



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Audition publique

Prise en charge de la psychopathie

15 et 16 décembre 2005
Paris (Ministère de la Santé et des Solidarités)

Recommandations de la commission d'audition

Mai 2006

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de la HAS est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en mai 2006.

HAS (Haute Autorité de santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé – 2006

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION D'AUDITION	4
I. USAGE DU MOT <i>PSYCHOPATHIE</i>	4
II. DÉFINITION CLINIQUE.....	4
III. PSYCHOPATHIE ET DÉLINQUANCE	6
IV. RECOMMANDATIONS D'ÉTUDES	6
V. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE	7
V.1. <i>Les enfants et adolescents</i>	7
V.1.1. La prévention.....	7
V.1.2. La prise en charge des enfants et des adolescents.....	7
V.2. <i>Les adultes</i>	8
V.2.1. La prise en charge et les soins.....	8
V.2.2. L'articulation entre champ sanitaire et champ judiciaire.....	9
VI. LA FORMATION DES INTERVENANTS	10
MÉTHODE AUDITION PUBLIQUE.....	11
PARTICIPANTS	14
FICHE DESCRIPTIVE	16

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION D'AUDITION

I. USAGE DU MOT *PSYCHOPATHIE*

En raison de l'ambiguïté de la signification selon le contexte dans lequel est utilisé le terme *psychopathie*, de son abandon dans les classifications psychiatriques internationales et de sa charge sémantique négative, voire péjorative, dans le langage commun, la commission d'audition recommande d'utiliser plutôt le terme *d'organisation de la personnalité à expression psychopathique*.

Cette nouvelle formulation permet de rappeler qu'il ne s'agit pas d'une maladie mentale mais d'un trouble de la personnalité, aboutissement d'un processus psychocomportemental complexe et multifactoriel. Elle devrait être utilisée aussi bien dans les échanges entre médecins psychiatres qu'avec les autres professionnels ou dans les expertises psychiatriques destinées à la justice.

II. DÉFINITION CLINIQUE

La commission d'audition propose de privilégier la CIM-10¹ comme outil diagnostique (cf. *encadré 1*). Elle propose d'y associer des éléments cliniques des états limites à expression psychopathique, tels que ceux décrits lors de l'audition publique² (cf. *tableau 1*). Cependant, l'importance dans la littérature scientifique internationale des références à la personnalité antisociale telle que définie dans le DSM-IV³ conduit à associer cette classification à la CIM-10 dans les protocoles de recherche.

Dès lors qu'il s'agit d'un trouble de la personnalité, on ne peut pas parler d'organisation de la personnalité à expression psychopathique avant l'âge adulte. Après une phase productive de passages à l'acte à l'âge adulte, on constate un apaisement des symptômes au-delà de 40 ans.

Durant l'enfance et l'adolescence peuvent être observés des troubles non spécifiques des conduites, susceptibles d'évoluer à l'âge adulte notamment vers une organisation de la personnalité à expression psychopathique.

La consommation abusive d'alcool, de drogues illicites et de médicaments est la comorbidité la plus fréquemment observée.

Parmi les diagnostics différentiels, le plus important est l'héboïdophrénie qui peut entraîner des troubles du comportement d'allure psychopathique, surtout au début de son évolution.

¹ Organisation mondiale de la Santé. CIM-10 - Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision. Genève, OMS, 1993.

² JL Senon. Comment définir la psychopathie ? Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

³ *American Psychiatric Association*. DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Texte révisé. Traduction française. Paris, Masson, 2003.

Encadré 1. Critères diagnostiques selon la CIM-10

La CIM-10 distingue la personnalité dyssociale et la personnalité émotionnellement labile.

Personnalité dyssociale - F60.2

Trouble de la personnalité habituellement repéré en raison de l'écart considérable qui existe entre le comportement et les normes sociales établies. Il est caractérisé par :

- (a) une indifférence froide envers les sentiments d'autrui ;
- (b) une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des règles et des contraintes sociales ;
- (c) une incapacité à maintenir durablement des relations, alors même qu'il n'existe pas de difficulté à établir des relations ;
- (d) une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de la violence ;
- (e) une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions ;
- (f) une tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société. Le trouble peut s'accompagner d'une irritabilité persistante.

