

Pourquoi le patient psychopathe met-il le soignant en difficulté ?

Gurvan Queffelec, infirmier, GH Paul-Guiraud, Villejuif (94)

Ce texte a fait l'objet d'une communication à la journée « Personnalité narcissique, personnalité antisociale, quid du pervers narcissique » organisée le 8 juin 2017 par l'association Éthique, recherche, information, enseignement (ÉRIÉ) (1) et le GH Paul-Guiraud (Villejuif)

Aujourd'hui, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) définit 10 troubles de la personnalité (2). Parmi eux, la personnalité antisociale, que l'on désignait autrefois comme psychopathe, et la personnalité limite (borderline). Sur bon nombre de critères, ces personnalités se ressemblent mais il existe des singularités.

– Le patient présentant une personnalité limite (borderline) souffre d'une instabilité affective, émotionnelle, relationnelle et thymique. Il est aussi marqué par une forte impulsivité.

– Le patient présentant une personnalité antisociale (psychopathe) est souvent impulsif et intolérant à la frustration. Il méprise et transgresse les droits d'autrui, ne se conforme pas aux normes sociales et peut commettre des actes délictueux. Il peut également tromper, manipuler que ce soit par profit ou par plaisir. Ce sont bien souvent des personnes impulsives, irritables, agressives qui méprisent leur sécurité comme celle des autres et n'éprouvent pas de remords.

Ces troubles, et notamment ce que nous désignons encore couramment comme psychopathie, nous questionnent, nous soignant, et nous mettent face à nos limites. Cet article explore les difficultés de suivi et de prises en charge de patients atteints de personnalité psychopathique.

La peur du psychopathe

Psychopathe, ce mot seul suffit à inquiéter et faire fantasmer les équipes de soin. Les manifestations de ce trouble de la personnalité nous freinent bien souvent dans nos prises en charge. Tous les soignants sont marqués par certaines prises en charge, et celles des psychopathes ne manquent pas.

Ces patients, nous les connaissons bien : quand ils sont hospitalisés, ils perturbent les services, sont instables, testent en permanence le cadre. Ils ne se sentent bien que lorsque

celui-ci est suffisamment solide pour les contenir, ou plus précisément contenir leurs angoisses. En effet, nul doute qu'une grande souffrance existe derrière ces manifestations bruyantes qui agacent et font parfois peur.

Nous, soignants en Centre médico-psychologique (CMP), sommes particulièrement confrontés à ces patients qui nous mettent souvent en difficulté. Nous craignons toujours d'être manipulés, malmenés et mis en échec par ces personnes qui, malgré tout, peuvent nous solliciter pour des souffrances réelles.

La psychopathie, lorsqu'elle se manifeste, surplombe bien souvent les autres troubles qui peuvent exister chez le patient. Pourtant les comorbidités sont nombreuses : dépression, addiction, trouble anxieux... Mais c'est comme si le trouble de la personnalité venait alors masquer le reste.

Au travers de quelques vignettes cliniques présentant des situations « typiques », je vais vous exposer les difficultés que j'ai rencontrées dans ma pratique d'infirmier.

Au CMP, je suis notamment amené à recevoir les nouveaux patients qui consultent pour un premier rendez-vous. Lorsque je découvre dans un compte rendu le mot psychopathie, bien souvent mon attitude change. Je me méfie, me rigidifie. Comme pour me protéger, avant même que je sois confronté à ce nouveau patient pourtant en demande de soin. Cela induit une réaction d'anticipation, et il est difficile de garder la neutralité de l'accueil que je devrais garantir au patient

Très souvent, la demande de soin ne vient pas directement de ces patients, qui sont fortement incités à consulter. Il s'agit bien souvent d'injonction de soin posée par une autorité (services judiciaires, famille...)

