

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 9 Octobre 2017 à Poitiers
par **Madame Camille Grégory-Delcampe**

Impact du degré d'impulsivité sur le passage
à l'acte violent dans la psychopathie

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL
Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DAVIGNON

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 9 Octobre 2017 à Poitiers
par **Madame Camille Grégory-Delcampe**

Impact du degré d'impulsivité sur le passage
à l'acte violent dans la psychopathie

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL
Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DAVIGNON

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur N. JAAFARI,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous remercie également pour vos enseignements dont j'ai pu bénéficier au cours de ces quatre années d'internat et pour m'avoir permis de découvrir ce que pouvait être la recherche en psychiatrie. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur J.-L. SENON,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie aussi pour avoir su éveiller en moi dès la deuxième année de médecine un intérêt pour cette magnifique spécialité qu'est la psychiatrie et m'avoir entraînée vers le côté médico-légale de celle-ci, à travers vos enseignements dont j'ai pu bénéficier au cours de ces quatre années d'internat et du DIU de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale. Veuillez trouver ci-joint le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur L. GICQUEL,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie aussi pour vos enseignements dont j'ai pu bénéficier au cours de ces quatre années d'internat et pour votre disponibilité lors de nos rencontres. Veuillez trouver ci-joint le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur W. EL HAGE,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie aussi pour vos enseignements dont j'ai pu bénéficier au cours du DIU de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale. Veuillez trouver ci-joint le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur G. DAVIGNON,

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse et de participer à ce jury. Merci à toi pour ton accompagnement, tes conseils avisés et ton aide plus que précieuse tout au long de ce travail. Merci pour tes compétences anxiolytiques et surtout, merci de m'avoir supportée ! Avec mon plus grand respect et ma sincère admiration.

À ceux qui ne sont plus là et qui me manquent, mon père et ma grand-mère.

À ma famille qui m'a toujours soutenue dans mes choix et dans les grands moments de doute, ma mère et mon frère. Merci à eux pour ce qu'ils sont, ne changez rien !

À Quentin qui a passé de longues heures assis à côté de moi à me dire que ça allait aller.

À Alice et Flo, mes BFF, qui ont toujours eu des solutions simples pour régler tous les problèmes.

À Romain sans qui les études de médecine n'auraient jamais été pareilles et qui a toujours été un pilier. À Anthony, troisième loulou de la bande, dont l'humour nous a permis de triompher de tout.

À mes co-internes (qui restent mes co-internes même s'ils sont chefs) : Coralie, Sarah, Tatiana, Laure, Antonine, Julie, Marion, Anne-Lise, Cédric, Benjamin, Elise, Anaïs et ceux que j'oublie sûrement.

Aux équipes avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler et qui m'ont formée avec une note particulière pour la dream team de VG, Manon, Evelyn, François, Sabine et Nadège.

À l'équipe du SMPR de Vivonne avec qui la rencontre a été fabuleuse, tant sur le plan professionnel qu'humain et que j'ai hâte de retrouver.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	14
<u>PARTIE I : REVUE DE LA LITTERATURE</u>	17
I- LA PSYCHOPATHIE.....	18
I.1 De quoi parle-t-on ?.....	18
I.2 Le concept de psychopathie.....	19
I.2.1 Le XIXème siècle : définition d'une entité nosographique.....	19
I.2.2 Le XXème siècle et l'évolution de la nosologie psychiatrique.....	22
I.2.3 Une approche psychodynamique de la psychopathie.....	26
I.3 La clinique de la psychopathie.....	29
I.3.1 Les origines individuelles de la psychopathie.....	29
I.3.2 La symptomatologie en profondeur.....	30
I.3.2.1 Les relations interpersonnelles.....	30
I.3.2.2 La dimension affective.....	34
I.3.2.3 Le domaine style de vie.....	36
I.3.2.4 Les comportements dyssociaux et antisociaux.....	38
I.3.3 Les comorbidités les plus fréquentes.....	39
I.3.4 Les diagnostics différentiels.....	40
I.3.5 Quelques critiques à l'égard de la clinique décrite précédemment.....	41
I.4 Quelles projections dans l'avenir pour ces individus psychopathes ?.....	42
I.5 En conclusion.....	42
II- L'IMPULSIVITÉ.....	44
II .1 Qu'est ce que l'impulsivité ?.....	44
II.2 Focus sur l'expression clinique de l'impulsivité et les hypothèses causales qui y sont associées.....	46
II.2.1 Expression clinique de l'impulsivité.....	46
II.2.2 Les hypothèses sur la nature causale sous-jacente de l'impulsivité.....	47
II.2.3 Comment peut-on alors évaluer objectivement cette impulsivité ?.....	49
II.3 L'Impulsivité selon Eysenck.....	50
II.4 L'impulsivité et la psychopathie.....	52

III – VIOLENCE ET AGIR DANS LA PSYCHOPATHIE.....	55
III.1 Quelques notions sur le concept d'Agir dans la psychopathie.....	55
III.1.1 Qu'est ce que l'Agir?.....	55
III.1.2 Et dans la Psychopathie?.....	56
III.2 Les facteurs de risque de violence, prédictifs d'un passage à l'acte violent futur.....	58
III.2.1 Les facteurs de risque généraux.....	59
III.2.1.1 Individuels et historiques.....	59
III.2.1.2 L'existence de comorbidités.....	59
III.2.1.3 Facteurs contextuels.....	60
III.2.2 Les facteurs de risque spécifiques.....	60
III.2.2.1 La clinique.....	60
III.2.2.2 Autres facteurs.....	61
III.2.3 Les facteurs protecteurs.....	61
III.3 Différents types d'agressivité et de violence.....	61
III.3.1 Généralités.....	61
III.3.2 Agressivité et violence affective.....	62
III.3.3 Agressivité et violence prédatrice.....	64
III.3.4 La violence observée chez le psychopathe.....	66
IV- PSYCHOPATHIE ET SYSTÈME JUDICIAIRE	72
IV.1 Psychopathie et criminalité.....	72
IV.2 Criminalité et fonctionnement psychopathique.....	73
IV.3 Le passage à l'acte ou phase criminelle.....	74
IV.3.1 Les caractéristiques des actions violentes.....	74
IV.3.2 Caractéristiques générales des actions violentes.....	75
IV.3.3 Homicides et psychopathie.....	75
IV.4 La phase post-criminelle.....	77
IV.5 La confrontation entre psychopathe et système judiciaire.....	78
IV.5.1 Usage de la manipulation et de la tromperie dans une recherche de bénéfices secondaires.....	78
IV.5.1.1 Manipulation du système judiciaire et bénéfices secondaires.....	78
IV.5.1.2 Narration des faits.....	78
IV.5.1.3 Comportements au cours des entretiens.....	79
IV.5.2 Conséquences judiciaires de la manipulation et de la tromperie.....	81

IV.5.2.1 Généralités.....	81
IV.5.2.2 Effet sur la responsabilité légale.....	81
IV.6 Le respect du suivi judiciaire après libération chez les auteurs de violence psychopathes.....	82
IV.7 La récidive.....	83
IV.7.1 Récidive générale.....	84
IV.7.2 Récidive violente.....	84
IV.7.3 Évaluation du risque de récidive.....	85
IV.8 Prise en charge de l'individu pour prévenir la récidive.....	86
IV.8.1 Sur le plan psychothérapeutique.....	87
IV.8.2 Les communautés thérapeutiques.....	89
IV.8.3 Sur le plan pharmacologique.....	90
IV.8.4 La prise en charge des comorbidités.....	90
IV.8.5 Quelques spécificités sur la prise en charge en milieu carcéral.....	91
IV.8.6 Les limites de la prise en charge.....	91
<u>PARTIE II : ETUDE CLINIQUE PREALABLE</u>	93
I- PRESENTATION DE L'ETUDE.....	94
I.1 Objectifs de l'étude.....	94
I.1.1 Objectifs principaux.....	94
I.1.2 Objectifs secondaires.....	94
I.2 Critères d'évaluation.....	95
I.2.1 Critère d'évaluation principal.....	95
I.2.2 Critères d'évaluation secondaires.....	95
II- MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	96
II.1 Schéma de l'étude et population étudiée.....	96
II.2 Inclusion des patients.....	97
II.2.1 Critères d'inclusion.....	97
II.2.2 Critères d'exclusion.....	97
II.3 Présentation de la grille de lecture.....	97
II.4 Recueil des données, saisie et traitement statistique.....	101

III- RÉSULTATS ET ANALYSE.....	102
III.1 Données introductives.....	102
III.1.1 Âge et nationalité.....	102
III.1.2 Degré de psychopathie selon la PCL-R.....	103
III.1.3 Informations judiciaires.....	104
III.2 Informations socio-professionnelles.....	106
III.2.1 Niveau scolaire.....	106
III.2.2 Situation professionnelle.....	107
III.2.3 Situation sociale.....	109
III.2.4 Situation socio-professionnelle de nos sujets.....	109
III.3 Situation familiale et entourage.....	109
III.3.1 Sur le plan familial.....	109
III.3.2 Sur le plan parental.....	110
III.3.3 Les relations sociales amicales.....	113
III.4 Les événements de vie traumatiques.....	115
III.5 Antécédents médicaux, psychiatriques et addictologiques.....	117
III.6 Antécédents judiciaires et médico-légaux.....	118
III.6.1 Antécédents de violence.....	118
III.6.2 Antécédents délictueux autres que la violence.....	120
III.6.3 Antécédents de privation et limitation de liberté.....	121
III.7 Le passage à l'acte violent.....	124
III.7.1 La phase pré-criminelle.....	124
III.7.2 La phase criminelle.....	129
III.7.3 La phase post-criminelle.....	135
III.8 Déroulement de l'incarcération actuelle.....	138
III.8.1 Sur le plan des soins.....	138
III.8.2 Sur le plan pénitentiaire.....	138
III.9 Les échelles.....	141
III.9.1 Score de psychopathie et HCR-20.....	141
III.9.2 Le questionnaire d'Impulsivité, d'Aventurisme et d'Empathie de Eysenck (Adult IVE-7).....	142
III.10 Données croisées.....	144
III.10.1 Prise de toxiques chez les individus psychopathes et son impact sur le passage à l'acte violent.....	144

III.10.2 Psychopathie, comportements antisociaux et risque de récidive violente.....	145
III.10.3 Psychopathie et degré de violence.....	145
III.10.4 Psychopathie, violences et impulsivité.....	146
III.10.5 Psychopathie, aventurisme et violence.....	147
III.10.6 Psychopathie, violence et empathie.....	148
<u>PARTIE III – DISCUSSIONS DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE</u>	149
I- LES LIMITES ET CONTRAINTES DE NOTRE ÉTUDE	150
I.1 Des incidents indépendants de notre volonté et des limites connues de la littérature..	150
I.2 Des limites matérielles.....	150
I.3 Des limites en lien avec les caractéristiques intrinsèques du sujet psychopathe.....	151
I.4 Des limites qui nous sont propres.....	151
II- DISCUSSION DES DONNÉES DE NOTRE ÉTUDE	153
II.1 Données socio-démographiques.....	153
II.1.1 Des sujets d'âge jeune, célibataires, de niveau scolaire moyen et isolés sur le plan social, en lien direct et proportionnel avec le degré d'impulsivité.....	153
II.1.2 ...chez qui on retrouve des traumatismes précoces et des expériences multiples d'abandon.....	154
II.2 Les antécédents médicaux, psychiatriques et addictologiques.....	155
II.2.1 Des antécédents familiaux d'addiction et de violence qui influent sur le degré d'impulsivité.....	155
II.2.2 Des patients peu connus de la psychiatrie chez qui on retrouve des conduites addictives fréquentes en lien direct avec le degré d'aventurisme.....	156
II.3 Antécédents de violence et antécédents judiciaires : des sujets psychopathes dont le parcours judiciaire débute précocement et pour lesquels les actes délictueux se réitèrent, dans une proportionnalité relative à leur impulsivité.....	158
II.4 Le passage à l'acte violent.....	160
II.4.1 Des passages à l'acte violents variés précédés de menaces, qui surviennent dans un contexte de conflit, dont le degré de violence est inversement proportionnel au degré d'impulsivité.....	161
II.4.2 Des passages à l'acte précipités par la prise de substances psychoactives ?.....	162

II.4.3 Des passages à l'acte impulsifs sans complicité avec usage d'arme sur une victime connue et dont les conséquences semblent peu intéresser l'auteur.....	163
II.4.4 Des sujets qui ne présentaient pas de trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte.....	165
II.5 Phase post-criminelle.....	166
II.5.1 Des sujets qui fuient la scène de violence sans porter assistance à la victime et pour lesquels on ne retrouve aucune critique de leur passage à l'acte, sans lien avec le degré de psychopathie ou d'impulsivité.....	166
II.5.2 Des comportements antisociaux amenant des mesures disciplinaires en lien direct avec le degré de psychopathie et d'impulsivité.....	167
III- LES POINTS FORTS DE NOTRE ÉTUDE.....	168
III.1 Une étude prospective qui nous a permis de tester la faisabilité du projet.....	168
III.2 Un contact direct avec les détenus et des entretiens individuels.....	168
IV- PERSPECTIVES.....	169
IV.1 Prévention primaire de la violence dans la psychopathie.....	170
IV.2 Prévention secondaire et prise en charge adaptée et pluridisciplinaire, en milieu carcéral comme à l'extérieur.....	170
<u>CONCLUSION</u>	173
<u>ANNEXES</u>	176
<u>INDEX DES FIGURES</u>	196
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	198
<u>RESUME ET MOTS-CLES</u>	213
<u>SERMENT</u>	215

INTRODUCTION

Le terme « psychopathie » tient ses origines du grec *psyche* « esprit, âme » et *pathos* « souffrance, changement accidentel » et est défini par le Larousse comme une « *personnalité pathologique se manifestant essentiellement par des comportements antisociaux sans déficit intellectuel ni atteinte psychotique* ».

L'image populaire du psychopathe, telle que véhiculée par les médias, la littérature et le cinéma, est celle d'un individu dangereux, froid, violent et impulsif, provoquant une peur générale et menant à un rejet de ceux qui sont atteints de ce trouble. Kanner disait d'ailleurs d'eux « *Le psychopathe, c'est celui qu'on n'aime pas* ».

Ce rejet s'observe sur le plan social mais également dans les soins, le psychopathe étant considéré comme incurable du fait de sa tendance à répéter ses comportements antisociaux malgré l'ensemble des mesures prises à son encontre et à mettre en échec l'aide qui lui est proposée.

La psychopathie est reconnue comme un facteur favorisant la survenue de comportements antisociaux, motivant des contacts fréquents avec le système judiciaire et donnant lieu à des condamnations multiples. Il n'est donc pas étonnant de retrouver ces individus en milieu carcéral où ils représenteraient 20 à 25 % de la population totale.

Parmi ces comportements antisociaux répétés, il est observé une grande propension des psychopathes au passage à l'acte violent. La violence mise en œuvre est souvent vue comme réfléchie et à visée utilitaire, ce qui dénote avec le caractère impulsif du psychopathe et amène à s'interroger sur l'influence de l'impulsivité lorsque survient l'acte violent.

Il existe peu d'études sur la psychopathie, comparé à d'autres troubles psychiatriques. Les travaux réalisés jusqu'à maintenant s'attachent principalement à étudier le profil socio-démographique de ces individus et le type de violence mise en œuvre mais se concentrent peu sur le profil des auteurs de violence psychopathes et la recherche de caractéristiques particulières socio-démographiques, cliniques et criminologiques dans le passage à l'acte violent de ceux-ci.

L'objectif de cette thèse est d'étudier l'impact de l'impulsivité sur le passage à l'acte violent chez le psychopathe à travers les caractéristiques cliniques, psychopathologiques et criminologiques afin de dégager des pistes de réflexion et de prévention des situations à risque de violence, dans le but de diminuer la récurrence violente chez ces individus. Une

attention particulière est à donner également à l'acte violent en lui-même et aux différentes phases qui le composent.

Dans ce travail, nous nous attacherons dans un premier temps à produire une revue de la littérature sur le concept de psychopathie en nous intéressant particulièrement à certaines de ses caractéristiques que sont l'impulsivité et la violence. Nous présenterons également les données de la littérature relatives à la récurrence et à la rencontre de ces sujets avec le système judiciaire avec les conséquences impliquées.

Dans une deuxième partie, nous présenterons une étude prospective préalable unicentrique, dont le but sera d'analyser l'impact du degré d'impulsivité sur le passage à l'acte de nos sujets psychopathes.

Dans une troisième partie, nous discuterons des résultats de cette étude et tenterons de proposer des mesures permettant l'amélioration de la prise en charge de ces sujets dans un but de prévention de la récurrence, générale et violente.

PARTIE I : REVUE DE LA **LITTÉRATURE**

I – LA PSYCHOPATHIE

I.1 De quoi parle-t-on ?

La notion de psychopathie a beaucoup évolué au fil du temps. À l'heure actuelle, il persiste un manque de clarté dans sa définition et son identification.

La psychopathie n'est pas considérée comme une maladie mentale mais comme un trouble complexe de la personnalité, ce qui explique son absence des classifications internationales. Elle est souvent confondue avec le trouble de la personnalité antisociale dont elle serait la forme la plus sévère et est susceptible d'entraîner un grave handicap sur le plan psychopathologique et social pour le sujet qui en souffre.

C'est l'un des diagnostics les plus posés par les équipes de psychiatrie, celui-ci concernerait environ 1% de la population générale, 15 à 25% de la population carcérale et 20 à 30% des auteurs de violences physiques (5–10). Elle est également reconnue comme l'un des plus grands prédictors de récidive criminelle violente et non violente (11).

Sur le plan psychopathologique, c'est un concept incontournable qui se situe au carrefour de plusieurs disciplines : psychiatrie et psychologie, sociologie, criminologie et droit (12,13). En effet, le psychopathe occupe une place importante dans les établissements de Santé Mentale et correctionnels du fait de ses comportements inadaptés et parfois violents et est souvent confronté à la justice du fait de ses actions illégales (1). Sociologiquement parlant, il inquiète de par ses comportements inappropriés et du retentissement de ceux-ci sur la société, renvoyant ainsi une image assez négative, voire stigmatisante et interrogeant sur la notion de dangerosité de ces sujets, réelle ou supposée (14,15).

Cette image négative du criminel dangereux, froid et violent est également véhiculée par les médias, la littérature et le cinéma, qui ne manquent pas une occasion de les assimiler, dès que possible, aux fameux *serial killers*.

Lamothe (2001) différenciait d'ailleurs les psychopathes français des psychopathes américains, les français renvoyant plutôt à un trouble *borderline* à problématique abandonnique alors que les américains correspondaient plutôt aux pervers à personnalité narcissique aménagée (typique *serial killer*). Il rappelait également que la souffrance de ces

individus était réelle et authentique, ceux-ci étant pourtant considérés comme incurables ou hors champ thérapeutique (16).

Les différentes descriptions cliniques retrouvées dans la littérature sont assez unanimes lorsqu'il s'agit de décrire un individu psychopathe. Un des termes revenant le plus fréquemment est celui de « constellation de traits de personnalité », combinant déficit affectif profond, trouble dans les relations interpersonnelles et problèmes comportementaux avec un manque de respect pour les droits d'autrui et les règles sociétales (4,17–25).

Les psychopathes sont décrits tels des individus manipulateurs, froids sur le plan affectif, qui n'hésitent pas à tout mettre en œuvre pour atteindre leur but sans s'inquiéter de léser ou de faire souffrir l'autre, faisant preuve d'un sérieux manque d'empathie ; ils ne ressentent aucun sentiment de culpabilité dans les suites de leurs actes et n'expriment pas de remord. Intolérants à la frustration et impulsifs, ils n'ont aucun respect pour les normes sociales incluant la loi. De ce fait, ils sont fréquemment impliqués dans des actes de délinquance et criminels, particulièrement dans des passages à l'acte violents, et récidivent fréquemment (3,9,11,17–19,25–31).

Nous proposons, dans un premier temps, de tenter de clarifier la notion de psychopathie en reprenant les différents grands concepts étudiés dans le temps puis nous reviendrons plus en profondeur sur la clinique et les éléments faisant suspecter ce diagnostic chez un individu.

I.2 Le concept de psychopathie

Bien que l'on retrouve des éléments faisant évoquer le concept de psychopathie dès l'Antiquité, la première définition structurée est retrouvée au début du XIX^{ème} siècle, en parallèle de l'émergence de la psychiatrie contemporaine.

I.2.1 Le XIX^{ème} siècle : définition d'une entité nosographique

C'est Pinel qui le premier, dans son traité de 1801, présente la première définition structurée de la psychopathie, qu'il nommait « manie sans délire » :

« Cette espèce de manie est continue, ou marquée par des accès périodiques. Nulle altération sensible dans les fonctions de l'entendement, la perception, le jugement, l'imagination, la mémoire, etc., mais perversion dans les fonctions affectives, impulsion aveugle à des actes de violence, ou même d'une fureur sanguinaire, sans qu'on puisse assigner aucune idée dominante, aucune illusion de l'imagination qui soit la cause déterminante de ces funestes penchans (sic) »

Selon lui, les individus qui en étaient atteints présentaient des comportements impulsifs et auto-destructeurs sans pour autant que l'on ne retrouve de trouble de la capacité de raisonnement.

Esquirol, en 1838, introduit la notion de « monomanie » dont certaines formes de « monomanies raisonnantes » semblent se rapprocher de la définition de psychopathie que nous connaissons :

« ...les malades atteints de cette variété de folie ont vraiment un délire partiel ; ils font des actions, ils tiennent des propos bizarres, singuliers, absurdes qu'ils reconnaissent comme tels et qu'ils blâment. Parmi ces malades, les uns sont turbulents, insociables, commettent des actions ridicules, blâmables, contraires à leurs anciennes affections et à leurs vrais intérêts ; ils se trouvent mal partout, changent sans cesse de place ; ils disent et font le mal, par malice, par désœuvrement, par méchanceté : incapable (sic) d'application, ennemis du travail, ils bouleversent, cassent, déchirent. La perversion de leur caractère en fait des fléaux pour leur famille, pour les maisons dans lesquelles ils sont réunis » (Esquirol, 1838, Tome II).

Morel, en 1857, propose une vision anatomique de la psychopathie, considérant que « le cerveau est l'organe de l'âme ». Pour lui, toute déviation de son fonctionnement s'attribue à une dégénérescence secondaire à une « lésion organique ». Ce concept influence Magnan et Legrain (1895) qui soutiennent que l'ensemble des pathologies mentales sont influencées par l'hérédité et utilisent le terme d'états psychopathiques dans un sens général de maladie mentale.

À la même époque, outre-Manche, Prichard (1835) définit de manière assez large la notion de « *moral insanity* » ou « aliénation morale » par :

« une perversion malade des sentiments naturels, des penchants, des goûts, de l'humeur, des habitudes et des dispositions morales, et des impulsions naturelles, sans que cela soit accompagné d'un trouble marqué ou d'un déficit de l'intellect, de la connaissance ou des facultés liées au raisonnement, et en particulier sans une forme quelconque d'illusion insensée ou d'hallucination. »

Pour lui, les individus qui souffrent de perversion reconnaissent la différence entre le bien et le mal mais agissent dans un contexte de déficits sous-jacents. Il distingue les causes morales et les causes physiques à l'origine de cette aliénation, et reconnaît une base héréditaire en plus du rôle des émotions et du tempérament (32). Il distingue l'aliénation morale de la monomanie qui selon lui serait accompagnée d'un désordre partiel de l'entendement.

Il ajoute que :

« les principes moraux et actifs de l'esprit sont étrangement pervertis et dépravés ; la capacité de s'auto-gouverner est perdue ou fortement détériorée ; l'individu est incapable, non de parler ou de raisonner à propos de quelque sujet qui lui est proposé, il pourra en cela s'exécuter avec grande finesse et volubilité, mais de se conduire lui-même avec décence et convenance dans le cadre des activités exigées par la vie »

Ce qui renvoie à la notion de sociopathie qui sera définie plus tard et qui correspond à un abord sociologique plutôt que médical.

Maudsley (1884) soutient, quant à lui, l'idée d'un déficit congénital chez « le criminel d'habitude » qui va dans le sens d'une irresponsabilité de l'individu dans ses actes :

« une classe de gens qui, privés de sens moral sur une base congénitale, n'ont pas les sensibilités nécessaires pour sentir et répondre aux impressions d'une nature morale, pas plus que quelqu'un qui est daltonien possède une sensibilité à certaines couleurs... ».

Toujours à la même époque, du côté de l'École Allemande, le terme de psychopathie désigne littéralement toutes les formes de personnalités anormales.

Koch (1888) évoque pour la première fois ce qui se rapproche le plus de la notion actuelle que nous avons de la psychopathie sous le terme « infériorité psychiatrique ». Il reconnaît au trouble une origine héréditaire mais également une origine acquise.

À la fin du XIX^{ème} siècle, Kraepelin évoque en premier lieu une forme atténuée de la schizophrénie dont le comportement serait inscrit dans l'histoire de l'individu.

Dans la première édition de son traité, il évoque des prédispositions psychopathiques chez certains individus, dans un sens développemental. Par la suite, il sera le premier à introduire la notion de personnalité psychopathique.

Néanmoins, il faudra attendre la 7^{ème} édition de son traité (1903-1904) pour voir le concept de psychopathie s'éloigner définitivement de la « folie dégénérescence » et devenir une personnalité « *qui se caractérise par le manque de moralité et de sens des responsabilités, associé au mensonge, à l'escroquerie et à un côté charmeur* », cet état psychopathique semblant stable tout au long de la vie de l'individu (7).

I.2.2 Le XX^{ème} siècle et l'évolution de la nosologie psychiatrique

La notion de psychopathie poursuit sa clarification tout au long du XX^{ème} siècle.

Dupré (1912) poursuit la réflexion autour de la dégénérescence et évoque « *Ces êtres anormaux et antisociaux, qui sont les pires produits de la dégénérescence mentale...* ».

Un grand nombre de cliniciens n'est pas en accord avec le concept de dégénérescence et s'oriente de plus en plus vers un concept plus constitutionnel.

Birnbaum (1914) est le premier à utiliser le terme de « sociopathie » pour décrire les déficiences de comportement social qu'il attribue à des forces venant de la société et non à des traits de caractères innés.

Schneider (1923) propose de définir les « personnalités psychopathiques » comme :

« des personnalités anormales telles que leur caractère anormal les fait ou fait pâtir la société » ainsi qu' « *un individu qui en soi et sans égard aux conséquences sociales, est une personnalité inhabituelle s'écartant de la moyenne.* »

Cette vision apporte une dimension plus psychodynamique au concept et intègre la psychopathie dans un groupe d'individus hétérogène. Schneider proposait d'ailleurs dix types de constitutions psychopathiques différentes : hyperthymique, dépressive, doutant de lui-même, fanatique, orgueilleux égocentrique, à humeur labile, explosive, pervers, aboulique et

enfin asthénique. Il avance également que le comportement du psychopathe serait inscrit dans son histoire et que ses passages à l'acte ne seraient que le témoin de l'immaturité de sa personnalité (4).

En 1933, Kraepelin rappelait l'importance d'éviter toute confusion entre psychopathe et perturbateur. Cette remarque était et reste à l'heure actuelle très pertinente.

Karpman distingue, en 1941, deux types de psychopathie : idiopathique et symptomatique. Selon sa description, le psychopathe idiopathique est incapable d'émotions, de culpabilité et se montre facilement agressif. Le psychopathe symptomatique, quant à lui, présente plutôt une problématique d'origine psychogénique, où le passage à l'acte est considéré comme une attitude défensive secondaire à des réactions émotionnelles.

Dans un même temps, Cleckley (1941) publie son ouvrage « *The mask of sanity* » inspiré de ses observations cliniques et qui servira de base à la définition clinique de la psychopathie telle que conceptualisée aujourd'hui, où il décrit des individus dont le comportement asocial et antisocial ne serait pas en lien avec la psychose, la déficience mentale ou la névrose. Selon lui, ces individus constitueraient un large groupe incapable de mener une vie normale et dont le comportement causerait une grande détresse dans toutes les communautés.

Il affirme que la majorité des psychopathes ne sont pas incarcérés et arrivent à échapper aux sanctions et restrictions légales ordinaires, manquant de fiabilité et de sincérité. Ils sont peu rencontrés également sur le plan médical, ne consultant pas spontanément. Le seul endroit où ils sont abordables serait donc le milieu carcéral, pour une minorité d'entre eux (33).

Il dénote seize caractéristiques cliniques qui inspireront un grand nombre d'auteurs par la suite, sur lesquels Hare se basera pour construire son échelle de psychopathie, et qui sont les suivantes :

1. Charme superficiel et bonne « intelligence »
2. Absence de délire ou de pensée irrationnelle
3. Absence de « nervosité » ou de manifestations psycho-névrotiques
4. Sujet sur qui on ne peut compter
5. Fausseté et hypocrisie
6. Absence de remords et de honte
7. Comportements antisociaux non motivés
8. Pauvreté du jugement et incapacité à apprendre de ses expériences

9. Égocentrisme pathologique et incapacité d'aimer
10. Réactions affectives pauvres
11. Incapacité d'introspection
12. Incapacité de répondre de manière adéquate aux manifestations générales qui marquent les relations interpersonnelles (considération, gentillesse...)
13. Comportement fantaisiste et peu attirant lorsque sous l'effet de l'alcool, voire sans ledit effet alcool
14. Rarement porté sur le suicide
15. Vie sexuelle impersonnelle, banale et peu intégrée
16. Incapacité à suivre un quelconque plan de vie

Dans un souci de clarifier et d'unifier internationalement l'ensemble de la nosographie psychiatrique, l'Association des Psychiatres Américains (APA) publie en 1952 sa première édition du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) où apparaît le diagnostic de « personnalité sociopathique avec réaction antisociale », notion qui disparaît par la suite dans la deuxième édition du DSM parue en 1968, remplacée par « personnalité antisociale ». L'APA ne propose cependant pas de critères diagnostiques précis, ce qui amène des incertitudes sur la fidélité diagnostique.

En 1975, le *Nato Advanced Study Institute* (regroupement de chercheurs) évoque l'absence d'outils et d'instruments clairs et utiles pour établir le diagnostic de psychopathie. C'est dans ce contexte que Hare débutera ses travaux et se lancera dans le développement de son échelle de psychopathie, reprenant les travaux de Cleckley déjà évoqués. Parallèlement, le DSM poursuit son évolution et publie, en 1980, sa troisième édition, qui propose des critères de description précis pour définir la personnalité antisociale, ceux-ci s'appuyant sur les comportements plutôt que sur les traits de personnalité.

La première version de la *Psychopathy Checklist* (PCL) sort en 1985, suivie de la version révisée (PCL-R) en 1991 qui propose d'évaluer un ensemble de traits de personnalité. C'est sur cette échelle que s'appuie ce qui semble être pour le moment la définition la plus prometteuse en matière de psychopathie (34). Le modèle le plus fréquemment utilisé à l'heure actuelle est le modèle à deux facteurs, qui sépare les items des composantes interpersonnelle et affective et les items des composantes style de vie et antisociale.

Elle est composée des 20 items suivants, le diagnostic de psychopathie correspondant à un score égal ou supérieur à 30 sur un total de 40 :

1. Loquacité et charme superficiel
2. Surestimation de soi
3. Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer
4. Tendance au mensonge pathologique
5. Duperie et manipulation
6. Absence de remords et de culpabilité
7. Affect superficiel
8. Insensibilité et manque d'empathie
9. Tendance au parasitisme
10. Faible maîtrise de soi
11. Promiscuité sexuelle
12. Apparition précoce de problèmes de comportement
13. Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste
14. Impulsivité
15. Irresponsabilité
16. Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes
17. Nombreuses cohabitations de courte durée
18. Délinquance juvénile
19. Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
20. Diversité des types de délits commis par le sujet

Version française traduite et validée par *Côté et al. (2000)*(34).

Enfin, sous l'influence des travaux de Hare, l'APA publie sa quatrième version du DSM en 1994 qui met l'accent sur les traits de personnalité liés à la psychopathie et réduit le nombre de critères, sans changer la substance du diagnostic. Cependant le diagnostic de psychopathie n'y apparaît pas clairement et semble être l'association de plusieurs critères retrouvés dans le trouble de la personnalité antisociale et le trouble de la personnalité *borderline*. Le DSM-IV-TR (2000) et le DSM-5 n'apporteront que peu de changements en ce qui concerne cette notion.

I.2.3 Une approche psychodynamique de la psychopathie

Nous avons évoqué un début de vision psychodynamique avec Schneider et sa description d'un groupe hétérogène d'individus psychopathes.

Dans son ouvrage « De la notion de psychopathie », Flavigny (1977) jette les premières bases de la compréhension psychodynamique, utilisant le terme d'« empreinte [psychopathique] en creux » et proposant un repérage symptomatique dès l'adolescence qui prendrait en compte les symptômes essentiels, les symptômes secondaires et ce qu'il nomme « la toile de fond ».

Il nomme « symptômes essentiels » les passages à l'acte, la répétitivité des conduites, la passivité et l'oisiveté, la dépendance aux autres associée à des exigences mégalomaniaques et la recherche de satisfactions immédiates. Les symptômes secondaires, quant à eux, correspondent à l'instabilité, le manque d'intérêt, le besoin d'évasion, l'instabilité relationnelle et les plaintes somatiques. Enfin, la « toile de fond » qui renvoie à l'angoisse permanente et aux frustrations affectives.

Il évoque également l'existence d'éléments biographiques communs chez les psychopathes, tels que des traumatismes précoces (deuils parentaux ou de proches, vécu de violences physiques et sexuelles, agressions, accidents, maladies...), des expériences multiples d'abandon définies comme une « discontinuité brisante des relations affectives précoces » émaillées de placements multiples et une altération des images identificatoires parentales provoquée par une absence réelle ou symbolique paternelle et une présence maternelle oscillant entre relations de fusion et de rupture. Selon lui, l'adolescent puis le jeune adulte reproduit le fonctionnement qu'il a lui-même connu de manière répétitive dans le but de se protéger du danger d'abandon et de lutter contre l'absence d'un sentiment de sécurité interne suffisant. La recherche de sensations fortes, de « défonce » ainsi que les accidents rythment la vie du psychopathe, s'incluant dans son histoire comme des repères traumatiques (4).

Dans son essai de psychopathologie dynamique paru en 1988 et traduit en 2000, Meloy propose une analyse dynamique approfondie de la notion de psychopathie, et évoque une entité constituée de plusieurs dimensions distinctes reliées les unes aux autres, et qui serait le résultat de prédispositions biologiques associées à des circonstances environnementales telles que des carences affectives précoces (35). Il inscrit le concept de psychopathie dans un *continuum* allant de faible à sévère, ce qui expliquerait les différences observées entre deux individus psychopathes.

Selon lui, l'organisation psychopathique serait un sous-type de la personnalité narcissique dont elle représenterait une variante extrême et dangereuse et qui serait caractérisée par les éléments suivants :

- prédominance des effets de la pulsion agressive
- absence de mode plus passif et de réparation narcissique
- présence de comportements sadiques et cruels
- présence d'un Idéal du Moi maléfique, introject d'un objet parental cruel et agressif
- absence de désir de justifier moralement son comportement
- présence simultanée de la dimension anale et phallique dans les relations aux autres avec passage à l'acte, intention de duperie et jouissance lors de la victoire
- apparition d'idées plutôt paranoïaques que dépressives dans les situations de stress.

Il évoque également trois principales hypothèses développementales, rejoignant l'idée déjà évoquée que la psychopathie prendrait en partie ses bases dans l'enfance :

- l'échec du processus d'internalisation (ou introjection) qui permet à l'enfant de transformer les interactions réelles ou imaginaires avec l'environnement en caractéristiques internes, provoquant ainsi un défaut des identifications profondes et inconscientes avec la figure parentale primaire et les modèles sociaux, culturels et humains laissant percevoir l'environnement comme hostile, insécure et prédateur
- l'existence de carences d'intégration et de structuration modulées du Surmoi
- un trouble du processus d'attachement : un attachement réussi permet à l'enfant de surmonter les angoisses de perte ou de colère envers l'objet par la constance de ce même objet, amenant ainsi une certaine réassurance permanente.

Chez les individus à personnalité psychopathique, on retrouve souvent dans l'enfance des maltraitances ou négligences des parents qui amènent à des séparations maternelles anormalement précoces, ne permettant donc pas à l'enfant de créer un attachement réussi et rassurant, amenant ainsi une insécurité affective et des tentatives d'établir un lien à l'autre sur un mode agressif et sado-masochiste. Ainsi, le processus psychopathique se perpétuerait à cause de l'incapacité à surmonter un état de déplaisir ou à refouler un affect déplaisant, conduisant le sujet à un vécu de colère diffuse devant son impossibilité de se référer à des expériences apaisantes, du fait de la pauvreté de ses identifications. De plus, ses capacités

d'anticipation seraient restreintes du fait de la prévalence de l'immédiateté au détriment de l'effort et du cheminement élaboratif.

Enfin, toujours dans l'approche psychodynamique, et dérivant des travaux de Kernberg, Kohut et Bergeret qui ont permis le rapprochement de la psychopathie et des états limites, est apparu le concept d'états limites à expression psychopathique.

Celui-ci a pour intérêt de disposer de repères cliniques indispensables pour une prise en charge psychiatrique et éducative de ces individus, et est caractérisé par une clinique du passage à l'acte, des décompensations psychiatriques brutales et réversibles, des conduites de prise de risque et des addictions, associées à des troubles anxieux suraigus face au sentiment de vide (7,12).

La clinique des passages à l'acte est celle qui retient le plus l'attention des intervenants, du fait de son caractère bruyant, regroupant les passages à l'acte hétéro-agressifs et auto-agressifs avec automutilations et tentatives de suicide. Elle s'associe aux décompensations psychiatriques brutales et réversibles, comprenant les dépressions à l'emporte-pièce, les décompensations psychotiques aiguës et réversibles, la labilité thymique et émotionnelle pouvant faire suspecter dans certains cas une évolution cyclothymique. S'ajoutent les conduites de prise de risque et les addictions qui sont souvent retrouvées chez ces sujets, tels que l'alcoolisme, la toxicomanie, les addictions aux médicaments psychotropes mais également des comportements de prise de risque.

Enfin, on retrouve des troubles anxieux face au sentiment de vide avec intolérance aux fluctuations du niveau d'angoisse qui peuvent réveiller un sentiment de vide insoutenable.

Balier (1988) attache une importance particulière à la « clinique du vide » qu'il relie à la défaillance du narcissisme primaire et qu'il décrit comme un sentiment insoutenable de vide intérieur, non communicable et pouvant être à l'origine d'automutilations graves, de passages à l'acte violents ou de gestes suicidaires. L'agressivité est alors un court-circuit protégeant du risque de morcellement psychotique au cours des excès de tension et non plus l'évacuation d'un trop plein.

L'ensemble de ces observations a permis des améliorations dans la prise en charge de ces individus en tenant compte de cette nouvelle approche.

Au final, le concept de psychopathie est donc le résultat d'une longue évolution et du travail d'un grand nombre d'auteurs qui ont cherché à le définir et à le préciser, permettant une meilleure identification mais aussi une meilleure prise en charge thérapeutique de ces sujets complexes.

I.3 La clinique de la psychopathie

I.3.1 Les origines individuelles de la psychopathie

La plupart des auteurs s'accordent à dire que la psychopathie trouve ses origines dans le vécu biographique de l'individu (3,6,10,36).

Bénézech et Le Bihan proposent une approche psychosociale et transgénérationnelle des origines du trouble (3). Sur le plan psychosocial, le psychopathe viendrait d'un milieu brisé dans l'enfance où l'on retrouve l'existence d'abus et de négligences ainsi que de la violence physique et psychique, de séparations prématurées, de décès ou de troubles mentaux chez un parent ou un proche, d'alcoolisations ou toxicomanie chez ceux-ci, d'un âge maternel plutôt jeune, d'un contact maternel rejetant ou à l'inverse surprotecteur, d'une discipline sévère ou irrégulière ou d'une séparation précoce du milieu familial avec placements multiples. À travers cette approche, les auteurs imagent un environnement qui n'arrive pas à poser de limites et où surviennent des ruptures répétées, que le psychopathe répétera à l'âge adulte. Sur le plan transgénérationnel, ils évoquent la reproduction par l'enfant du comportement de ses proches, le tout couplé à des facteurs biologiques héréditaires, à des carences affectives et éducatives, renvoyant à l'identification d'un modèle familial antisocial.

Mucchieli retrouvait des résultats similaires dans son étude de dossiers criminels de cour d'appel de banlieue parisienne, mettant en avant que les tendances psychopathiques semblaient plutôt rattachées à l'existence d'un climat familial conflictuel dans l'enfance associé ou non à des violences physiques. Il évoquait la survenue fréquente d'un placement hors milieu familial (1/3 à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) dans les suites de carences familiales lourdes (37).

Villerbu insistait de son côté sur un vécu de maltraitances psychiques et émotionnelles du fait entre autre de séparations précoces (38). À ceci, Bénézech ajoutait le décès d'un parent dans l'enfance ou l'adolescence, l'échec scolaire ou dans les autres apprentissages et les séparations du milieu familial comme point de départ à une vie chaotique entrecoupée de diverses condamnations pénales et incarcérations (39).

Marcelli et Cohen évoquaient également la possibilité que certains troubles « disruptifs » de l'enfance jouent un rôle dans le développement de la psychopathie à l'âge adulte, tel que le trouble des conduites, le Trouble d'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention (THADA) ou le trouble oppositionnel avec provocation mais rappelaient que le diagnostic de psychopathie ne pouvait se poser dans l'enfance ou l'adolescence (4).

I.3.2 La symptomatologie en profondeur

I.3.2.1 Les relations interpersonnelles

- La perception de soi

Selon Bénézech et Le Bihan (2012), le psychopathe serait un individu insécure et anxieux qui se mettrait dans des positions de volontaires et de provocateurs (3). Il se voudrait compétitif et courageux ce qui expliquerait qu'il prenne une place dominante dans l'action et s'engage dans des professions de type corps militaires durs où il est considéré comme un bon élément, les problèmes émergeant plutôt dans le quotidien de la caserne.

Les passages à l'acte auto-agressifs que l'on peut retrouver chez ce type d'individus auraient une signification assez similaire à celle retrouvée dans d'autres troubles, où l'anxiété et les angoisses sont retrouvées : l'apaisement d'une tension interne et d'une angoisse profonde.

Cependant, cette vision n'est pas partagée par tous les auteurs. En effet, le psychopathe est plus souvent décrit comme un personnage narcissique, égoïste, arrogant, qui n'est intéressé que par lui-même et qui a une vision grandiose de sa propre importance (10,17,30,40,41).

Il se perçoit comme un individu à part, supérieur, dont l'intérêt dépasse celui des autres (6,42). Il fait preuve d'une estime de lui-même démesurée, souvent renforcée par la réussite de la manipulation et par son activité criminelle dont il semble tirer un grand plaisir et une grande

satisfaction (3). Il tente de se présenter sous la meilleure image possible et met tout en œuvre pour y arriver, quitte à utiliser la simulation, ce qui rejoint la notion de manipulation.

Il supporte difficilement la frustration et n'a pas acquis les outils essentiels pour trouver des voies de dérivation lui permettant de gérer les tensions internes qui peuvent apparaître, ce qui mène fréquemment à des passages à l'acte hétéro-agressifs (4).

Il se montre incapable d'introspection, ne comprend pas pourquoi l'autre le trouve inadapté et fait preuve d'une excellente imitation de l'*insight* alors qu'il en est dénué (33).

- La relation aux autres

- La manipulation et le mensonge pathologique

Ces deux entités sont des caractéristiques importantes de la psychopathie car elles apportent des éléments pour mieux comprendre le fonctionnement du psychopathe.

Le comportement du psychopathe à l'égard des autres est une réelle prouesse interpersonnelle mise au service de l'utilitarisme (10).

De premier abord, le psychopathe fait preuve de charisme et laisse une première impression très favorable. Il renvoie une image sympathique et inoffensive, semble concerné par le devenir de l'autre et manie bien la parole (41,42).

Il se montre habile et réussit à persuader de ses bonnes intentions, utilisant son charme pour mettre l'autre en confiance afin de mieux l'exploiter par la suite car c'est bien là le but primaire de l'interaction (11,40).

Book et *al.* (2007) qualifiaient ces individus de « *natural born taker* », exploitant les faiblesses de l'autre qu'il considère à sa disposition matérielle, pécuniaire et sexuelle (43).

Qualifié de « prédateur » par de nombreux auteurs, il ne recherche que le pouvoir et la relation d'ascendance sur autrui, dans un but de plaisir et de réassurance. Ce terme est assez bien choisi et reflète également l'image qu'il a de l'autre : celui d'une proie à sa disposition et qu'il domine. Il est également qualifié de « caméléon » pour sa capacité à imiter des émotions, toujours dans le but d'en tirer des bénéfices et de persuader l'autre.

Cependant, si sa première approche ne fonctionne pas, il peut changer d'attitude du tout au tout et se montrer dans un contact plus abrasif et plus agressif. Par exemple, lorsque des erreurs lui sont reprochées, il a tendance à blâmer l'autre et à rejeter toute responsabilité, de manière plus ou moins agressive (10,41).

Dans le même registre, il peut utiliser le passage à l'acte auto-agressif comme outil de manipulation. Outre la fonction d'apaisement d'une tension psychologique interne et d'une angoisse profonde, l'auto-mutilation est fréquemment utilisée comme moyen de pression sur l'entourage (familial, soignant, pénitentiaire...) dans le but d'obtenir des avantages (3).

Il ne semble pas éprouver de remords ou de culpabilité suite à son exploitation de l'autre et lorsqu'il en exprime, ils sont peu authentiques et servent une fois de plus le dessein de la manipulation et de la tromperie de l'entourage (3,30,39). Le manque d'empathie joue également un rôle dans la manipulation, le psychopathe ne percevant pas les signaux de détresse de sa victime. Il ne l'empêche pas d'utiliser les informations qu'il perçoit de manière pertinente, toujours dans le but de manipuler son entourage (43).

Enfin, le mensonge est un des outils utilisés dans la manipulation, mais pas que... Il est assez étonnant de constater que tout est prétexte à mentir, même les choses les plus insignifiantes qui apportent peu voire aucun bénéfice, ce qui rend la recherche de vérité complexe, particulièrement lorsque l'individu est impliqué dans le système judiciaire (41).

Cette capacité de manipuler et mentir semble apporter une grande satisfaction au psychopathe, ce que Hare et *al.* (1988) et Porter et Woodworth (2007) nommaient « duping delight » ou « plaisir de duper », d'embobiner le système (44,45).

Selon Pham et *al.* (2012), cette facette de la personnalité psychopathique serait résistante à l'évolution du temps et aux interventions thérapeutiques et resterait stable tout au long de la vie de l'individu (46).

○ Le manque d'empathie

Le manque d'empathie est également une des caractéristiques « phare » de la psychopathie. En effet, le psychopathe est souvent décrit comme un individu incapable de

ressentir de l'empathie pour autrui, ce qui explique son indifférence à la souffrance de l'autre et à le manipuler sans aucune honte que ce soit, dans le but d'atteindre ses objectifs (3,10,41).

La capacité à reconnaître et partager les émotions des autres, c'est à dire l'empathie, se développe dans la petite enfance, grâce aux interactions entre le jeune enfant et ses parents (4). Nous avons vu précédemment que les interactions de ce type faisaient défaut dans l'enfance du psychopathe, ce qui pourrait expliquer le déficit constaté à l'âge adulte. Berkout et *al.* (2013) avançaient l'hypothèse que le manque d'empathie serait l'un des moyens de défense du psychopathe, limitant ainsi les émotions aversives qu'il peut ressentir lorsqu'il se montre maltraitant envers l'autre (30).

Book et *al.* (2007) ont travaillé sur le concept d'« empathie froide » chez le psychopathe, évoquant un manque d'empathie affective pour autrui, c'est à dire la capacité à partager ses émotions mais une capacité à comprendre l'état mental de l'autre sans pour autant saisir ce qu'il ressent, et qu'il utilise pour le manipuler pour arriver à ses fins (43).

Bogaerts et *al.* (2012) ont appuyé cette hypothèse, différenciant empathie cognitive, qui permet de reconnaître les émotions et pensées des autres et empathie affective, qui permet de répondre avec empathie, concluant que c'est cette dernière qui ferait défaut chez le psychopathe (47). Ces derniers évoquaient également la possibilité d'un déficit d'empathie émotionnelle sélectif qui amènerait à une interprétation inappropriée de la tristesse et de la peur de l'autre, une incapacité à percevoir les signaux de détresse de l'autre (43).

Au final, la gestion catastrophique de ces interactions interpersonnelles par le psychopathe finit par provoquer un rejet de son entourage, que ce soit sur le plan personnel ou sur le plan groupal, majorant la souffrance déjà présente (3). La construction des rapports est ardue avec ce genre d'individus (41).

1.3.2.2 La dimension affective

- Manque de peur et d'anxiété

Cleckley évoquait ce qui ressemblait à une immunité contre l'anxiété et la peur chez les individus psychopathes, les décrivant sereins en toute circonstance, même dans les situations que tout un chacun trouverait embarrassantes (33).

Depuis, plusieurs auteurs ont fait le même constat, évoquant un manque d'émotions négatives face aux conséquences que pouvaient avoir leurs actes inadaptés (sanctions par exemple) (30,40). Selon eux, c'est l'absence de ce type d'émotions qui mènerait à un manque de motivation suffisante pour éviter ou limiter la prise de risques et la mise à mal des normes sociales.

O'Toole et *al.* précisaient les termes, parlant d'un manque d'anxiété sociale, n'excluant donc pas l'existence d'anxiété et d'angoisses (41).

Meloy rappelait que l'anxiété est un moteur nécessaire au développement de relations avec l'objet internalisé qui permet de se sentir concerné directement par ses actions et que celle-ci diminuait lorsque la psychopathie s'aggravait (2).

- Défaut d'attachement

Pour Meloy, l'attachement est la capacité à établir un lien émotionnel, capacité qui se retrouve à un moindre degré chez le psychopathe qui semble détaché de manière significative. Cette difficulté à établir le lien se retrouve sur le plan sentimental mais également dans la formation d'une alliance avec le thérapeute (2,35).

Lorsque cette capacité d'attachement fait défaut, la capacité d'inhibition de l'agressivité n'existe plus, ce qui peut amener le psychopathe à prendre un plaisir sadique à dévaloriser systématiquement l'autre, à le faire souffrir physiquement et psychologiquement. Meloy en concluait que plus la psychopathie était grave, plus le lien établi avec les autres était un rapport de pouvoir et non un lien affectif (2).