La présence d'un trouble des conduites pendant l'enfance ou l'adolescence renforce le diagnostic, mais un tel trouble n'est pas toujours retrouvé.

Personnalité émotionnellement labile - F60.3

Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur. Les capacités d'anticipation sont souvent très réduites et des éclats de colère peuvent conduire à de la violence ou à des comportements explosifs ; ceux-ci sont volontiers déclenchés lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués par autrui. Deux variantes de ce trouble de la personnalité sont spécifiées ; toutes deux ont en commun l'impulsivité et le manque de contrôle de soi.

F60.30 type impulsif

Les caractéristiques prédominantes sont l'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle des impulsions. Des accès de violence ou des comportements menaçants sont courants, particulièrement lorsque le sujet est critiqué par autrui.

F60.31 type borderline

Plusieurs des caractéristiques de la personnalité émotionnellement labile sont présentes ; de plus, l'image de soi, les objectifs et les préférences personnelles (y compris sexuelles) sont perturbés ou incertains et des sentiments permanents de vide sont habituellement présents. Une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables conduit souvent le sujet à des crises émotionnelles et peut être associée à des efforts démesurés pour éviter les abandons et à des menaces répétées de suicide ou à des gestes auto-agressifs (ceux-ci peuvent également survenir sans facteurs déclenchants manifestes).

Tableau 1. Clinique des états limites à expression psychopathique, d'après JL. Senon⁴

Éléments diagnostiques	Symptômes
Clinique du passage à l'acte	Passages à l'acte hétéro-agressifs Passages à l'acte auto-agressifs : - automutilations - tentatives de suicide
Décompensations psychiatriques brutales et réversibles	Dépressions à l'emporte-pièce Décompensations psychotiques aiguës et réversibles Labilité thymique et émotionnelle Évolution cyclothymique possible
Addictions et conduites de prise de risque	Alcool Drogues illicites Médicaments Comportement de prises de risque
Troubles anxieux face au sentiment de vide	Intolérance aux fluctuations du niveau d'anxiété

⁴ JL Senon. Comment définir la psychopathie ? Rapport pour l'Audition publique prise en charge de la psychopathie, HAS, 2005.

III. PSYCHOPATHIE ET DÉLINQUANCE

En l'absence de données fiables, la commission d'audition recommande **la plus extrême prudence sur l'existence d'un lien causal entre organisation de la personnalité à expression psychopathique et délinquance**. Les études existantes, qui montrent une surreprésentation des personnes souffrant de troubles mentaux en prison, ne portent pas spécifiquement sur les personnalités à expression psychopathique. Si les personnalités à expression psychopathique peuvent commettre des actes de délinquance, tout acte de délinquance n'est pas d'origine psychopathique. De nombreux autres facteurs (familiaux, environnementaux, sociaux, économiques et culturels) entrent en jeu.

La commission d'audition préconise la plus extrême prudence sur l'utilisation, en l'état de son développement, de la *Psychopathy checklist-Revised* ou *échelle de Hare* en tant qu'outil pour établir un pronostic de dangerosité criminologique. Elle recommande de ne pas utiliser cette échelle sans l'accompagner d'une évaluation approfondie.

IV. RECOMMANDATIONS D'ÉTUDES

La commission d'audition observe que la revue de la littérature et les interventions des experts au cours de l'audition publique ont mis en évidence le manque de données scientifiques validées concernant l'organisation de la personnalité à expression psychopathique en France. Elle insiste sur la nécessité de disposer d'études fiables afin, d'une part, de mieux fonder les décisions médicales, d'autre part, d'éclairer les choix de politique publique.

Ces études doivent associer plusieurs champs disciplinaires : psychiatrie, psychologie, santé publique, sociologie, criminologie.