Ainsi, **Mathieu, 22 ans**, consulte pour la première fois au CMP. Je me retrouve face à ce grand gaillard brun qui fait une tête de plus que moi. Avant de le recevoir, j'ai consulté la fiche préalablement remplie sur laquelle figurent quelques éléments sur ses difficultés. Mathieu a reçu une obligation de soin. Qui dit obligation de soin dit justice, qui dit justice dit délit ou crime/violence, qui dit tout cela dit peut-être psychopathe... Bref je le reçois et commence l'entretien d'évaluation. Il est là parce que le juge le lui a ordonné mais il ne veut pas raconter les faits qui ont conduit à cette obligation. Mathieu vient uniquement car il est obligé et d'ailleurs il me réclame rapidement un justificatif de passage pour le donner au juge. Je m'évertue tout de même à mener mon entretien, évaluant son moral, son sommeil, son anxiété, son risque suicidaire. Je le fais pour tous les nouveaux patients alors pourquoi pas avec lui ? 5 minutes plus tard, j'ai obtenu peu de réponses et ne vois pas l'intérêt de lui donner un rendez-vous médical. Il n'est pas déprimé, dort bien, n'a pas de problème (d'après lui), mis à part une consommation importante d'alcool et de cannabis qu'il banalise. Il finit quand même par me dire qu'il est un peu impulsif et qu'il se bat souvent, ça lui a d'ailleurs causé des soucis. Mais bon, il ajoute qu'il a toujours été comme ça et qu'il ne changera pas. A-t-il envie de se soigner ? Si le déni a assez vite lâché, la reconnaissance des troubles reste complexe pour Mathieu pour qui l'heure de se soigner n'est pas encore venue. Tout au plus puis-je espérer que ce rapide entretien lui permette d'approcher un peu plus près des difficultés et qu'il entame un travail. La non-reconnaissance des troubles est typique des personnalités psychopathiques.

« Il serait mieux en prison »

La relation avec le sujet psychopathe reste difficile. Avant de recevoir Mathieu, je me suis préparé et conditionné pour recevoir un patient que je pensais manipulateur, agressif, passant à l'acte... Ce positionnement rigide et peu empathique, associé à la présentation du patient, n'est pas la meilleure attitude pour instaurer une relation de confiance.

Nous avons souvent du mal à nous positionner face à ces patients : « *Il serait mieux en prison, il fait peur à tout le monde* ». De manière défensive, nous avons tendance à penser que leur place n'est pas au CMP. Il est difficile de s'engager dans une relation soignante avec des personnes qui ont parfois commis des actes difficiles à entendre, insupportables, et qui touchent aux limites de ce qui nous constitue en tant qu'humain. On préfère sans doute que cela se dise ailleurs.

Dans ce contexte, comment conserver un minimum d'empathie, et adopter une position soignante face à ces attaques ?

Le Dr Canetti expliquait lors de l'audition publique de l'HAS sur la prise en charge de la psychopathie qu'il était « *difficile de se sentir concerné par un individu qui semble prendre plaisir à manipuler son interlocuteur, ce souci de ne pas se faire manipuler occulte alors la souffrance du patient* » (3).

Ainsi le passage à l'acte et l'agressivité du psychopathe peuvent entraîner des contres attitudes chez les soignants qui empêchent l'alliance thérapeutique. Nous risquons même de répondre par un passage à l'acte... Car si le transfert du patient s'avère dans un premier temps négatif, notre contre-transfert est bien souvent tout autant négatif. Ce patient suscite en nous rejet, agressivité, méfiance, peur, ambivalence parfois, toutes sortes de ressentis qui freinent la démarche soignante.

En prendre conscience permet d'éviter les réponses en miroir et d'en discuter en équipe, ce qui est essentiel. Pour Alexandre Cailleux, « *le soignant essayant de maintenir un cadre est la cible de l'agressivité du psychopathe et doit la gérer. Une tentation est de renvoyer cette agressivité sur le patient qui perd alors son statut d'individus souffrant.* » (4) Mais comment rester empathique et soignant ? La réponse à cette question est liée à une autre interrogation : comment percevoir la souffrance psychique derrière des passages à l'acte parfois violents ?

Si la première rencontre est problématique au cours du suivi, les difficultés s'accumulent...

Les invectives de Pierre

Pierre, 31 ans, est suivi depuis 2006. D'origine mauricienne, il a connu une enfance compliquée. Aîné d'une fratrie de 4, Pierre a grandi dans un environnement violent : battu ses parents, eux-mêmes violents entre eux. Aujourd'hui il ne voit plus son père, sa mère vit dans le Val d'Oise et il ne parle jamais de ses frères et sœurs.

À 13 ans, il quitte l'école, puis travaille un peu comme peintre. Il vit dans un studio.

À 19 ans, il est incarcéré. En prison, il se met à consommer du Rivotril® (5) pour se « défoncer ».

Lorsqu'il consulte pour la première fois en 2006, à 21 ans, Pierre arrive avec une demande de Rivotril®. Il en consomme beaucoup et l'achète au noir. Le jeune homme vit dans un squat et suit une formation en informatique.

Le médecin lui refuse le médicament, et prescrit des anxiolytiques. Le suivi est décousu : Pierre ne vient pas forcément le bon jour ou disparaît pendant plusieurs mois. Les entretiens se passent plus ou moins bien car il tente toujours de se faire prescrire du Rivotril®, acceptant plus ou moins le refus du médecin. Il se montre alors menaçant ou revendiquant.

Pierre alterne ensuite des périodes d'incarcération et de liberté, durant lesquelles le suivi ambulatoire reprend. Son addiction s'aggrave, puis il prend Subutex®, prescrit par le psychiatre en prison en 2008. Cette période d'errance pendant laquelle Pierre augmente les prises de toxiques renseigne sur son niveau d'angoisse.

Début janvier 2013, il est hospitalisé au Groupe hospitalier Paul-Guiraud (Villejuif) et veut se sevrer. L'hospitalisation tourne court au bout de 10 jours. Pierre est agité, clivant, manipulateur et met le service en difficulté. Sa sortie est décidée.

Malgré tout, le lien avec le CMP perdure, et Pierre vient tous les mois en consultation pour se faire prescrire son traitement : Valium® et Lysanxia®. Il est toujours très vague sur sa vie. Nous savons peu de chose sur lui, sauf qu'il n'a plus de carte vitale. Nous récupérons donc ses traitements à l'hôpital.

C'est là où nous, infirmiers, le côtoyons le plus. Quand Pierre vient au CMP pour chercher son traitement, il choisit son moment, bien souvent le soir, après 17 heures, quand son médecin n'est pas là et les soignants peu nombreux. D'ailleurs il ne vient plus vraiment voir son médecin, mais si nous lui faisons remarquer que sans consultation, il ne peut pas y avoir de délivrance de traitement, il s'énerve et ne comprend pas. Pierre semble tout-puissant et évite la relation pour mieux la contrôler (il s'anesthésie pour ne pas ressentir son angoisse.)

Ses manœuvres inconscientes génèrent des clivages : le soignant qui a le malheur de lui faire remarquer ses manquements dans son suivi devient alors le mauvais objet. Devant les difficultés, nous faisons au mieux. Pierre n'est pas vraiment menaçant mais dès son arrivée, une ambiance lourde s'installe. Il nous maintient sous pression, pression que nous nous mettons nous-mêmes en appréhendant cette rencontre qui s'annonce conflictuelle. Nous en parlons en réunion, nous disons qu'il faut cadrer la prise en charge et adopter la même réponse. Mais nous avons beau cadrer, il nous déstabilise continuellement, ne vient jamais le bon jour pour récupérer son traitement ou est en avance. Pierre nous traite de menteur, même quand nous lui expliquons que lorsqu'il vient, nous le notons dans le dossier. Mais selon lui nous le maltraitons. Il provoque des scandales qui bien souvent attirent du monde dans le couloir, devant la salle de soin. Au bout de plusieurs minutes de négociation et d'explication qui semblent interminables, en essayant de rester le plus soignant possible et de ne pas le rejeter, il finit par partir. Pierre met en scène avec les soignants son vécu de

rejet et de maltraitance. Parfois nos explications ne suffisent pas et nous devons le stopper en lui signifiant que s'il continue, nous devons appeler la police.

Pierre est persécuté par certains collègues et se sent rejeté. Comment faire pour qu'il comprenne que nous ne pouvons pas lui donner le traitement une semaine en avance, et que quelle que soit la personne, la réponse sera la même ? Nous en arrivons à lui faire signer une fiche avec le nombre de comprimés donnés, la date de remise et la date de la prochaine délivrance. Un exemplaire pour lui, un pour nous. Il signe et s'engage. Peu de temps après, il disparaît et n'est plus revenu. Le conflit reste sans doute le mode de communication de Pierre. Trouver un compromis n'était pas supportable.