Cleckley évoquait quant à lui une incapacité à aimer mais reconnaissait parfois l'existence de relations affectives que le psychopathe investissait et pour lesquelles il était capable de remuer ciel et terre (33). Il a été retrouvé en effet que certaines relations, de sang

pour la plupart (père, mère, enfants), étaient fortement investies par ces individus, sans qu'on arrive à en comprendre le mécanisme précis.

La difficulté d'attachement pourrait expliquer la vie sexuelle impersonnelle et peu intégrée menée par le psychopathe, qui ne voit pas l'intérêt d'entretenir une relation sentimentale sérieuse mais qui ressent tout de même des besoins sexuels impérieux qu'il doit combler, d'où son choix premier de se tourner vers des prostituées, des maîtresses ou des relations occasionnelles. Il peut arriver que le psychopathe s'engage dans une relation sentimentale à long terme mais il se montrera peu loyal dans celle-ci et tentera de la mettre en échec en allant séduire une autre femme de la famille (mère, sœur, belle-mère...) (17,33).

- Profondeur et vécu des émotions

Cleckley retrouvait une pauvreté des affects profonds qui n'empêchait pas le psychopathe de ressentir des émotions « superficielles » telle que l'excitation, l'enthousiasme ou la vexation (33).

Meloy évoquait lui aussi un manque de subtilité, de profondeur et de modulation des émotions chez le sujet psychopathe, évoquant une incapacité à vivre toute émotion nécessitant la prise en compte de l'autre, que ce soit les émotions positives comme le plaisir réciproque, la gratitude, la sympathie, l'affection mais aussi certaines émotions négatives comme la culpabilité ou le remord. La vie émotionnelle du psychopathe serait alors dominée par les sentiments de rage, une sensibilité à la honte ou à l'humiliation, l'envie, le mépris et le plaisir dans la domination. Selon lui, plus le degré de psychopathie serait sévère, plus l'individu aurait un répertoire émotionnel limité et aurait une régulation affective équivalente à celle d'un enfant de 5 ans (2,35).

D'autres auteurs ont également conclu à une pauvreté et un manque de profondeur des émotions avec toutefois la capacité d'exprimer des émotions sans pour autant les ressentir (19,30,40,42).

Majois et *al.* évoquaient quant à eux un déficit émotionnel spécifique touchant les sentiments négatifs tels que la peur ou la culpabilité, cette froideur émotionnelle les protégeant des symptômes de stress et de dépression (48).

- Les émotions négatives et la souffrance

Selon une auto-évaluation réalisée par Book et *al.*, les psychopathes seraient en mesure d'expérimenter la colère, la rage, le manque de confiance en soi et l'irritabilité (43). Il existe pourtant une croyance qui veut que le psychopathe ne peut ressentir de la souffrance car il est dénué d'émotions et qu'il n'existe donc qu'en créant la souffrance chez l'autre, ce qui reste loin de la vérité.

Celui-ci perçoit pourtant un sentiment douloureux lorsqu'il se retrouve face à ses différents échecs (sur le plan sentimental, professionnel, violence qu'il ne peut comprendre et gérer), et se montre donc dans une revendication affective qui peut s'exprimer sous forme d'agressivité, entraînant sans fin la boucle négative dans laquelle il se trouve déjà. Le psychopathe ferait donc souffrir les autres pour ne pas souffrir lui-même (3).

Il oscillerait entre l'angoisse de séparation/d'abandon et celle de fusion, ce qui provoque une tension psychologique interne intense qu'il n'arrive à apaiser qu'en s'en prenant aux autres ou à lui-même (3,39).

1.3.2.3 Le style de vie

- La recherche de sensations et l'incapacité à se projeter dans l'avenir

Le psychopathe est connu pour ses prises de risque dans sa recherche d'obtention de l'objet (43). Nous avons vu précédemment qu'il utilisait sans hésiter la manipulation et le mensonge même si les conséquences secondaires étaient négatives pour lui par la suite. Ainsi, il recherche ou crée des situations risquées qui provoquent, outre du plaisir et de la satisfaction, une grande excitation (41).

Il est également connu pour sa tendance à l'ennui et sa recherche de stimulation, l'amenant à la pratique de sports extrêmes, la prise de substances psychoactives et le non respect des normes sociales et légales (criminalité et délinquance notamment) (42). Il fonctionne dans l'immédiateté et se montre assez intolérant à l'attente.

De ce fait, il est dans l'incapacité de suivre un plan de vie consistant sur le long terme qui demanderait un effort continu de sa part, même pour atteindre un but personnel ; il donne ainsi l'impression de tout mettre en œuvre pour échouer, même dans les activités où son succès est reconnu. La réussite doit être immédiate ou alors elle devient inutile (4,17,33).

- L'irresponsabilité

Cleckley évoquait un sujet sur lequel on ne peut compter malgré la première impression qu'il donne et qui rapidement se montre irresponsable lorsqu'on lui demande d'assumer ses actions (33). Cet élément clinique a été confirmé par la suite, associé à une forte tendance à blâmer les autres pour ses fautes et à minimiser son implication dans tout ce qui peut donner une image négative de lui (40,41). Le psychopathe ne reconnaît pas ses torts et ne ressent pas de culpabilité ; il utilise tous les outils à sa disposition pour se sortir d'une situation de reproche, dont le mensonge et la manipulation.

Il fait également preuve d'un jugement exécrationnel lorsqu'il s'agit de prendre des décisions pour lui-même, poussé par la recherche de sensations évoquée auparavant et son incapacité à tirer des leçons de ses erreurs. Il se retrouve donc à reproduire des comportements pour lesquels il a déjà été sanctionné, tout en connaissant les conséquences négatives qui risquent d'arriver (33). La possibilité qu'une conséquence de ses actes soit la prison n'a que peu d'impact sur la décision semble-t-il (41).

Cependant, lorsqu'il s'agit des autres, il peut se montrer plutôt avisé dans ses conseils mais sera incapable d'appliquer ces mêmes conseils pour lui-même. On retrouve là aussi l'impression de tout mettre en œuvre dans le but d'échouer (17).

- L'impulsivité

Bon nombre d'auteurs évoquent comme caractéristique principale de la psychopathie l'impulsivité. En effet, le psychopathe est décrit comme un individu impulsif, qui est dans l'agir lorsqu'il est dépassé par des émotions qu'il n'arrive pas à verbaliser et à mentaliser, l'amenant à des passages à l'acte brusques et souvent explosifs (17,19,30,40,42).

Néanmoins, cette notion reste assez controversée. Nous développerons plus précisément cette caractéristique par la suite.

1.3.2.4 Les comportements dyssociaux et antisociaux

- Comportements dyssociaux

Comparés aux autres délinquants et criminels de sexe masculin, les psychopathes commettent un nombre disproportionné de délits et crimes, plus violents et agressifs (49). Cependant, tout comportement agressif, tourné ou non vers des personnes représentant ou symbolisant l'État ou l'autorité, ne doit pas être considéré comme un signe pathologique spécifique en tant que tel (4).

Si nous reprenons ce que Caroli appelait la « sémiologie sociétale », le psychopathe ressent une séparation face à la société, qui après avoir répondu temporairement à sa séduction, finit par le rejeter (4). Du fait de ce rejet, il choisit alors de ne pas se soumettre à son fonctionnement et à ses règles, faisant preuve de dyssocialité (c'est à dire entrant en conflit avec les codes sociaux usuels) et parfois d'asocialité (refusant les normes du groupe et se plaçant hors des circuits de production), poursuivant son but coûte que coûte (4,10). Bon nombre d'auteurs ont constaté ces comportements fréquents et rappellent la tendance du psychopathe au non-respect des normes sociales et légales (17,23,30,40,42).

Les conséquences de ce non-respect sont nombreuses : criminalité et délinquance souvent utilitaristes, incarcérations multiples, parasitisme institutionnel, perte d'emploi et/ou chômage et marginalisation (3,39). Ces conséquences renforcent le rejet par la société, maintenant le psychopathe dans ses conduites dyssociales.

- Comportements antisociaux

Cleckley définissait les comportements antisociaux comme un ensemble de comportements délictuels et négatifs retrouvé chez le psychopathe survenant suite à des conduites instinctuelles secondaires à des envies impérieuses (33).

Ils regroupent l'ensemble des comportements hostiles à la société et aux normes sociales, comprenant entre autre les délits, les crimes et la violence, et représentent le principal aspect de la psychopathie qui provoque la peur et l'incompréhension dans la société, majorant le rejet déjà présent (4).

Mucchieli évoquait le fait que le psychopathe n'ayant rien à perdre dans la vie, c'est à dire pas de situation stable, de fortune, de vie conjugale ou familiale, peu de responsabilités valorisantes ou bonne réputation ou image à défendre, n'avait comme seul moyen d'expression que celui de l'agir (4).

Nous avons vu précédemment que le psychopathe présentait une élaboration verbale et de la pensée assez pauvre, poussant souvent à des mouvements caractériels et des passages à l'acte brusques et inadaptés (violence ou tout autre comportement blessant envers l'autre) (3,18,19,30). En effet, leur faible tolérance à la frustration et le besoin de réponse immédiate à leur demande, sans compromis ou inhibition, provoquent souvent des réactions explosives illustrées par des crises d'agitation, des fugues, des délits, l'ensemble survenant dans une atmosphère d'élaboration psychique pauvre et sans prévision des conséquences, susceptibles d'entraîner des suites légales (donc négatives) (3,4,41).

L'absence de relation durable évoquée précédemment, avec aventures épisodiques et superficielles, peut aussi être considérée comme un comportement antisocial, c'est à dire hors norme.

Nous reviendrons plus précisément sur les comportements antisociaux de type violence et passage à l'acte par la suite.

I.3.3 Les comorbidités les plus fréquentes

Le trouble de l'usage des substances est une des comorbidités les plus retrouvées chez le psychopathe. Il majore l'instabilité déjà présente et s'intègre dans la recherche de sensations qui caractérise ces individus (50). Il peut également entraîner une délinquance d'obligation dans le but de se fournir le produit et donc majorer les comportements antisociaux déjà présents (4,51).

Les troubles psychiatriques font aussi partie des comorbidités retrouvées chez le psychopathe : trouble anxieux, trouble de l'humeur, somatisations, tentatives d'autolyse et automutilations, bouffées délirantes....(3).

I.3.4 Les diagnostics différentiels

Bénézech et Le Bihan rappelaient l'importance de savoir faire la différence entre un trouble et la « normalité » et un trouble et des traits de personnalité (3). Un individu, quel qu'il soit, qui subit un stress important, une injustice grave, un accident physique ou psychologique, peut à l'occasion adopter une conduite délinquante réactionnelle alors qu'il est bien inséré socialement en temps normal. De plus, un individu ne présentant pas de trouble peut, dans un contexte particulier de défense et/ou de survie, ressentir une forte colère ou faire usage de la violence, sans que cela ne soit pathologique. Enfin, un adulte qui fait preuve de comportements antisociaux répétitifs (trait de personnalité) n'est pas automatiquement un psychopathe (trouble de la personnalité).

Nous avons déjà évoqué la confusion souvent faite entre le trouble de la personnalité antisociale et la psychopathie et l'hypothèse d'un *continuum* entre les deux. Dolan et Doyle trouvaient que 90% des délinquants adultes psychopathes avaient des critères du trouble de la personnalité antisociale mais seulement 25% des individus souffrant de trouble de la personnalité antisociale étaient psychopathes (23). La psychopathie peut aussi être confondue avec le trouble de la personnalité *borderline*, selon l'intensité des symptômes et la nature de la délinquance.

Enfin, il est nécessaire de différencier psychopathie seule, et psychopathie associée à des troubles mentaux tels que la schizophrénie dans laquelle on retrouve l'héboïdophrénie qui est une présentation pseudopsychopathique, certains troubles psychotiques ou de l'humeur dans lesquels on peut retrouver des épisodes criminels survenant au cours des épisodes pathologiques.

I.3.5 Quelques critiques à l'égard de la clinique décrite précédemment

Nous avons défini le psychopathe comme un individu ayant une personnalité marquée par l'impulsivité, la froideur affective, l'égoïsme, la manipulation, la violence, l'immédiateté, l'incapacité à établir des relations affectives normales avec autrui mais gardant un raisonnement intellectuel normal.

Il est à noter que plusieurs de ces caractéristiques sont recherchées spécifiquement dans certains domaines professionnels et sont donc cultivées par la société, qui valorise la quête de l'extrême, le sensationnel, la prise de risque et le jeu avec les limites (3,4).

Mucchieli rappelle que seules, les caractéristiques décrites précédemment ne renvoient pas nécessairement à quelque chose de pathologique (4).

L'impulsivité, par exemple, correspond à la capacité d'un individu à se montrer très réactif dans une situation donnée, son absence renvoyant à une incapacité à prendre une décision ou à une apathie.

De même, la froideur affective s'oppose à une réactivité émotionnelle ou affective qui selon la situation peut être inadaptée. La prise de décision avec calme et « sang froid », sans précipitation est une compétence recherchée dans certaines professions, notamment les professions de l'urgence (médecin urgentiste par exemple). De ce point de vue-là, cette caractéristique pourrait être envisagée comme un avantage adaptatif (52).

Sur le plan de l'égoïsme et de l'immédiateté, Mucchieli rappelle que nous vivons dans une société d'hyper-consommation où la vie est présentée comme une compétition, qui nous conditionne à recevoir une réponse immédiate lorsque nous faisons une demande, amenant de ce fait une intolérance sévère à la frustration en cas de non-immédiateté (4).

Enfin, l'agressivité et la violence tendent à être des comportements normaux au sein d'un groupe, voire des comportements valorisés et ne sont pas pathognomoniques de la psychopathie ou même du trouble de la personnalité antisociale.

Au final, la psychopathie correspond à un ensemble de traits de la personnalité qui, seuls, ne sont pas nécessairement pathologiques. C'est l'ensemble de symptômes couplé au contexte qui doit faire évoquer le diagnostic.

Certains auteurs font l'hypothèse que la psychopathie pourrait être une forme de stratégie adaptative qui se développe de l'enfance à l'âge adulte afin que l'individu puisse faire face à un

vécu de traumatismes et de violences au sein d'un environnement hostile. Dans ce cas, l'action de chosifier les situations et les autres permettrait de limiter les manifestations émotionnelles associées et d'assurer l'objectif principal pour le psychopathe : la survie « *better safe than sorry* » (53,54).

I.4 Quelles projections dans l'avenir pour ces individus psychopathes ?

Zagury disait qu'il était « rare de mourir psychopathe » (55). Pourtant, la réalité est toute autre.

Bénézech et Le Bihan évoquent une surmortalité des psychopathes à un âge jeune, secondaire à des violences, des accidents, des complications d'addiction ou des passages à l'acte suicidaires (3). Néanmoins, certains psychopathes trouvent une issue moins tragique en investissant un emploi qui les valorise sur le plan du Soi et en se mettant en couple avec une femme plus âgée, maternante et se montrant complaisante sur les écarts et les violences. Ceux qui ne décèdent pas prématurément semblent rencontrer autour de 40 ans ce qui pourrait se qualifier de « baisse d'énergie », s'exprimant par une sédation progressive, voire une extinction des comportements instables, impulsifs et déviants amenant une diminution des conduites dangereuses et donc du risque de surmortalité (3). Cependant, une instabilité peut persister ; il n'est pas rare que ces individus sombrent dans un alcoolisme chronique ou une toxicomanie importante et qu'ils se clochardisent (55).

I.5 En conclusion

Meloy décrivait le psychopathe « type » comme un individu présentant un regard « reptilien » fixe, froid et prédateur associé à un Ego surdimensionné mais fragile et dans une recherche pathologique de sensations et de stimulations externes d'où une fréquente consommation de substances psychostimulantes, semblant ressentir une grande jouissance à duper, manipuler et dominer l'autre. Il ajoutait l'existence possible de cruauté envers les animaux dans l'enfance, l'existence d'un sentiment chronique de vide intérieur, de dévalorisation et d'ennui et une prédisposition à la violence intentionnelle chez cet individu

qui se retrouve fréquemment impliqué dans des activités criminelles et de ce fait, qui a un long vécu d'incarcération (35).

Il est fréquent que le clinicien rencontre ce type de patients en milieu carcéral ou lors d'obligations ou d'injonctions de soins. Selon Bénézech et Le Bihan, la présentation clinique de l'individu, son parcours biographique ainsi que le contexte et le motif de consultation peuvent orienter vers l'existence d'une construction particulière de la personnalité et donc vers le diagnostic de psychopathie. Ils recommandent donc au clinicien de réaliser son évaluation en utilisant plusieurs approches (psychosociale, transgénérationnelle et socio-économique) (3).

C'est donc un ensemble d'éléments qui doit faire évoquer le diagnostic de psychopathie et non quelques comportements sortis de leur contexte et pathologisés.

II - L'IMPULSIVITÉ

II.1 Qu'est ce que l'impulsivité ?

L'impulsivité est une entité transnosographique retrouvée dans de nombreux domaines de la psychologie mais qui reste pourtant encore pauvrement définie et incomprise du fait de sa complexité. Elle peut qualifier sans distinction un individu mais aussi un comportement ou un processus cognitif.

On retrouve fréquemment des manifestations de l'impulsivité en population générale, dont les conséquences sont néfastes et coûteuses sur le plan humain, financier et sociétal ; c'est le cas de la violence, des abus et dépendances aux substances ou de la rage au volant. Sur le plan judiciaire, les manifestations impulsives ont également un retentissement car l'impulsivité est un des plus grands facteurs de risque de passage à l'acte et de récurrence et amène donc des conséquences judiciaires importantes telles que l'incarcération (56).

Sur le plan historique, sa considération n'est pas récente elle a bénéficié depuis la deuxième moitié du XXème siècle d'un regain d'intérêt, probablement lié au nombre croissant de comportements antisociaux et agressifs retrouvés dans la société actuelle et qui a amené au développement d'un certain nombre d'outils de mesure plus ou moins spécifiques (57,58). Elle est considérée par un grand nombre d'auteurs comme un trait de personnalité et serait présente chez tous les individus, à un degré plus ou moins prononcé, sans refléter de pathologie systématique. Nous avons tous déjà expérimenté des pulsions impérieuses sans pour autant passer à l'acte (2,58–62).

À ce propos, plusieurs auteurs signalent une tendance générale à « pathologiser » l'impulsivité, à oublier que celle-ci peut aussi engendrer des aspects positifs, n'étant dans ce cas pas perçue comme une notion problématique mais plutôt comme un indicateur d'audace, de rapidité, de spontanéité, de courage et de non-conventionnalité, qui sont des éléments qui peuvent aider à la réussite sociale et professionnelle, l'individu étant vu comme quelqu'un de réactif et efficace (63). Elle a également prouvé son utilité dans certaines situations de la vie quotidienne comme la conduite automobile où elle peut permettre par exemple d'éviter un accident (63,64). Au final, il n'y a que lorsqu'elle donne lieu à un effet négatif qu'elle est perçue comme problématique et donne lieu à une orientation médicale ou judiciaire (56,63).

Sur le plan médical, l'impulsivité et ses manifestations cliniques sont souvent retrouvées dans les champs de la psychiatrie et de la neurologie. Certains auteurs la considèrent comme une dimension à part entière dans certains troubles mentaux ; elle fait d'ailleurs partie des critères diagnostiques de certains troubles dans les classifications internationales avec une multitude d'expressions possibles : c'est le cas pour les troubles de la personnalité *borderline* et antisociale, le Trouble avec ou sans Hyperactivité de l'Adulte avec Déficit de l'Attention (THADA) ou les troubles liés à l'usage de substances et addictions comportementales (2,57,63).

Pour la population générale, l'impulsivité renvoie surtout à des manifestations comportementales avec la survenue d'actions rapides, brusques, excessives, non planifiées et souvent inadaptées, explosives parfois, qui surviennent en réaction à des situations auxquelles est confronté l'individu. Un individu impulsif ne peut différer ses réactions qui surviennent donc brutalement, souvent suite à un épisode émotionnel intense, qualifiées de « réponses réactives ». Evenden (1999) insistait également sur l'existence d'une tendance à l'échec à analyser et à réfléchir avant de s'engager dans un comportement (63).

Daruna et Barnes (1993) définissaient l'impulsivité comme des actions pauvrement conçues, exprimées prématurément, trop risquées ou inappropriées à la situation (comportements inadaptés) et donnant lieu à des conséquences indésirables (64).

Selon Evenden (1999), cette définition présentait plusieurs avantages : elle était aisément acceptable par la population générale et incluait et listait différents aspects de l'impulsivité, reliés ou non entre eux (63).

Moeller et *al.* (2001) évoquaient quant à eux « une prédisposition à réagir rapidement et sans planification à des stimuli internes ou externes, sans égard aux conséquences possibles pour l'individu impulsif ou les autres » (traduction libre réalisée par Joyal et Dumais, 2013) (56,65).

Nous évoquons en début de chapitre un concept d'impulsivité complexe, mal défini et incompris. Une partie de l'ambiguïté de sa définition repose sur sa construction multidimensionnelle, composée de dimensions indépendantes les unes des autres, associées à une grande variété de manifestations comportementales, ce qui la rend difficile à mesurer et à prédire (50,56,61,63,66). De ce fait, il existe peu de consensus entre les auteurs qui ont étudié

le sujet. Les seuls éléments consensuels retrouvés sont les descriptions comportementales (action rapide, excessive, non planifiée et inadaptée). La confusion qui règne sur ce concept provient également des différences de point de vue des auteurs sur les processus psychologiques causals sous-jacents qui gouvernent l'expression de l'impulsivité : défaut de contrôle pulsionnel, défaut de réflexion avant l'action... (58,63).

L'ensemble de ces désaccords à trouver une seule et même définition explique le fait qu'il existe différentes techniques de mesure de l'impulsivité, les deux principales étant la simulation en condition, réalisée en laboratoire, où le sujet est soumis à un choix qui peut déclencher une réaction impulsive, et l'analyse rétrospective d'une ou plusieurs situations données avec cotation de scores d'impulsivité par des échelles/questionnaires (par exemple l'échelle de Barratt BIS-11, le questionnaire d'Impulsivité, d'Aventurisme et d'Empathie de Eysenck, l'échelle de Whiteside et Lynam...) (58,67).

Concernant l'utilisation d'auto-questionnaires, Lecrubier et *al.* (1995) rappelaient leur limitation dans l'étude de certaines populations « impulsives », les individus concernés pouvant manquer d'honnêteté dans leurs réponses et/ou d'*insight* dans l'analyse de leurs comportements (62).

II.2 Focus sur l'expression clinique de l'impulsivité et les hypothèses causales qui y sont associées

II.2.1 Expression clinique de l'impulsivité

Comme nous l'avons évoqué précédemment, pour la population générale, le terme « impulsivité » renvoie principalement aux manifestations comportementales dont peuvent faire preuve les individus dits impulsifs, du fait qu'elles soient observables par tous et peuvent parfois être spectaculaires.

Il existe une multitude de manifestations comportementales impulsives. Ces comportements varient d'un individu à l'autre, allant d'une réelle difficulté à attendre son tour (pour s'exprimer lors d'une conversation, pour répondre à une question qui lui est posée...ce qui mène à des interruptions ou des intrusions de la part de l'individu) à des violences sérieuses et non planifiées, conduites par une excitation émotionnelle accrue en réaction à une provocation perçue (58,68,69).

Nous avons vu que l'impulsivité renvoyait à des actions rapides, brusques, excessives, non planifiées et souvent inadaptées, qui survenaient en réaction à certaines situations émotionnelles vécues par l'individu et qui, selon certains auteurs, auraient dû être différées mais ne l'ont pas été. Zimmermann et *al.* (2004) expliquaient ces manifestations par une tendance à l'action avant toute réflexion chez les individus dits impulsifs, amenant un manque d'anticipation de l'acte en lui-même et une mauvaise estime, voire une absence, de considération des conséquences (souvent négatives) et risques associés à cette action (57). Ils évoquaient également chez ces individus un échec répété à résister aux actes impérieux (impulsions) ou aux tentations de réaliser un acte potentiellement nuisible envers soi-même ou envers autrui. Là encore, on retrouve l'incapacité à différer l'acte, qui s'exprime immédiatement.

Certains auteurs ont mis en avant des manifestations spécifiques à certains troubles psychiatriques que nous avons pu évoquer précédemment, c'est le cas des troubles de la personnalité. Par exemple, la personnalité *borderline* présenterait plutôt des manifestations impulsives de type achats spontanés, conduites sexuelles à risque, abus de substances, conduite dangereuse, boulimie, auto-mutilations et suicide alors que la personnalité antisociale présenterait plutôt des manifestations à type de passage à l'acte violent (58).

Nous avons décrit quelques manifestations comportementales parmi la multitude qui existe et qui peut être observée chez les individus dits impulsifs. Des incertitudes persistent cependant sur les processus causaux sous-jacents qui mènent à ce genre de manifestations. Nous allons tenter de clarifier les hypothèses principales actuelles.

II.2.2 Les hypothèses sur la nature causale sous-jacente de l'impulsivité

Il existe un certain nombre d'hypothèses cherchant à expliquer la nature de l'impulsivité et sa provenance, certaines étant plus controversées que d'autres.

L'hypothèse causale la plus retrouvée dans la littérature est celle de l'action rapide sans arrière-pensée, sans réflexion. C'est la présentation la plus traditionnelle du concept d'impulsivité. Elle suggère un échec de l'individu à évaluer les conséquences (rapport récompense/punition) de son comportement avant d'agir et donc une impossibilité à

considérer les conséquences possibles, ce que Whiteside et Lynam nommaient « [manque de] préméditation » (58,67). Selon cette idée, le processus cognitif d'arrière pensée/réflexion serait déficient ou absent chez les individus impulsifs, ce qui mènerait donc à la survenue d'un comportement impulsif, sans possibilité de le différer.

Enticott et Ogloff (2006) évoquaient d'autres hypothèses causales présentant des similitudes avec l'action rapide sans arrière-pensée (58).

C'est le cas de l'hypothèse de la survenue trop rapide d'idées qui, chez un individu trop rigide pour adapter ses cognitions, induit une incapacité à considérer les alternatives possibles ou à intégrer d'autres informations pertinentes avant de passer à l'acte et une réduction du temps de décision. Elle se rapproche de l'action rapide sans-arrière pensée par le fait que dans les deux cas, l'information perçue n'est pas distribuée de manière adéquate aux systèmes qui influencent le comportement, entraînant donc une mauvaise réponse due au défaut de l'information perçue. De même, l'hypothèse de l'emphase sur le présent, où l'impulsivité résulte d'un échec de l'individu à considérer le futur, menant donc à une incapacité à l'organiser et à le planifier, l'ensemble s'associant donc avec une absence ou un manque de but personnel sur le long terme, du fait de l'impossibilité de se projeter dans le futur.

Une autre hypothèse proposée est celle de l'incapacité à différer la gratification d'une action. Elle a été testée en laboratoire auprès de sujets à qui il était proposé la réception d'une petite récompense immédiate ou d'une plus grosse récompense à condition de la différer. Les sujets impulsifs avaient tendance à vivre dans l'immédiateté.

Enfin, une autre hypothèse soutenue est celle d'un défaut du contrôle inhibiteur des impulsions, particulièrement dans les manifestations comportementales, où l'impulsivité résulterait donc d'une altération du processus cognitif inhibiteur qui joue un rôle dans la suppression des réponses inappropriées et qui ne jouerait donc plus son rôle de « filtre ». Cette hypothèse est souvent évoquée dans la kleptomanie, la pyromanie, la violence...

Nous avons évoqué les hypothèses causales les plus retrouvées dans la littérature mais il en existe bien d'autres... Parmi celles évoquées, on retrouve au final un certain nombre de similitudes entre elles, le résultat de toutes étant le déclenchement d'une réponse brusque et souvent inappropriée du fait d'une déficience d'un ou de plusieurs processus cognitifs. Nous avons exposé les hypothèses une par une mais il n'est pas exclu que l'impulsivité soit une association de plusieurs de ces hypothèses, ce qui expliquerait la multitude de manifestations impulsives que l'on peut observer.

II.2.3 Comment peut-on alors évaluer objectivement cette impulsivité ?

Du fait de la définition floue du concept d'impulsivité et de l'absence de consensus sur cette notion entre les auteurs, il existe un grand nombre de méthodes d'évaluation différentes.

Nous avons évoqué la possibilité de réaliser des expériences en laboratoire et donc en situation réelle, où l'individu est amené à faire des choix dans diverses situations, choix considérés comme plus ou moins impulsifs, ce qui donne une mesure objective pour une situation donnée mais en milieu non ordinaire (63).

Il existe également un certain nombre d'échelles et d'auto-questionnaires qui font participer le sujet à son évaluation. Il en existe un grand nombre, nous ne citerons que les principales. Une des échelles les plus connues et les plus utilisées est la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11) qui a été développée pour séparer l'impulsivité de l'anxiété et faire ressortir des éléments utilisables en psychopathologie. Elle se compose de 30 items évaluant trois composantes différentes : impulsivité intentionnelle (planification et attention portée aux détails), impulsivité idéo-motrice (action sans penser) et difficulté de planification. Le questionnaire d'Impulsivité de Eysenck (Adult IVE-7) est également un outil très utilisé, qui évalue trois composantes : l'Impulsivité (en tant qu'action impulsive), l'Aventurisme et l'Empathie. Nous développerons ce questionnaire plus précisément dans le paragraphe suivant. Nous pouvons également citer la *Karolinska Scales of Personality* qui inclut l'impulsivité dans une de ses sous-échelles, la groupant avec l'évitement de la monotonie et le détachement, l'*Impulsivity Rating Scale* (IRS) de Lecrubier et *al.* qui est composée de 7 items évaluant l'irritabilité, la patience/impatience, le temps de prise de décision, la capacité à poursuivre une activité, l'agressivité, le contrôle des réponses et la capacité à différer, ou encore l'*Urgency, Premeditation, Perseveration, Sensation Scale* (UPPS) de Whiteside et Lynam qui proposaient d'évaluer quatre sous-types d'impulsivité : le manque de planification, le sentiment d'urgence permanent, le manque de persévérance et la recherche de sensations (62,66,67).

L'ensemble des échelles citées évalue différemment l'impulsivité, ne se concentrant pas toutes sur les mêmes processus et manifestations de celle-ci, ce qui prouve bien la multidimensionnalité du concept d'impulsivité et le flou existant dans sa définition.

Dans les recherches futures sur le sujet, pour Enticott et Ogloff, il sera nécessaire d'identifier les processus sous-jacents à l'œuvre et les mécanismes impliqués dans l'impulsivité afin de développer des outils de mesure plus spécifiques pour la mesurer et l'évaluer. Une clarification de sa définition sera également nécessaire et des consensus devront être trouvés entre les auteurs pour poursuivre l'étude de ces expressions cliniques et ces comportements variés et ainsi peut être trouver des éléments de prévention applicables à grande échelle chez les individus impulsifs (58).

II.3 L'Impulsivité selon Eysenck

Nous avons évoqué jusqu'à présent des manifestations cliniques plutôt générales de l'impulsivité ainsi que les principales hypothèses causales du concept et les outils de mesure les plus utilisés par les cliniciens et les chercheurs.

Comme nous l'avons déjà évoqué, Eysenck et *al.* voyaient l'impulsivité comme un trait secondaire de personnalité, exprimé à un degré plus ou moins prononcé selon les individus (60). Ils faisaient un lien avec les trois dimensions fondamentales/majeures de leur théorie de personnalité, qui seraient le produit des corrélations observées entre les différents traits de la personnalité composant l'individu : le Névrosisme, l'Extraversion et le Psychoticisme.

Ils proposaient de séparer le concept d'impulsivité en deux composantes distinctes : Impulsivité, qui serait plutôt reliée à la dimension Psychoticisme de la personnalité et Aventurisme qui serait plutôt relié à la dimension Extraversion (66,70).

Selon cette idée, l'Impulsivité caractériserait les individus agissant sur le moment, sans réflexion associée (manifestations comportementales), et ne se rendant pas compte des risques associés à leurs actions alors que l'Aventurisme ou recherche d'aventures caractériserait les individus prenant des risques et recherchant des sensations en étant conscients des risques associés à leurs actions.

Eysenck expliquait les concepts d'impulsivité et d'aventurisme comme ceci :

« Notre concept d'impulsivité et d'aventurisme peut le mieux être décrit par analogie à un conducteur qui dirige sa voiture autour d'un virage du mauvais côté de la route. Un conducteur qui a un haut score d'impulsivité ne considère jamais le danger auquel il pourrait s'exposer lui même et est véritablement surpris quand un accident survient. Le conducteur qui a un haut score d'aventurisme, considère soigneusement sa position et décide consciemment de prendre le risque ». Eysenck, 1993 (traduction libre).

Pour approfondir l'évaluation et la compréhension de l'impulsivité, Eysenck et Eysenck proposaient un découpage de cette dernière en quatre dimensions spécifiques comprenant « l'impulsivité étroite », la prise de risques, la non-planification et la vivacité, renvoyant encore une fois à une conception multidimensionnelle de l'impulsivité (60). Ils proposaient comme modèle causal de ces comportements l'existence d'un trouble du contrôle inhibiteur et/ou de la capacité à différer ces comportements, une tendance à ne pas considérer les alternatives et les conséquences potentielles d'une action avant de décider d'agir, l'incapacité à poursuivre une tâche sans être tenté d'en changer et enfin, une tendance à l'ennui et à la recherche de stimulations (67). Ce modèle présentait des analogies avec le modèle de recherche de sensations de Zuckerman qui concluait à l'existence de similitudes entre la composante « impulsivité » et la composante « recherche de sensations » qu'il évaluait selon quatre facteurs distincts : le frisson (« *thrill* ») et la recherche d'aventures, la recherche d'expériences, la désinhibition et la susceptibilité à l'ennui (50). Il rejoignait la vision d'Eysenck d'un concept d'impulsivité à plusieurs aspects.

Plus précisément pour les notions de recherche de sensations et la prise de risques, Eysenck et Zuckerman considéraient ces deux notions comme des traits de non-inhibition et de non-conformisme et les associaient sur le plan psychopathologique aux troubles liés à l'usage de substances, à la psychopathie et aux individus auteurs de délits (70). Cette association à la psychopathie n'est pas étonnante car ces deux notions sont également retrouvées dans la clinique de la construction psychopathique.

Eysenck et ses collaborateurs ont réalisé un grand nombre de travaux autour du concept d'impulsivité. De l'ensemble de ces travaux est né (entre autre) un auto-questionnaire appelé « Questionnaire d'Impulsivité, d'Aventurisme et d'Empathie » qui propose d'évaluer

ces trois composantes distinctes à l'aide d'un certain nombre de propositions que l'individu interrogé affirme ou infirme. Cet auto-questionnaire possède une version pour adulte mais également une version junior que nous ne développerons pas. La version pour adulte la plus récente est la 7ème version proposée par Eysenck et *al.* (Adult IVE-7) ; elle est composée de 54 items répartis en trois sous-échelles qui évaluent l'Impulsivité qui caractérise les individus agissant sans penser et inconscients des risques associés à leurs actions, l'Aventurisme qui caractérise les individus conscients de leurs actions et des risques associés et enfin, l'Empathie qui caractérise la faculté de s'identifier à l'autre (66). Cette dernière sous-échelle est plutôt utilisée comme un élément distracteur lors de la passation du questionnaire, sa validité étant controversée (57). Concernant les autres sous-échelles, elles ont été testées dans plusieurs études et bénéficient selon les auteurs d'une bonne validité d'utilisation.

Il existe une version française de cet auto-questionnaire qui a été traduite par Dupont et *al.* en 1999 et validée partiellement par Zimmermann et *al.*, certains indices de validité n'ayant pas encore fait l'objet d'une étude à part entière (57).

II.4 L'impulsivité et la psychopathie

Nous avons constaté précédemment qu'un grand nombre d'auteurs considéraient l'impulsivité comme une des caractéristiques principales de la construction psychopathique. On la retrouve d'ailleurs comme un item à part entière dans la *Psychopathy CheckList-Revised* de Hare (PCL-R) dans la sous-catégorie « Style de vie » du modèle à quatre facettes (71).

Le psychopathe est souvent décrit comme un individu impulsif qui utilise le passage à l'acte explosif lorsqu'il est dépassé par ses émotions qu'il ne réussit pas à exprimer autrement (17,30,40,42). L'impulsivité et le faible contrôle comportemental retrouvés chez le psychopathe seraient tous deux impliqués dans la survenue des comportements antisociaux et plus généralement, dans toute forme de violence ou d'agression réactive mais aussi préméditée, en association avec d'autres caractéristiques déjà évoquées telles que le manque d'empathie, le déficit émotionnel...

Cette association impulsivité-psychopathie influencerait également les comportements à risque, tels que la prise de substances augmentant de ce fait indirectement le risque de survenue de violence (20,24,40,69,71–75).

Pour Hare, le psychopathe est incapable de prendre le temps d'évaluer le rapport risques/bénéfices lors d'une action ou de considérer les conséquences possibles de son acte. Pourtant, la relation entre la psychopathie et l'impulsivité n'est pas si claire parmi tous les auteurs qui ont travaillé sur le sujet...(71).

Swogger *et al.* constataient dans leur étude sur les auteurs de violence conjugale que ceux ayant des caractéristiques psychopathiques étaient moins impulsifs au cours de leurs passages à l'acte violents que ceux n'en présentant pas. De plus, ils présentaient un score moins élevé à la sous-catégorie « Style de vie » de la PCL-R que ceux qui ne présentaient pas de traits psychopathiques, ce qui diffère des observations déjà réalisées (24).

Snowden et Gray évoquaient un lien pas si simple entre la psychopathie et l'impulsivité, qui dépendrait des différents aspects de la psychopathie et de l'impulsivité qui sont étudiés (40). En effet, l'individu à regard « reptilien » que nous avons décrit précédemment, calculateur, manipulateur, qui réussit à persuader autrui de ses bonnes intentions et qui agit avec sang-froid et de manière réfléchie ne correspond pas vraiment à l'image impulsive du psychopathe qui nous est donnée (2,19).

Et pourtant, l'impulsivité chez le psychopathe est quasiment devenue un mantra dans la littérature (75)...

Woodworth et Porter proposaient comme explication à ces différences de perceptions le fait que la psychopathie ne soit pas un concept unitaire et qu'il existe donc de ce fait une variété de psychopathes, certains impulsifs et d'autres non. Nous avons vu que le concept d'impulsivité n'était pas clair non plus, ce qui participe probablement également aux différences de perceptions (19). De plus, ils évoquaient la possibilité que les comportements qualifiés « d'impulsifs » chez le psychopathe ne soient pas des comportements survenant suite à une perte de contrôle pulsionnel ou reflétant l'incapacité à considérer les conséquences de l'acte mais une décision consciente du psychopathe d'agir après une rapide considération de la gravité des conséquences post-acte et donc à une non-inhibition consciente du comportement. Ainsi, le psychopathe ferait preuve d'impulsivité « sélective », ce qui expliquerait pourquoi il peut présenter dans certaines situations des réactions explosives et dans d'autres cas faire preuve d'une maîtrise totale de son comportement.

Woodworth et Porter rappelaient la tendance du psychopathe lors des passages à l'acte violents à conséquences graves à se maîtriser sur le plan comportemental, contrairement à des passages à l'acte à conséquences moins sévères où il pouvait faire preuve d'une réponse réactive (et donc plus impulsive), affirmant que le psychopathe possédait de grandes capacités à résister à certaines impulsions après évaluation rapide de la possibilité de conséquences graves (19).

De plus, nous avons évoqué parmi les hypothèses causales de l'impulsivité certains éléments qui sont communs à la psychopathie et qui favoriseraient la survenue de comportements impulsifs tels que la rigidité psychique empêchant l'adaptation des cognitions et donc induisant une incapacité à voir les alternatives possibles et à intégrer l'ensemble des informations, la difficulté à se projeter dans le futur et donc à planifier des buts personnels sur le long terme et à évaluer les conséquences des actions et la difficulté à différer la gratification d'une action, le psychopathe vivant dans l'immédiateté (58).

L'impulsivité est donc une notion qui reste mal définie et de fait, qui est difficile à évaluer et à mesurer. Les outils de mesure existants sont souvent des auto-questionnaires, qui laissent la possibilité d'un biais dans l'évaluation réalisée puisque certains patients manquent d'honnêteté lorsqu'ils y répondent. Il existe plusieurs hypothèses causales pouvant expliquer la survenue de manifestations impulsives mais aucune n'a pour le moment été validée par l'ensemble des auteurs.

De ce que nous avons observé à travers la littérature, la psychopathie est aussi un concept complexe et est mal définie. Le psychopathe présente des comportements impulsifs par moment mais peut aussi faire preuve de retenue dans certaines situations, d'où l'interrogation sur l'existence d'une impulsivité sélective. De plus, nous n'avons pas, pour le moment, connaissance des mécanismes à l'œuvre, ce qui rend difficile l'analyse de ces comportements et amène seulement à faire des suppositions. En ce qui concerne les passages à l'acte violents, il semblerait que le psychopathe n'agisse qu'après avoir considéré la gravité des conséquences, ce qui renvoie à l'interrogation déjà exprimée.

Nous allons tenter de répondre à cette interrogation en nous penchant plus précisément sur le passage à l'acte violent chez le sujet psychopathe.

III – VIOLENCE ET AGIR DANS LA PSYCHOPATHIE

Le passage à l'acte violent est un des comportements antisociaux qui caractérise la psychopathie (25,49,76–78). Malgré l'implication disproportionnée de cette population dans ce type d'acte, tous les individus psychopathes ne font pas preuve de violence au cours de leur vie. Il n'est pas non plus correct d'affirmer que tous les auteurs de violence souffrent de psychopathie, idée pourtant fréquemment retrouvée en population générale (79).

Les études ont montré que les passages à l'acte du psychopathe mettaient en jeu une violence qualifiée de prédatrice, préparée et calculée du début à la fin (10). Ce constat a poussé à s'intéresser à la notion d'Agir dans cette population spécifique, dans le but de comprendre quels étaient les mécanismes impliqués et le fonctionnement à l'œuvre et ainsi, proposer des stratégies d'intervention adaptées. Nous reviendrons sur la notion de violence prédatrice par la suite.

III.1 Quelques notions sur le concept d'Agir dans la psychopathie

III.1.1 Qu'est ce que l'Agir?

Archambault et Mormont définissaient l'Agir ou passage à l'acte comme un substitut à la parole manquante (impossible ou tue) ou comme une modalité de destruction d'une situation pénible (80). On retrouve une proximité avec la définition proposée par Gravier, qui voit l'Agir comme une forme de langage utilisée au cours d'une situation vécue et qui provoquerait un court-circuit permettant au sujet de passer de l'affect à l'acte, devenant ainsi l'unique voie de décharge de la tension interne perçue par le sujet (81). Ainsi, qu'il soit lié à une incapacité à tolérer la frustration, à une tendance à l'impulsivité, à un débordement pulsionnel ou à une non-prise en compte de la réalité, l'Agir conçu comme une décharge motrice ou une défaillance de la mentalisation n'a pas une seule et unique signification. Ey évoquait déjà en 1960 la possibilité qu'il existe plusieurs types d'Agir, reliés entre eux par des dénominateurs communs tels que l'antisocialité et l'impulsivité (81).

III.1.2 Et dans la Psychopathie?

Pour Balier, le psychopathe est un être construit tout en surface et en actes, qui présente une vision hostile du monde et qui est sujet à une excitation permanente, du fait de sa lutte continue avec une réalité perçue comme menaçante et alimentée par des déplacements projectifs.

Dans ce contexte, Jeammet évoque l'Agir comme un moyen de renverser ce que l'individu psychopathe craint de subir, permettant ainsi de reprendre la maîtrise qu'il a la sensation de perdre (4). Ainsi, la violence agie ferait suite à la peur d'une violence subie, réelle ou imaginaire, poussant le Moi psychopathique à vivre un sentiment de dépossession de lui-même, d'être dépassé par une force sur laquelle il n'a aucune maîtrise, amenant des affects tels que la honte ou la rage. Hochmann proposait un point de vue assez similaire en parlant de "maladie de la rencontre" chez ce type d'individu, où les seules armes et monnaies d'échange possibles face à autrui se trouvent être les manifestations comportementales, l'utilisation de la violence comme une tentative désespérée de prouver à l'autre son besoin d'exister (81). Cette violence amène à un rejet de l'individu par autrui et favorise la survenue de nouvelles manifestations comportementales (4). Le passage à l'acte survient alors en réponse à une situation vécue comme une intrusion ou effraction, perçue comme un rapproché émotionnel de celui qui est en face, menaçant l'identité de l'individu psychopathe. La violence permet alors une séparation brutale ainsi qu'un processus de différenciation d'avec l'autre, permettant ainsi de rétablir la frontière entre Soi et autrui sans qu'aucune confusion ne soit possible (4).

Nous avons précédemment évoqué l'approche psychodynamique du concept de psychopathie proposée par certains auteurs. Ceux-ci se sont interrogés sur le lien entre le développement des pulsions agressives chez le psychopathe et certains éléments psychopathologiques spécifiques associés à l'existence de carences et de défaillances parentales précoces.

Meloy faisait l'hypothèse que le développement psychopathique pourrait être en lien avec l'existence de carences d'intégration et de structurations modulées du Surmoi aussi appelées « pathologie du Surmoi » (35). Dans cette hypothèse, la structure du Soi grandiose retrouvée chez le psychopathe pourrait participer à la survenue d'épisodes de violence prédatrice. La haine perçue à l'égard de l'autre permettrait ce que Modell nomme le « blocage

affectif massif » dont le but serait de protéger cette structure en exprimant le droit à la survie de l'individu, amenant ce que Meloy qualifiait « d'absence de conscience morale » ou de « sérieuses défaillances dans le jugement moral » (2). La victime serait alors le prolongement conceptuel du Soi grandiose qui serait renforcé par le fantasme de répétition de la scène qui précède le passage à l'acte (35). L'acte de préméditation toucherait également cette conception, d'autant plus s'il attire l'attention des médias et provoque des réactions de peur et de fascination du public, renforçant ainsi le Soi surdimensionné de l'individu. Enfin, le sentiment de grandiosité pourrait jouer un rôle dans la diminution de la peur d'être appréhendé et d'avoir à faire face aux conséquences des actes perpétrés, poussant l'individu à croire que le but dans lequel est réalisé l'acte est atteignable (76).

Sur le plan parental, nous avons vu que ceux-ci possédaient un certain nombre de fonctions nécessaires au bon développement de l'individu et que lorsque ces dernières étaient défaillantes, le développement de l'individu se retrouvait impacté, amenant à des constructions psychiques plus ou moins instables. C'est le cas de la fonction parentale de pare-excitation qui participe à la genèse de l'appareil légal intrapsychique (respect des codes et des lois) et à la gestion des traumatismes psychiques. Sa défaillance favoriserait la survenue de comportements antisociaux, fréquemment retrouvés chez le psychopathe. De même, les défaillances parentales seraient responsables de la persistance d'une faille dans le développement du narcissisme primaire de l'individu et donc à une carence de l'estime de soi, amenant à une recherche continuelle de réparation par l'environnement, avec une incapacité à maîtriser les excitations secondaires à des situations nouvelles et le recours plus fréquent et récurrent à des interactions agressives et cruelles, dont le but ne serait pas d'éliminer une menace mais de gratifier certains désirs narcissiques pathognomoniques inconscients (16).

De même, l'échec d'internalisation de l'objet dans l'enfance ou "empreinte en creux" proposé par Meloy et Flavigny, associé également aux défaillances parentales, participerait au développement de ce type de pulsions, en association avec le vécu traumatique de l'individu, en amenant un défaut des identifications profondes et ainsi une perception de l'environnement comme quelque chose d'hostile et prédateur, favorisant à son encontre l'agressivité de l'individu dès l'enfance (35).

Les Agirs s'inscriraient alors dans un cortège symptomatique, composé d'autre part d'une angoisse diffuse, d'un ressenti de vide intérieur et d'une solitude importante, ensemble

qui renvoie à une dépression proche, de forme dysphorique, que le sujet psychopathe n'est pas en mesure d'affronter et qu'il ne peut évacuer qu'à travers des manifestations caractérielles et revendicatrices (81). Zagury avançait l'hypothèse que les actes commis au cours du passage à l'acte auraient partiellement valeur de matricide déplacé (55).

Dans un autre registre, certains auteurs ont fait l'hypothèse de l'existence d'une proximité entre psychopathie et psychose, que Zagury qualifiait de "sans délire".

Dans cette perspective, l'Agir surviendrait dans un contexte de perception brutale d'un vide intérieur épouvantable amenant une angoisse diffuse ("psychotique"), suivie d'un refus de ce ressenti insupportable et enfin d'une recherche explosive des limites, avec expulsion de l'émotion intense perçue au travers des mécanismes psychotiques, soulignant dans un même temps le risque de morcellement induit par la violence et auquel est soumis le sujet psychopathe (82). Le comportement du psychopathe serait alors une tentative d'endiguement de l'angoisse psychotique perçue, dans le but de fuir tout ce qui pourrait rappeler un vécu abandonnique mortifère (81,83,84).

III.2 Les facteurs de risque de violence, prédictifs d'un passage à l'acte violent futur

La violence est un problème social ubiquitaire et est la première cause de mortalité des 15-44 ans (78). Elle a un impact sur l'économie et la santé et amène des conséquences physiques et psychologiques qui peuvent être sévères (78). De ce fait, son étude a fait l'objet de nombreuses publications, certaines centrées sur l'établissement de facteurs de risque, en population générale mais aussi pour des populations spécifiques.

Il serait idéal de pouvoir prévenir la survenue de futurs comportements violents en listant le nombre de facteurs de risque présents, chose impossible du fait de l'existence de nombreux facteurs de risque entrant en jeu dans un tel passage à l'acte.

Nous proposons ici une revue rapide des facteurs de risque de violence retrouvés dans la psychopathie mais aussi en population générale, divisés en deux catégories : statiques et dynamiques.

III.2.1 Les facteurs de risque généraux

III.2.1.1 Individuels et historiques

Sur le plan socio-démographique, les individus jeunes (âge < 30 ans), de sexe masculin, célibataire, sans enfant et sans domicile sont plus à risque de violence. De même, un faible niveau socio-économique (milieu défavorisé, chômage, sans abri) et une situation scolaire complexe (échec scolaire, quotient intellectuel bas) sont des facteurs de risque de violence (85–88).

Concernant les facteurs historiques, ils ciblent l'enfance et l'adolescence avec les antécédents de violence agie ou subie, les antécédents de troubles des conduites souvent associés à une comorbidité addictive, le décès d'un proche, l'histoire criminelle et les dysfonctionnements familiaux (séparations, maltraitance, violence et abus de substances chez les parents, carences, placements, absence de cadre...) (29,39,79,89,90).