Les études qu'il paraît indispensable de conduire sont les suivantes :

- *études descriptives en population* permettant un état des lieux : mesure de la prévalence et caractéristiques des personnes étudiées (antécédents, facteurs économiques et sociaux, comorbidités, conduites addictives et autres conduites à risque, etc.). À défaut d'études en population générale, qui peuvent être difficiles et coûteuses, il est proposé de réaliser des études dans des populations et dans des lieux spécifiques (hôpitaux psychiatriques, services d'accueil des urgences ou de traumatologie, prisons, populations de sans domicile fixe, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, etc.) ;
- *études longitudinales (études de cohorte)* de la période anténatale à l'âge adulte permettant d'appréhender les conditions d'apparition des troubles, les facteurs de protection et les facteurs de vulnérabilité, l'influence des événements de la vie et des mesures éventuelles de prévention, ainsi que l'évolution, voire la transformation ou la disparition de ces troubles à l'adolescence ou à l'âge adulte. Si de telles études ne pouvaient être réalisées compte tenu de leur coût, il est recommandé de réaliser au moins des études cas-témoins (permettant de vérifier plus rapidement des hypothèses) en veillant à minimiser les biais méthodologiques ;
- *définition et évaluation de stratégies de repérage, de prévention et de prise en charge* sur un territoire donné ;
- *enquêtes* permettant de connaître les différentes techniques thérapeutiques mises en œuvre actuellement par les équipes médicales prenant en charge les personnes présentant une organisation de personnalité à expression psychopathique ;
- *évaluation des prises en charge thérapeutiques*, idéalement par des études randomisées, sinon par d'autres études comparatives.

V. PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE

V.1. Les enfants et adolescents

V.1.1. La prévention

Il résulte des études publiées et de l'audition publique des experts que la majorité des personnes souffrant à l'âge adulte de troubles de la personnalité à expression psychopathique a présenté des troubles des conduites pendant l'enfance et l'adolescence.

Malgré les incertitudes qui subsistent, ces données conduisent la commission d'audition à préconiser des actions préventives précoces, assorties d'une offre de prise en charge individuelle lorsque c'est nécessaire. Même si la commission d'audition est consciente du risque de stigmatisation inhérent à toute politique de repérage précoce, **elle estime que le risque de laisser des enfants en souffrance sans proposition de prise en charge est largement plus important.**

Cependant, dès lors que ces troubles des conduites peuvent annoncer bien d'autres difficultés ou impasses de développement, la commission d'audition préconise **une stratégie de repérage et de prévention non spécifique**, s'attachant à toutes les manifestations de la souffrance psychique et pas seulement aux troubles des conduites dont les manifestations sont les plus dérangeantes et les plus visibles. La commission d'audition insiste sur le fait que **le repérage n'a de sens que s'il est accompagné d'une offre de prise en charge.**

Dans cette perspective et selon cette logique, la commission d'audition recommande :

- de coordonner selon un schéma territorial toute action organisée de repérage et de prise en charge ;
- de proposer une prise en charge adaptée à chaque situation identifiée, en réservant les soins psychiatriques aux enfants et adolescents ayant une pathologie mentale associée ou une souffrance psychique sous-jacente à leurs problèmes de comportement ;
- d'organiser pour les autres enfants les relais nécessaires afin qu'une prise en charge éducative et/ou sociale soit proposée ;
- de développer, organiser et qualifier des lieux d'écoute pour les adolescents et leurs parents. Faire en sorte notamment que ces lieux soient connus du grand public, que les parents et les adolescents sachent où ils peuvent s'adresser et ce qu'ils peuvent en attendre. Même s'il faut conserver la souplesse nécessaire à l'adaptation aux réalités locales, cette orientation rend nécessaires une couverture suffisante du territoire et une forme de labellisation qui rendent visibles et accessibles les lieux existants.

