais en face de moi un homme traqué, emporté par sa toute-puissance, qui tente le tout pour le tout. À mesure que les minutes s'égrainent, je sais qu'il sait que l'étau se referme sur lui.

Comme s'il n'avait plus rien à perdre, il tente de faire de moi son objet pour garder l'illusion d'avoir encore la maîtrise de la situation. Nous sommes du même côté de la barrière. Nous sommes foutus l'un comme l'autre. S'il me tue, il se tue. Je sens que tout repose sur moi. Je sens que je suis la seule des deux à pouvoir trouver le moyen de nous sortir de ce cauchemar. L'infirmière psy que je suis continue de chercher toutes les issues possibles, les arguments si dérisoires soient-ils pour n'importe quelle autre personne : « *Non, M. Cariée, je dois partir...* » Quelque chose me dit que je ne dois pas plier sous le chantage, que je dois résister, que je dois trouver les mots justes, alors même que je sais que ma vie ne tient qu'à un fil. Illusoire intime conviction à laquelle je m'accroche en refusant de penser à mes enfants et à la vie que je vais quitter malgré moi. La seule image qui s'impose régulièrement à moi est celle des feuilles vert tendre des arbres de l'avenue que je ne reverrai jamais plus. Allez comprendre pourquoi.

Cet autre « corps à corps » m'a semblé durer infiniment longtemps mais, à aucun moment j'ai abdiqué. Je n'ai jamais dit que je me tairai. Je me suis même payé le luxe de feindre la colère pour le retard que Robert occasionnait dans ma tournée

de visites à domicile, notamment celle d'un vieux monsieur qui m'attendait maintenant depuis plus d'une demi-heure. C'est le seul mensonge que je me suis autorisé, qui semble-t-il, a rappelé, à lui tout seul, le cadre thérapeutique de ma visite. C'est cet autre, tout à fait imaginaire, que j'ai introduit qui m'a sauvée. Éberluée, littéralement vidée, sous les cris et la menace, j'ai pris la porte aussi calmement que cela m'était possible, puis l'ascenseur, mis le contact de la voiture et suis rentrée au CMP.

Tel était mon récit deux semaines après les faits. Puis le temps d'après, le temps pour comprendre a commencé...

APRÈS L'AGRESSION

Pour cela, entre autres choses, je voulais revoir mon agresseur. J'en attendais beaucoup pour toutes sortes de raisons personnelles et professionnelles. Environ un mois plus tard, je l'ai revu. Sur un plan personnel, j'avais besoin d'analyser ce qui s'était joué dans cette séquence de soin. Que c'était-il passé ce jour-là, pour que cet homme, qui n'avait jamais agressé physiquement qui que ce soit, passe à l'acte aussi violemment sur moi ? Comment se faisait-il que, cette fois-là, mon discours et ma manière d'être n'avaient pas été suffisamment contenant ? À qui s'adressait cette attaque ? Pourquoi me l'avait-il adressée à moi ? Sur un plan professionnel, je voulais provoquer la réflexion là où, d'ordinaire l'horreur plombe la pensée et impose le silence.

En effet, ce type d'accident est rarement repris par les protagonistes et l'institution. La plupart du temps, ni les motivations du patient, aussi délirantes soient-elles, ni le cadre de soin et ses acteurs ne sont interrogés, comme si l'irruption de l'irreprésentable, la mort de chacun de nous en l'occurrence, sidérait tout le monde. Le patient, réduit à l'état d'agresseur, est isolé dans une chambre spéciale, puis « expédié » en UMD. Lorsqu'il revient, souvent après de longs mois, il n'est pas rare non plus que les soins reprennent dans le même secteur, avec les mêmes acteurs, sans que rien ne soit « parlé », alors que tous ne pensent qu'à « ça ».

Dans beaucoup de cas, le soignant blessé lui aussi est isolé par le silence qui entoure l'affaire. Pour preuve, il a fallu que le Service qualité « ponde », il y a quelques années, un protocole de prise en charge des personnels accidentés afin de leur ouvrir un espace de parole.

Mais cet espace, même s'il est organisé par l'institution, reste individuel. Tout comme le patient, le soignant est renvoyé à lui-même. Il est sans doute trop monstrueux de penser qu'un homme ou une femme dont la fonction est de soigner se fasse attaquer par celui ou celle qu'il tente d'aider, d'accompagner ou de panser. Le patient est fou, son acte en est une preuve.

Le soignant, quant à lui, n'est peut-être pas aussi « net » que ça. Au fond, il a bien dû faire quelque chose qui provoque une telle avalanche de violence sur lui. Du coup, l'un et l'autre deviennent à leur tour monstrueux, intouchables parmi les intouchables et soustraits, plus ou moins longtemps, au regard et à la pensée de l'institution tout entière.

SE LAISSER « PORTER »

Dans l'histoire qui nous est arrivée à M. Cariée et moi-même, l'institution ne s'est pas défilée, loin de là. Au CMP, mes collègues n'ont pas eu à se référer au fameux protocole. Aucun d'eux n'y a même pensé. Dès mon retour de visite, ils ont pris le relais, chacun à leur manière, les hommes autour du patient, les femmes autour de moi. Michel a immédiatement alerté l'hôpital et organisé l'hospitalisation de M. Cariée, avec deux de nos collègues psychiatres (dont un s'est déplacé alors qu'il était en vacances), le Samu et la police. Pendant ce temps-là, Christine, Bernadette, Armelle et Lydia étaient autour de moi, me « trimbalant » l'une ou l'autre chez le médecin, en radiologie, chez le pharmacien, à l'hôtel de police... et j'en oublie. Dès le lendemain matin, un des psychiatres s'est mis à ma disposition pour que je puisse parler de cette visite. Je me suis laissée porter par eux tous, d'une part, parce que j'étais littéralement vidée de toute énergie, d'autre part, parce que je sentais à quel point il était important pour eux de pouvoir agir là où ils n'avaient rien pu faire auparavant. Pendant les quelques jours d'arrêt de travail que j'ai pris, le téléphone a sonné régulièrement, tissant autour de moi une enveloppe douce et fraternelle. La nouvelle s'est répandue comme une traînée de poudre à travers l'hôpital et bien au-delà, *via* internet. Si par moments cette sollicitude a pu me peser, elle m'a par ailleurs beaucoup soutenue.

Cette « aventure » individuelle est devenue collective. L'institution dans son ensemble a réagi, des personnels d'entretien

et de maintenance aux directeurs, en passant par l'ensemble du corps infirmier, médical et paramédical.

Que je le veuille ou non, je ne suis pas une infirmière *lambda*. Qu'une histoire pareille soit arrivée à la « figure publique » que je représente pour beaucoup, tant dans l'hôpital que dans le petit milieu de la psy, soulève pour chacun un certain nombre de questions. Nous tous, surtout les dits « intellos » de la profession, qui pensons toujours rapidement que la violence dans les soins est liée à un manque de professionnalisme et/ou à des dys-

le pas et moi, je dégouline de trouille. Enfin, j'atteins le poste de soin et la salle de repos. Ils sont là. Les uns me touchent, les autres me posent des questions. Le moment est capital, pour moi, pour eux, pour nous.

Ensemble, nous allons essayer de comprendre. D'abord seuls, le chef de service, psychiatre référent de M. Cariée et moi-même, préparons l'entretien. En premier lieu, il s'assure de mon état, de ce que j'attends de cette entrevue et imagine avec moi tous les cas de figure : M. Cariée peut refuser de nous rencontrer alors

ces rendez-vous. Il n'était pas rare d'ailleurs que M. Cariée téléphone à son médecin après notre passage pour s'excuser de n'être pas venu et pour faire le point d'ici le lundi suivant où il promettait de venir.

Par ailleurs, nous reprenons en supervision différentes séquences de soin, chacun racontant ses difficultés propres et la peur commune qu'un jour il s'en prenne à lui-même. En dehors de moi, tous l'avaient connu à l'hôpital et se souvenaient de scènes terribles où il se fracassait le crâne contre les murs. C'est ainsi que nous



Nous, les infirmiers, nous sommes sur le front de la tourmente que déchaîne le chaos psychique, huit ou douze heures par jour et, le voudrions-nous, que nous ne pourrions pas rester indifférents.

fonctionnements institutionnels, nous sommes bien obligés de revoir notre copie. Ce qui est déroutant, voire angoissant pour tout soignant dans une histoire pareille, c'est que nous pensions régulièrement autour de M. Cariée, qu'un certain nombre de risques étaient soupesés et que des précautions nous semblaient avoir été prises. Nous redécouvrons, une fois de plus, que nous pouvons bien essayer de penser un maximum de choses, il reste toujours une part qui nous échappe. Et c'est bien la raison pour laquelle il est important de continuer à réfléchir.

LE TEMPS POUR COMPRENDRE

La veille de mon rendez-vous avec M. Cariée, je n'ai pas dormi. De nouveau, les images de cette VAD d'enfer défilent sous mes yeux. Je ferme à doubles tours tous les verrous de mon appartement et me tapis sous la couette, la terreur visée au ventre.

Mardi matin, Hôpital Larrey, 4^e étage, 9h30. J'ai beau avoir demandé à rencontrer M. Cariée, savoir que c'est essentiel, l'angoisse menace de me submerger si je pense trop fort qu'il est là, derrière un de ces murs qui me séparent des chambres. Je salue à peine les collègues dans les parties communes tant je suis terrorisée à l'idée qu'il surgisse de je ne sais où et me saute à la gorge. Le couloir n'en finit pas. Un homme passe à côté de moi en criant sans même me voir, une femme déambule les yeux dans le vague, en traînant

même que depuis la semaine dernière il demande à m'écrire. Il peut ne rien dire comme il peut nier les faits. Il peut se répandre en excuses comme en vociférations délirantes. L'entretien peut être incohérent et décousu comme il peut être extrêmement constructif. Il envisage ensuite la forme : « *En dehors de nous deux, qui voulez-vous de vos collègues ?* » Je choisis Évelyne avec qui je venais de discuter quelques minutes auparavant. Agressée très violemment il y a quelques années, elle n'avait pas pu exiger ce type de rencontre avec son agresseur alors que cela l'aurait aidée. Elle aussi attend beaucoup de cet entretien. À son tour, elle choisit un autre collègue : Patrice. Tous les quatre réunis, nous avons bordé le contour de l'entretien puis sommes allés chercher M. Cariée jusqu'à sa chambre pour ensuite l'accompagner jusqu'au bureau médical.

Vous vous direz peut-être qu'il était bien temps de penser aussi précisément les soins autour de M. Cariée. Détrompez-vous. Depuis plusieurs mois, nous élaborions sérieusement cette prise en charge. Même si les réunions hebdomadaires avec le psychiatre de M. Cariée laissaient beaucoup de nos questions sans réponse, nous continuions à l'interpeller et à lui demander de l'aide. De son côté, il réservait à ce patient un espace de consultation chaque lundi, que celui-ci s'y présente ou pas. À chaque entretien, que ce soit au CMP ou au domicile, nous rappelions

avons accepté l'idée que nous ne pourrions pas toujours être là pour le protéger de lui-même. Nous croyions tous avoir imaginé le pire sans jamais avoir pensé que ce pire pouvait se retourner contre l'un d'entre nous.

Tous, sauf Michel qui, lors d'une visite à domicile en urgence, avait ressenti ce danger potentiel d'attaque contre lui, alors même qu'il était accompagné de Géraldine, une collègue référente de ce patient. Là encore, il nous semblait que nous avions décortiqué la situation en supervision. Michel, même si M. Cariée le connaissait bien, ne faisait pas partie du cercle des référents, qui venaient au domicile. De plus, il avait tenté de se rendre une semaine auparavant chez lui avec un autre psychiatre (que M. Cariée avait choisi pour quelques semaines) pour négocier le cas échéant une hospitalisation. M. Cariée avait refusé de leur ouvrir. Nous avons fait l'hypothèse que la présence de ces deux hommes avait été trop effrayante.

Depuis des semaines, M. Cariée mettait en scène devant nous ce qu'il vivait. Il passait de la terreur à l'hilarité, de l'effroi à l'indifférence. Sachant que nous ne disposions pas de lit disponible, nous essayions de lui faire accepter une hospitalisation programmée. Nous misions sur ses ressources et la qualité de la relation que nous avions tissée durant toutes ces années. Jamais nous n'allions chez lui sans avoir essayé de le faire venir au CMP. C'est d'ailleurs ce que j'ai fait le mois précédent. Pour nous tous,

la VAD reste l'ultime recours pour garder un lien avec les personnes les plus en difficulté de notre file active. Pour nous tous, que cela plaise ou non à nos tuteurs et à nos administrateurs, le nombre de VAD d'un CMP n'est absolument pas représentatif de l'activité thérapeutique d'une équipe de soin.

LES EXPLICATIONS

« Bonjour Marie, je ne voulais pas te faire de mal... Je t'envoierai un bouquet de cinquante roses », me dit M. Cariée en me serrant la main. Il écoute le psychiatre retracer le suivi thérapeutique de ces dernières années jusqu'à cette VAD qui a provoqué son hospitalisation. Il l'écoute ensuite exposer le but de cet entretien : tenter de comprendre ce qui s'est passé.

Comme nous l'écoutons à notre tour, M. Cariée commence à s'expliquer. Il était persuadé que je venais le voir à la demande de son tuteur pour l'hospitaliser. « Depuis des années il me vole mon argent et l'hospitalisation représente pour lui la meilleure manière de se débarrasser de moi », nous explique-t-il. M. Cariée reprend certaines bribes de notre dernier entretien à domicile et les intègre à son délire. « C'est un peu toi qui as fait monter la mayonnaise. Tu m'as dit qu'il faisait froid chez moi. S'il faisait froid, c'est que je n'avais pas d'argent pour me chauffer parce que le tuteur me vole mes sous. Tu le savais, ça!... » Plus il avance dans la reprise de nos échanges, plus il est clair que ce jour-là, il y avait très peu d'espace, voire pas du tout, entre sa perception d'un monde hostile et la réalité.

S'il ne bouge pas d'un pouce sur cette perception aujourd'hui, il m'écoute à mon tour retracer nos différentes rencontres au CMP et à son domicile. Il me laisse suffisamment d'espace pour évoquer l'état de détresse dans lequel il vit quasi perpétuellement, les angoisses terribles qui l'assaillent et qu'il a partagées plus d'une fois avec nous.

Je cite certaines scènes, certains de ses mots : « C'est vrai, Marie. Je m'en souviens de ce jour-là... » Il s'affaisse un peu sur sa chaise. Tour à tour, le psychiatre, M. Cariée et moi-même échangeons. Nos deux collègues écoutent. Je remémore les moments où j'ai parlé de consultation ou d'hospitalisation pour apaiser ses angoisses et où il se fâchait si fort, en expliquant à mes trois collègues comment il

vivait l'hospitalisation. Là encore, je rapporte ses paroles : « infirmiers-bourreaux », « hôpital-chambre à gaz ». Vécu terrible qui l'empêchait souvent de venir son psychiatre au CMP, symbole de l'institution. M. Cariée s'en souvient le visage douloureux. « Marie, je l'aime. C'est mon infirmière préférée. Je ne voulais pas lui faire de mal. Elle est forte. Elle est partie en Palestine (2), elle a connu la guerre... Elle a payé pour les autres. »

Pour quels autres aurais-je payé? Pour la femme qu'il aurait aimée à 20 ans, qui l'aurait abandonné et qu'il pleure aujourd'hui encore? Pour cette mère dont il dit « c'est une malade mentale comme moi », dont le fantasme incestueux lancinant semble représenter un danger constant, M. Cariée craignant à tout moment de la violer ou d'être violé par elle? Cette mère omniprésente, dont les projets de soin pour le fils étaient toujours très dépendants de ce qu'elle allait en penser? Pour toutes les femmes qui s'en sortent en apparence mieux que les hommes (dans sa fratrie ses deux frères sont « morts de cancer ou de folie » alors que ses quatre sœurs ont réussi à se construire une vie affective et sociale)? Pour ce père, dont il parle rarement, si ce n'est pour évoquer sa force physique passée? Pour les hommes en général, qui l'attirent et le révoltent à la fois? Pour les « psys » en général qui avaient, disait-il, « pouvoir de vie et de mort sur lui »? Pour un de ses psychiatres, en particulier, qu'il croyait avoir contaminé par sa folie lorsqu'il a appris par les journaux qu'il avait tué femme et enfants avant de mettre fin à ses jours? Pour cette équipe de secteur qui continuait, vaille que vaille, à tenter de le soutenir alors qu'il était devenu partout indésirable, que ce soit dans sa famille, dans le quartier, dans l'immeuble ou dans toutes les institutions de la région, à force de semer une terreur sans doute équivalente à la sienne?