Les antécédents médico-légaux ciblent les antécédents de violence agie, les coups et blessures volontaires, les tentatives d'homicide, le nombre de condamnations antérieures et le type et la durée des sentences prononcées. Dans la psychopathie, les comportements de cruauté sadiques envers les animaux peuvent aiguiller (87–89).

III.2.1.2 L'existence de comorbidités

L'existence en parallèle d'un trouble psychotique tel que la schizophrénie majeure grandement le risque de passage à l'acte violent, surtout en cas de présence de symptômes positifs.

La comorbidité addictive favorise la survenue de violence de par son effet désinhibant mais n'est pas seule responsable d'un acte violent. Lundholm et *al.* évoquaient l'existence d'un effet "déclenchant" des substances dans la survenue des crimes violents (91). Le *National Institute of Justice* révélait en 1996 que 60% des sujets interpellés pour des comportements violents étaient testés positifs à au moins une substance illicite. Plus récemment, Richard-Devantoy et *al.* ont observé un risque de passage à l'acte homicide multiplié par 6 chez les sujets consommateurs de substances par rapport à la population générale (92,93).

L'association entre alcool et violence est bien établie mais l'abus de substances en général est associé avec un risque augmenté de comportement violent interpersonnel (4,23,79,85,86,89,91). Nous avons vu précédemment que c'était une comorbidité fréquemment associée à la psychopathie.

III.2.1.3 Facteurs contextuels

Ils concernent la vie quotidienne des individus et tout ce qui peut amener une perturbation : déménagement, divorce, séparation...

III.2.2 Les facteurs de risque spécifiques

III.2.2.1 La clinique

L'existence de symptômes psychiatriques positifs retrouvés dans les troubles délirants majore le risque de comportements violents, principalement la présence d'éléments persécutifs ou d'idées paranoïaques, associée à des émotions négatives (baisse de l'estime de soi, colère, désespoir) ou à une instabilité émotionnelle (39,85,94,95).

Certains traits de personnalité comme l'hostilité ou la rigidité favorisent également la survenue de violence (47,79,85).

Enfin, certains troubles de la personnalité favorisent la survenue d'épisodes de violence, c'est le cas principalement de la personnalité antisociale et de la personnalité psychopathique. En effet, certains traits psychopathiques tels que la grandiosité, l'intolérance à la frustration, le défaut d'empathie, la pauvreté du contrôle comportemental, l'absence d'anxiété ou l'impulsivité majorent le risque de passage à l'acte (29,76,79). Le degré de psychopathie jouerait également un rôle dans la survenue de ces épisodes : plus il serait élevé, plus le risque de violence serait important (68).

III.2.2.2 Autres facteurs

Le niveau d'*insight* est une notion discutée pour son rôle dans le passage à l'acte chez le psychopathe. Mais chez ces individus qui sont incapables de se remettre en question, il est possible que l'*insight* ait une action sur le comportement violent.

III.2.3 Les facteurs protecteurs

Certaines composantes humaines telles que l'empathie, la culpabilité ou le remord sont des facteurs protecteurs de violence (20).

Nous avons dressé là une liste non exhaustive des principaux facteurs de risque de violence. Il est cependant à noter qu'un comportement violent survient rarement en présence d'un seul facteur de risque et est souvent la somme de plusieurs facteurs co-existants.

III.3 Différents types d'agressivité et de violence

III.3.1 Généralités

Il est fréquent que la violence soit confondue avec l'agressivité dans la littérature. Pourtant, la différence entre ces deux notions est fondamentale : tout acte de violence est précédé d'une agressivité mais toute agressivité n'est pas automatiquement suivie d'un acte violent.

Meloy proposait comme définition de l'agressivité celle de Valzelli (1981) : *"l'agressivité est cette composante du comportement normal qui est libérée sous différentes formes liées au stimulus et orientées vers un but pour satisfaire les besoins vitaux ou pour éliminer ou maîtriser toute menace à l'intégrité physique et/ou psychologique, en contribuant à l'auto-conservation de soi et de l'espèce d'un organisme vivant, et qui, à l'exception de l'activité prédatrice, ne vise jamais la destruction de l'adversaire"*. On observe là les deux principes retrouvés dans la plupart des tentatives de définition de l'agressivité qui sont la conservation de l'homéostasie interne et la conservation de soi ou de l'espèce (35).

Concernant la définition de la violence, il proposait celle de Megargee (1976) pour qui la violence est un acte comportant certaines conséquences, se caractérisant par l'exercice manifeste de la force ou de la menace et susceptible d'entraîner un préjudice pour des personnes. La définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est "*l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence.*" L'homicide est la forme la plus sévère de comportement antisocial et violent qui existe, c'est aussi celle qui est la moins étudiée et la plus pauvrement comprise (19).

Bon nombre d'auteurs font état de deux types d'agressivité : affective/réactive et prédatrice/instrumentale. Ces deux types d'agressivité peuvent amener à des actions de violence, réactives ou prédatrices. Ils ne font pas intervenir les mêmes chemins neuroanatomiques ni les mêmes neurotransmetteurs (35,68).

III.3.2 Agressivité et violence affective

L'agressivité affective correspond à une manifestation d'agressivité qui est souvent décrite comme une manifestation d'irritation, inter-mâle, territoriale ou maternelle. C'est le comportement agressif le plus fréquent retrouvé chez les vertébrés. Chez l'Homme, il peut précéder ou faire suite à l'agressivité prédatrice (2). La violence affective survient en réponse à un *stimulus* perçu, interne ou externe, qui menace l'homéostasie de l'organisme sur le plan biologique et psychologique, son but étant de réduire ou éliminer la menace perçue afin de retrouver le plus rapidement possible un état d'homéostasie satisfaisant. Elle est conduite par l'émotion et l'impulsivité (25,28).

Sur le plan neurobiologique, l'agressivité affective implique le système nerveux autonome, plus précisément le système nerveux sympathique, également activé dans la réponse aiguë au stress. De ce fait, on peut observer certains indices comportementaux qui peuvent laisser supposer la survenue d'un passage à l'acte violent affectif tels que l'accélération de la fréquence respiratoire, la contraction musculaire, la dilatation pupillaire, l'accroissement de la transpiration, la prise de postures d'attaque ou de défense ou encore l'augmentation de la fréquence et de la sonorité des paroles (35). L'individu présente alors un

état d'hypervigilance diffuse à tous les *stimuli* de l'environnement externe, dans le but de déceler toute menace potentielle. Le passage à l'acte est annoncé par ce que Meloy appelle un "rituel public", qui qualifie les attitudes stéréotypées d'attaque et de défense, dont l'objectif est la réduction ou l'élimination de la menace perçue (2). Ce rituel comprend une exhibition publique qui a une fonction utilitaire : elle doit pouvoir être vue par l'objet menaçant et a pour but d'intimider ou d'humilier ce dernier par l'utilisation de gestes dégradants, d'un langage provocateur et obscène et la prise d'une posture la plus imposante possible (gonflement de la région thoracique, poings serrés...). Il n'est pas rare au cours d'un tel épisode que l'agressivité change de cible, l'hypervigilance facilitant le déplacement de la menace sur un autre objet réel qui peut être neutre ou inoffensif. En effet, il a été constaté que l'intrusion d'un tiers dans une situation d'escalade entre deux individus pouvait amener à l'agression de ce dernier, situation observée par exemple au cours de l'intervention des forces de l'ordre lors de violences domestiques.

Il existe une contiguïté temporelle étroite entre l'apparition de l'agressivité affective et la survenue du comportement violent. En effet, l'épisode dure de quelques secondes à quelques minutes suivant le niveau d'intensité de la stimulation sympathique. Par la suite, l'individu retrouve rapidement son calme après le passage à l'acte, ce qui est expliqué sur le plan neurobiologique par le fait que l'organisme n'est pas fait pour supporter une stimulation sympathique longue. La perturbation de l'homéostasie psychologique peut s'exprimer à travers une baisse de l'estime de soi ou une perturbation des affects, entraînant des sentiments de confusion, de peur, de colère ou d'angoisse intense qui peuvent être ressentis avant ou pendant le passage à l'acte violent affectif.

La menace déclenchante peut provenir d'un objet réel qui est perçu sur le plan sensoriel mais peut aussi être intrapsychique (percept d'objet) et éprouvé comme "non moi". Les manifestations cliniques de menaces internes les plus fréquemment retrouvées sont les hallucinations auditives ou verbales (35).

L'agressivité évoquée ici est essentiellement liée à l'excitation des affects et à leurs manifestations qui peuvent être perçues consciemment ou inconsciemment comme des émotions.

L'individu conscient dira s'être emporté, c'est à dire avoir été transporté par l'intensité de l'émotion jusqu'au passage à l'acte. Il est vrai que l'intensité des affects peut désinhiber le

contrôle pulsionnel à un tel degré que l'événement violent peut s'ensuivre d'un état de choc et d'incrédulité de l'auteur mais aussi des observateurs. Il est fréquent que l'individu perde contact avec la réalité le temps du passage à l'acte, vivant à ce moment une expérience psychotique temporaire. Un individu qui fait preuve de violence affective évoque rétrospectivement un état émotionnel intense, le plus souvent décrit comme de la colère ou de la peur (35). Suite au passage à l'acte violent affectif, l'individu peut ressentir un sentiment de culpabilité intense, des remords voire de la honte, ce qui amène à un état émotionnel de valence encore plus négative.

III.3.3 Agressivité et violence prédatrice

Dans le modèle animal, un "prédateur" est celui qui chasse l'autre dans le but de se procurer de la nourriture. On utilise le terme de "traque" pour décrire la phase de prédation silencieuse et discrète (35). Chez l'Homme, la violence prédatrice, qui peut faire suite à l'agressivité du même nom, est une violence froide ("de sang froid"), planifiée et préméditée. Elle est aussi nommée violence instrumentale afin de souligner son caractère utilitaire. Elle apparaît comme intentionnelle et est dirigée vers un but, conscient ou inconscient. En effet, il peut arriver que l'intention consciente soit érodée par des processus plus ou moins conscients, instinctuels et défensifs. C'est le type de violence qui est le plus retrouvé chez le psychopathe (72,96–99).

Sur le plan neurobiologique, les mécanismes impliqués dans ce type d'agressivité/violence sont très différents de ceux que nous avons évoqués précédemment dans l'agressivité réactive. Dans ce cas, le système nerveux autonome est peu, voire pas du tout stimulé et il n'est pas retrouvé d'hypervigilance sympathique, de vocalisations ou d'augmentation d'irritabilité chez l'individu observé. Par contre, on peut observer une vigilance sensorielle accrue, focalisée sur la fixation de l'attention et l'absence de distractibilité associée à une suppression sélective des autres afférences sensorielles. De plus, contrairement à l'acte violent affectif, la séquence comportementale n'est pas limitée dans le temps du fait de la non-implication du système sympathique. Le déclenchement et la fin du passage à l'acte ne sont physiologiquement limités que par la capacité de l'agresseur à infliger la violence, elle peut ainsi durer des années (35).

Les objectifs de ce type de violence sont multiples : la gratification de certains fantasmes de vengeance ou de réparation, le soulagement de pulsions compulsives, la gratification de désirs sadiques, l'exercice d'un contrôle omnipotent pour évacuer les introjects persécuteurs, le soulagement de symptômes psychotiques (délires paranoïdes, hallucinations) ou l'accomplissement d'injonctions hallucinatoires, l'atténuation des affects de jalousie ou d'envie qui sont pathognomoniques du trouble de la personnalité narcissique, la satisfaction des perversions...(35).

Contrairement à la violence affective, elle n'est pas déclenchée par une menace perçue (ou alors une menace minimale) et s'applique sans déplacement de la cible puisque celle-ci est une représentation sensori-perceptive d'objet ou de percepts d'objet. L'auteur choisit sa victime, le moment et l'intensité de la violence, qualifiant parfois le comportement violent comme nécessaire. Il est à l'origine de l'impulsion motrice qui le fait entrer en contact physique avec sa victime. Il peut arriver cependant que le processus prédateur soit éteint par les aléas rencontrés. L'intention de ce type de passage à l'acte peut être alimentée par la perception d'un besoin d'exercer une maîtrise omnipotente sur la victime en utilisant la manipulation ou la tromperie à ses fins.

L'étude clinique de ce type de violence a permis de mettre en avant un accroissement de l'estime de soi au cours de l'acte, la violence amenant un sentiment de confiance et d'expansivité à son auteur.

Nous avons évoqué séparément la violence affective et la violence prédatrice. Cependant, celles-ci peuvent se retrouver toutes les deux au cours d'une même séquence ou se succéder l'une à l'autre. L'individu, plongé dans un épisode explosif de violence affective peut changer de mode de violence et agir de manière prédatrice une fois la stimulation sympathique diminuée. Ce changement de mode peut également survenir lorsque l'individu tente d'auto-gratifier ses pulsions sadiques en utilisant la souffrance déjà existante de la victime, en y ajoutant une douleur psychologique ou physique supplémentaire (99).

Figure 1 : Comparaison des violences affectives et prédatrices

	Violence affective	Violence prédatrice
Activité neurobiologique	Intense excitation sympathique du système nerveux autonome	Peu ou pas d'excitation du système nerveux autonome
Émotions	Excitation émotionnelle accrue	Absence d'émotions conscientes
Type de violence	Réactionnelle et immédiate	Planifiée et intentionnelle
Impulsivité	Oui	Non
Existence de menace	Perception intérieurement et extérieurement	Absence ou menace minimale
But	Réduction ou élimination de la menace	Multidéterminés et variables
Déplacement de la cible de l'agressivité	Rapide	Minime ou absent
Séquence comportementale	Limitée dans le temps	Illimitée dans le temps
Caractéristique	Précédée par un rituel public	Précédée ou suivie par un rituel privé
Dimensions	Principalement affective	Principalement conato-cognitive
Vigilance sensorielle	Accrue et diffuse	Accrue et focalisée sur la cible
Réalité	Perte possible de l'épreuve de réalité	Épreuve de réalité non altérée
Estime de soi	Diminution	Augmentation

Inspiré des critères de comparaison des modalités d'agressivité et de violence affectives et prédatrices, p 206, Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique de Meloy, 2015

III.3.4 La violence observée chez le psychopathe

Les études réalisées ont montré que les psychopathes différaient qualitativement des autres auteurs de violence dans la nature même de la violence utilisée et auraient plutôt tendance à être responsables d'actes violents prédateurs/instrumentaux (19,20,25,45,68,72,76,78,90,96,97,99–102).

Dans leur étude sur les criminels psychopathes et leurs victimes, Williamson et *al.* retrouvaient que seulement 2,4% des individus psychopathes avaient expérimenté au moment de leur passage à l'acte une excitation émotionnelle (jalousie, rage, colère...) comparé à 31,7% des individus non-psychopathes (96). Ils montreraient également une plus grande tendance à

utiliser les menaces et les armes que les auteurs de violence non-psychopathes et prendraient un plaisir sadique à utiliser une violence gratuite et souvent excessive (19,97).

Meloy et Glenn et Raine se montraient quant à eux plus modérés et évoquaient la co-existence de passages à l'acte affectifs, impliquant des émotions, et prédateurs, dénués d'émotions, dans cette population (2,99). La notion d'impulsivité "sélective" irait dans ce sens, l'individu décidant, après une analyse rapide et consciente de la situation, d'inhiber ou non son comportement violent impulsif (et réactif) selon la gravité des conséquences du passage à l'acte violent (prison à perpétuité, peine de mort...). Dans ce cas, l'acte violent impulsif serait inhibé et pourrait se transformer en passage à l'acte prémédité dans un but de vengeance (19,24,103,104).

Nous avons vu que chez l'individu psychopathe, le processus psychopathique se perpétuait à cause de son incapacité à surmonter un état de déplaisir et à refouler un affect déplaisant, conduisant ainsi le sujet à expérimenter un vécu de colère diffuse puisqu'il ne peut se référer à des expériences apaisantes du fait de la pauvreté de ses identifications et de son défaut d'attachement.

Du fait des dysfonctionnements affectifs et de l'attachement dont il souffre, le psychopathe ne peut comprendre la portée émotionnelle des mots et reste dans la confusion lorsqu'il s'agit d'analyser la nature et la qualité de ses propres émotions. Il s'ensuit alors une incapacité à vivre des émotions qui supposeraient de prendre en compte l'autre et donc une absence d'identification empathique avec la victime ne permettant pas d'interférer avec le passage à l'acte et d'en dissuader l'individu (18,19,35,68). L'engagement du psychopathe dans la violence instrumentale serait aussi en lien avec l'interprétation de la détresse émotionnelle de la victime comme aversive et l'absence de peur des conséquences négatives et de la sanction encourue (98,99).

Pour Hart, il existerait trois mécanismes différents qui pourraient expliquer le lien constaté entre psychopathie et violence (105) : le premier mécanisme serait de type cognitif, le psychopathe étant plus à même de présenter des cognitions antisociales (pensées, fantasmes, pulsions) qui le mèneraient à percevoir l'acte comme un moyen d'obtenir une récompense. Le deuxième mécanisme serait en lien avec le déficit affectif retrouvé chez ces individus où certains affects inhibiteurs tels que la culpabilité, la peur ou l'empathie sont

absents. Enfin, le troisième mécanisme serait de type comportemental, le psychopathe souffrant d'une impulsivité prononcée qui l'amènerait à commettre des actions violentes sans réflexion préalable, donnant ainsi lieu à un fonctionnement social défaillant.

Selon Meloy, le processus psychopathique en lui-même serait assez adapté à la prédation du fait de l'hyporéactivité du système autonome des individus qui en souffrent et qui ainsi prédisposerait, précipiterait et perpétuerait la violence prédatrice. De même, l'organisation des défenses psychiques du psychopathe renforcerait le clivage ou la distanciation de l'affect au cours de l'épisode de prédation, induisant l'absence d'émotions conscientes et contribuant ainsi au sentiment d'exaltation et de jouissance dédaigneuse ressenti lors de la traque, avant même tout contact physique avec la victime. Enfin, la méfiance et l'agressivité du psychopathe à l'égard des autres, perçus comme malveillants, seraient renforcées par sa crainte d'être lui-même victime de prédation (35).

Certains auteurs ont centré leurs recherches sur le lien existant entre le type de violence et le score total de psychopathie mesuré par la PCL-R ainsi que les sous-scores mesurés selon le modèle à deux facteurs de la PCL-R. Ils s'accordent à dire que le score de psychopathie serait plus élevé chez les individus ayant commis des violences prédatrices (24,25,48,68,72,99,106). Concernant les sous-scores, plusieurs hypothèses sont ressorties de ces études. Pour certains, un score élevé aux caractéristiques interpersonnelles et affectives prédirait une probabilité augmentée d'agression non provoquée et de passages à l'acte instrumentaux. Cette hypothèse est cohérente dans le sens où le score élevé dans ces caractéristiques est lié au manque de remords et d'empathie, à l'échec d'assumer ses actes et à la superficialité des émotions (19,48,76,103,104). Pour d'autres, l'utilisation de la violence prédatrice serait plus en lien avec un score élevé pour les caractéristiques comportementales et antisociales regroupées sous le facteur 2 de la PCL-R (composante antisociale) (20,72,107).

Lors d'un tel passage à l'acte, les motivations de l'individu psychopathe sont souvent questionnées. Hare évoquait parmi celles-ci la vengeance, l'avarice, la colère, la rétribution et le motif pécuniaire (100). Williamson et *al.* (1987) retrouvaient dans leur étude que 45,2% des crimes violents perpétrés par les individus psychopathes étaient motivés par un gain matériel ou de revanche contre 14,6% pour les individus non-psychopathes (96). Mais qu'en est-il pour la moitié restante ?

Nous avons évoqué précédemment l'absence fréquente de menace extérieure perçue lors du passage à l'acte violent prédateur ou la nature minime de celle-ci. Dans ce cas, comment pourrait se justifier l'utilisation d'une telle violence à l'encontre d'autrui qui ne montre pas de signe de menace ?

L'hypothèse a été faite que le processus psychopathique pourrait amener l'individu à percevoir, à défaut d'une menace extérieure, une menace intrapsychique qu'il projetterait alors sur les autres, le passage à l'acte survenant donc en réponse à cette menace projetée et pouvant être précipité par des facteurs favorisants tels que la vengeance ou le gain pécuniaire.

Le psychopathe éprouve des envies envers les bons aspects de l'autre, ce qui peut aboutir à des réactions par agression envers tout ce qui est perçu par l'individu comme un acte de bonté, avec comme but la diminution des sentiments engendrés vécus comme insupportables (2). La déshumanisation de la victime facilite alors le passage à l'acte en empêchant toute culpabilité et autorisant un certain sadisme (108).

La recherche de sensations qui caractérise les individus psychopathes pourrait également être une motivation de passage à l'acte, comme pour la prise de substances, majorant ainsi la grandiosité déjà surdimensionnée (18,98,109).

Enfin, certains auteurs évoquaient la possibilité de motivations sadiques et de recherche de plaisir dans le passage à l'acte du psychopathe, de même que l'assouvissement des désirs de pouvoir qui caractérisent ces individus (18,48,98,110).

Dans les faits, Meloy rapporte l'existence chez le psychopathe d'un "rituel privé" (en opposition au rituel public retrouvé dans la violence affective) dont le but est de gratifier certains désirs narcissiques pathognomoniques qui sont généralement inconscients (35). Le passage à l'acte prédateur est préparé en amont, avec sélection par l'individu d'objets, de vêtements, de bijoux, d'armes insolites ou autres à caractère symbolique, cette préparation majorant le sentiment perçu de grandiosité et revitalisant ainsi les fantasmes inconscients d'omnipotence, d'omniscience, d'inaffabilité et d'immortalité. Ce rituel peut aussi inclure la prise de substances psychoactives, souvent psychostimulantes, augmentant elles aussi le sentiment de grandiosité et d'omnipotence.

Il est souvent motivé par deux facteurs. Tout d'abord, l'individu tente de mettre en acte ses fantasmes sadiques répétés auparavant avec une victime imaginaire, ce qui réhausse dans un premier temps le sentiment de grandiosité et la sensation de contrôle omnipotent à travers l'humiliation et la dégradation de la victime. Le deuxième facteur, quant à lui, motive le

comportement ritualisé observé pendant ou après les violences, le but étant la satisfaction d'un désir sarcastique de tourner en dérision les personnes qui vont découvrir la victime, en l'occurrence les figures d'autorité (principalement les forces de l'ordre).

Suite au passage à l'acte, le rituel se poursuit, l'auteur tentant de dissimuler délibérément les significations symboliques de son acte.

Lorsqu'on évoque avec le psychopathe son passage à l'acte prédateur, celui-ci rapporte rétrospectivement une absence d'émotion consciente. Il arrive cependant qu'il expérimente des émotions, décrites alors comme un sentiment d'exaltation perçu en pré-violence, lors de la traque de la victime par exemple. Le témoignage de Théodore Bundy illustre cet état émotionnel :

"Le fantasme qui accompagne et génère l'anticipation qui précède le crime est toujours stimulant que les suites immédiates du crime lui-même."

Dans les suites du passage à l'acte, il n'est pas retrouvé de culpabilité intense chez l'individu psychopathe mais plutôt une période de dysphorie aiguë et de rage narcissique, affects associés à la structure grandiose du Soi, particulièrement quand l'individu est contenu immédiatement par une incarcération ou une hospitalisation. L'individu peut exprimer des remords de son acte mais cette démonstration reste le plus souvent un acte d'imitation qui s'inscrit dans la recherche d'un bénéfice personnel. S'il est confronté à son acte, celui-ci peut même exprimer une indignation vertueuse et un dédain profond envers l'investigateur (35).

Nous avons surtout jusqu'à maintenant abordé le passage à l'acte prédateur dans cette population. Meloy rappelait cependant que le psychopathe pouvait également exprimer de la violence affective, en corrélation avec le degré de violence éprouvé dans l'enfance mais aussi avec l'angoisse d'annihilation secondaire qui se retrouve encapsulée dans la structure grandiose du Soi (35). Cette angoisse peut alors s'exprimer sous la forme d'une rage, dont le but serait de blesser et contrôler l'introject maternel plutôt que de le détruire, celui-ci étant momentanément projeté sur l'objet victimisé. De plus, certains traits qui caractérisent l'individu psychopathe sont plutôt reliés à l'agressivité réactive : c'est le cas des émotions négatives (colère et estime de soi basse par exemple), de l'intolérance à la frustration ou de l'impulsivité. Ces traits peuvent ainsi faciliter le recours à la violence réactive, en réponse à une provocation ou menace perçue réelle ou fictive (19,20,74,90,98).

La prise de substances psychoactives peut elle aussi favoriser le passage à l'acte affectif, désinhibant l'individu et augmentant son impulsivité (4,90).

Suite à un passage à l'acte réactif, il n'est pas rare que le psychopathe commette délibérément par la suite des actes de violence prédatrice, dans le but de dissimuler les véritables motifs de la violence dont il a fait preuve.

Nous avons tenté, à travers cette revue de littérature, de dresser un profil type de violence perpétrée par le psychopathe. L'ensemble des actes de violence sont répréhensibles par la loi et du fait de leurs fréquents passages à l'acte, les psychopathes sont souvent confrontés à la Justice. De ce fait, la partie suivante se penchera plus précisément sur la judiciarisation du passage à l'acte violent chez le psychopathe.

IV- PSYCHOPATHIE ET SYSTÈME JUDICIAIRE

La psychopathie a un impact négatif sur la société en général car elle est souvent reliée à la criminalité et à la violence et se montre assez résistante à toute prise en charge, médicale ou judiciaire (6,19,23,28,48,51,100,107,111–113). Les premiers contacts avec le système judiciaire surviennent précocement dans cette population, au moment où apparaissent les premiers comportements antisociaux, qui contrairement à l'idée populaire véhiculée, ne sont pas majoritairement des crimes violents ou sexuels (114,115). Il faut garder en tête qu'il existe encore peu de littérature sur le sujet et qu'il y a un nombre non négligeable d'individus psychopathes qui ne rencontrent jamais le système judiciaire et ne sont donc pas comptabilisés dans les statistiques (116).

IV.1 Psychopathie et criminalité

Comparée à une population criminelle non-psychopathe, la population psychopathe commettrait un nombre disproportionné de crimes violents, soit entre 30 et 50% de l'ensemble des violences observées c'est à dire deux fois plus que le reste de la population, et à un degré plus important (78,96). Ces observations vont dans le même sens que les études de Pham, Blackburn et Coid et Dolan et Doyle qui retrouvaient des corrélations entre score total de psychopathie (mesuré par la PCL-R) et nombre total de condamnations ainsi qu'entre score élevé de psychopathie et nombre plus élevé de crimes violents et non violents par rapport à des scores plus modérés (23,73,117).

Du fait de cette violence importante, la population psychopathe est régulièrement amenée à être en contact avec le système judiciaire, ce qui explique sa présence récurrente au sein des établissements correctionnels et de santé (6,17,23,24,34,49,96,100,107,114,116,118). Leur présence en établissements de santé s'explique par une psychiatriation des comportements violents qui amène ces individus à être hospitalisés sous contrainte à la demande d'un représentant de l'Etat au motif de leur dangerosité pour les autres ou pour eux-même (94). Concernant leur présence fréquente en établissements de détention, elle est directement liée aux comportements antisociaux exprimés par ces individus. En effet, les psychopathes représenteraient 20 à 25% de la population totale carcérale (9,78). Ils

présenteraient plus de comportements violents et agressifs que les autres détenus de sexe masculin, causant de grandes difficultés au sein des établissements pénitentiaires (34,96).

Pour Gravier, ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces individus sont trop inadaptés pour jouer le jeu de l'institution pénitentiaire et trop au fait des règles et de la manière de les pervertir pour se comporter de manière optimale (119).

Enfin, il a été constaté que lors de leur incarcération, les psychopathes utilisaient différemment leurs traits antisociaux, ce qui leur permettait d'entretenir de meilleures relations sociales avec les autres en s'adaptant d'une certaine manière à eux et de bénéficier ainsi d'une meilleure qualité de vie au sein de la détention, donnant alors aux observateurs extérieurs l'impression d'avoir réalisé un changement comportemental complet et d'avoir entamé un processus de resocialisation pourtant inexistant à l'extérieur (6,46).

IV.2 Criminalité et fonctionnement psychopathique

Selon Hare, la criminalité des psychopathes aurait un lien direct avec le fonctionnement psychopathique en lui-même, qui amène l'individu à briser les règles et lois sociétales d'une Humanité dont il se sent émotionnellement déconnecté (100). Ainsi, certains traits de la personnalité qui caractérisent le psychopathe seraient significativement impliqués dans la survenue de comportements criminels, tels que l'égoцентриté, le sentiment de grandiosité, l'impulsivité, le manque général d'inhibition comportementale ou le besoin de pouvoir et de contrôle (45,47,71). Ainsi, les comportements asociaux et antisociaux persistent au cours de la vie de l'individu mais évoluent selon son âge, avec une influence sur le type d'action et la fréquence, ce que les cliniciens surnomment « psychopathie vieillissante » (105). En effet, en population criminelle générale, les activités illégales en tout genre décroissent légèrement au cours du temps. Mais les constats réalisés sont différents concernant la psychopathie.

Chez le psychopathe, la fréquence et la variété de ces activités semblent augmenter jusqu'à l'âge approximatif de 40 ans puis déclinent par la suite, sans pour autant disparaître complètement (23,44,48,49,100,114). Ce déclin toucherait principalement les comportements

violents, l'individu continuant d'être condamné pour d'autres formes d'activités illégales du fait de la persistance de son comportement dans l'antisocialité et l'immoralité (6,44).

L'explication de cette observation reste floue à l'heure actuelle.

Pour certains auteurs, il existerait un lien entre l'évolution constatée et le processus de maturation de l'individu ainsi qu'avec le développement par celui-ci de stratégies d'évitement après constat que le futur serait complexe sans changements radicaux (44).

Pour d'autres, la baisse de la criminalité violente ne serait pas liée à un changement dans le fonctionnement de la personnalité psychopathique qui resterait stable, mais au déclin de certains traits de personnalité comme l'impulsivité associé à la persistance d'autres traits tels que la manipulation ou le mensonge pathologique (23,46).

IV.3 Le passage à l'acte ou phase criminelle

IV.3.1 Les caractéristiques des actions violentes

Un certain nombre d'auteurs se sont intéressés au sujet mais il n'est pas aisé d'obtenir un échantillon de psychopathes qui acceptent de revenir sur leurs actes dans un but de recherche (45). De plus, concernant les passages à l'acte homicides, les possibilités de recherche scientifique française et internationale sont limitées du fait de la difficulté à réunir l'ensemble des informations nécessaires à l'inclusion des auteurs (dossier pénal, observations cliniques...) en vue d'obtenir des résultats valides et significatifs (39). Nous avons tout de même tenté de synthétiser les différentes données existantes sur le sujet.

Comme nous l'avons dit précédemment, les psychopathes ne commettent pas que des crimes violents ou sexuels (114). Cependant, ce sont principalement ces passages à l'acte là qui sont médiatisés et s'inscrivent dans l'idée populaire de la psychopathie.

Du fait de notre sujet de travail, nous choisirons de nous concentrer sur les passages à l'acte violents, plus particulièrement sur le passage à l'acte homicide qui est la forme la plus sévère de conduite antisociale qui existe mais aussi la moins étudiée et la plus pauvrement comprise (19).

IV.3.2 Caractéristiques générales des actions violentes

Les études réalisées ont montré que les psychopathes différaient qualitativement des autres criminels dans la nature de leur violence et dans leur choix de victimes, la violence étant plutôt de type instrumentale (utilitaire) et les victimes se trouvant être le plus souvent des hommes inconnus (48,96,100,115). Ce dernier point pourrait s'expliquer par le fait que les lieux fréquentés par les psychopathes sont plutôt de fréquentation masculine et passants, tels que les bars, où la consommation d'alcool amène une certaine désinhibition pouvant faciliter le passage à l'acte (96). Nous avons vu précédemment qu'il était rare que l'individu psychopathe commette des crimes sous l'emprise d'une excitation émotionnelle intense mais pas impossible (99). Enfin, il a été constaté que les passages à l'acte violents du psychopathe survenaient souvent sous l'emprise de substances, licites ou illicites (91).

IV.3.3 Homicides et psychopathie

Le passage à l'acte homicide ne serait pas si fréquent en population psychopathe (34,49,96). Cependant, lorsqu'il survient, il comporte un plus haut niveau de violences sadiques et gratuites que l'homicide commis par un individu non-psychopathe (acte de torture et de barbarie, acharnement, recel de cadavre...), d'où sa grande médiatisation et l'effroi provoqué en la population générale (110). L'étude de Porter et *al.* sur le sujet retrouvait que 82,4% des homicides commis par les individus psychopathes interrogés présentaient des éléments de violence sadiques et gratuits contre 52,6% des auteurs non-psychopathes, avec un plus haut degré d'intensité (110).

Dans la population psychopathe, ce type de passage à l'acte serait plus fréquemment de nature instrumentale (au moins 90%), en opposition aux individus non-psychopathes qui seraient plutôt dans le passage à l'acte homicide passionnel (19,96). Il n'est bien sûr pas exclu que selon son schéma d'impulsivité, le psychopathe violent puisse commettre un homicide spontané et réactif. Woodworth et Porter, qui ont réalisé la première étude analysant spécifiquement la relation entre la psychopathie et la violence homicide, trouvaient que 93,3% des homicides commis par des psychopathes étaient de nature prédatrice comparé à 48,4% des homicides commis par des non-psychopathes (19). De leur côté, Williamson et *al.*

retrouvaient que seulement 9,5% des homicides perpétrés par des psychopathes le seraient en réponse à une provocation, menant donc à une nature réactive (96).

De plus, dans leur travail, Woodworth et Porter proposaient l'utilisation d'une classification des homicides dans le but de mieux repérer la nature des passages à l'acte en population psychopathe, selon quatre catégories : purement réactif, principalement réactif, principalement instrumental et purement instrumental (19). Ils retrouvaient dans la population cible seulement 6,7% d'homicides purement réactifs, 0% d'homicides principalement réactifs, 33,3% d'homicides principalement instrumentaux avec présence d'éléments de réactivité laissant donc une majorité d'homicides purement instrumentaux soit 60%. *A contrario*, en population non-psychopathe, ils retrouvaient 71,8% d'homicides purement ou principalement réactifs et seulement 10,3% d'homicides principalement instrumentaux avec présence d'éléments de réactivité, donnant un total de 82,1% d'homicides réactifs.

Une des hypothèses proposée pour expliquer le faible taux d'homicides de nature réactive observé dans la population psychopathe est celle de l'existence d'une impulsivité « sélective », que nous avons déjà développée auparavant, et qui rappelons-le permettrait au psychopathe d'inhiber son comportement violent et de retarder sa vengeance s'il évalue que les conséquences sont trop délétères pour sa personne. Ce type d'impulsivité n'apparaîtrait d'ailleurs que lors de violences homicides car c'est le seul type de violence où les enjeux sont vraiment élevés (peine de mort, perpétuité...) (19,98). Rappelons également comme caractéristique du passage à l'acte homicide prémédité dans la psychopathie l'existence de ce que Meloy appelait « rituel privé », que nous avons développé un peu plus tôt dans notre travail et qui serait spécifique (35).

Des hypothèses ont été faites pour expliquer les raisons de la nature instrumentale de la violence homicide dans cette population spécifique. L'empathie, couplée à la préoccupation pour autrui, serait dissuasive de l'engagement dans la violence instrumentale en général et donc dans la violence homicide instrumentale, qualité qui manque au psychopathe. De même, le manque ou l'absence de remords ainsi que le déficit émotionnel retrouvés chez ce type d'individus pourraient expliquer également la nature prédatrice retrouvée dans la violence homicide psychopathe (Woodworth et Porter, 2002).

IV.4 La phase post-criminelle

Nous venons d'évoquer les spécificités de passage à l'acte violent de l'individu psychopathe et la nature de la violence perpétrée. Mais qu'en est-il de la phase post-criminelle ? Il n'existe que peu d'études qui ont recherché l'existence de spécificités comportementales en population psychopathe dans les suites d'un passage à l'acte homicide.

Concernant la scène de crime homicide, le psychopathe aurait moins tendance à appeler les secours ou les forces de l'ordre que les autres auteurs d'homicide et quitterait donc plus souvent les lieux du crime en laissant peu d'indices derrière lui du fait du caractère prémédité et planifié de son passage à l'acte (87,115). Le Bihan et Bénézech faisaient l'hypothèse d'un lien entre le fait de quitter les lieux sans appeler les secours ni laisser d'indices et l'irresponsabilité et le déficit affectif présentés par les individus concernés (87). Il peut aussi arriver que l'individu se présente de lui-même aux autorités par la suite, dans le but d'éviter d'être considéré comme un suspect et de modérer la gravité de son crime ou d'influencer le déroulement de l'enquête en cours, dans un but purement stratégique. Cette stratégie se retrouverait surtout dans les cas de psychopathie sévère (115).

Enfin, comme vu plus tôt, le psychopathe a tendance à être dans le déni des charges contre lui ou à clamer la légitime défense comme motif primaire de son passage à l'acte homicide, invoquant une situation provocante et hostile pour sa personne, dans le but d'amener des circonstances atténuantes en sa faveur (87,103,104,115).

Au final, la psychopathie amène des passages à l'acte violents dont les caractéristiques sont différentes de celles retrouvées en population générale criminelle, la principale différence étant la nature même de la violence utilisée mais également le rituel de passage à l'acte. Les comportements post-crimes apparaissent différents également mais restent non spécifiques.

IV.5 La confrontation entre psychopathe et système judiciaire

IV.5.1 Usage de la manipulation et de la tromperie dans une recherche de bénéfices secondaires

Nous avons vu précédemment que le psychopathe utilisait tous les moyens à sa disposition pour atteindre son but et obtenir ce qu'il désire. De même, il est adepte du mensonge et cherche à minimiser les raisons instrumentales de son passage à l'acte dans le but d'éviter sa responsabilité et ainsi une sanction trop lourde (41,45). Ceci amène donc un comportement type que le psychopathe réalise lorsqu'il se trouve face à l'institution judiciaire.

IV.5.1.1 Manipulation du système judiciaire et bénéfices secondaires

Dès lors que l'existence d'un trouble psychopathe est énoncée, la justice pénale a tendance à se montrer réactive et à condamner plus lourdement les individus concernés (116,119).

Nous avons vu que la manipulation d'autrui faisait partie des caractéristiques du psychopathe et avait comme but de servir ses propres intérêts. Le système judiciaire ne fait pas exception... En effet, il n'est pas rare que le psychopathe utilise ce type de capacité dans le contexte médico-légal, dans le but d'obtenir une sentence réduite par rapport aux faits reprochés et de déstabiliser les intervenants qu'il a face à lui, tournant ainsi les entretiens en jeu de l'esprit ou « *head game* » (100,115).

IV.5.1.2 Narration des faits

La narration des faits est un des moments où il est possible de percevoir le détachement émotionnel qui caractérise le psychopathe, à travers le langage et la conjugaison passée des verbes utilisés (120).

Un grand nombre d'auteurs se sont interrogés sur la crédibilité des propos auto-rapportés par le psychopathe sur la nature de son passage à l'acte et ses motivations réelles, les

violences spontanées étant accompagnées de peines plus légères pouvant motiver une modulation de la vérité afin d'éviter tout détail incriminant (120).

Dans cette perspective de doute, Porter et Woodworth ont mené une étude comparant, dans des cas d'homicides, la version du psychopathe et la description officielle des actions violentes, afin de voir si l'instrumentalité de l'acte était minimisée et si des détails majeurs manquaient (45). Celle-ci a permis de mettre en évidence l'existence d'une certaine satisfaction à la préparation et à la perpétration de l'acte homicide ainsi qu'à la tromperie de l'investigateur par mensonge chez ces individus dans le but de se disculper (irresponsabilité) mais également dans des situations où ils ne pouvaient attendre aucun bénéfice puisqu'ils étaient tous condamnés et savaient que les données recueillies seraient anonymisées. Un grand nombre de détails importants était ainsi omis et la réactivité du passage à l'acte était exagérée, avec altération des détails dans les descriptions des faits, à un plus haut niveau chez les auteurs psychopathes qui continuaient de crier au crime passionnel même après des années d'incarcération (41,45,103).

Ce récit pourrait aussi avoir une fonction supplémentaire pour certains individus qui l'enrichissent d'un grand nombre de détails, l'hypothèse de certains auteurs étant la possibilité pour le psychopathe de revivre la scène homicide avec jouissance, la potentielle fonction auto-exculpatrice du récit ainsi que l'intimidation qu'il peut provoquer auprès des autres (45).

IV.5.1.3 Comportements au cours des entretiens

Les entretiens réalisés avec les différents intervenants judiciaires et médicaux ne sont pas simples car ces derniers doivent composer avec les traits grandioses et égocentriques de l'individu assis face à eux, adepte de la dissimulation, de l'obscurcissement et de l'attribution de la faute à des forces externes (41). La désinvolture et le charisme propres au psychopathe font apparaître aux yeux des intervenants le psychopathe comme quelqu'un de crédible dans ses propos et compliant à l'entretien, celui-ci simulant une préoccupation qui est en réalité inexistante et utilisant de fausses manifestations émotionnelles tel un masque qui laisserait apparaître empathie et remords, cris et pleurs, dans une quête de bénéfices secondaires telles que des sanctions allégées voire une conclusion d'innocence (41,120). L'individu psychopathe se décrit alors comme une personne « normale », poussée à réaliser un acte criminel par des mesures désespérées et des circonstances incontrôlées (109).

Le détachement émotionnel et l'absence de culpabilité et d'empathie transparaissent également à travers le récit d'événements dérangeants que l'individu raconte de manière décontractée, qui a pour but final de déstabiliser les différents intervenants qu'il rencontre (41,100).

Ted Bundy disait à ce propos :

« Je ne me sens coupable de rien. Je me sens désolé pour les gens qui ressentent de la culpabilité ».

Dans ce contexte, il n'est pas rare que les intervenants expriment de l'étonnement ou de la perplexité face à ce type d'individu qui semble dans une incompréhension totale des conséquences de ses actions, pour lui-même ou pour autrui, et une impossibilité d'identifier la douleur émotionnelle causée aux victimes et à leurs familles (115,120). De même, l'utilisation pathologique du mensonge et de la tromperie dans tous les domaines questionne : pourquoi mentir sur tout, même sur ce qui est insignifiant ? (41).

Lorsque les investigateurs questionnent le récit ou les ressentis exprimés par le psychopathe tels que la culpabilité ou les remords, la prise de conscience de l'échec de ses stratégies de simulation provoque chez l'individu une frustration et l'amène à se montrer moins enclin à participer à l'entretien et à répondre de façon plus agressive et impulsive car il ne peut expliquer des émotions qu'il est incapable de ressentir. Ces réponses plus impulsives sont souvent plus authentiques que l'intégralité du discours exprimé auparavant (41,120).

Enfin, un autre comportement de manipulation que nous n'avons pas encore abordé est celui de l'intimidation physique qui permet de prendre l'ascendant sur celui qui mène l'entretien, de manière prédatrice, ce que faisait Charles Manson par exemple en contournant la table de la salle d'interrogatoire, envahissant ainsi l'espace personnel de l'investigateur, avant de retourner s'asseoir à sa place (41).

Au final, la manipulation et le mensonge pathologique représentent un défi majeur dans la recherche de la vérité judiciaire car ils apportent une inconsistance des éléments anamnestiques auto-rapportés ainsi que des incohérences dans la version des faits reprochés et un réel écart entre les faits reconnus et les délits établis (10,46).

Ainsi, il semble nécessaire pour toute personne intervenant auprès d'individus psychopathes de pouvoir bénéficier au préalable de formations spécifiques dans le but

d'apprendre des techniques de communication efficaces pour pouvoir se connecter à ces individus et mener des entretiens sans faille car ces derniers n'hésitent pas à s'engouffrer dans la moindre brèche qui leur est présentée, tel le manque d'assurance de l'investigateur par exemple (10,41,46).

IV.5.2 Conséquences judiciaires de la manipulation et de la tromperie

IV.5.2.1 Généralités

De par leur modulation de la vérité et leurs comportements, les psychopathes réussiraient plus souvent leurs demandes de renvoi en appel, leur permettant de changer d'instance judiciaire et potentiellement d'être acquittés. Ainsi, aux États-Unis, les charges retenues à leur encontre se traiteraient plutôt en Haute Cour, voire Cour Suprême contrairement aux autres criminels (115).

Il y aurait également des bénéfices sur les durées d'incarcération qui seraient plus courtes : les psychopathes seraient libérés 2,5 fois plus tôt que les délinquants et criminels non-psychopathes malgré la multiplicité de leurs comportements délictueux et criminels (10,11).

IV.5.2.2 Effet sur la responsabilité légale

La notion de responsabilité légale est présente dans toute affaire judiciaire car elle pèse un poids important dans les suites judiciaires pour l'individu concerné (libération, incarcération, hospitalisation...). C'est pour cela que le système judiciaire missionne des experts dont la tâche n'est ni plus ni moins que d'évaluer cette responsabilité au moment des faits, mais aussi le niveau de dangerosité que présente l'individu pour les autres (116).

Aux yeux de la justice nord-américaine, un individu qui ne comprend pas la moralité et n'a pas de conscience ou de capacité d'empathie ne peut être motivé à respecter la loi que par crainte de la sanction, afin de lui faire intégrer les conséquences auxquelles il s'expose. On ne peut appliquer ceci aux psychopathes puisqu'ils ne comprennent pas la sanction qui fait suite à l'acte (9).

La question de la responsabilité légale se pose donc pour la psychopathie. Nous avons vu jusqu'à maintenant qu'il s'agissait d'un trouble sévère de la personnalité mais qu'il n'était pas considéré comme une maladie mentale et n'apparaissait pas dans les classifications internationales actuelles. Pourtant, il peut représenter un plus grand handicap pour celui qui en est atteint que certaines maladies mentales. De ce fait, le psychopathe peut-il bénéficier d'une mesure d'irresponsabilité ou d'une reconnaissance de modification du discernement au même titre que certains troubles mentaux délirants ? (9).

Actuellement, la psychopathie, même sévère, n'est pas un motif d'irresponsabilité et serait même plutôt considérée comme un facteur criminel aggravant (9).

Aux yeux de la loi, ces individus possèdent des capacités rationnelles et comprennent les règles et les conséquences du non-respect de celles-ci, prenant même un malin plaisir à y contrevenir. De plus, l'aspect prédateur des passages à l'acte psychopathiques montrent la capacité de ces individus à contrôler leurs impulsions et à agir de façon intentionnelle (9). Ainsi, le psychopathe est trop au fait des règles et de la manière de les pervertir pour être susceptible d'être considéré comme ayant perdu son discernement (119). Un des exemples de perversion de règles que l'on peut citer est la simulation d'être atteint d'un trouble mental dans le but d'obtenir des bénéfices secondaires, par exemple une irresponsabilisation, qui amènerait à une libération plus rapide, bénéfice attendu (115).

Les psychopathes restent donc pour le moment responsables de leurs actes et bénéficient rarement d'une mesure d'irresponsabilisation ou de modification de leur discernement (9).

IV.6 Le respect du suivi judiciaire après libération chez les auteurs de violence psychopathes

Les auteurs de violence qui présentent des scores élevés de psychopathie feraient preuve de performances plus pauvres dans le respect de leur libération conditionnelle et auraient plus de difficultés à y adhérer, rencontrant donc plus de suspensions de probation que les auteurs non-psychopathes (11,30,121).

Ils passeraient ainsi moins de jours à l'extérieur avant la révocation de leur liberté conditionnelle, deux fois moins selon certains auteurs (11,115).

Dans son étude réalisée sur une période de 3 ans, Hare constatait que seulement 20% de la population psychopathe étudiée profitait encore de sa libération conditionnelle, comparé à 75% de la population non-psychopathe étudiée (6).

Mais le fonctionnement antisocial de l'individu reste présent et il est fréquent qu'un premier contact avec le système judiciaire soit suivi d'un deuxième, ce qui nous amène vers la notion de récidive.

IV.7 La récidive

La récidive criminelle est une préoccupation ancienne qui était déjà retrouvée dans le droit romain. Elle se définit par la persévération du sujet dans la délinquance et l'existence d'une dangerosité accrue qui entraînent une aggravation des peines dans l'ensemble des textes répressifs. Dans le Code Pénal français, la récidive s'évoque quand une personne physique ou morale commet une deuxième infraction similaire dans les conditions prévues par la loi, après avoir été condamnée définitivement pour une première infraction (87). Il est à noter que cette définition ne s'applique pas aux auteurs d'homicides reconnus irresponsables pour des troubles mentaux car ils ne sont pas condamnés en première instance puisque irresponsabilisés (87). Mais comme nous l'avons évoqué précédemment, la psychopathie fait très rarement partie des troubles qui motivent une mesure d'irresponsabilité pénale (9).

Dans cette perspective, un certain nombre de facteurs de risques généraux et spécifiques de récidive ont été étudiés, principalement à court et moyen termes (79). Mais la plupart de ces études présentent des biais méthodologiques, plus particulièrement pour celles qui touchent à la récidive violente, du fait que tous les auteurs de comportements violents ne sont pas interpellés ou condamnés, amenant donc la non prise en compte d'un certain nombre de passages à l'acte dans les analyses statistiques, et donc à une sous-estimation de la récidive (122).

La psychopathie est un des plus fort prédicteur de récidive générale et violente chez l'individu qui en souffre (18,21,24,28,29,51,90,107,116,122,123). Sur le plan de la récidive violente, 80% des auteurs de violence psychopathes commettraient de nouvelles violences par la suite (29). Ces chiffres alarmants ont fait s'interroger les chercheurs sur les moyens de

prévention à mettre en place pour limiter ce risque de récidive, parmi ceux-ci la prise en charge médicale de ces individus souffrant d'un trouble sévère de la personnalité. Nous développerons par la suite cette idée et regarderons ce que la littérature a constaté sur son efficacité.

IV.7.1 Récidive générale

En général, la récidive surviendrait plus précocement en population psychopathe qu'en population non-psychopathe (79,107). De plus, le risque de récidive déjà existant dans cette population spécifique serait majoré chez les individus ayant un score élevé de psychopathie mesuré par la PCL-R comparé à ceux ayant un score plus modéré (48).

La présence de certains traits caractéristiques de la psychopathie aurait une plus grande influence dans la prédiction de la récidive générale tels que l'impulsivité et les traits antisociaux (47,51).