V.1.2. La prise en charge des enfants et des adolescents

La commission d'audition estime que les moyens de prise en charge sont insuffisants, souvent mal coordonnés et inégalement répartis sur le territoire. Elle insiste sur les délais inacceptables de prise en charge qui en résultent. Elle souligne le flou institutionnel qui entoure la prise en charge psychiatrique des adolescents, qui relèvent selon des critères mal définis soit du secteur psychiatrique infanto-juvénile, soit du secteur adulte qui n'est pas toujours préparé à les accueillir.

En conséquence, la commission d'audition recommande :

- de développer les moyens en personnel médical et social des secteurs infanto-juvéniles ;

- d'établir dans chaque département un protocole précisant de manière claire et contraignante les conditions de prise en charge dans le secteur psychiatrique des mineurs âgés de 16 à 18 ans afin notamment d'éviter les ruptures, voire l'absence de prise en charge ;
- de développer dans cette perspective les maisons des adolescents prévues dans le cadre du plan de santé mentale 2005-2008 de sorte qu'il en existe au moins une par département ;
- d'organiser selon des modalités similaires au niveau territorial la continuité de la prise en charge des mineurs devenus majeurs et des jeunes majeurs de 18 à 21 ans ;
- de renforcer les moyens des services intervenant sur décision administrative ou judiciaire auprès des mineurs en danger ou en risque de danger. Dans tous les départements, les mesures décidées, qu'il s'agisse de séjours de milieu ouvert ou de séjours hors de la famille, doivent pouvoir être mises en œuvre dans un délai compatible avec l'urgence que nécessite la gravité de la situation. Un tel objectif nécessite une pérennité des politiques publiques ;
- d'assurer le soutien des équipes éducatives en organisant un travail de supervision dans les établissements et services accueillant les mineurs, mais également dans les centres d'hébergement accueillant des familles ;
- d'assurer la continuité des prises en charge en dépit des changements de situation et de lieu de vie, ce qui rend nécessaire la désignation de travailleurs sociaux référents.

V.2. Les adultes

V.2.1. La prise en charge et les soins

La commission d'audition estime que les personnes souffrant d'une organisation de la personnalité de type psychopathique peuvent utilement bénéficier d'une prise en charge thérapeutique à la condition qu'elle soit articulée rigoureusement avec la prise en charge sociale. Compte tenu du parcours de ces personnes, jalonné par des ruptures affectives, familiales et sociales réitérées, la commission d'audition insiste sur la nécessité pour celles-ci de bénéficier d'un cadre structurant et d'une coordination sans faille de tous les intervenants. Les équipes doivent être en mesure de résister aux mises en échec répétées.

Si la cure psychanalytique classique est en règle inadaptée, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies psychodynamiques peuvent être utilement mobilisées. D'une manière générale, les équipes doivent s'organiser pour éviter les confrontations duelles et favoriser une prise en charge collective et coordonnée. Les médicaments ont un intérêt pour apaiser la souffrance.

Les structures sociales d'accueil et d'hébergement susceptibles d'accueillir ces personnes dans le champ social doivent être soutenues afin d'éviter les ruptures et rejets provoqués par les personnalités à expression psychopathique.

En conséquence, la commission d'audition recommande :

- d'organiser, au niveau départemental ou infradépartemental, des **schémas d'intervention coordonnés entre l'hôpital, le secteur psychiatrique et les intervenants sociaux réactualisés régulièrement** ;
- d'organiser systématiquement, dans le cadre de ces schémas, **la collaboration entre le secteur de psychiatrie et les structures d'insertion sociale** et les traduire par des conventions. Cette exigence devrait être intégrée dans les projets des établissements (notamment les centres d'hébergement et de réinsertion

sociale [CHRS]) et dans les indicateurs d'activité de ceux-ci. Elle devrait également entraîner l'allocation de moyens dédiés ;

- de structurer de manière rigoureuse le travail fonctionnel des équipes médicales et sociales confrontées à la prise en charge des personnes présentant une organisation de la personnalité à expression psychopathique afin de favoriser le travail en équipe et d'éviter la confrontation duelle ;
- de prévoir dans toutes les équipes un temps institutionnel d'analyse et d'échange en commun. Elle estime que **l'organisation d'une supervision est absolument indispensable**. S'agissant des établissements d'insertion, cette supervision doit pouvoir être intégrée dans la convention qui lie l'établissement au secteur psychiatrique.