Qu'est-ce qui, dans ce monde hostile, représente la plus grande menace pour lui? Les femmes en général? Les hommes? Qui suis-je pour lui? Celle qui l'a « abandonné » six mois et demi en partant en Palestine (alors que nous avions préparé avec lui et mes collègues ce départ, qu'ils en avaient régulièrement parlé pendant mon absence et que nous avions repris tout cela après mon retour)? Celle qui a survécu à la guerre? Celle qui porte en elle une force intérieure phénoménale?

Ou est-ce encore celle qui pose encore et toujours les limites de l'acceptable lorsqu'il « sort du sillon »?

« ROMPRE » LA RELATION

« Marie, je ne voulais pas te tuer. J'aurais pu le faire si j'avais vraiment voulu. J'aurais fait comme ça (il fait le geste) d'une main. Mais je l'ai pas fait. Je ne t'avais jamais fait de mal. Je ne t'ai jamais touchée. » Cherchait-il à savoir jusqu'où sa folie pouvait l'entraîner?

Était-ce sa réponse à nos propositions d'hospitalisation? Trop mal pour accepter de nous suivre à l'hôpital, a-t-il joué sa folie jusqu'à l'extrême pour que nous le fassions d'office? Qu'est ce qui l'a retenu de me tuer? Est-ce la force psychique titanesque que je lui ai opposée pour ne pas me laisser entraîner dans son abîme? Est-ce sa propre force intérieure, tapie dans la part de lui qui ne délirait pas? Est-ce le cadre thérapeutique que je portais en moi? Est-ce tiers imaginaire que j'ai explicitement interposé en désespoir de cause entre lui et moi? « Comment tu vas, toi, Marie? » Je peux rassurer M. Cariée, lui dire que s'il m'a fait mal, il ne m'a pas démolie. Je peux lui dire également que je ne lui en veux pas. Je peux aussi lui expliquer que, comme à chaque fois qu'il a débordé du cadre thérapeutique, j'ai réagi : « L'attaque ayant été grave cette fois-ci, j'ai porté plainte contre vous. » Il me menace mollement de tout raconter à la police des polices, mais continue à écouter ce qui me reste à lui dire pour clore cette séquence.

La relation de soin est désormais rompue entre lui et moi. Pour autant, les soins continuent et d'autres ont pris le relais. Le psychiatre prend la parole à son tour, expliquant les objectifs du transfert en UMD : parler avec une équipe non impliquée de ce qui s'est passé, pour qu'ici, à son retour, les soins puissent être à nouveau pensés.

Les yeux plantés dans les miens, il me dit : « Marie, je sens que je ne reviendrai jamais de Cadillac (l'UMD). Je le sens. » Le médecin parle de l'organisation des soins dans ce type de structure. M. Cariée lui pose des questions puis évoque longuement sa peur de l'hôpital, nous racontant des scènes passées traumatisantes de corps à corps avec des infirmiers dans diverses institutions. Un flot d'images plus terrifiantes les unes que les autres semblent grossir en lui. Tout

son corps s'agite et le ton monte de plus en plus pour devenir hurlant. Sa bouche crache alors des mots qui racontent comment un jour un infirmier l'aurait étranglé pour tenter de le maîtriser. Il hurle la sensation de suffocation, de son cou qui gonfle et de sa tête qui va exploser... Pas un de nous n'a bougé. Nous l'avons tous écouté. Nous l'avons laissé se rasseoir et reprendre son souffle. Un silence intense a ponctué la séquence. De ces silences où l'on referme doucement l'espace d'une séance, où chacun s'interroge sur ce qu'il vient de se passer. Quelle scène vient-il de nous raconter ? « *Voilà, c'est tout* », a-t-il dit au bout d'un moment. Le psychiatre a clos l'entretien après avoir demandé à chacun s'il avait quelque chose à ajouter. Nous nous sommes levés et avons raccompagné M. Cariée jusqu'à sa chambre.

LE TEMPS POUR CONCLURE

Cadrer. Contenir. Voilà sans doute les mots dont on se gargarise le plus en psy. Ce sont, du reste, des mots d'ordre qui séduisent de plus en plus en ce moment. Mais comme souvent, ce n'est pas parce que l'on en parle beaucoup que l'on mesure vraiment ce qu'ils supposent. Rien de moins simple que de contenir, pour nous, soignants, qui pataugeons jour après jour dans des flots d'histoires dites folles où bouillonnent parfois paroles sibyllines, sensations étranges, affects exacerbés, sur fond d'humeurs labiles et de discours diffluents.

D'ailleurs, pour preuve, on contient de plus en plus physiquement comme si ce « contenant » s'était vidé d'une partie de son « contenu ». Je sais, je fais sans doute partie des « penseurs » de la profession. Mais vous ne m'empêcherez

jamais de tourner le sens des mots dans ma tête avant d'écrire. Et non, M. Cariée n'a pas eu ma peau ! Et quand on parle de peau, je pense à Anzieu (3), à son Moi-Peau et ses histoires d'enveloppes psychiques... Bon, j'arrête.

À la suite de cette agression, le Directeur de l'hôpital m'a posé beaucoup de questions sur la fonction infirmière et je l'en remercie. Ne croyez pas que nous soyons toujours très « copains » tous les deux. Nous nous « harponnons » régulièrement dans les différentes instances de l'hôpital. Mais j'ai toujours un profond respect pour ce qu'on appelle un « administratif », lorsqu'il a des interrogations qu'un directeur des soins Infirmiers pourrait lui envier. Plus d'une fois, m'a-t-il dit, il a ressenti un désarroi plus important dans cette catégorie professionnelle, sans pouvoir toujours en comprendre l'origine. Après une histoire comme celle-ci, il s'en approche un peu plus. Je vais tenter de lui expliquer en quoi consiste notre métier. Nous, les infirmiers, nous sommes sur le front de la tourmente que déchaîne le chaos psychique, huit ou douze heures par jour et, le voudrions-nous, que nous ne pourrions pas rester indifférents. C'est d'ailleurs parce que nous ne le sommes pas qu'une relation peut s'établir, avec tous ses aléas, et qu'un espace de travail psychique peut s'ouvrir. Nous sommes là pour contenir un contenu débordant et tenter d'en faire quelque chose avec la personne débordée, sans nous laisser déborder nous-mêmes.

LE TEMPS DE TOURNER LA PAGE

Aujourd'hui, une page est tournée. J'ai fait en sorte que la part personnelle de cette « aventure » ne m'échappe pas tout en ouvrant un espace collectif de pensée

autour d'un événement comme celui-ci. Cette histoire n'a pas interrompu le cours de ma vie. J'ai juste fait une halte. Je suis dans les soins la même que je suis dans la vie. J'aime les gens. Je m'intéresse à leur monde et je ne sais pas faire autrement que de m'approcher, de me pencher pour mieux regarder et mieux écouter. Je vais donc continuer mon chemin sans oublier pour autant ce qui s'est passé. Encore une fois, merci à tous.

1- Les noms ont été modifiés. Cette histoire clinique a pour cadre le CHS Gérard-Marchant à Toulouse, où l'auteur exerçait alors comme infirmière spécialisée en psychiatrie. Elle travaille aujourd'hui à La Villa, Unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents (voir le Monde de Bécassine, p. 12).

2- En 2002, Marie Rajablat a été responsable de mission de Médecins du monde dans les Territoires occupés palestiniens, chargée d'installer un programme de santé mentale en particulier à Naplouse.

3- En 1974, Didier Anzieu publie dans la Nouvelle Revue de Psychanalyse un article intitulé *Le Moi-peau puis en 1985 sous le même titre un livre où il propose la théorie des fonctions du Moi-peau* (Dunod, dernière éd. 1995) : *la peau est l'enveloppe du corps, tout comme le Moi tend à envelopper l'appareil psychique. De ce point de vue, les structures et fonctions de la peau fournissent aux psychanalystes et aux psychologues des analogies fécondes pour les guider dans leurs réflexions et leurs techniques. Le Moi-peau apparaît comme un concept opératoire précisant l'étayage du moi sur la peau et impliquant une homologie entre les fonctions du moi et celles de notre enveloppe corporelle (limiter, contenir, organiser).*

Résumé : Dans le cadre d'une visite à domicile auprès d'un patient psychotique qu'elle connaît bien, l'auteure, infirmière, est violemment agressée par ce dernier. Elle raconte cette agression puis les moments qui ont suivi ce passage à l'acte. Une rencontre avec l'agresseur permet de recueillir ses explications et de mettre fin à la relation puis différentes étapes sont nécessaires pour comprendre, se reconstruire avec un étayage des collègues et de l'institution.

Mots-clés : Agresseur – Analyse de la pratique – Après-coup – Équipe pluridisciplinaire – Holding – Infirmier de secteur psychiatrique – Malade mental – Passage à l'acte – Projection – Relation soignant soigné – Témoignage – Visite à domicile.

Prévenir la violence en

Avec les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles de l'humeur, la prévention et la réduction de la violence doivent s'appuyer sur des recommandations issues d'une clinique rigoureuse, étayée par la formation, la supervision et un dépistage des signes d'appel.



psychiatrie



La pression sociale et politique pour contrôler la violence des malades mentaux est très importante. En quelques décennies, la société est passée d'une préoccupation pour le respect des droits civiques des patients à une demande pressante d'assurer une meilleure protection du public (1). S'il est déraisonnable de s'attendre à une prédiction parfaite du risque de violence et à la mise en place de mesures de prévention infaillibles, il est légitime de vouloir réduire le risque en utilisant l'ensemble des mesures reconnues. Celles-ci reposent sur des données provenant à la fois de la recherche et de l'expérience clinique. Nous proposons d'en dégager des principes cliniques susceptibles de contribuer à la mise en place d'une meilleure prévention de la violence chez les adultes souffrant de schizophrénie ou de troubles de l'humeur.

Ces principes sont à la fois reliés à l'évaluation du risque de violence et à la réduction du risque identifié. Sans reprendre dans le menu détail les textes que nous avons déjà publiés à ce sujet, voici quelques points d'ancrage pouvant orienter l'organisation des soins vers une meilleure prévention de la violence de personnes souffrant de troubles mentaux graves.

DEUX GRANDS PRINCIPES

- **Départager ce qui appartient à la psychiatrie et à la société (2).**

En matière de prévention de la violence, il ne faut pas négliger l'existence d'un conflit de valeur au sein de la profession médicale entre, d'une part, le respect de l'autonomie du patient et d'autre part la prise en compte du droit du public à vivre en sécurité. Il y a donc une nécessité de lever, s'il y a lieu, les objections éthiques des équipes

de soins. Beaucoup de cliniciens se sentent mal à l'aise face au risque de violence parce qu'ils pensent que cela les amènera inévitablement à devoir choisir entre le respect des libertés individuelles de leur patient et la protection du public.

Sans négliger les écueils d'une dérive idéologique vers le contrôle social, il est bon de rappeler que la gestion du risque fait partie intégrante de la pratique de la médecine (risque cardio-vasculaire et hypertension artérielle par exemple). Le plus souvent ce risque concerne le patient lui-même mais cela peut aussi impliquer des tiers comme dans le cas d'un risque infectieux ou d'une inaptitude médicale à la conduite d'un véhicule. Travailler à la réduction du risque de violence, c'est accomplir un acte éminemment médical. Refuser de mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de prévention, c'est au contraire exposer les patients concernés à des conséquences désastreuses tant pour leurs victimes que pour eux-mêmes et pour l'image publique de l'ensemble des personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

En tant que profession médicale, il est de notre responsabilité de pouvoir répondre aux deux questions suivantes : quel est le risque associé à une situation clinique donnée et comment le réduire. En revanche, savoir si le risque résiduel est acceptable pour une société ne relève pas de la compétence psychiatrique. En effet, des considérations philosophiques, sociales, politiques et juridiques sont à prendre compte. Se prononcer en tant que société est d'autant plus difficile que les différentes professions impliquées dans la violence ont nécessairement des représentations différentes des situations à risque et tendent à ignorer mutuellement les contraintes professionnelles de chacune (3). Cela s'accompagne souvent d'une incompréhension réciproque qu'il est urgent de dépasser par un débat serein.

- **S'appuyer sur les connaissances scientifiques récentes en les intégrant à un processus de soins individualisé.**

Le jugement clinique a souvent été estimé peu fiable à la suite de travaux démontrant

Jean-Luc DUBREUCQ*,
Frédéric MILLAUD**

Psychiatres, *Professeur agrégé de clinique,
**Professeur titulaire de clinique, Institut
Philippe-Pinel de Montréal, Université de Montréal.

que les prédictions basées sur cette méthode ne dépassaient guère le hasard (4, 5). Les cliniciens ont en effet tendance à mettre davantage l'accent sur les facteurs intrapsychiques et à négliger les autres facteurs impliqués dans la violence. Cette situation n'est pas sans rappeler ce qui s'est passé en matière de prévention du risque suicidaire. Dans ce contexte, les cliniciens ont dû élargir leur angle de vue habituel et prendre aussi en compte, à côté des facteurs reconnus par l'expérience clinique, ceux validés par la recherche.

De même, en matière de risque de violence, l'évaluation clinique usuelle est améliorable. Cela suppose non seulement de bonnes connaissances des travaux de recherche mais également de la finesse clinique pour mettre en perspective ces travaux avec la réalité singulière du patient, sans simplification excessive (6, 7, 8, 9, 10). En effet, en pratique clinique, la violence ne résulte pas d'une addition de facteurs selon un modèle linéaire de cause à effet. Au contraire, elle résulte d'une combinaison de variables dont l'importance évolue en fonction du profil clinique dans laquelle elle s'insère. Des facteurs identiques peuvent donc interagir de façon différente pour chaque personne et n'être significatif qu'en présence d'autres facteurs ou au contraire être neutralisés par d'autres éléments. Le clinicien, après avoir identifié et soupesé chaque facteur de risque et chaque facteur de protection, devra déterminer la combinaison des variables les plus importantes dans le cas particulier de son patient puis exercer son jugement pour déterminer le niveau de risque et les mesures à prendre pour le réduire.

ÉVALUATION AU PREMIER CONTACT

- **Rester à l'affût des biais possibles.**

La part d'incertitude reliée à l'évaluation (11) du risque de violence et la composante émotionnelle associée à tout danger exposent le clinicien aux écueils de la surestimation ou au contraire de la sous-estimation du risque (12). Une erreur fréquente est de privilégier les informations négatives au détriment des données positives mais l'inverse peut aussi se produire, en particulier avec un patient au style relationnel sympathique. D'une façon plus générale, les idées préconçues (par exemple celles selon lesquelles les femmes sont moins violentes que les

hommes ou qu'il faut à tout prix préserver l'alliance thérapeutique) et les schémas d'interprétation des données cliniques peuvent aussi perturber le processus évaluatif au point que le clinicien recherche davantage la confirmation de ses convictions que la poursuite d'une démarche évaluative rigoureuse (13).

L'absence d'antécédents de violence n'est pas une garantie d'absence de risque. Certes, la tâche du clinicien est plus facile lorsqu'il y a des antécédents de violence car il est alors possible, en examinant soigneusement les comportements violents passés, de mettre en évidence un pattern menant à la violence. Cependant, l'évaluation du risque ne se résume pas à la recherche d'antécédents même si celle-ci est utile (6). Il faut rester vigilant lorsque certains éléments sont présents, particulièrement des comportements inquiétants ou des symptômes psychotiques de persécution, d'influence et de grandeur associés ou non à d'autres éléments comme l'absence de support social, des conflits avec la famille, l'arrêt du traitement ou du suivi, la prise d'alcool ou de drogues...

- **Tout examen clinique doit aborder systématiquement la question de la violence,** même si le patient n'en parle pas spontanément. Comme pour le risque de suicide, le sujet de la violence doit devenir une question de routine, abordée directement et simplement. Une façon commode est d'introduire le questionnaire en se préoccupant de savoir si le patient a déjà été victime de violence. En plus de nous renseigner sur la victimisation, cela crée un climat d'authenticité. Par la suite, on peut plus aisément demander au patient s'il lui arrive de s'emporter et, si oui, dans quelles circonstances, de quelle façon, qui en est la cible, avec quelles conséquences, y a-t-il un usage d'alcool ou de drogue, quelle est l'adhésion au traitement prescrit le cas échéant, y a-t-il des regrets, quels facteurs aident au contrôle du comportement... Il est aussi important de rechercher la présence d'une escalade dans les comportements ou les menaces de violence.

- **L'association des trois facteurs de risque suivants peut servir de point d'appel pour une évaluation plus approfondie (14) :**
 - Antécédents de violence et de comportements impulsifs (violence lors d'hospitalisations antérieures, crimes contre la

personne, agressions sexuelles, destruction de biens, tentative de suicide, conduite automobile dangereuse, dépenses impulsives, faible maîtrise de soi, incapacité à respecter ses engagements...);

- Trouble mental sévère (troubles psychotiques, troubles de l'humeur);
- Antécédents ou consommation d'alcool/ drogues.

ÉVALUATION APPROFONDIE

- **Avoir plusieurs sources d'information et d'observation du comportement :** patient, dossier antérieur, famille, médecin traitant, entourage significatif, équipe soignante... L'insuffisance ou la mauvaise qualité des renseignements favorise les conclusions hâtives et les décisions erronées. Il est nécessaire de vérifier la fiabilité de l'information recueillie et de la mettre en contexte pour bien saisir la signification des données. De plus, la multiplication des sources d'information permet de tenir compte du fait que le patient peut minimiser son potentiel de violence. À ce titre, il est utile de repérer les écarts entre le comportement rapporté par le patient et ceux observés par l'entourage ou le personnel soignant. Se souvenir aussi qu'un comportement violent lors d'une précédente hospitalisation représente un risque significatif, d'où l'utilité de lire le dossier antérieur ou de contacter l'ancienne équipe traitante s'il y a lieu. Enfin, les proches du patient, au demeurant plus susceptibles d'être la cible des comportements violents, doivent être impliqués dans l'identification des situations à risque.

- **Faire un examen longitudinal du passé du patient, de son état clinique actuel et des conditions futures de sa vie dans la société.**

Même si les variables à prendre en considération ne sont pas les mêmes selon qu'on évalue le risque à court terme (ce qui est en général mieux connu des cliniciens) ou à moyen/long terme (ce qui est plus facilement négligé), il faut élargir le champ d'investigation aux :

- facteurs démographiques, jeune, célibataire, pauvreté, désinsertion sociale et professionnelle, classiquement sexe masculin (mais la différence entre les sexes s'estompe lorsqu'il y a présence de troubles mentaux en décompensation aiguë);
- éléments d'histoire personnelle comme l'appartenance à un groupe prônant la

violence, le milieu familial violent, des mauvais traitements durant l'enfance, la fascination pour les armes, idéation et pratiques perverses... ;

- présence d'un trouble de personnalité, en particulier d'une personnalité limite, antisociale ou d'une psychopathie ;
- facteurs liés à la présence de symptômes psychotiques. En premier lieu, délire de persécution, délire de contrôle et hallucinations auditives impérieuses, surtout lorsqu'elles sont associées à des convulsions délirantes (entendre des voix exigeant la mort d'un parent dont le patient est convaincu qu'il est le diable par exemple) ; mais aussi délire de grandeur et délire mystique. Être conscient que la méfiance peut entraîner un hypercontrôle des symptômes psychotiques et qu'ils peuvent alors être minimisés ou cachés par le patient ;
- atteintes neuropsychologiques facilement décelables lors de l'examen clinique et limites intellectuelles ;
- absence d'autocritique concernant la

maladie, l'origine des symptômes, la nécessité d'un traitement et les conséquences de la maladie sur le fonctionnement social ou le risque de violence) ;

- antécédents de mauvaise adhésion au traitement (suivi psychiatrique et médicaments) ;
- probabilité d'exposition future aux facteurs déclencheurs, aux facteurs de stress (conflits familiaux, problèmes professionnels, ruptures relationnelles, décès), à la consommation de drogue ou d'alcool (disponibilité en raison du voisinage, revendeurs persuasifs), à un problème de logement, à un réseau social chaotique, à la victimisation, aux fugues, à l'arrêt des traitements, etc. ;
- accès aux armes à feu ou acquisition récente, lieu d'entreposage de l'arme ou changement récent de lieu d'entreposage ;
- autres facteurs cliniquement pertinents mais encore à l'étude comme l'alliance thérapeutique, la capacité de mentalisation, la capacité de résoudre des conflits

relationnels, la perception de l'entourage par le patient et la qualité des liens familiaux, le réseau social en dehors de la famille, l'encadrement légal, les ressources thérapeutiques disponibles, etc.

• Répéter l'évaluation du risque.

Les cliniciens reprochent à juste titre le caractère immuable de certaines évaluations du risque de violence (échelles actuarielles) et mettent en l'avant la nécessité de prendre en compte des facteurs cliniques et situationnels susceptibles d'évoluer. Toutefois si l'évaluation n'est pas répétée, le clinicien transforme à son insu ces facteurs dynamiques en facteurs statiques. Le risque de violence doit être régulièrement considéré. Tout patient suivi en externe devrait être réévalué à chaque visite.

• Un plan de soins cohérent.

Une évaluation globale permet de dégager les facteurs de violence les plus significatifs et une compréhension individualisée des besoins d'un patient se trouvant dans une situation clinique spécifique en interaction avec un environnement particulier (hôpital, famille ou autre). Cette compréhension des besoins permet de mettre en place un plan d'intervention pour assurer des soins de qualité à un malade souvent difficile. Le plan, développé en impliquant le patient, doit être pragmatique et mis par écrit afin d'être aisément partagé par l'ensemble des personnes concernées. Si la sécurité des proches est menacée, un retrait de la famille est à envisager.

Quinze recommandations cliniques

1. Évaluer le risque de violence associé à une situation clinique et mettre en œuvre les moyens disponibles pour le réduire fait partie de l'exercice de la psychiatrie.
2. Intégrer les connaissances scientifiques récentes à un processus de soins individualisés.
3. Suivre une démarche rigoureuse pour réduire les biais de surestimation ou de sous-estimation du potentiel de violence.
4. L'absence d'antécédents de violence ne signifie pas une absence de risque.
5. Tout examen clinique devrait aborder systématiquement le risque de violence.
6. L'association d'antécédents de violence ou de comportements impulsifs, d'un trouble mental sévère et d'un problème de consommation d'alcool ou de drogues, est un point d'appel pour une évaluation plus approfondie.
7. Disposer de plusieurs sources d'information et d'observation du comportement du patient.
8. Faire un examen longitudinal du passé, du présent et des projets futurs du patient en étant attentif, entre autres, aux idées, de persécution, de contrôle et de grandeur, aux hallucinations auditives impératives, à la présence d'une personnalité psychopathique sous-jacente, à des atteintes cognitives, à l'arrêt des traitements et du suivi, à des projets irréalisables, à l'exposition à des facteurs déstabilisants et à l'absence de soutien social.
9. Répéter à chaque visite l'évaluation du risque en fonction des variations de l'état clinique et des facteurs situationnels.
10. Mettre en place un plan de soins cohérent et pragmatique. Penser à la sécurité des proches et prévoir le cas échéant un retrait de la famille.
11. Tenir compte des situations institutionnelles pouvant contribuer au risque de violence intrahospitalière.
12. Être vigilant aux contre-réactions de l'équipe, favoriser le dialogue entre les soignants, adopter des outils communs d'observation.
13. Réintégrer le patient dans la société par étapes, assurer un suivi plus étroit durant les premiers mois, avoir une bonne communication entre toutes les personnes concernées, agir rapidement et de façon proportionnée au risque en cas de signes d'alerte, réévaluer le plan de soins au moins tous les six mois.
14. Aménager les lieux de soins avec un souci de la sécurité et former le personnel à l'intervention lors de situations de violence.
15. Faciliter l'accès à un groupe de pairs pour une discussion de cas ou une deuxième opinion.

L'INSTITUTION

• Certaines situations institutionnelles contribuent au risque de violence durant l'hospitalisation (15, 16, 17).

Le début de l'hospitalisation représente un risque de violence plus élevé et donc les unités de soins à court terme sont plus à risque en raison de l'instabilité clinique des patients nouvellement admis. Les situations de trop grande proximité représentent également un risque de surstimulation de patients vulnérables, par exemple l'absence d'intimité en raison d'une architecture inadaptée à la mission soignante ou une trop forte concentration de patients désorganisés sur une même unité ou encore une affluence transitoire de patients dans un espace commun comme cela peut-être le cas lors de la distribution des médicaments ou des repas.

Par ailleurs, des règles trop rigides, des limites floues ou appliquées de façon inconstante, une programmation d'activités insuffisante, un manque de disponibilité et d'écoute de la part du personnel en raison d'un faible ratio infirmières/patients ou d'un manque d'expérience et d'encadrement du personnel soignant augmentent le risque de malentendus pouvant dégénérer en des comportements violents. Toutes les situations allant à l'encontre des attentes du patient tels un refus, une frustration ou une mauvaise nouvelle sont susceptibles de déclencher des comportements violents chez des patients instables. Enfin, il est important de réaliser qu'un patient exclu des soins, en raison d'un comportement difficile ou d'un manque de coopération, peut avant de sombrer dans la rupture sociale (la prison ou la rue), être accueilli par des parents généreux qui devront faire face sans aide spécialisée aux comportements difficiles de leur enfant. Cela se réalise parfois au péril de la sécurité physique et mentale des proches, ce qui est trop souvent négligé.

• Mobiliser les forces thérapeutiques de l'équipe.

Des réponses primitives de défense surgissent dès qu'un groupe fait face de façon répétée aux composantes réelles et imaginaires du danger présenté par un autre groupe. Autoritarisme et attitudes punitives font alors dérailler le processus de soin. Le défi est de construire une équipe assez forte pour contenir les forces de destruction.

Seule l'ouverture d'un espace de dialogue et de réflexion peut créer un environnement thérapeutique et permettre une compréhension de ce qui se passe pour le patient, les soignants et le monde extérieur. Les leaders cliniques ont un rôle crucial à jouer. Leur position est cependant difficile à tenir en raison des inévitables tensions au sujet du risque et des décisions à prendre (18).

Se rassembler autour d'outils communs d'observation de la réalité clinique permet, sans toutefois éliminer la peur et les divergences de perception, de définir un processus de rétablissement par étapes. La réintégration dans la société du patient violent, à l'extérieur ou durant l'hospitalisation, se fait en réduisant progressivement l'encadrement clinique et donc en augmentant par étapes le degré de liberté individuelle. Cette autonomie, pourtant revendiquée, est souvent angoissante.

Chaque transition est susceptible d'augmenter le risque de décompensation. Il est important de documenter les réactions du patient au processus de retour dans la société et de s'assurer du maintien des acquis.

Si le départ de l'hôpital doit être soigneusement préparé, le travail de l'équipe traitante ne s'arrête pas là. La période la plus à risque de rechute violente survenant durant les cinq à six mois suivants le départ, un suivi plus étroit doit être en place tout au long de cette période (7). Maintenir un contact régulier et poser des limites claires, s'inquiéter de la prise de la médication et des rendez-vous manqués, s'assurer s'il y a lieu du maintien de l'abstinence par le dépistage urinaire supervisé, démontrer au patient qu'il est écouté et pris au sérieux, l'aider à résoudre les problèmes, reconnaître les facteurs positifs, sont quelques exemples de ce qui peut-être fait pour contribuer au maintien de la stabilité du patient.

Cependant, le seul suivi des facteurs de risque individuels est insuffisant. Une attention particulière doit aussi être apportée aux éléments systémiques, organisationnels et situationnels. Une communication claire et rapide entre les différents partenaires doit être en place. Il est judicieux de clarifier si nécessaire les enjeux de confidentialité afin que les comportements à risque puissent être communiqués facilement.

En cas de signes d'alerte les mesures prévues doivent être effectivement mises en œuvre. Celles-ci doivent être proportionnées au risque en cause et ne pas fonctionner selon la loi du tout ou rien. Elles peuvent aller de la simple augmentation de la fréquence des visites, du changement de médication, d'emploi ou d'hébergement, à l'hospitalisation de nuit, de jour ou complète, selon les ressources disponibles.

Si la législation en vigueur le permet, le recours à la contrainte peut faciliter la garantie d'un cadre stable et cohérent. Enfin, au moins tous les six mois, il est important de réévaluer le plan de soins avec la participation des personnes clés afin de faire les ajustements nécessaires.

• Se doter d'outils institutionnels pour faire face au risque de violence.

Formation et supervision sont nécessaires pour entraîner les membres de l'équipe à faire face aux scénarios de violence les plus probables dans différents contextes tels les visites à domicile ou l'hospitalisation.

Anticiper le risque en reconnaissant les signes d'une violence imminente, éviter les confrontations en cas de crise, s'entraîner à moduler ses réactions verbales et non verbales, savoir utiliser à bon escient les médicaments et les mesures d'isolement ou de contention s'apprend et nécessite du temps et de l'expérience pour être intégré. En ces temps de restriction budgétaire et de rotation excessive du personnel, ce n'est jamais facile à obtenir et il faut s'assurer d'une solide collaboration des cadres et des administrateurs.

Dans les cas de situations cliniques incertaines ou à haut risque, partager la décision avec d'autres collègues est indispensable. Le moyen le plus aisé est de demander une deuxième opinion mais on peut aussi mettre en place, comme nous l'avons fait à l'Institut Philippe-Pinel, un comité de révision systématique par des pairs des plans de sortie de l'institution, un séminaire bimensuel de discussion des cas difficiles et, pour nos partenaires des autres hôpitaux, une consultation d'évaluation du risque de violence afin de faciliter l'accès à un avis spécialisé pour l'ensemble du réseau.

Enfin, il est important de prévoir un suivi après une agression pour soutenir le personnel impliqué, documenter la fréquence et le type d'agression au sein de l'institution et réévaluer les mesures en place pour prévenir la violence en évitant soigneusement de recourir au blâme (19).

• Sécurité passive et active.

Des services intra ou extra-hospitaliers aménagés en fonction du potentiel de violence des patients reçus (bouton d'appel d'urgence, mobilier de bureau lourd, service fermé, etc.) permettent de contribuer du fait de leur architecture et de leur équipement à une forme de sécurité. Celle-ci est dite passive car elle ne dépend pas de facteurs humains. Elle est nécessaire mais insuffisante et doit être complétée par des mesures de sécurité active reposant sur les compétences du personnel (capacités relationnelles, compréhension du vécu du patient, contact régulier, suivi étroit des signes cliniques d'alerte, etc.). En plus de la formation du personnel clinique aux interventions de crise, à l'encadrement approprié d'un comportement violent et aux mesures d'autoprotection, il est souvent utile de constituer une équipe d'intervention d'urgence formée à répondre immédiatement et de façon proportionnée à une situation

de violence dans un service. À titre d'exemple, à l'institut Philippe-Pinel, nous disposons depuis quarante ans d'une équipe d'intervention d'urgence capable de se rendre en moins de deux minutes dans n'importe quel lieu de l'hôpital pour prêter assistance à l'équipe clinique concernée et contrôler l'épisode de violence. Par ailleurs, tous les membres des équipes cliniques reçoivent une formation intitulée Oméga pour apprendre à gérer les crises de violence tout en assurant leur propre sécurité et celle des patients. Il s'agit de techniques psychologiques et physiques basées sur l'analyse de nombreuses interventions réussies en toute sécurité par des intervenants expérimentés lors de situations de violence. Dans l'intervention enseignée, le recours au contrôle physique est limité autant que possible. Les membres de l'équipe d'intervention d'urgence reçoivent, quant à eux, une formation complémentaire (Oméga +) sur des techniques plus avancées de maîtrise physique (20).

CONCLUSION

Tenter de prévenir la violence exige des soignants de la patience, du dialogue et de la persévérance. La formation du personnel, la supervision des équipes et le partage des décisions entre pairs peuvent contribuer de façon significative à la réduction du risque.

Un dépistage systématique des signes d'appel pour une évaluation plus poussée devrait faire partie de la routine clinique. En effet, des patients dont les comportements sont préoccupants tardent encore à être identifiés alors que des signes d'alerte sont présents. Il est regrettable qu'il faille attendre que ces personnes passent à l'acte pour leur offrir une aide appropriée. Bien qu'il soit illusoire d'espérer abolir la violence, il est possible de la réduire si, à la suite d'un examen de l'ensemble

des facteurs de risque et de protection, un plan d'intervention pratique est instauré de façon concertée et un encadrement clinique rapproché est maintenu au cours des mois suivants le départ de l'hôpital. La mise en place d'une clinique rigoureuse, s'appuyant sur les connaissances scientifiques actuelles et l'utilisation d'outils d'évaluation, sans pour autant mettre de côté l'aspect primordial des facteurs relationnels et institutionnels, représente le défi auquel sont confrontés les cliniciens.

- 1– Conroy MA, Murrie DC, *Forensic assessment of violence risk : a guide for risk assessment and risk management*. Hoboken (New Jersey) : John Wiley and Sons, Inc. ; 2007.
- 2– Maden A. Risk assessment. Dans: Puri B, Treasaden I, rédacteurs. *Psychiatry an Evidence Based Text*. London : Hodder Arnold Publication ; 2010. p. 1239-47.
- 3– Przygodski-Lionet N, Noël Y. Individu dangereux et situations dangereuses: les représentations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison. *Psychologie française* 2004 ; 49 : 409-24.
- 4– Monahan J. *Predicting violent behaviour: an assessment of clinical techniques*. Beverly Hills (CA): Sage Publications ; 1981.
- 5– Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent offenders: appraising and managing risk*. Washington DC: American Psychological Association
- 6– Monahan J, Steadman H. *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago : University of Chicago Press ; 1994.
- 7– Monahan J, Steadman H, Silver E, Appelbaum P, Robbins P, Mulvey E, et al. *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press ; 2001
- 8– Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann. Méd. Psychol.* 2005 ; 163: 852-65.

- 9– Senon JL, Manzanera C, Dubreucq JL, Millaud F. *Violence et troubles mentaux*. In: Senon JL, Lopez G, Cario R, *Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise*. Paris : Dunod ; 2008.p.133-46.
- 10– Millaud F. *Le passage à l'acte*. 2e éd. Masson ; 2009.
- 11– Millaud F, Dubreucq JL. *Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique*. Introduction. *Ann. Méd. Psychol.* 2005 ; 846-51.
12. Mossman D. *Understanding prediction instruments*. In: Simon RI, Gold LH, rédacteurs. *Textbook of forensic psychiatry*. Washington DC : American Psychiatric Publishing ; 2004.p. 501-23.
- 13.– Gilovich T, Griffin D, Kahnemann D. *Heuristics and biases: the psychology of intuitive judgment*. Cambridge ; Cambridge University Press ; 2002.
- 14– Elbogen EB, Johnson SC. *The intricate link between violence and mental disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2009 ; 66(2):152-61
- 15– Nijman HL. *A model of aggression in psychiatric hospitals* *Acta psychiatr. Scand. Suppl.* 2002 ; s412: 142-3.
- 16– Trenoweth S. *Perceiving risk in dangerous situations: risks of violence among mental health inpatients*. *J. Adv nurs*. 2003 ; 42: 278-87.
- 17– Alexander J. *Patient's feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2006 ; 13 (5): 543-53.
- 18– Murphy D. *Risk assessment as collective clinical judgement*. *Criminal behaviour and mental health*. 2002 ; 12: 169-178.
- 19– Clements PT, DeRanieri JT, Clark K, Manno MS, Kuhn DW. *Workplace violence and corporate policy for health care settings*. *Nursing Economics* 2005 ; 23 (3): 119-24.
- 20– Robitaille MJ. *La formation Oméga : apprendre à gérer les crises de violence*. *Objectif prévention*. 1999 ; 22 (4) : 8-9.

Ce texte a déjà été publié par la Haute autorité de santé (HAS) sous le titre *Quelles préconisations cliniques proposer dans l'organisation des soins pour mieux prévenir la violence de personnes présentant une schizophrénie ou un trouble de l'humeur ?*, dans *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur, audition publique, textes des experts*, décembre 2010.

Résumé : La prévention de la violence en psychiatrie doit faire l'objet de processus précis tout au long de l'organisation des soins. En s'appuyant sur des principes généraux éthiques et scientifiques, le clinicien doit évaluer les risques liés au patient, à sa pathologie, à ses antécédents et les comparer aux données de la recherche. Cette évaluation doit être suivie d'un plan de soins cohérent. Par ailleurs, il faut tenir compte du cadre institutionnel et mettre en place des mesures de protection.

Mots-clés : Dangerosité – Évaluation – Facteur de risque – Guide de bonnes pratiques – Passage à l'acte – Pathologie psychiatrique – Plan de soins – Prévention – Question de société – Sécurité.

Chaque mois, le réseau documentaire en santé mentale, Ascodocpsy, nous propose des éléments de bibliographie en lien avec la thématique de notre dossier : « **Le passage à l'acte** ».



© WADO.

Monographies

- **Balier C.** *Psychanalyse des comportements violents*. Paris : Presses Universitaires de France ; 2006.
- **Beaurepaire C De, Benezech M, Kottler C, et al.** *Les dangers de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. Montrouge : John Libbey Eurotext ; 2004.
- **Bessoles P dir. et al.** *Criminalité et récidive : évaluation, clinique, thérapeutique, interculturel*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble ; 2007.
- **Chabert C et al.** *Traité de psychopathologie de l'adulte : psychopathologie des limites*. Paris : Dunod ; 2009.
- **Combalbert N, Bardouil N, Favard AM, et al.** *L'expertise psychocriminologique*. Paris : Armand Colin ; 2010.
- **Dupré F.** *La « solution » du passage à l'acte, le double crime des sœurs Papin*. Toulouse : Privat ; 1984.
- **Guiraud P, Zagury D, et al.** *Les meurtres (dits) immotivés ou la logique du passage à l'acte*. Paris : Forums du Champ lacanien ; 2003.
- **Forget JM.** *L'adolescent face à ses actes... et autres : une clinique de l'acte*. Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2005.
- **Kammerer P.** *Adolescents dans la violence, médiations éducatives et soins psychiques*. Paris : Gallimard ; 2000.
- **Léveillé S Dir., Lefebvre J Dir.** *Le passage à l'acte dans la famille : Perspectives psychologique et sociale*. Québec : Presses de l'Université ; 2011.
- **Millaud F.** *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson ; 2009.
- **Morasz L.** *Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod ; 2002.

- **Raoult PA.** *Le passage à l'acte : entre perversion et psychopathie*. Paris : L'Harmattan ; 2002.
- **Senon JL, Lopez G, Cario R.** *Psychocriminologie*. Paris : Dunod ; 2008.
- **Susini ML.** *L'auteur du crime pervers*. Paris : Fayard ; 2004.
- **Zagury D.** *L'énigme des tueurs en série*. Paris : Plon ; 2008.

Articles de périodiques

- **Abreu E, Silva R de.** *L'agir délinquant : l'appel à un « passe » à l'acte*. J psychol 2004 ; (218) : 51-5.
- **Balier C, Prodolliet B.** *Du sacrifice à la toute-puissance. Les préalables de la relation à l'objet*. Rev fr psychanal 2009 ; 73 (1) : 69-80.
- **Beaurepaire C De, Benezech M.** *Violence et milieu carcéral* Confront psychiatr 2008 ; (47) : 191-217.
- **Bénézech M.** *Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral : Violence en milieu psychiatrique et médical*. Ann méd psychol 2005 ; (163)8 : 632-41.
- **Bonnat JL.** *Certitude anticipée du passage à l'acte*. Evol psychiatr 2007 ; 72(1) : 69-80.
- **Bouchard JP.** *Paranoïa, schizophrénie, délires de persécution et dangerosité*. Soins psychiatr 2010 ; (268) : 38-42.
- **Brelet Foulard F, Bénony H, Marnier JP, et al.** *Passages à l'acte. [dossier]* Psychol clin project 2004 ; (10) : 357 p.
- **Brémaud N.** *Pulsion, fantasme et passage à l'acte dans la schizophrénie*. J Psychol 2004 ; (222) : 56-60.
- **Ciavaldini A.** *Vers une clinique de l'agir*. Ann méd psychol 2004 ; (8) : 664-7.
- **Ciavaldini A, Neau F.** *Psychopathologie psychanalytique du passage à l'acte*. EMC psychiatr 2010 ; (37-510-A-30) : 1-6.

- **Constantini P, Tramoni Constantini MI.** *L'acte et son énigme : entre l'indicible et l'innommable.* *Evol psychiatr* 2009; 74 (2) : 219-36.
- **Couture J.** *Le cadre soignant dans la clinique du passage à l'acte.* *Inf psychiatr* 2006; 82 (2) : 127-31.
- **Gori R, Cahn R, Bourguignon O, et al.** *Le passage à l'acte [dossier].* *Clin méditerran* 1991; (29-30) : 5-148.
- **Harrati S, Vavassori D, Villerbu LM.** *Des concepts d'acting out et de passage à l'acte vers une clinique de l'acte renouvelée : le modèle de la « sérialité ».* *Forensic : revue de psychiatrie légale* 2005; (20) : 27-33.
- **Jeammet P.** *Le passage à l'acte.* *Imaginaire et inconsc* 2005; 2 (16) : 57-63.
- **Kammerer P.** *Violence et adolescence : place et fonction de la violence à l'adolescence.* *Coq héron* 2006; (184) : 136-40.
- **Leveillée S, Lefebvre J, Vaillancourt JP.** *Parricide commis par des hommes adultes : variables descriptives et motivations sous-jacentes au passage à l'acte.* *Evol psychiatr* 2010; 75 (1) : 77-91.
- **Michel G, Védie C.** *Passage à l'acte meurtrier et psychothérapie.* *Ann méd psychol* 2010; 168 (1) : 57-61.
- **Morel G.** *Transgression et identification dans le passage à l'acte.* *Savoirs et cliniques* 2003; 2 (3) : 19-26.
- **Moulin V, Favard AN.** *L'entretien d'évaluation du processus de passage à l'acte : un nouvel outil d'analyse psycho-criminologique du passage à l'acte criminel violent.* *Forensic : revue de psychiatrie légale* 2004; (17) : 35-9.
- **Naveau P.** *Psychose et passage à l'acte.* *Feuilles du Courtil* 2006; (24) : 7-13.
- **Naveau P.** *L'extraction de l'objet a et le passage à l'acte.* *Cause freud* 2006; (63) : 75-83.
- **Nicolas JD, Papeta D.** *« Arrête-moi... si tu peux » : passage à l'acte et impulsivité.* *Nervure : J psychiatr* 2007; 20 (6 suppl) : 18-24.
- **Raoult PA.** *Clinique et psychopathologie du passage à l'acte.* *Bull psychol* 2006; 59 (1-481) : 7-16.
- **Raoult PA.** *Violence et passage à l'acte.* *J psychol* 2008-2009; (263) : 18-22.
- **Richard Devantoy S, Chocard As, Bourdel Mc, et al.** *Homicide et maladie mentale grave : quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques ?* *Encéphale* 2009; 35 (4) : 304-14.
- **Seidowsky E, Deniau E, Brunelle J et al.** *Une prévention des passages à l'acte hétéro-agressifs graves en milieu scolaire est-elle possible ? Étude de la littérature sur les tueries scolaires et discussion de deux observations cliniques.* *Neuropsychiatr enfance adolesc* 2011; 59 (7) : 420-7.
- **Toutenu D.** *Crime et narcissisme : à propos du passage à l'acte criminel.* *Rev fr psychanal* 2003; 983-1003.

- **Vigneron F, Beureilles J, Trarieux M.** *Le passage à l'acte chez une personnalité limitée : l'agir comme acte de parole.* *Inf psychiatr* 2006; 82 (2) : 139-44.
- **Walter M.** *Clinique du passage à l'acte violent dans les services d'urgence.* *Revue fr psychiatr psychol méd* 2004; 8 (72) : 13-7.

Thèses ou mémoires

- **Baraer JP.** *Le passage à l'acte du patient psychotique en psychiatrie : coexistence de multiples références dans le discours des soignants.* Paris : Mémoire cadre de santé; 2002.
- **Benayoun S, Cazenave MP.** *Le passage à l'acte criminel en tant qu'héritier d'une déficience surmoïque.* Aix : Mémoire Psychopathologie clinique; 1993.
- **Gilles M.** *Le moment psychotique dans la solution du passage à l'acte.* Aix-Marseille 1 : Thèse de psychologie; 2008.
- **Gallet E.** *Le passage à l'acte médico-légal des schizophrènes et ses rapports avec l'évolution des réponses sociales.* Toulouse 3 : Thèse de médecine spécialisée clinique; 2002.
- **Lacroix S.** *Le passage à l'acte.* Paris 8 : Master 2 Psychanalyse; 2010.
- **Le Goff I.** *Passage à l'acte et angoisse paroxystique : interrogation psycho-criminologique – Vol 1.* Renne 2 : Thèse de psychologie; 2009. <http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/44/74/27/PDF/theseLeGoff.pdf>
- **Holleville M.** *Chronique d'un passage à l'acte.* Lille 2 : Thèse de médecine; 2009.
- **Monfort S.** *Du passage à l'acte médico-légal à la prise en charge : évolution de patients schizophrènes hospitalisés après décision de non-lieu pour irresponsabilité pénale au sens de l'article 122-1 du code pénal.* Toulouse 3 : Thèse de médecine; 2008.
- **Moulin V.** *Les fonctionnalités du passage à l'acte violent : approches dynamique et processuelle.* Toulouse 2 : Thèse de psychologie psychopathologie; 2003.
- **Rotharmel M.** *Influence du milieu de vie sur le passage à l'acte violent dans les psychoses.* Rouen : Thèse de médecine; 2011.
- **Voyer M.** *Dangerosité psychiatrique : l'état de la question. Réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux.* Poitiers : Thèse de médecine; 2008.

Documents internet

- **Haute Autorité de Santé.** *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.* 2011. http://www.has-sante.fr/portail/jcms,c_1069220,dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizopreniques-ou-des-troubles-de-lhumeur.

• RECHERCHE EFFECTUÉE PAR : **Carine Herbez** (CH Montfavet) et **Viviane Beltrame** (GH Paul Guiraud) avec la collaboration de **Sophie Karavokyros** (CH Valvert), **Véronique Joguet** (CH Saint-Cyr au Mont-d'Or), **Céline Lohéziec**, (CH de Blain), **Magali Bertaux** (EPS Charcot), **Marie-Agnès Potton** (CH Sainte-Marie, Le Puy en Velay), **Virginie Collot** (Association hospitalière de Franche-Comté).

• CONTACT ASCODOCPSY : **Nathalie Berriau**, coordinatrice du groupement d'intérêt public (GIP) Ascodocpsy, CH Saint-Jean-de-Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon cedex 08. Tél. : 04 37 90 13 07 ; fax : 04 37 90 13 37 ; mobile : 06 82 44 18 24. Courriel : nberriau@arhm-sjd.fr ; internet : www.ascodocpsy.org