IV.7.2 Récidive violente

Chez le psychopathe, la récidive violente serait directement en lien avec certains traits de personnalité spécifiques, principalement les traits antisociaux, d'impulsivité et interpersonnels (grandiosité, manipulation, charme) (51,76).

Ainsi, les individus psychopathes seraient quatre fois plus enclin à récidiver de manière violente dans leur première année post-libération que leurs homologues non-psychopathes et ainsi 2 à 5 fois plus réincarcérés (48,103,107). Dans cette même idée, Hemphill retrouvait, dans son étude de 1991 sur la récidive des individus psychopathes dans les suites d'une prise en charge en communauté thérapeutique, que 83% de la population psychopathe étudiée étaient de nouveau condamnés dans l'année suivant la libération comparé à 42% de la population non-psychopathe étudiée, soit deux fois plus de nouvelles condamnations, résultats retrouvés également par Grann et *al.* en population suédoise (18,89). À plus long terme, les individus psychopathes seraient 5 fois plus engagés dans la récidive violente dans les 5 ans suivant leur libération que les individus non-psychopathes (124).

Quelques caractéristiques ressortent entre premier et deuxième passage à l'acte dans cette population : la récidive surviendrait dans le même département que le passage à l'acte précédent, sur une victime de même sexe et avec un comportement post-criminel superposable, pour un motif du même ordre et avec utilisation de la même catégorie de moyen principal de crime (87).

IV.7.3 Évaluation du risque de récidive

La prédiction du risque de récidive d'un individu ou d'une population est depuis longtemps l'objet de recherches tant du côté psychiatrique que judiciaire. Ces recherches ont permis la construction d'outils efficaces facilement utilisables dans l'évaluation de ce risque, permettant ainsi l'identification et la gestion des individus à risque de comportements agressifs et criminels (125). Il faut toutefois intégrer qu'on ne peut prédire à 100% ce type de risque, ce qui amène une grande controverse sur la notion de prédiction et peut entraîner des dérives. Un individu pour lequel on mesure un fort risque de récidive ne passera pas nécessairement à l'acte mais du fait de notre évaluation, doit-on adopter des mesures drastiques en prévention de ce passage à l'acte qui n'est pas encore survenu, de type incarcération préventive ? Ce questionnement reste actuel et a été illustré à plusieurs reprises à travers le 6ème et le 7ème Art, par exemple dans la nouvelle de Philip K. Dick *The Minority Report*, paru en 1956 et adapté au cinéma par Steven Spielberg en 2002 (74,126,127). Ainsi, les procédures d'évaluation devraient toujours inclure des décisions cliniques structurées basées sur certains critères spécifiques mais aussi une évaluation des facteurs dynamiques de l'individu dans le but d'être les plus complètes possibles et pour limiter au maximum tout biais et toute dérive (74).

Actuellement, il existe nombre d'outils qui sont utilisés pour évaluer le risque de récidive d'un individu ; parmi ceux-ci les instruments actuariels qui sont présentés comme une méthode d'évaluation objective. Dans la psychopathie, la littérature a mis en évidence deux outils principaux reconnus pour leur bonne évaluation du risque de récidive de violence : la PCL-R de Hare, échelle actuarielle, plus spécifique du trouble, et la Historical Clinical and Risk Management – 20 (HCR-20), plus générale, qui prend la forme d'un entretien semi-structuré (74,100).

Concernant la HCR-20, celle-ci a montré une bonne validité prédictive dans les études prospectives observant les futurs comportements violents en population criminelle et délinquante et permet une évaluation de la dangerosité de l'individu (122).

Concernant la PCL-R, celle-ci a également montré une bonne validité pour prédire la récurrence des comportements antisociaux, car elle tient compte des éléments historiques de l'individu et mesure les traits de la personnalité psychopathe comme l'impulsivité, l'irresponsabilité, le manque d'empathie (105). Le score obtenu permettrait ainsi de prédire de manière satisfaisante la récurrence générale de l'individu psychopathe et la récurrence violente, plus que les autres échelles actuarielles (18,48,111,124,128). Dans l'étude de Grann *et al.* de 1999, le score obtenu à la PCL-R était le meilleur prédicteur de récurrence violente dans les 2 ans suivant la libération dans la population suédoise d'auteurs de violence souffrant d'un trouble de la personnalité étudiée (89). Il serait aussi valide pour prédire le risque de récurrence en population carcérale (18).

IV.8 Prise en charge de l'individu pour prévenir la récurrence

La psychopathie est vue depuis très longtemps comme un trouble incurable sur le plan médical, entraînant le pessimisme des chercheurs sur l'efficacité des traitements proposés, traitements qui seraient plus iatrogéniques qu'autre chose et entraîneraient plus de récurrence (2,15,23,26,30,116,118,123,129). D'Silva *et al.* se montraient quant à eux plus modérés, rappelant le nombre trop faible d'études et d'éléments pour conclure dans l'absolu à une réponse négative aux traitements pour tous les psychopathes sévères (130). Sur le plan judiciaire, on a également pu constater un manque d'efficacité de la répression et des réponses judiciaires qui sont faites actuellement (23).

Ainsi, l'idée populaire serait que les psychopathes ne répondent pas aux traitements habituels, voire même que leur état s'aggrave lorsqu'ils sont pris en charge : « *therapy may make [psychopaths] worse* » (100). Kernberg évoquait en 1998 un très mauvais pronostic dans cette population et avançait que le rôle des soignants devait surtout être la protection de la famille, du thérapeute et de la société.

En parallèle, cette population spécifique est rarement en demande de soins, excepté lorsqu'elle peut en tirer des bénéfices secondaires, car elle est constituée d'individus trop révoltés et trop

dans l'agir pour pouvoir se tourner vers l'autre et demander de l'aide (119). Les caractéristiques interpersonnelles et affectives qui caractérisent le psychopathe résistent au temps et aux interventions thérapeutiques, empêchant la mise en place d'une alliance de qualité avec le thérapeute et donc la compliance aux soins, et rendent l'introspection difficile (26,29,46,119,131).

Pourtant, des bénéfices comportementaux ont été observés chez les psychopathes pris en charge, à condition qu'un cadre thérapeutique solide et rigoureux soit mis en place dès le début. Sans parler de guérison du trouble, on a remarqué qu'un accompagnement dans la modulation de certains comportements ou traits de la personnalité psychopathe pouvait diminuer le risque de récurrence (2).

Ainsi, un certain nombre d'auteurs se sont penchés sur la question dans le but de faire ressortir des éléments thérapeutiques utilisables et efficaces pour ces individus en grande souffrance, dont le premier pas serait le repérage et la mise en place d'une prise en charge précoce (4,23,129).

Nous allons tenter de résumer par la suite les données de la littérature traitant des différents moyens de prise en charge qui ont été testés et étudiés par les chercheurs, avec plus ou moins d'efficacité, et qui peuvent être répartis en trois catégories : psychothérapies, communautés thérapeutiques et pharmacothérapies.

IV.8.1 Sur le plan psychothérapeutique

Il existe assez peu d'études détaillant les différentes prises en charge thérapeutiques qui ont été testées dans la psychopathie et celles-ci n'ont pas permis de mettre en évidence l'efficacité absolue d'une prise en charge psychothérapeutique efficace (23,78).

Il semblerait cependant que certaines stratégies psychothérapeutiques soient des pistes intéressantes qui permettraient la diminution de certains traits psychopathiques (antisociaux principalement) et donc une réduction des risques, tels que les thérapies rationnelles, les thérapies orientées sur l'action, le psychodrame, les entretiens motivationnels et d'auto-régulation (réflexion avant réponse) ou la restructuration cognitive (129,132,133). Dans cette idée, Wong et Hare proposaient en 2005 des *guidelines* reprenant les stratégies efficaces dans

l'auto-gestion comportementale afin que le psychopathe puisse avoir un mode de vie plus social et ainsi prévenir la récidive.

Ce sont donc les psychothérapies individuelles intensives et rigoureuses qui seraient les plus efficaces à l'heure actuelle dans la prévention du risque de récidive dans la psychopathie, à raison de quatre séances hebdomadaires, associées après une durée minimale d'un an à une psychothérapie groupale, avec un bénéfice observé à intégrer la famille à la prise en charge (3,78,86,129). Skeem et *al.* retrouvaient que seulement 8% des psychopathes inclus dans leur étude et qui avaient bénéficié de plusieurs interventions thérapeutiques au cours des 10 premières semaines après la sortie de l'hôpital avaient été violents dans les dix semaines suivantes, comparé à 24% des psychopathes qui n'avaient bénéficié de moins d'interventions dans le même temps (26). Une prise en charge intensive de ce type implique nécessairement un investissement des soignants (26).

Parmi tous les types de psychothérapies étudiés, on retrouverait une amélioration chez 86% des sujets psychopathes suite à une prise en charge associant thérapie cognitivo-comportementale et techniques d'*insight*, 62% suite à une thérapie cognitivo-comportementale et 59% suite à une thérapie psychodynamique axée sur la compréhension des facteurs inconscients à l'œuvre (2,3,129).

Nous avons évoqué tout d'abord les stratégies qui pourraient être efficaces dans la prise en charge des individus psychopathes et dans la réduction du risque de récidive. Mais il existe d'autres types ou outils de psychothérapies qui n'ont pas fait leur preuve voire qui sont fortement déconseillées. C'est le cas des thérapies analytiques qui seraient contre-indiquées du fait de leur dangerosité (131). Les thérapies familiales seraient également déconseillées, le psychopathe utilisant les éléments apportés par le thérapeute ou la famille au cours des sessions pour blesser ou manipuler les autres membres (2). Les techniques d'apprentissage de gestion de la colère (*anger management*) seraient inefficaces quant à elles du fait que la violence soit liée aux traits interpersonnels de la psychopathie (25,134).

IV.8.2 Les communautés thérapeutiques

La prise en charge de l'individu psychopathe au sein de communautés thérapeutiques ne fait pas l'unanimité parmi les auteurs.

Plusieurs études ont été réalisées sur l'efficacité de ce type de prise en charge auprès d'individus psychopathes et non-psychopathes, où le but de réaliser un travail sur la perception des sentiments et une meilleure lecture de l'autre, une meilleure compréhension de la perspective d'autrui et du langage émotionnel, une adaptation des actions dans la vie quotidienne et un décalage dans le temps des gratifications.

Les résultats sont assez différents pour les deux populations. On a retrouvé une réelle efficacité de ce type de programme sur la réduction du risque de récidive violente dans la population non-psychopathe (111,118,135). En effet, dans leur étude, Rice *et al.* constataient dans la population non-psychopathe une récidive chez 22% des individus traités comparé à 39% des individus non traités (111).

Ça n'est pas le cas pour la population psychopathe pour laquelle on observe un effet paradoxal. Il a été constaté que la prise en charge au sein d'une communauté thérapeutique d'individus psychopathes ne modifiait en rien le risque de récidive, voire même augmentait le risque de récidive violente, comparé aux individus psychopathes non traités, ce qui irait plutôt dans le sens d'une contre-indication de ce type de prise en charge pour cette population spécifique (111,118,131,135). Salekin qualifiait ce type de programme « d'outil le moins efficace dans le traitement de la psychopathie », avec un taux de réussite de seulement 25% (129). Rice *et al.*, quant à eux, retrouvaient dans leur population psychopathe étudiée une récidive chez 77% des psychopathes traités comparé à une récidive chez 55% des psychopathes non traités (111). Cette augmentation du risque de récidive pourrait être expliquée par la possibilité pour le psychopathe au sein de ce type de communauté d'augmenter ses capacités de manipulation et d'exploitation de l'autre ainsi que d'acquérir de nouvelles techniques dans la réalisation de passages à l'acte violents (23,111).

IV.8.3 Sur le plan pharmacologique

La littérature est assez pauvre concernant la pharmacothérapie dans la psychopathie et les résultats restent décevants (23,131). On a cependant constaté que certains médicaments pouvaient soulager l'agressivité et diminuer le risque de violence de l'individu (2). La pharmacothérapie aurait donc sa place dans la prise en charge, dans le traitement des symptômes antisociaux, en phase aiguë mais aussi en phase chronique, couplée bien entendu à un traitement psychothérapique. Fillieux et Godfroid évoquaient dans cette perspective l'utilisation des benzodiazépines ou des antipsychotiques à faible posologie (chlorpromazine, halopéridol ou pimozide) en phase aiguë pour leur action sur les comportements antisociaux et impulsifs et l'utilisation d'antidépresseurs sérotoninergiques (fluoxétine, sertraline, citalopram) en phase chronique qui serait la seule classe au long cours à répondre aux exigences de facilité d'utilisation et de sécurité d'emploi requises, contrairement aux anti-épileptiques thymorégulateurs et au lithium (131).

Concernant l'utilisation de benzodiazépines dans cette population, l'idée est assez controversée du fait du risque secondaire de dépendance mais aussi du fait de la désinhibition qu'elle peut engendrer chez des individus déjà impulsifs. Concernant le type d'antidépresseur évoqué, les auteurs justifiaient leur proposition par la relation entre impulsivité et diminution du fonctionnement sérotoninergique central qui expliquerait l'efficacité de ces derniers et permettrait d'atténuer les comportements agressifs et impulsifs sur le long terme (131).

Les anti-épileptiques et le lithium quant à eux auraient une bonne action sur l'impulsivité et l'agressivité mais le risque d'intoxication accidentelle ou volontaire en cas de non-compliance au traitement chez ces individus avec qui il est difficile de tisser une alliance et le manque de littérature sur le sujet doivent amener une grande prudence chez le thérapeute.

IV.8.4 La prise en charge des comorbidités

Nous avons jusqu'à présent évoqué les traitements directs de la psychopathie mais certaines mesures indirectes peuvent aussi agir sur le trouble. Nous avons vu que les troubles liés à l'usage de substances étaient fréquents dans la psychopathie, ce qui entraîne une diminution de l'efficacité des traitements déjà évoqués et augmente le risque de récurrence générale et violente (23).

De même, lorsque la psychopathie est associée à une autre pathologie mentale, par exemple la schizophrénie, il est fréquent que la prise en charge du trouble mental améliore l'organisation psychopathique (2).

De ce fait, les comorbidités doivent être prises en charge au même titre que la personnalité psychopathique dans un but de prise en charge globale de l'individu et de diminution du risque de récurrence.

IV.8.5 Quelques spécificités sur la prise en charge en milieu carcéral

En milieu carcéral, la prise en charge de l'individu psychopathe et souvent plus compliquée qu'à l'extérieur du fait de l'action directe de l'individu psychopathe mais également du fait du fonctionnement pénitentiaire en tant que tel (136). De ce fait, le cadre de prise en charge instauré doit être suffisamment solide et articulé avec l'établissement pénitentiaire et le travail réalisé doit se faire en équipe et en réseau (119).

Le thérapeute se retrouve néanmoins face à de nombreuses contraintes bien connues de ceux qui travaillent en milieu carcéral telles que les relations avec l'administration pénitentiaire, la gestion du temps qui échappe aux psychiatres (transferts, non venues...), l'espacement des consultations, les impératifs de sécurité, les mouvements dans l'établissement, le manque de conditions matérielles et la pauvreté des équipements et ressources humaines (136).

Les difficultés rencontrées du fait de l'individu sont tout autre : du fait du fonctionnement psychopathique, la condamnation n'est pas vécue comme méritée ou annule le sentiment de culpabilité et la réalité du délit. L'individu ne voit donc pas la nécessité de réaliser des soins, mettant ainsi en échec les relations avec l'équipe soignante et les personnels du ministère de la Justice (136).

IV.8.6 Les limites de la prise en charge

Les soins psychiatriques peuvent donc participer à la diminution du risque de récurrence dans la psychopathie à condition qu'ils soient adaptés à cette population spécifique, associant psychothérapie et pharmacothérapie, débutés le plus précocement possible et réalisés dans un

cadre thérapeutique contenant et avec des conditions de sécurité adaptées pour éviter tout risque pour les thérapeutes (2).

Nous avons vu que certaines formes de psychothérapies n'étaient pas efficaces dans la prise en charge de la psychopathie et qu'elles pouvaient même avoir l'effet paradoxal d'augmenter le risque de récurrence de l'individu (communauté thérapeutique, psychothérapie analytique...) mais que d'autres l'étaient, à condition qu'elles soient réalisées de façon intensive et qu'elles soient axées sur des stratégies de gestion comportementale qui puissent permettre à l'individu psychopathe de se resocialiser. Meloy évoquait tout de même cinq contre-indications à toute forme de traitement dans cette population spécifique, parmi lesquelles on retrouve une histoire de vie riche en conduites sadiques et violentes, une absence totale de remords, un écart franc du degré d'intelligence, l'absence d'expérience d'attachement dans l'histoire de vie et le ressenti par le clinicien expérimenté d'une crainte de prédation par le patient même si celui-ci n'a pas eu ouvertement un comportement menaçant à son encontre (2).

Jusqu'à maintenant, nous avons surtout abordé les difficultés de prise en charge liées à l'individu mais il ne faut pas oublier les difficultés qui peuvent aussi se présenter du fait du thérapeute qui, s'il ne maîtrise pas son contre-transfert et les réactions que celui-ci peut amener, peut aussi être délétère dans la relation avec le psychopathe et le cadre mis en place : c'est le cas du nihilisme thérapeutique, des réactions de rejet de l'individu ou de la peur que celui-ci engendre (2). De ce fait et pour que le déroulement de la prise en charge soit optimale et efficace, les professionnels de santé doivent être soutenus et le travail en équipe et en réseau doit être une priorité (4).

PARTIE II : ÉTUDE CLINIQUE
PRÉALABLE

I- PRESENTATION DE L'ETUDE

I.1 Objectifs de l'étude

I.1.1 Objectifs principaux

Les objectifs principaux sont les suivants :

- étudier le degré d'impulsivité chez des individus psychopathes incarcérés suite à un passage à l'acte violent
- comparer le degré d'impulsivité au degré de psychopathie et à l'intensité des violences

I.1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- étudier l'incidence du degré de psychopathie sur l'intensité du passage à l'acte violent
- étudier l'incidence de la prise de toxiques sur le passage à l'acte violent chez le psychopathe
- mettre en évidence les éléments cliniques, socio-démographiques et criminologiques précédant le passage à l'acte dans la psychopathie
- dégager des éléments exploitables dans la prévention du passage à l'acte violent dans la psychopathie
- isoler des éléments pratiques dans la prise en charge spécifique des individus psychopathes, tant à l'hôpital qu'en milieu carcéral où cette population est très représentée
- mettre en évidence des éléments concernant le risque de récurrence générale et violente
- débiter une discussion sur les améliorations possibles dans la prise en charge des auteurs de violences psychopathes dans l'idée de limiter le risque de récurrence

I.2 Critères d'évaluation

I.2.1 Critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal que nous avons choisi dans le but de répondre à notre hypothèse est le suivant : score d'impulsivité obtenu au questionnaire d'Impulsivité, d'Aventurisme et d'Empathie de Eysenck.

I.2.2 Critères d'évaluation secondaires

Les critères d'évaluation secondaires choisis pour répondre à notre hypothèse sont les suivants :

- score obtenu à l'échelle PCL-R
- évaluation du risque de passage à l'acte violent et de récurrence violente par l'HCR-20
- gravité des violences selon les sanctions prévues à leur encontre par le Code Pénal français

II- MATÉRIEL ET MÉTHODES

II.1 Schéma de l'étude et population étudiée

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle, unicentrique, de faible cohorte, non contrôlée et non randomisée.

Le travail que nous proposons dans le cadre de cette thèse est une étude préalable.

Elle s'étend sur une période de 8 mois, d'octobre 2016 à mai 2017 et devrait permettre d'obtenir un échantillon de patients minimum. Elle est réalisée en relation avec le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) du Centre Pénitentiaire de Poitiers-Vivonne, Champ des Grolles - RD742, 86370 Vivonne. Son but est de préciser les objectifs et de tester les outils d'évaluation sur un petit échantillon de patients pour évaluer la faisabilité de l'étude à plus grande échelle. Nous espérons que malgré sa petite taille, cet échantillon nous permette de dégager un certain nombre d'éléments significatifs.

Une grille de recueil de données a été établie à partir des données de la littérature concernant les auteurs de violence et la psychopathie. Les données sont recueillies à partir d'entretiens oraux uniques avec les sujets inclus, au cours desquels ils doivent répondre à des questions sur leur biographie et sur le passage à l'acte violent qui a motivé leur incarcération puis compléter le questionnaire d'Impulsivité, d'Aventurisme et d'Empathie de Eysenck. L'entretien nous permet également de réaliser la cotation des échelles PCL-R et HCR-20 pour chaque sujet.

Dans l'idée d'une étude à l'échelle nationale, le but serait que chaque équipe de SMPR puisse recueillir un grand nombre de données au cours d'un entretien unique en suivant le plan de la grille de recueil et les transmettre pour analyse.

Dans le but d'arriver à une valeur scientifique de qualité, il sera nécessaire par la suite d'augmenter la taille de l'échantillon étudié, ce qui ne sera possible qu'en multipliant les centres d'inclusion et en prolongeant la durée de l'étude sur plusieurs années, du fait de la difficulté à rencontrer, au sein du milieu carcéral, cette population spécifique qui reste à l'écart de soins.

II.2 Inclusion des patients

II.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de notre population sont les suivants :

- individu de sexe masculin
- majeur (âge \geq 18 ans)
- diagnostiqué au cours l'entretien d'accueil des entrants réalisé par les médecins psychiatres du Centre Pénitentiaire
- psychopathie selon les critères DSM-5 du trouble de la personnalité psychopathique
- auteurs de violence physique sur un ou plusieurs tiers
- incarcéré pour ce motif
- suivi par le SMPR du Centre Pénitentiaire Poitiers-Vivonne
- période d'inclusion entre le 1er septembre 2016 et le 31 mai 2017
- prévenu ou condamné

II.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion retenus pour cette étude sont les suivants :

- individu de sexe féminin
- mineur (âge $<$ 18 ans)
- individu souffrant d'un trouble mental caractérisé
- incarcéré pour un autre motif que passage à l'acte violent hétéro-agressif
- infraction à caractère sexuel
- mesure de protection en cours

II.3 Présentation de la grille de lecture

Nous avons élaboré, à partir des données de la littérature concernant les auteurs de violences et la psychopathie, une grille de recueil de données dans le but de recueillir

l'ensemble des données nécessaires auprès des patients inclus afin de nous permettre de répondre aux objectifs de notre étude.

Le questionnaire comporte 71 items répartis en 6 axes (Annexe) :

- Les données socio-démographiques

La littérature a permis d'identifier des facteurs de risque de violence dont certains correspondent à des éléments socio-démographiques. Nous nous sommes donc intéressés à la description socio-démographique des sujets en renseignant des informations générales telles que l'âge au moment de l'entretien, la situation socio-professionnelle avant le passage à l'acte violent, la situation familiale et maritale, la présence ou non d'enfant et le niveau d'acquisition scolaire. Ces données sont utiles pour évaluer l'insertion sociale et professionnelle ainsi que la situation affective du sujet. Nous avons également recherché la présence d'éléments faisant évoquer une situation de précarité qui, selon la littérature, est aussi un facteur de risque de violence.

- Les événements de vie des individus

Certains événements de vie sont considérés dans la littérature comme des facteurs de risque de violence. Dans cette partie, nous nous sommes intéressés à la survenue d'événements de vie pouvant amener un fort retentissement émotionnel au cours de la vie des sujets, tels qu'un éloignement du milieu familial, le décès d'un proche mais aussi les antécédents de maltraitances et de vécu de violences à caractère sexuel.

- Les antécédents médicaux, psychiatriques et addictologiques

Nous nous sommes intéressés dans cette partie aux antécédents médicaux, psychiatriques et addictologiques personnels des sujets mais également aux antécédents familiaux qui sont là aussi considérés par la littérature comme des facteurs de risque de violence. Nous avons recherché l'existence de suivi psychiatrique, d'hospitalisation en psychiatrie ou en structure spécialisée, de traitements psychotropes et d'antécédents de

tentative de suicide dans le but de connaître l'état psychologique de l'individu dans la phase précédant le passage à l'acte. Nous avons également recherché l'existence de comportements addictifs qui sont reconnus dans la littérature comme des facteurs pouvant précipiter la violence.

- Les antécédents judiciaires et médico-légaux

Dans cette partie, nous avons renseigné les différents antécédents judiciaires des sujets ainsi que leurs conséquences lorsqu'ils étaient judiciairisés. Ces éléments sont indispensables afin de comprendre le contexte de survenue du passage à l'acte violent et sont également considérés comme des facteurs de risque de violence. Nous nous sommes donc intéressés aux antécédents de violence agie, à leur contexte et à leur fréquence, mais également aux autres antécédents délictueux et criminels. Nous avons également recherché l'existence d'incarcérations antérieures et de mesures de privation ou de limitation de liberté autres. Concernant les antécédents médico-légaux, nous avons interrogé principalement l'existence de mesures judiciaires de soins telles que les obligations et les injonctions de soins mais également les antécédents de suivi au SMPR dans le but de connaître la nature des prises en charge dont le sujet a pu bénéficier.

- Les éléments concernant le passage à l'acte violent

Nous avons choisi de diviser ce cinquième axe en quatre sous-parties devant le nombre important de données à recueillir.

- La phase pré-criminelle

Dans cette sous-partie, nous nous sommes intéressés à la phase qui précède le passage à l'acte violent en recherchant des éléments qui auraient pu précipiter l'acte de violence mais aussi des signes annonciateurs d'un acte violent imminent. Nous avons renseigné l'âge du patient au moment des faits, l'état du suivi psychiatrique, l'existence de menaces préalables ainsi que d'éléments déclencheurs du passage à l'acte. Enfin, nous avons recherché l'existence d'une consommation de toxiques contemporaine du passage à l'acte, considérée par la littérature comme un facteur précipitant de violence.

○ La phase criminelle

Dans cette sous-partie, nous avons renseigné le type de violence employé lors du passage à l'acte ainsi que le motif de celui-ci, la présence ou non de complicité, le type d'arme utilisé, le lieu des faits, le moment de la journée et l'existence au moment des violences de symptômes psychiatriques aigus chez l'auteur des violences.

L'ensemble de ces éléments permet de replacer le contexte de survenue des violences.

Enfin, nous avons renseigné le profil des victimes ainsi que les conséquences du passage à l'acte pour elles, ce qui apporte des éléments sur l'intentionnalité et la sévérité du passage à l'acte violent.

Lors de la survenue de violence, il est important de connaître les relations qui peuvent exister entre la victime et l'auteur des violences et qui peuvent avoir une incidence sur le type et l'intensité des violences perpétrées.

○ La phase post-criminelle

Dans cette sous-partie, nous nous sommes intéressés à la phase qui fait suite au passage à l'acte violent et qui permet de renseigner sur l'intention de l'auteur dans le passage à l'acte à travers son comportement immédiat après les violences. Nous avons donc renseigné le maquillage de la scène des violences, le déplacement et les gestes réalisés sur le corps de la victime, le départ de la scène de crime mais également l'assistance à la victime et l'appel des secours.

Nous avons aussi recherché l'existence d'une critique des actes de violence par l'auteur, qui peut renseigner sur l'état psychique de celui-ci au moment des faits.

Enfin, nous nous sommes intéressés aux conséquences judiciaires du passage à l'acte violent pour l'auteur ainsi qu'à son comportement en détention qui sont des éléments importants dans la prévention de la récidive générale et violente.

● Les échelles et questionnaires

La PCL-R et l'HCR-20 sont reconnues comme des outils valides pour prédire le risque de violence et de récidive violente chez un individu.

Dans cette partie, nous avons renseigné pour chaque sujet inclus les scores totaux concernant l'HCR-20 et la PCL-R ainsi que les sous-scores concernant la PCL-R. Nous avons choisi de retenir un cut-off à 25 concernant la PCL-R tel que retrouvé dans la littérature européenne, et de nous focaliser sur la vision du concept d'impulsivité décrit par Eysenck et ses collaborateurs concernant l'impulsivité car c'est celle qui se rapprochait le plus de la construction clinique de la psychopathie que nous avons décrit précédemment et avons donc décidé d'utiliser son questionnaire pour évaluer l'impulsivité dans notre population. Nous avons donc renseigné les différents scores d'impulsivité, d'aventurisme et d'empathie du questionnaire de Eysenck. Ces trois notions sont importantes car elles caractérisent toutes les trois par leur excès ou leur manque l'individu psychopathe tel que décrit dans la littérature.

II.4 Recueil des données, saisie et traitement statistique

Les scores obtenus à la PCL-R, à la HCR-20 et au questionnaire de Eysenck ainsi que les antécédents médico-légaux ou de violence envers autrui ont été documentés à partir des entretiens réalisés avec les patients.

Le comité d'éthique du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers a été informé de cette recherche. La direction du Centre Pénitentiaire de Poitiers-Vivonne a également été informée de notre recherche et nous a donné son accord pour la réaliser.

La saisie des données et l'analyse statistique ont été effectuées à l'aide des logiciels EXCEL et BiostaTGV. Une analyse descriptive de la population avec pourcentage, moyenne, écart-type, minimum et maximum a été effectuée. Dans cette étude, les scores à la PCL-R, à la HCR-20 et au questionnaire d'Impulsivité, d'Aventurisme et d'Empathie de Eysenck n'étant pas normalement distribués ni paramétriques et du fait de la taille des effectifs, les corrélations ont été mesurées à partir du coefficient r_s de Spearman. Le seuil de significativité statistique retenu était un « p » inférieur ou égal à 0,05. Concernant les corrélations, les valeurs du coefficient de corrélation r_s doivent être comprises entre -1 et +1, les valeurs positives s'interprétant comme des corrélations positives et les valeurs négatives comme des corrélations négatives.

III- RÉSULTATS ET ANALYSE

La partie Centre de Détention du Centre Pénitentiaire a brûlé au mois de Septembre 2016, menant à un transfert de l'ensemble des sujets détenus dans ce bâtiment vers d'autres établissements pénitentiaires, réduisant ainsi de près de 50% la population carcérale du Centre Pénitentiaire et de ce fait le nombre de sujets potentiellement incluables pour notre étude.

Sur la période allant du 1er octobre 2016 au 31 mai 2017, nous avons trouvé 12 patients correspondant aux critères DSM-5 de la personnalité antisociale à tendance psychopathique et incarcérés pour des faits de violence, qui étaient suivis par le SMPR du Centre Pénitentiaire Poitiers-Vivonne. Seulement 8 d'entre eux ont accepté d'être inclus dans notre étude.

De ce fait, cette étude est présentée comme une étude préalable avec, dans l'idée, sa poursuite dans les années à venir avec multiplication des centres d'inclusion, dans le but d'augmenter la taille de l'échantillon en vue d'obtenir des résultats statistiquement significatifs et de qualité.

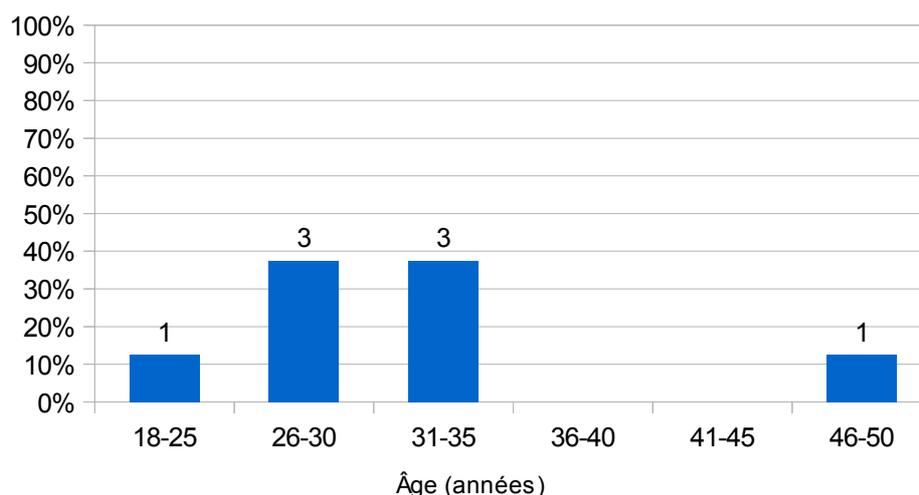
Notre étude comporte donc huit individus psychopathes auteurs de violence envers un ou plusieurs tiers.

III.1 Données introductives

III.1.1 Âge et nationalité

La moyenne d'âge des détenus lors de leur entretien est de 32 ans, avec des extrêmes allant de 23 à 45,5 ans. La majorité de nos sujets avaient un âge inférieur à 35 ans, dans 87,50% (n=7) des cas.

Figure 2 : Représentation de l'âge



La totalité de notre population était de nationalité française, un seul sujet présentait une double nationalité.

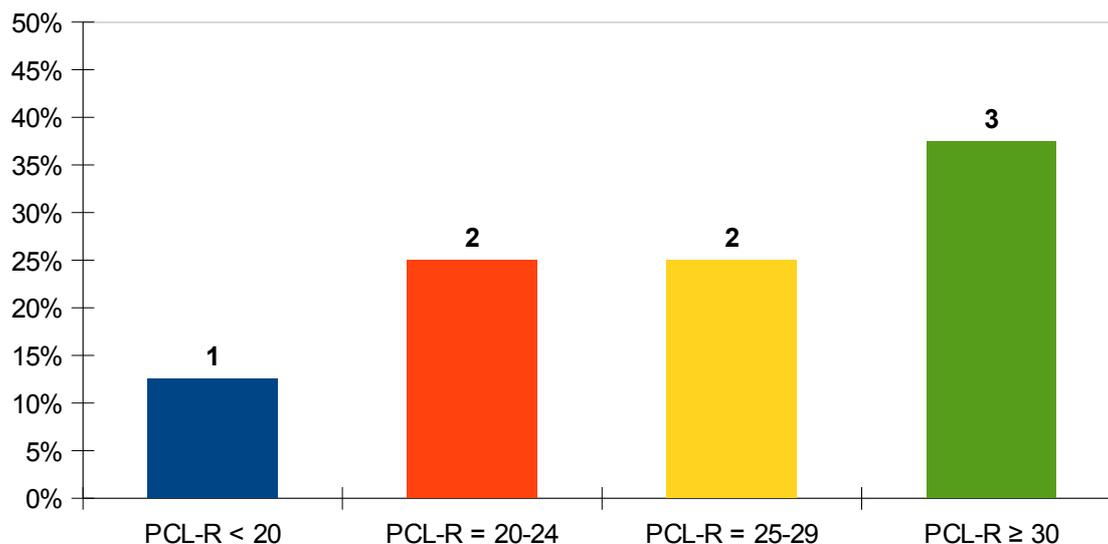
III.1.2 Degré de psychopathie selon la PCL-R

Sur l'ensemble de nos sujets inclus, 87,5% (n=7) avaient un score de psychopathie supérieur à 20. Parmi ceux-ci, 25% (n=2) obtenaient un score PCL-R intermédiaire compris entre 20 et 24 et 62,50% obtenaient un score supérieur à 25 synonyme de psychopathie avérée.

Ces derniers ont été répartis en deux groupes distincts, ceux dont le score PCL-R était compris entre 25 et 29 et ceux dont le score PCL-R était supérieur ou égal à 30. Le diagnostic de psychopathie n'était pas retenu pour 12,5% (n=1) de notre population du fait de leur score PCL-R inférieur à 20.

La répartition de nos sujets selon leur score de psychopathie est représentée dans le graphique suivant :

Figure 3 : Répartition des sujets selon leur score PCL-R



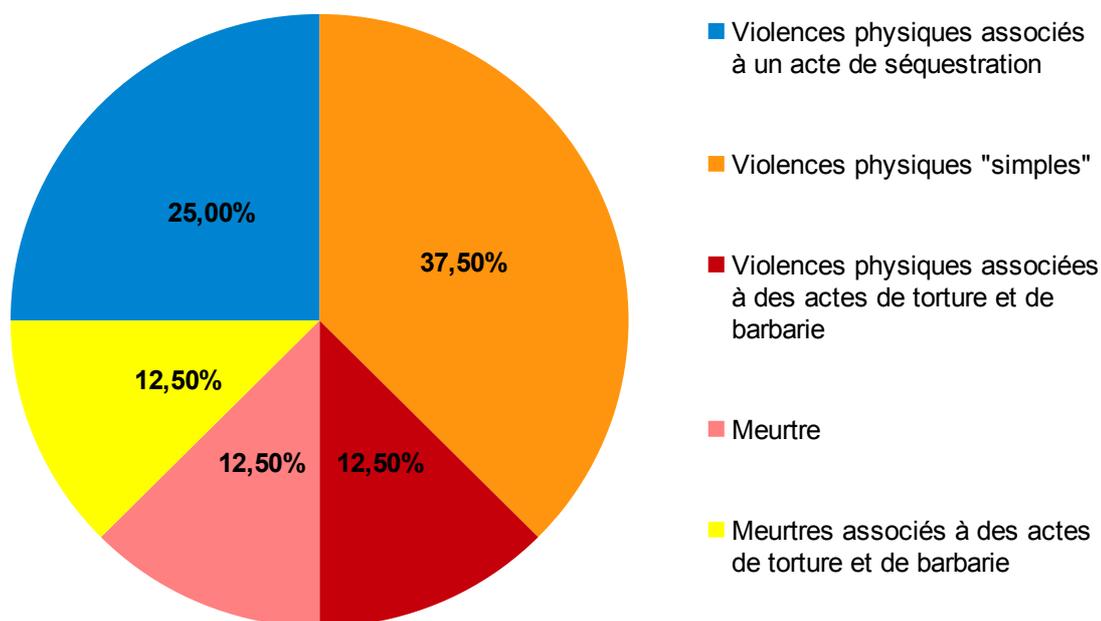
Pour une meilleure compréhension lors de la présentation de nos résultats, nous avons décidé de renommer nos groupes : le groupe A regroupe les individus qui ont obtenu un score PCL-R < 20, le groupe B ceux qui ont obtenu un score PCL-R compris entre 20 et 24, le groupe C ceux qui ont obtenu un score PCL-R compris entre 25 et 29 et le groupe D ceux qui ont obtenu un score PCL-R \geq 30.

III.1.3 Informations judiciaires

Notre population comportait nettement plus de sujets condamnés que de sujets prévenus. En effet, nous retrouvions 87,5% (n=7) de condamnés pour 12,5% (n=1) de prévenus.

Les motifs d'incarcération sont représentés dans le graphique suivant :

Figure 4 : Répartition des infractions violentes



Le tableau suivant représente les différents motifs d'incarcération selon le score PCL-R obtenu par nos sujets :

	PCL-R < 20	PCL-R = 20-24	PCL-R = 25-29	PCL-R ≥ 30
Type d'infraction violente	Meurtre	Meurtres associés à des actes de torture et de barbarie Violences associées à des actes de torture et de barbarie	Violences physiques associées à un acte de séquestration	Violences physiques « simples »

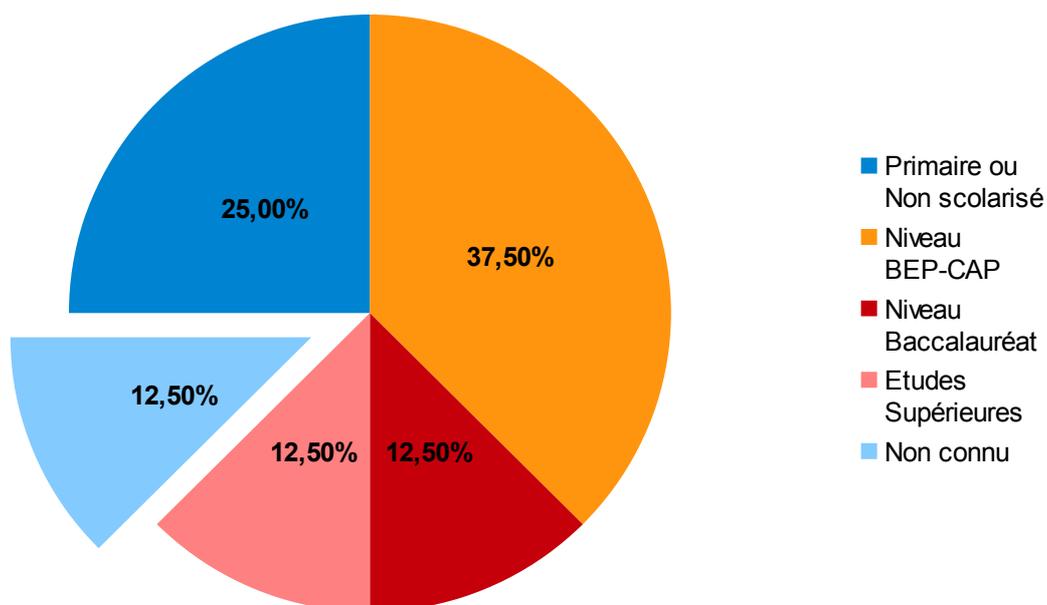
III.2 Informations socio-professionnelles

III.2.1 Niveau scolaire

Le niveau scolaire des sujets inclus était de niveau moyen dans l'ensemble, 62,5% (n=5) ayant un niveau scolaire inférieur ou égal au niveau BEP-CAP.

La répartition des sujets selon le niveau scolaire est représentée dans le graphique suivant :

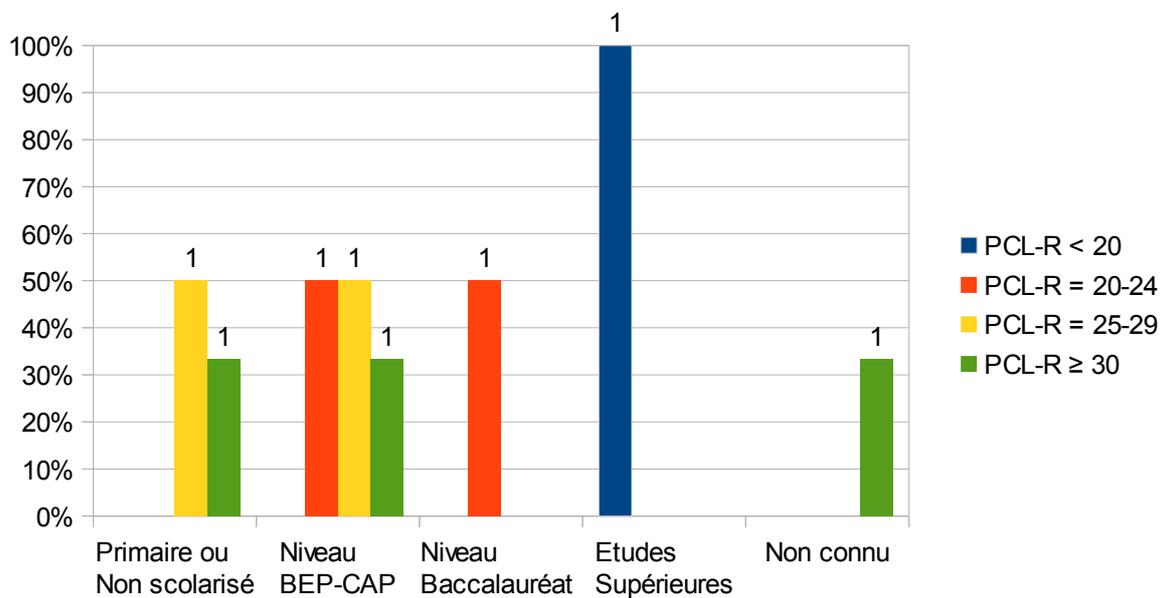
Figure 5 : Répartition selon le niveau d'étude



Si nous regardions la répartition selon le score PCL-R, le groupe A était celui qui possédait le niveau scolaire le plus élevé avec un accès aux études supérieures. Les sujets des groupes C et D étaient ceux qui présentaient le niveau scolaire le plus bas.

La répartition du niveau scolaire selon le score PCL-R est représenté dans le graphique suivant :

Figure 6 : Représentation du niveau scolaire selon le score PCL-R

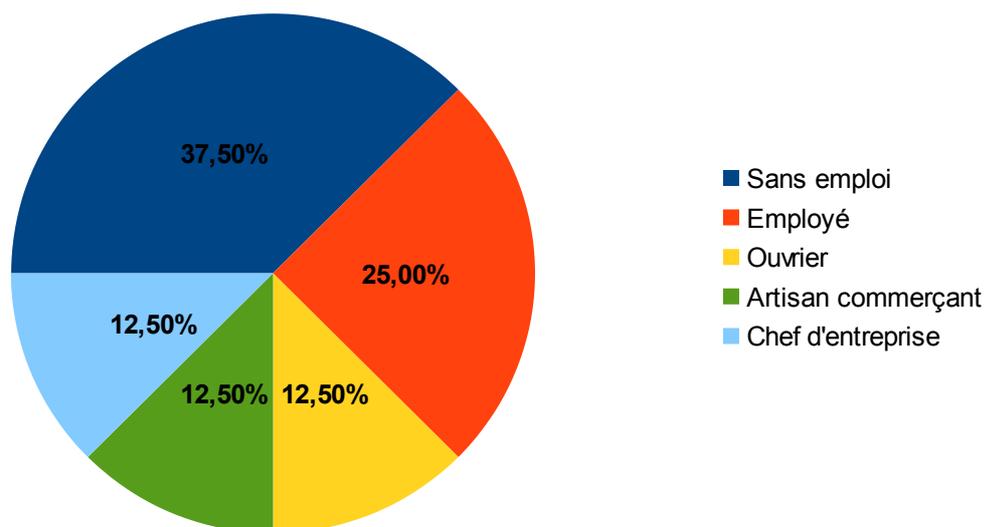


III.2.2 Situation professionnelle

Au moment du passage à l'acte violent, la majorité des sujets inclus avaient un emploi, soit 62,5% (n=5) des cas. Les catégories et les domaines professionnels étaient variés.

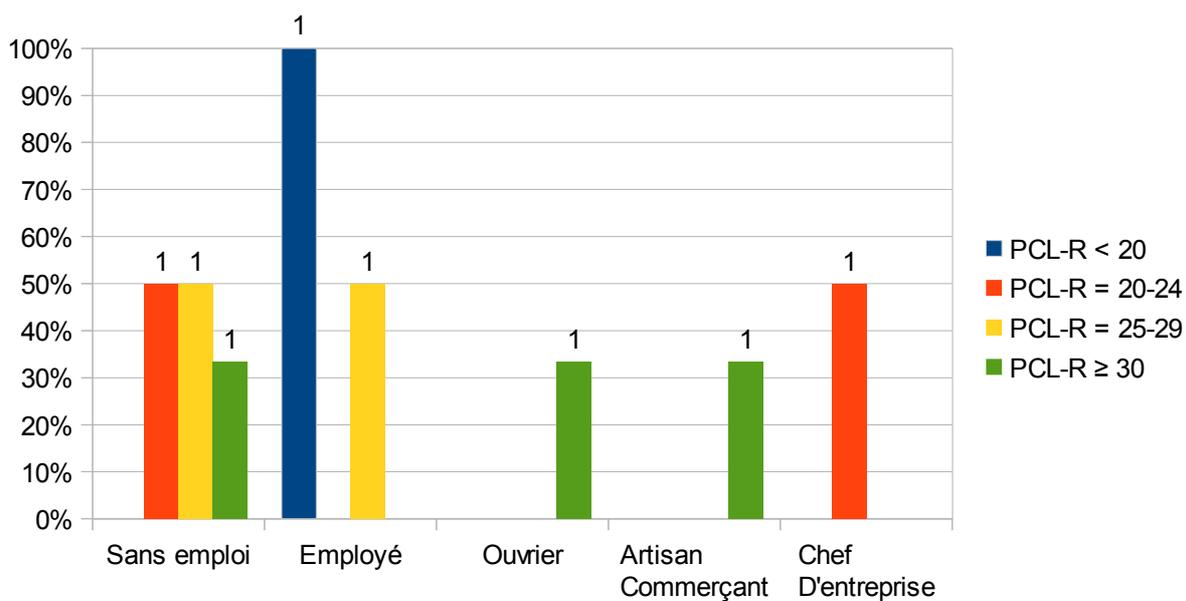
Nous avons représenté dans le graphique suivant la répartition de nos sujets selon leur catégorie professionnelle :

Figure 7 : Répartition générale selon la catégorie professionnelle



Nous avons représenté dans le graphique suivant la répartition des catégories professionnelles selon le score PCL-R des individus de notre population :

Figure 8 : Répartition professionnelle selon le score PCL-R



Cette répartition montrait également des catégories et domaines professionnels variés dans chaque groupe PCL-R.

III.2.3 Situation sociale

La majorité des sujets de notre étude avait un logement stable au moment des faits de violence, soit 75% (n=6) des cas.

Les 25% (n=2) restants rapportaient une situation sociale précaire avec absence de domicile fixe corrélée à l'absence d'emploi. Ces sujets faisaient partie des groupes B et D.

III.2.4 Situation socio-professionnelle de nos sujets

Au total, malgré un niveau scolaire moyen, l'insertion socio-professionnelle de nos sujets était plutôt bonne dans l'ensemble. Il existait tout de même une situation de précarité chez 25% de nos sujets qui n'avaient ni emploi, ni logement.

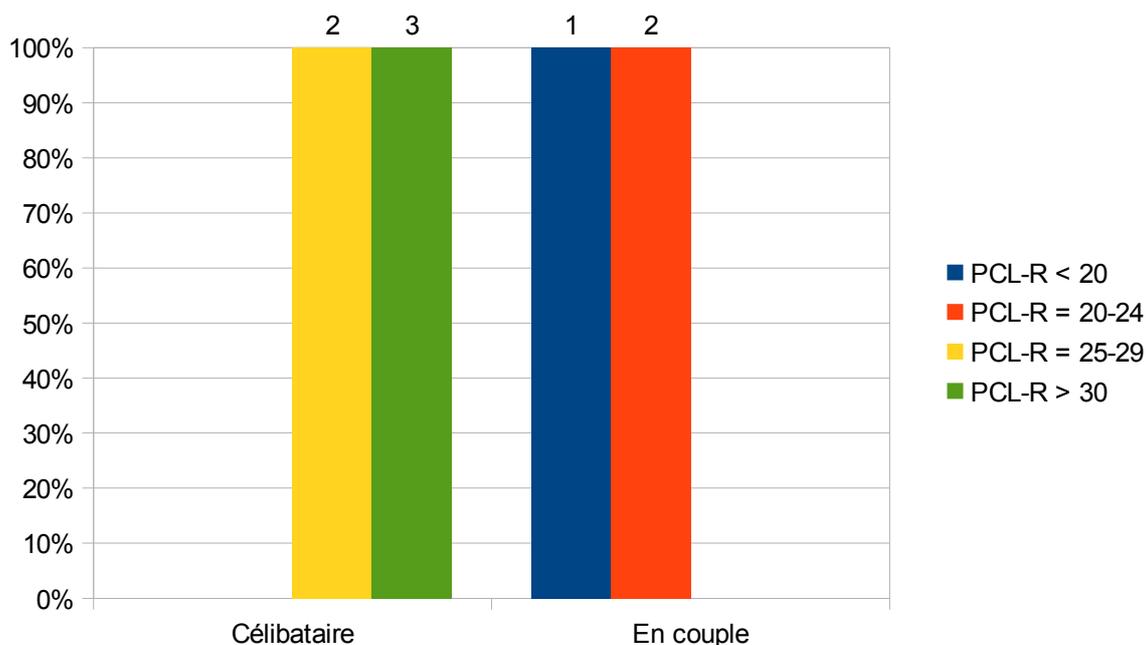
III.3 Situation familiale et entourage

III.3.1 Sur le plan familial

Notre population était majoritairement célibataire, soit 62,5% (n=5) des cas. La moitié (n=4) de nos sujets avait des enfants. Concernant les individus en couple, les deux tiers (n=2) rapportaient des relations conjugales de mauvaise qualité.