V.2.2. L'articulation entre champ sanitaire et champ judiciaire

La commission d'audition rappelle que le traitement, qui repose sur un long travail d'élaboration psychique, ne peut avoir la prévention de la récidive pour premier objectif, même s'il peut y contribuer.

La commission d'audition exprime son malaise devant les textes législatifs, et plus particulièrement la loi du 12 décembre 2005, qui multiplie le recours aux expertises psychiatriques et situe la perspective du soin dans une logique purement sécuritaire. Elle rappelle que les experts s'accordent sur l'impossibilité de déterminer avec certitude si une personne souffrant d'une organisation de la personnalité à expression psychopathique est ou non susceptible de récidiver. Les échelles actuarielles et l'expérience clinique permettent seulement de définir un risque dont la marge d'erreur est inconnue.

La commission d'audition attire l'attention sur le déficit de psychiatres disponibles pour réaliser ces expertises ainsi que sur la faiblesse de leur rémunération et de leur formation spécifique à l'expertise.

La commission d'audition estime que l'obligation judiciaire de soins présente un intérêt pour ces personnes à condition qu'elle soit médicalement fondée et que la relation entre les juges de l'application des peines, le service d'insertion et de probation et la structure soignante soit suffisamment structurée et organisée. Elle se montre en revanche réservée sur les dispositions visant à subordonner des réductions de peine au suivi d'une thérapie en prison.

La commission d'audition estime que les moyens dédiés aux soins psychiatriques en prison doivent être renforcés et les sorties des établissements pénitentiaires mieux préparées et anticipées, notamment s'agissant des longues peines.

La commission d'audition préconise :

- de renforcer les équipes de soin psychiatrique intervenant en milieu pénitentiaire. Elle estime que tous les établissements devraient pouvoir bénéficier de l'appui d'un SMPR (service médico-psychologique régional) ou au moins d'une antenne de ce service ;
- d'établir systématiquement en milieu pénitentiaire un protocole précisant les modalités de coordination des interventions médicales (secteurs de psychiatrie, centres de soins aux toxicomanes, unité de consultation et de soin ambulatoire [UCSA]) avec le travail des personnels pénitentiaires et ceux du service pénitentiaire d'insertion et de probation ;
- d'intégrer dans les schémas territoriaux d'intervention la nécessité de dégager les moyens nécessaires à la mise en œuvre des obligations judiciaires de soin ;
- d'inciter les structures sanitaires et sociales à développer, outre l'accueil d'urgence, des relais préparés et anticipés (places réservées dans les centres d'hébergement, domiciliation prévue avant la sortie de prison, rencontre préalable avec les équipes

susceptibles d'intervenir à l'extérieur) afin de mieux préparer la sortie des établissements pénitentiaires. Compte tenu de la situation géographique des établissements pour peine et des grandes maisons d'arrêt, il est nécessaire d'organiser pour les services d'insertion et de probation un cadre qui dépasse le département ;

- de développer les consultations post-pénales organisées par les équipes de soins du milieu pénitentiaire afin de permettre une transition avec la prise en charge en milieu ouvert dans la perspective d'un passage de relais (et non de la constitution d'une filière spécifique).

VI. LA FORMATION DES INTERVENANTS

L'efficacité de l'intervention aussi bien auprès des enfants et adolescents que des adultes repose en grande partie sur la cohérence des acteurs et leur capacité à offrir un cadre thérapeutique ou éducatif structuré. La commission d'audition insiste en conséquence sur la nécessité de conduire une politique volontariste de formation afin de donner à tous les intervenants une culture commune concernant les modalités de repérage de troubles éventuels et l'offre de prise en charge.

