

Samedi 22 novembre 2014

XIe Congrès de l'ACESM :

"Quand et comment le travail va-t-il vous tuer ?"

Vendredi 21 novembre 2014

**"Alcool-dépendance :
Intentions et enjeux"**

Confrontation des pratiques
sur l'alcoolisme

Le DPC aujourd'hui

**Les minutes du Xe Congrès de
l'ACESM :**

La méchanceté en psychiatrie et ailleurs
Novembre 2013



Semestriel
n° 13
Automne 2014

e	Le mot du président	2
	E propose di u presidente	3
r	Vendredi 21 novembre 2014	
	Confrontation des pratiques sur l'alcoolisme	
	"Alcool-dépendance : Intentions et enjeux"	
i	<i>Le programme</i>	4
a	Samedi 22 novembre 2014	
	Xle Congrès de l'ACESM :	
	"Quand et comment, le travail va-t-il vous tuer ?"	
m	<i>Le programme</i>	5
	Le DPC aujourd'hui	6
m	Les minutes du Xe Congrès de l'ACESM :	7
	"La méchanceté en psychiatrie et ailleurs..."	
	Novembre 2013	
o	Ceci vous intéresse...	27
s	Ceci vous intéresse aussi...	28



Le mot du Président

Comme chaque année depuis plus de dix ans, l'Association Corse Equilibre et Santé Mentale (ACESM) organise son congrès annuel et confirme que, fidèle à ses objectifs, elle s'inscrit bien dans une démarche de diffusion des connaissances et d'ouverture à leur diversité, tout en souhaitant que ce soit un lieu d'élaboration et de production de savoir, constituant par là même le socle d'une identité.

Ainsi le comité d'organisation de l'ACESM et moi-même avons le plaisir de vous inviter à deux événements scientifiques qui auront lieu à Bastia.

L'un concerne une réunion scientifique sur un problème majeur de santé publique, la prise en charge de l'alcoolisme dans ses aspects pragmatiques, l'autre notre congrès annuel.

La onzième édition de ce congrès, qui aura lieu le samedi 22 novembre 2014 à partir de 8h30 dans le cadre habituel de l'Hôtel du Département de Haute-Corse, aura pour thème principal "Quand et comment, le travail va-t-il vous tuer ?" Comme vous pourrez le voir dans ce programme, de nombreuses facettes de cette thématique seront développées avec éclectisme alliant neurosciences, sciences humaines et sociales.

Nous avons voulu également trouver une occasion de mettre en commun, entre tous les acteurs de santé, une réflexion approfondie sur les pratiques et les théories, en proposant un débat sur une meilleure prise en charge de l'alcoolisme : "Alcoolodépendance : Intentions et enjeux", manifestation qui aura lieu sous la direction du Pr Amine Benyamina, le vendredi 21 novembre à partir de 19h, à l'Hôtel Ostella et qui sera suivie par un buffet dînatoire.

Enfin, dans la continuité de nos actions et objectifs, ces deux manifestations s'inscrivent dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) en partenariat avec le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) dont l'ACESM est membre et sont donc validantes.

Cette démarche nous semble d'autant plus importante que nous élaborons un savoir sur la prise en charge des pathologies mentales, que nous imaginons nous guider dans nos interventions, tout en disposant d'un savoir-faire qui s'est construit au fil du temps. Pour ne pas rompre cet équilibre, il faut donc conforter en permanence ces savoirs et savoir-faire.

Par ailleurs, dans la continuité également de nos projets, nous avons cette année l'intention d'ajouter des actions de prévention et d'information auprès des jeunes en milieu scolaire, avec pour thématiques "la toxicomanie" et "l'information sur le médicament".

Messieurs les Professeurs Alain Puech, Pierre Vidailhet et Patrick Martin, qui nous font l'honneur de présider et modérer l'édition 2014 de ce congrès, et moi-même espérons vivement avoir le plaisir de vous retrouver lors de ces rendez-vous de Bastia que nous espérons chaleureux autant que riches d'enseignements.

Dr Fabrice Sisco
Président de l'ACESM



E pruposte di u presidente

Cum'è ogni annu dapoi più di dec'anni, l'associu Corsica equilibriu è salute mentale (ACESM) organizaghja u so cunghressu annuale è cunferma chì, fidu à i so oghjettivi s'impegna cum'ellu si deve in una dimerchja di sparghjiera di e cunniscenze è d'apertura à e so diversità, augurendu ch'ellu sia un locu d'elaborazione è di pruduzione di u sapè, da cunstituiscie u sogliu d'una identità.

Cusì, u cumitatu d'organizzazione di l'ACESM è eiu stessu avemu u piacè d'invità vi à dui evenimenti chì si passeranu in Bastia. Unu cuncerna un'addunita scientifica per ciò chì tocca un problema miò di salute publica, vale à dì u piglià in carica di l'alculisimu indu i so aspetti prammaticchi, l'altru u nostru cunghressu annuale .

L'ondecima edizione d'issu cunghressu chì si svoglierà u 22 di nuvembre à partesi da 8 ore è 30 cum'è di regula à u dipartimentu di u cismonte, averà per tema principale "quandu è cumu u travagliu ci hà da tumbà ?" Cum'è po a puderete vede in istu prugramma, parechji lati d'ista tematica seranu sviluppati cù eclettisimu, lighendu neuroscienze, scienze umane è suciale.

Avemu dinù vulssutu truvà un'occasione di mette in cumunu frà tutti l'attori di a salute, una riflessione fundia nant'à e pratiche è e teurie, prupunendu un dibattitu nantu a manera di piglià in carica à u megliu l'alculisimu : "l'alcu-dipendenza : intenzione è poste", interventu chì si tenerà sottu a direzione di u prufessore Amine Benyamina, u vennari 21 di nuvembre à partesi da 7 ore di sera, à l'albergu Ostella è ci serà da beie è da manghja.

In fine, in a cuntinuità di e nostre azzione è oghjettivi , isse duie manifestazione s'inscrivenu in u quadru di u sviluppu prufeziunale cuntinuu (DPC) in associu cù u collegiu naziunale per a qualità di e cure in psichiatria (CNQSP) per u quale l'ACESM hè membru è sò dunque valitatrice.

Ista dimarchja ci pare d'impurtenza miò per via chè no almanachemu un sapè da piglià in carica e malatie mentale chè no maghjineu guidà ci in i nostri interventi è a tempu dispone d'un sapè fà chì s'hè cunstruitu in u tempu. Per un rompe st'equilibriu, ci vole dunque à furtificà in permanenza issi sapè è sapè fà.

D'altronde, dinù in a cuntinuità di i nostri prugetti, quist'annu avemu l'intenzione d'aghjustà azzione di prevenzione è d'infurmazione in pettu à i giovani scularizati, cù tematiche "tossicomania" è "infurmazione nant'à e medicine".

I sgiò prufessori Alain Puech, Pierre Thomas è Patrick Martin, chì ci facenu l'onore di preside è muderà l'edizione 2014 d'istu cunghressu è dinù eiu, speremu assai d'avè u piacè di ritruvà vi per st'appuntamenti in Bastia chè no speremu tanti piacevuli è ricchi d'insignamenti.

Dr Fabrizio Sisco
Presidente di l'ACESM

MANIFESTATION SCIENTIFIQUE
organisée par l'Association Corse Equilibre et Santé Mentale (ACESM)
en partenariat institutionnel avec l'URPS-ML CORSE
sous l'égide de l'Université de Corse

Vendredi 21 novembre 2014
Hôtel Ostella - Salle de Conférence
Rte Bastia sortie Sud - RN 193 - 20600 Bastia

ALCOOLO-DÉPENDANCE : INTENTIONS ET ENJEUX

Président : Pr Amine Benyamina (Villejuif)

Modérateur : Dr Fabrice Sisco (Bastia)

Avec le soutien institutionnel des Laboratoires Lundbeck

Lundbeck



PROGRAMME

19h00 à 19h45

Accueil des participants

19h45 à 20h00

Introduction :

• **Quels sont les enjeux et perspectives dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants ?**

Pr Amine Benyamina (Villejuif)

20h00 à 20h30

• **Alcoolisme : Les nouveaux paradigmes de la consommation et de la prise en charge**

Pr Amine Benyamina (Villejuif)

20h30 à 21h00

• **Repérage et évaluation de l'alcoolo dépendance : intentions et enjeux**

Dr Philippe Castera (Bordeaux)

21h00 à 21h30

• **Quelles stratégies thérapeutiques pour réduire les dommages de l'alcool ?**

Pr Maurice Dematteis (Grenoble)

21h30 à 22h00

• **Psychiatrie et addiction : Comment travailler ensemble ?**

Pr Georges Brousse (Clermont-Ferrand)

22h00

Discussion générale orchestrée par le Pr Amine Benyamina

N° de formation : 53350920735 - Numéro d'organisme de DPC : 1587
en partenariat avec le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP)



XI^e congrès de psychiatrie
organisé par l'Association Corse, Equilibre et Santé Mentale (ACESM)
en partenariat avec l'URPS & l'Université de Corse

Samedi 22 novembre 2014
Hôtel du Département de Haute-Corse
Rond-Point du Général Leclerc - 20200 Bastia

QUAND ET COMMENT LE TRAVAIL VA-T-IL VOUS TUER ?

Présidents du congrès : Pr Pierre Vidailhet (Strasbourg) et Pr Alain Puech (Paris)
Modérateur : Pr Patrick Martin (Paris)

PROGRAMME

08h30-09h30 Accueil des participants

09h30-10h00 Allocutions de bienvenue de
M. Joseph Castelli, Président du Conseil général de
Haute-Corse et du Président de l'Université de
Corse ; Introduction du Dr Fabrice Sisco,
organisateur

10h00-10h30

**Le rôle du travail dans la transformation du
singe en homme**
Dr Jean-Albert Meynard (La Rochelle)

10h30-11h00

Désir de travail : aliénation et jouissance
Dr Jean-Pierre Denis (Bastia)

11h00-11h30 - Pause

11h30-12h00

**Syndrome d'épuisement professionnel
(burn out) : la mort au trousses ?**
Pr Patrick Martin (Paris)

12h00-12h30

**Addiction au travail et addictions dans le
travail**
Pr Amine Benyamina (Villejuif)

12h30-14h00 - Déjeuner sur place

14h00-14h30

Le stress : portrait d'un tueur
Pr Pierre Vidailhet (Strasbourg)

14h30-15h00

Arrêt de suicide au travail : mode d'emploi
Pr Philippe Courtet (Montpellier)

15h30-16h00

**Le travail : souvent thérapeutique, parfois
toxique...**
Dr Marie-Thérèse Giorgio (Lyon)

16h00-16h30

**Réhabilitation et travail :
le travail c'est la santé ?
Ou travailler c'est trop dur ?**
Dr Pierre-Olivier Mattei (Paris)

16h30-17h00

**Les rythmes du travail et notre santé :
mécanismes impliqués**
Pr Paul Pévet (Strasbourg)

17h00

Discussion générale et conclusion animées par le
Dr Francois Conraux (St Dié-des-Vosges)

Nous tenons à remercier pour leur aide précieuse, aussi bien lors de nos manifestations scientifiques que dans la vie de notre association : M. Joseph Castelli, Président du Conseil Général de Haute-Corse qui met à notre disposition l'enceinte du Conseil Général, M. Gilles Simeoni, maire de Bastia qui a bien voulu approuver notre action et nous soutenir. Ainsi que nos partenaires de santé, les industriels du médicament, notamment les laboratoires Astra Zeneca, Lundbeck et Otsuka. Enfin, un grand merci à toutes les personnes qui se sont impliquées dans la réalisation de notre symposium et des Cahiers de l'ACESM : les membres de notre association et Mmes Vivianne Lambert, Marie-Claude Bourrinet.

Le point sur la mise à niveau des connaissances en 2014 : Le Développement Professionnel Continu (DPC)

Qu'est-ce que le DPC et son cadre défini ?

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est une obligation que chaque professionnel de santé doit satisfaire annuellement en participant à un programme de DPC, qui a remplacé la Formation Professionnelle Conventionnelle.

Le DPC a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins selon des méthodes associant plusieurs démarches : une phase dite d'auto-évaluation, une phase de mise à niveau des connaissances et la quantification de l'impact de ce programme sur votre pratique.

Où retrouver la liste des programmes de DPC ?

Pour savoir si le programme choisi est bien un programme de DPC, une seule référence : la liste des programmes publiée sur les sites internet www.ogdpc.fr et www.mondpc.fr ou sur le site du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) www.cnqsp.org/ ou sur ceux des sociétés savantes ou associations agréées. En effet, tout programme de DPC permettant aux professionnels de santé de valider leur obligation annuelle de DPC doit être impérativement publié par l'OGDPC.

Comment connaître les modalités d'inscription ?

Sur le site internet du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP), www.cnqsp.org/ ou sur ceux des sociétés savantes ou associations agréées ou sur le portail internet de l'OGDPC www.mondpc.fr.

Comment serez-vous indemnisé ?

Si vous êtes d'exercice "libéral" : forfait individuel, fixé par l'OGDPC, pour financer le programme et l'indemnisation du médecin : l'unité de compte est la demi-journée d'astreinte, physique ou virtuelle.

Soit 7,5 C/CS d'indemnisation (172,50 €) par 1/2 journée. En 2014, si un programme DPC s'organise sur 2 demi-journées de DPC par exemple, l'indemnisation globale sera de 345 € par programme.

Si vous êtes salarié(e) d'un établissement de santé : la prise en charge peut être effectuée de deux manières :

- par votre établissement, selon une convention de formation établie avec l'organisme ODPC, par exemple l'ACESM et le CNQSP.
- vous réglez le montant du DPC et, muni des justificatifs, vous vous faites rembourser auprès de votre CME.

Quel que soit votre choix, le CNQSP effectuera le suivi (évaluation des pratiques, suivi et accompagnement) afin d'en assurer la validation.

Quelles preuves et quels contrôles du DPC sont effectués ?

L'attestation de DPC est adressée directement par l'OGDPC au conseil départemental de l'Ordre des médecins, pour peu que l'ensemble des modalités ait été suivi notamment l'évaluation de l'impact de la formation.

L'ordre vérifie tous les cinq ans si le professionnel de santé est en conformité avec ses obligations de formation continue.

Quels renseignements vous sont utiles concernant l'Association Corse Equilibre et Santé Mentale (ACESM) ?

- Numéro d'organisme de DPC : 1587 en partenariat avec le CNQSP
- Organisation des parties cognitive : l'ACESM
- Analyse des pratiques professionnelles, accompagnement et suivi : le CNQSP.



Les minutes du Xe Congrès - 23-24 novembre 2013

LA MÉCHANCETÉ, EN PSYCHIATRIE ET AILLEURS...

Nous présentons ici les principales interventions des participants au dernier congrès de l'ACESM en 2013, qui a donné lieu à des débats animés, compte tenu de la pérennité et de l'importance du sujet traité lors de cette Xe édition. Thème qui n'avait jamais fait l'objet d'un réel débat dans un congrès de psychiatrie et globalement intéressant car cette dimension intéresse toutes les strates de la société dans sa dynamique, aussi bien familiale que sociétale et professionnelle.

En effet on peut dire que tout le monde, un jour ou l'autre, a été, est ou sera confronté à la "méchanceté" que ce soit dans sa vie quotidienne, professionnelle ou affective.

Qu'est-ce que la méchanceté ?

La méchanceté peut être une "réponse" que l'on trouve pour maîtriser un environnement hostile voire pour affirmer son pouvoir sur les autres. Elle peut se traduire ou être liée à un comportement violent, agressif ou impulsif.

Mais elle peut aussi être un comportement pathologique, notamment quand elle se traduit, par exemple, par du harcèlement au travail, par des actes violents chez ceux qui battent leurs enfants ou encore dans le cas extrême des tueurs en série.

Il faut bien intégrer qu'elle est présente dans le monde des enfants, dès le plus jeune âge.

Les causes

Les origines de la méchanceté sont multiples, à la fois innées et acquises.

Nous sommes tous programmés pour répondre à un environnement hostile et donc, pour être "méchants", dans un contexte principalement d'influences sociétales, professionnelles et familiales.

Chez certains, la méchanceté est poussée à l'extrême, ils en tirent même du plaisir. C'est ce que l'on appelle le sadisme, expression issue du nom du marquis de Sade, qui prenait plaisir à martyriser ses consentantes victimes.

Cependant, la perversité serait pour certains une détermination à un mal indéterminé. Le jugement de perversité peut rester simple supputation et suspicion. Au contraire, la méchanceté est, dit-on, toujours liée à des actes déterminés du mal.

Il est clair que la méchanceté n'est pas solitude, elle est relation. Le méchant a besoin d'un autre, il ne veut pas le mal en général, mais la souffrance d'un être. Naïvement, est méchant celui qui veut du mal à son semblable....

Les désirs de toute puissance et les pulsions sexuelles sont le plus souvent à l'origine des comportements méchants. Peut-on dire que la méchanceté n'est donc pas une maladie, mais la base de comportements qui peuvent être violents ou maladroits ?

Criminels ou ordinaires, les personnes sujettes à la méchanceté se traitent de façon différente, non pas selon la gravité de leurs actes mais suivant l'origine de leur mal.

Lorsque la méchanceté n'est pas calculée et vient de la partie inférieure du cerveau, du cerveau reptilien, on peut prodiguer un traitement médicamenteux, non pas contre la méchanceté elle-même, mais sur des dimensions comme l'agressivité, l'impulsivité, etc.

Et quand le fondement de la méchanceté est issu de la partie supérieure du cerveau, le cortex, c'est-à-dire quand il s'agit de constructions intellectuelles faites de ressentis, quand on ressasse des obsessions entre autres, un traitement par psychothérapie est cette fois envisageable et a toutes les chances d'être efficace, bien que cela reste à démontrer selon les individus.

C'est dans ce contexte qu'a été traité le thème de la méchanceté dans le cadre du congrès de l'ACESM dont nous résumons ci-après les interventions.

Pr Patrick Martin

Qu'est-ce que la méchanceté ? *Dr Jean-Albert Meynard*



J'aimerais introduire par Paul Valéry qui nous disait "Les hommes sont forcés de se haïr pour se dévorer et c'est un grand désavantage qu'ils ont là par rapport aux animaux, lesquels s'entremangent avec fureur mais sans haine". En un coup de plume, Paul Valéry nous dit que la haine est plutôt corticale, plutôt pensée, et que la méchanceté est dans l'ordre anatomo-évolutif un petit peu plus bas situé. La méchanceté est universelle et intemporelle. Elle daterait en fait du moment où les hommes se sont mis en société, à partir du moment où ils ont vécu en village. Cette idée est opposée au culturalisme de Mme Margareth Mead qui faisait de la méchanceté quelque chose de très culturel en décrivant des sociétés non polluées par la culture occidentale et forcément bonnes et justes... Eh bien non, on est tous le méchant de quelqu'un. Qui n'a pas été méchant dans sa vie, qui n'a pas subi la méchanceté ?

La haine est un produit cortical, une manifestation de l'intellect. Elle va de l'ordinaire à la monstruosité, du quotidien banal aux formes variées de terrorisme et de sadisme. La cruauté, l'ironie, les humiliations, les meurtres, mais aussi la jalousie et les différentes formes de dominations en sont des émanations.

La culture modifie la couleur de la méchanceté mais ne la transcende pas ou ne la fait pas moindre. C'est une manifestation archaïque évolutive de l'être. Au départ elle peut être un moyen de permettre l'évolution, un facteur de protection, une façon de prendre le pouvoir pour affirmer sa suprématie et répondre ainsi à toute frustration. Toute frustration peut déclencher archaïquement la méchanceté instinctuelle.

Le Complexe de Barbe-Bleue puise largement dans une multitude de textes religieux, philosophiques, sociologiques, psychologiques, psychanalytiques, neurophysiologiques. La littérature n'est également pas en reste. Il ressort de tout ce volume culturel que la méchanceté s'inscrit de façon descendante alors que la haine est ascendante. On ne dit pas "des sentiments de méchanceté", on dit "des sentiments de haine".

Il est dans la même veine frappant de constater la bilatéralité tragique des comportements humains qui sont capables d'établir un équilibre pervers entre le martyr, les

victimes et leurs bourreaux. On retrouve cela dans le profilage de la victimisation, entre le preneur et le pris en otage, véritable dialectique du maître et de l'esclave que l'on retrouve tout au long de l'histoire.

Un monde sans méchanceté n'existe pas. Tout le monde s'accorde à dire qu'il serait fort ennuyeux, un monde de "Oui-Oui" dépourvu des méchants bandits.

Prenons pour exemple le conte de Barbe Bleue : c'est en fait une histoire racontée au XVIème siècle à Naples mais qui court dans des versions assez proches dans tous les pays d'Europe et que Perrault va faire sienne en en faisant un conte pour les enfants. Que serait le conte des Trois Petits Cochons sans le grand méchant loup !

L'expérience de Stanley Milgram au début des années soixante montre que 65% des gens soumis à une autorité se sont asservis au diktat jusqu'à quasiment infliger la mort à un inconnu par des décharges électriques, par pur asservissement. Des tortionnaires, des affreux ? Non, des "Monsieur tout le monde", plutôt aimables, méthodiques, disciplinés, qui, lorsqu'ils étaient soumis à un ordre, poursuivaient l'expérience malgré les cris de détresse (certes simulés par un comédien) mais....

Circonstances qui augmentent l'agressivité

- Couleurs noire et rouge (habits, voiture)
- Augmentation de la température
- Promiscuité
- Perturbation des rythmes sociaux
- Présence d'armes
- Troubles du sommeil
- Provocation
- Attente (exp. univ. de Lausanne)
- Contagion (univ. de Grenoble), imitation des adultes
- Jeux vidéo (voiture ou combat)
- Jeux questions/réponses avec punition (avec ou sans masque) : extrapolation aux réseaux sociaux
- Difficultés interpersonnelles

La méchanceté peut être stimulée par des éléments de l'environnement.

- Les enfants imitent des adultes violents. Pour les jeux vidéo, une expérience intéressante nous apprend que des sujets qui pratiquent pendant 20 minutes tous les jours durant une semaine des jeux vidéo de combats violents, comparés à d'autres qui font des jeux de voiture font, dans un deuxième temps expérimental, entendre des sons beaucoup plus forts à leur partenaire que ceux qui ont fait des courses de voiture.

- La perturbation des rythmes sociaux accentue le passage à l'acte méchant

- les troubles du sommeil

- le taux de testostérone (y compris chez les femmes).

Une étude montrait que les crimes avec plus de deux victimes commis par des femmes l'étaient en période péri-menstruelle.

Bien sûr les difficultés interpersonnelles, l'immatrité, les psychopathies, et les syndromes psycho-organiques participent d'autant au problème.

Un grand nombre de tueurs en série ont été interviewés par les universitaires de Genève. Ils ont remarqué que lorsqu'on

les met en scène, lorsqu'on les interviewe, ils terminent pratiquement toujours les entretiens par un sourire épanoui. Est-ce l'environnement seul ou existerait-il autre chose qui provoquerait la méchanceté ?

Il faut se souvenir que des manifestations caractérielles existent dès la petite enfance et que l'acmé de la méchanceté est la plus forte entre 2 et 3 ans. On a tendance à dire que si les enfants dans les maternelles faisaient 120 kg pour 1,90 m il y aurait beaucoup plus d'ecchymoses voire de blessures graves à la sortie.

Normalement tout ceci se module avec le feed-back qu'impose la société à l'enfant et bien sûr par la maturation de son système nerveux central. Mais n'oublions pas qu'il y a dans certains traits et comportements, comme le niveau d'activité d'un enfant, son adaptation à de nouvelles situations, son extra ou son introversion, son acceptation aux changements, sa timidité, ses tendances dépressives, anxieuses, sa capacité d'être un leader ou la vulnérabilité au stress, de l'impulsivité et de l'agressivité, eh bien dans tous ses éléments il y a 40 à 60% d'hérédité.

Dans les études de description de nourrissons, 40% seulement sont dits faciles, 10% sont dits très difficiles. Que veut dire très difficile ? On retrouve alors les critères déjà décrits dans les 40 à 60% d'hérédité. Ils ont un mauvais niveau d'activité, ils ne s'adaptent pas aux nouvelles situations, ils manifestent de la violence, ils n'acceptent pas le changement.

Normalement le milieu parental doit moduler, nuancer tout cela mais la modulation ne joue pas de manière égale pour tous. Les réseaux du contrôle neuronal ne vont pas se mettre en place ni à la même vitesse ni parfois totalement chez certains sujets. Autrement dit, on aura des sujets dès l'origine moins empathiques que d'autres. Le niveau de compassion et d'empathie se mature globalement après la puberté. Sur une échelle d'empathie cotée sur 80, les femmes sont généralement à 47 les hommes à 41 avec des variations importantes. Il y a des femmes à 32 et des hommes à 50.

Le dilemme du trolley. Une magnifique expérience dans les années 70 avait exposé ce dilemme complexe. Un trolley lancé à toute vitesse passe sous un pont mais n'a aucun moyen d'être freiné, et va écraser cinq ouvriers qui sont sur la voie. Le sujet testé est soit sur le bord de la voie avec un aiguillage à sa disposition, soit sur un pont derrière un très gros bonhomme. Le choix est celui de sacrifier une seule personne par l'aiguillage vers un seul ouvrier ou par projection du géant sur la voie pour ne pas en laisser tuer cinq. Ce dilemme du trolley est beaucoup plus complexe et instructeur qu'il n'y paraît. Il implique le sujet à un niveau de réflexion émotionnelle et intellectuelle. La justice peut-elle condamner un innocent ou laisser libre un coupable pour épargner 5 innocents. L'imagerie cérébrale informe encore plus sur le dilemme du trolley. La majorité des sujets soumis au test ont un problème moral : dois-je tuer quelqu'un pour sauver des vies ? leurs zones que nous connaissons pour être celles de la morale, de l'émotion, de la rationalité de l'émotion s'activent alors. Que se passe-t-il chez les psychopathes ? Leur sphère émotionnelle n'est pas mise en action devant

les mêmes images. L'impulsivité sans remord trouverait là une explication.

Une autre expérience est très instructive. Si on montre à des sujets diagnostiqués psychopathes des films de femmes vues de dos, qui marchent dans un couloir. Ces derniers remarquent les femmes qu'ils pensent vulnérables sans connaître leur biographie. Vulnérabilité confirmée par les examinateurs ; les femmes désignées ont eu en effet de gros problèmes passés (viols, dépression, etc...)

On perçoit que les psychopathes, les prédateurs, dans une société, savent choisir leur proie. C'est aussi une des voies de compréhension de la victimisation.

Une étude récente de neuro-imagerie montre que les amygdales des psychopathes ont un volume moindre de 18 %, ce qui expliquerait un niveau moindre d'émotion entre autres raisons. Par exemple, on trouve plus de testostérone chez ces psychopathes et un taux bas de cortisol ce qui provoquerait un seuil de réaction très inférieur. Deux gènes, dont le gène MAO qu'on appelle le gène du guerrier se retrouvent chez des enfants assez sensibles pour réagir fortement de façon violente... Ces gènes ont un besoin de réactivation c'est-à-dire que le contrôle naturel par le milieu familial ou le milieu environnemental n'a pas totalement joué son rôle. Rappelons que le psychopathe, c'est 1% des sujets d'une population.

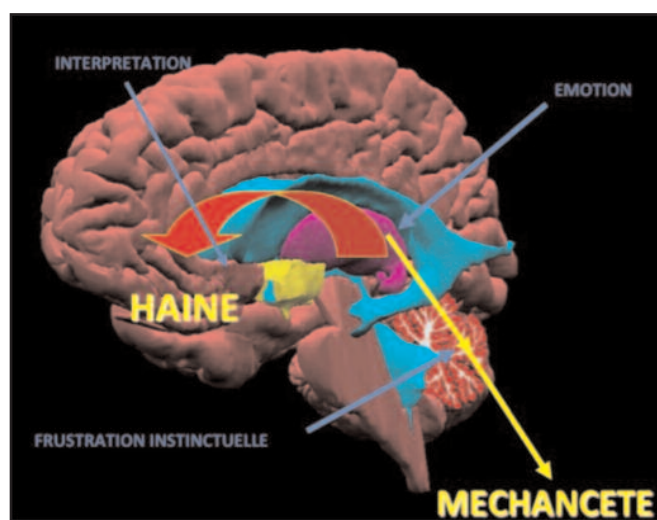
Après 5-6 ans on ne devrait plus avoir de méchanceté, sauf si les voies de répression de la méchanceté n'ont pas toujours marché, voire n'ont pas marché du tout. On sait, lorsqu'on voit des psychopathes ultérieurement, que déjà à un âge très précoce ils se livraient à des actes de violence (tuer des animaux ...).

Le stade supérieur c'est le stade émotionnel. Comme le précise Antonio Damasio, l'information à traiter passe de bas en haut et d'arrière en avant. Ainsi naît une deuxième topique i.e le stade émotionnel des sujets.

La haine primitive se situe là, dans une ébauche simple de corticalisation de la méchanceté.

Il y a une haine normale : on tue mon enfant...je vais avoir envie de tuer le tueur et encore plus de difficulté à le comprendre. Cette haine est absolument émotionnelle, elle n'est pas totalement corticale.

C'est une régression au stade émotionnel. C'est la fonction des tribunaux de permettre par le procès une



corticalisation pour mettre de la distance, salulaire pour la paix sociale. Ce retour à la haine primitive est normal, ce n'est pas pathologique.

La haine pathologique naît sur une erreur neuropsychobiologique. Ce sont des erreurs d'interprétation que fait le sujet pour des informations de son sensorium, Il va se tromper dans l'orchestration des instincts. Soit, il a une absence d'émotion anormale, soit les facteurs de répression n'ont pas assez joué. Donc le sujet, sur au moins deux instincts qui sont l'agressivité et la sexualité, a une vision erronée. Il faut reconnaître que déjà à l'état normal c'est assez confusionnant pour tout le monde. Exemple : un chien ordinaire sent une chienne en chaleur à plusieurs kilomètres et à plusieurs centaines de mètres sent de la même manière un congénère de même sexe allant dans sa direction. Il discerne quasiment la taille de celui qui arrive et adopte une attitude en rapport. De tout cela, peu d'humains sont capables. Autrement dit les sapiens sapiens ont besoin du contexte pour s'informer, c'est-à-dire besoin des codes sociaux pour comprendre avec finesse le rapport au sexuel et à l'agressif. Exemple : une promenade dans la rue, à midi, un quidam s'approche d'un autre, a priori pour lui demander l'heure. Rien à signaler. La même scène à minuit dans une rue obscure, le même homme s'approche ! Ce n'est plus la même chose. Il faut analyser le contexte. Port d'une chemise avec cravate chez l'inconnu ; déduction immédiate : il veut un conseil ou un renseignement. S'il est étranger et porte une capuche, la déduction est tout autre : celle d'une agression imminente. De la même manière, une superbe femme dans un hôtel croise à plusieurs reprises dans les halls et couloirs le même homme. Des regards s'échangent, l'art de la séduction entre en jeu ou pas. Les codes semblent faciles à décrypter pour l'un et l'autre. Tout le romantisme en une leçon, nuancé par la masse des conventions collectives dont ont sait le caractère strictement local. Loin de ces bases connues, c'est une autre aventure. La séduction a ses codes, propres à une culture et un contexte.

Les terroristes, les kamikazes, dans les rares travaux qui leur sont consacrés, lorsqu'ils sont pris avant de commettre un acte, montrent une absence réelle de pression émotionnelle. Ni hypertension artérielle, ni phénomènes physiques, c'est-à-dire la perte des réactions physiologiques de peur comme s'ils étaient déconnectés des sphères sous-jacentes de l'émotion et supérieure de la conscience éclairée.

Un carrefour neuro-anatomique du cerveau, positionné entre le lobe limbique de l'émotion et le néocortex de la pensée, semble orchestrer tout cela. Le cortex orbito-frontal, le cingulaire antérieur et des parties ventro-médianes du cortex préfrontal participent à cette fonction régulatrice. C'est à son niveau que se rencontreraient les dysfonctionnements dans la gestion des informations émotionnelles.

Le néo-cortex gère ultérieurement avec les informations qu'il a à sa disposition, c'est-à-dire des messages déjà modulées par les amygdales et tout le cerveau émotionnel. Dans le cas où le cerveau émotionnel ne jouerait pas son rôle où mal, le cortex serait mis en demeure d'analyser,

en toute intelligence certes, mais dans l'exclusivité du rationnel dépourvu de l'émotionnel. A.Damasio nous le dira autrement dans une critique de la raison unique et de la pensée de Descartes. La conscience pure sans émotion se trompe dans la finalité de son analyse fine.

Il existe de nombreuses causes pour expliquer une plus grande méchanceté chez certains êtres.

Il y a des causes innées, génétiques, des variations, des polymorphismes sur certains gènes peu ou prou en rapport avec le contrôle des impulsions et de l'agressivité (5 HT, DRD4, COMT). En un mot tout ce qui code pour des neuromédiateurs et des structure de régulation.

Il y a des causes physiologiques : les taux élevés d'insuline, bas de cholestérol, ceux de testostérone, les cycles menstruels...

Il y a toutes les atteintes cérébrales : épilepsies, trauma, tumeur, AVC, processus infectieux, sclérose, qui touchent ce carrefour cérébral.

Il y a les causes psychiques : troubles de la personnalité, psychopathie, personnalité anti-sociale, borderlines, pervers, paranoïaques, dépressifs, maniaques et schizophrènes.

Il existe également des causes psychologiques dans le sens où des dysfonctionnements intra-familiaux, des carences affectives, des erreurs relationnelles, des traumatismes et violences faites à l'enfant peuvent réveiller des vulnérabilités voire, par leur sommation stressante, en créer de nouvelles.

Et pour finir, les causes sociales car les guerres, les exodes, les révolutions sociales semblent donner le jour à beaucoup plus de méchants. Des Saint Just, des nouveaux dictateurs se révèlent alors, ou quand les agneaux d'un temps deviennent des loups.

Vulnérabilité ou programme animal simplement né des circonstances ?



Méchanceté et perversité : cliniques des émotions obscures *Dr Jean-Pierre Denis*



Introduction

Je remercie très sincèrement le docteur Sisco en particulier, et l'Association Corse, Equilibre et santé mentale de m'avoir invité à votre Xe Congrès de psychiatrie. J'en suis honoré, et je voudrais dire à ceux qui ne me connaissent pas que je suis psychanalyste, membre de l'École fondée par le docteur Lacan, et que je vais me référer à son enseignement pour répondre à la question que m'a proposée Fabrice Sisco, à savoir, "Méchanceté et perversité : clinique des émotions obscures".

I. Une clinique différentielle

Alors de notre point de vue, la clinique des émotions obscures - c'est d'abord un très joli titre et je prends le terme d'obscur comme équivalent à celui d'inconscient -, cette clinique de la méchanceté, du goût pour le mal ou la dépravation, nous l'envisageons dans le cadre d'une clinique différentielle, c'est-à-dire de façon à vérifier en quoi la part obscure de ces émotions relève pour tel sujet de la névrose, pour tel autre de la perversion, et enfin pour celui-là, de la psychose. Commençons par la méchanceté.

II. L'agressivité de l'être parlant

Dans le champ analytique, nous pensons qu'il ne suffit pas de classer agressivité et méchanceté dans la catégorie de l'instinct, car chez l'être humain l'agressivité a ceci de particulier qu'elle résulte à la fois de tensions biologiques, environnementales, et de ces deux catégories propres à l'être humain, l'image et la langue, l'image avec son pouvoir de fascination et d'aliénation, et la langue qui nous ouvre au lien social et à la dimension de l'éthique en même temps qu'elle dé-nature tous nos besoins.

Déplions cette particularité :

Vous savez qu'on trouve déjà la marque de l'agressivité dans les premiers dessins d'enfants où il est beaucoup question de mutilation, de dévoration, et d'éclatement du corps. Pour rendre compte de la précocité de l'agressivité autrement que comme une donnée biologique innée, Jacques Lacan se réfère à cette première période de la vie, entre 6 et 18 mois, marquée par ce qu'il appelle "le stade du miroir", cette expérience où l'enfant va pouvoir s'identifier à l'image de son propre corps : alors que l'enfant était encore au prise avec une discordance et une incoordination organique, l'image qu'il trouve dans le miroir ou dans son semblable, lui procure un modèle orthopédique, grâce auquel il peut se rassembler et sortir de sa détresse originelle.

Autrement dit, c'est dans l'image de l'autre que l'enfant prématuré neurologique s'éprouve et se reconnaît. L'observation de jeunes enfants vérifie que ce phénomène de captation donne lieu à ces manifestations de transitivity où l'enfant confond encore soi et l'image : devant le spectacle d'un enfant qui bat, il peut dire avoir été battu, devant celui d'un enfant qui tombe, éclater en sanglot.

Il en résulte une tension conflictuelle entre l'enfant en proie aux malaises coenesthésiques, et l'image, elle, porteuse de l'illusion de complétude et d'équilibre.

Devant l'image, nous entrons alors dans un processus de concurrence agressive dont nous ne sortirons plus ; il faut bien reconnaître que nous ne cessons jamais de courir après notre image, ou à l'inverse, que nous ne cessons de la fuir.

Comme le remarquait une collègue, il a suffi que sa fille invite une petite copine à venir jouer chez elle, et qu'elle soit confrontée à la joie et à l'avidité de sa copine devant ses propres jouets, des jouets qu'elle, elle ne regardait même plus, pour que l'après-midi menace de virer au drame...

Autrement dit, le stade du miroir met en valeur que l'entrée dans le lien social et l'échange ne se font pas sans en passer par le drame de la jalousie et de l'agressivité. C'est à cet endroit que les émotions pourront ou non prendre une couleur humaine, s'éclairer de la lumière du désir ou au contraire rester dans une inquiétante obscurité.

Pour donner justement une couleur humaine à ce terreau passionnel et pulsionnel, il faudra un appareillage symbolique, et cet appareillage, Lacan le désigne par cette formule de "Nom-du-Père". L'effet attendu c'est que le sujet ait la jouissance de son corps, au même titre que nous avons la jouissance de notre lieu d'habitation ; c'est-à-dire qu'il puisse éprouver la satisfaction d'être chez soi, qu'il puisse s'appuyer sur tous ces gestes de la vie courante qui engagent le corps, que ce soit pour manger, pour boire, dormir, faire ses besoins, se laver, se déplacer, etc., mais aussi, qu'il puisse contrôler ses émotions, en particulier son agressivité, et ce, à partir de cette fonction dévolue à l'idéal du moi.

Soulignons que pour s'appuyer sur cet appareillage encore faut-il que l'enfant soit entré dans la langue, cette langue qui est là depuis sa naissance, mais dont Lacan nous fait sentir qu'elle se présente plutôt comme une barrière. C'est une barrière sonore qu'il faut bien franchir pour tenir sa place, d'un franchissement qui laisse définitivement dans la psyché la trace d'un avant et d'un après, et qui confronte l'enfant à un monde intérieur qui le rend énigmatique à lui-même et qui fait de certaines zones du corps des zones érogènes où s'exercent les pulsions.

Disons que cette dialectique entre imaginaire et symbolique sera sérieusement remaniée à adolescence, du fait même de l'irruption de la puberté, qui subvertit le jeu subtil des identifications précédentes ; l'adolescence apparaissant alors comme ce temps nécessaire au sujet pour accommoder une nouvelle image de lui qui puisse intégrer le réel sexuel au-delà de l'autorité des parents. La thèse de Lacan étant que l'être parlant ne dispose pas d'un savoir a priori sur ce qui fait rapport entre l'homme et la femme, d'où une période délicate qui nécessite que chacun "interprète" l'éveil des sens auquel il est confronté.

C'est à cet endroit que l'agressivité peut remonter sur la scène sociale et se manifester différemment selon la façon dont l'idéal du moi aura pu entrer ou non en fonction.

Ceux qui reçoivent des adolescents savent par expérience que violence verbale, décrochage scolaire, racket,

violence sexuelle, voire meurtre, toutes ces manifestations agressives n'ont pas la même signification. Les unes se déploient dans le registre de "l'intention agressive" et restent pris dans la communication, dans l'échange, les autres, témoignant à l'inverse d'une "tendance agressive" qui se déploie dans le registre du passage à l'acte, hors langage, et pouvant faire signe d'une pulsion de mort débridée ou de l'émergence de la psychose.

Ceci étant posé, voyons comment repérer ce qu'il en est de la perversion ?

III. Une sale histoire

Freud a réfuté la thèse qui résumait le sexuel au génital, et il a souligné que l'idée d'une sexualité naturelle, comme on la trouve chez les animaux, avec ses périodes répétitives et ses cycles ordonnés, cette idée est un mythe qui vient voiler que, pour l'être parlant, la rencontre sexuelle échappe à l'instinct sexuel.

Mais pour quelles raisons Freud pensait-il que la sexualité restait traumatique ? Et est-ce toujours d'actualité ?

Le trauma selon Freud tient à ce que les pulsions, ces vecteurs de la libido, sont toujours partielles par rapport à la finalité biologique, elles sont aussi indépendantes, chacune travaillant pour son propre compte à obtenir un plaisir d'organe, et elles peuvent très bien changer d'objet, passer d'un corps étranger à une partie du corps propre, et inversement. Autrement dit ce sont moins les codes sociaux qui contreviennent au rapport entre les sexes, que la pulsion elle-même. L'inconscient n'écrit pas la différence sexuelle, il n'y a pas de "rapport sexuel" sans symptôme, voilà pourquoi la question reste d'actualité bien que sous de nouveaux habits.

Freud ne dit pas que perversion et névrose sont équivalentes, il souligne qu'en opposant un "démenti" à la découverte du sexe maternel et de la différence des sexes, le pervers s'engage dans une logique différente de celle du névrosé, mais que ses fantasmes, que se soit dans l'inversion, dans la pédophilie, les transgressions anatomiques, le fétichisme, les fixations à des buts sexuels primaires, etc., ces fantasmes isolent les composantes de toute sexualité humaine.

Avec Lacan, nous posons que le pervers c'est celui qui ne peut faire l'épreuve de la séparation du corps et de la jouissance, épreuve imposée à l'être parlant par son entrée dans l'ordre symbolique, dans le langage :

L'être parlant, du fait de sa prise dans le langage, est dénaturé, il jouit mal de son corps, il croit qu'il a un corps, mais en fait il est l'otage du corps, et il ne cesse de rêver d'une jouissance au-delà des semblants, et d'un père qui en soit vraiment un. Ce malaise dans la jouissance, Lacan lui a donné son nom, la castration, et il nous a appris à ne pas croire que cette castration viendrait du père, de la religion ou du politique ! Non, la castration c'est d'abord l'effet du langage sur le corps, car c'est du fait du langage que dans toute expérience de satisfaction, quelque chose est raté, quelque chose échappe à la main mise du signifiant.

Le névrosé s'en contente, souvent, un peu trop, à l'inverse le pervers, lui, oppose un démenti à toute

castration, un démenti qui se traduit par une volonté de jouissance à l'égard du partenaire sexuel.

Eclairons-ça avec le témoignage de la personne ayant servi de modèle pour le film de Jean Eustache sorti en 1967, *Une sale histoire*, et déplié par notre collègue Hervé Castanet.

Cet homme de 40 ans avait la manie de se planquer dans les toilettes d'un misérable troquet, et là, accroupi, il surprend les femmes en train d'uriner ou de déféquer : "Peu à peu chez moi, il y a eu frénésie de voir des sexes, comme au sérail ; dans ce pays mythique d'Orient, l'audace poussait à voir le visage des femmes sous leur voile, moi, je voyais leur sexe à travers la serrure des toilettes".

Le sexe d'une femme vu dans ces conditions était devenu "le réel à l'état brut" : "voir brusquement apparaître comme ça cet objet normalement caché, de le voir apparaître sans passer par le commerce, par les conciliabules, par les étapes où l'on demande à mots couverts, si elle veut bien".

C'est là qu'il oppose un démenti aux lois de bienséance que l'intégration du désir dans le champ du symbolique impose : "l'acte, si on peut appeler, sexuel, l'acte nécessaire, c'est de regarder. Simplement de regarder. Et de pouvoir voir directement, directement le sexe, alors qu'en fin de compte, il est évident, il est partout, il est sous toutes les jupes, mais on ne peut jamais le voir". Autrement dit, pour lui l'acte voyeuriste est précisément d'atteindre cette vérité sans passer par l'échange : "elles sont regardées par là où elles ne l'ont pas voulu".

Pour autant, cet homme ne peut pas décrire le sexe féminin, il lui reste "indescriptible" : "J'ai refusé complètement de décrire. On tombe, ou bien dans la représentation gynécologique, ou bien dans une espèce de fadeur qui consiste à la transformer en fleur", et il ajoute "elles refusent d'en voir l'horreur !"

Cette "horreur" rappelle cet éprouvé que Freud avait repéré chez le sujet masculin lorsqu'il est pour la première fois confronté au sexe féminin dépourvu du pénis et qu'il interprète comme une castration.

Lui il dit : "C'est un trou. Comment décrire un trou, on ne peut le décrire que par ses bords, et les bords c'est pas le trou. Et le trou on n'y arrive pas".

Mais il n'en reste pas là, saisir le sexe à l'insu des femmes, ce n'est que la première partie de son dispositif, il y a une deuxième partie d'une autre envergure : il va retourner ce piège à regard sur la femme épiée qui doit, à son tour, comprendre que cet homme vient de lui dérober son intimité :

"La scène se passe dans l'espace des toilettes du café... le voyeur s'approche de la femme au moment où elle se tourne vers le lavabo, et puis par un regard, qui va de son visage au trou qui est placé en bas de la porte, par un regard aller-retour, il lui fait comprendre ce qui s'est passé. Et elle s'en aperçoit tout de suite. Et alors que sa réaction, en voyant s'approcher cet homme, a été une réaction de défiance, mais une réaction de défiance habituelle d'une femme qui sait qu'elle peut subir toutes sortes d'oppressions sexuelles et qui ne s'en étonne pas tellement, brusquement, lorsqu'elle s'aperçoit de ce qui

s'est passé, son visage se décompose et elle part en courant comme si elle avait été profondément agressée". C'est ce moment qu'il vise, le moment où le visage de la femme se défait : "Il y a quelque chose de violent aux yeux des femmes", dit-il, "quelque chose d'inadmissible". C'est ce qui fait le prix de sa traque, l'illicite et l'inadmissible, que la femme saisisse qu'elle vient d'être surprise, matée serait plus juste, alors qu'elle était aux toilettes...

Il insiste : "Ça la touche non seulement dans ses attraits, mais dans son être même, il fallait savoir où elles placent leur âme, je me demandais si ce n'est pas là justement. Dans leur sexe".

On voit ainsi combien la logique du pervers vise à "extorquer au corps la jouissance qu'il suppose recéler" selon la formule d'Hervé Castanet, et que ce qui obsède le pervers c'est de maîtriser l'Autre, et d'obtenir sa jouissance à son corps défendant. Ici, en se réduisant au regard, il "s' imagine être l'Autre" dit Lacan, et il démontre que faire le mal peut provoquer chez certains, peut être pas du plaisir au sens où on l'entend habituellement, mais d'obscurcs jouissances.

Poussons notre recherche un cran plus loin et venons-en aux perversions assassines, plus précisément au crime de jouissance.

IV. Du crime dans son rapport au réel

Je voudrais dire quelques mots sur l'énigme des "tueurs en série", catégorie qui s'imposa à partir des années 70, à la faveur du retentissement médiatique et populaire que connurent les crimes de Ted Bundy : "C'était un beau parleur aux manières charmantes, capable, dit-on, de changer de physionomie comme un caméléon ; il était diplômé en psychologie et en droit ; il avait sans doute commencé à tuer à quatorze ans, et fut arrêté à vingt-neuf ans. Il avoua trente victimes : toutes étaient des femmes, toutes étaient blanches, toutes *middle class*, la plupart entre quinze et vingt ans, des lycéennes pour beaucoup, à la longue chevelure brune. Il s'allongeait des heures durant à côté de leurs cadavres, leur maquillait le visage quand il ne leur avait pas coupé la tête, et entretenait avec eux, jusqu'à putréfaction, des relations sexuelles".

Une immense littérature a été consacrée depuis lors au *serial killer* et les experts sont sollicités de tout bord :

Le *serial killer* présenterait dans sa prime jeunesse trois marqueurs symptomatiques associés, l'énurésie, la pyromanie, et la cruauté envers les animaux, notamment domestiques.

Les entretiens ont permis de mettre en évidence la récurrence des perturbations de la relation à la mère : relation souvent incestueuse et empreinte de sadisme, mère méritant souvent d'être dite monstrueuses.

Des études biochimiques dans les années 1980 ont mis en valeur la concentration anormalement basse de l'acide 5-hydroxyindolacétique dans le fluide cérébrospinal de mâles considérés comme constamment agressifs et antisociaux, mais sans que l'on puisse dégager de lien de causalité.

Enfin, les études neurologiques les plus récentes mettent en cause deux zones cervicales, le complexe amygdalien,

impliqué dans la reconnaissance des émotions, notamment l'empathie, la peur et l'agression, et, lié en circuit avec lui, le cortex préfrontal, siège de plusieurs fonctions cognitives supérieures. Le problème reste que ces recherches scientifiques ne parviennent pas à confirmer de lien de type causal, ils en suggèrent la possibilité alors que les faits observés ne sont le plus souvent que des corrélations.

Alors tournons nous du côté de la clinique et de l'ASPD (*Antisocial Personality Disorder*, ou trouble de la personnalité antisociale), qui regroupe les sujets irresponsables, impulsifs, intolérants à toute frustration, dépourvus d'empathie, inaffectifs, manipulateurs, méprisant, et transgressant les règles de la vie en commun, les normes sociales, les codes culturels, les droits d'autrui et ses sentiments. Sachant que tous ne deviennent pas pour autant des tueurs en série, la question reste de comprendre comment un sujet a pu basculé dans une telle "méchanceté" ?

Comment rendre compte de ces crimes non utilitaires, d'une telle violence sexuelle, et qui deviennent reproductibles à tout moment, comme des actes de pur caprice ? Avec les tueurs en série, le docteur Biagi-Chai, psychiatre, psychanalyste d'orientation lacanienne, souligne que "soit le criminel est un pervers et jouit de ses crimes en pleine conscience et volonté, (...), soit le criminel est fou et, dans ce cas, la folie montre des facettes, des nuances, une complexité qui vont bien au-delà de ce qui est immédiatement perceptible".

Aujourd'hui une nouvelle entité clinique dite "clinique de l'horreur" oscille entre psychose et perversion narcissique : c'est le point de vue développé entre autre par le docteur Zagury à partir d'un modèle général organisé autour d'un "tripôle à pondération variable" : "C'est-à-dire qu'il y a toujours de la psychopathie, de la perversion et de la psychose. C'est la pesée relative de chaque pôle qui diffère".

Dans notre champ c'est le pôle de la psychose qui nous retient, et que nous trouvons trop souvent mis de côté, pour la raison que les experts rejettent le diagnostic de psychose lorsqu'ils ne décèlent "ni anomalie organique, ni psychose dissociative ou épisodes délirants".

Et pourtant...

Ces criminels ne nous mettent-ils pas sur la piste de quelque chose de très spécifique, à savoir ces phénomènes, parfois discrets, de rupture du sens et du lien avec la réalité, ces moments où le non-sens semble l'emporter et où surgissent des passages à l'acte immotivés. Cette série clinique perte du sens, perte du lien – passage à l'acte immotivé – retour à la réalité est connue depuis bien longtemps des psychiatres, je pense en particulier aux docteurs de Clérambault et Paul Guiraud, qui la réfèrent à la psychose.

Prenons le cas de Patrice Alègre qui a comparu aux assises pour six viols et cinq meurtres commis sur six jeunes filles pour qui il fut, à un moment, une connaissance, voire un ami. C'est justement parce qu'il a plus ou moins sympathisé avec chacune d'entre elles, qu'on voit en lui un "tueur organisé". On lui attribue lucidité, volonté et préméditation et, l'on espère que le

procès sera pour lui l'occasion de donner ses raisons, de déplier une vie qualifiée de marginale, et de demander pardon. Cette attente sera déçue : ses paroles resteront elliptiques, vagues, formelles, c'est-à-dire, toujours éloignées de l'implication subjective.

Le problème pour les experts, c'est que Patrice Alègre n'aurait "jamais témoigné de discordance entre la mimique et les affects, d'expression délirante, de trouble du cours de la pensée, d'altération du langage, de bizarrerie, d'hermétisme". Autrement dit, ils rejettent la schizophrénie.

Pourtant des pistes existent en faveur de la psychose, par exemple cet épisode concernant son accession à la paternité : il a vingt-et-un ans lorsque sa fille naît et, bien qu'il ait pu dire qu'il l'aimait, il ne se présente pas à la mairie pour la reconnaître avançant la raison banale et insignifiante qu'il était fatigué. Cette pseudo explication ne met-elle pas en évidence que les actes de la vie qui se réfèrent au Nom-du-Père sont chez lui vidés de leurs significations communes ?

La raison alléguée témoigne nous semble-t-il de la forclusion de l'amour du désir dans le champ symbolique, c'est-à-dire que le désir n'est pas pris dans le programme œdipien. Ajoutons que c'est justement à l'âge de vingt-et-un ans, lorsqu'il devient père, qu'il commet son premier meurtre.

On a souvent remarqué que de nombreux actes bizarres, de nombreux comportements énigmatiques, une permanence de l'agressivité, des moments de non-sens ou de rupture, avaient pu émailler la vie d'un criminel. Autant d'éléments qui témoignent de l'existence à bas bruit d'une logique délirante qui a modifié au cours des ans, non seulement le registre de la culpabilité, mais aussi celui de l'amour et des sentiments, jusqu'à entourer le sujet d'idées de toute puissance.

Mais ladite toute-puissance ne se trouve pas que chez les *serial killers*, elle n'est d'ailleurs pas un concept nouveau, et les psychiatres ont toujours su que les phénomènes propres à la psychose relèvent d'une logique extrêmement rigide et difficilement dialectisable ; Jacques Lacan parle de la "certitude" du psychotique.

C'est pour cela que nous ne pensons pas que les actes criminels de ces sujets relèvent de la toute puissance ; le cas d'Alègre en est l'illustration, et son procès mettra en valeur que là où l'on espérait l'empathie du sentiment et le remord, au moment même où il est confronté à l'une de ses victimes qui a réussi à lui échapper, un journaliste qui retrace le procès écrit : "Patrice Alègre paraît ne pas comprendre". CQFD, beaucoup des réponses d'Alègre ne sont en fait que des "habillages du vide" ; et cela pose tout de même la question de savoir si pour lui, le symbolique n'est pas réel, autrement dit, s'il n'est pas schizophrène ?

Pour conclure

Alors j'aimerais boucler mon propos en soulignant que si le docteur Lacan nous propose un modèle théorique qui permet de déplier la question des émotions obscures dans les trois champs, névrose, psychose et perversion, cette approche ne contrevient pas aux autres approches,

en particulier au traitement pharmacologique des maladies mentales. On est en droit d'espérer trouver les neurotransmetteurs de la psychose, et de s'appuyer sur les traitements chimiothérapiques qui ont été mis au point pour les troubles de l'humeur. Si ces traitements mettent le sujet à distance de ses pulsions par trop obscures il faut le faire, mais ça n'enlèvera pas ce que nous apprend la clinique, à savoir que s'il y a bien quelque chose de "biologique" concernant les troubles de l'humeur, et le réel pulsionnel, leur expression parfois criminelle tient pour beaucoup à une carence de leur articulation à la fonction transcendante de la parole, à la carence des identifications symboliques, des carences qui favorisent l'émancipation d'une logique délirante. Soulignons enfin que si notre approche modifie la notion de responsabilité, elle ne l'annule pas, par contre, elle vise à élucider la logique de ces modalités de jouissance criminelle, en particulier lorsqu'elles ne passent pas par le Nom-du-Père.



Traiter la méchanceté

Pr Patrick Martin



Traiter la méchanceté c'est peut-être d'abord bien positionner et connaître les cibles à la fois cliniques et neurobiologiques voire sémantiques. Est-ce qu'on naît méchant ? Probablement. Est-ce qu'on peut devenir méchant ? Probablement et sous quelles influences ? Certaines personnes souhaitent même rester méchantes et puis, comme le disait Sartre sans faire référence à lui-même d'ailleurs, dénonçant une sorte de délation de la méchanceté, pour dire que les gens sont méchants sans forcément avoir les arguments pour le dire.

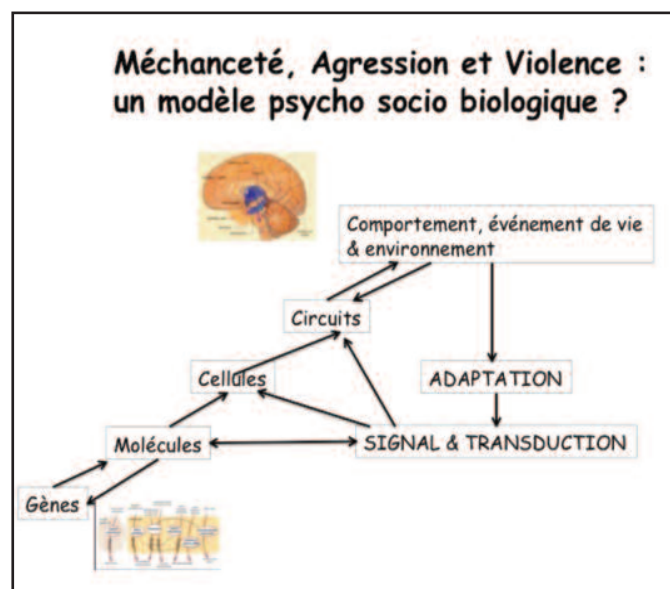
Pourquoi la méchanceté : est-ce que cela va être un déterminisme d'objet de plaisir, c'est par plaisir qu'on est méchant, c'est un phénomène d'adaptation. Est-ce que méchanceté renvoie à une situation de stress, est-ce

que la méchanceté est une émotion primaire, secondaire, est-on méchant pour avoir le pouvoir ?

C'est effectivement difficile peut-être de focaliser sur la méchanceté et quelles en sont les conséquences ? Est-ce que cet homme dit forcené qui a tué sur un parking était à l'origine méchant ? On peut s'interroger : y avait-il un gène ou des situations répétées l'on fait devenir méchant ? Est-ce qu'il y a également un continuum et est-ce qu'il n'y aurait pas une sorte d'identité entre l'agressivité, la méchanceté, l'impulsivité et la violence ? Est-ce que la méchanceté est une entité ou est-ce que ce sont des dimensions qui se superposent ?

On a commencé à définir la méchanceté, on peut définir la violence, il y a des violences verbales, violences sexuelles, violences économiques, violences psychologiques, violences physiques - d'ailleurs si on fait référence à l'enfant, est-ce que donner une fessée rend les parents méchants ? Faut-il penser que chaque type de violence renvoie à un traitement particulier ou a-t-on un traitement unique pour l'ensemble de ces types de violence ?

Bien évidemment, il y a un grand nombre de théories, si on prend l'exemple de l'impulsivité de la violence, nombre d'auteurs se sont penchés sur le sujet et, comme bien souvent en psychiatrie, on a cherché à modéliser, à des créer des concepts. Grey fut l'un des premiers qui impliquait deux dimensions dans la violence : l'anxiété et l'impulsivité. D'autres auteurs ont une réflexion plus ample amenant à augmenter la difficulté à cerner ces problèmes de violence en augmentant le nombre de dimensions, en incluant peut-être les sensations agressives, la dimension d'agressivité. Barratt (1993) a été beaucoup plus avant dans sa réflexion et a inclus le premier la notion cognitive dans ces dimensions méchanceté, impulsivité, agressivité... A la fois une dimension cognitive et à la fois une dimension motrice qui bien évidemment n'est pas la même chose, on peut le supposer en tous cas, dans la prise en charge thérapeutique. Et ces impulsivités, quelle qu'en soit la dimension, renvoient également à d'autres dimensions qu'elles soient cognitives certes mais aussi, émotionnelles, comportementales...

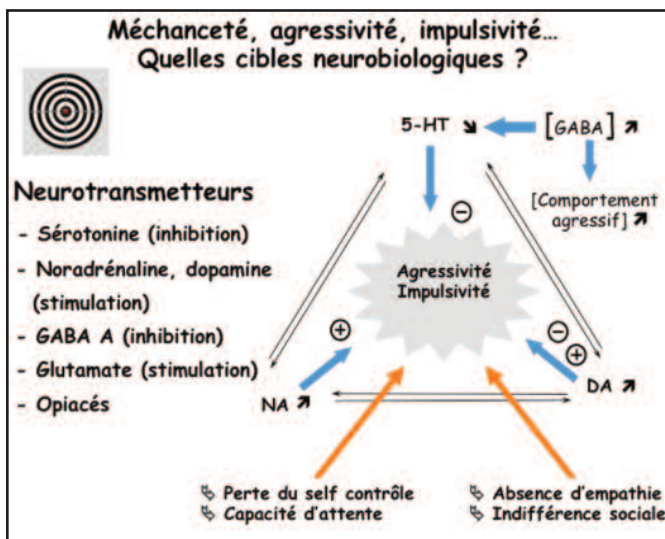


Est-ce qu'on va, en parlant de la méchanceté ou des autres dimensions, vers un modèle psycho-socio-biologique pluridimensionnel ? On aurait ainsi des événements extérieurs qui vont pouvoir influencer à tous les niveaux et y compris moléculaires, génétiques. Est-ce que l'épigénétique, même si on ne la maîtrise pas à l'heure actuelle - soit en terme de toxicité de produit par exemple, soit en terme de relation humaine - va pouvoir influencer des gènes pour rendre les gens méchants ou gentils ?

On va donc avoir dans ce modèle toute une chaîne d'événements, aussi bien au niveau cellulaire que des circuits neuronaux, qui vont participer à des phénomènes adaptatifs et rendre compte de la présence ou de l'absence de cette méchanceté.

Prenons cette dimension d'impulsivité, d'agressivité : on voit qu'on a un raisonnement qui peut être transnosographique parce qu'on va retrouver cet aspect et donc cette entité qui devient maintenant une entité dimensionnelle. Ce qu'on voit avec l'impulsivité on le voit également avec l'agressivité et donc tout le raisonnement de la stratégie thérapeutique doit être, elle, en terme dimensionnel. Que ce soit la méchanceté, l'impulsivité ou les comportements agressifs, s'il y a un traitement, il est donc probablement déjà dimensionnel mais est-ce qu'il peut être catégoriel ? C'est une question que l'on peut se poser.

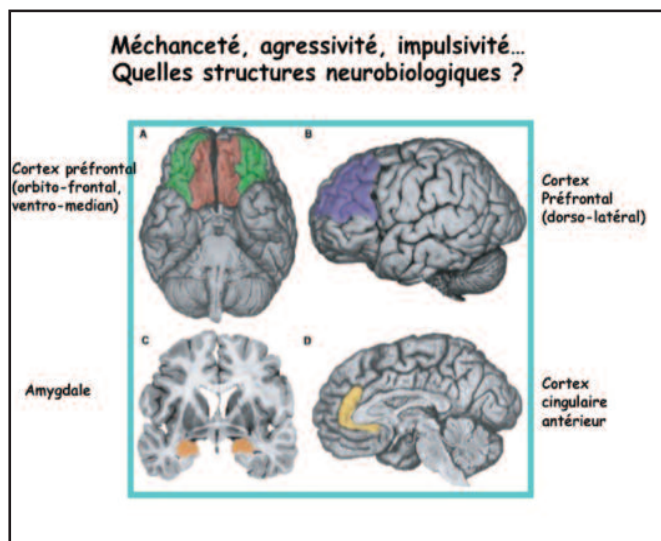
Quelles sont les cibles à identifier en ce qui concerne ces dimensions ? Il a été identifié des neuromédiateurs impliqués de manière majeure comme la sérotonine dont on a pu montrer que le déficit entraînait des



comportements impulsifs de passage à l'acte voire des comportements agressifs. Et d'autres neuromédiateurs qui sont intimement liés dans la neuromodulation, comme la noradrénaline. Un comportement agressif, comme l'anxiété, en fait est nécessaire dans l'adaptation et dans la vie et devient pathologique quand il dépasse un seuil. Qui sous-entend seuil entend vulnérabilité et donc y a-t-il des patients, des sujets plus exactement, qui auraient une forte propension à être plus méchants que d'autres ?

D'autres molécules ont été identifiées, notamment des neuro-peptides qui peuvent être des sources de

traitement, encore en expérimentation actuellement. Certaines molécules, comme la vasopressine, l'ocytocine, vont dans le sens contraire, en diminuant la sérotonine. On a ainsi établi que l'ocytocine, dans certaines structures, semblait impliquée dans ces comportements, dans ces dimensions. Et celle qui paraît très intéressante, c'est le centre des émotions, l'amygdale, qui renvoie à cette notion d'agressivité ou de méchanceté, où l'on a pu montrer que l'abrasion des émotions entraînait des pertes d'informations et que chez les *serial killers* il y avait une totale indifférence, une absence d'émotion qui n'explique pas probablement uniquement leur comportement. Il existe actuellement des sprays d'ocytocine qui sont utilisés chez les patients déprimés, émoussés, avec de très bons résultats.



Les antipsychotiques, comme l'aripripazole ou la quétiapine (qui sont à la fois antagonistes dopaminergiques et qui agissent également sur les systèmes sérotoninergiques) ont également montré un certain intérêt. Mais est-ce qu'on ne recherche pas notamment au travers de ces antipsychotiques un effet sédatif ? Toutefois le problème majeur est la détermination de la dose.

Est-il possible, dans le cas de la méchanceté, de l'agressivité, de l'impulsivité, d'avoir plutôt un retour au calme et non la recherche d'une sédation ? Mais a-t-on des molécules qui donnent un retour au calme ? Il y a bien l'alcool, selon la dose, qui le permet, mais cela n'est pas toujours efficace et dépend des individus.

En résumé, la méchanceté, l'impulsivité, l'agressivité, est-ce un trait, est-ce un état, peut-on faire disparaître un trait, peut-on faire disparaître un état ? Est-ce vraiment une dimension composite sur laquelle on va pouvoir jouer ? Socrate disait "L'homme n'est pas volontairement méchant". Est-ce une pathologie à dépister, peut-on dépister la méchanceté - sujet très préoccupant et très polémique - doit-on, dès qu'un enfant a un comportement qui n'est pas dans la "normalité", lui faire passer des tests ?

Y a-t-il des facteurs de risque, peut-on mieux repérer ces comportements ? Y a-t-il des outils d'évaluation ? En France, on n'est pas très psychométricien mais il y a eu de nombreuses échelles de violence qui ont été utilisées

et qui ne sont pas satisfaisantes de mon point de vue et surtout qui ne sont pas prédictives d'une rechute de comportement violent quand il a été pris en charge. Y a-t-il d'autres dimensions à privilégier qui peuvent apporter quelque chose aux dimensions principales évoquées, et quelle est la limite pathologique ?



Entre contraintes et libertés : "le grand méchant mou"

Dr Jean-Paul Chabannes



Quel est celui ou celle qui, commençant sa carrière, ou l'accomplissant de plain-pied, ou encore la terminant, n'a pas eu à s'affronter à cette ambivalence permanente dont est affublée la psychiatrie. Etre à la fois cet horrible interneur qui enferme les sujets malgré eux et essaye d'influencer leurs pensées, et cet incroyable laxiste incapable de garder bouclés ces fous parfois dangereux et souvent dérangeants. En quelque sorte, être un "grand méchant" ou un "grand mou".

C'est que la maladie mentale et ceux qui s'en occupent souffrent de leurs représentations sociales. Ces dernières ne peuvent qu'être ambivalentes car l'humain, dans divers domaines et surtout dans celui-ci, l'est profondément. N'est-ce pas un mécanisme de défense aisé mais surtout efficace de se protéger de la folie en étant tout en pitié pour ce fou aux prises avec les psychiatres et amer à l'égard de ceux-ci quand ils ne s'emparent pas à bras le corps du fou pour en protéger le corps social.

Etre psychiatre ou soignant psychiatrique, surtout en service public, c'est abandonner ces pensées "d'être humain" pour endosser une pensée "de professionnel". Cela ne retire en rien de la nécessité de rester humaniste comme pour toute médecine. Humanisme qui n'est en rien corrélé systématiquement à la sympathie qui irait de l'apitoiement au tutoiement. Bien au contraire, cet humanisme conduit à considérer que tout sujet, a fortiori malade, présente des limites qui peuvent le mettre en situation de danger. Cet humanisme consiste alors à préserver l'humain de ces conséquences néfastes. Et là les contradictions surgissent et l'ambivalence groupale trouve à s'exprimer.

Jusque là, nous sommes sur un plan purement théorique, oh combien nécessaire, mais parfois obligatoirement confrontable au réel pour en apprécier la matérialité de sa portée.

Tentons cet exercice pour identifier quelques situations qui nous jaillissent au nez comme une douche écossaise à double jet.

I - UN PETIT INVENTAIRE DONC (ET ENCORE NON EXHAUSTIF)

1) L'internement, que nous avons fait évoluer vers l'hospitalisation sans consentement pour en venir aujourd'hui à une privation de libertés, nous semble le modèle le plus abouti de notre double image :

- "Grand méchant" pour toute une partie de la population (surtout celle qui n'est pas concernée directement) et souvent pour le patient peu conscient de la portée de ses troubles ;

- "Grand mou" quand, dans notre activité dite de secteur, nous cherchons des voies de socialisation hors l'hôpital en prenant quelques risques liés à l'impondérable et que le corps social s'angoisse des possibilités du psychotique.

2) La compliance à marche forcée

L'intramusculaire de NAP, acte médical banal, peut prendre 3 sens:

1 - le sujet est inconscient, comateux – assistance à personne en danger : bravo

2 - le sujet est conscient (neurologiquement) et consentant : collaboration – c'est bien

3 - le sujet est neurologiquement conscient mais non consentant – décision par le corps soignant : hum ! ou pouah ! et ce surtout si c'est le psychiatre !

En matière de psychose et sauf à concevoir que la schizophrénie serait un état de coma vigile

(1) ne nous concerne pas.

(2) serait l'idéal médical et toutes les parties nageraient dans la félicité thérapeutique. Le cas n'est pas exceptionnel mais suffisamment parcimonieux pour être une excellente récompense d'un travail de longue haleine.

(3) notre tasse de thé (parfois amère) mais s'il s'impose au patient, il s'impose à nous. En utilisant la notion d'insight, nous échappons à l'appellation de "grand méchant" mais pas pour tout le monde. Par contre, dès l'arrêt d'un traitement pour un patient n'étant plus sous contrainte, alors que nous sommes légalement mis hors jeu, il nous arrive fréquemment d'apparaître comme des "grands mous".

Hélas, l'absence d'insight nous fait souvent glisser de l'observance librement consentie à la compliance par obéissance ; mais le "mieux-être médical" est souvent à ce prix.

3) Passons à l'assistance financière par l'AAR

90 % des patients ne vivent pas de l'argent qu'ils acquièrent par la voie classique de la rémunération mais par celui de l'assistance pensionnée.

L'assistance, l'aide, colmatent la culpabilité sociale. Mais en fait, le corps social se sent-il réellement solidaire

des patients atteints de schizophrénie ?

Entrer dans le processus d'assistance, même si cela évite le pire, signifie peu ou prou une mise à l'écart du système social global. Sommes-nous de "grands méchants" dans cette mise à l'écart ou de "grands mous" en ne poussant pas assez le sujet à rentrer dans les cadres sociaux malgré la maladie.

4) Egarons-nous un peu dans le domaine du travail protégé

Celui-ci est parfois peu accessible pour nos patients selon les régions et les organisations. Par contre, il pourrait nous rendre de grands services dans notre arsenal d'insertion.

Certains patients atteints de schizophrénie m'ont appris l'incroyable : "il est possible de passer toute une vie à ne rien faire, sans vraiment s'ennuyer". Nous les poussons cependant vers les ESAT.

Nous devenons des "grands méchants" en intimant 3 obligations :

1 - Etre un travailleur **handicapé**

2 - Avoir des nécessités sociales parfois difficiles à gérer : régularité, productivité, assiduité..

3 - Voire se rajouter des phénomènes stressants si préjudiciables à un équilibre parfois précaire ou des "grands mous" en :

a) Acceptant les limites que certains voient comme de la fainéantise ;

b) Ne les obligeant pas à rentrer dans un système classique qui serait le seul pourvoyeur de la "dignité humaine".

5) Et faisons un détour par la protection des biens

Protéger ! mais de quoi, de quoi ? Combien de patients voient cette protection comme une atteinte à leur liberté ?

Ici, "grand méchant" et "grand mou" trouvent à se confondre dans un seul et même discours "vous êtes un bon comptable" mais "vous êtes un empêcheur d'acheter en rond".

6) Et finissons par la visite à domicile

Fleur de notre activité de secteur, nous l'avons intitulée visite alors que pour nombre de patients atteints de psychose, elle est effraction.

Le logement est notre deuxième peau, nous mettant dans l'intimité à l'écart du regard social. Cette barrière est inviolable sauf urgence, décision judiciaire et invitation par l'impétrant.

Nous tentons toujours de contractualiser avec cet impétrant mais le contrat proposé peut paraître léonin. Et puis, si nous avons été autorisés à pénétrer, le sommes-nous d'obliger le sujet au ménage, au rangement, à la propreté. Moralement, OUI mais pour lui, nous pouvons être "grands méchants", légalement cela se discute et notre manque d'insistance pour respecter la loi nous met dans le camp des "grands mous".

7) Ne parlons surtout pas de l'expertise où nos explications sont souvent prises pour des absolutions,

où notre désir de coller à l'article 122 apparaît parfois très "grand méchant" alors même que d'autres le voient comme un article "grand mou"...

II - PEUT-ON, DOIT-ON EN SORTIR ?

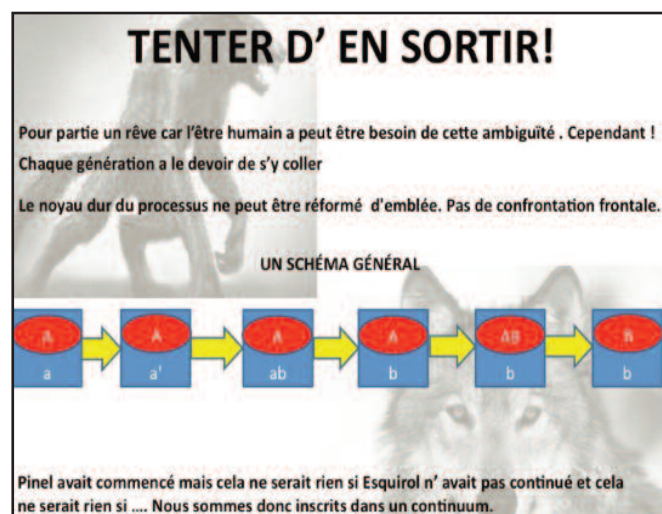
Notre confort s'en trouverait amélioré, la déstigmatisation des patients améliorée, mais n'est-ce pas une gageure ?

Cette démarche d'éradication des représentations sociales de notre métier, ne rêvons pas, ne peut se faire qu'à pas lents et probablement ne jamais s'accomplir tout à fait. L'être humain a trop besoin de cette ambivalence pour se démarquer du fou.

Sur certains aspects cependant, nous pouvons faire progresser ces images et chaque génération aura le devoir de s'y coller.

Nous pourrions alors nous attacher à un schéma classique de modification progressive qm consiste d'abord à modifier des aspects périphériques (a, b) dont l'influence finira par modeler le noyau dur du phénomène (A; B). Toute volonté de s'attaquer d'emblée au noyau dur serait vouée à l'échec car elle provoquerait un choc frontal avec l'opinion (plus puissante que nous).

La démarche est en route depuis Pinel, mais elle n'aurait rien été si Esquirol puis d'autres, en passant par Freud et nos illustres anciens de la période post Seconde Guerre mondiale ne s'y étaient pas attelés aussi.



Si cet enchaînement logique paraît séduisant, il n'en reste pas moins qu'il est fragile et que les retours en arrière peuvent être rapides à l'occasion de faits dits divers incluant surtout la violence.

Avançons donc pas à pas mais trois phénomènes intercurrents doivent être écartés :

- 1) Le découragement, à bannir dans nos métiers. Rien n'est jamais acquis et la répétition est ici plus qu'ailleurs moteur de pédagogie.
- 2) Les discours plus ou moins fumeux, incompréhensibles ou générateurs d'opposition frontale de la part des oreilles qui scrutent notre métier.
- 3) L'incapacité à assumer cette fonction qui nous veut à la fois méchant et mou

N'oublions pas que la peur de la psychiatrie reste également inscrite dans les croyances. Voir pour ce faire,

comment certaines religions prennent en compte la psyché comme fait de l'âme et comment l'exorcisme peut être mis en avant comme première solution thérapeutique.

III – CONCLURE

Eh bien oui. Je suis, j'ai été, nous sommes de "grands méchants mous". Nous nous y sommes positionnés et ce ne sera pas là la moindre des qualités professionnelles que de l'assumer.

MOUS, nous le serons dans cette démarche humaniste de tenter de redonner citoyenneté à ceux qui l'ont perdu par fait de maladie et pardonnez-nous de vouloir les voir parmi vous braves gens. Contrairement à ce que vous pensez, il ne s'agit pas de mollesse car la rigueur de notre exercice doit être mise toute entière dans cette démarche parfois assimilable à un devoir d'équilibriste.

MÉCHANTS, nous le serons quand les nécessités du "mieux-être intégré" nous obligera à vous imposer - à vous dont le libre arbitre vous aura été amputé - la ligne à suivre.

Mais en regardant en arrière, j'ai le sentiment qu'une présence longitudinale auprès des patients fait abandonner, chez la plupart d'entre eux, cette notion à deux facettes. Les témoignages reçus en fin de carrière m'ont rassuré : j'avais bien fait d'accepter d'être un "grand méchant mou".

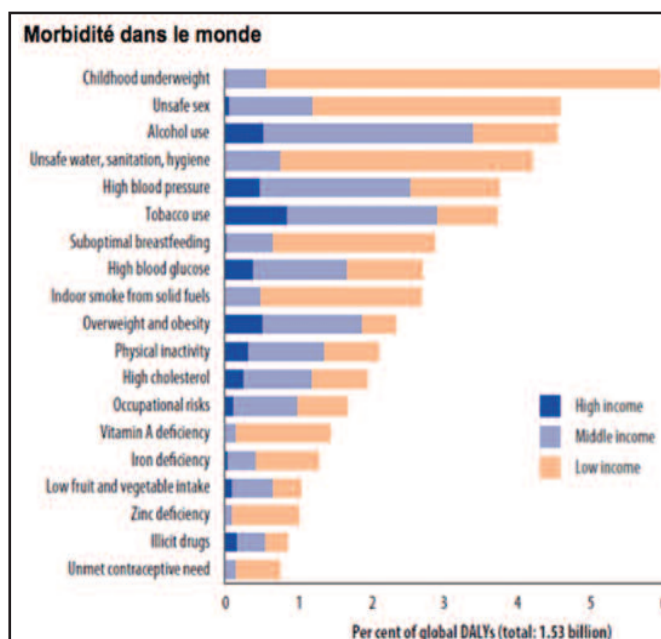


Prise en charge de l'alcoolisme : en verre et contre tout *Pr Amine Benyamina (Villejuif)*



En matière d'alcoolisme plusieurs questions et constatations sont à prendre en compte :

- Est-ce le vin qui est méchant ou la personne?...
- L'alcool est associé à un fort taux d'agressivité dans le monde
- L'action de l'alcool rend l'utilisateur "myope", augmentant le potentiel agressif
- L'alcool est en soi "méchant" pour l'organisme.



En termes de santé publique il faut bien avoir à l'esprit que la consommation nocive d'alcool est responsable de 2,5 millions de décès annuel dans le monde. 9% des décès chez les 15-29 ans sont liés à l'alcool, soit 320 000 par an. L'alcool est la deuxième source de morbidité en Europe.

La mortalité liée à l'alcool

L'évaluation de la morbidité de la consommation excessive d'alcool est difficile du fait de la multiplicité des corrélations avec les pathologies somatiques ou psychiatriques qu'elle peut provoquer. Il est difficile de fixer une dose d'alcool seuil, pour définir l'alcoolodépendance ou l'abus d'alcool.

L'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France. L'alcool contribue à 14 % des décès masculins et à 3 % des décès féminins. Entre 45 et 55 ans, cette mortalité représente près de 20 % des décès masculins et 10 % des décès féminins. En termes de mortalité prématurée, les ouvriers et les employés ont un indice de surmortalité trois fois plus important que les cadres supérieurs et les professions libérales. En outre, cette mortalité se distribue inégalement sur le territoire métropolitain : les zones les plus touchées forment comme un arc de la Bretagne à la Champagne Ardennes, les zones les moins atteintes étant celles du Sud de la France.

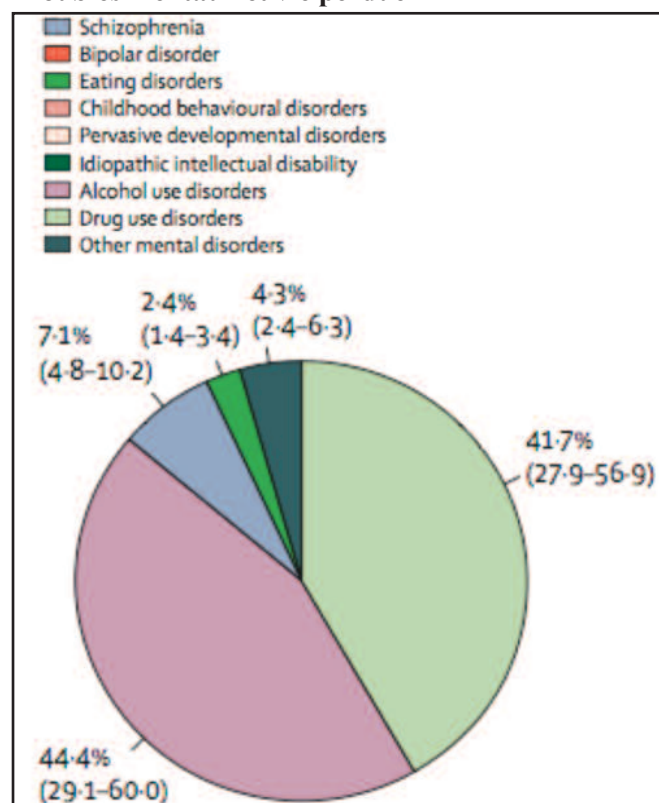
Il reste néanmoins difficile de déterminer l'influence exacte de la consommation d'alcool sur la mortalité. On considère que 20 à 60 000 décès annuels sont imputables à une consommation excessive d'alcool. Le chiffre le plus souvent retenu est celui de 23 000 décès (18 000 hommes et 5000 femmes), 23 438 en 1996, dont 2397 (10 %) par psychose ou démence alcoolique, 8960 (38 %) par affections digestives et 12 081 (52 %) par cancer des voies aérodigestives supérieures (lèvre, cavité buccale, pharynx, œsophage, larynx), directement en rapport avec la prise d'alcool.

La consommation excessive d'alcool joue un rôle important dans la survenue d'accidents. Elle explique 30 à 40 % des accidents de la route, 10 à 20 % des accidents du travail et 20 % des accidents domestiques.

Toutefois, la responsabilité de l'alcool dans les accidents de la circulation n'est pas facilement chiffrable, néanmoins le bilan annuel de la Sécurité permet une évaluation portant sur une part des accidents mortels. Ainsi, sur les accidents étudiés, 31,2 % sont des accidents dans lesquels au moins un conducteur avait une alcoolémie positive. L'alcool serait la deuxième cause d'accidents après les excès de vitesse.

Le fardeau économique est considérable, parmi les troubles mentaux, les troubles liés à l'alcool et les substances psychoactives sont responsables de la majorité des années de vie perdues.

Troubles mentaux et vie perdue



Alcool et violence : Épidémiologie

En Russie, après la libéralisation des ventes de vodka, il a été montré une augmentation de 1% des ventes d'alcool, associée à augmentation de 0,25% du taux d'homicide (Pridemore et al 2002).

Aux USA, Ray et al. (2008) ont montré que l'augmentation des taux de ventes locales d'alcool était associé au taux des agressions dans les quartiers avoisinants dans les 7 jours qui suivent.

Plusieurs études ont tenté d'établir les facteurs communs retrouvés chez les agresseurs, ils ont ainsi montré principalement que (Spunt et al, 1994 ; Wiczorek et al, 1990) :

- 1/3 à 2/3 étaient sous l'emprise d'alcool au moment de leur crime
 - Environ la moitié ont pour facteur aggravant l'alcool
 - Durée moyenne de consommation avant le crime est de 7h
 - Consommation supérieure à 5 verres d'alcool chez 37%
- Ils ont également établi que chez les victimes on constate que :
- 40-50% avaient une alcoolémie positive
 - 43% avaient pour facteur aggravant l'alcool

- présentaient une alcoolémie $\geq 0,1\text{g/L}$
- une consommation d'alcool estimée à 7 verres

Alcohol myopia

Théorie proposée par Steele et Josephs, selon laquelle la consommation d'alcool provoquerait un rétrécissement de l'attention. Cela se traduirait par une perturbation de la mémoire des informations périphériques d'un événement, alors que la mémoire des informations centrales serait préservée.

Ainsi, un individu remarquera que les éléments les plus "bruyants" dans une situation. Il lui manquera la capacité à les mettre en perspective et prendre du recul :

- Impact sur la perception visuelle (Harvey et al, 2103)
- Diminution de la perception des détails périphériques
- Moindre mémoire des détails
- Impact sur la perception temporelle (Fleming et al, 2013)
- Moindre durée de la saillance des stimuli auditifs
- Impact sur l'inertie émotionnelle (Fairbairn et al, 2013)
- Perception rehaussée de l'instant présent

Cette hypothèse est souvent évoquée pour expliquer les réactions agressives au stimuli sociaux neutres sous l'emprise d'alcool

En résumé :

- L'alcool est souvent impliqué dans les actes auto et hétéro agressifs
- Les actions politiques qui diminuent l'accès à l'alcool sont efficaces pour diminuer la violence qui s'y associe
- Les psychothérapies peuvent aider à la gestion de la colère
- Les pharmacothérapies sont en évaluation et peuvent être éventuellement utiles.



La méchanceté est-elle innée ou acquise?

Pr Philippe Courtet (Montpellier)



Selon saint Augustin, nous sommes tous, dès la naissance, marqués du péché originel et trop faibles pour ne pas commettre le mal : le salut de Dieu trouve ainsi sa justification.

À l'inverse, ceux qui, comme Socrate et Platon croient que "nul n'est méchant volontairement" estiment que

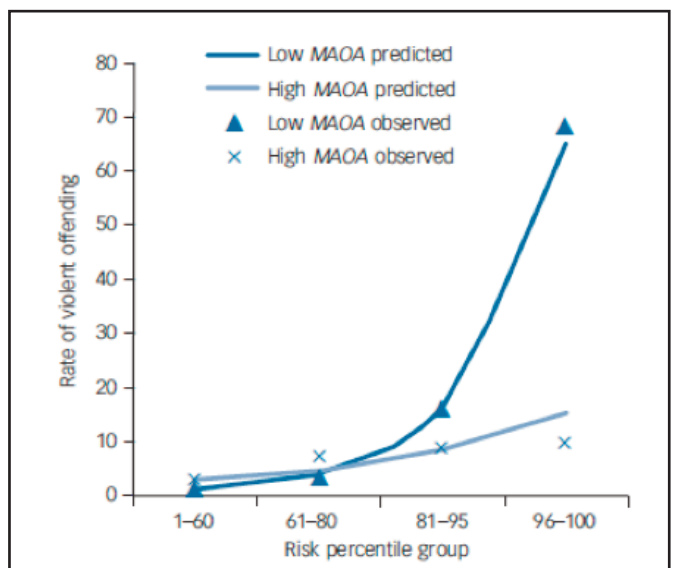
l'homme n'agit mal que par ignorance ou nécessité : le pauvre affamé qui vole un pain n'est pas pour autant un méchant homme. J.-J. Rousseau, convaincu de la bonté naturelle de l'homme, accusait la société de le rendre méchant. Spinoza estimait que les souffrances générées par les institutions sociales, les inégalités, les "mauvaises rencontres" font que n'importe qui peut devenir méchant, et décider de faire le mal pour le mal, par haine ou par vengeance : le contexte rend alors l'homme coupable mais non responsable.

La méchanceté est-elle innée ou acquise? Ni l'un ni l'autre pour certain : selon A. van Reeth et M. Foessel, elle tient à la condition humaine, non à sa nature : "la racine du mal c'est la liberté" d'agir selon ses propres choix - même conditionnés -, et d'y investir toute la force de sa volonté. Seules l'éducation et la culture peuvent aider chacun à prendre le recul nécessaire sur ses actes et à contenir ses accès de méchanceté.

Toutefois, dans une démarche dimensionnelle symptomatique ou biologique, un certain nombre d'arguments vont dans le sens d'une implication génétique.

Une des premières études réalisée par Brunner et al, (1993), ont montré que l'association d'une mutation du gène de l'enzyme MAO de type A pouvait être associée à des comportements anormaux (agression, tentative de viol, violence conjugale, exhibition, pyromanie, comportement antisocial, etc.). Mac Dermott avait, elle, montré que cette altération du gène de l'enzyme MAO de type A pouvait être prédictif d'un comportement agressif selon la situation.

Ces travaux ont été complétés par ceux de Fergusson et al (2012) montrant notamment la corrélation positive entre un comportement anti-social et cette mutation. Plus les taux de MAO-A sont bas et plus le risque d'avoir un comportement violent est présent. (Cf figure)



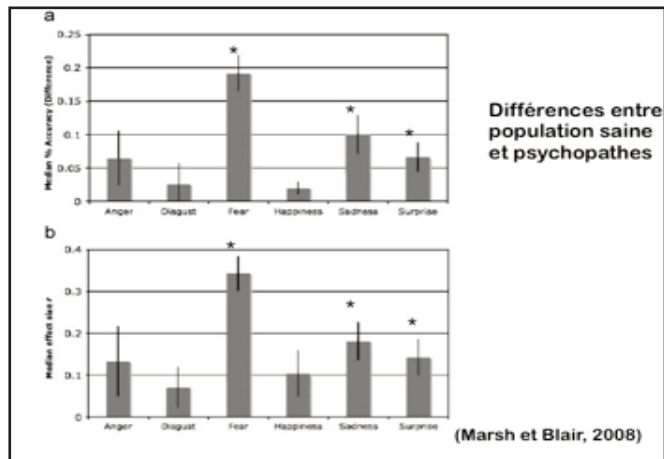
Concernant les "liens génétiques" et le comportement antisocial, il est intéressant de prendre en compte que :

- 56% de la variance de la personnalité et du comportement antisocial sont expliqués par facteurs génétiques, le reste par l'environnement unique (méta analyse, Ferguson et al. 2010)

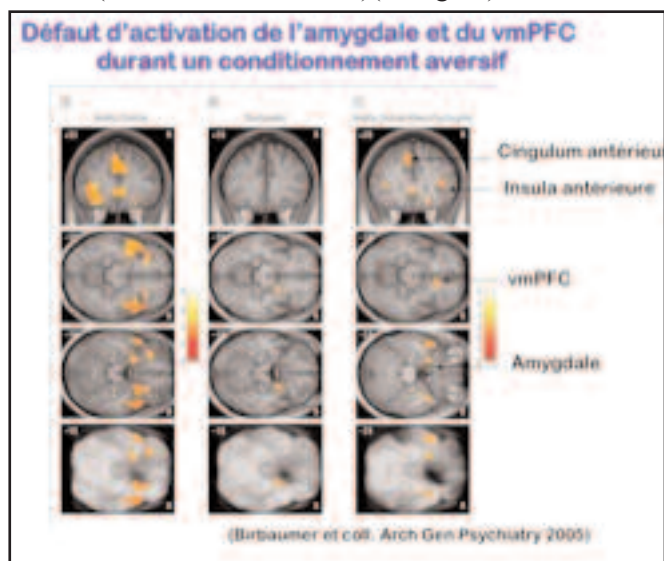
- le développement d'un trouble antisocial persistant est avant tout influencé par les gènes: 67% de la variance (Tuvblad et al, 2011)

D'autres études ont été réalisées chez des patients psychopathes (Marsh et Blair, 2008) qui ont permis de mettre en évidence plusieurs indicateurs pouvant être corrélés ou prédictifs d'un trouble du comportement violent :

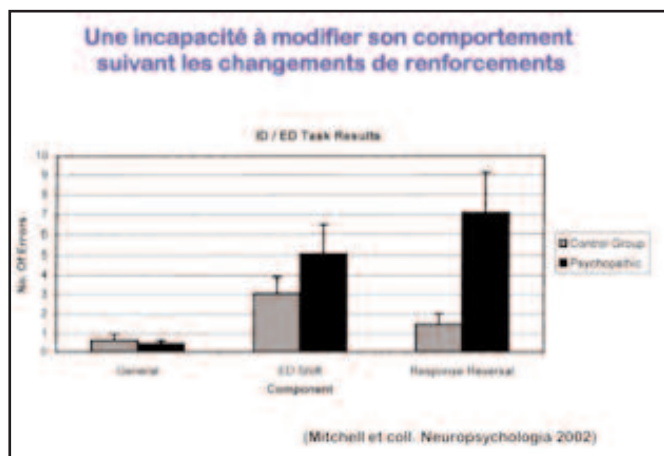
- un défaut de reconnaissance faciale de la peur (Cf figure)



- un défaut d'activation de l'amygdale et du cortex préfrontal ventromédian durant un conditionnement aversif (Birbaumer et al, 2005)(Cf figure)



- Une incapacité à modifier son comportement suivant les changements de renforcements (Mitchell et al, 2002) (Cf Figure)



En ce qui concerne la psychopathie, elle pourrait être caractérisée selon Hare (2003) par la présence de traits ou dimensions comme la manipulation, les émotions superficielles, l'insensibilité, le manque d'émotion, l'irresponsabilité, l'impulsivité et l'agression. Deux dimensions principales se dégagerait :

- le comportement antisocial : maltraitances, vols, vandalisme, agressions (réactives et instrumentales)

- le déficit émotionnel / interpersonnel : narcissisme et égocentrisme, faible empathie, peu d'attachement aux autres, ni culpabilité ni remords.

En résumé, il semble bien établi que les variations génétiques contribuent à l'identification des sujets maltraités les plus vulnérables au développement antisocial, qui devront être dans une dynamique d'interventions les plus intensives.



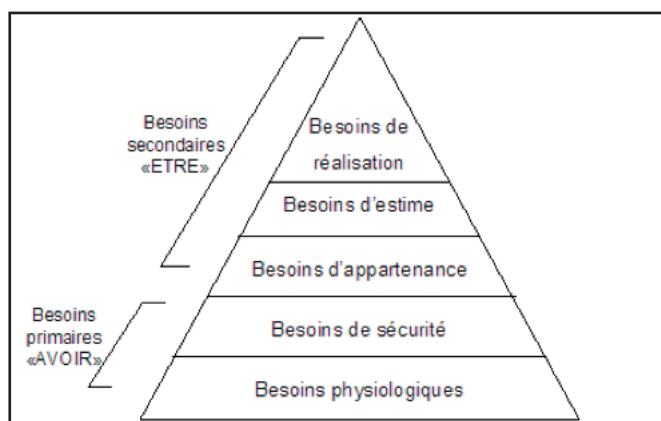
Méchanceté et troubles de l'humeur Pr Pierre Thomas (Lille)



Le Pr Pierre Thomas de Lille a fait une intervention axée sur dépression et méchanceté. Il a mis en avant un certain nombre de dimensions qui pouvaient générer un comportement pouvant être qualifié ou justifié de générer un comportement de "méchanceté", le tout dans une démarche de phylogénèse-ontogénèse de l'agressivité, de conscience morale, jugement d'autrui, de soi, voire dans un contexte d'attachement.

Dans ce cadre, se pose la question de définir qui est méchant. Et comment ?





La seule référence à une expression antipathique (l'air méchant) peut-elle justifier le qualificatif de "méchant" ? Il y a-t-il de vrais méchants ? Dont on peut ressortir principalement le manque d'empathie envers autrui, le mépris des autres ? Dimensions que l'on va retrouver chez certains comportements d'adolescents, chez le psychopathe, chez le sujet présentant des troubles de la personnalité, des troubles du développement, ou bien encore dans le cadre de pathologie lésionnelle.

Peut-on parler de méchanceté symptomatique ? Dans le cas de dépression caractérielle, par exemple, de dépression dysphorique, chez le sujet souffrant de troubles bipolaires, de manie. Dans ce cas, l'altération de l'humeur va varier dans une trilogie "expansive", "irritative" et "dépressive".

Dans la dépression post-natale avec les troubles de l'attachement on va retrouver les dimensions de séparation, de manque d'empathie, d'intersubjectivité de maltraitance, dimension retrouvées chez un sujet déclaré "méchant".

En résumé entre dépression et méchanceté, il existe des traits, des dimensions communes pouvant faire référence à un vécu de séparation précoce, de situation conflictuelle "plaisir-désir", d'absence d'empathie, de souffrance intérieure, qui peut être renforcé par le comportement de l'entourage en termes de rejet, d'apitoiement ou de dégout.



D-éloge de la méchanceté...

Dr Michel Fize (Paris), sociologue

En se référant à ceux qui ont fait l'histoire du monde, la méchanceté est partout et de tout temps. Loin d'avoir appris de ses erreurs, l'humanité semble poursuivre son enlèvement dans ce gouffre profond, voire y prendre plaisir. Sommes-nous vraiment méchants ? Oui, déclare le sociologue Michel Fize. Et de plus en plus.

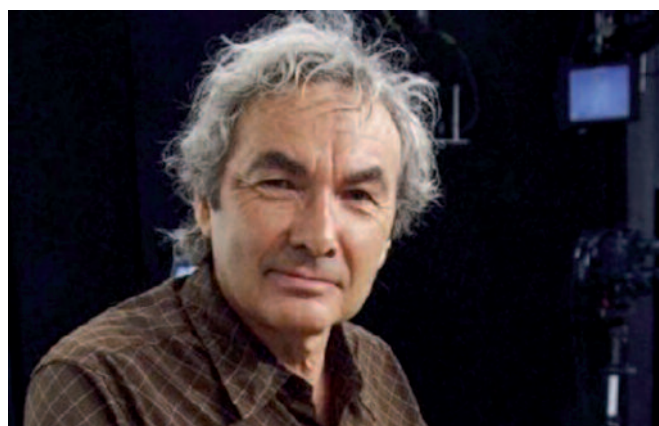
Il s'est ainsi attelé à la difficile tâche de décrypter cette corruption du cœur que Platon appelait "la maladie de l'âme". Un acte conscient et intentionnel commis en toute lucidité dans le but de faire délibérément du tort, voilà l'essence même de la méchanceté ?

En bon sociologue, Michel Fize s'est interrogé sur la société dans tout ce qui la caractérise, y compris la méchanceté qui inonde la vie des uns et des autres, en soulignant le caractère intemporel et universel du concept.

Et aujourd'hui plus qu'hier, ce comportement, que Freud percevait comme un trait indestructible inhérent à la nature humaine, serait même devenu valorisé. Telle une vertu, on en ferait désormais l'éloge, constate avec dépit le sociologue. Autrefois, lorsqu'on se comportait méchamment, on avait honte. Aujourd'hui, on a le devoir d'être méchant, ne serait-ce que pour avoir la possibilité d'un avancement de carrière. On vit dans une sorte d'appel permanent à nous comporter comme des êtres ignobles.

À la fois plus massive et encore plus banalisée, la méchanceté est désormais démasquée et célébrée, à en juger par les émissions satiriques qui, selon M. Fize, fracassent des records de cotes d'écoute grâce à leur contenu à teneur élevée en quolibets et railleries de tout genre.

Et que dire des émissions de télé-réalité à la Survivor, où le public est appelé à critiquer et éliminer sans remords le participant qu'il aime le moins ?



La méchanceté fait même le succès des humoristes, dans une sorte de surenchère de moqueries au nom du rire. "Je trouve que, pour le coup, on fait jouer au rire un bien mauvais rôle", soutient le sociologue.

Non pas qu'il n'y ait jamais eu dans le passé de Staline aux idées sanguinaires ou de souverains manichéens derrière les grands complots d'assassinats. Les cirques romains où l'on se rassemblait en grand nombre pour voir des condamnés mourir dévorés par des lions ne sont pas exactement ce qu'on pourrait appeler des actes de pure bonté. L'époque du "tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil" n'a jamais existé à proprement parler. Mais il fut un temps où l'on était plus repentant devant une mauvaise conduite.

Pour éviter de sombrer ainsi dans la cruauté monstrueuse dont était capable Mr. Hyde, nos sociétés auraient besoin d'un sérieux examen de conscience. Et d'un retour aux "vraies" valeurs. Question de retrouver certaines mœurs

sociales d'harmonie et de gentillesse que l'on a mises au rancart. On était peut-être enfermés dans le formalisme et les apparences. Un corset qui nous serrait un peu, certes, mais qui nous permettait de ne pas dépasser la ligne blanche et de ne pas tomber dans la méchanceté.

Le culte du moi énoncé par Maurice Barrès, politicien français du XIXe siècle, aurait aussi sa part de responsabilité dans le triomphe de ce que Kant appelait "la raison pervertie". Dans une société où l'individu s'impose comme une exaltation du moi presque exubérante, il n'est pas étonnant qu'on emploie les moyens les plus antisociaux pour dominer et s'affirmer. Faut-il également déplorer la compétition sous toutes ses formes qui, dans un contexte d'hyper-performance, pousse parfois certaines personnes à employer des moyens moins moraux pour parvenir à leurs fins ?...

Il n'y aurait toutefois pas de méchanceté innée ni constitutionnelle. Et n'en déplaise à tous ceux qui n'ont rien à se reprocher, cette perfidie serait en chacun de nous. À en croire le philosophe Nietzsche, les deux formes fondamentales de supériorité que l'homme ait jamais eues sur les animaux étaient son âme profonde et sa méchanceté. Malheureusement, on la remarque quand elle est déjà faite, quand on en a déjà été victime.

La méchanceté a beau détenir pas moins d'une quarantaine de synonymes, pourtant, rien ne permet d'en cerner les mille et un visages. Parfois, on arrive à la reconnaître dans un froncement de sourcils ou le regard méprisant d'un collègue de travail jaloux. Qui n'a pas déjà senti sur soi le poids des gros yeux d'un enfant à qui on n'a pas voulu donner un bonbon ? Il n'y a pas de petite méchanceté : qui vole un oeuf vole un boeuf. Les enfants aussi sont méchants, on ne peut le nier.

Heureusement, il est des caractères sadiques qu'on peut comprendre davantage, ceux déployés sur le coup de la souffrance ou d'une grande injustice, par exemple. Ainsi, la violence dans les gestes des jeunes des cités en banlieue de Paris qui ont incendié des véhicules s'inscrivait plutôt dans une logique de souffrance et d'incompréhension. "Ils ne se sentaient pas respectés, c'était un geste désespéré".

L'autre type de comportement qu'il est peut être difficile à classer dans la catégorie "méchant" est celui qui relève d'une pathologie, au sens du psychopathe ou du pervers. Ce sont des gens qui, pour la plupart, perdent la lucidité et la conscience de leurs actes. Du coup, ils peuvent se comporter violemment, mais on ne peut pas les étiqueter comme tels parce qu'il leur manque l'intention de nuire. À ce mal avilissant, Michel Fize propose un remède magique : l'amour. Le vrai. Celui qui désarçonne, désarme, fait sourire. "L'amour n'entre pas dans la logique des méchants" souligne-t-il. Il recommande d'abord de traiter la méchanceté sur le plan social, en tentant d'éliminer les situations qui peuvent potentiellement causer du mal, comme l'échec scolaire, l'injustice, l'iniquité salariale et la précarité. C'est après qu'on s'occupe des scélérats. "Il faut donner mauvaise conscience aux méchants, leur faire comprendre que leur méchanceté n'est pas sans effet et qu'elle fait des victimes."

Méchanceté et personne âgée : comment y remédier ?

Dr Michel Benoit (Nice)



Avant de développer son exposé, le Dr Michel Benoit a d'abord défini qu'elle pouvait être la méchanceté dans ce contexte concernant le problème des limites du terme et du sens.

Est "méchant" celui :

- qui est vécu comme ayant tendance à faire du mal
- qui paraît en tirer une satisfaction, un plaisir

Comportement calculé ou reptilien ?

Un caractère (antérieur ou nouveau), un comportement (isolé ou répétitif), un mode de relation ?

La méchanceté c'est :

- une façon d'être, une "réponse" pour maîtriser un environnement hostile et affirmer son pouvoir sur les autres ;

- un comportement jugé pathologique : propos désobligeants ou humiliants harcèlement (/aides..) cruauté, faux-pas, actes violents, négligences ;

La personnalité vieillissante est-elle méchante ?

- Vision adultomorphe ancienne (Minkowski 1938) : "modifications du caractère qui, constatées d'une façon objective par les autres, échappent plus ou moins au sens critique du sujet lui-même : avarice, méfiance, attitude hargneuse, rétrécissement des intérêts, instabilité relative, égoïsme".

- Vision moderne : Stabilité relative de la personnalité, caractère moins "énergique", tendances à l'aménité, à la modestie.

Quelle prise en charge peut-on proposer ?

1. Précision symptomatique

Eviter les confusions (avec agitation, agressivité, violence, irritabilité, perte des conventions sociales, amoralité, dysphorie, sadisme...)

2. Préciser les associations et le contexte



Opposition	Attitude de refus des soins, de l'alimentation
Agitation	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié
Agressivité	Comportement verbal ou physique menaçant
C. Moteurs	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent
Désinhibition	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales
Cris	Vocalisations de forte intensité et répétitives
Délirantes	Perceptions ou jugements erronés de la réalité non critiqués
Hallucinations	Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir
Tr. sommeil	Troubles de la durée, de la qualité, inversion du cycle nyctéméral

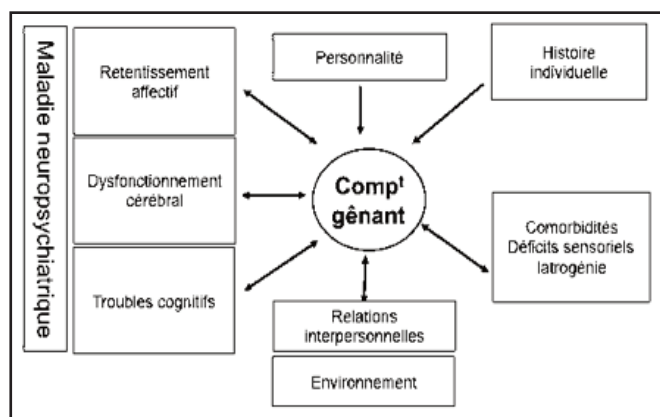
En fonction des antécédents, de l'anamnèse, du contexte, à quoi rattacher en priorité le caractère constaté ?

- A un caractère antérieur aggravé ?
- A un événement de vie, à un problème relationnel ?
- A un trouble anxieux pré-existant ?
- A un trouble de l'humeur, un épisode dépressif ?
- A une pathologie psychotique pré-existante ou nouvelle
- A une détérioration cognitive, une démence ?
- En fonction des antécédents, de l'anamnèse, du contexte, à quoi rattacher en priorité le caractère constaté ?

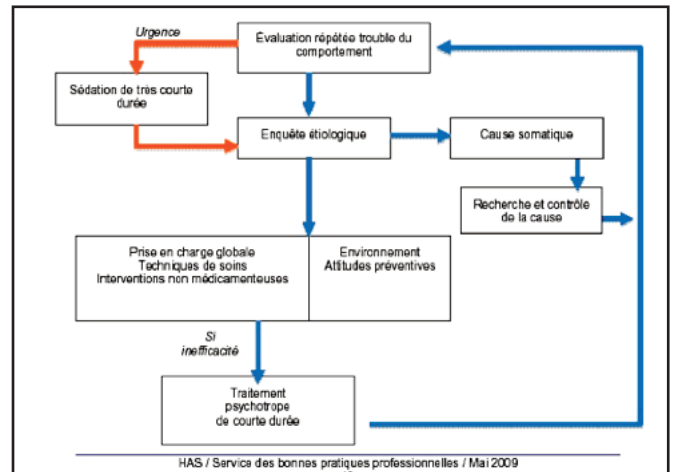
3. Interpréter la "méchanceté"

- Vice de constitution, caractère pathologique ? (sadisme, désir de toute-puissance, égocentrisme)
- Réponse à un environnement hostile, dans un contexte culturel, éducatif, socio-familial ?
- Sous-tendu par anomalies biologiques et neurologiques ?
- déséquilibre hormonal ou métabolique, neuro-chimique (sérotonine)
- douleur, pathologie somatique redoutée
- Quelles associations ? (impulsivité, tendances agressives, retrait relationnel)
- pas une maladie, mais base de comportements interprétés comme pathologiques

4. Construire un modèle



5. Prendre en charge le trouble



Savoir faire avec le comportement "difficile" :

- Exemples d'attitudes de communication
- Eviter les différentes sources de distraction lors de la communication
- Attirer l'attention du patient
- Utiliser des phrases courtes
- Eviter de transmettre plusieurs messages à la fois
- Utiliser des gestes pour transmettre des messages
- Répéter les messages
- Préférer les questions fermées
- Lui laisser du temps pour qu'il s'exprime
- Eviter d'être familier....

En résumé, la méchanceté est souvent rencontrée chez des personnes âgées dominantes, ou psychopathes, ou se sentant victimes

- "Le pire con est le vieux con. On ne peut rien contre l'expérience." (Jacob Baude)
- mais bien souvent, peut être l'expression d'une difficulté d'adaptation au vieillissement
- ou peut être une des expressions d'une pathologie neuropsychiatrique ou somatique mal contrôlée



La méchanceté à l'épreuve de la justice ou La méchanceté au banc des accusés

Une table ronde présidée par le Dr Jocelyne Raptelet, expert psychiatrique, composée du Dr Patrick Stalla, expert psychiatrique, de Me Louis-Denis Hubert, Juge au Tribunal de Grande instance de Bastia et de Me Jean-Paul Trani, avocat, ont débattu sur le thème de la "méchanceté" et de son impact dans une démarche juridique.

En effet, selon le point de vue et les objectifs de chacun, la "méchanceté" chez un sujet va-t-elle influencer dans un sens ou bien dans un autre le jugement ou l'expertise d'un expert, d'un juge, d'un avocat ?

De plus, il est primordial de prendre en compte dans quel contexte "s'exerce" la "méchanceté" chez un individu responsable de ses actes versus un individu présentant une pathologie mentale susceptible de le rendre irresponsable de ses actes – il s'agit alors d'un patient dépendant d'un système de soins sous contrainte, par exemple.



*Les intervenants de la table ronde
"la méchanceté au banc des accusés"
devant un large public*



Toutefois, l'actuel traitement juridique de la responsabilité semble nier ces déterminismes psychiques et sociaux et se refuse à comprendre l'acte méchant avant de juger le prévenu : car les lois partent du principe que tout individu peut - et doit - exercer sa volonté pour résister à sa pulsion de faire le mal. Rien n'est moins sûr : force est de reconnaître "la banalité du mal" soutenue par H. Arendt lors du procès d'Eichmann en 1961 : endoctriné, sans recul sur ses actes, il a "obéi aux ordres" d'extermination. Comme lui, tout homme aveuglé par la passion, le ressentiment ou une idéologie est incapable de la moindre distance critique sur ses agissements. Ces réflexions appellent à bien faire la différence entre juger, constater et médire.

Constater c'est remarquer. Constater c'est : voir, apercevoir, reconnaître, remarquer, découvrir, observer, connaître pour s'assurer d'une action ou d'un fait.

Juger c'est affirmer. Juger c'est : discerner, estimer, considérer, penser, statuer, réputer, conclure un fait, une action. Si le jugement est un bien-fondé sur la raison, décider en bien ou en mal du mérite d'autrui, de ses pensées, de ses sentiments, du motif de ses actions, n'est pas une action forcément aisée.

Il ne faut pas confondre juger et constater. Juger moralement, ce n'est pas constater un fait, de même que constater n'est pas condamner. Par exemple, si nous disons : il a l'air d'un gros méchant, alors nous constatons. Si nous disons : il est un gros méchant, alors nous jugeons.

Enfin, souvent le mot juger est confondu avec le mot médire. L'action de médire, c'est dire du mal de quelqu'un ou de quelque chose ou suggérer et supposer des choses non fondées, soit par méchanceté, soit par légèreté, mais en pensant dire vrai. La médisance, comme la calomnie, qui exprime la malveillance avec des accusations inventées de toutes pièces, sont malheureusement des habitudes très communes dans le monde, voire pour certains un état d'esprit, un mode de vie.

En résumé, pour vivre dans la société, et si l'on veut éviter la naïveté, il faut bien avoir une appréciation sur les personnes que nous côtoyons. Mais il faut faire la différence entre "juger" et "constater".



L'inconscient entre transfert et pulsion

*Dr Michel Lévy, psychiatre, psychanalyste
Directeur de la FEDEPSY, responsable des formations
Apertura*



"Nul n'est méchant volontairement" (Socrate)

L'âme platonicienne est le siège de contradictions dans la pluralité d'instances :

- la part rationnelle de l'âme est la raison ; Freud y verra le principe de réalité capable de différer le plaisir.
- la part ardente, souvent représentée par un lion, est l'équivalent du réservoir pulsionnel et de ses représentations psychiques.
- la part appétitive est une production à partir de ce qui manque.

Le désir y trouve son assurance à se tourner vers le profitable mais reste en errance par inadéquation à la concrétude de l'objet.

Le juste pour Socrate sera l'harmonie des instances raison-pulsion-désir. Autrement dit, la disposition intrapsychique à la santé (du corps ou de la cité) est une libre circulation d'énergie liant ces instances.

Le bien réel est la beauté morale ; le bonheur est l'éprouvé du juste.

Ainsi l'injuste devient méchanceté et malheur, obscurité, chaos (comme une désintringation pulsionnelle) ; et nul n'est troublé ou défectueux volontairement.

Chez Socrate, la volonté est un savoir qui s'acquiert par une pratique distinguant le bien réel de la seule apparence des choses.

Et Platon verra trois échecs au savoir :

- la persuasion (pensons au dictateur hypnotisant les masses pour étendre sa pulsion d'emprise)
- l'oubli (qui évoque le refoulement où les représentations se perdent mais où subsistent les affects pris dans la conflictualité du symptôme).
- les affects trompeurs (Socrate enseigne Alcibiade, dans Le Banquet, sur l'aveuglement de l'amour méconnaissant son objet ; l'analyse du transfert est née).

Ce savoir est donc volonté de savoir ; Socrate, en interprétant la vérité du savoir inconscient, devient le premier psychanalyste de l'histoire.

Revenons sur la méchanceté (située dans la part ardente de l'âme), sous l'angle de la théorie des pulsions.

L'emprise du monde que développe l'enfant glisse facilement vers l'agressivité.

La méchanceté devient mécanisme de défense du moi débordé luttant pour son autoconservation. Mais l'erreur du méchant est de situer l'origine de son excitation dans l'autre !

- la méchanceté névrotique se joue sur la scène imaginaire des fantasmes. La perversité de mauvaise foi y puise ses racines dans l'autoérotisme et l'Oedipe.

- la méchanceté psychotique est basée sur une certitude délirante. L'amour se retourne en haine paranoïaque ; le délire de jalousie est secrètement homosexuel ; le passage à l'acte dans l'érotomanie a supposé le premier désir chez l'autre.

- la méchanceté perverse se fascine pour le corps-machine, entre jouissance objectale et angoisse à produire.

En conclusion, la cruauté est un ressort excitatoire idéalisé par un impératif de jouissance. Pour suivre Socrate, on dira que la thérapie de la méchanceté vise à lier les trois volets de l'âme. Accorder le désir à la tempérance de la raison remettant à plus tard la satisfaction pulsionnelle : se supporter manquant. Mais entre le baiser et la morsure, entre la caresse et la claque, la frontière est toujours ténue.

Nous tenons à remercier pour leur aide précieuse, lors de ces manifestations de 2013 aussi bien lors de nos manifestations scientifiques que dans la vie de notre association :

M. Joseph Castelli, Président du Conseil Général de Haute-Corse qui met à notre disposition l'enceinte du Conseil Général ; la mairie de Bastia qui a bien voulu approuver notre action et nous soutenir ; le Dr Jean-Michel Vialle, représentant les URPS, pour leur partenariat et leur soutien, ainsi que nos partenaires de santé les industriels du médicament. Enfin, un grand merci à toutes les personnes qui se sont impliquées dans la réalisation de notre symposium et des Cahiers de l'ACESM : les membres de notre association et Mmes Vivianne Lambert et Marie-Claude Bourrinet.

A la découverte de...

Le Groupe Lundbeck



Créé en 1915, H. Lundbeck A/S est une entreprise pharmaceutique comptant plus de 50 années d'expérience en recherche, développement de médicaments pour le traitement des maladies du système nerveux central telles que les troubles de l'humeur, la schizophrénie, l'alcoolisme, la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson.

Longtemps marginalisées, parfois même ignorées ou stigmatisées, les maladies psychiatriques et neurologiques, sont aujourd'hui reconnues comme de véritables enjeux de santé publique. Lundbeck a fait de cet univers thérapeutique majeur son terrain d'excellence et son domaine exclusif d'activité. En 2013,

Lundbeck fait ses premiers pas dans un nouveau domaine thérapeutique, les conduites addictives, en lançant nalméfène (Selincro®) en Europe pour le traitement de la dépendance à l'alcool.

Lundbeck est un laboratoire pharmaceutique international dont la mission est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies du système nerveux central.

Lundbeck consacre ses efforts dans la recherche, le développement, la production et la commercialisation de médicaments dans le monde entier.

Le groupe Lundbeck est présent en France depuis 1992 et se situe en 2013 au 24ème rang des laboratoires pharmaceutiques français. À la fin de l'année 2013, Lundbeck compte environ 6000 employés dans 57 pays.



Ceci vous intéresse...

Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française

**16-19 juin 2015
TOURS**

**Faculté de médecine
Université
François Rabelais**



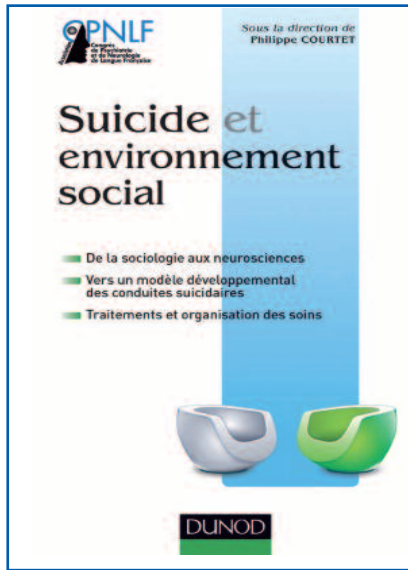
Congrès Français de Psychiatrie

**26-29 novembre 2014
La Cité Nantes
Events Center**

**• Psychiatrie :
changer nos paradigmes**

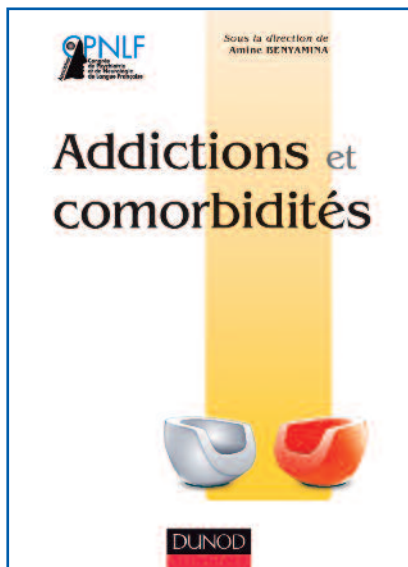


Ceci vous intéresse aussi ...



Suicide et environnement social - Un rapport élaboré pour la 111e session de l'association du CPNLF sous la direction du Pr Philippe Courtet (Ed. Dunod)

Avec près de 11 000 décès enregistrés chaque année, la France est l'un des pays industrialisés les plus touchés par le suicide. Les connaissances sur l'étiologie du suicide et des conduites suicidaires se sont développées au cours des dernières années. Cet ouvrage fait un état des lieux des avancées en neurobiologie et en psychiatrie pour mieux en comprendre les facteurs déclencheurs ou précipitants. Les facteurs psychosociaux sont également largement étudiés (stress au travail, crise économique...) Ouvrage publié sous l'égide du CPNLF (congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française)



Addictions et Comorbidités - Un rapport élaboré pour la 112e session de l'association du CPNLF sous la direction du Pr Amine Benyamina (Ed. Dunod)

L'usage de substances est fréquent chez les patients souffrant de troubles mentaux et ces comorbidités peuvent avoir des conséquences graves sur leur santé doublées d'un impact défavorable sur leur fonctionnement social.

Pourtant, ces troubles associés font l'objet de très peu de considération dans la pratique clinique quotidienne, où les troubles sont majoritairement traités de manière indépendante.

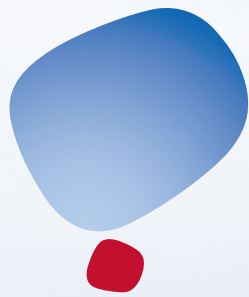
Après avoir fait un tableau clinique des troubles liés aux addictions, l'ouvrage propose une prise en charge globale des pathologies addictives et psychiatriques.



Communication et observance en psychiatrie: Une approche psychologique et anthropologique de Jérôme Palazzolo (Ed. paf)

Du point de vue du patient, l'obtention d'une bonne observance passe par l'obtention d'une bonne relation avec son médecin; cette dernière est directement liée à l'écoute et à l'intérêt accordés au malade, et pas seulement à ses symptômes. Si la motivation individuelle joue un rôle important au départ, elle va être elle-même fortement influencée par la relation médecin-malade. C'est un des rares facteurs pour lequel on observe une corrélation positive avec l'observance, comme l'ont fait constater pratiquement toutes les recherches en psychologie médicale. À ces notions classiques, bien connues, répondent les valeurs moyennes de non-observance, pouvant varier dans de grandes proportions selon les auteurs. Ces données témoignent du fossé existant entre ce qui est attendu et ce qui est effectivement réalisé. Cette divergence intervient autant pour le patient que pour son thérapeute, et fait intervenir de nombreux autres facteurs appartenant à la culture, au contexte médico-religieux, à l'anthropologie médicale, aux propriétés réelles ou supposées du Pharmacikon...

Dans le cadre du congrès, ces ouvrages seront mis à disposition au tarif "association"



Otsuka

Otsuka-people creating new products for better health worldwide

“Les hommes
construisent trop de murs
et pas assez de ponts”

Isaac Newton (1643 – 1727)

Considéré comme l'un des plus grands génies de l'histoire, Isaac Newton était philosophe, mathématicien, astronome et physicien. Sa personnalité était tourmentée et complexe selon les psychiatres. Il a fait partie de ces personnalités alliant pathologie mentale et créativité.^{1,2}

* Créer de nouveaux produits pour une meilleure santé dans le monde

(1) Konstance V. Almann. Schizophrenia research trends. Nova Science Publishers, 2008.

(2) Patrick Davous. Nouvelles chroniques du cerveau. L'Harmattan, 2012.

Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.

Le Corosa

1 rue Eugène et Armand Peugeot

92508 Rueil Malmaison Cedex France