Si nous regardions plus précisément la distribution des résultats selon les groupes de scores PCL-R, les groupes C et D regroupaient la totalité des individus célibataires comme le montre le graphique suivant :

Figure 9 : Statut marital selon les scores PCL-R



Seulement un seul individu du groupe D avait des enfants, les autres sujets parents faisaient partie des groupes A et B.

Les relations au sein du couple étaient majoritairement de mauvaise qualité, quel que soit le score PCL-R de nos sujets.

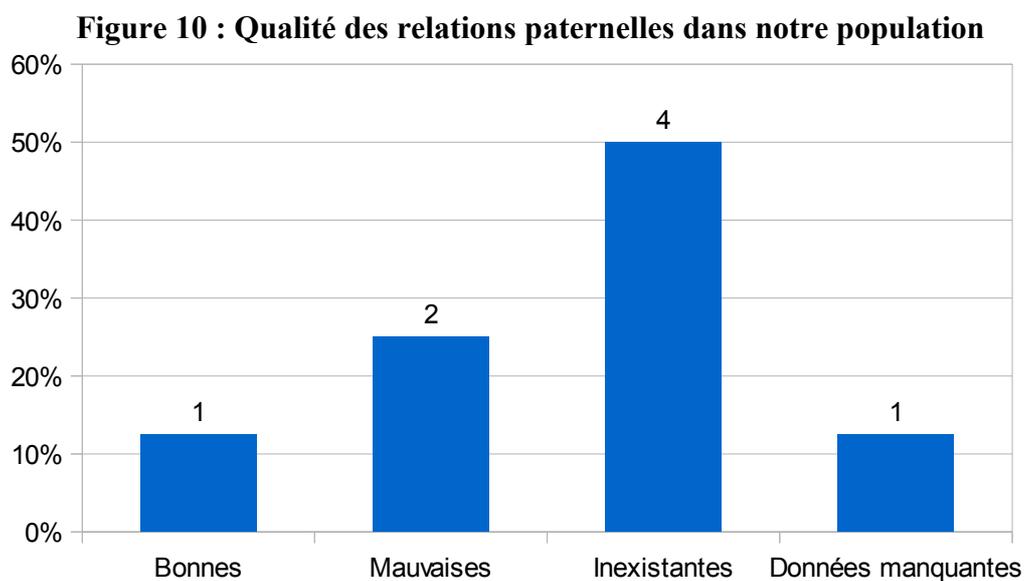
III.3.2 Sur le plan parental

50% (n=4) de nos sujets rapportaient avoir été élevés principalement par un seul parent, du fait du divorce parental, d'une adoption monoparentale ou du décès d'un des parents.

- Qualité des relations paternelles

La majorité des sujets inclus dans notre étude rapportait entretenir de mauvaises relations ou une absence totale de relation avec leur père dans 75% (n=6) des cas, respectivement 25% (n=2) et 50% (n=4). Cette absence de relation n'était volontaire que pour un seul sujet et était expliquée pour les autres par un décès paternel précoce pour deux d'entre eux et l'appartenance à une famille monoparentale pour le dernier.

Nous avons représenté dans le graphique suivant la qualité des relations paternelles de notre population :



Si nous observions plus précisément la qualité des relations paternelles selon le score PCL-R de nos sujets, les résultats étaient assez disparates. Le groupe D était celui pour lequel nous retrouvions le plus de relations paternelles inexistantes non volontaires (décès, famille monoparentale). Les relations de mauvaise qualité étaient distribuées entre les différents groupes PCL-R sans spécificité.

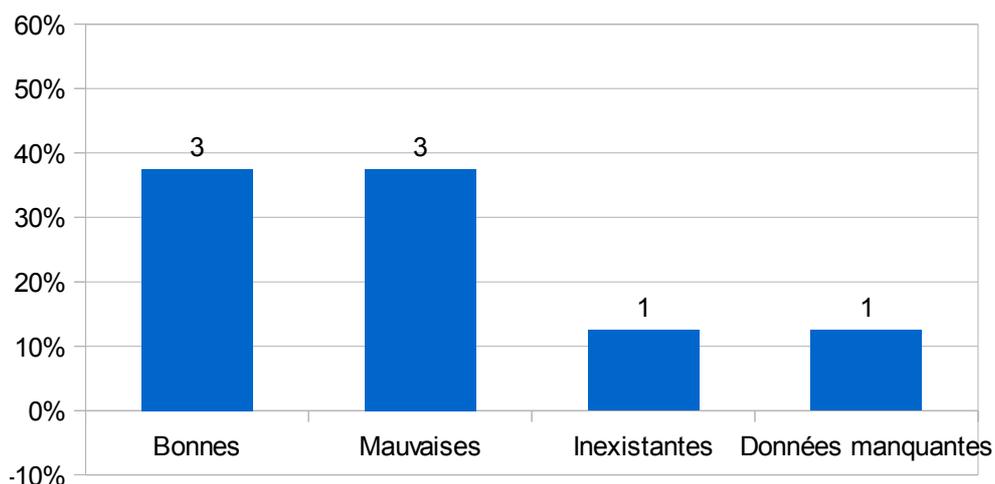
- Qualité des relations maternelles

Dans notre population, la qualité des relations entretenues avec la mère était assez variée : 37,50% (n=3) des sujets rapportaient des relations de bonne qualité et 37,50% (n=3) des sujets rapportaient des relations de mauvaise qualité.

Un seul sujet rapportait une absence totale de relation maternelle en lien avec le décès prématuré de celle-ci.

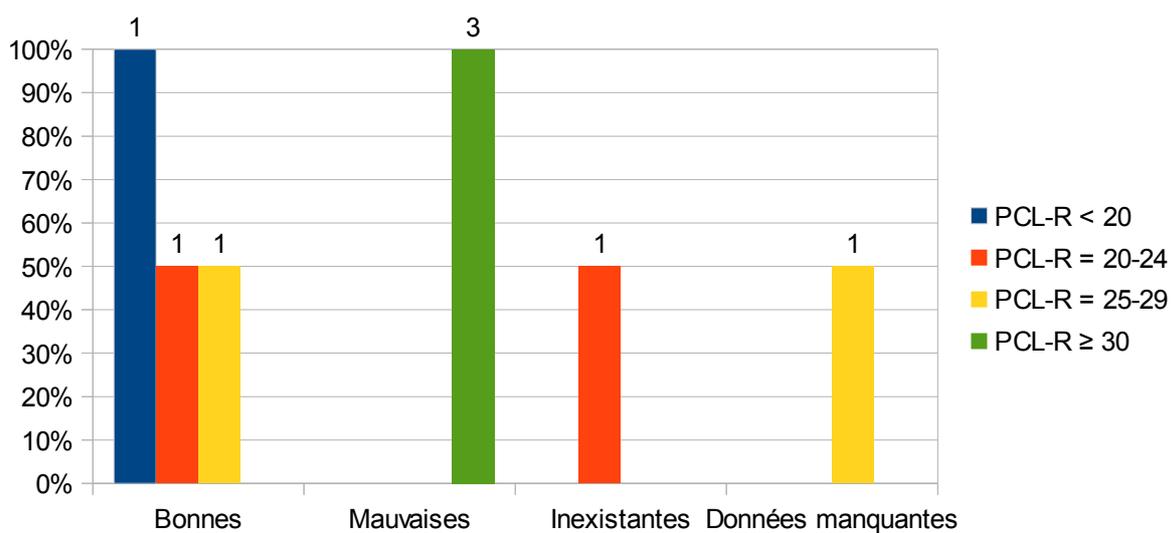
Nous avons représenté ces résultats dans le graphique suivant :

Figure 11 : Qualité des relations maternelles dans notre population



Si nous observons de plus près la distribution des résultats selon les scores PCL-R, il apparaissait que l'intégralité des individus qui entretenaient de mauvaises relations avec leur mère appartenaient tous au groupe D, comme on peut l'observer sur le graphique suivant :

Figure 12 : Qualité des relations maternelles selon le score PCL-R

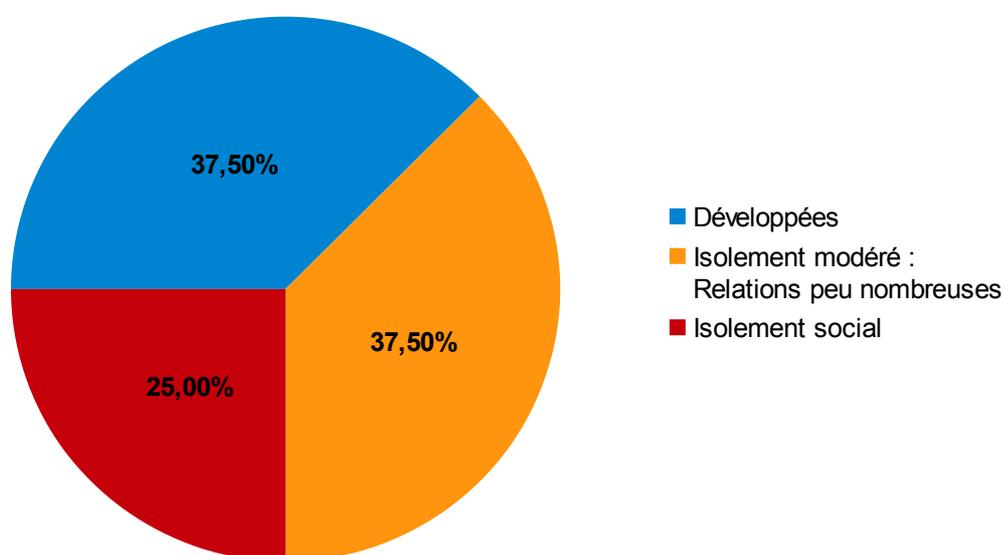


III.3.3 Les relations sociales amicales

Seulement 37,5% (n=3) de nos sujets rapportaient avoir des relations sociales développées, les autres décrivant plutôt un isolement social modéré ou total, respectivement 37,50% (n=3) et 25% (n=2).

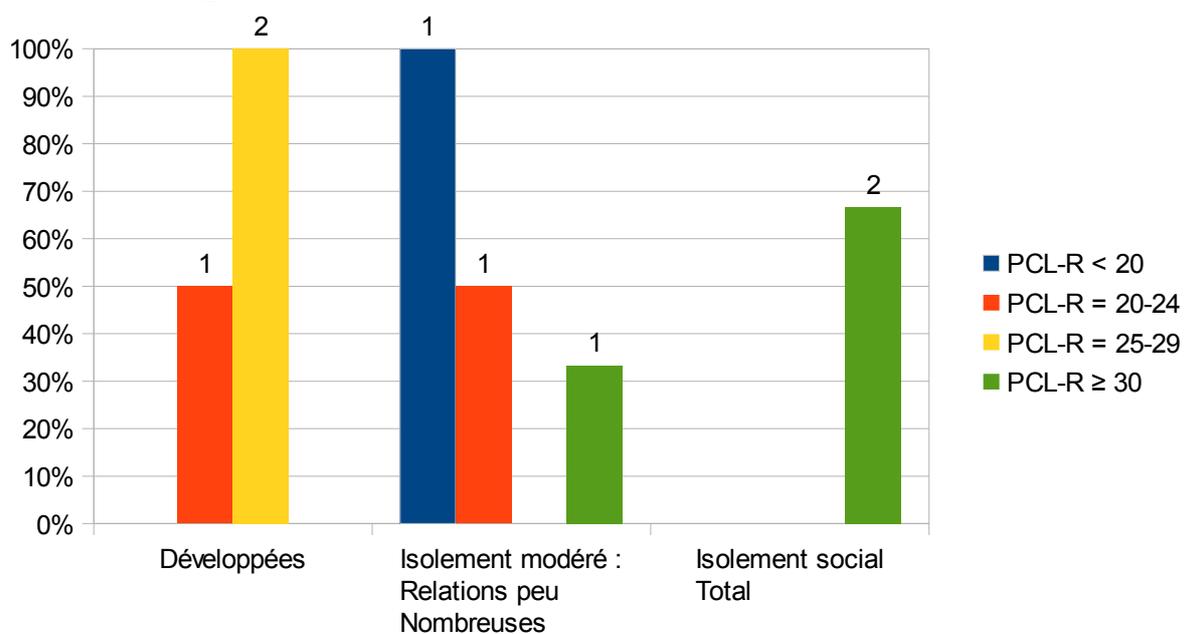
Nous avons représenté ces résultats sur le graphique suivant :

Figure 13 : Qualité des relations amicales de nos sujets



Si nous regardons de plus près la qualité des relations amicales selon les scores PCL-R, il apparaissait que l'ensemble des individus du groupe D présentaient une situation d'isolement social, majoritairement total, comme nous pouvons le constater sur le graphique suivant qui représente la situation sociale des sujets selon leur score PCL-R :

Figure 14 : Qualité des relations amicales selon le score PCL-R



Nous avons regroupé dans le tableau suivant les données socio-démographiques de notre population répartie selon les scores PCL-R de chacun afin de faciliter la comparaison entre les groupes :

		PCL-R < 20	PCL-R = 20-24	PCL-R = 25-29	PCL-R ≥ 30
Informations socio-professionnelles	Niveau scolaire	Études supérieures	Niveau BEP-CAP à baccalauréat	Niveau primaire à BEP-CAP	Niveau primaire à BEP-CAP
	Situation professionnelle	Emploi	50% sans emploi	50% sans emploi	33,33% sans emploi
			50% avec emploi	50% avec emploi	66,67% avec emploi
Situation sociale	Stable	50% précaire 50% stable	Stable	33,33% précaire 66,67% stable	
Situation familiale et entourage	Plan familial	En couple Enfants	En couple Enfants	Célibataires Sans enfant	Célibataires Avec et sans enfants
	Qualité des relations intra-conjugales	Mauvaise	50% bonne 50% mauvaise	X	X
	Qualité des relations paternelles	Inexistante	Mauvaise voire inexistante Décès maternel 50%	Bonne ou inconnue	Mauvaise voire inexistante Décès paternel 33,33%
	Qualité des relations maternelles	Bonne	50% bonne 50% inexistante	Bonne ou inconnue	Mauvaise
Relations sociales amicales	Isolement modéré	50% relations développées 50% isolement modéré	Relations développées	Isolement total 66,67% Isolement modéré 33,33%	

III.4 Les événements de vie traumatiques

La majorité de nos sujets rapportait avoir été victime de maltraitances physiques soit 75% (n=6) des cas. Ces maltraitances étaient survenues pour la totalité au sein de la sphère familiale, principalement au cours de l'enfance et de l'adolescence dans 62,5% (n=5) des cas.

Le père était le membre de la famille le plus impliqué dans ces violences dont il était l'auteur pour 50% (n=4) de nos sujets.

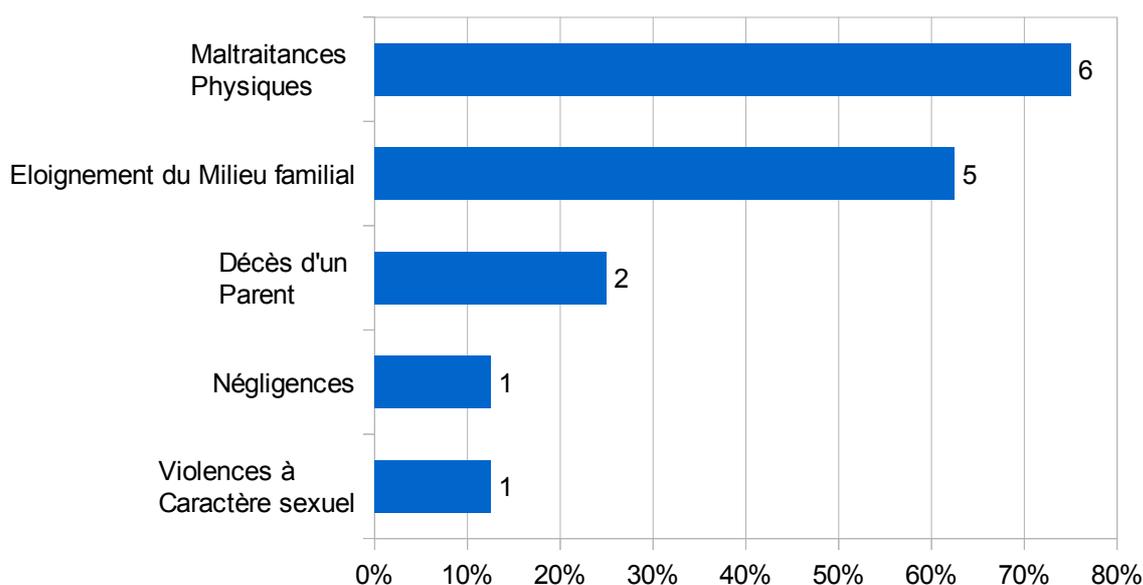
Seulement 12,5% (n=1) des sujets rapportaient avoir été victimes de maltraitances physiques à l'âge adulte, l'agresseur étant dans ce cas là la conjointe. Nous retrouvions également l'existence de violences à caractère sexuel subies pour un sujet, au cours de son adolescence, hors de la sphère familiale.

Parmi les autres événements de vie retrouvés, une majorité des sujets de notre étude rapportait un éloignement familial, dans 62,5% (n=5) des cas. Pour la plupart, cet éloignement était volontaire, dans le but d'échapper aux maltraitances subies au sein de la sphère familiale. L'éloignement pouvait également être secondaire à un placement décidé par un tiers (un cas de placement par l'Aide Sociale à l'Enfance et un cas de placement judiciaire en Centre Éducatif Fermé).

Enfin, 25% (n=2) de nos sujets psychopathes auteurs de violences physiques rapportaient le décès d'un des deux parents survenu au cours de l'enfance ou de l'adolescence.

Nous avons représenté la répartition des différents événements de vie traumatiques dans notre population sur le graphique suivant :

Figure 15 : Répartition des événements de vie traumatiques



Si nous regardions plus précisément la répartition selon le score PCL-R, il apparaissait que le groupe D était représenté pour tous les types d'événements de vie traumatiques, ce qui n'était pas le cas des autres groupes.

		PCL-R < 20	PCL-R = 20-24	PCL-R = 25-29	PCL-R ≥ 30
Événements de vie	Décès d'un parent	Non	Décès maternel 50%	Non	Décès paternel 33,33%
	Maltraitances physiques	Oui	Oui	Oui 50%	Oui 66,67%
	Négligences	Non	Non	Non	Oui 33,33%
	Violences à caractère sexuel	Non	Non	Non	Oui 33,33%
	Éloignement du milieu familial	Non	Oui 50%	Oui	Oui 66,67%

III.5 Antécédents médicaux, psychiatriques et addictologiques

Nous avons retrouvé dans notre population certains antécédents psychiatriques familiaux : un sujet du groupe B et un sujet du groupe D rapportaient l'existence d'une alcoolo-dépendance chez au moins un membre de la famille, pour la moitié chez le père. Les données étaient manquantes à ce sujet pour 25% de notre population.

Il n'existait pas d'antécédent médical personnel notable dans notre population.

Sur le plan psychiatrique, 50% (n=4) de nos sujets rapportaient avoir déjà été en contact au moins une fois avec la psychiatrie, pour la moitié au cours d'une incarcération antérieure, dans le cadre des soins proposés aux détenus. La totalité des individus du groupe D était concernée.

Des antécédents d'hospitalisation étaient retrouvés pour la moitié de ces sujets qui appartenaient tous au groupe D : l'un des sujets avait été hospitalisé en soins libres et l'autre en soins sous contrainte au décours d'une tentative de suicide. Ce dernier était le seul sujet de notre population pour lequel un diagnostic psychiatrique avait été posé, celui de personnalité

émotionnellement labile de type impulsive. Ces deux sujets étaient les seuls à bénéficier d'un suivi régulier au moment des faits de violence.

Sur le plan addictologique, 75% (n=6) de nos sujets rapportaient avoir des consommations de toxiques régulières, pluriquotidiennes pour la moitié (n=3) d'entre eux. Aucun ne bénéficiait au moment des faits d'un suivi spécialisé. L'alcool était la substance psychoactive la plus utilisée, par 62,5% (n=5) de nos sujets. Il existait des conduites polytoxicomaniaques chez un tiers (n=2) de nos sujets consommateurs.

Si nous regardions la répartition des conduites addictologiques selon le score PCL-R, il apparaissait que l'usage régulier de substances psychoactives concernait principalement les individus qui obtenaient les scores PCL-R les plus élevés (groupe C et D).

Nous avons regroupé dans le tableau suivant les antécédents psychiatriques et addictologiques retrouvés dans notre population selon les scores PCL-R :

		PCL-R < 20	PCL-R = 20-24	PCL-R = 25-29	PCL-R ≥ 30
Antécédents psychiatriques et addictologiques	Psychiatriques	Aucun	Aucun	Aucun	Totalité suivie en psychiatrie Antécédent de TS Diagnostic de personnalité émotionnellement labile type impulsive
	Addictologiques	Non	Oui 50%	Oui	Oui

III.6 Antécédents judiciaires et médico-légaux

III.6.1 Antécédents de violence

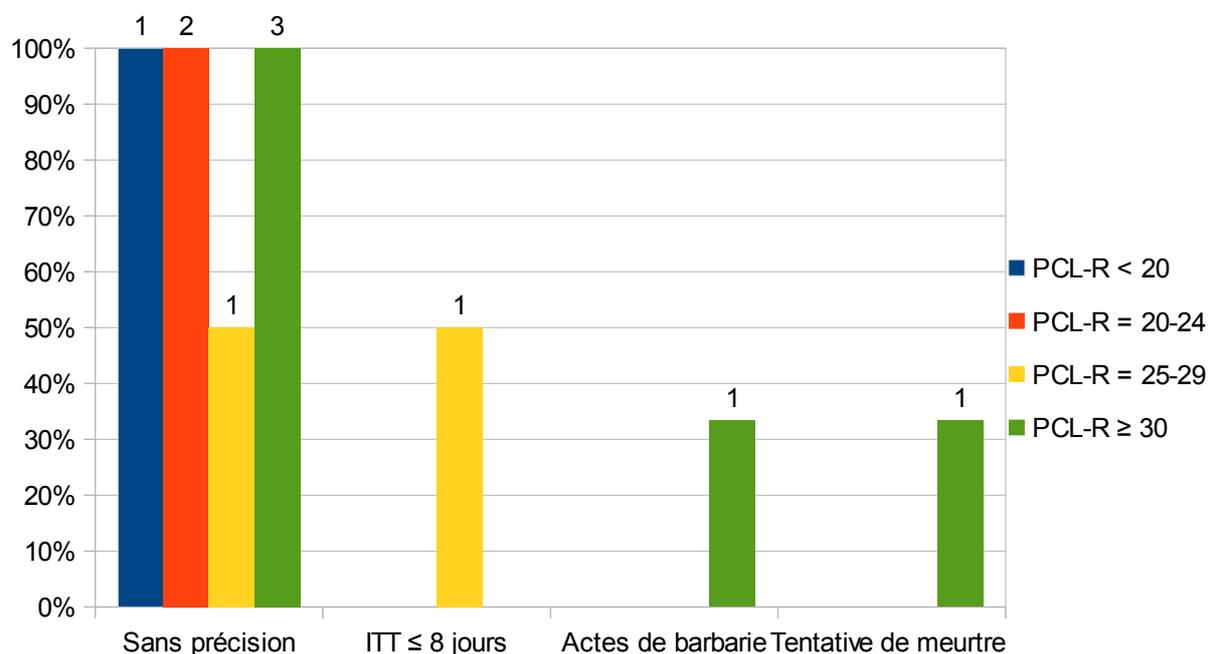
Nous avons retrouvé dans notre étude des antécédents de violence agie chez 100% (n=8) de nos sujets, dont seulement une minorité a été judiciairisée.

Seulement 37,5% (n=3) de nos sujets pouvaient situer dans le temps l'âge auquel étaient survenues les premières violences, soit au cours de l'adolescence. Parmi ces sujets, deux d'entre eux appartenaient au groupe D.

La majorité de nos sujets rapportait un nombre d'épisodes antérieurs de violence supérieur à 10, soit 87,5% (n=7), le dernier sujet n'apportant comme seule précision qu'un nombre « multiple » de passages à l'acte violents. Seulement deux sujets ont accepté de préciser le type d'acte de violence commis antérieurement, allant de violences physiques « simples » ayant provoqué une ITT \leq 8 jours à des violences sévères (tentative de meurtre associée à des actes de barbarie). Les antécédents de violences sévères concernaient un sujet du groupe D.

Nous avons représenté sur le graphique suivant les informations dont nous disposions concernant les types de passage à l'acte antérieurs selon les scores PCL-R :

Figure 16 : Type de violences antérieures selon le score PCL-R



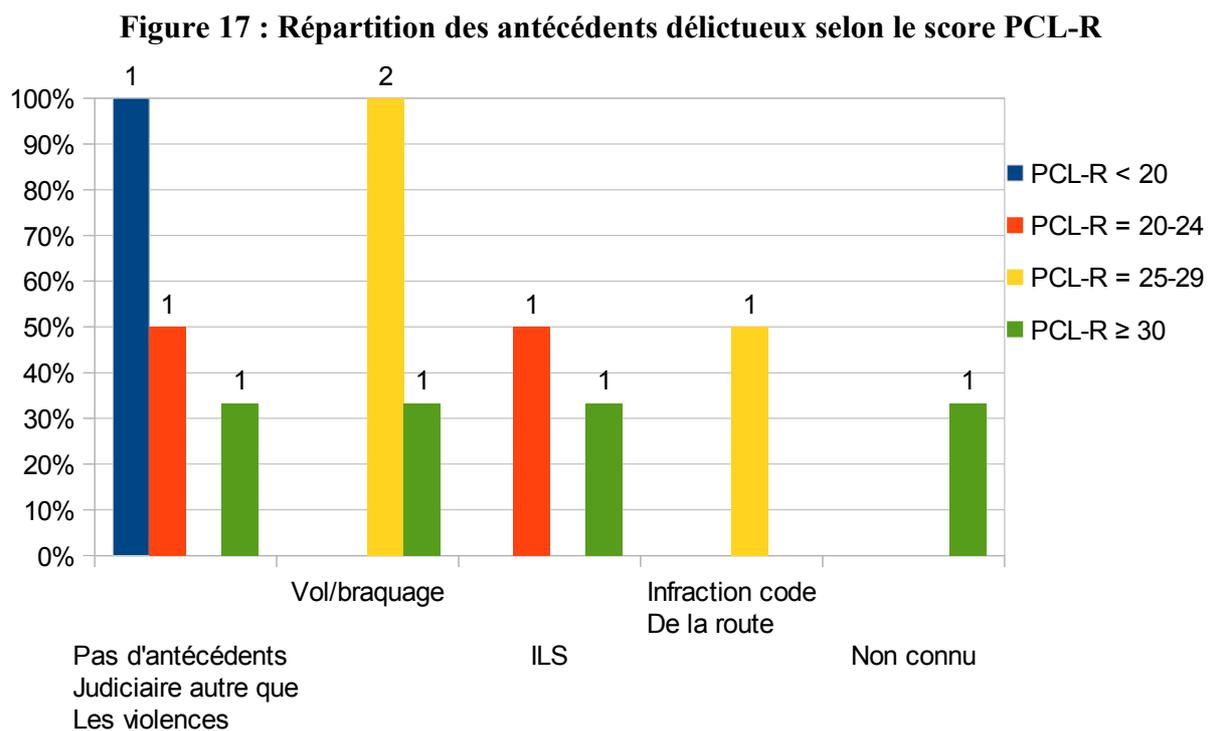
La majorité des violences antérieures étaient décrites comme des violences réactives : dans 62,5% (n=5) des cas, il s'agissait d'une réponse à une provocation dans un contexte de conflit et dans 25% (n=2) des cas, il s'agissait d'une réponse à une frustration.

Un seul sujet rapportait des épisodes de violence préméditée, dans le cadre de combats de rue. Il n'apparaissait pas de tendance notable selon les scores PCL-R.

III.6.2 Antécédents délictueux autres que la violence

Notre étude retrouvait des antécédents judiciaires autres que la violence pour 62,50% (n=5) de nos sujets : vol/braquage pour 60% d'entre eux, infractions à la législation des stupéfiants (ILS) pour 20% d'entre eux et infractions au code de la route pour 20% d'entre eux. Certains sujets combinaient différents antécédents délictueux.

Nous avons représenté sur le graphique suivant les antécédents délictueux autres que la violence selon les scores PCL-R :



Si nous regardions plus précisément la répartition des antécédents délictueux selon le score PCL-R, il apparaissait que les individus des groupes C et D avaient plus tendance à être impliqués dans des faits délictueux que les autres.

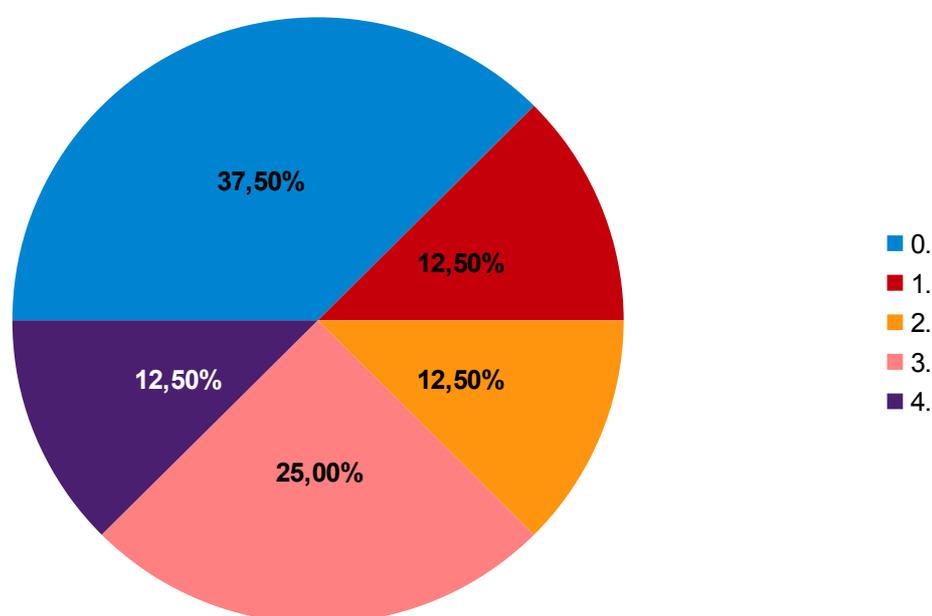
III.6.3 Antécédents de privation et limitation de liberté

- Les antécédents d'incarcération

Notre étude a retrouvé au moins une incarcération antérieure chez la majorité de nos sujets inclus soit 62,5% (n=5), le nombre maximum d'incarcérations antérieures étant de 4, nombre retrouvé chez un seul individu.

Nous avons représenté ces résultats dans le graphique suivant :

Figure 18 : Incarcérations antérieures dans la population

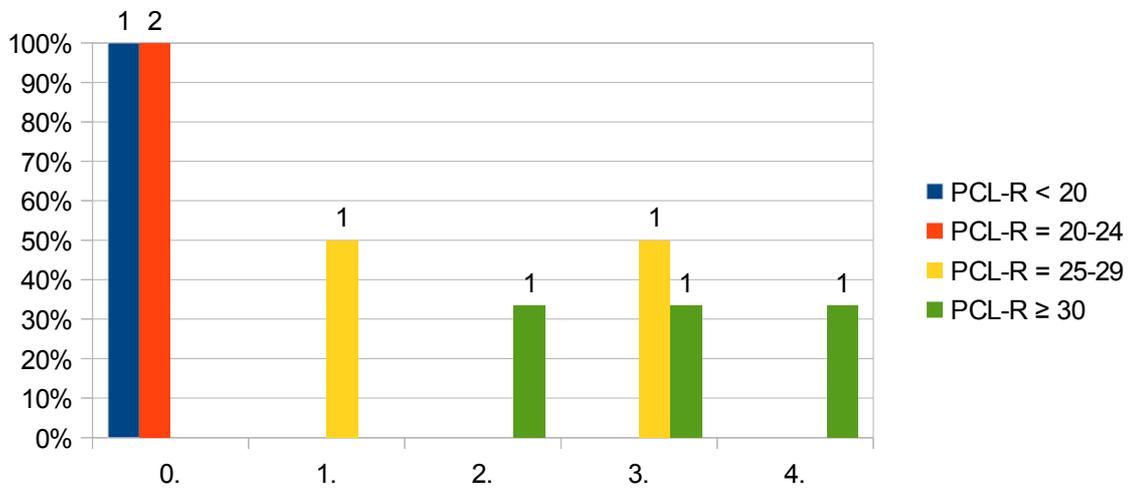


Si nous regardions plus précisément les antécédents d'incarcération selon le score PCL-R, il apparaissait que les sujets qui avaient déjà été incarcérés au moins une fois au cours de leur vie étaient tous regroupés dans les groupes C et D. Les individus du groupe D étaient ceux qui rapportaient le plus d'incarcérations antérieures.

Les motifs d'incarcération étaient assez variés : vols, infraction à la législation sur les stupéfiants, infraction au code de la route, tentative de meurtre associée à des actes de barbarie.

Nous avons représenté ces résultats dans le graphique suivant :

Figure 19 : Incarcération antérieures selon le score PCL-R



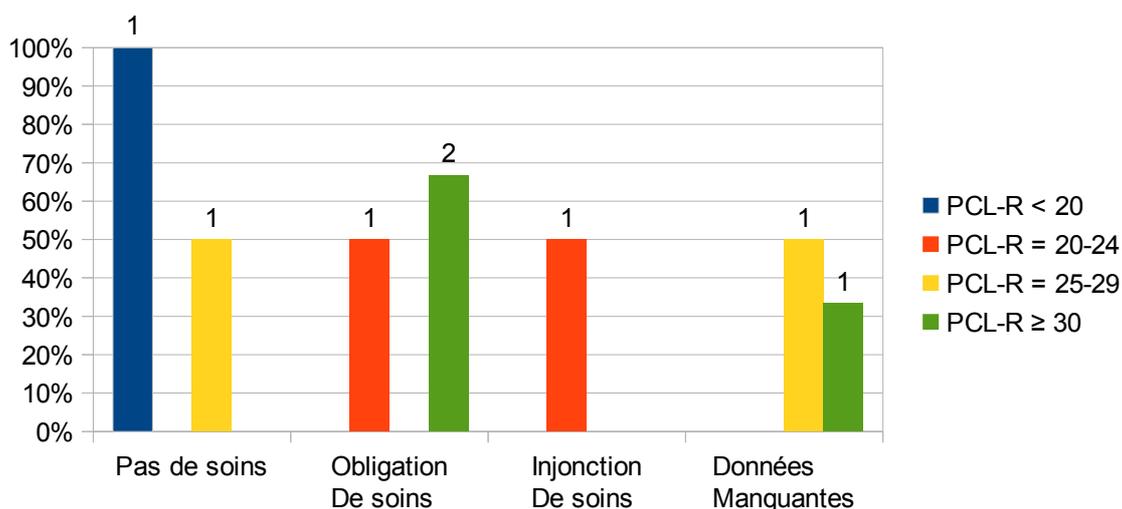
- Les antécédents de limitation de liberté et soins pénalement ordonnés

Seulement 12,50% (n=1) de nos sujets rapportaient des antécédents de limitation de liberté, à type de contrôle judiciaire.

La moitié de notre population rapportait avoir fait l'objet de soins pénalement ordonnés : 37,50% (n=3) avaient déjà été soumis à une obligation de soins, majoritairement suite à des faits de violence, et 12,50% (n=1) avaient déjà été soumis à une injonction de soins, également suite à des faits de violence. Les données à ce sujet étaient manquantes pour 25% (n=2) de notre population.

Nous avons représenté ces résultats selon le score PCL-R sur le graphique suivant :

Figure 20 : Soins pénalement ordonnés selon les scores PCL-R



Nous avons regroupé l'ensemble des antécédents judiciaires et médico-légaux de notre population selon les scores PCL-R de chacun dans le tableau suivant, afin de faciliter la comparaison entre les différents groupes :

		PCL-R < 20	PCL-R = 20-24	PCL-R = 25-29	PCL-R ≥ 30
Antécédents judiciaires et médico-légaux	Antécédents de violence agie	Oui > 10	Oui > 10	Oui > 10	Oui > 10 dont tentative de meurtre et actes de barbarie
	Antécédents délictueux autres que la violence	Aucun	ILS Aucun (50%)	Vol/braquage Infraction au code de la route	Vol/braquage ILS Aucun (33,33%)
	Antécédents de privation et limitation de liberté	Aucun	Aucune incarcération Obligation de soins (50%) Injonction de soins (50%)	1 à 3 incarcérations antérieures	2 à 4 incarcérations antérieures Mesure de contrôle judiciaire (33,33%) Obligation de soins (66,67%)

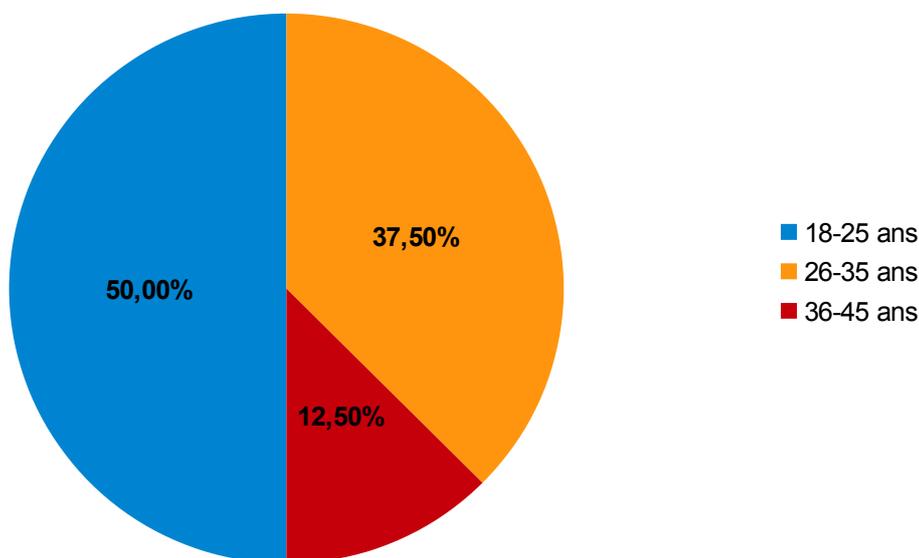
III.7 Le passage à l'acte violent

III.7.1 La phase pré-criminelle

Lors du passage à l'acte violent, les sujets inclus étaient en moyenne âgés de 28 ans, avec des extrêmes allant de 23 à 40,5 ans. La majorité de nos sujets, soit 87,5% (n=7) des cas, était âgée moins de 35 ans au moment du passage à l'acte violent. La moitié (n=4) était âgée de moins de 25 ans.

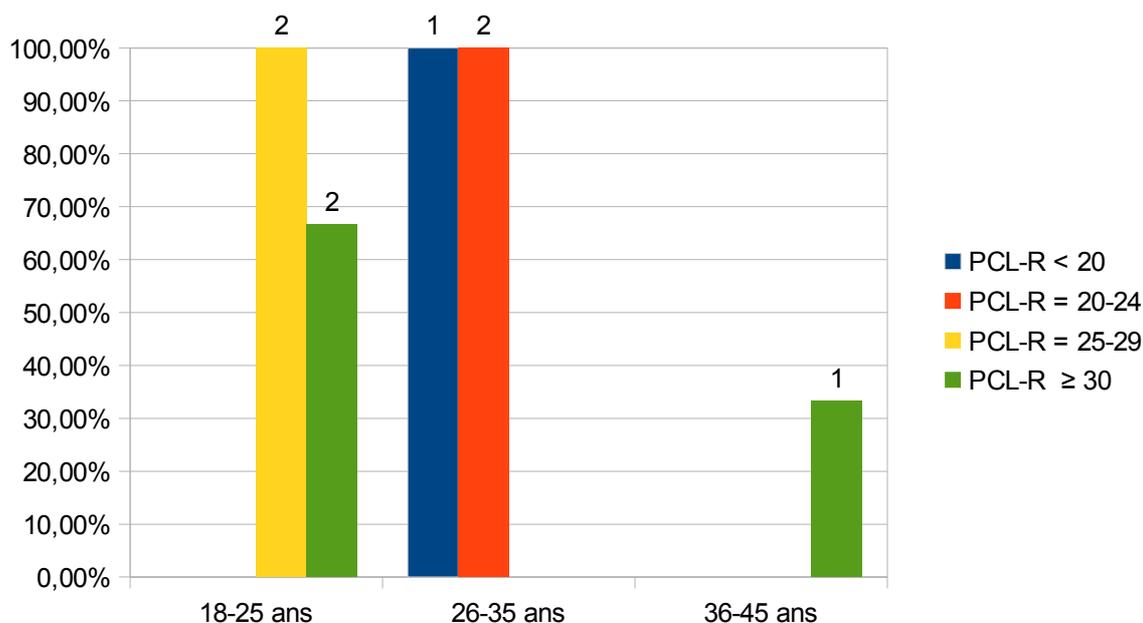
La répartition par tranches d'âge est représentée sur le graphique suivant :

Figure 21 : Répartition des âges lors du passage à l'acte violent



Si nous regardions plus précisément la tranche d'âge des sujets au moment du passage à l'acte selon leur score PCL-R, il apparaissait que les sujets les plus jeunes étaient regroupés dans les groupes C et D, comme on peut le constater sur le graphique suivant :

Figure 22 : Répartition des âges lors du passage à l'acte selon les scores PCL-R



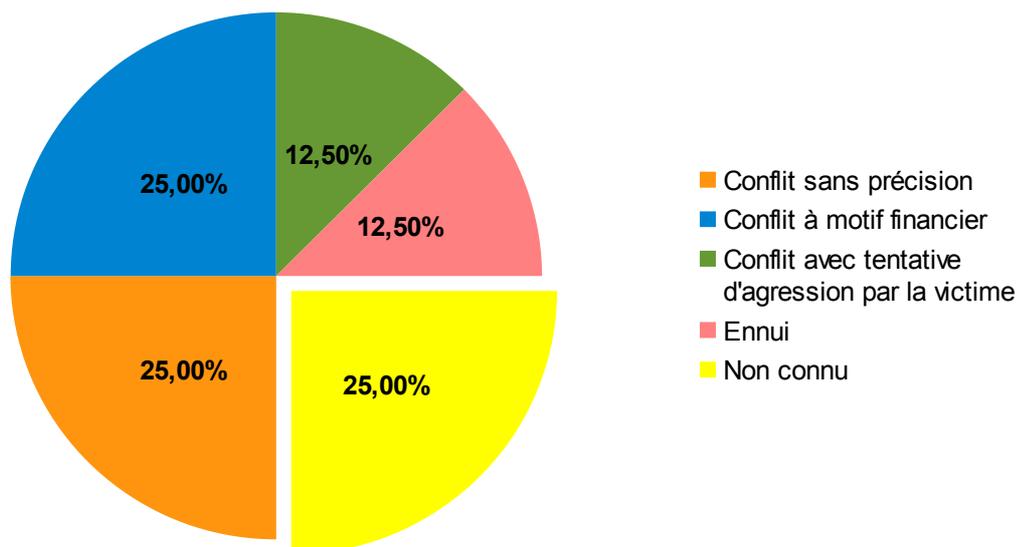
Au moment du passage à l'acte violent, 25% (n=2) de nos sujets, appartenant tous au groupe D, étaient suivis sur le plan psychiatrique sans que nous n'ayons notion de rupture thérapeutique ou de mauvaise observance des traitements psychotropes.

Concernant le passage à l'acte violent en lui-même, nous retrouvons l'existence de menaces verbales précédant les violences dans 37,50% (n=3) des cas, la majorité chez des individus du groupe D, soit 25% (n=2). Les données étaient manquantes à ce sujet pour la moitié de notre population.

La majorité de notre population, soit 75% (n=6) des cas, rapportait l'existence d'un élément déclencheur du passage à l'acte qui survenait principalement dans un contexte de conflit, ces éléments étaient assez variés. Dans 37,50% (n=3) des cas, le conflit impliquait la sphère conjugale.

Nous avons représenté sur le graphique suivant les différents éléments déclencheurs des passages à l'acte violents rapportés par notre population :

Figure 23 : Répartition des éléments déclencheurs dans la population

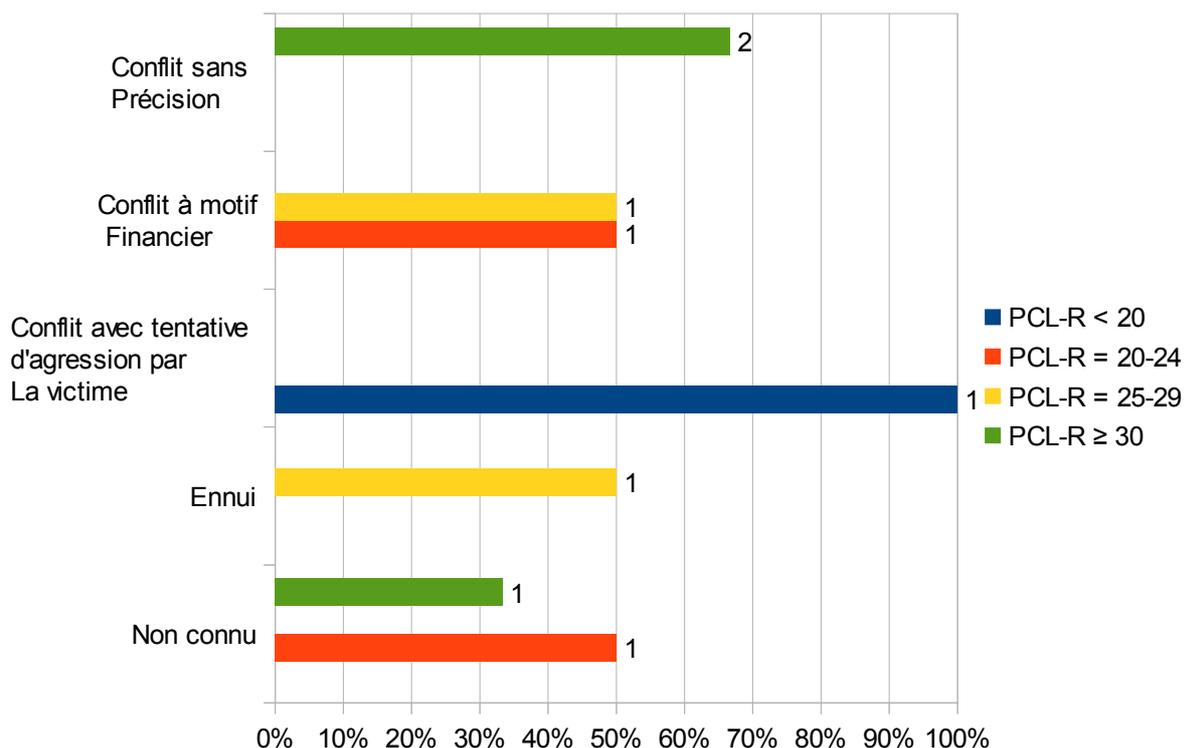


Nous nous sommes également intéressés aux différents éléments déclencheurs rapportés selon les scores PCL-R de nos sujets mais aucune tendance ne semblait ressortir dans nos différents groupes.

Les individus du groupe D étaient ceux qui étaient les moins enclins à apporter des précisions sur ce sujet.

Les éléments déclencheurs rapportés par nos sujets selon leur score PCL-R sont représentés sur le graphique suivant :

Figure 24 : Répartition des éléments déclencheurs selon les scores PCL-R

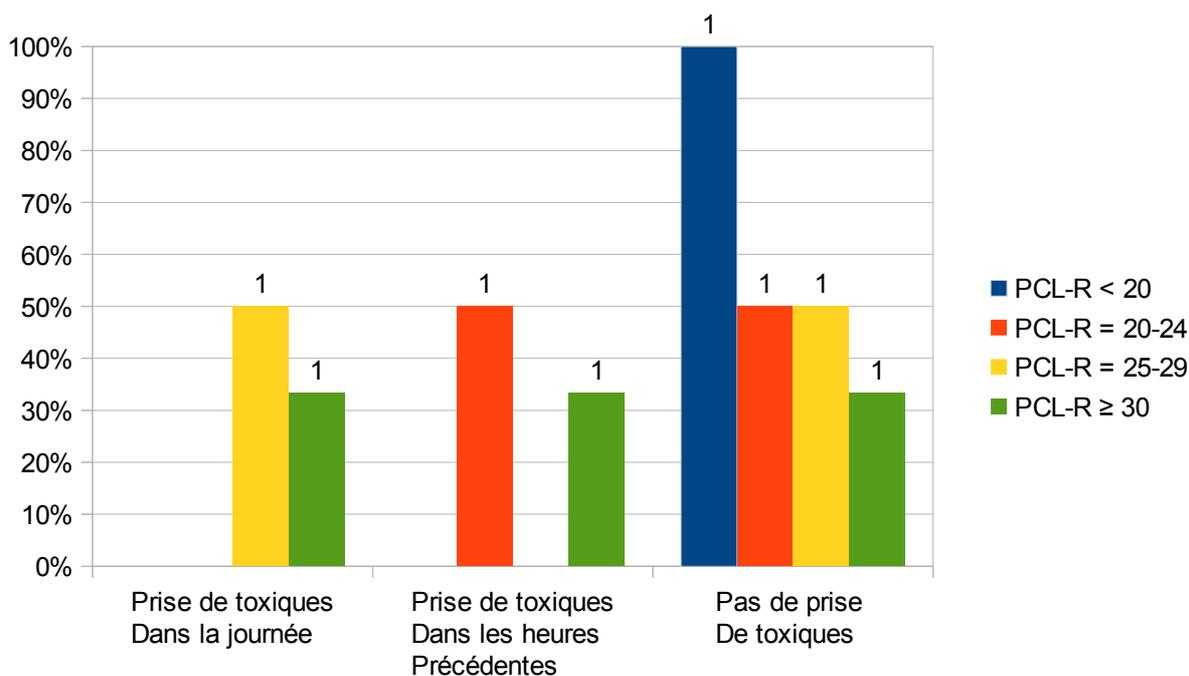


Notre étude retrouvait la notion de prise de toxiques dans la journée précédant le passage à l'acte violent dans 50% (n=4) des cas, pour la moitié (n=2) dans les heures précédentes. Les individus du groupe D représentaient la moitié des cas de prise de substances avant les faits.

Nous avons peu d'éléments sur le type de toxique consommé, seulement 2 sujets inclus précisaient avoir consommé de l'alcool avant le passage à l'acte violent.

Ces résultats sont représentés dans le graphique suivant selon les scores PCL-R de nos sujets :

Figure 25 : Prise de toxiques avant le passage à l'acte selon les scores PCL-R



Nous avons regroupé dans le tableau suivant l'ensemble des éléments recueillis à propos de la phase pré-criminelle selon les scores PCL-R de nos sujets, afin de faciliter la comparaison entre les groupes :

		PCL-R < 20	PCL-R = 20-24	PCL-R = 25-29	PCL-R ≥ 30
Phase pré-criminelle	Tranche d'âge au moment des faits	26-35 ans	26-35 ans	18-25 ans	18-25 ans (66,67%) 36-45 ans (33,33%)
	Suivi psychiatrique	Aucun	Aucun	Aucun	Oui (66,67%)
	Élément déclencheur	Tentative d'agression par la victime	Dettes financières (50%)	Dettes financières (50%) Ennui (50%)	Conflit
	Prise de toxiques	Non	Dans les heures précédentes (50%)	Dans la journée (50%)	Dans la journée ou les heures précédentes (66,67%)

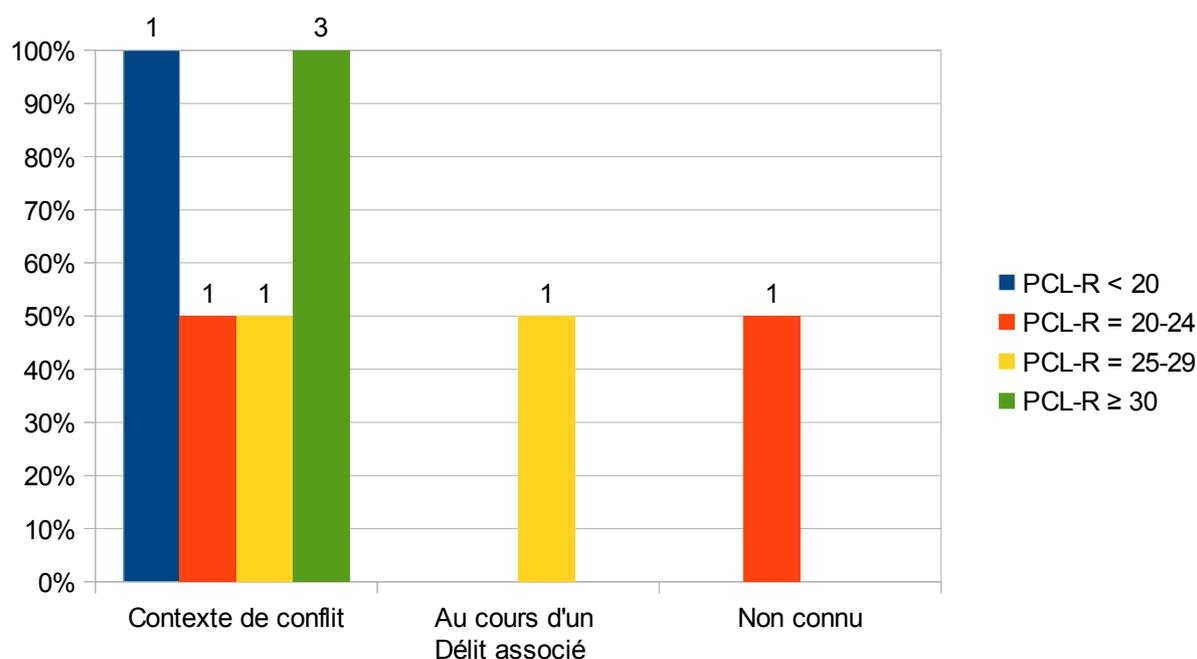
III.7.2 La phase criminelle

- Contexte de survenue et motivations du passage à l'acte violent

Nous avons retrouvé dans notre étude différents contextes de survenue des violences : majoritairement, celles-ci sont survenues dans un contexte de conflit, dans 75% (n=6) des cas. Ce conflit était justifié dans 25% (n=2) des cas par un différend financier. Dans 12,50% (n=1) des cas, les violences sont survenues au cours d'un délit associé.

Nous avons représenté sur le graphique suivant les différents contextes de survenue des violences rapportés selon le score PCL-R de nos sujets :

Figure 26 : Répartition des contextes de survenue



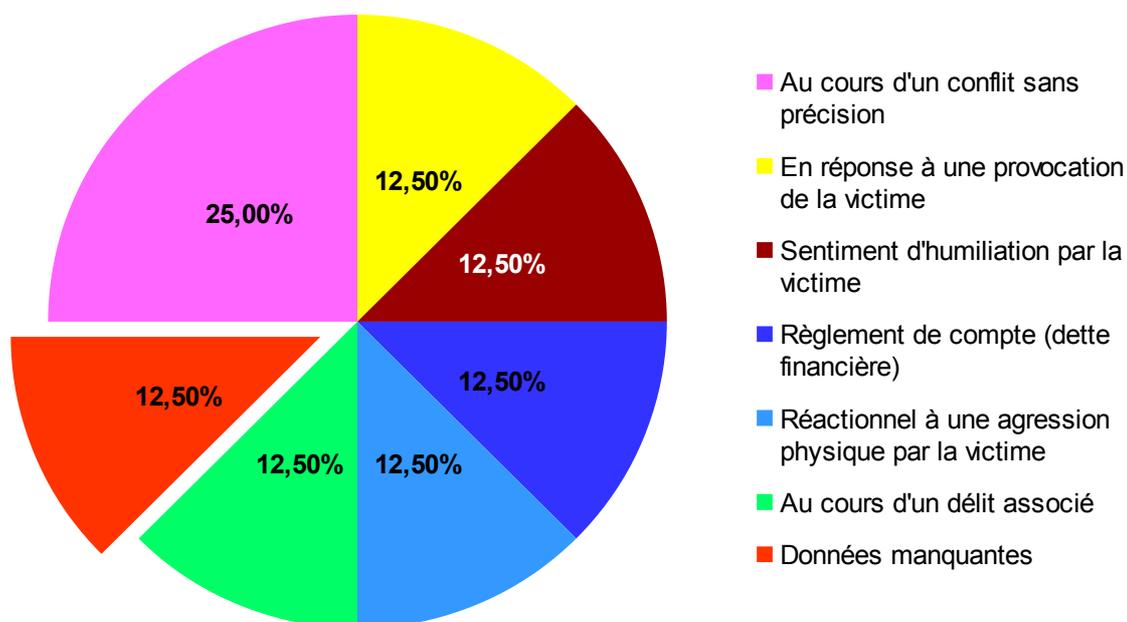
- Motifs du passage à l'acte violent selon les individus

Les motivations de passage à l'acte violent rapportées par nos sujets étaient variées mais pour la majorité, soit 62,5% (n=5), elles consistaient en une réponse à une action de la victime. L'individu dont les violences étaient survenues au cours d'un délit associé rapportait comme motivation de ses comportements antisociaux l'existence d'un sentiment d'ennui et de

solitude. Les données manquantes ne concernaient qu'un sujet qui rapportait une amnésie totale des faits.

Nous avons représentés ces différentes motivations sur le graphique suivant :

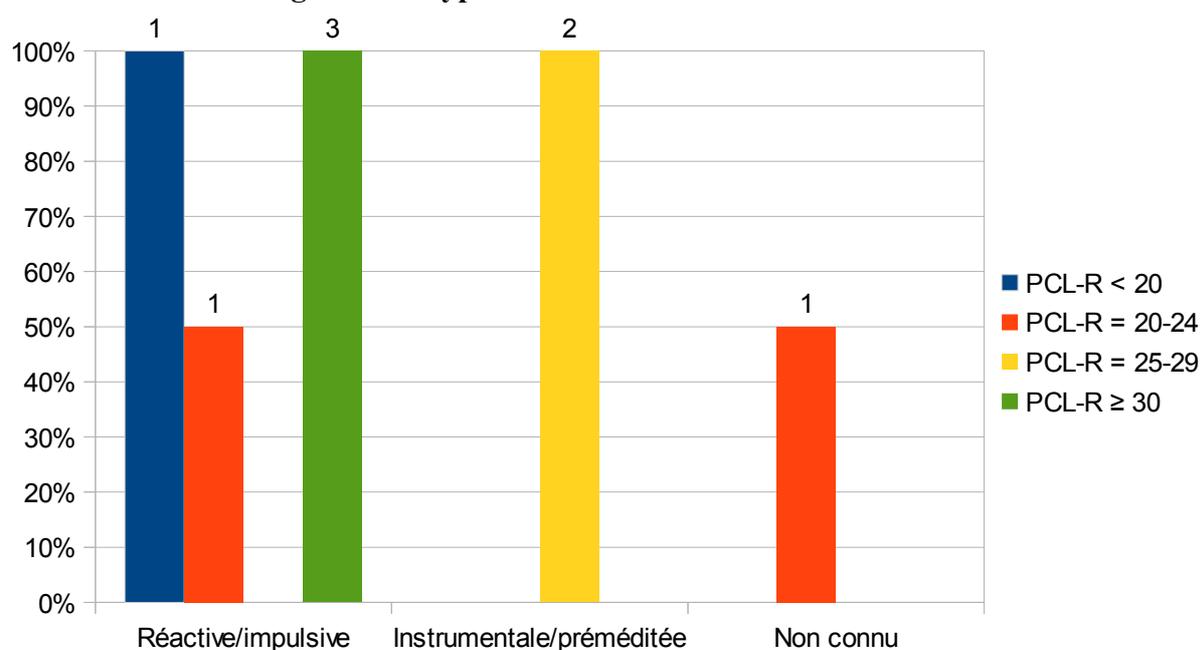
Figure 27 : Motifs du passage à l'acte violent



Le type de violence utilisé était majoritairement la violence réactive ou impulsive. Seulement 25% (n=2) des sujets reconnaissaient des motivations instrumentales à leur violence et un passage à l'acte violent prémédité. Ces deux sujets étaient tous deux regroupés dans le groupe C.

Nous avons représenté sur le graphique suivant le type de violence utilisé par nos sujets selon leur score PCL-R :

Figure 28 : Type de violence selon les scores PCL-R



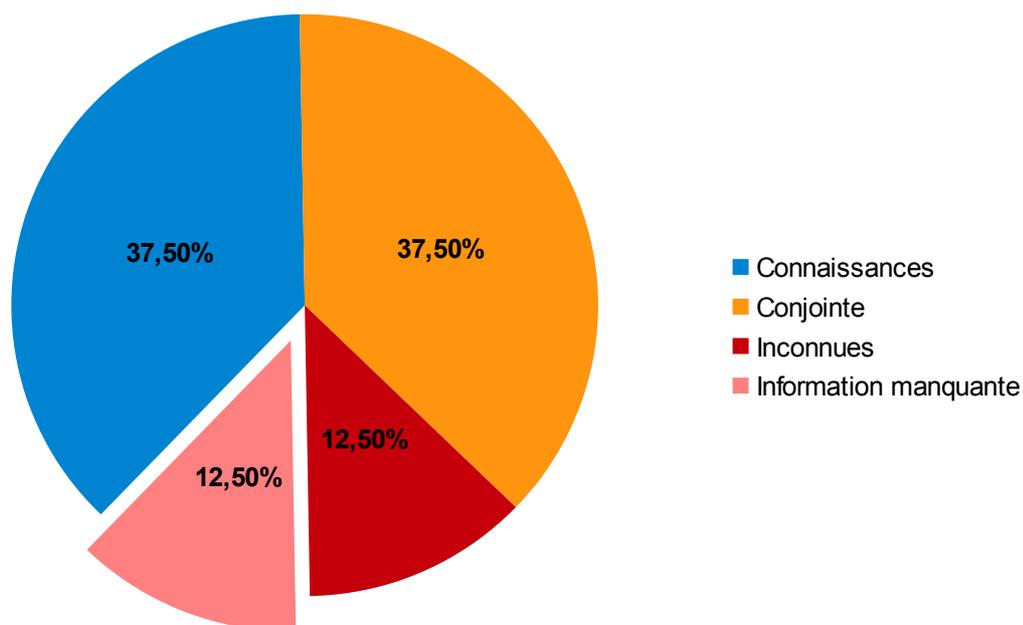
- Le profil des victimes

Les victimes étaient de sexe masculin dans 37,5% (n=3) des cas et de sexe féminin dans 37,5% (n=3) des cas, les données à ce sujet étaient manquantes dans 25% (n=2) des cas.

La majorité des victimes était connue de l'agresseur : l'ensemble des victimes de sexe masculin était des connaissances de l'auteur alors que l'ensemble des victimes de sexe féminin était leur conjointe ou épouse. Seulement 12,50% (n=1) des victimes étaient inconnues de l'auteur des violences, dans le cas de violences survenant dans le cadre d'un délit associé.

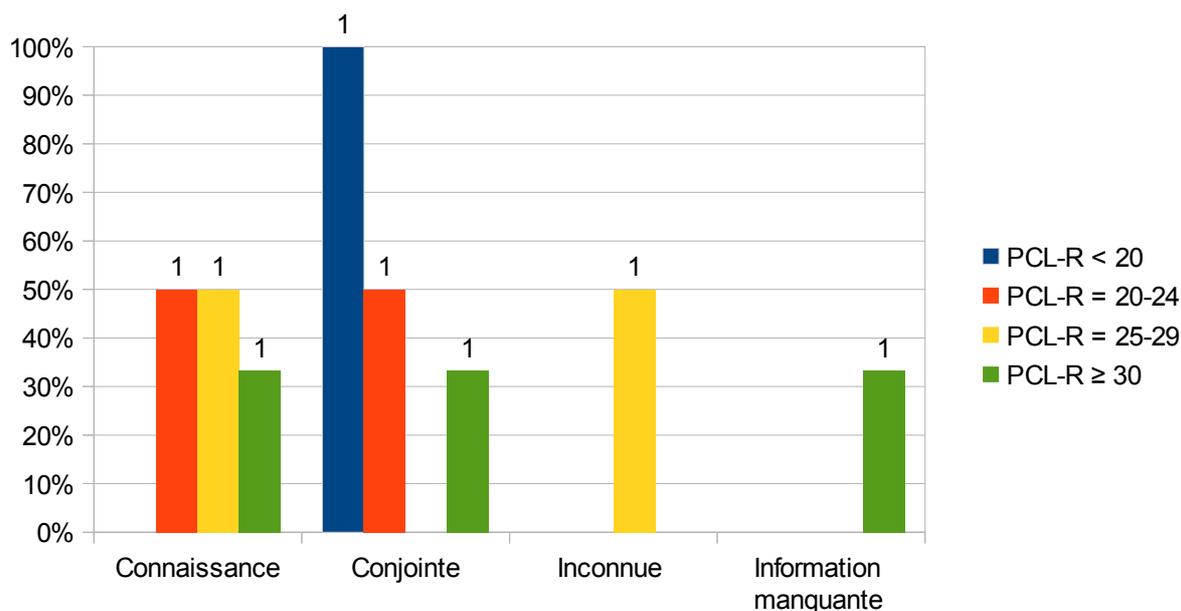
Nous avons représenté ces résultats dans le graphique suivant :

Figure 29 : Relation auteur/victime dans la population



Si nous regardions plus précisément le type de relation auteur/victime selon le score PCL-R, nous retrouvons une distribution variée parmi les différents groupes ne permettant pas de mettre en valeur une tendance particulière, comme on peut le constater sur le graphique suivant :

Figure 30 : Relation auteur/victime selon les scores PCL-R



- Moment de la journée, lieu, type d'arme et complicité

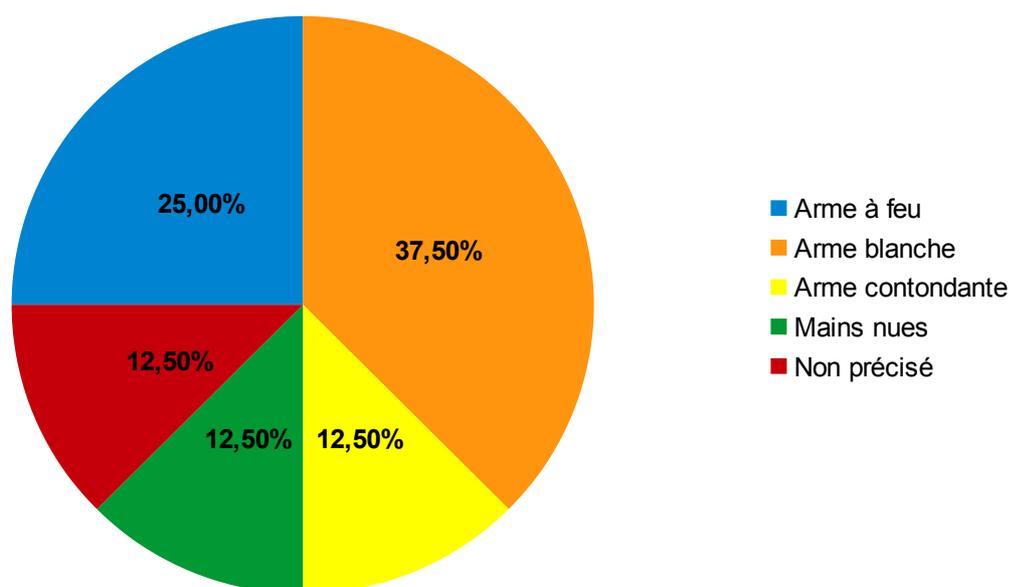
Le passage à l'acte violent est survenu pour la moitié des cas en soirée ou au cours de la nuit, respectivement dans 37,50% (n=3) et 12,50% (n=1) des cas. Les données étaient manquantes pour 37,50% des cas.

Dans 50% (n=4) des cas, le passage à l'acte violent est survenu au domicile de la victime, qui était également le lieu de vie de l'auteur des violences : il s'agissait dans 37,50% (n=3) des cas du domicile conjugal et dans 12,50% (n=1) des cas d'un lieu de vie communautaire type foyer. 37,5% (n=3) des passages à l'acte violents ont eu lieu sur la voie publique ou dans un lieu neutre (commerce). Enfin, 12,50% (n=1) des cas ont eu lieu au domicile d'un tiers.

Les armes utilisées au cours des différents passages à l'acte violents étaient variées : 25% (n=2) des sujets avaient utilisé une arme à feu, 37,50% (n=3) avaient eu recours à une arme blanche type couteau, 12,50% (n=1) avaient utilisé une arme contondante et 12,50% (n=1) avaient infligé les violences à mains nues.

Nous avons représenté ces résultats sur le graphique suivant :

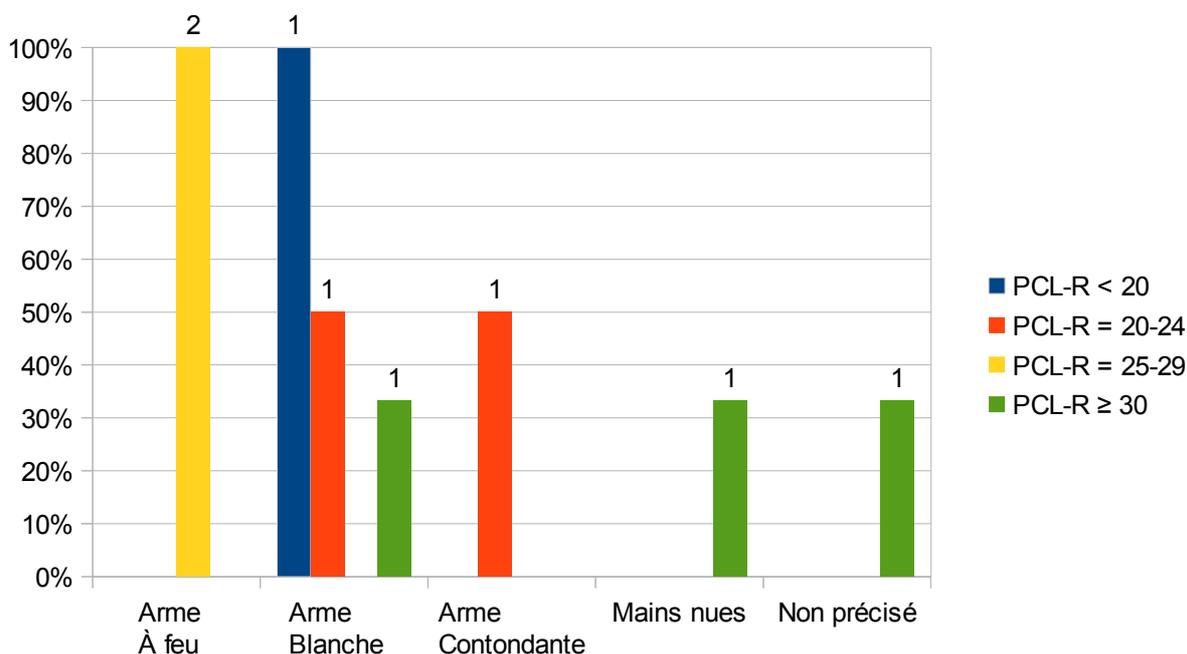
Figure 31 : Type d'arme utilisé dans la population



Si nous regardions plus précisément le type d'arme utilisé selon le score PCL-R des sujets, il n'apparaissait pas de tendance particulière dans le choix de l'arme dont la distribution semblait variée. La seule chose notable était l'utilisation par tous les individus du groupe C d'une arme à feu, au cours de violences rapportées comme préméditées.

Nous avons représenté sur le graphique suivant le type d'arme utilisé par les auteurs de violence lors de leur passage à l'acte violent selon le score PCL-R de chacun :

Figure 32 : Type d'arme utilisé selon les scores PCL-R



La majorité des passages à l'acte a été réalisée sans complicité, dans 75% (n=6) des cas. Les auteurs de violence ayant bénéficié de complicité appartenaient tous au groupe C et rapportaient une assistance par des connaissances plus ou moins proches.

- Symptomatologie psychiatrique au moment des faits

Notre étude a retrouvé pour la majorité de notre population une absence de symptômes psychiatriques au moment du passage à l'acte, dans 87,5% (n=7) des cas. Seulement 12,50%

(n=1) des sujets inclus ont fait état de symptômes psychiatriques au moment des faits, à type d'hallucinations acoustico-verbales.

Nous avons regroupé dans le schéma suivant l'ensemble des éléments recueillis concernant la phase criminelle, répartis selon les scores PCL-R de nos sujets afin de faciliter la comparaison entre les groupes :

		PCL-R < 20	PCL-R = 20-24	PCL-R = 25-29	PCL-R ≥ 30
Phase criminelle	Contexte de survenue	Conflit	Conflit (50%) Inconnu (50%)	Conflit financier (50%) Délit associé (50%)	Conflit
	Motivation	Réaction à l'agression par la victime	Sentiment d'humiliation par la victime (50%) Inconnue (50%)	Règlement de compte (50%) Délit associé (50%)	Absence de précision (66,67%) Réponse à une provocation (33,33%)
	Type de violence	Réactive	Réactive	Préméditée	Réactive
	Victimes	Conjointe	Connaissance (50%) Conjointe (50%)	Connaissance (50%) Inconnue (50%)	Connaissance (33,33%) Conjointe (33,33%)
	Armes utilisées	Arme blanche	Arme blanche ou contondante	Arme à feu	Arme blanche Mains nues
	Symptômes psychiatriques	Aucun	Hallucinations acoustico-verbales (50%)	Aucun	Aucun

III.7.3 La phase post-criminelle

Nous n'avons recueilli que peu de données précises concernant les comportements post-criminels de nos sujets inclus, ceux-ci ayant été brefs sur les informations communiquées à ce sujet au cours des entretiens.

Immédiatement après le passage à l'acte violent, la majorité de nos sujets a présenté un comportement de fuite du lieu des violences, dans 62,5% (n=5) des cas. Les données étaient manquantes à ce sujet dans 37,5% (n=3) des cas, la majorité concernant des individus du groupe D. Un seul individu (groupe A) nous a indiqué être revenu sur le lieu des violences dans les heures suivantes et y être resté.

Seulement un individu, appartenant au groupe B, rapportait avoir maquillé la scène des violences, les violences étant dans ce cas-là un meurtre. Ce sujet rapportait également de façon concomitante la réalisation d'actes post-mortem sur le corps de sa victime.

Aucun de nos sujets inclus ne rapportait avoir porté assistance eux-même à la victime. Cependant, 25% (n=2) avaient appelé les secours, ces individus appartenaient aux groupes A et B. Aucun des individus des groupes C et D n'avait porté assistance à la victime ou appelé les secours.

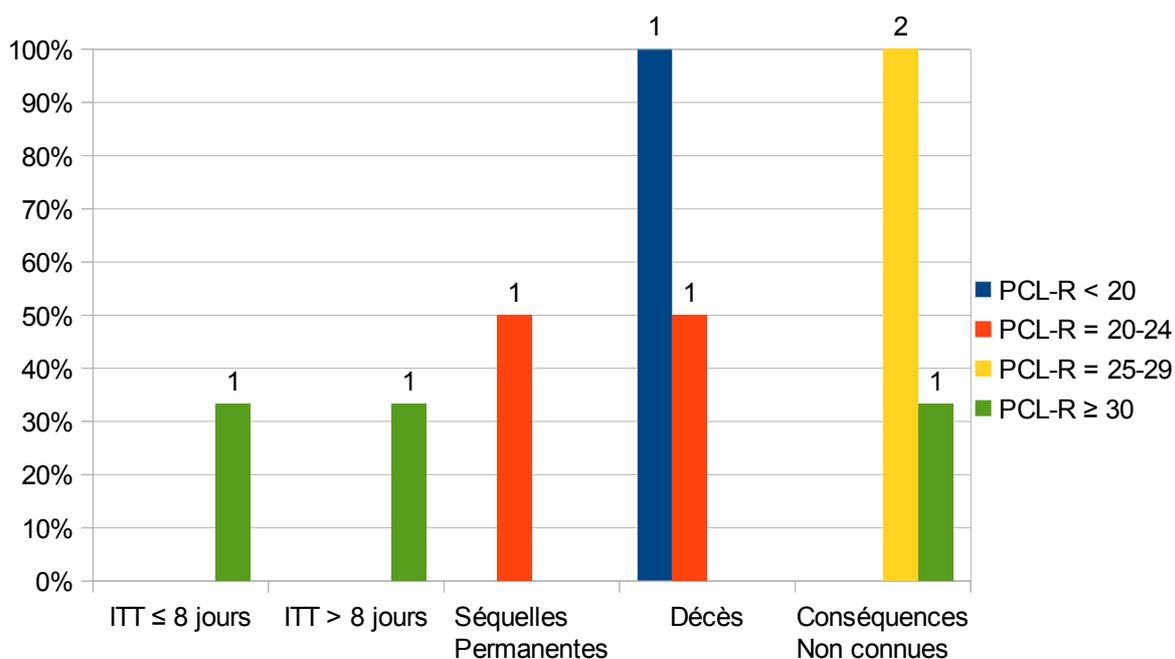
Dans les suites immédiates du passage à l'acte, nous retrouvions chez 75% (n=6) de nos sujets une absence totale de critique des violences infligées à la victime, associée à des réactions de banalisation et une absence d'affect manifeste. Une critique partielle des violences était retrouvée chez seulement un sujet dont les violences avaient mené au décès de la victime et qui appartenait au groupe B.

L'étude de notre population n'a retrouvé aucun état de décompensation psychiatrique dans les suites immédiates du passage à l'acte violent chez de nos sujets.

Les données concernant les conséquences du passage à l'acte pour la victime étaient peu détaillées. Dans 25% (n=2) des cas, les violences avaient mené au décès de la victime, dans 12,50% (n=1) des cas à des séquelles permanentes, dans 12,5% (n=1) des cas à une ITT > 8 jours et dans 12,50% (n=1) des cas à une ITT ≤ 8 jours.

Nous nous sommes intéressés aux conséquences des violences pour les victimes selon le score PCL-R des sujets. Il apparaissait que les violences commises par les individus du groupe D entraînaient des conséquences moins sévères et moins durables que celles commises par les individus des groupe A et B. Nous avons représenté ces résultats sur le graphique suivant :

Figure 33 : Conséquences des violences pour la victime selon les scores PCL-R des auteurs



Nous avons regroupé dans le tableau suivant l'ensemble des éléments recueillis concernant la phase post-criminelle en les répartissant selon les scores PCL-R des sujets, dans le but de faciliter la comparaison entre les groupes :

		PCL-R < 20	PCL-R = 20-24	PCL-R = 25-29	PCL-R ≥ 30
Phase post-criminelle	Comportement immédiat	Fuite puis retour	Fuite Maquillage de la scène de crime (50%)	Fuite	Données manquantes (66,67%) Fuite (33,33%)
	Appel des secours	Oui	Oui (50%)	Non	Non
	Critique du passage à l'acte	Aucune	Partielle	Aucune	Aucune
	Décompensation psychiatrique post-acte	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
	Conséquences pour la victime	Décès	Décès Séquelles permanentes	Non connues	ITT ≤ ou > 8 jours

III.8 Déroulement de l'incarcération actuelle

III.8.1 Sur le plan des soins

Depuis la loi n°94-4 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, le service public hospitalier est chargé d'une mission globale de soins aux personnes détenues, tant sur le plan somatique que psychiatrique, avec une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population.

Ainsi, lors de son incarcération, chaque détenu bénéficie d'au moins une consultation de dépistage somatique et psychiatrique. Cette consultation peut donner lieu, avec accord du détenu, à des soins réguliers par la suite, somatiques et psychiatriques.

L'ensemble de notre population bénéficiait dans de soins au SMPR, ce qui est cohérent puisque c'était l'un de nos critères d'inclusion. La totalité des détenus inclus bénéficiait de consultations psychiatriques régulières. 25% (n=2) d'entre eux avaient déjà bénéficié d'une hospitalisation dans le service.

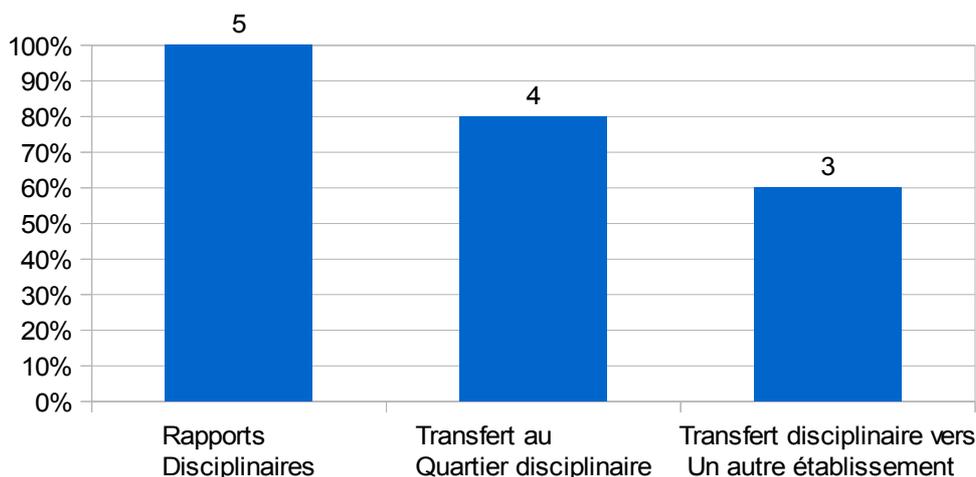
III.8.2 Sur le plan pénitentiaire

L'administration pénitentiaire applique des mesures disciplinaires au sein de la détention lorsque les détenus ne respectent pas le cadre de l'établissement pénitentiaire.

La majorité de notre population a été soumise à des mesures disciplinaires, soit 62,5% (n=5) des cas. Parmi ceux-ci, 100% ont fait l'objet de rapports disciplinaires, 80% ont été transférés au moins une fois au quartier disciplinaire et 60% ont fait l'objet d'au moins un transfert disciplinaire d'un établissement pénitentiaire à un autre. Concernant les sujets qui n'ont pas été soumis à des mesures disciplinaires, soit 37,5% (n=3) de notre population, un tiers (n=1) rapportait des transgressions régulières non connues de l'administration pénitentiaire.

Nous avons représenté ces résultats sur le graphique suivant :

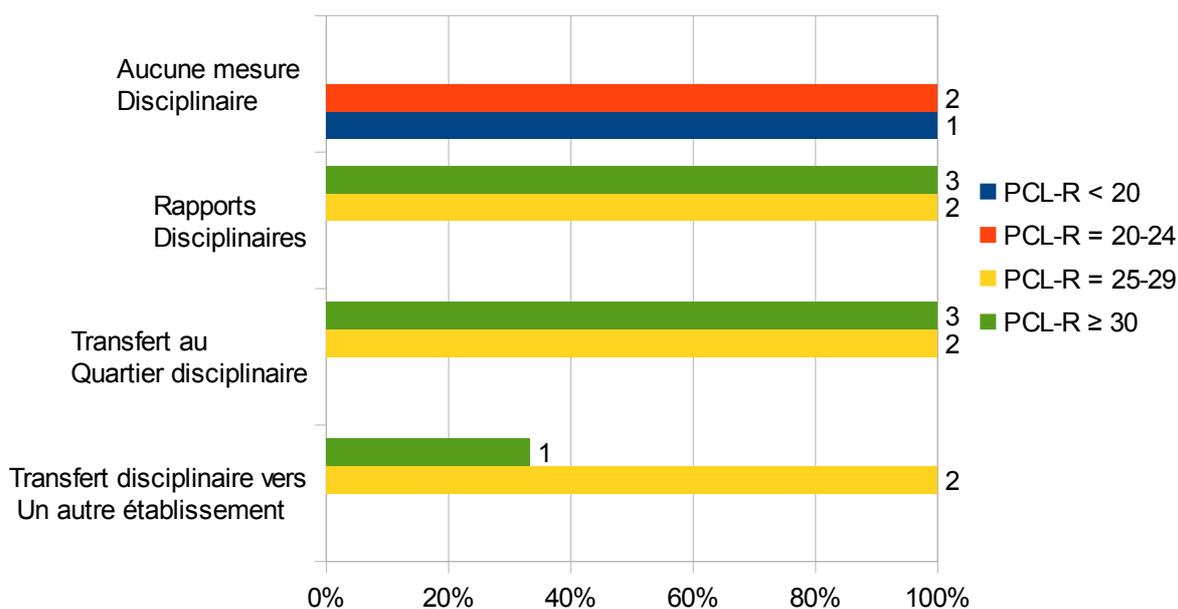
Figure 34 : Répartition des mesures disciplinaires à l'encontre de la population



En regardant plus précisément la répartition des mesures disciplinaires selon le score PCL-R de nos sujets, il apparaissait que la mise en œuvre de celles-ci ne concernait que les individus des groupes C et D. Ainsi, la totalité des sujets du groupe C avait déjà fait l'objet de rapports disciplinaires, quartier disciplinaire et transfert disciplinaire. Les individus du groupe D, quant à eux, avaient déjà tous fait l'objet de rapports disciplinaires et de séjours au quartier disciplinaire mais seulement un tiers avait fait l'objet d'un transfert disciplinaire.

Nous avons représenté sur le graphique suivant les différentes mesures disciplinaires auxquelles a été soumise notre population selon les scores PCL-R des individus inclus :

Figure 35 : Répartition des mesures disciplinaires selon les scores PCL-R

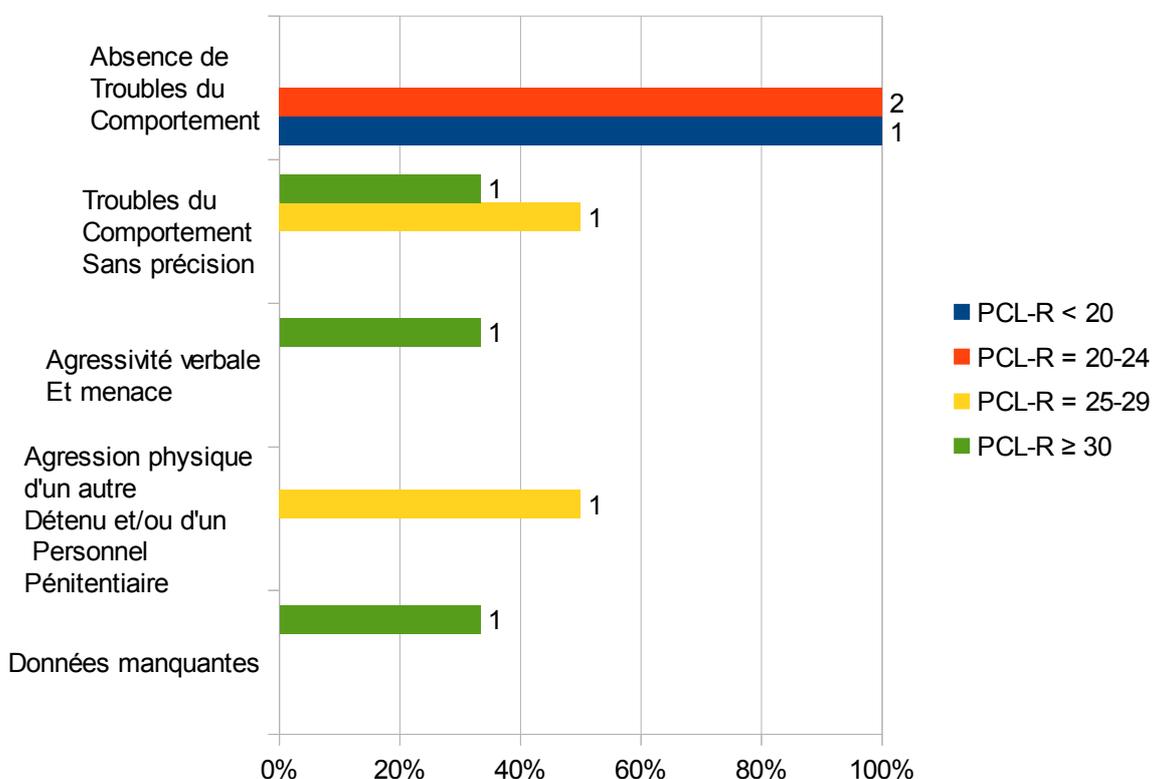


La majorité des mesures disciplinaires mises en place était justifiée par la survenue de troubles du comportement au sein de la détention : 40% (n=2) des sujets soumis à au moins une mesure disciplinaire rapportaient des troubles du comportement sans précision, 20% (n=1) rapportaient l'existence de menace et d'agressivité et 20% (n=1) rapportaient plusieurs agressions physiques sur d'autres détenus et des membres du personnel pénitentiaire.

Si nous regardions plus précisément les motifs de mesure disciplinaire selon les scores PCL-R, il n'apparaissait pas de tendance particulière selon les différents groupes.

Nous avons représenté sur le graphique suivant les différents motifs de mesure disciplinaire selon les scores PCL-R :

Figure 36 : Motifs des mesures disciplinaires selon les scores PCL-R



Nous avons regroupé dans le tableau suivant les différents éléments recueillis concernant le déroulement de l'incarcération en les répartissant selon les scores PCL-R des sujets, dans le but de faciliter la comparaison entre les différents groupes :

		PCL-R < 20	PCL-R = 20-24	PCL-R = 25-29	PCL-R ≥ 30
Déroulement de l'incarcération actuelle	Sur le plan des soins	Suivi SMPR	Suivi SMPR	Suivi SMPR Hospitalisation (33,33%)	Suivi SMPR Hospitalisation (33,33%)
	Mesures disciplinaires	Aucune	Aucune	Rapports disciplinaires Quartier disciplinaire Transfert disciplinaire	Rapports disciplinaires Quartier disciplinaire Transfert disciplinaire (33,33%)
	Motif	X	X	Troubles du comportement Agressions physiques de détenus ou de personnels pénitentiaires	Troubles du comportement Agressivité et menaces

III.9 Les échelles

III.9.1 Score de psychopathie et HCR-20

Pour rappel, la répartition de nos sujets selon leur score PCL-R est représentée dans le tableau suivant. Le score de cut-off retenu pour notre étude était de 25 / 40.

Figure 37 : Répartition des sujets selon le score PCL-R

Score PCL-R	Nombre de sujets (n=X)	Pourcentage de notre population (%)
Score < 20	1	12,50%
Score = 20-24	2	25,00%
Score = 25-29	2	25,00%
Score ≥ 30	3	37,50%
Total	8	100,00%

Dans notre étude, la moyenne du score de psychopathie de notre population était de 26,75 (écart-type : 4,53 ; étendue de 19 à 33). Le score moyen facteur 1 était de 11,38 (écart-type : 2,07 ; étendue de 7 à 14) et le score moyen facteur 2 était de 15,38 (écart-type : 4,9 ; étendue de 6 à 22).

La répartition des sujets inclus selon leur score PCL-R est représentée dans le tableau suivant :

Figure 38 : Résultats de la PCL-R dans notre population

Score PCL-R	% des sujets	Score total moyen /40 (SD)	Score moyen facteur 1 (SD) /16	Score moyen facteur 2 (SD) /24
	100,00%	26,75 (4,53)	11,38 (2,07)	15,38 (4,90)
< 20	12,50%	19	13	6
20-24	25,00%	24 (0)	9,5 (3,54)	14,5 (3,54)
25-29	25,00%	27 (2,83)	12,5 (2,12)	14,5 (0,71)
≥30	37,50%	31 (1,73)	11,33 (0,58)	19,67 (2,08)

Du fait de la petite taille de notre échantillon, les résultats obtenus en terme de moyenne et d'écart-types pour les sous-groupes ne sont pas significatifs.

Concernant la HCR-20, notre étude retrouvait dans notre population un score HCR-20 moyen de 25,5 (écart-type : 6,59 ; étendue 15 à 33).

III.9.2 Le questionnaire d'Impulsivité, d'Aventurisme et d'Empathie de Eysenck (Adult IVE-7)

Pour rappel, l'Impulsivité telle que considérée dans ce questionnaire renvoie à l'action de manière impulsive, sans réflexion préalable et sans évaluation des risques et conséquences de cette action. La partie Aventurisme caractérise quant à elle les individus agissant en tenant compte des risques encourus. Enfin, la partie Empathie est utilisée principalement comme distracteur, sa validité clinique n'ayant pas été prouvée.

Concernant la traduction du questionnaire dont nous disposions, 3 items n'apparaissaient pas traduits et nous n'avons pas réussi à joindre l'auteur de l'étude pour résoudre ce problème.

Nous avons donc proposé une traduction pour les items manquants, qui n'a pas été validée officiellement.

Un de nos sujets n'a rempli que partiellement le questionnaire, nous n'avons donc pas inclus ses réponses dans les résultats.

Figure 39 : Résultats au questionnaire de Eysenck dans notre population

Score PCL-R	Score moyen d'impulsivité (SD) /19	Score moyen d'aventurisme (SD) /16	Score moyen d'empathie (SD) /19
Population totale	9 (3) étendue 5 à 13	11,43 (3,21) étendue 7 à 15	11,86 (1,77) étendue 10 à 15
PCL-R < 20 (sujet unique)	8	13	15
PCL-R = 20-24	6 (1,155) étendue 5 à 7	11,43 (5,66) étendue 7 à 15	11,5 (2,12) étendue 10 à 13
PCL-R = 25-29	9 (2,83) étendue 7 à 11	12,5 (3,54) étendue 10 à 15	11 (1,41) étendue 10 à 12
PCL-R ≥ 30	12,5 (0,71) étendue 12 à 13	10 (2,83) étendue 8 à 12	11,67 (0,71) étendue 11 à 12

Du fait de la petite taille de notre échantillon, les résultats obtenus en termes de moyenne et d'écart-types pour les sous-groupes ne sont pas significatifs.

Quelques tendances apparaissaient cependant :

Les scores d'impulsivité les plus élevés étaient obtenus par des individus des groupes C et D et les scores les moins élevés par les individus des groupes A et B.

En terme de score d'aventurisme par contre, les scores les plus élevés étaient retrouvés chez des individus des groupes B et C. L'individu du groupe A obtenait également un score élevé. Les individus du groupe D obtenaient pour l'un d'entre eux un haut score et pour le deuxième un score bas.

Enfin, concernant les scores d'empathie, ceux-ci étaient sensiblement similaires entre les sujets des différents groupes, excepté concernant les sujets du groupe A et B qui

obtenaient les scores le plus élevés. Les scores d'empathie étaient assez proches dans les groupes C et D.

III.10 Données croisées

III.10.1 Prise de toxiques chez les individus psychopathes et son impact sur le passage à l'acte violent

Nous avons retrouvé dans notre échantillon une corrélation positive entre la prise de toxiques régulière et le score PCL-R de nos sujets ($r_s = 0,62$; $p = 0,10$). Celle-ci n'était cependant pas statistiquement significative.

La taille restreinte de notre échantillon et un certain nombre de données manquantes ne nous ont pas permis d'obtenir des résultats significatifs concernant l'impact de la prise de toxiques sur le passage à l'acte violent.

Concernant la sévérité des actes violents, nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre la prise de de toxiques et la gravité des violences infligées aux victimes. En effet, les individus auteurs des faits les plus graves (meurtres, actes de torture et de barbarie) n'étaient pas, pour la majorité d'entre eux (deux sujets sur trois), consommateurs réguliers et n'avaient pas consommé avant les faits.

Nous n'avons pas non plus retrouvé de corrélation entre le type de violence (réactive vs. instrumentale) mise en œuvre lors du passage à l'acte et la prise de toxiques en phase pré-criminelle.

Quelques tendances ressortaient lors du passage à l'acte : les sujets qui avaient consommé des substances avant les violences montraient une tendance à passer à l'acte sur des connaissances dans des lieux extérieurs ou neutres, en utilisant une arme. Les sujets qui n'avaient pas consommé de substances avant les faits montraient quant à eux une tendance à passer à l'acte sur leur conjointe au sein du domicile conjugal.

Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre prise de substances et moment de la journée où sont survenues les violences, pas plus nous n'avons trouvé de corrélation entre prise de substances et comportement immédiat en phase post-criminelle.

III.10.2 Psychopathie, comportements antisociaux et risque de récidive violente

Les comportements antisociaux regroupent l'ensemble des comportements hostiles à la société et aux normes sociales tels que la violence, les délits et les crimes. Ils représentent un des aspects principaux de la psychopathie et se répètent à de multiples reprises au cours de la vie de l'individu.

Notre étude retrouvait une corrélation positive et significative entre les scores PCL-R totaux de nos sujets et les sous-scores composante antisociale de l'échelle PCL-R ($r_s = 0,9019$; $p = 0,002$). De même, nous avons retrouvé l'existence d'une corrélation positive et significative entre le score PCL-R et le score HCR-20 ($r_s = 0,9394$ et un $p = 0,00053$).

Nous avons également retrouvé une corrélation positive et significative entre le score PCL-R et le nombre d'incarcérations antérieures ($r_s = 0,8697$ et un $p = 0,005$). De même, il existait une corrélation positive et significative entre le score HCR-20 et le nombre d'incarcérations antérieures ($r_s = 0,87$ et $p = 0,0049$).

Dans notre population, les individus qui avaient des antécédents judiciaires autres que la violence agie avaient tendance à avoir des scores PCL-R et HCR-20 plus élevés que ceux qui n'en avaient pas.

III.10.3 Psychopathie et degré de violence

Dans notre population, les individus qui avaient réalisé les passages à l'acte les plus graves (meurtres, actes de torture et de barbarie) étaient les individus qui avaient les scores PCL-R les plus bas (compris entre 19 et 24). Les sujets qui ont obtenu les scores les plus

élevés montraient plutôt une tendance à être impliqués dans des actes de violence « simple » ayant des conséquences moins sévères pour les victimes.

III.10.4 Psychopathie, violences et impulsivité

Notre étude a retrouvé une corrélation positive entre les scores PCL-R et les scores d'impulsivité obtenus par nos sujets inclus ($r_s = 0,7182$; $p = 0,07$). Celle-ci n'était cependant pas significative.

Notre étude a retrouvé chez les individus les plus impulsifs de notre population une tendance au célibat et à l'isolement social (modéré ou total). Ces individus présentaient également un niveau scolaire plus bas et avaient plus tendance à être consommateurs réguliers de substances psychoactives. Tous rapportaient des antécédents judiciaires multiples à type de violence agie réactive mais aussi autres que la violence. Il existait une corrélation positive entre le nombre d'incarcérations antérieures et les scores d'impulsivité ($r_s = 0,74$; $p = 0,059$), à la limite de la significativité. De même, nous avons retrouvé une corrélation positive non significative entre les scores obtenus à la HCR-20 et les scores d'impulsivité ($r_s = 0,71$; $p = 0,07$). Le seul individu chez qui on retrouvait un antécédent de tentative de suicide et un diagnostic de personnalité labile type impulsive obtenait un des scores d'impulsivité les plus élevés de notre population.

En ce qui concerne la phase criminelle du passage à l'acte, nous n'avons pas retrouvé, du fait de la petite taille de notre échantillon, de corrélation entre le type de violence utilisé lors du passage à l'acte et le score d'impulsivité. En effet, sur les deux passages à l'acte prémédités rapportés par nos sujets, l'un était perpétré par un sujet qui avait un des plus hauts scores d'impulsivité.

Notre étude a retrouvé une corrélation négative non significative entre le degré des violences infligées et les scores d'impulsivité ($r_s = -0,70$; $p = 0,08$). Il n'existait pas de tendance remarquable concernant le type d'arme utilisé, les lieux et moment de la journée où étaient survenus les passages à l'acte et le profil des victimes.

Concernant la phase post-criminelle, nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre score d'impulsivité et comportement immédiat adopté dans les suites du passage à l'acte. Le seul élément notable concernait le comportement en détention, les individus ayant les scores d'impulsivité les plus élevés montrant une tendance positive à s'exposer à des mesures disciplinaires. Aussi, le sujet ayant obtenu le score d'impulsivité le plus élevé de notre population faisait partie de ceux qui avaient fait l'objet de rapports, de transferts au quartier disciplinaire mais également de transferts disciplinaires.

III.10.5 Psychopathie, aventurisme et violence

La recherche de sensations est reconnue comme un aspect retrouvé fréquemment dans la psychopathie. Notre étude retrouvait une corrélation négative à la limite de la significativité entre les scores PCL-R et les scores d'aventurisme obtenus dans notre population ($r_s = -0,2636$; $p = 0,57$).

Nous avons vu que l'aventurisme est une composante de l'Impulsivité. Toutefois, nous retrouvions une corrélation négative non significative entre scores d'impulsivité et scores d'aventurisme ($r_s = -0,2$; $p = 0,67$).

Notre étude retrouvait chez les sujets obtenant les scores les plus élevés en terme d'aventurisme une tendance positive à l'usage régulier de toxiques mais également à la prise de toxiques avant le passage à l'acte violent. Il n'existait pas de tendance notable concernant les données socio-démographiques de notre population.

Lors du passage à l'acte, les individus ayant les plus hauts scores d'aventurisme montraient une tendance positive à utiliser une arme blanche ou une arme à feu. Nous n'avons pas retrouvé de tendance notable concernant le lieu et le moment de la journée de survenue du passage à l'acte ou le profil de la victime. Concernant le type d'infraction commise et de violence mis en œuvre, nous retrouvions une tendance positive entre score d'aventurisme et degré de violence. Les deux individus ayant commis des homicides faisaient partie des sujets qui avaient obtenu les scores d'aventurisme les plus élevés, de même que la moitié des sujets qui avaient fait preuve de violence préméditée.

Nous n'avons pas retrouvé de tendance notable entre le comportement immédiat post-criminel, le comportement en détention et les scores d'aventurisme obtenus par nos sujets. Nous rappelons toutefois qu'un grand nombre de données étaient manquantes concernant cette partie et que la taille de notre échantillon était restreinte.

III.10.6 Psychopathie, violence et empathie

Le manque d'empathie est une des caractéristiques reconnues de la psychopathie. Nous avons vu que la mesure de l'empathie obtenue avec le Questionnaire de Eysenck était assez controversée, ce qui explique pourquoi nous avons peu retenu les résultats obtenus pour la composante empathie chez nos sujets.

Notre étude retrouvait une corrélation négative non significative entre les scores PCL-R et les scores d'empathie obtenus par nos sujets au questionnaire de Eysenck ($r_s = -0,30$; $p = 0,51$). On observait une tendance positive entre scores d'empathie et degré de violence.

PARTIE III – DISCUSSION DES **RÉSULTATS DE L'ÉTUDE**

I- LES LIMITES ET CONTRAINTES DE NOTRE ÉTUDE

Dans notre étude, nous avons inclus un total de 8 individus qui présentaient les critères diagnostiques de la psychopathie et qui étaient incarcérés pour des faits de violences, allant de faits de violence physique « simple » à des homicides multiples associés à des actes de torture et de barbarie. Bien que la violence soit un des motifs principaux d'incarcération en France et que la psychopathie soit assez fréquemment retrouvée en population carcérale, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés dans l'inclusion des patients.

I.1 Des incidents indépendants de notre volonté et des limites connues de la littérature

Un des obstacles principal que nous avons rencontré au cours de cette étude a été la fermeture pour une durée indéterminée d'une partie du Centre Pénitentiaire de Poitiers-Vivonne en septembre 2016 suite à un incendie ayant entraîné une dégradation des locaux et donc un transfert massif des détenus vers d'autres Centres Pénitentiaires, réduisant quasiment de moitié la population carcérale totale de l'établissement et donc le nombre de sujets potentiellement incluables.

De plus, la littérature reconnaît une certaine difficulté à réaliser des études à grande échelle en milieu carcéral, du fait du manque d'intérêt de la population détenue à participer à une recherche qui ne lui apportera aucun bénéfice direct, ce qui influe nécessairement sur la taille de l'échantillon final.

I.2 Des limites matérielles

Même si le projet a été initié dans l'année précédant les inclusions, il n'a pas été possible de faire participer d'autres établissements pénitentiaires à notre étude, du fait de l'importance du travail à réaliser pour le recueil de données. Ce choix a participé à la petite taille de notre échantillon final.

Concernant le recueil de données effectué, celui-ci a été impacté par l'impossibilité de consulter les dossier pénaux et les expertises des sujets inclus, malgré nos sollicitations régulières auprès du greffe. L'accès aux dossiers pénaux aurait pu nous permettre de récupérer des éléments précis et objectifs concernant les données socio-démographiques et sur l'ensemble du processus criminogène. L'accès aux expertises aurait pu, quant à lui, nous permettre d'avoir un regard éclairé et objectif concernant l'état mental du sujet au moment du passage à l'acte. Un rapprochement avec le Juge d'Application des Peines est en cours et devrait permettre un accès direct aux expertises de par cette collaboration.

I.3 Des limites en lien avec les caractéristiques intrinsèques du sujet psychopathe

Nous avons vu que les individus psychopathes avaient tendance à éviter tout contact avec le monde de la psychiatrie, notamment en détention où il n'existe pas de soins psychiatriques sous contrainte. Ce premier élément constituait un des obstacles dans notre processus d'inclusion puisqu'il était impossible d'inclure des sujets que nous ne pouvions rencontrer.

Concernant notre échantillon, nous savons que les individus psychopathes ont une tendance au déni, à l'omission de détails majeurs, à la manipulation et à la tromperie. Ainsi, il est possible que les données recueillies, notamment en ce qui concerne le processus criminogène, aient été altérées, amenant de ce fait un certain nombre de biais dans nos résultats. Ces caractéristiques peuvent également nous faire douter de l'honnêteté de certaines réponses apportées à l'auto-questionnaire d'Eysenck, notamment pour les items évaluant l'empathie, amenant des biais supplémentaires.

I.4 Des limites qui nous sont propres

Comme pour toute étude, le choix de critères d'inclusion et d'exclusion précis a amené une certaine restriction des sujets potentiellement incluables et a donc participé à la taille restreinte de notre échantillon. De même, le choix d'une période d'inclusion limitée dans le temps a, lui aussi, participé à l'obtention d'un échantillon de taille restreinte.

Enfin, la cotation des échelles et questionnaires par différents intervenants peut avoir entraîné un biais d'évaluation. Nous savons en effet que les cotations de la PCL-R et de la HCR-20 peuvent différer selon l'intervenant qui les effectue.

II- DISCUSSION DES DONNÉES DE NOTRE ÉTUDE

Malgré les biais et les limites rencontrés, notre étude a permis de soulever un certain nombre de résultats intéressants ainsi que des pistes de réflexion futures qui nous engagent d'ores et déjà dans une volonté de poursuite des inclusions au niveau régional, voire national. L'intérêt majeur de notre étude réside dans une analyse des données de l'impulsivité. Par conséquent, pour une lisibilité plus objective et dans le but de faciliter la compréhension, ces données seront abordées en suivant le déroulé de notre grille de lecture.

II.1 Données socio-démographiques

II.1.1 Des sujets d'âge jeune, célibataires, de niveau scolaire moyen et isolés sur le plan social, en lien direct et proportionnel avec le degré d'impulsivité

Selon un certain nombre d'études et de méta-analyses, le sexe masculin, l'âge inférieur à 40 ans, le célibat, le faible niveau d'étude, l'usage de substances, la précarité sociale et économique et l'impulsivité sont considérés comme des facteurs de risque de violence, au même titre que la psychopathie (85). Nous retrouvons l'ensemble des caractéristiques dans notre population.

En effet, dans notre étude, les individus psychopathes qui ont commis des actes de violence physique étaient des hommes jeunes, célibataires (62,5%), de niveau scolaire faible ou moyen (75%), usagers réguliers de substances psychoactives (75%) et majoritairement isolés sur le plan social (62,5%). Il existait une situation de précarité pour 25% d'entre eux. Nous retrouvons une corrélation positive entre degré de psychopathie et degré d'impulsivité, corroborée par la littérature.

La moyenne d'âge de nos sujets était de 32 ans au moment de leur inclusion, 87,5% de nos sujets étant alors âgés de moins de 40 ans. L'âge moyen au moment du passage à l'acte violent était de 28 ans, 75% de nos sujets étaient alors âgés de moins de 30 ans.

Nous retrouvons chez les sujets qui obtenaient les scores les plus élevés d'impulsivité, une tendance à un niveau scolaire plus bas et à un isolement social (conjugal, amical et

familial) plus important que chez les autres. Ces derniers résultats pourraient s'expliquer par le fonctionnement de l'agir impulsif en lui même, où le défaut de contrôle inhibiteur et l'altération de perception des informations extérieures conduisent à des actions irréfléchies suivies de conséquences potentiellement négatives, qui peuvent amener à un rejet majeur par l'entourage et une difficulté à investir la scolarité ou les formations sur le long terme.

II.1.2 ...chez qui on retrouve des traumatismes précoces et des expériences multiples d'abandon

Nous avons vu que la psychopathie trouvait ses origines dans le vécu biographique de l'individu et que certains événements de vie tels que les traumatismes précoces (maltraitements, décès d'un parent) et les ruptures multiples étaient des éléments communément retrouvés chez les individus psychopathes (6,10).

Nous retrouvions ce type d'événements chez tous les sujets de notre population. La majorité d'entre eux rapportait avoir été victime de maltraitements physiques (75%) et de violences sexuelles (12,5%) au cours de l'enfance ou de l'adolescence. De même, une majorité avait expérimenté au moins une rupture avec le milieu familial qui avait provoqué une grande souffrance et un fort sentiment d'abandon (62,5%). Les relations parentales pouvaient également être perturbées du fait du décès précoce d'un des parents (25%).

Il n'était pas rare dans notre population que plusieurs événements traumatiques soient retrouvés chez un même individu.

Ces événements de vie pourraient être à l'origine de certaines difficultés rencontrées par les psychopathes au cours de leur existence : difficultés scolaires, précarité, comportements addictifs, chômage... La difficulté à s'investir de façon durable dans une relation pourrait également tirer son origine dans ces vécus traumatiques, le sujet reproduisant à l'âge adulte les comportements observés et vécus au cours de son enfance (violences agies, isolement social et familial, difficultés à investir une relation sentimentale).

La littérature reconnaît déjà les antécédents de violence subie et de ruptures répétées dans l'enfance comme un facteur de risque de développer à l'âge adulte un trouble de la personnalité psychopathique. Dans ce sens, les résultats de notre étude pourraient nous laisser

penser que la multiplicité de ce type d'événements dans l'enfance et l'adolescence a un impact sur le degré de psychopathie ainsi que sur le degré d'impulsivité observés à l'âge adulte, nos sujets obtenant les scores PCL-R et d'impulsivité les plus élevés rapportant plus d'événements de vie traumatiques et de ruptures que les sujets obtenant des scores PCL-R et d'impulsivité plus bas. Notre étude n'a pas permis d'obtenir de résultats significatifs à ce sujet mais il serait intéressant de pouvoir évaluer ce type de variables dans un échantillon plus important.

II.2 Les antécédents médicaux, psychiatriques et addictologiques

Nous avons retrouvé peu d'antécédents médicaux et psychiatriques notables chez les individus psychopathes de notre population, ce qui n'est pas étonnant dans le sens où cette population se tient généralement à distance des soins, notamment psychiatriques, du fait d'une introspection difficile des troubles existants et d'une révolte contre la société qui empêche ces individus de demander de l'aide auprès de celle-ci (119).

II.2.1 Des antécédents familiaux d'addiction et de violence qui influent sur le degré d'impulsivité

Les antécédents familiaux d'addiction et de violence interviennent dans le développement chaotique de l'individu psychopathe au même titre que les vécus traumatiques précoces et les ruptures répétées évoqués précédemment (3,137). Dans cette idée, la survenue de comportements familiaux addictifs et violents pourraient elle aussi avoir un impact sur les degrés de psychopathie et d'impulsivité retrouvés chez nos sujets à l'âge adulte.

Dans notre étude, les sujets qui obtenaient les scores de psychopathie et d'impulsivité les plus élevés rapportaient pour la majorité d'entre eux des violences intrafamiliales fréquentes au cours de l'enfance, la corrélation avec les antécédents familiaux d'addiction était moindre cependant. Ces résultats pourraient nous laisser penser que les antécédents familiaux de violence ont un impact plus important sur les degrés de psychopathie et d'impulsivité retrouvés chez le sujet psychopathe adulte que les antécédents familiaux d'addiction.

De plus, nos résultats étaient compatibles avec l'approche transgénérationnelle proposée par Bénézech et Le Bihan puisque nos sujets adultes qui rapportaient des comportements violents et addictifs présentaient pour la majorité d'entre eux des antécédents familiaux de violence et d'addiction, allant dans le sens d'une reproduction à l'âge adulte des comportements familiaux subis dans l'enfance (3).

II.2.2 Des patients peu connus de la psychiatrie chez qui on retrouve des conduites addictives fréquentes en lien avec le degré d'aventurisme

La moitié de notre population n'avait jamais été en contact avec le monde psychiatrique avant l'incarcération actuelle, ce qui est peu surprenant du fait de la tendance des individus psychopathes à rester à distance des soins psychiatriques (119). Il est à noter que les démarches de soins volontaires sont rarement réalisées suite à une prise de conscience du trouble de la personnalité psychopathique par les individus concernés mais plutôt dans un objectif de bénéfices secondaires aux soins (119), par exemple obtenir une attestation de soins pouvant réduire les sanctions judiciaires, se mettre à l'abri dans les suites d'un acte de délinquance pour se protéger des forces de l'ordre voire même comme une distraction au sein du milieu carcéral connu pour la pauvreté de ses activités occupationnelles. Nos sujets ne s'en cachaient d'ailleurs pas et la participation à notre étude était souvent envisagée comme tel.

L'autre moitié, quant à elle, rapportait des contacts avec la psychiatrie non volontaires, survenant dans le cadre de soins hospitaliers sous contrainte ou de soins pénalement ordonnés (obligations/injonctions de soins), majoritairement demandés dans les suites de violences agies (ce constat pour rappeler la dynamique politico-judiciaire dans une phase sécuritaire et de populisme pénal dont l'intérêt majeur est la prévention de la récidive passant systématiquement par ces soins pénalement ordonnés comme déplacement de responsabilité). Les sujets qui obtenaient les plus hauts scores de psychopathie de notre échantillon étaient pour la majorité concernés par ces soins contraints, ce qui pourrait nous laisser penser que les individus présentant un plus haut degré de psychopathie sont plus à risque de par leur comportement et les troubles fréquents présentés d'être orientés contre leur gré vers des structures de soins que leurs homologues dont le degré de psychopathie est plus modéré. Nous ne retrouvons pas de lien entre les soins contraints et le degré d'impulsivité chez nos sujets mais il reste envisageable de trouver une corrélation positive entre ces deux variables de par la

personnalité psychopathique en elle-même, au travers par exemple de leur tendance superlative aux comportements délictueux.

Comme les soins psychiatriques, les soins addictologiques étaient eux aussi mis à distance par nos sujets psychopathes malgré des consommations de toxiques régulières, l'usage de substances étant reconnu par la littérature comme la comorbidité la plus retrouvée chez les individus psychopathes (4). Dans cette idée, il n'était donc pas surprenant de retrouver des consommations fréquentes chez la majorité de nos sujets (75%), pluri-quotidiennes pour la moitié d'entre eux, corrélées positivement au degré de psychopathie mesuré. Ces chiffres étaient supérieurs à ceux retrouvés par Grann et *al.* (1999) dans leur étude sur la prédiction de la récidive par la PCL-R (60%), cette différence pouvant s'expliquer par la différence de taille des échantillons. Ces consommations touchaient tout particulièrement nos sujets les plus impulsifs, ce qui est cohérent avec les données de la littérature qui retrouvent une association fréquente entre impulsivité et prise de substances, non spécifique de la psychopathie (50).

Nous notions également dans notre population une corrélation positive entre prise de substances et degré d'aventurisme, composante qui intègre la recherche de sensations. Cette observation ne nous a pas étonné dans le sens où la recherche de sensations est l'objectif principal d'une prise de substances quel qu'elle soit et est reconnue indépendamment de ça comme un des critères qui caractérise la psychopathie. Parmi les sensations recherchées par le psychopathe, Morel rapportait notamment une réduction de la tension psychique permanente ressentie par celui-ci (4).

Dans ce sens, il se pourrait que l'usage de substances chez le psychopathe soit plus en lien avec la composante « recherche de sensations » de l'Impulsivité plutôt qu'avec la composante « impulsivité action ». Là encore, l'étude de ces variables dans un échantillon plus large pourrait être intéressante et permettre de dégager des éléments utiles dans la prise en charge globale de ces sujets.

II.3 Antécédents de violence et antécédents judiciaires : des sujets psychopathes dont le parcours judiciaire débute précocement et pour lesquels les actes délictueux se réitèrent, dans une proportionnalité relative à leur impulsivité

Il est établi dans la littérature que, comparés aux autres auteurs d'actes délictueux et criminels, les individus psychopathes commettent un nombre disproportionné de délits et de crimes, plus violents que leurs homologues non-psychopathes (49).

Le psychopathe est connu pour ses comportements antisociaux répétés et son hostilité vis à vis des normes sociales qui le conduisent à des confrontations répétées avec le système judiciaire et donc à des condamnations multiples, expliquant une présence importante au sein des établissements correctionnels (4,6). Ces observations correspondent aux résultats de notre étude où la totalité de nos sujets présentent des antécédents de violence agie, associés pour la majorité d'entre eux à des comportements délictueux autres, ayant entraîné une multitude de condamnations, allant des soins pénalement ordonnés à des incarcérations multiples.

De plus, les sujets qui obtenaient les scores de psychopathie les plus élevés étaient en quelque sorte plus récidivistes que les autres puisqu'ils rapportaient un nombre plus important d'actes délictueux et criminels antérieurs et avaient fait l'objet de plus de condamnations que les autres. En ce sens, nous retrouvons une corrélation positive entre score de psychopathie et score HCR-20 dans notre population. Ces résultats rejoignent les données de la littérature qui affirment que la psychopathie est un facteur de risque de criminalité violente et non-violente et qui retrouvent un risque de récidive majoré chez les sujets qui obtiennent des scores élevés de psychopathie, comparés à ceux qui obtiennent des scores moins élevés (6,23,48). Il est à noter qu'il est probable que notre étude sous-évalue le nombre total de comportements antisociaux de nos sujets, qui peuvent avoir omis de nous signaler un certain nombre de comportements qui n'avaient pas été judiciairisés, tendance psychopathique qui est connue dans la littérature (116).

Néanmoins, la corrélation retrouvée dans notre étude entre impulsivité et antécédents judiciaires pourrait nous laisser supposer que les individus psychopathes les plus impulsifs sont plus susceptibles de présenter des comportements antisociaux répétés, et donc d'être en situation de récidive générale et violente, avec comme conséquence un plus grand nombre de condamnations. Cette hypothèse serait en accord avec la corrélation positive retrouvée dans

notre étude entre degré d'impulsivité et nombre d'incarcérations antérieures mais également avec les scores HCR-20 de nos sujets. L'ensemble de ces observations nous amènerait alors à penser que le degré d'impulsivité pourrait avoir un lien direct sur la fréquence et le nombre de comportements antisociaux retrouvés chez les individus psychopathes.

Peu de nos sujets ont été en mesure de nous fournir avec précision leur âge au moment des premiers comportements antisociaux (37,5%) mais ceux-ci semblaient se situer au moment de l'adolescence, ce qui est cohérent avec les données de la littérature (48,73). Nous ne retrouvons pas de résultats qui pourraient nous laisser penser que le degré d'impulsivité a un impact sur l'âge de début des actes antisociaux mais il est important de noter que cette variable fluctue au cours de la vie de l'individu et que l'impulsivité mesurée au moment de notre étude ne correspond pas nécessairement à celle qui aurait pu être mesurée au cours de l'adolescence du sujet.

Nos sujets étaient peu enclins à détailler leurs épisodes de violence antérieurs mais la majorité d'entre eux qualifiait leur violence de réactive, dans un contexte de provocation ou de frustration par la victime. La notion de réactivité renvoie à la notion d'impulsivité puisqu'il s'agit en règle générale de passages à l'acte brusques et non planifiés, nos sujets reconnaissant d'eux-même être sujet à l'impulsivité. Ces résultats diffèrent quelque peu des données de la littérature qui retrouvent majoritairement une tendance à l'usage d'une violence de type instrumentale (utilitaire) chez le psychopathe mais qui n'exclut pas le recours à une violence de type réactive à certains moments (2,19,96).

Dans le cadre de notre étude, il était difficilement possible de comparer le degré de violence infligé antérieurement par nos sujets à leur degré de psychopathie et d'impulsivité. Nous notons cependant que le seul individu pour lequel nous avons des précisions sur les faits antérieurs associait des violences graves avec des degrés élevés de psychopathie et d'impulsivité.

L'analyse de nos résultats doit aussi prendre en compte la propension des psychopathes à renvoyer la responsabilité de leur violence sur la victime, à modifier certains détails dans le but de justifier le recours à la violence et leur tendance à exagérer la réactivité de leur violence/sous-évaluer dans le but de réduire les sanctions possibles (10,41,45). Ainsi, un de nos sujets ayant été condamné antérieurement pour une tentative de meurtre associée à des actes de barbarie persistait dans sa version réactive des violences bien que les quelques

éléments à disposition nous fasse évoquer l'utilisation d'une violence plutôt instrumentale. Il existe ainsi à ce niveau un biais en terme d'auto-évaluation mais qui est à ce jour documenté dans la littérature.

Pham retrouvait que le nombre total de condamnations des sujets psychopathes était très significativement corrélé avec leur score de psychopathie, ce que nous retrouvions dans notre étude où le taux de récidive générale et violente ainsi que le nombre d'incarcérations antérieures était corrélé positivement et significativement avec le degré de psychopathie de nos sujets (117). Ainsi, la majorité de nos sujets (62,5%) rapportait des antécédents d'incarcérations, les sujets qui obtenaient les scores PCL-R les plus élevés étant ceux qui rapportaient le plus d'incarcérations antérieures. Nous avons brièvement évoqué plus en avant les soins pénalement ordonnés, mesures qui concernaient la moitié de nos sujets et qui intervenaient majoritairement dans un contexte de violence agie. Ce type de mesure n'était pas spécifique du degré de psychopathie puisqu'il touchait tant des individus obtenant des scores PCL-R élevés que intermédiaires. L'impact du degré d'impulsivité sur la fréquence de ce type de soins était difficile à évaluer du fait d'un nombre trop important de données manquantes pour cet item.

Il est à noter que le recueil de données basé sur les éléments rapportés par nos sujets peut avoir influé sur la qualité des informations recueillies. Il est probable que l'étude d'un échantillon de plus grande taille et un recueil plus fiable permettent d'améliorer la qualité des informations à ce sujet.

II.4 Le passage à l'acte violent

La moyenne d'âge de nos sujets au moment du passage à l'acte violent étudié était de 28 ans, la majorité de nos sujets étant âgée de moins de 30 ans au moment des faits (75%). De ce fait, nous n'avons pu tester l'hypothèse selon laquelle il existe une diminution des comportements violents après 35-40 ans chez les individus psychopathes.

II.4.1 Des passages à l'acte violents variés précédés de menaces, qui surviennent dans un contexte de conflit, dont le degré de violence est inversement proportionnel au degré d'impulsivité

En terme de degré de violence, notre étude retrouvait une certaine variété dans les infractions commises par nos sujets, avec des violences létales et non létales. Il apparaissait que les actes de violences les plus graves, tels que les homicides (25%) et les actes de torture et de barbarie (25%) étaient commis par les sujets qui obtenaient les scores PCL-R et d'impulsivité les plus bas de notre population. Nous retrouvions ainsi des corrélations négatives entre degré de violence et degrés de psychopathie et d'impulsivité. À l'inverse, il existait une tendance positive entre degré de violence et degré d'aventurisme. Ces résultats étaient partiellement corroborés par la littérature, Côté et *al.* retrouvant l'existence d'un faible lien entre psychopathie et homicide malgré la réputation des individus psychopathes d'être plus violents que les individus non-psychopathes (34,49). L'hypothèse d'impulsivité « sélective » de Woodworth et Porter trouverait là toute sa place, l'individu psychopathe étant alors capable d'inhiber ses comportements les plus violents dans le but de limiter les sanctions graves encourues (prison à perpétuité, peines de mort dans certains pays) réduisant donc de ce fait la perpétration d'homicides et de violences graves (19). Cette capacité pourrait être proportionnelle au degré de psychopathie.

Le lien observé entre degré de violence et degré d'aventurisme questionne, de même que la tendance à un plus haut degré d'aventurisme pour nos sujets auteurs de violences préméditées. Ces observations pourraient être en lien direct avec la notion de plaisir sadique que les individus psychopathes perçoivent lors de la réalisation de violences gratuites et excessives décrite dans la littérature (19,97,110). Dans cette idée, les actes de torture et de barbarie ainsi que les violences préméditées correspondraient à ces violences gratuites et excessives et s'inscriraient dans la recherche de sensations qui caractérise les individus psychopathes, expliquant le lien observé entre degré d'aventurisme et degré de violence. Ils ne s'inscriraient cependant pas dans l'impulsivité d'action d'où la corrélation négative observée entre degré de violence et degré d'impulsivité.

Enfin, notre étude retrouvait une tendance positive entre degré de violence mis en œuvre par nos sujets lors des passages à l'acte et les scores d'empathie mesurés, ce qui va totalement à l'encontre des données de la littérature à ce sujet. Nous avons déjà évoqué nos

doutes sur l'authenticité des réponses apportées par nos sujets lors des entretiens et la valeur controversée du score d'empathie obtenu au questionnaire de Eysenck. Toutefois, cette tendance n'a pas manqué de nous surprendre car elle signifierait que les individus psychopathes les plus empathiques sont aussi ceux qui sont le plus susceptibles d'infliger les violences les plus sévères. L'adjonction d'un outil d'évaluation supplémentaire dans l'étude de cette variable pourrait être intéressante dans la poursuite de notre étude ; néanmoins, il est bon de garder en tête que la majorité des outils permettant d'évaluer l'empathie présentent les mêmes biais que celui que nous avons nous-même utilisé. C'est le cas par exemple de l'*Interpersonal reactivity Index* (IRI) de Davis.

Dans notre étude, les passages à l'acte survenaient majoritairement dans un contexte de conflit avec la victime (75%), dont les motifs étaient variés, en miroir des motifs de conflits retrouvés en population générale. Nous ne retrouvons que partiellement (37,5%) la tendance à la menace avant le passage à l'acte violent chez le psychopathe rapportée par la littérature, celle-ci concernait principalement nos sujets à score élevé de psychopathie (19,97). Nous ne retrouvons pas de lien entre menaces et degré d'impulsivité. Cette corroboration partielle s'expliquait par le grand nombre de données manquantes pour cet item, ce qui pourrait nous laisser penser qu'il existait une proportion de menaces avant passage à l'acte bien supérieure à celle que nous avons constatée, mais sans lien avec le degré d'impulsivité. L'étude de ces variables serait intéressante à réaliser dans un échantillon plus important.

II.4.2 Des passages à l'acte précipités par la prise de substances psychoactives ?

L'usage de substances est reconnu dans la littérature comme un facteur précipitant général de violence de par la désinhibition qu'il provoque (85,91,96). Alors qu'il existait un trouble lié à l'usage de substances chez 75% de nos sujets, nous retrouvons des consommations de substances au cours de la journée précédant le passage à l'acte chez seulement la moitié de nos sujets. Il est probable que cette prise de substances aie favorisé la survenue des violences pour les sujets concernés, en association avec le facteur de risque de violence qu'est déjà la psychopathie. Mais la prise de substances à elle seule ne peut expliquer le passage à l'acte pour l'ensemble de nos sujets puisque tous n'étaient pas consommateurs, ce qui appuie le fait que l'usage de substances est un facteur de risque général de violence et non

un facteur de risque spécifique. Dans cette optique, la consommation de substances chez le sujet psychopathe doit être une des cibles de la prise en charge globale proposée à ces sujets dans la lutte contre la violence et la récidive (23).

Bien qu'il existe une corrélation entre degré de psychopathie et prise de substances dans notre étude, les individus qui avaient consommé avant le passage à l'acte n'étaient pas systématiquement ceux qui présentaient les scores les plus élevés de psychopathie. Nous ne retrouvons pas non plus de corrélation entre la prise de substances et le degré de violence infligé, les auteurs des faits les plus graves étant majoritairement non consommateurs. On aurait pu pourtant imaginer retrouver un lien entre ces deux notions, l'état de désinhibition secondaire aux substances amenant à une altération de la conscience de la gravité et des conséquences des violences (4,90), et donc à une plus grande difficulté à s'arrêter ou à se maîtriser.

II.4.3 Des passages à l'acte impulsifs sans complicité avec usage d'arme sur une victime connue et dont les conséquences semblent peu intéresser l'auteur

La majorité des passages à l'acte rapportés par nos sujets était de nature réactive (62,5%) et survenait dans un contexte de conflit (75%) générant des émotions négatives pour l'auteur telle que la frustration ou l'humiliation. Ces résultats diffèrent des données de la littérature qui associent plutôt psychopathie et passage à l'acte instrumental (96). La tendance des individus psychopathes à exagérer leur réactivité et à blâmer l'autre pour leurs actions pourrait expliquer cette différence de résultats et nous amener à douter de la fiabilité des éléments rapportés par nos sujets (41,71). Toutefois, les passages à l'acte violents réactifs ne sont pas exclus chez le sujet psychopathe (2). De ce fait, nos résultats ne sont pas intégralement à remettre en doute. Dans cette idée, nous pourrions alors nous attendre à retrouver un degré d'impulsivité plus élevé chez nos auteurs de violences réactives, comparé à nos auteurs de violences préméditées. Ce n'était pas le cas dans notre étude cependant, un de nos sujets associant violence instrumentale et degré d'impulsivité élevé.

Nous évoquons plus avant le concept d'impulsivité « sélective » de Woodworth et Porter, celui-ci pourrait expliquer ce dernier résultat, notre sujet impulsif différant un passage

à l'acte réactif dans le but de le préparer afin de limiter le risque de conséquences négatives pour lui même (19).

Dans ce contexte de violence réactive, seulement une minorité de nos sujets (25%) rapportaient avoir bénéficié d'une complicité au cours du passage à l'acte dont un sujet impliqué dans des violences préméditées, ce qui semble cohérent puisque la violence réactive correspond par définition à une violence non préparée. Ces sujets faisaient partie des individus de notre population qui obtenaient les scores d'impulsivité les plus bas, pouvant faire penser qu'un faible degré d'impulsivité pourrait favoriser les passages à l'acte impliquant des complices et à l'inverse qu'un haut degré d'impulsivité serait plutôt corrélé à une absence de complicité. Nous ne retrouvons pas dans notre étude de corrélation entre degré de psychopathie et complicité, inversement à ce qui peut être retrouvé dans la littérature (115). Il ne semblait pas exister, dans notre population, de lien spécifique entre degré d'impulsivité et certaines caractéristiques des passages à l'acte tels que le lieu ou le moment de la journée d'où notre choix de ne pas les développer. De même, nous ne retrouvons pas de tendance en lien avec le degré de psychopathie pour ces items. Il existe très peu de données dans la littérature à ce sujet, le seul élément notable étant une tendance chez le psychopathe à passer à l'acte dans des lieux neutres ou extérieurs qu'il fréquente pour se distraire, par exemple, les bars (96). Toutefois, une étude de ces variables dans un échantillon plus important pourrait permettre de mettre en lumière des tendances intéressantes concernant ces éléments.

Concernant le profil victimologique, l'existence d'un profil type de victime dans la psychopathie reste controversé dans la littérature, certains auteurs évoquant une tendance à choisir des victimes inconnues de sexe masculin, d'autres affirmant qu'il n'existe pas de profil type (10,79,96,100). Nos résultats allaient plutôt vers une absence de profil type puisque nous retrouvons un nombre équivalent de victimes de sexe masculin (37,5%) et féminin (37,5%) dont la majorité était connue par leur agresseur, les victimes de sexe masculin étant des connaissances et les victimes de sexe féminin étant les conjointes ou épouses. Le degré d'impulsivité de nos sujets ne semblait pas influencer sur le profil de la victime et sa relation avec l'auteur. Comme évoqué précédemment, nous ne retrouvons pas de lien spécifique entre degré de psychopathie et type de victime. Cependant, il apparaissait que dans le cadre des violences conjugales (37,5%), les auteurs obtenaient des sous-scores plus élevés dans les composantes interpersonnelles et affectives de la PCL-R, comparé aux autres auteurs. Cette observation est retrouvée dans la littérature dans l'étude de Swogger et *al.* sur les violences

domestiques et les traits psychopathiques, qui montrait une tendance chez les auteurs de violences domestiques à obtenir des scores plus élevés au facteur 1 de la PCL-R, qui évalue les traits interpersonnels et affectifs de l'individu psychopathe (24).

La majorité de nos sujets avait utilisé au moins une arme dans leur passage à l'acte (87,5%) ce qui est cohérent avec les données de la littérature (19,97). Toutefois, nous ne retrouvons pas de corrélation entre type d'arme utilisé et degrés de psychopathie et d'impulsivité. Selon le contexte dans lequel elles sont utilisées, certaines armes peuvent être considérées comme des armes « d'opportunité », souvent des objets utilisés dans le quotidien (outils de cuisine, objets de décoration...) et souvent dans un contexte défensif ou impulsif. Les armes blanches et contondantes peuvent rentrer dans cette dénomination à condition que l'individu ne les transporte pas en permanence sur lui (couteau de poche par exemple) et encore une fois selon le contexte et l'intentionnalité de leur utilisation. À l'inverse, les armes à feu sont considérées comme des armes à usage plutôt intentionnel. L'ensemble de nos auteurs de violences réactives avait utilisé une arme pouvant correspondre à une arme « d'opportunité » et l'ensemble des auteurs de violences préméditées avait utilisé une arme à feu, ce qui est cohérent avec les types de violence rapportés. Cependant, les doutes sur la réalité de la réactivité des passages à l'acte rapportés ne nous permettent pas d'apporter une conclusion objective concernant ce type de variable.

Peu d'auteurs de violence étaient enclins à préciser ce qu'il était advenu des victimes suite au passage à l'acte, mettant en avant un manque d'intérêt pour la question ou simplement une méconnaissance de l'information. Ces données ne sont pas surprenantes et sont retrouvées dans la littérature, le psychopathe montrant peu d'empathie pour sa victime et une absence de culpabilité et de remords de ses actions, ce qui pourrait expliquer le peu d'intérêt qu'il porte aux conséquences de ses violences (120).

II.4.4 Des sujets qui ne présentaient pas de troubles mentaux au moment du passage à l'acte

Dans notre étude, une minorité de nos sujets (12,5%) rapportait avoir présenté des symptômes psychiatriques au moment de l'acte violent, à type d'hallucinations acoustico-verbales, sans que nous sachions si cette symptomatologie avait influencé ou non le passage à

l'acte et sans que nous ne retrouvions de lien avec le degré de psychopathie ou d'impulsivité. Nous notions tout de même que la présence de symptômes psychiatriques était corrélée à une prise massive de substances psychoactives avant les faits, qui pourrait avoir influencer la symptomatologie rapportée.

Le nombre de sujets rapportant des symptômes psychiatriques au moment du passage à l'acte était trop faible dans notre étude pour pouvoir apporter quelque conclusion que ce soit et nous n'avions aucun moyen de vérifier la réalité de ceux-ci, le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ne permettant d'exclure un trouble psychiatrique caractérisé qu'au moment où il est réalisé. La littérature appelle à la vigilance concernant la déclaration de troubles psychiatriques au moment des faits par les individus psychopathes qui peuvent montrer une tendance à la simulation de troubles mentaux, difficilement objectivables, dans une recherche de bénéfices secondaires et une volonté d'échapper à la responsabilité de leurs actes (115).

II.5 Phase post-criminelle

La phase post-criminelle est la phase pour laquelle nous avons le plus de données manquantes, en lien direct avec le manque de coopération de nos sujets, avec une probable incidence de la tendance connue du psychopathe à limiter les éléments qui pourraient les incriminer dans leur récit (45,100). Ce manque de données est aussi retrouvé dans la littérature.

II.5.1 Des sujets qui fuient la scène de violence sans porter assistance à la victime et pour lesquels on ne retrouve aucune critique de leur passage à l'acte, sans lien avec le degré de psychopathie ou d'impulsivité

La majorité de nos sujets rapportait un comportement de fuite dans les suites immédiates de leur passage à l'acte violent (62,5%), sans porter assistance à la victime (75%) ou prévenir les secours (50%), le tout corrélé au degré de psychopathie de nos sujets. Ces données étaient cohérentes avec celles de la littérature qui mettaient en lien ces comportements avec l'irresponsabilité et le déficit affectif qui caractérisent les individus

psychopathes (87,115). Nous ne retrouvons pas de lien marquant entre comportement post-immédiat et degré d'impulsivité. La prise de substances avant le passage à l'acte ne semblait pas non plus influencer le comportement post-violence de nos sujets.

Il semble tout de même intéressant de noter que le seul sujet ayant rapporté des actes post-mortem et un maquillage de la scène des violences obtenait des scores PCL-R et d'impulsivité les plus bas. Ce type de comportement peut aussi être interprété comme une tentative de dissimulation des réelles motivations de passage à l'acte.

Nous retrouvons de plus une absence totale de critique des violences par nos auteurs avec tendance à la banalisation des faits et absence d'affect manifeste lors de leur évocation, qui pourrait être en lien avec le manque d'empathie et de remords caractéristique de la psychopathie et la tendance reconnue de l'individu psychopathe à minimiser son rôle dans le passage à l'acte (48,87,103,115).

II.5.2 Des comportements antisociaux amenant des mesures disciplinaires en lien direct avec le degré de psychopathie et d'impulsivité

Du fait de nos critères d'inclusion, tous les sujets inclus dans notre étude étaient incarcérés au moment des faits, ce qui nous a permis de documenter leur comportement au sein de la détention.

On retrouvait ainsi des comportements antisociaux pour la majorité d'entre eux (62,5%) sanctionnés par diverses mesures disciplinaires (rapports disciplinaires, quartier disciplinaire, transfert disciplinaire), le degré disciplinaire étant proportionnel aux degrés de psychopathie et d'impulsivité de nos sujets. Ces troubles du comportement au sein du milieu carcéral sont connus de la littérature et sont en lien direct avec le fonctionnement psychopathique qui ne peut accéder à la remise en question (4,17,18,40).

III- LES POINTS FORTS DE NOTRE ÉTUDE

III.1 Une étude prospective qui nous a permis de tester la faisabilité du projet

Notre étude n'a pas permis, du fait de notre faible échantillon, d'obtenir des résultats statistiquement significatifs. Cependant, elle nous a permis d'évaluer la faisabilité du projet, dans l'optique d'une poursuite de celui-ci à plus grande échelle, sur plusieurs années et sur différents sites.

Au décours de notre revue de littérature, nous n'avons pas retrouvé de travaux similaires, ce qui nous permet d'envisager à la suite de cette étude préalable l'intérêt d'une poursuite des inclusions pour donner un pouvoir significatif à ces résultats, comme spécifié en début de discussion.

III.2 Une étude en milieu carcéral et un contact direct avec les détenus par des entretiens individuels

Notre étude réalisée en milieu carcéral nous a permis de rencontrer individuellement les détenus et de sortir du cadre des études où le recueil de données s'effectue uniquement à partir des dossiers des sujets. Ce type de rencontre peut permettre d'éclaircir certains points contenus dans les dossiers, même si dans notre cas, l'honnêteté de nos sujets pouvait être remise en cause. De même, un contact direct avec le sujet peut permettre d'obtenir une évaluation objective concernant les échelles et questionnaires potentiellement utilisés, ce qui est impossible lorsque le recueil de données se base uniquement sur les dossiers.

IV- PERSPECTIVES

Cette étude a permis de soulever plusieurs points intéressants. Le rôle de l'impulsivité dans le passage à l'acte violent du psychopathe est un sujet peu étudié et qui prête à débat.

Notre analyse amène à penser que le degré de violence mis en œuvre lors du passage à l'acte psychopathique est inversement proportionnel aux degrés d'impulsivité et de psychopathie de l'auteur. Elle nous permet également de penser que les degrés d'impulsivité et de psychopathie sont en lien direct avec le risque de récidive générale et violente et sa fréquence. Toutefois, du fait de la taille restreinte de notre échantillon, nous avons obtenu assez peu de données significatives.

Dans l'idée d'obtenir des données statistiquement significatives et de bonne qualité, il serait intéressant de poursuivre ce travail sur plusieurs années et de faire participer plusieurs établissements pénitentiaires, ce qui permettrait d'accroître la taille de l'échantillon étudié de manière satisfaisante. La possibilité d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) est à envisager et nous avons déjà réfléchi à cette possibilité en déposant un protocole de recherche non interventionnelle auprès du Comité de Protection des Personnes, en attente de validation.

Ce travail nous aura tout de même permis de mettre en évidence un certain nombre d'éléments pouvant orienter sur des pistes de réflexions intéressantes, notamment concernant l'amélioration de la prise en charge de ces individus mais aussi dans la prévention de la récidive générale et violente dans la psychopathie.

En effet, les individus psychopathes sont connus pour leurs comportements antisociaux répétés qui les amènent à des contacts réguliers avec la justice et à des condamnations multiples, amenant à une désinsertion sociale et professionnelle majorant le risque de récidive qui est déjà élevé dans cette population spécifique. Il est démontré à l'heure actuelle que les mesures judiciaires mises en place pour ces individus ne permettent pas d'éviter la récidive et n'empêchent pas le passage à l'acte suivant. Une meilleure connaissance de ces sujets sur le plan clinique permettrait de développer des nouvelles modalités de prise en charge et d'améliorer leur accompagnement, notamment à la sortie de détention.

Dans cette idée, le recueil et l'analyse de certains critères demanderaient à être approfondi, notamment en ce qui concerne :

- l'évaluation du degré de psychopathie et d'impulsivité
- les vécus traumatiques et les ruptures répétées
- les antécédents de violence agie et délictueux autres
- l'usage de substances au cours de la phase criminelle
- le contexte du passage à l'acte violent
- le type de violence mis en œuvre et son degré
- le profil de la victime et le lien avec celle-ci
- l'état émotionnel de l'auteur au moment du passage à l'acte et dans les suites immédiates

IV.1 Prévention primaire de la violence dans la psychopathie

Nous avons vu que l'enfance du psychopathe était émaillée de vécus traumatiques et de ruptures répétées qui influaient sur le devenir du sujet à l'âge adulte. Des interventions précoces menées par des équipes pluridisciplinaires composées de personnels scolaires, de pédopsychiatres et de travailleurs sociaux pourraient ainsi présenter de grands bénéfices et limiter la survenue de ces traumatismes et ruptures qui impactent le développement de l'individu, en proposant un soutien à la parentalité et en favorisant le développement de relations d'attachement stables et sécurisées entre enfant et parents. Ces interventions pourraient permettre également un repérage plus précoce des situations de maltraitances et des actions plus rapides dans le but de protéger l'enfant.

IV.2 Prévention secondaire et prise en charge adaptée et pluridisciplinaire, en milieu carcéral comme à l'extérieur

Nous savons que la psychopathie s'exprime sur différents tableaux ; de ce fait, une prise en charge adaptée et spécifique impliquerait nécessairement une pluridisciplinarité de l'équipe qui la réalise.

Un dépistage de ce trouble de la personnalité par la réalisation d'une échelle PCL-R systématique auprès des populations détenues permettrait la mise en place d'une prise en charge adaptée et globale la plus précoce possible, ce qui pourrait permettre de réduire significativement le risque de récidive. L'utilisation de l'HCR-20 en association permettrait également un repérage des sujets les plus à risque de récidive et une évaluation de l'évolution de ce risque au fur et à mesure de la prise en charge. Dans cette idée, il serait intéressant de former les équipes travaillant au contact de ces patients aux techniques d'évaluations standardisées comme la PCL-R ou la HCR-20.

Sur le plan des soins, nous avons vu que certaines stratégies psychothérapeutiques qui proposaient un travail sur l'auto-gestion comportementale avaient montré leur efficacité dans la diminution de certains traits psychopathiques, à condition qu'elles soient réalisées de manière intensive et rigoureuse. Ces stratégies sont encore trop peu utilisées à l'heure actuelle et les moyens alloués par l'Etat sont insuffisants pour permettre leur mise en place à l'échelle nationale alors que les bénéfices de ces interventions seraient pourtant considérables. Dans cette idée, il serait intéressant de faciliter l'accès à des formations spécialisées dans ce domaine pour les soignants qui travaillent au contact de ces patients dans le but de développer des compétences spécifiques à la prise en charge de ces individus qui peuvent rapidement mettre les équipes en difficulté.

Cette étude a aussi retrouvé, comme avancé dans la littérature, une corrélation entre psychopathie et usage de substances, majorant d'autant plus le risque de violence et de comportements antisociaux. L'intervention régulière des Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) auprès de ces patients apporterait également de grands bénéfices dans leur prise en charge et permettrait une sensibilisation aux effets négatifs de l'usage de substances.

Il serait de plus intéressant, au sein du milieu carcéral, d'envisager des interventions spécifiques auprès de l'administration pénitentiaire afin que celle-ci puisse avoir des outils simples d'utilisation permettant le dépistage et l'orientation de certains profils de détenus vers les soins, améliorant ainsi la précocité de la prise en charge et dont la finalité resterait là aussi une diminution du risque de récidive.

Le dépistage de ces sujets au sein du milieu carcéral permettrait également une meilleure orientation à la sortie avec la mise en place d'un travail en réseau, impliquant les psychiatres mais aussi des intervenants sociaux et éducatifs, nécessaire pour accompagner au mieux ces patients complexes, dont l'objectif serait de limiter les ruptures que ces sujets connaissent déjà trop bien et de les aider à préserver une insertion socio-professionnelle satisfaisante sur le long terme, agissant de ce fait indirectement sur le risque de récidive.

Une meilleure connaissance de ces sujets passe par une poursuite de l'étude afin d'apporter des réponses supplémentaires et améliorer l'offre de soins et le développement d'un réseau solide pour ces individus complexes.

CONCLUSION

La psychopathie est caractérisée par une constellation de traits de personnalité dont les plus apparents sont l'impulsivité et la tendance à l'action antisociale (4,17). Dans cette idée, la littérature rapporte une propension des psychopathes à commettre un nombre disproportionné de délits et de crimes, plus violents et agressifs que leurs homologues non-psychopathes, ce qui entraîne des rencontres fréquentes avec le système judiciaire, assorties de condamnations multiples (49). L'influence de certaines caractéristiques psychopathiques sur le passage à l'acte violent pourrait expliquer cette différence observée entre violence commise par le psychopathe et le non-psychopathe mais peu d'études se sont focalisées sur le sujet.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude était d'examiner l'impact que pouvait avoir l'impulsivité dans le passage à l'acte violent chez le sujet psychopathe. L'analyse des données recueillies dans le cadre de notre étude a permis de dégager des éléments notables, pouvant nous orienter dans notre réflexion.

Les caractéristiques socio-démographiques de notre population correspondaient majoritairement à celles retrouvées dans la littérature concernant les auteurs de violence psychopathes : sujets de sexe masculin, jeunes, de niveau scolaire moyen, célibataires, isolés sur le plan social et consommateurs de substances (85). De même, nous retrouvions un vécu émaillé d'événements traumatiques, de maltraitances et de ruptures répétées dans l'enfance et l'adolescence, pouvant expliquer les difficultés de ces sujets constatées à l'âge adulte à s'investir sur le long terme, tant sur le plan professionnel que relationnel (6,10). Ces difficultés touchaient tout particulièrement, et à plus grande échelle, les sujets les plus impulsifs de notre population. La violence expérimentée dans l'enfance semblait reproduite à l'âge adulte : on retrouvait ainsi des passages à l'acte violents multiples et des comportements délictueux divers, donnant lieu à des condamnations multiples, ce qui était également retrouvé dans la littérature (3,6,117). Nos résultats nous laissent imaginer une plus grande fréquence de comportements antisociaux chez nos sujets les plus impulsifs.

Les passages à l'acte que nous avons étudiés étaient variés, de nature réactive et précipités par la prise de substances. Le degré de violence mis en œuvre était inversement proportionnel aux degrés de psychopathie et d'impulsivité de nos sujets, ce qui diffère grandement des données de la littérature (49). Dans notre étude, le degré de violence semblait plutôt corrélé au degré d'aventurisme et donc à la recherche de sensations. Nous ne retrouvions pas de profil victimologique type, notion qui reste de toute manière controversée

dans la littérature (96,100). Les autres données recueillies sur la phase criminelle étaient semblables à celles de la littérature, les sujets montrant une tendance à la menace avant l'acte et à l'usage d'une arme pendant (19,97).

Il existe peu de données de littérature sur le comportement post-criminel du psychopathe. Toutefois, nos données correspondaient à celle de la littérature, avec la fuite de la scène de violence sans assistance directe ou indirecte à la victime, et une absence d'affect manifeste et de critique du passage à l'acte qui était banalisé (87,115). Au cours de l'incarcération, il existait chez nos sujets des comportements antisociaux répétés qui entraînaient des mesures disciplinaires à leur encontre, le degré disciplinaire observé étant proportionnel aux degrés de psychopathie et d'impulsivité de nos sujets, ce qui était partiellement retrouvé dans la littérature

De ce fait, nous sommes amenés à penser que l'impulsivité influence le passage à l'acte du psychopathe et sa fréquence de survenue, sans toutefois jouer sur le degré de violence qui serait plutôt en lien avec la recherche de sensations, caractéristique de ces individus. Ces éléments amènent à s'interroger sur la façon d'accompagner au mieux ces sujets qui investissent difficilement les prises en charge qui leur sont proposées, et dont les comportements antisociaux répétés les ramènent fréquemment en détention. L'optimisation de la prise en charge des individus psychopathes doit passer par un travail d'articulation entre les différents domaines concernés (psychiatrique, judiciaire, social et éducatif) afin d'améliorer les liens entre les divers intervenants et ainsi permettre un dépistage plus précoce de ces sujets, dans le but de leur proposer une prise en charge la plus adaptée et globale possible. Par exemple, des interventions auprès des personnels pénitentiaires, des formations spécialisées pour les intervenants au contact de ces sujets ou plus simplement, des temps d'échange formels et réguliers entre les différents intervenants, temps qui sont encore trop rares à l'heure actuelle.

La poursuite de cette étude permettrait de définir des caractéristiques cliniques plus précises donnant des outils pour proposer une prise en charge thérapeutique plus adaptée et pluridisciplinaire pour prévenir au mieux la récidive que connaissent ces sujets.

ANNEXES

ANNEXE 1

Grille de lecture de dossier

Date de l'entretien :

Remise de la notice d'information et de consentement :

Oui Non

Code inclusion :

CRITERES D'ELIGIBILITE

CRITERES D'INCLUSION

	OUI	NON
1. Sujet correspondant au profil psychopathique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De sexe masculin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Âgé de 18 ans ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incarcéré suite à un passage à l'acte violent hétéro-agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Absence de trouble mental caractérisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une seule réponse négative entraîne la non inclusion du patient.

CRITERES DE NON INCLUSION

1. Sujet de sexe féminin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Âge < 18 ans		
3. Existence d'un trouble mental caractérisé objectivé par le MINI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sujet faisant l'objet d'une mesure de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sujet incarcéré pour un autre motif qu'un passage à l'acte violent hétéro-agressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Infraction à caractère sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une seule réponse positive entraîne la non inclusion du patient

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1) Sexe : Féminin Masculin

2) Âge actuel : ans

3) Nationalité : Française Etrangère

4) Lieu de vie : Logement indépendant
 Chez un tiers
 Précaire
 Sans domicile fixe

5) Statut familial : Célibataire
 Concubinage
 Marié(e)
 Séparé(e)
 Divorcé(e)
 Veuf (ve)

6) Relations au sein du couple : bonnes
 mauvaises
 inexistantes

7) Nombre d'enfants :

8) Situation familiale :

Parents : en couple
 séparé/divorcé
si séparé/divorcé, âge au moment de la séparation :ans

monoparental
 adopté

Fratrie : 0
 1
 2
 3
 4 et plus
Position du patient dans la fratrie :/.....

9) Relations au sein du milieu familial :

Père : bonnes
 mauvaises
 inexistantes
 aucune car décédé

Mère : bonnes
 mauvaises
 inexistantes
 aucune car décédée
 autre :

- Fratrie :**
- bonnes
 - mauvaises
 - inexistantes

10) Relations sociales :

- développées
- peu nombreuses : isolement modéré
- isolement social total

11) Niveau d'études :

- Aucun diplôme
- Niveau Certificat d'Etude
- Niveau 3ème-BEPC
- Niveau BEP-CAP
- Niveau Baccalauréat
- Niveau Etudes Supérieures

12) Activité professionnelle :

- Agriculteurs, exploitants
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprises
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Sans emploi
- Autre :

13) Mesure de protection en cours :

- Aucune
- Sauvegarde de justice
- Curatelle
- Curatelle renforcée
- Tutelle

EVENEMENTS DE VIE

14) Eloignement du milieu familial :

- oui
 - placement chez un autre membre de la famille que les parents
 - placement en famille d'accueil
 - placement en foyer
 - placement chez un tiers autre qu'un membre de la famille
 - éloignement volontaire (fugue par exemple)
- pas d'éloignement

Si oui, à quel âge ?ans

Si oui, pour quel motif ?

15) Décès d'un proche :

oui

père/mère

frères/soeurs

grands-parents

amis

autre :

si oui, à quel âge ?ans

si oui, dans quel contexte ?

Maladie

suicide

accident

violences

autre :

non

16) Vécu de maltraitance :

Type :

physique

psychique

pas de vécu de maltraitance

si oui, qui était l'agresseur ?

inconnu

connaissance

membre de la famille précision :

Si oui, à quel âge sont survenus les faits ?ans

17) Vécu de violences à caractère sexuel :

oui

attouchements

exhibitionnisme

viol

autre :

si oui, nombre d'épisodes ?

Plusieurs

Âge :ans

unique

Âge :ans

si oui, qui était l'agresseur ?

inconnu

connaissance

membre de la famille précision :

non

ANTECEDENTS MEDICAUX, PSYCHIATRIQUES ET ADDICTOLOGIQUES

18) Familiaux :

1-Psychiatriques :

- Trouble dépressif
- Trouble anxieux
- Trouble bipolaire
- Schizophrénie
- Autre trouble psychotique
- Trouble de la personnalité
- Trouble obsessionnel compulsif
- Autre :

2-Addictologiques :

*Trouble lié à l'usage de substances actuel :

- substances légales (alcool)
- substances illégales (cannabis, opiacés, cocaïne...)
- Autre :

*Trouble lié à l'usage de substances sevré :

- substances légales (alcool)
- substances illégales (cannabis, opiacés, cocaïne...)
- Autre :

3-Violence agie :

- violence physique dans le cadre familial
- violence psychique dans le cadre familial
- violence physique dans un autre cadre que le cadre familial
- violence psychique dans un autre cadre que le cadre familial
- Autre :

19) Personnels :

1-Médico-chirurgicaux :

.....
.....

2-Psychiatriques :

1/ Tentative de suicide :

- oui nombre :
- non

2/ Type de tentatives de suicide :

- Médicaments
- Alcool
- Toxiques
- Armes
- Pendaison
- Phlébotomie
- Autre :

3/ Suivi actuel en psychiatrie générale : non
 oui

4/ Suivi antérieur en psychiatrie générale : non
 oui

5/ Hospitalisation en psychiatrie générale : non
 oui
Nombre :
Mode de placement :

6/ Hospitalisation en structure spécialisée (USIP/UMD) :
 non
 oui

7/ Diagnostic psychiatrique posé : oui Lequel ?
 non

8/ Comorbidités psychiatriques associées : oui Lesquelles ?
 non

9/ Le patient a-t-il pris des traitements psychotropes dans les 12 derniers mois ?

Nom commercial du traitement	Posologie	Date de début	En cours ?	Date de fin

10/ Observance du traitement :
 bonne
 partielle
 mauvaise

3-Addictologiques :

1/ Prise de substances psychoactives : non oui

2/ Si oui, de quel type ?

- Alcool
- Cannabis
- Opiacés
- Cocaïne
- Amphétamines
- Hallucinogènes
- PCP
- autre :

3/ Si oui, à quelle fréquence ?

- Occasionnellement
- Une fois par semaine
- 2 à 6 fois par semaine
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par jour
- autre :

4/ Si oui, dans quel contexte ?

- En groupe
- Seul

5/ Si oui, effet recherché ?

- Sédation
- Anxiolytique
- Stimulant
- Ivresse
- Désinhibition
- autre :

6/ Suivi addictologique : non oui

ANTECEDENTS JUDICIAIRES ET MEDICO-LEGAUX

20) Antécédents judiciaires :

1-Antécédents de violence agie :

- oui
- assassinat
- meurtre

- tortures ou actes de barbarie
- violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner
- violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité
- violences ayant entraîné une ITT > 8 jours
- violences ayant entraîné une ITT ≤ 8 jours
- enlèvement ou séquestration
- violences psychiques

non

1/ Si oui, contexte de la violence :

- en réaction à une provocation ou à une menace (impulsive)
- au cours d'un conflit
- recherche de vengeance
- autre :

2/ Si oui, nombre d'épisode :

- 1
- 2-5
- 6-10
- > 10

3/ Si oui, âge du premier épisode de violence :ans

2-Antécédents judiciaires autres que la violence :

oui

- vol/braquage
- infraction au code de la route
- conduite sous l'emprise de l'alcool
- infraction à la législation des stupéfiants
- fraudes
- escroquerie
- autre :

non

3-Antécédents d'incarcération :

oui nombre : non

4-Antécédents de privation ou limitation de liberté autre que l'incarcération :

oui

bracelet électronique

contrôle judiciaire

autre :

non

21) Antécédents médico-légaux :

1-Suivi SMPR :

non

consultations

hospitalisations

ateliers thérapeutiques

2-Obligation de soins :

oui Motif :

non

3-Injonction de soins :

oui

Motif :

non

4-Expertise : oui non

**PASSAGE À L'ACTE HETERO-AGRESSIF POUR LEQUEL L'INDIVIDU EST
INCARCERE**

22) Âge au moment du passage à l'acte :ans

23) Phase pré-criminelle :

1-Rupture de suivi ou de traitement :

oui

Depuis quand ?

non

2-Menaces avant le passage à l'acte :

oui

non

3-Elément déclencheur du passage à l'acte :

oui

Lequel ?

non

4-Prise de substances psychoactives avant les faits :

oui

Combien de temps avant ?

non

24) Phase criminelle :

1-Qualification de l'infraction :

2-Type de violence :

- réactive/impulsive
- préméditée/instrumentale

3-Motif :

- en réaction à une provocation ou à une menace
- au cours d'un conflit
- recherche de vengeance
- autre :

4-Complicité :

- oui Qui ?
- non

5-Moyen utilisé/arme :

- mains nues
- arme blanche (couteau, lame...)
- objet contondant
- arme à feu
- autre :

6-Lieu :

- domicile de l'agresseur
- domicile de la victime
- domicile d'un tiers
- lieu neutre : bar, magasin...
- lieu inconnu
- voie publique
- autre :

7-Moment de la journée :

- 7h-12h : matin
- 12h-14h : midi
- 14h-19h : après-midi
- 19h-00h : soirée
- 00h-7h : nuit

8-Profil de la victime :

- conjoint/époux
- enfant

- autre membre de la famille
- lieu neutre : bar, magasin...
- ami
- connaissance
- inconnu

9-Conséquences pour la victime :

- décès
- handicap permanent
- ITT > 8 jours
- ITT ≤ 8 jours
- pas d'ITT
- autre :

10-Présence de symptômes psychiatriques aigus au moment du passage à l'acte :

- aucun
- hallucinations type :
- autres éléments délirants type :
- pharmacopsychose
- autre :

25) Phase post-criminelle :

1-Comportement après le passage à l'acte :

- maquillage de la scène de crime
- déplacement de la victime
- acte sur le corps de la victime
- départ de la scène de crime
- station sur place
- autre :

2-A porté assistance à la victime :

- oui non

3-Appel des secours :

- oui non

4-Critique du passage à l'acte :

- totale
- partielle
- aucune

26) Suites judiciaires du passage à l'acte :

1-Conséquences judiciaires pour l'auteur des violences :

- incarcération durée :
- bracelet électronique durée :
- sursis durée :
- sursis + mise à l'épreuve durée :
- obligation de soins durée :
- injonctions de soins durée :
- autre :

2-Comportement en détention :

- calme
- rapports motif :
- quartier disciplinaire motif :
- transfert disciplinaire motif :

3-Suivi psychiatrique au sein du SMPR :

- non
- consultations
- hospitalisations
- ateliers thérapeutiques

4-Mise en place d'un traitement médicamenteux psychotropes :

- non
- oui (compléter le tableau si c'est le cas)

Nom commercial du traitement	Posologie	Date de début	En cours ?	Date de fin

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

A	Episode dépressif majeur	Actuel	OUI	NON
		Passé	OUI	NON
A'	EDM avec caractéristiques mélancoliques actuel		OUI	NON
B	Dysthymie actuelle		OUI	NON
C	Risque suicidaire actuel		OUI	NON
		Léger	OUI	NON
		Moyen	OUI	NON
		Elevé	OUI	NON
D	Episode hypomaniaque	Actuel	OUI	NON
		Passé	OUI	NON
	Episode maniaque	Actuel	OUI	NON
		Passé	OUI	NON
E	Trouble panique	Vie entière	OUI	NON
		Actuel	OUI	NON
	Attaques paucisymptomatiques vie entière		OUI	NON
F	Agoraphobie	Trouble panique sans agoraphobie actuel	OUI	NON
		Trouble panique avec agoraphobie actuel	OUI	NON
	Agoraphobie sans antécédents de trouble panique actuel		OUI	NON
G	Phobie sociale actuelle		OUI	NON
H	Trouble obsessionnel compulsif actuel		OUI	NON
I	Etat de stress post-traumatique actuel		OUI	NON
J	Dépendance alcoolique actuelle		OUI	NON
	Abus d'alcool actuel		OUI	NON
K	Dépendance à une (des) substance(s) (non alcoolique) actuelle		OUI	NON
	Abus de substance(s) non alcoolique actuel		OUI	NON
L	Syndrome psychotique	Actuel	OUI	NON
		Vie entière	OUI	NON
Troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuels		OUI	NON	
M	Anorexie mentale actuelle		OUI	NON
	Boulimie actuelle		OUI	NON

N	Anorexie mentale Binge-eating/purging type actuel	OUI	NON
O	Anxiété généralisée actuelle	OUI	NON
P	Trouble de la personnalité antisociale vie entière	OUI	NON

ANNEXE 2

Psychopathy CheckList-Revised (Hare) : PCL-R

	ITEMS	SCORE		
1	Loquacité et charme superficiel	0	1	2
2	Surestimation de soi	0	1	2
3	Besoin de stimulation et tendance à l'ennui	0	1	2
4	Tendance au mensonge pathologique	0	1	2
5	Duperie et manipulation	0	1	2
6	Absence de remords et culpabilité	0	1	2
7	Affect superficiel	0	1	2
8	Insensibilité et manque d'empathie	0	1	2
9	Tendance au parasitisme	0	1	2
10	Faible maîtrise de soi	0	1	2
11	Promiscuité sexuelle	0	1	2
12	Apparition précoce de problèmes de comportement	0	1	2
13	Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste	0	1	2
14	Impulsivité	0	1	2
15	Irresponsabilité	0	1	2
16	Incapacité à assumer la responsabilité de ses faits et gestes	0	1	2
17	Cohabitations de courte durée	0	1	2
18	Délinquance juvénile	0	1	2
19	Violations des conditions de liberté conditionnelle	0	1	2
20	Diversité des types de délits commis par le sujet	0	1	2

Cotation :

0 : absence

1 : éventuellement présent

2 : clairement présent

Score qui varie de 0 à 40:

- > 30 : psychopathie avérée
- < 20 : absence de psychopathie
- 20 à 29 : intermédiaire

ANNEXE 3

HCR-20

	ITEMS	SCORE		
FACTEURS HISTORIQUES (passé)	H1 : violence antérieure	0	1	2
	H2 : premier acte de violence commis dans la jeunesse	0	1	2
	H3 : instabilité des relations intimes	0	1	2
	H4 : problèmes d'emploi	0	1	2
	H5 : problèmes de toxicomanie	0	1	2
	H6 : maladie mentale grave	0	1	2
	H7 : psychopathie	0	1	2
	H8 : inadaptation durant la jeunesse	0	1	2
	H9 : trouble de la personnalité	0	1	2
	H10 : échec antérieur de la surveillance	0	1	2
FACTEURS CLINIQUES (présent)	C1 : introspection difficile	0	1	2
	C2 : attitudes négatives	0	1	2
	C3 : symptômes actifs de la maladie mentale grave	0	1	2
	C4 : impulsivité	0	1	2
	C5 : résistance aux traitements	0	1	2
GESTION DU RISQUE (futur)	R1 : plans irréalisables	0	1	2
	R2 : exposition à des facteurs déstabilisants	0	1	2
	R3 : manque de soutien personnel	0	1	2
	R4 : inobservation des mesures curatives	0	1	2
	R5 : stress	0	1	2

Cotation des items :

- 0 : pas d'information indiquant la présence du facteur de risque
- 1 : le facteur de risque se retrouve partiellement
- 2 : présence claire du facteur de risque

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE D'IMPULSIVITE, D'AVENTURISME ET D'EMPATHIE DE EYSENCK

Le questionnaire d'Impulsivité, d'Aventurisme et d'Empathie de Eysenck est un auto-questionnaire qui comprend 54 items dont la cotation se réalise en répondant par VRAI ou FAUX.

L'échelle se compose de trois sous-scores indépendants qui ne peuvent donner lieu à un score total :

- un score d'Impulsivité qui comprend 19 items
- un score de Recherche d'aventure qui comprend 16 items
- un score d'Empathie qui comprend 19 items

	PROPOSITIONS	REPONSE	
1	Pensez-vous que faire du ski nautique vous plairait ?	VRAI	FAUX
2	Habituellement, préférez-vous rester fidèle à des marques de produits que vous savez fiables plutôt que d'en essayer de nouvelles avec la chance d'en trouver de meilleures ?	VRAI	FAUX
3	Ressentiriez-vous de la tristesse en pensant à l'isolement d'une personne inconnue ?	VRAI	FAUX
4	Éprouvez-vous un fort plaisir à prendre des risques ?	VRAI	FAUX
5	Êtes-vous souvent impliqué(e) affectivement dans les problèmes de vos ami(e)s ?	VRAI	FAUX
6	Aimeriez-vous faire du saut en parachute ?	VRAI	FAUX
7	Faites-vous souvent des achats sur un coup de tête ?	VRAI	FAUX
8	Êtes-vous agacé(e) par les personnes malheureuses qui se désolent pour elles-même ? « Do unhappy people who are sorry for themselves irritate you ? »	VRAI	FAUX
9	En général, faites-vous et dites-vous des choses sans prendre le temps de réfléchir ?	VRAI	FAUX
10	Avez-vous tendance à vous tendre lorsque d'autres personnes autour de vous sont tendues ?	VRAI	FAUX
11	Vous arrive-t-il souvent de vous trouver dans des situations embarrassantes car vous faites les choses sans réfléchir ?	VRAI	FAUX
12	Pensez-vous que l'auto-stop soit une manière trop dangereuse de voyager ?	VRAI	FAUX
13	Trouvez-vous ridicule que des personnes pleurent de joie ?	VRAI	FAUX
14	Aimez-vous sauter du haut plongeur ?	VRAI	FAUX
15	Les gens qui vous entourent ont-ils une forte influence sur votre	VRAI	FAUX

	humeur ?		
16	Êtes-vous quelqu'un d'impulsif ?	VRAI	FAUX
17	Les expériences et sensations nouvelles vous réjouissent-elles, même si elles sont un peu effrayantes et non conformistes ?	VRAI	FAUX
18	Êtes-vous très touché(e) lorsque l'un(e) de vos ami(e)s semble bouleversé(e) ?	VRAI	FAUX
19	Habituellement, réfléchissez-vous avec soin avant d'entreprendre ?	VRAI	FAUX
20	Aimeriez-vous apprendre à piloter un avion ?	VRAI	FAUX
21	Vous arrive-t-il de vous identifier profondément aux sentiments d'un personnage de film, de pièce de théâtre ou de roman ?	VRAI	FAUX
22	Faites-vous souvent les choses sous l'impulsion du moment ?	VRAI	FAUX
23	Cela vous bouleverse-t-il énormément de voir quelqu'un pleurer ?	VRAI	FAUX
24	Trouvez-vous parfois le rire des autres communicatif ?	VRAI	FAUX
25	La plupart du temps, parlez-vous sans prendre le temps de réfléchir ?	VRAI	FAUX
26	Êtes-vous souvent impliqué(e) dans des situations dont vous voudriez ensuite vous sortir ?	VRAI	FAUX
27	Vous arrive-t-il de vous emporter pour des idées nouvelles et excitantes au point de ne jamais envisager les obstacles possibles ?	VRAI	FAUX
28	Trouvez-vous difficile de comprendre des personnes qui risquent leur vie en faisant l'ascension d'une haute montagne ?	VRAI	FAUX
29	Pouvez-vous prendre des décisions sans vous inquiéter des sentiments des autres ?	VRAI	FAUX
30	Aimez-vous parfois faire des choses un peu effrayantes ?	VRAI	FAUX
31	Avez-vous besoin d'exercer beaucoup de contrôle de vous-même pour rester à l'écart des ennuis ?	VRAI	FAUX
32	Vous sentez-vous plus agacé que sympathique lorsque vous voyez quelqu'un pleurer ? « Do you become more irritated than sympathetic when you see someone cry ? »	VRAI	FAUX
33	Seriez-vous d'accord pour dire que la plupart des choses agréables pour vous sont illégales ou immorales ? « Would you agree that almost everything enjoyable is illegal or immoral ? »	VRAI	FAUX
34	Habituellement, préférez-vous entrer progressivement dans l'eau froide plutôt que de sauter directement dedans ?	VRAI	FAUX
35	Êtes-vous souvent surpris(e) par les réactions des gens à ce que vous dites ou faites ?	VRAI	FAUX
36	Aimeriez-vous éprouver la sensation de skier très vite sur une	VRAI	FAUX

	pente de haute montagne ?		
37	Aimez-vous regarder les gens ouvrir leurs cadeaux ?	VRAI	FAUX
38	Pensez-vous qu'une soirée est mieux réussie lorsqu'elle n'est pas planifiée ou lorsqu'elle est organisée au dernier moment ?	VRAI	FAUX
39	Aimeriez-vous faire de la plongée sous-marine ?	VRAI	FAUX
40	Trouveriez-vous cela difficile d'annoncer de mauvaises nouvelles à quelqu'un ?	VRAI	FAUX
41	Aimez-vous conduire vite ?	VRAI	FAUX
42	Habituellement, travaillez-vous rapidement sans vous soucier de vérifier ?	VRAI	FAUX
43	Changez-vous souvent de centres d'intérêts ?	VRAI	FAUX
44	Considérez-vous tous les avantages et les inconvénients avant de prendre une décision ?	VRAI	FAUX
45	Vous arrive-t-il de vous intéresser profondément aux problèmes de vos ami(e)s ?	VRAI	FAUX
46	Aimeriez-vous faire de la spéléologie ?	VRAI	FAUX
47	Refuseriez-vous un poste qui impliquerait beaucoup d'aspects dangereux ?	VRAI	FAUX
48	Pensez-vous qu'il est préférable d'attendre que la nuit porte conseil pour prendre une décision ?	VRAI	FAUX
49	Lorsque les gens vous crient après, leur criez-vous après en retour ?	VRAI	FAUX
50	Avez-vous de la compassion pour les personnes très timides ?	VRAI	FAUX
51	Vous sentez-vous heureux lorsque les gens autour de vous sont gais et triste lorsqu'il sont tristes ?	VRAI	FAUX
52	Habituellement, prenez-vous des décisions rapidement ?	VRAI	FAUX
53	Pouvez-vous imaginer ce que cela doit être d'être vraiment seul ?	VRAI	FAUX
54	Cela vous inquiète-t-il de voir les autres inquiets et paniqués ?	VRAI	FAUX

Score d'impulsivité : / 19

Score d'aventurisme ou recherche de sensations : / 16

Score d'empathie : / 19

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Comparaison des violences affectives et prédatrices.....	66
Figure 2 : Représentation de l'âge.....	103
Figure 3 : Répartition des sujets selon leur score PCL-R.....	104
Figure 4 : Répartition des infractions violentes.....	105
Figure 5 : Répartition selon le niveau d'étude.....	106
Figure 6 : Représentation du niveau scolaire selon le score PCL-R.....	107
Figure 7 : Répartition générale selon la catégorie professionnelle.....	108
Figure 8 : Répartition professionnelle selon le score PCL-R.....	108
Figure 9 : Statut marital selon les scores PCL-R.....	110
Figure 10 : Qualité des relations paternelles dans notre population.....	111
Figure 11 : Qualité des relations maternelles dans notre population.....	112
Figure 12 : Qualité des relations maternelles selon le score PCL-R.....	112
Figure 13 : Qualité des relations amicales de nos sujets.....	113
Figure 14 : Qualité des relations amicales selon le score PCL-R.....	114
Figure 15 : Répartition des événements de vie traumatiques.....	116
Figure 16 : Type de violences antérieures selon le score PCL-R.....	119
Figure 17 : Répartition des antécédents délictueux selon le score PCL-R.....	120
Figure 18 : Incarcérations antérieures dans la population.....	121
Figure 19 : Incarcération antérieures selon le score PCL-R.....	122
Figure 20 : Soins pénalement ordonnés selon les scores PCL-R.....	123
Figure 21 : Répartition des âges lors du passage à l'acte violent.....	124
Figure 22 : Répartition des âges lors du passage à l'acte selon les scores PCL-R.....	125
Figure 23 : Répartition des éléments déclencheur dans la population.....	126
Figure 24 : Répartition des éléments déclencheurs selon les scores PCL-R.....	127
Figure 25 : Prise de toxiques avant le passage à l'acte selon les scores PCL-R.....	128
Figure 26 : Répartition des contextes de survenue.....	129
Figure 27 : Motifs du passage à l'acte violent.....	130
Figure 28 : Type de violence selon les scores PCL-R.....	131
Figure 29 : Relation auteur/victime dans la population.....	132
Figure 30 : Relation auteur/victime selon les scores PCL-R.....	132
Figure 31 : Type d'arme utilisé dans la population.....	133
Figure 32 : Type d'arme utilisé selon les scores PCL-R.....	134

Figure 33 : Conséquences des violences pour la victime selon les scores PCL-R des auteurs.....	137
Figure 34 : Répartition des mesures disciplinaires à l'encontre de la population.....	139
Figure 35 : Répartition des mesures disciplinaires selon les scores PCL-R.....	139
Figure 36 : Motifs des mesures disciplinaires selon les scores PCL-R.....	140
Figure 37 : Répartition des sujets selon le score PCL-R.....	141
Figure 38 : Résultats de la PCL-R dans notre population.....	142
Figure 39 : Résultats au questionnaire de Eysenck dans notre population.....	143

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Psychopaths: Is a therapeutic community therapeutic? *Ther Communities Int J Ther Support Organ.* 1994;15(4):283-99.
2. Meloy, J.R. Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *Evol Psychiatr.* 2001;(66):563-86.
3. Bénézech M, Le Bihan P. Personnalité antisociale. *EMC - Psychiatr.* Oct 2012;9(4):1-16.
4. HAS. Audition publique « Prise en charge de la psychopathie » - Textes des experts [Internet]. 2005 [cité 7 juill 2016].
5. Forth AE, Brown SL, Hart SD, Hare RD. The assessment of psychopathy in male and female noncriminals: Reliability and validity. *Personal Individ Differ.* 1996;20(5):531–543.
6. Hare RD. Psychopathy: A Clinical Construct Whose Time Has Come. *Crim Justice Behav.* mars 1996;23(1):25-54.
7. Senon J-L. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *L'Évolution Psychiatr.* janv 2005;70(1):117-30.
8. Edens JF. Unresolved Controversies Concerning Psychopathy: Implications for Clinical and Forensic Decision Making. *Prof Psychol Res Pract.* 2006;37(1):59-65.
9. Morse SJ. Psychopathy and Criminal Responsibility. *Neuroethics.* Oct 2008;1(3):205-12.
10. Babiak P, Folino J, Hancock J, Hare RD, Logan M, Leon Mayer E, et al. Psychopathy. An Important Forensic Concept for the 21st Century. *FBI Law Enforc Bull Psychopathy.* 2012;81(7):3-8.
11. Porter S, Brinke L, Wilson K. Crime profiles and conditional release performance of psychopathic and non-psychopathic sexual offenders. *Leg Criminol Psychol.* févr 2009;14(1):109-18.

12. Senon J-L. Psychopathies : de quoi parle-t-on? *Santé Ment.* 2015;(194):23-9.
13. Thiry B, Parete S. Validité prédictive du test de Szondi dans l'évaluation de la psychopathie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. août 2015 [cité 2 juin 2016]
14. Bonnet S, Lacambre M, Schandrin A, Capdevielle D, Courtet P. Insight et dangerosité psychiatrique : revue de la littérature. *L'Encéphale* [Internet]. mai 2016 [cité 2 juin 2016]
15. Saloppé X, Thiry B, Clavie R, de Page L, Dugauquier A, Senyoni I, et al. Évaluation des perceptions des patients psychiatriques médico-légaux auprès de professionnels de santé travaillant en santé mentale. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2016 [cité 2 juin 2016].
16. Lamothe P. Psychopathie « américaine » et psychopathie « française »: une confrontation clinique et culturelle. *Evol Psychiatr (Paris)*. 2001;66(4):602–608.
17. Salekin, R. T., Rogers, R., Sewell, K. W. A Review and Meta-Analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised : Predictive Validity of Dangerousness. *Clin Psychol Sci Pract*. 1996;3(3):203-15.
18. Hemphill JF, Hare RD, Wong S. Psychopathy and recidivism: A review. *Leg Criminol Psychol*. 1998;3(1):139–170.
19. Woodworth M, Porter S. In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(3):436-45.
20. Guy LS, Edens JF, Anthony C, Douglas KS. Does Psychopathy Predict Institutional Misconduct Among Adults? A Meta-Analytic Investigation. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(6):1056-64.
21. Edens JF, Marcus DK, Lilienfeld SO, Poythress NG. Psychopathic, not psychopath: Taxometric evidence for the dimensional structure of psychopathy. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(1):131-44.

22. Hare RD, Neumann CS. The PCL-R assessment of psychopathy. *Handb Psychopathy*. 2006;58–88.
23. Dolan M, Doyle M. Psychopathy: Diagnosis and implications for treatment. *Psychiatry*. 2007;6(10):404–408.
24. Swogger MT, Walsh Z, Kosson DS. Domestic violence and psychopathic traits: distinguishing the antisocial batterer from other antisocial offenders. *Aggress Behav*. mai 2007;33(3):253-60.
25. Declercq F, Willemsen J, Audenaert K, Verhaeghe P. Psychopathy and predatory violence in homicide, violent, and sexual offences: Factor and facet relations. *Leg Criminol Psychol*. 2012;17(1):59–74.
26. Skeem JL, Monahan J, Mulvey EP. Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law Hum Behav*. 2002;26(6):577.
27. Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark DA. Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *J Personal Disord*. 2004;18(4):337–357.
28. Reidy DE, Zeichner A, Miller JD, Martinez MA. Psychopathy and aggression: Examining the role of psychopathy factors in predicting laboratory aggression under hostile and instrumental conditions. *J Res Personal*. déc 2007;41(6):1244-51.
29. DeLisi M. Psychopathy is the Unified Theory of Crime. *Youth Violence Juv Justice*. 1 juill 2009;7(3):256-73.
30. Berkout OV, Gross AM, Kellum KK. Behaving badly: A perspective on mechanisms of dysfunction in psychopathy. *Aggress Violent Behav*. nov 2013;18(6):620-9.

31. Gregory S, Blair RJ, Simmons A, Kumari V, Hodgins S, Blackwood N, et al. Punishment and psychopathy: A case-control functional MRI investigation of reinforcement learning in violent antisocial personality disordered men. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(2):153–160.
32. Côté G. Vers une définition de la psychopathie. In: *Psychopathie : théorie et recherche*. Presses universitaires du Septentrion. Thierry H. PHAM & Gilles CÔTE; 2000. p. 21-46. (Psychologie).
33. Cleckley HM. *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. 5th Edition. Augusta, Georgia: E.S. Cleckley; 1988. 485 p.
34. Côté G, Hodgins S, Toupin J. Psychopathie : prévalence et spécificité clinique. In: *Psychopathie : théorie et recherche*. Presses universitaires du Septentrion. Thierry H. PHAM & Gilles CÔTE; 2000. p. 47-74. (Psychologie).
35. Meloy JR. *Les psychopathes - Essai de psychopathologie dynamique*. Editions Frison-Roche. 2015. 394 p. (Psychologie vivante).
36. Atarhouch N, Hoffmann E, Adam S, Titeca J, Stillemans E, Fossion P, et al. Évaluation des traits caractéristiques de la psychopathie chez les adolescents délinquants. *L'Encéphale*. 2004;30(4):369–375.
37. Mucchielli L. Les caractéristiques démographiques et sociales des meurtriers et de leurs victimes. *Population*. 2004;59(2):203–232.
38. Villerbu L. L'avenir appartient aux psychopathes qui se lèvent tôt. *Evol Psychiatr (Paris)*. 2002;67(3):571–578.
39. Bénézech M. Le passage à l'acte homicide en milieu médical et carcéral. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2005;163(8):632-41.

40. Snowden RJ, Gray NS. Impulsivity and psychopathy: Associations between the Barrett Impulsivity Scale and the Psychopathy Checklist revised. *Psychiatry Res.* mai 2011;187(3):414-7.
41. O'Toole ME, Logan M, Smith S. Looking Behind the Mask. *FBI Law Enforc Bull Psychopathy.* 2012;81(7):14-9.
42. Leistico A-MR, Salekin RT, DeCoster J, Rogers R. A large-scale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law Hum Behav.* 2008;32(1):28-45.
43. Book AS, Quinsey VL, Langford D. Psychopathy and the Perception of Affect and Vulnerability. *Crim Justice Behav.* avr 2007;34(4):531-44.
44. Hare RD, McPherson LM, Forth AE. Male Psychopaths and Their Criminal Careers. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(5):710-4.
45. Porter S, Woodworth M. « I'm sorry I did it...but he started it »: A comparison of the official and self-reported homicide descriptions of psychopaths and non-psychopaths. *Law Hum Behav.* 2007;31(1):91-107.
46. Pham TH, Saloppé X, Leistedt S. La manipulation et le mensonge pathologique de la psychopathie comme défi majeur pour la recherche de la vérité judiciaire. *Ann Méd-Psychol.* 2012;(170):141-2.
47. Bogaerts S, Polak M, Spreen M, Zwets A. High and Low Aggressive Narcissism and Anti-social Lifestyle in Relationship to Impulsivity, Hostility, and Empathy in a Group of Forensic Patients in the Netherlands. *J Forensic Psychol Pract.* mars 2012;12(2):147-62.
48. Majois V, Saloppé X, Ducro C, Pham TH. Psychopathie et son évaluation. *Encycl Méd-Chir-Psychiatr.* 2011;37-320.
49. Hare RD, McPherson LM. Violent and aggressive behavior by criminal psychopaths. *Int J Law Psychiatry.* 1984;7(1):35-50.

50. Zuckerman M, Eysenck SB, Eysenck HJ. Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *J Consult Clin Psychol.* 1978;46(1):139-49.
51. Wallinius M, Nilsson T, Hofvander B, Anckarsäter H, Stålenheim G. Facets of psychopathy among mentally disordered offenders: Clinical comorbidity patterns and prediction of violent and criminal behavior. *Psychiatry Res.* juill 2012;198(2):279-84.
52. Englebert, J. Quelques éléments en faveur d'une réflexion psychopathologique sur la psychopathie : seconde partie. *Ann Méd-Psychol.* 2013;(171):147-53.
53. Ribeiro da Silva D, Rijo D, Salekin RT. Child and adolescent psychopathy: A state-of-the-art reflection on the construct and etiological theories. *J Crim Justice.* juill 2012;40(4):269-77.
54. Ribeiro da Silva D, Rijo D, Salekin RT. The evolutionary roots of psychopathy. *Aggress Violent Behav.* mars 2015;21:85-96.
55. Zagury, D. Du malaise psychopathique dans la civilisation au tueur en série. *Evol Psychiatr.* 2001;(66):587-601.
56. Joyal CC, Dumais A. Impulsivité et psychiatrie : de nouveaux outils pour mieux la définir, l'évaluer, la prévenir et la traiter. *Psychiatr Violence* [Internet]. 2013 [cité 19 mars 2017];12(1).
57. Zimmerman G, Rossier J, Meyer de Stadelhofer F. Validation de la version française du questionnaire I7 d'impulsivité. Influence de la personnalité, du sexe et de la religion. *Ann Méd-Psychol.* 2004;162:116-21.
58. Enticott PG, Ogloff JRP. Elucidation of impulsivity. *Aust Psychol.* mars 2006;41(1):3-14.
59. Buss AH, Plomin R. A temperament theory of personality development. New York: Wiley; 1975. 256 p. (Wiley series in behavior).

60. Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol.* 1977;16(1):57–68.
61. Monahan J, Steadman HJ, Novaco RW, Barratt ES, Hart SD, éditeurs. *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment.* 1. Aufl. Chicago London: Univ. of Chicago Pr; 1996.
62. Lecrubier Y, Braconnier A, Said S, Payan C. The impulsivity rating scale (IRS): preliminary results. *Eur Psychiatry.* 1995;10(7):331-8.
63. Evenden J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *J Psychopharmacol (Oxf).* 1999;13(2):180–192.
64. Daruna JH, Barnes PA. A neurodevelopmental view of impulsivity. In: McCown WG, Johnson JL, Shure MB, éditeurs. *The impulsive client: Theory, research, and treatment* [Internet]. Washington: American Psychological Association; 1993 [cité 13 sept 2017]. p. 23-37.
65. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric Aspects of Impulsivity. *Am J Psychiatry.* nov 2001;158(11):1783-93.
66. Eysenck SB, Pearson PR, Easting G, Allsopp JF. Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personal Individ Differ.* 1985;6(5):613–619.
67. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personal Individ Differ.* 2001;30(4):669–689.
68. Flight JJ, Forth AE. Instrumentally Violent Youths: The Roles of Psychopathic Traits, Empathy, and Attachment. *Crim Justice Behav.* juin 2007;34(6):739-51.
69. de Tribolet-Hardy F, Vohs K, Mokros A, Habermeyer E. Psychopathy, intelligence, and impulsivity in German violent offenders. *Int J Law Psychiatry.* mai 2014;37(3):238-44.

70. Eysenck S, Zuckerman M. The relationship between sensation-seeking and Eysenck's dimensions of personality. *Br J Psychol.* 1978;69(4):483–487.
71. Archer RP, Wheeler EMA. *Forensic Uses of Clinical Assessment Instruments.* Florence: Taylor and Francis; 2013.
72. Cornell DG, Warren J, Hawk G, Stafford E, Oram G, Pine D. Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(4):783.
73. Blackburn R, Coid JW. Psychopathy and the dimensions of personality disorder in violent offenders. *Personal Individ Differ.* 1998;(25):129-45.
74. Hare RD, Neumann CS. The role of antisociality in the psychopathy construct: Comment on Skeem and Cooke (2010). *Psychol Assess.* 2010;22(2):446-54.
75. Poythress NG, Hall JR. Psychopathy and impulsivity reconsidered. *Aggress Violent Behav.* 2011;16(2):120-34.
76. Walsh Z, Swogger MT, Kosson DS. Psychopathy and instrumental violence: Facet level relationships. *J Personal Disord.* 2009;23(4):416–424.
77. Pedersen L, Kunz C, Rasmussen K, Elsass P. Psychopathy as a Risk Factor for Violent Recidivism: Investigating the Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV) and the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in a Forensic Psychiatric Setting. *Int J Forensic Ment Health.* 30 nov 2010;9(4):308-15.
78. Reidy DE, Kearns MC, DeGue S. Reducing psychopathic violence: A review of the treatment literature. *Aggress Violent Behav.* sept 2013;18(5):527-38.
79. McCuish EC, Corrado RR, Hart SD, DeLisi M. The role of symptoms of psychopathy in persistent violence over the criminal career into full adulthood. *J Crim Justice.* juill 2015;43(4):345-56.

80. Archambault JC, Mormont C. Déviances, délits et crimes. Paris: Masson; 1998.
81. Gravier B. Clinique de la psychopathie. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson SAS. 2013. p. 257-64. (Les âges de la vie).
82. Balier C, éditeur. La violence en abyme: essai de psychocriminologie. Paris: Presses universitaires de France; 2005. 389 p. (Fil rouge. Section 2, Psychanalyse et psychiatrie de l'enfant).
83. Dormoy O, éditeur. Soigner et/ou punir: questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison. Paris: L'Harmattan; 1995. 341 p.
84. Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2005;163(8):668-80.
85. Douglas KS, Ogloff JRP, Nicholls TL, Grant I. Assessing Risk for Violence Among Psychiatric Patients: The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. J Consult Clin Psychol. 1999;67(6):917-30.
86. Dubreucq J-L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2005;163(10):852-65.
87. Le Bihan P, Bénézech M. La récidive dans l'homicide pathologique. Étude descriptive et analytique de douze observations. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2005;163(8):642-55.
88. Campbell MA, French S, Gendreau P. The Prediction of Violence in Adult Offenders: A Meta-Analytic Comparison of Instruments and Methods of Assessment. Crim Justice Behav. 1 juin 2009;36(6):567-90.
89. Grann M, Långström N, Tengström A, Kullgren G. Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. Law Hum Behav. 1999;23(2):205.

90. Cima M, Raine A. Distinct characteristics of psychopathy relate to different subtypes of aggression. *Personal Individ Differ.* déc 2009;47(8):835-40.
91. Lundholm L, Haggård U, Möller J, Hallqvist J, Thiblin I. The triggering effect of alcohol and illicit drugs on violent crime in a remand prison population: A case crossover study. *Drug Alcohol Depend.* avr 2013;129(1-2):110-5.
92. Richard-Devantoy S, Olie J-P, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *L'Encéphale.* déc 2009;35(6):521-30.
93. Richard-Devantoy S, Bouyer-Richard AI, Jollant F, Mondoloni A, Voyer M, Senon J-L. Homicide, schizophrénie et abus de substances : des liaisons dangereuses ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* août 2013;61(4):339-50.
94. Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20(2):405-425.
95. Fazel S, Grann M, Carlström E, Lichtenstein P, Långström N. Risk Factors for Violent Crime in Schizophrenia: A National Cohort Study of 13,806 Patients. *J Clin Psychiatry.* 15 mars 2009;70(3):362-9.
96. Williamson S, Hare RD, Wong S. Violence: Criminal psychopaths and their victims. *Can J Behav Sci Can Sci Comport.* 1987;19(4):454.
97. Serin RC. Psychopathy and Violence in Criminals. *J Interpers Violence.* 1991;6(4):423-31.
98. Porter S, Woodworth M. Psychopathy and aggression. *Handb Psychopathy.* 2006;481-494.
99. Glenn AL, Raine A. Psychopathy and instrumental aggression: Evolutionary, neurobiological, and legal perspectives. *Int J Law Psychiatry.* juill 2009;32(4):253-8.
100. Hare RD. Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatr Q.* 1999;70(3):181-197.

101. Skeem JL, Mulvey EP. Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: Results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(3):358-74.
102. Harris ST, Picchioni MM. A review of the role of empathy in violence risk in mental disorders. *Aggress Violent Behav.* mars 2013;18(2):335-42.
103. Reidy DE, Shelley-Tremblay JF, Lilienfeld SO. Psychopathy, reactive aggression, and precarious proclamations: A review of behavioral, cognitive, and biological research. *Aggress Violent Behav.* nov 2011;16(6):512-24.
104. Reidy DE, Zeichner A, Seibert LA. Unprovoked Aggression: Effects of Psychopathic Traits and Sadism: Psychopathy, Sadism, and Unprovoked Aggression. *J Pers.* févr 2011;79(1):75-100.
105. Cooke DJ, Forth AE, Hare RD, éditeurs. *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 1998 [cité 13 sept 2017].
106. Corrado RR, DeLisi M, Hart SD, McCuish EC. Can the causal mechanisms underlying chronic, serious, and violent offending trajectories be elucidated using the psychopathy construct? *J Crim Justice.* juill 2015;43(4):251-61.
107. Andrade JT. The inclusion of antisocial behavior in the construct of psychopathy: A review of the research. *Aggress Violent Behav.* août 2008;13(4):328-35.
108. Dieu, E., Dubois, M., Sorel, O. Etapes du processus criminel : de la théorie à la pratique. *Ann Méd-Psychol.* 2014;(172):333-8.
109. Smith S, O'Toole ME, Hare RD. The Predator. When the Stalker Is a Psychopath. *FBI Law Enforc Bull Psychopathy.* 2012;81(7):9-13.
110. Porter S, Woodworth M, Earle J, Drugge J, Boer D. Characteristics of sexual homicides committed by psychopathic and nonpsychopathic offenders. *Law Hum Behav.* 2003;27(5):459-70.

111. Rice ME, Harris GT, Cormier CA. An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law Hum Behav.* 1992;16(4):399.
112. De Brito SA, Hodgins S. Antisocial personality disorder. *Personal Personal Disord Violence.* 2009;42:133–153.
113. Coid J, Ullrich S. Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Compr Psychiatry.* juill 2010;51(4):426-33.
114. Porter S, Birt AR, Boer DP. Investigation of the Criminal and Conditional Release. *Law Hum Behav [Internet].* 2001 [cité 13 févr 2017];25(6).
115. Häkkänen-Nyholm H, Hare RD. Psychopathy, Homicide, and the Courts: Working the System. *Crim Justice Behav.* août 2009;36(8):761-77.
116. Harris GT, Skilling TA, Rice ME. The Construct of Psychopathy. 2015 [cité 13 févr 2017];
117. Pham TH. Psychometric evaluation of the Hare Psychopathy Questionnaire in a Belgian prison population. *L'Encéphale.* 1998;24:435-41.
118. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Psychopathy and violent recidivism. *Law Hum Behav.* 1991;15(6):625-37.
119. Gravier B. Le psychiatre, le juge et la peine. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2004;162(8):676-81.
120. Woodworth M, Hancock J, Porter S, Hare RD, Logan M, O'Toole ME, et al. The Language of Psychopaths. New Findings and Implications for Law Enforcement. *FBI Law Enforc Bull Psychopathy.* 2012;81(7):28-32.
121. Hart SD, Kropp PR, Hare RD. Performance of male psychopaths following conditional release from prison. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(2):227.

122. Gray NS, Hill C, McGleish A, Timmons D, MacCulloch MJ, Snowden RJ. Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders: A prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R, and psychiatric symptomatology. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(3):443-51.
123. Cooke DJ. Psychopathic disturbance in the scottish prison population: The Cross-Cultural generalisability of the hare psychopathy checklist. *Psychol Crime Law.* avr 1995;2(2):101-18.
124. Serin RC, Amos NL. The role of psychopathy in the assessment of dangerousness. *Int J Law Psychiatry.* 1995;18(2):231–238.
125. Singh JP, Grann M, Fazel S. A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clin Psychol Rev.* avr 2011;31(3):499-513.
126. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction. *Br J Psychiatry.* 2000;177(4):303–311
127. Yang M, Wong SCP, Coid J. The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychol Bull.* 2010;136(5):740-67.
128. Pham TH, Chevrier I, Nioche A, Ducro C, Réveillère C. Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2005;163(10):878-81.
129. Salekin RT. Psychopathy and therapeutic pessimism Clinical lore or clinical reality? *Clin Psychol Rev.* 2002;22:79-112.
130. D’Silva K, Duggan C, McCarthy L. Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *J Personal Disord.* 2004;18(2):163–177.
131. Fillieux T, Godfroid I. Le point sur le traitement des psychopathes. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2001;159(4):285-93.

132. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2004 [cité 30 juill 2015];
133. Hare RD, Neumann CS. Psychopathy: Assessment and forensic implications. *Can J Psychiatry*. 2009;54(12):791–802.
134. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res*. avr 2004;67(2-3):247-52.
135. Heilbrun K, Hart SD, Hare RD, Gustafson D, Nunez C, White AJ. Inpatient and Postdischarge Aggression in Mentally Disordered Offenders, The Role of Psychopathy. *J Interpers Violence*. 1998;13(4):514-27.
136. Archer, E. Quelques réflexions sur la prise en charge des psychopathes incarcérés. *Evol Psychiatr*. 2001;(66):669-77.
137. Lemitre S. Origines développementales de la psychopathie. *Santé Ment*. 2015; (194):30-5.

RESUME ET MOTS-CLES

À ce jour, la psychopathie est considérée comme un trouble complexe de la personnalité qui toucherait 1% de la population générale et dont les origines se situeraient dans le vécu biographique de l'individu. Elle correspond à une structure de personnalité particulière qui associe déficit affectif profond, trouble dans les relations interpersonnelles et composante antisociale.

Ainsi, la vision populaire du psychopathe est celle d'un individu manipulateur, dénué d'empathie et de culpabilité, impulsif et dont la tendance antisociale l'amène à commettre un nombre disproportionné de comportements délictueux et criminels, plus violents que leurs homologues non-psychopathes, qui donne lieu à de fréquentes rencontres avec le système judiciaire et à des condamnations multiples. Ces constats amènent à s'interroger sur le rôle de certaines caractéristiques psychopathiques dans le passage à l'acte violent.

Notre étude préalable prospective réalisée au Centre Pénitentiaire de Poitiers-Vivonne à partir d'une population d'auteurs de violence psychopathes nous a permis de réfléchir à l'impact que pouvait avoir l'impulsivité dans le passage à l'acte du psychopathe.

Bien que préalable et sur un échantillon restreint, elle nous a permis de montrer que le degré d'impulsivité influait sur la capacité du psychopathe à s'investir sur le long terme sur le plan socio-professionnel, favorisait l'usage de substances et augmentait le risque de récurrence générale et violente. Concernant le passage à l'acte violent en lui-même, notre étude a permis de montrer que le degré de violence mise en œuvre est inversement proportionnel aux degrés d'impulsivité et de psychopathie, ce qui va à l'encontre de ce qui est retrouvé dans la littérature à l'heure actuelle.

Ces constatations nous ont permis de discuter du retentissement de l'impulsivité dans le passage à l'acte violent du psychopathe et la récurrence et de réfléchir à des améliorations possibles à mettre en place dans la prise en charge de ces sujets dans le but de diminuer la récurrence.

Mots-clés : Psychopathie, impulsivité, passage à l'acte violent, récurrence, PCL-R, Eysenck

SERMENT



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses
! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



À ce jour, la psychopathie est considérée comme un trouble complexe de la personnalité qui toucherait 1% de la population générale et dont les origines se situeraient dans le vécu biographique de l'individu. Elle correspond à une structure de personnalité particulière qui associe déficit affectif profond, trouble dans les relations interpersonnelles et composante antisociale.

Ainsi, la vision populaire du psychopathe est celle d'un individu manipulateur, dénué d'empathie et de culpabilité, impulsif et dont la tendance antisociale l'amène à commettre un nombre disproportionné de comportements délictueux et criminels, plus violents que leurs homologues non-psychopathes, qui donne lieu à de fréquentes rencontres avec le système judiciaire et à des condamnations multiples. Ces constats amènent à s'interroger sur le rôle de certaines caractéristiques psychopathiques dans le passage à l'acte violent.

Notre étude préalable prospective réalisée au Centre Pénitentiaire de Poitiers-Vivonne à partir d'une population d'auteurs de violence psychopathes nous a permis de réfléchir à la répercussion que pouvait avoir l'impulsivité dans le passage à l'acte du psychopathe.

Bien que préalable et sur un échantillon restreint, elle nous a permis de montrer que le degré d'impulsivité influait sur la capacité du psychopathe à s'investir sur le long terme sur le plan socio-professionnel, favorisait l'usage de substances et augmentait le risque de récurrence générale et violente. Concernant le passage à l'acte violent en lui-même, notre étude a permis de montrer que le degré de violence mise en œuvre est inversement proportionnel aux degrés d'impulsivité et de psychopathie, ce qui va à l'encontre de ce qui est retrouvé dans la littérature à l'heure actuelle.

Ces constatations nous ont permis de discuter de l'impact de l'impulsivité dans le passage à l'acte violent du psychopathe et la récurrence et de réfléchir à des améliorations possibles à mettre en place dans la prise en charge de ces sujets dans le but de diminuer la récurrence.

Mots-clés : Psychopathie, impulsivité, passage à l'acte violent, récurrence, PCL-R, Eysenck