Dans cette perspective, la commission d'audition préconise :

- d'intégrer systématiquement ces questions dans le programme de formation initiale et continue des acteurs concernés (notamment travailleurs sociaux, fonctionnaires de l'Éducation nationale, acteurs judiciaires) ;
- d'organiser un partage régulier de connaissances et d'informations entre les différents intervenants (médecins, travailleurs sociaux) sur chaque territoire départemental ou infradépartemental. Ces échanges doivent faire l'objet d'un protocole rigoureux, qu'il s'agisse des intervenants auprès des enfants et des adolescents ou des professionnels prenant en charge les adultes. Ils doivent concerner aussi bien le repérage que les possibilités de prise en charge. Une attention particulière doit être portée à la difficile continuité entre l'adolescence et l'âge adulte.

La commission d'audition préconise en outre de sensibiliser le grand public sur les possibilités d'écoute et de prise en charge, notamment s'agissant des enfants, des adolescents et des jeunes majeurs.

La commission d'audition recommande enfin d'organiser une formation systématique et continue des experts judiciaires à partir d'un référentiel commun.

MÉTHODE *AUDITION PUBLIQUE*

La méthode *Audition publique* est l'une des méthodes utilisée par la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations. Elle repose sur le travail d'une *commission d'audition* qui rédige en toute indépendance un *rapport d'orientation* et des *recommandations* au décours d'un débat public sur un problème de santé controversé. Le rapport d'orientation et les recommandations sont destinés à la fois aux décideurs en santé et aux professionnels de la santé, voire à des professionnels d'autres champs. Ils peuvent également contenir des messages spécifiquement destinés aux patients et aux usagers du système de santé.

La réalisation d'une audition publique est particulièrement adaptée lorsque :

- le thème traité correspond à un sujet de santé publique qui concerne tous les acteurs de la société, à la fois les institutionnels, les décideurs, les professionnels de la santé et d'autres domaines, les patients et les usagers. Il peut s'agir par exemple d'un problème de prise en charge, de prévention ou d'organisation des soins ;
- il existe des controverses ou des incertitudes majeures, et les données scientifiques sont soit rares et incertaines, soit d'interprétation difficile, discutée, voire franchement polémique ;
- le débat public entre experts, professionnels, patients et usagers apparaît indispensable pour discuter des données disponibles, faire entendre les avis divergents, écouter la parole des patients et usagers, éclairer et, si possible, résoudre les controverses ;
- les questions à traiter sont précises et peu nombreuses permettant un débat public de durée limitée (2 à 4 demi-journées) ;
- le travail attendu de la commission d'audition est d'abord de faire un état des lieux des connaissances, des incertitudes et des débats d'experts, permettant de proposer aux décideurs et aux professionnels des éléments d'orientation en santé publique et en termes d'organisation, de recherche et de prise en charge, et pas seulement de rédiger des recommandations ou un consensus professionnel.

Choix du thème de travail

Les thèmes d'auditions publiques sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

En cas d'audition publique, la méthode de travail comprend les étapes et l'intervention des groupes suivants.

Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, la recherche bibliographique à effectuer, les patients, les usagers et les professionnels concernés. Il désigne les experts amenés à prendre la parole lors de réunion publique. Il choisit les membres de la commission d'audition et en désigne le président, qui participe aux réunions du comité.

Commission d'audition

Une commission d'audition multidisciplinaire et multiprofessionnelle est constituée. Elle est composée de professionnels concernés par le thème, issus de champ de la santé ou d'autres domaines, et de représentants d'associations. Les membres de la commission d'audition ne sont pas nécessairement des non-experts du thème traité.

La sélection, l'analyse et la synthèse de la littérature médicale et scientifique pertinente sont effectuées par un chargé de projet (désigné par la HAS), voire par la commission d'audition elle-même. Des réunions de travail de la commission d'audition ont lieu avant la réunion publique pour lui permettre de prendre connaissance et débattre des données disponibles et des rapports d'experts, pour discuter du niveau de preuve des études identifiées, et pour préparer les questions à poser aux experts et le plan du rapport d'orientation.