Rester unis

Les patients psychopathes s'engouffrent dans toutes les failles institutionnelles. Ils interrogent en permanence le cadre et conduisent ainsi les équipes à progresser, à condition de travailler en confiance. Ces failles, parfois, nous ne les avons jamais imaginées. À la différence des autres patients, les psychopathes les révèlent. Nous devons continuellement nous renouveler et réfléchir.

Si l'équipe veut résister aux attaques du psychopathe, elle doit répondre de manière cohérente et rester unie en adoptant une ligne de conduite commune, avec un cadre clair expliqué au patient. Ce cadre indispensable au suivi du psychopathe nous protège aussi de la maltraitance. Les règles étant expliquées en amont, le patient ne peut pas ignorer les conséquences de ses actes. C'est toute la différence entre le passage à l'acte soignant et l'acte réfléchi qui s'appuie sur un positionnement d'équipe clairement établie. C'est sur cette base que nous nous sommes appuyés pour Pierre. Devant notre refus de céder à ses demandes de médicaments, il nous renvoyait du rejet et de la maltraitance (en écho avec son histoire personnelle). Nous lui avons apporté un cadre ferme et un positionnement d'équipe en lui faisant compter ses comprimés et signer la remise du traitement, cadre qui lui permettait d'être partie prenante (en comptant). Nous nous sommes appuyés sur la décision prise en équipe pour sortir d'une relation duelle angoissante pour le patient et le soignant. Cette cohérence est essentielle. Winnicott précise que : « *La finalité du comportement délinquant est de trouver une cohérence du cadre familial que celui-ci ne peut lui procurer ; lorsque le cadre de sa vie est brisé, s'il conserve un espoir, il cherche un cadre ailleurs, au dehors, auprès de l'entourage familial ou de l'école. Il cherche une stabilité externe sans laquelle il deviendrait fou. [...]. L'activité antisociale précède la délinquance, qui signe que le message d'espoir n'a pas été entendu par l'environnement.* » (6).

L'instabilité a jalonné la construction, du psychopathe. Construire une stabilité et une cohérence de notre part ne peut qu'être bénéfique... à terme, ça prend du temps.

Bon nombre de patients psychopathes comme Pierre ont une histoire lourde. Une enfance marquée par les violences, les ruptures et l'instabilité. D'abord victimes de violence, la tendance s'inverse à l'adolescence quand les comportements antisociaux commencent à apparaître. Garder à l'esprit ce passé peut nous permettre de rester sensible à leur souffrance et de ne pas les réduire à leur passage à l'acte ou à leur agressivité.

Au quotidien, nous les voyons souvent arriver en urgence. Ils ne viennent pas aux rendez-vous fixés mais demandent soudain à être pris en charge immédiatement car dans une souffrance réelle qu'ils n'arrivent pas à gérer. Leur besoin est impérieux et ils n'arrivent pas à différer. Leur demande ressemble parfois même à un passage à l'acte. Que faire pour les accompagner ? Devons-nous répondre et agir dans l'urgence ou rester ferme et différer jusqu'à leur prochain entretien ? Difficile de généraliser, nous agissons pour le mieux au cas par cas, sollicitant les référents soignants s'il y en a. Car bien souvent les problèmes dépassent nos compétences infirmières. Les demandes peuvent être sociales mais la sollicitation est la même : immédiate. Si nous avons connaissance de prises en charge parallèles, nous devons intégrer ces partenaires et ne pas négliger cet accompagnement, ces patients étant experts dans la manipulation et le clivage. Pierre par exemple ne nous a jamais dit être suivi au niveau social, or nous présumions qu'il bénéficiait de ce type d'aide. Difficile de fonctionner quand tout est cloisonné.

Un patient qui a le don d'élire bons et mauvais soignants...

L'accueil d'un patient psychopathe reste un bon test pour l'équipe. Il permet de tester notre solidité et notre cohérence.

Kamel, 25 ans, que j'ai rencontré lorsque j'exerçais au Service médico-psychologique régional (SMPR) de Fresnes, nous en a ainsi fait voir « de toutes les couleurs ». En prison depuis des années pour vols avec violences, il voyait sa peine rallongée régulièrement à la suite d'agressions envers le personnel pénitentiaire, comme si sa sortie et la liberté étaient impensables. Il arrive dans l'unité d'hospitalisation à la suite de troubles du comportement en détention. Kamel se vit comme un caïd et affiche rapidement ses multiples agressions comme carte de visite. Au fur et à mesure des semaines, nous en apprenons un peu plus sur lui. Kamel a grandi entre foyers et familles d'accueils. Ses parents violents se sont vus retirer la garde de leurs enfants et Karim ne garde de contact qu'avec sa mère et sa plus jeune sœur. Adolescent, il devient de plus en plus turbulent et violent, consomme du cannabis, deale et se retrouve incarcéré à la suite de vols. En prison, il ne supporte pas la contrainte et en vient fréquemment aux mains avec les surveillants.

Dans l'unité d'hospitalisation, la dispensation des traitements se fait avec les surveillants de prison qui ouvrent la porte de la cellule. Kamel a déjà sa hiérarchie chez les surveillants pénitentiaires, différenciant gentils et méchants. Fréquemment, il refuse de prendre le traitement avec tel soignant, demandant que ce soit un autre, présent à un autre étage, qui vienne le lui donner. Il jubile de cette position de toute-puissance, prenant à témoin les surveillants présents. Il brime alors le collègue essayant de maîtriser au maximum la situation.

Daniel Zagury précise que « *le psychopathe a le don pour élire ses bons et mauvais soignants. Plus que tout autre patient, il implique de travailler en équipe et de limiter une trop grande diversité des réponses* » (7). Ici c'est le cas, il blâme d'un côté et flatte de l'autre. Si l'équipe n'est plus cohérente dans ce qu'elle renvoie au patient, cela risque de majorer l'angoisse de celui-ci et favoriser le passage à l'acte.

Cette manipulation du psychopathe peut mettre à mal le professionnel comme l'équipe et créer des conflits. Elle peut aussi amener à des glissements de fonction, par exemple conduire l'infirmier à répondre à des questions sociales. Ces patients interrogent autant le cadre de l'institution que le cadre thérapeutique.

Ils peuvent aussi user de manœuvres de séduction et nous devons prendre garde à rester dans une position soignante.

Discuter de ces patients en équipe est ainsi révélateur de ce qu'ils induisent. Ils peuvent nous diviser et faire exploser le cadre que nous essayons de défendre face à lui.

Conclusion

Les patients présentant une problématique psychopathique sont complexes à prendre en charge. Il faut rester modeste dans nos objectifs.

Notre principal outil est le cadre au sens thérapeutique. C'est ce qui peut nous permettre de les accompagner au mieux. Le simple respect de ce cadre peut être perçu comme une avancée importante.

Les troubles du patient peuvent nous amener à les rejeter. Nous devons réfléchir en équipe pour les accompagner au mieux et résister à leurs attaques. Ils nous obligent à inventer continuellement notre pratique et à être un chercheur perpétuel.

1- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, APA, traduction française coordonnée par M-A Crocq et J-D Guelfi. Elsevier-masson, juin 2015.

2- En savoir plus : www.gh-paulguiraud.fr/index.php/agenda/personnalite-narcissique-personnalite-antisociale-quoi-du-pervers-narcissique

3- Dr C. Canetti : Prise en charge de la psychopathie, audition publique HAS 2005

4- Alexandre Cailleau : « l'information psychiatrique » Réflexion sur la prise en charge du psychopathe suicidaire.

5- Le Rivotril® est indiqué dans le traitement des épilepsies. Il a parfois été utilisé hors autorisation de mise sur le marché en psychiatrie, et des cas d'abus, de dépendance et de détournement avec les formes orales ont entraîné une enquête officielle d'addictovigilance et une mise au point pour la prescription hors AMM, en savoir plus sur le site de l'Agence nationale de sécurité du médicament, <http://ansm.sante.fr>

6-Donald Woods Winnicott "La tendance antisociale" - 1956

7- Daniel ZAGURY Santé Mentale 194 - Janvier 2015