Experts

Les experts sont choisis en raison de leur expérience, de leur compétence, de leur notoriété et de leurs publications sur le thème traité. Chaque expert rédige un rapport, remis à l'avance à la commission d'audition. Chaque expert synthétise les données publiées en soulignant ce qui lui paraît le plus significatif pour résoudre la question qui lui est posée, et donne son avis personnel, fruit de son expérience. Il en fait également une présentation synthétique au cours de la réunion publique et participe à l'intégralité des débats publics.

Rédaction du rapport d'orientation et des recommandations

La commission d'audition rédige son rapport d'orientation et ses recommandations dans les suites immédiates de la réunion publique. Elle finalise ensuite son travail lors d'une ou deux réunions de travail ultérieures. Le rapport d'orientation peut contenir des références bibliographiques utiles à l'argumentation développée par la commission. Les études retenues sont critiquées et leur niveau de preuve est précisé.

Rôle des instances de la HAS

Le rapport d'orientation et les recommandations sont de la responsabilité de la commission d'audition. La *Commission Évaluation des stratégies de santé* de la HAS donne un avis sur les documents produits par la commission d'audition, que cette dernière prend en compte ou non. Le Collège de la HAS est informé du rapport d'orientation et des recommandations avant leur diffusion.

Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) le rapport d'orientation et les recommandations, et si possible les rapports d'experts.

Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la coordination de l'ensemble du travail et sa conformité avec les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques si besoin. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Les langues retenues sont le français et

l'anglais. Les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent d'apporter des informations à la commission d'audition pour construire son rapport d'orientation indépendamment des rapports des experts. Ces recherches sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés et les rapports d'experts permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information.

PARTICIPANTS

Comité d'organisation

M^{me} Danielle Barichasse, Direction générale de la santé, Paris
D^r Betty Brahmy, psychiatre, Sainte-Geneviève-des-Bois
D^r Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis La Plaine
M. Yves Feuillerat, Direction générale de la santé, Paris
D^r Michel Gentile, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris

D^r Marc Grohens, psychiatre, Poissy
D^r François-Xavier Huchet, HAS, Saint-Denis La Plaine
M^{me} Marie-Noëlle Machu, Direction générale de la santé, Paris
M^{me} Nicole Maestracci, magistrat, Melun
P^r Jean-Louis San Marco, médecin de santé publique, Marseille
M. Alain Verleene, magistrat, Paris
D^r Daniel Zagury, psychiatre, Bondy

Commission d'audition

Mme Nicole Maestracci, magistrat, Melun - présidente de la commission d'audition
Dr François-Xavier Huchet, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine

D^r Philippe Batel, psychiatre, Clichy
D^r Didier Bourgeois, psychiatre, Montfavet
M. Jean-Louis Daumas, directeur régional de la protection judiciaire de la jeunesse, Amiens
M^{me} Valérie Decroix, directrice de la prison de la Santé, Paris
M. Jean-Marie Faucher, directeur général de l'Association Arapej – Île-de-France, Paris
M. Jean-Marie Fayol-Noireterre, magistrat honoraire, Saint-Étienne
D^r Patrice Huerre, pédopsychiatre, Paris

M. Pierre Le Moussu, juge d'application des peines, Bordeaux
D^r Éric Malapert, psychiatre, Paris
D^r Catherine Paulet, psychiatre, Marseille
M. Joseph Rossetto, principal de collège, Bobigny
P^r Jean-Louis San Marco, médecin de santé publique, Marseille
D^r Guy-Noël Teinturier, médecin généraliste, service d'accueil et d'orientation Entr'Aide Ouvrière, Tours
M. Philippe Urfalino, sociologue, Paris

Experts

D^r François Caroli, psychiatre, Paris
P^r Bruno Falissard, pédopsychiatre,
biostatisticien, Paris
P^r Serge Lesourd, psychologue,
professeur de psychopathologie,
Strasbourg
P^r Daniel Marcelli, pédopsychiatre, Poitiers
D^r Alain Morel, psychiatre, Boulogne-
Billancourt
M. Laurent Mucchielli, sociologue,
Guyancourt
M. Thierry Pham, psychologue, Tournai
P^r Jean-Louis Senon, psychiatre, Poitiers
P^r Maurice Berger, pédopsychiatre, Saint-
Étienne
D^r Monique Bourdais médecin conseil aide
sociale à l'enfance, Paris
D^r Nicole Catheline, pédopsychiatre,
Poitiers
M. Philippe Chaillou, président de la
chambre des mineurs, cour d'appel, Paris
M^{me} Corinne Ehrenberg, psychologue,
psychanalyste, Paris
P^r Antoine Guedeney, pédopsychiatre,
Paris
M. Christian Laval, sociologue, Bron
M^{me} Charlotte Trabut, vice-présidente
chargée des fonctions de juge des
enfants, tribunal de grande instance,
Bobigny

D^r Patrick Alecian, psychiatre, Paris
D^r Cyrille Canetti, service médico-
psychologique régional, centre de jeunes
détenus, Fleury-Mérogis
M. Jean-Pierre Chartier, psychologue,
psychanalyste, Paris
P^r Philippe Jeammet, psychiatre, Paris
M^{me} Marie-Colette Lalire, directrice
enfance et famille, conseil général de
l'Isère, Grenoble
M. Jean Menjon, directeur départemental
de la protection judiciaire de la jeunesse,
Agen
M. Bruno Albert, directeur de centre
d'hébergement et de réinsertion sociale,
Montreuil
D^r Sandrine Bonnel, psychiatre, Bondy
D^r Michel Dubec, psychiatre, Paris
D^r Bruno Gravier, psychiatre en milieu
pénitentiaire, Lausanne
M^{lle} Anne-Cécile Jacot, chargée de
mission jeunes, Fédération nationale des
associations d'accueil et de réinsertion
sociale d'Île-de-France, Paris
M. Xavier Lameyre, magistrat, Paris
D^r Pierre Lamothe, psychiatre, service
médico-psychologique régional, Lyon
D^r Daniel Zagury, psychiatre, Bondy

Analyse bibliographique

D^r Linda Sarfati, psychiatre, Marseille - chargée de projet

FICHE DESCRIPTIVE

TITRE	Prise en charge de la psychopathie
Type de document	Audition publique
Date de validation	Mai 2006
Objectif(s)	Proposer des recommandations pour le diagnostic et la prise en charge des adultes dont l'organisation de la personnalité est à expression psychopathique, tant dans le domaine psychiatrique, que social, que judiciaire. Proposer des recommandations pour le repérage et la prise en charge des enfants et des adolescents ayant des troubles des conduites potentiellement à risque d'évolution vers une organisation de la personnalité à expression psychopathique.
Professionnel(s) de santé concerné(s)	Psychiatres, autres professionnels de santé, travailleurs sociaux, éducateurs, magistrats, personnels pénitentiaires, etc.
Demandeur	Direction générale de la santé et Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Promoteur	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Dr François Xavier HUCHET , chef de projet, service des recommandations professionnelles (chef de service : Dr Patrice DOSQUET) Secrétariat : Mme Isabelle Le PUIL Recherche documentaire : Mme Christine DEVAUX, avec l'aide de Mme Renée CARDOSO, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique PAGÈS)
Participants	Société savante associée : Fédération française de psychiatrie Comité d'organisation Experts Chargé de projet (sélection bibliographique) Commission d'audition
Recherche documentaire	Recherche effectuée par le service de documentation de la HAS (période de recherche : janvier 1995-avril 2005).
Auteurs de l'argumentaire	Rapport d'orientation : commission d'audition (présidente : Mme Nicole MAESTRACCI, magistrat, Melun)
Auteurs des recommandations	Commission d'audition (présidente : Mme Nicole MAESTRACCI, magistrat, Melun)
Validation	Avis de la Commission Évaluation des stratégies de santé de la HAS en mai 2006. Information du Collège de la HAS en mai 2006. Validation finale par la commission d'audition.
Autres formats	Rapports d'orientation, recommandations et rapports des experts téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr