

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 19 Octobre 2015 à Poitiers
par M. Jérôme SAINT-MARTIN

**Étude du passage à l'acte chez le psychopathe :
recherche d'éléments contextuels récurrents**

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres : Madame le Professeur Christine SILVAIN
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre PARRY

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

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
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- 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
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- 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 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- 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
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- 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
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- 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, cancérologie
- 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
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- 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

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

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, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- 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
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- 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)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARQCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Louis SENON,

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Un grand merci pour l'enseignement qu'il nous a offert et pour sa capacité à nous transmettre avec passion sa riche expérience. Merci pour son accompagnement durant mon parcours d'interne. Merci aussi de m'avoir permis d'anticiper la « phase de deuil » qui devrait suivre ce travail de thèse, évoquée lors d'un repas entre deux cours de psychiatrie médico-légale à Angers.

Au Professeur Ludovic GICQUEL,

Qui m'a fait l'honneur de participer à ce jury. Merci à lui pour son enseignement pédo-psychiatrique, son enthousiasme dans nos supervisions, son partage des connaissances sur les troubles de la personnalité qui me permettront de continuer à observer la sémiologie adulte dans une lecture diachronique.

Au Professeur Christine SILVAIN,

Qui m'a fait l'honneur de participer à ce jury. Merci à elle d'avoir accepté de donner de son temps à mon travail dans lequel l'hépatogastro-entérologie est bien marginale, mais dans lequel, je l'espère, les recoupements avec son activité à Vivonne pourraient trouver un écho.

Au Docteur Pierre PARRY,

Qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse et participer à ce jury. Je le remercie sincèrement pour sa disponibilité, pour sa gentillesse, pour ses conseils avisés qui m'ont guidé durant cette année. Merci pour nos relectures attentives de fin de journée, accompagnées par l'indispensable café de Patricia. Je le remercie aussi pour sa patience et sa bienveillance, face à mon avancement laborieux dans certaines périodes.

A Caroline ALLIX-BEGUEC,

Qui m'a largement accompagné et guidé dans les démarches scientifiques et statistiques de cette étude. Merci au jour de sa venue au SHALE qui a permis cette rencontre agréable et salvatrice. Un grand merci à elle pour sa disponibilité, ses jolies illustrations, ses connaissances techniques sans lesquelles mon travail n'aurait pas été possible.

Je remercie la direction de la maison d'arrêt de Rochefort pour avoir autorisé cette étude dans son établissement. Je remercie les infirmiers de l'Unité de Consultation et de soins ambulatoires (UCSA) pour avoir été les acteurs indispensables du suivi des psychopathes et pour leur capacité à remettre de la « joie de vivre » dans un milieu où l'on ne l'attend pas.

Je remercie mes parents d'avoir toujours été présents, d'avoir su me rassurer lorsque je doutais de voir un jour la fin de cette thèse. Je n'oublie pas mon petit frère pour cette complicité indéfectible et je suis ravi qu'on finisse ENFIN ensemble, nos études en cette année 2015 (les parents vont pouvoir souffler!). Je vous aime, tout simplement.

J'ai aussi une pensée pour Lolo à qui il ne manque que le nom pour faire partie de la famille.

Je remercie tendrement Elise pour ses relectures, ses nombreux conseils et sa large contribution. Je nous remercie d'avoir su nous voir autrement pour faire exister ces jolis moments ; merci d'avoir embelli cette année, ainsi que les nombreuses à suivre je l'espère.

J'ai une pensée nostalgique pour tous les camarades devenus des amis le long de ce parcours. Merci aux Jacksons Four - David, Pascal, Baptiste et Jérémie - avec qui chacune de nos retrouvailles est un retour dans l'ambiance Gersoise d'origine. Merci au « groupe 5 d'ACCES » qui nous a permis d'avoir cette première année dans des conditions fort sympathiques, tout particulièrement au Père Fourras, à Xavier LP et à Clémence, sans oublier Jacky Brown, Géraldine, Christelle et Philippe. Merci aussi à VDM, Urko le croqueur, Delmas, Vin's, Paul-Guy, Jobbe, Amaury, Nicolas, Clément pour ces dix années de folie qui se prolongent encore. Il faudrait une thèse supplémentaire pour détailler nos coups-d'éclat !

Le départ de Bordeaux a été facilité par l'acolyte Vincent et les rencontres de Camille, Anne-Lise et Sandie, avec qui nous avons tissé notre petit cocon Angoumois. Je remercie aussi les agréables rencontres de cet internat : Lyes, Edouard, David, Céline, Cédric, Benjamin, Adrien, Antonin, Myriam et Carole, Antonine, Lisa, Maïa et ceux que j'oublie sûrement. Un remerciement tout particulier à Marc pour son aide dans mon cheminement, pour sa thèse qui m'a servi de modèle, pour son amitié et nos nombreuses discussions.

Je remercie Mamie et mes nombreuses tantes pour les coupures gastronomiques à Riscle, Bordeaux puis sur le port Rochelais. Une mention spéciale dans cet exercice à ma marraine Annie, Chloé et ma petite filleule Alix. J'ai aussi une pensée émue pour Popé et grand-père avec qui j'aurai aimé partager cette étape.

Je remercie les services psychiatriques ayant permis ma formation, et plus particulièrement l'UCMP de Poitiers et son équipe d'infirmières de choc ; les « petites femmes » de l'équipe du CSAPA de La Rochelle qui savent organiser des soirées détente sans déroger à leurs missions professionnelles ; l'équipe des post-urgences pour son travail et sa confiance pendant cette période délicate.

Un dernier merci aux sujets psychopathes qui ont participé à cette étude ainsi qu'aux auteurs des travaux antérieurs, avec qui nous avons dû partager la même curiosité pour ce trouble.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I - ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	12
I.A. PSYCHOPATHIE	13
I.A.1 Histoire de la psychopathie	13
I.A.1.a Prémices	13
I.A.1.b Vers un déséquilibre constitutionnel	16
I.A.1.c Apport de la psychanalyse	18
I.A.1.d Vers la clinique contemporaine	20
I.A.2 Sémiologie psychopathique	21
I.A.2.a Dimension comportementale	22
I.A.2.b Dimension affective	25
I.A.2.c Comorbidités	26
I.A.2.d Classifications internationales	27
I.A.2.e Terminologie	29
I.A.2.f Débats actuels	30
I.A.3 Soins et psychopathie	32
I.B. PASSAGE À L'ACTE	36
I.B.1 Généralités sur le passage à l'acte	36
I.B.2 Propension au passage à l'acte chez le psychopathe	40
I.B.2.a Psychodynamique du psychopathe	40
I.B.2.a.1 Organisation psychique favorisant le passage à l'acte	40
I.B.2.a.2 Défenses psychiques instables	49
I.B.2.b Dimension neurobiologique	55
I.B.2.b.1 Liens entre maltraitance infantile et psychopathie	55
I.B.2.b.2 Atteintes des capacités cognitives ?	56
I.B.2.b.3 Défaut de perception de la peur ?	57
I.B.2.b.4 Déficit d'inhibition ?	58
I.B.2.b.5 Déficit frontal ?	60

I.B.3 Outils d'évaluation du risque de passage à l'acte	62
CHAPITRE II - RECHERCHE : MÉTHODE	69
II.A. PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE	70
II.A.1 Difficultés rencontrées face à l'agir	70
II.A.2 Responsabilités du psychiatre - Missions expertales	73
II.A.3 Inquiétudes et attentes sociétales	76
II.B. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	80
II.B.1 Objectif principal	80
II.B.2 Objectifs secondaires	81
II.B.3 Hypothèses initiales	82
II.C. RECRUTEMENT ET INCLUSION	83
II.C.1 Période et lieu d'étude	83
II.C.2 Inclusion	84
II.C.2.a Critères d'inclusion	84
II.C.2.b Critères d'exclusion	85
II.C.2.c PCL-R	86
II.C.2.c.1 Structure	86
II.C.2.c.2 Qualités psychométriques	87
II.C.2.d Modalités	87
II.C.3 Suivi et recueil des données	89
II.C.3.a Grilles de recueil	89
II.C.3.b Modalités	92
II.D. ANALYSE STATISTIQUE	93
II.E. VICISSITUDES	95
II.F. PARTIE DE L'ÉTUDE ABANDONNÉE	97

CHAPITRE III - RECHERCHE : RÉSULTATS	98
III.A. CARACTÉRISTIQUES DES SUJETS INCLUS	99
III.A.1 Inclusion – Passation de la PCL-R	100
III.A.2 Caractéristiques socio-démographiques et marqueurs d’instabilité	103
III.B. ÉTUDE DU PASSAGE À L’ACTE	110
III.B.1 Analyse du passage à l’acte sur l’ensemble de la population des psychopathes	110
III.B.2 Analyse du passage à l’acte par sujet	116
III.B.2.a Analyse statistique	117
III.B.2.b Analyse littérale au cas par cas	121
CHAPITRE IV - DISCUSSION	127
IV.A. LIMITES ET ENTRAVES	128
IV.B. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	133
IV.B.1 Résultats confortant les données de la littérature	133
IV.B.2 Résultats discordants avec les données de la littérature	134
IV.B.3 Résultats originaux	135
IV.C. PISTES DE RÉFLEXION ET PERSPECTIVES	140
CONCLUSION	146
BIBLIOGRAPHIE	149
LISTE DES TABLEAUX	159
LISTE DES ILLUSTRATIONS	160
LISTE DES ANNEXES	161
RÉSUMÉ	179

INTRODUCTION

Dans le dictionnaire *Le Petit Robert* de 2012, le psychopathe est : « 1. *Malade mental*. 2. *Individu présentant une personnalité qui relève de la psychopathie*. VOIR AUSSI : *déséquilibré*. *Adj. Meurtrier psychopathe* » (REY et REY, 2012). Cette définition généraliste concernant une entité nosographique évoquée dans les classifications médicales internationales, augure des difficultés à déterminer les frontières de ce concept et des confrontations idéologiques toujours d'actualité. Le psychopathe interfère dans différents champs, ayant chacun leurs difficultés à intégrer ce type de sujets dans leur prise en charge. Il est considéré comme un « fou-furieux » par la société, un irresponsable dans sa famille, un multirécidiviste devant les tribunaux, un « monstrueux criminel » par les médias, un trouble de la personnalité réfractaire aux soins pour les psychiatres, un détenu turbulent et irrespectueux en milieu carcéral. Naviguant entre ces multiples représentations, il amène les différents professionnels à se rencontrer, à confronter leur point de vue, à accorder leur compréhension en dépassant les cloisonnements sémantiques.

La psychopathie en population générale est difficile à étudier par la recherche scientifique. Des obstacles apparaissent dans l'investigation d'une population ayant recours à la manipulation et qui aurait échappé aux systèmes judiciaire et sanitaire. FORTH et al. (1996) retrouvent un taux de psychopathie de 1,3% dans la population générale. L'American Psychiatric Association (APA) évoque un taux allant de 0,2% à 3,3% chez les hommes (APA, 2013). Peu d'études existent sur la population féminine. Certains auteurs émettent l'hypothèse que les troubles borderline féminins partageraient des déterminants génétiques avec la personnalité antisociale masculine (GUNDERSON et LYONS-RUTH, 2008). Le plus grand nombre d'études porte sur le milieu carcéral. Les taux de psychopathes masculins en détention fluctuent entre deux extrêmes : de 3% pour une étude de COOKE (1995) à 39,2% pour HARE (2003). La moyenne de ces études admet un taux entre 15 et 30 % de psychopathes en détention (COTE et al., 2000).

L'incarcération est une mesure punitive, une sanction prononcée par la société à l'encontre d'un individu. Si un effet disciplinaire est attendu par ces mesures répressives, beaucoup d'auteurs évoquent leur inefficacité sur les conduites psychopathiques, voire même leur renforcement. Dès 1974, EY disait que « *la répression, l'emprisonnement ordinaire ne font que renforcer les tendances psychopathiques comme aussi un libéralisme sans contrôle... L'internement en hôpital psychiatrique ne peut être une solution que pour les psychopathes de type psychotique. Les autres ne gagnent rien à être internés et le service qui les reçoit risque d'en être lui-même la victime, car le psychopathe s'entendra à désorganiser les relations entre malades, ou malades et soignants* » (EY cité par DUBEC, 2006). Il semblerait que la sanction carcérale ait une valeur thérapeutique davantage pour la société que pour les détenus.

La propension au passage à l'acte auto ou hétéro-agressif assombrit l'avenir du psychopathe : son pronostic vital est parfois menacé, ses comorbidités addictives et leurs complications sont fréquentes, ses actes peuvent le conduire en détention. Le facteur principal pour une évolution favorable est l'avancement dans l'âge : la personnalité antisociale est, par définition, d'évolution chronique mais l'on observe souvent une baisse d'intensité des symptômes après 30 ans, particulièrement sur les actes répréhensibles (ROBINS, 1966). HARE et al. (1988), repèrent un déclin des symptômes plus tardif, autour de l'âge de 40 ans. Le taux des actes délictuels chez les psychopathes déclinerait brutalement au-delà de 41 ans, pour rejoindre celui des délinquants non-psychopathes.

La psychopathie pose un réel problème de santé publique. Si les sujets psychopathes ne se tournent pas vers les soins, leurs comportements bruyants sollicitent des interventions thérapeutiques, judiciaires et expertales, voire législatives. Les récidives délictuelles ou criminelles sont rarement freinées par les séjours en détention, ce qui questionne les dispositifs thérapeutiques existant ainsi que la nature et la sévérité des peines judiciaires.

Ainsi, la prise en charge des psychopathes requiert une collaboration pluridisciplinaire. La Haute Autorité de Santé (HAS) (2006) préconise une double prise en charge : thérapeutique et sociale, mais nous pourrions rajouter « carcérale » pour ceux condamnés à des peines d'emprisonnement. L'objectif serait de les accompagner lors des phases de ruptures

professionnelles, familiales ou sociales, en proposant si nécessaire, des séjours en hospitalisation, plutôt que de laisser la détérioration psychique aboutir au passage à l'acte. La société doit pouvoir proposer à ces habitués des mises en échec un cadre structurant et coordonné, au sein d'une équipe multidisciplinaire. En pratique, cette collaboration se matérialise par des conventions entre les structures pénitentiaires, sociales et sanitaires.

Notre travail s'intéresse au passage à l'acte chez les psychopathes, explore les circonstances immédiates de leurs transgressions impulsives et réactionnelles et recherche l'existence d'éléments contextuels identifiables et détectables. Pour ce faire, nous avons mis en place une enquête exploratoire, prospective et monocentrique à la maison d'arrêt de Rochefort, dans l'Unité de Consultation de Soins Ambulatoires (UCSA), entre le 1er Mars et le 31 Août 2015. Dans cette étude en soins courants, nous avons instauré un acte de surveillance supplémentaire des passages à l'acte et des situations dans lesquelles ils apparaissent.

Dans un premier temps, nous tenterons de préciser à travers une revue de la littérature, les différentes évolutions et descriptions psychopathiques depuis PINEL, tout en observant les divergences et les limites encore imprécises autour de ce concept. Nous essayerons alors de mettre en lien cette entité clinique avec les théories psychodynamiques et neurobiologiques, qui cherchent à expliquer la trajectoire psychopathique et les mécanismes soutenant la répétition des actes agressifs. Dans une seconde partie, après avoir détaillé les enjeux médico-légaux, institutionnels et sociétaux que soulèvent ces sujets et leur violence, nous exposerons la méthodologie de notre étude. A partir des résultats obtenus et présentés dans la troisième partie, nous discuterons enfin des pistes de réflexion concernant l'intérêt d'une meilleure connaissance des séquences chrono-événementielles des passages à l'acte pour une prise en charge optimale de ces sujets.

CHAPITRE I - ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

« Lorsque les forces cruelles ou destructrices menacent de dominer les forces d'amour, l'individu est obligé de trouver une manière de se défendre : se retourner comme un gant, mettre en scène son monde interne à l'extérieur, jouer lui-même le rôle destructeur et obtenir qu'une autorité extérieure accepte de le contrôler ».

Agressivité, culpabilité et réparation, 1939

Donald WINNICOTT

I.A. Psychopathie

I.A.1 Histoire de la psychopathie

Un regard sur les travaux antérieurs permet de comprendre la richesse mais aussi l'hétérogénéité conceptuelle toujours en vigueur, dont la psychopathie se nourrit. Normal ou pathologique? Vice ou folie? Dégénérescence ou trouble constitutionnel? Héritaire ou acquis? Ces questions ont animé les débats idéologiques des différents auteurs.

I.A.1.a Prémices

PINEL, médecin aliéniste français, sort les « fous » des prisons et ouvre l'ère de la psychiatrie moderne. Dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* de 1801, il développe une classification clinique reposant sur les organes lésés, et définit cinq entités parmi lesquelles, «la manie sans délire». Celle-ci vient prolonger l'évolution d'une entité dont les appellations successives sont éloquentes : « fureur sans lésion des fonctions de l'entendement », « manie raisonnante », « fureur maniaque non délirante ». Il décrit la « manie sans délire » comme une entité où les fonctions cognitives de l'entendement sont intactes, alors que les fonctions morales et affectives sont pathologiques. Évoquant la manie sans délire : « *elle 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 penchants* » (PINEL, 1801).

Dans cette description, les traits de notre population se dessinent. Ils sont assimilés aux aliénés ayant besoin des soins des hôpitaux plutôt que des murs des prisons. Pour PINEL, la folie prend son origine dans les passions : « *Quelle époque d'ailleurs plus favorable que celle*

des plus grands orages de la révolution, toujours propres à donner une activité brûlante aux passions, ou plutôt à produire la manie, sous toutes ses formes » (PINEL, 1801). Dans la seconde édition de son traité, « la manie sans délire » n'est plus une espèce à part entière et inaugure dès lors, un long parcours dans les difficultés de classification : « *Je n'ai vu, depuis la première édition de mon ouvrage sur la Manie, aucun cas d'aliénation qui ne puisse être naturellement rapporté à une des espèces que je viens d'indiquer. J'ai reconnu seulement que la manie sans délire n'était point une espèce mais une variété, puisque ces aliénées, dans le moment où elles raisonnent avec justesse, donnent d'autres marques d'égarement dans leurs actions et offrent d'autres caractères propres aux maniaques* » (PINEL, 1809).

La superposition de la nosographie de son élève ESQUIROL est moins évidente. S'il crée la classe des « monomanies », correspondant avec la « lypémanie » à une scission du délire partiel de PINEL, il développe pourtant l'idée d'une « manie sans délire » qu'il nomme la « monomanie instinctive » : « *Tantôt la volonté est lésée : le malade, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne déterminent pas, que la conscience réproouve, que la volonté n'a plus la force de réprimer ; les actions sont involontaires, instinctives, irrésistibles, c'est la monomanie sans délire, ou la monomanie instinctive* » (ESQUIROL, 1838). Il semble difficile dans ces descriptions de retrouver l'ancêtre du psychopathe qui pourrait aussi correspondre à la description de la « monomanie affective » : « *tantôt les monomaniaques ne déraisonnent pas, mais leurs affections, leur caractère sont pervertis par des motifs plausibles, par des explications très bien raisonnées, ils justifient l'état actuel de leurs sentiments et excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite* » (ESQUIROL, 1838).

Outre-atlantique, la contribution de RUSH (1812) sera marquée par le « moral derangement » traduit par « derangement de la volonté » où il pointe les désordres comportementaux et pulsionnels, indépendamment des troubles intellectuels. Il est confronté à la difficulté de trancher entre la « folie » trouvant son origine dans les vaisseaux sanguins et le « vice ».

RAY, père fondateur de la psychiatrie légale, se rapproche des travaux européens qu'il reprend dans son ouvrage. Il définit la « manie morale » comme une « *profonde perversion des affections sociales, par laquelle les sentiments de gentillesse et d'attachement éveillés qui découlent des relations au père, à l'épouse et aux enfants, sont remplacés par une perpétuelle inclination à tourmenter, à harceler, à empoisonner l'existence des autres* » (RAY, 1838 traduit par l'auteur).

En Angleterre, c'est PRICHARD en 1835, qui va systématiser les travaux de RAY et RUSH dans l'« aliénation morale » ou « moral insanity » qu'il définira comme « *une folie consistant en une perversion malade des sentiments naturels, des penchants, des goûts, de l'humeur, des habitudes, des dispositions morales et des dispositions 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* » (PRICHARD, 1835 traduit par COTE, 2000). Pour l'auteur, il s'agit d'un état intermédiaire entre normalité et folie. La « Moral insanity » y est décrite comme un comportement antisocial lié à un déficit congénital du sens moral. Il l'oppose aux l'« intellectual insanity ».

I.A.1.b Vers un déséquilibre constitutionnel

En France, le dogme esquirolien a été destitué vingt ans plus tard, par les attaques contre la « monomanie d'homicide » de ses propres élèves. Son élève FALRET, puis MOREL et MAGNAN vont plutôt défendre une étiologie dégénérative. Pour FALRET, même les « manies sans délire » de PINEL sont la conséquence de lésions en cascade des fonctions de l'entendement. Son élève MOREL attribuera l'ensemble des troubles mentaux à une dégénérescence nerveuse : « *diverses variétés malades qui, sous l'influence des mêmes causes dégénératrices, revêtent des caractères pathognomoniques invariables de l'ordre intellectuel, physique et moral* » (MOREL, 1860). Ainsi, tout dégénéré s'inscrirait dans un syndrome héréditaire fixe et invariable, dont la folie trouve sa localisation dans la tête : « *il n'est pas besoin d'accumuler des preuves pour démontrer que l'encéphale préside à l'exercice des phénomènes intellectuels et affectifs, [...] là où réside la raison doit aussi se trouver le siège de la folie* » (MOREL, 1860).

MAGNAN défend l'idée d'une dégénérescence, en la décalant du divin vers l'évolutionnisme darwinien. Il classe les folies morales dans les folies héréditaires dégénérées, en parle comme « des déséquilibrés ». Parmi ces déséquilibres, MAGNAN et LEGRAIN développent la « folie lucide » pour parler de certains criminels, impulsifs avec une conservation de la conscience (COTE, 2000). Ces auteurs vont chercher une étiologie organique ou héréditaire à ces « déséquilibre », influencés par les travaux de LOMBROSO sur le « criminel né ». Rappelons que selon les théories de LOMBROSO, des traits du visage permettraient de déceler les criminels (CHARTIER, 2003). MAGNAN et LEGRAIN distinguent alors deux catégories : les aliénations héréditaires (sujets prédisposés) et les aliénations accidentelles. Le « criminel dégénéré » seraient plutôt un « criminel d'habitude », animés par un fonctionnement impulsif répété, en opposition avec le « criminel vulgaire », accidentel.

Dans *La doctrine des constitutions*, DUPRE (1919/1925) envisage les troubles psychiatriques comme un « déséquilibre constitutionnel du système nerveux ». Il parle des maladies mentales comme des maladies de la personnalité : «*Or, la personnalité, normale ou pathologique, représente la somme et la synthèse de toutes les activités, organiques et fonctionnelles [...] Cette synergie est l'œuvre du système nerveux* » (DUPRE, 1925). Parmi ces troubles constitutionnels, il évoque ceux ayant un déséquilibre de l'instinct de sociabilité, de «*ces perversions constitutionnelles des instincts de conservation, de génération, et de sociabilité, qui dominant la personnalité dans toutes ses réactions envers la famille et la société* » (DUPRE, 1925).

De leur cotés, les auteurs allemands vont rompre avec la « dégénérescence » pour évoluer vers le « constitutionnalisme » et introduire le terme de « psychopathie ». Le terme aurait été créé par SIEFERT en 1901 (selon PASCALIS, 1980) qui décrit « les psychopathes instables ». Mais déjà en 1881, KOCH parlait de « l'infériorité psychopathique », avec des formes héréditaires ou acquises, toujours dans une vision dégénérative (cité par SENON, 2014).

Viennent ensuite les travaux de KRAEPELIN (cités par SENON, 2006/2014), dont l'apport essentiel se situe plutôt dans l'apparition d'une sémiologie rapportée à une nosographie : KRAEPELIN sépare la psychopathie de la schizophrénie, rompt avec « la folie de dégénérescence » pour évoquer des « personnalités anormales ». L'auteur, décrit aussi des états cliniques stables tout au long de la vie et définit quatre « personnalités psychopathiques », dont l'une qui est caractérisée par « *le mensonge, l'escroquerie, un côté charmeur et loquace ainsi que le manque de moralité et de responsabilité* » (GRAVIER, 2013). Ce sont alors des personnalités anormales sans processus organique pathologique, dont l'origine de leur structure morale est biogénétique et dégénérative. KRAEPELIN permet de faire apparaître les « états psychopathiques » en tant qu'entité spécifique.

Son élève SCHNEIDER, à travers ses travaux typologiques reprend la « personnalité psychopathique » qui correspond aux troubles de la personnalité en général. SCHNEIDER définit ces troubles comme un ensemble de traits anormaux qui ne relèvent pas de processus organiques pathologiques. Il bascule ainsi dans une dimension constitutionnelle. Dans les sous-types de ces « personnalités psychopathiques », on retrouve le « psychopathe explosif », celui « qui a besoin de se faire valoir » et le « psychopathe apathique ». Ces trois sous-types regroupent des caractéristiques de la psychopathie actuelle (COTE, 2000).

A partir du début du XXe siècle, le concept oscille entre la « sociopathie » de BIRNBAUM et la « constitution psychopathique » de SCHNEIDER (cités par PASCALIS, 1980). BIRNBAUM réfute une origine constitutionnelle et inné, pensant que les déficiences comportementales se construisent à travers les rejets de la société.

I.A.1.c Apport de la psychanalyse

L'avènement de la psychanalyse avec les travaux de FREUD va venir bouleverser les conceptions psychopathologiques. L'origine du trouble se déplace de la dégénérescence et du constitutionnel vers les conflits internes psychiques, prenant racine dans les frustrations subies dans l'enfance. Cette approche permet de mettre en perspective le comportement avec la vie psychique interne.

La première pierre apportée à l'édifice de cette nouvelle compréhension apparaît avec FREUD dans son texte de 1915 : *Les criminels par sentiment de culpabilité*. Il ne s'agit pas de confondre criminels et psychopathes, mais de pointer les travaux ayant ouvert la compréhension de l'acte à une lecture psychanalytique. « *La recherche analytique permet alors de faire cette surprenante constatation que ces actes avaient été commis avant tout parce qu'ils étaient défendus et parce que leur accomplissement s'accompagnait pour leur auteur d'un soulagement psychique [...] il me faut dire que le sentiment de culpabilité préexistait à la faute [...] cet obscur sentiment de culpabilité provient du complexe d'œdipe, il est une réaction aux deux grandes intentions criminelles, celles de tuer le père et d'avoir avec la mère des relations sexuelles* » (FREUD, 1915).

ALEXANDER et GLOVER (cités par COTE, 2000) introduisent la notion de « névrose de caractère » ouvrant sur le champ des pathologies du caractère, qui correspondent à un mode de comportement répétitif et fixé. Il s'agit d'une névrose où le conflit défensif ne se traduit pas par la formation de symptômes nettement isolables, mais par des traits de caractère, des modes de comportement, voire une organisation pathologique de l'ensemble de la personnalité.

En 1925, AICHHORN travaille sur les jeunes délinquants dans une approche psychanalytique et pointe un trouble de l'identification après la période œdipienne. La résolution du complexe œdipien se fait par un renoncement des désirs interdits, qui ouvre sur une identification aux parents avec la formation du Surmoi et de l'idéal du Moi. Chez le jeune délinquant, la carence extérieure se traduit par un « *abandon à lui-même* » : le jeune reçoit peu de directives internes (AICHHORN, 1925 cité par HOUSSIER, 2004). Pour lui, les délinquants s'identifient à un père agresseur, prennent les caractéristiques de ce père : leur Idéal du Moi sera par conséquent, antagoniste aux règles sociales.

Son apport essentiel est de ramener ces délinquants dans le champ d'une thérapie analytique. Il forme les différents intervenants du champ social à la psychanalyse (éducateurs, aidants sociaux, etc.). Il utilise un lien transférentiel positif, qui se substitue aux punitions malgré les actes délictueux, afin que le sujet intériorise les qualités de l'équipe d'intervenants, tout en acceptant les règles régissant le groupe social auquel appartient le

sujet. Il oppose à la répétition du lien causal transgression-punition, une identification en adéquation avec les règles sociétales et morales.

En 1933, REICH considère la symptomatologie des sujets caractériels comme une « cuirasse défensive » qu'il nomme « character armor », traduit en français comme « cuirasse caractérielle ». Elle correspond à la globalité des attitudes caractérielles qu'un individu développe comme défense contre les excitations émotionnelles. Il propose plusieurs types de caractères, dont le « phallic-narcissistic character » qui peut présenter des comportements violents répétés.

WITTELS dès 1937 dans *Le psychopathe criminel* (cité par CHARTIER, 2003), oppose le « *Don Juan névrosé du Moyen Âge chrétien au Don Juan psychopathe de l'opéra de Mozart* ». Ce personnage précœdipien typiquement narcissique, phallique ne connaîtrait ni limites ni culpabilité, car « *il n'est jamais passé par les fourches caudines de l'angoisse de castration* » (WITTELS, 1937 cité par CHARTIER, 2003). Chez lui coexistent, clivées et sans problème d'inhibition, masculinité et féminité, qu'il utilise à son gré, « *ce qui en fait un psychopathe triomphant et trépidant* ». Il propose la piste d'une bisexualité aconflictuelle grâce à l'utilisation du clivage.

KARPMAN, en 1941 identifie deux types de psychopathes : le premier, le psychopathe « idiopathique » ou « primaire » est l'auteur d'une délinquance ciblée, délibérée, constitutionnelle, sous-tendue par une culpabilité inconsciente, rappelant la théorie freudienne. Ces psychopathes d'une apparente normalité et non-anxieux, ne réagiraient pas de manière adaptée aux stimuli émotionnels et seraient peu sensibles au renforcement social. Il lui oppose le psychopathe « symptomatique » ou « secondaire », plus violent et plus anxieux, pour lequel l'environnement aurait une part prépondérante dans son organisation. Le « psychopathe symptomatique » se rapprocherait plutôt de la « névrose de caractère » d'ALEXANDER.

La psychanalyse a permis de rompre avec le constitutionnalisme et recherche une origine dans les frustrations subies dans l'enfance. Par ailleurs, les psychanalystes sortent la psychopathie hermétique à toute approche thérapeutique pour l'inscrire dans une lecture psychodynamique.

I.A.1.d Vers la clinique contemporaine

Dans la première moitié du XXe siècle, KRAEPELIN et SCHNEIDER ont posé les bases d'une approche clinique nosographique. En 1941, CLECKLEY propose le tableau clinique de la psychopathie actuelle. Il décrit des sujets avec un jugement intact mais inopérant, comme détaché de toute réaction affective, parallèlement à des capacités d'introspection surprenantes.

La définition de CLECKLEY (1941), qui sert toujours de référence, apparaît dans son ouvrage *Mask of Sanity*. Il détermine seize critères (CLECKLEY, 1941 traduit par LEISTEDT et al., 2009) :

- *Charme superficiel et bonne intelligence ;*
- *Absence de délire ou de tout autre pensée irrationnelle ;*
- *Absence de nervosité ou de manifestation psychonévrotique ;*
- *Sujet sur qui on ne peut compter ;*
- *Fausseté et hypocrisie ;*
- *Absence de remord et de honte ;*
- *Comportement antisocial non motivé ;*
- *Pauvreté du jugement et incapacité d'apprendre de ses expériences ;*
- *Egocentrisme pathologique et incapacité d'aimer ;*
- *Réaction affective pauvre ;*
- *Incapacité d'introspection ;*
- *Incapacité de répondre adéquatement aux manifestations générales qui marquent les relations interpersonnelles (considération, gentillesse, confiance, etc.) ;*

- *Comportement fantaisiste et peu attirant avec ou sans l'effet de l'alcool ;*
- *Rarement porté au suicide ;*
- *Vie sexuelle impersonnelle, banale et peu intégrée ;*
- *Incapacité de suivre quelque plan de vie que ce soit.*

Cette description servira de base à l'échelle de HARE (2003), la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), outil de référence pour diagnostiquer la psychopathie.

I.A.2 Sémiologie psychopathique

C'est dans la suite d'un colloque de 1975 concluant que la psychopathie n'avait pas de définition partagée et consensuelle, qu'elle restait fluctuante selon les représentations idéologiques, politiques ou scientifiques, que le canadien HARE va créer un instrument diagnostic standardisé. La première échelle de HARE, la Psychopathy Checklist (PCL) est présentée et acceptée par la communauté scientifique en 1980. Les critères retenus par HARE sont dans la continuité du travail de CLECKLEY, dans une démarche clinique plus que psycho-développementale. La première version de 1980 comporte alors vingt-deux items recouvrant deux grands facteurs :

- Le facteur I, relatif aux caractéristiques interpersonnelles, affectives et narcissiques ;
- Le facteur II, relatif à la tendance antisociale, aux conséquences d'une impulsivité, de comportements transgressifs.

Dans la deuxième version de 1991, HARE a retiré deux items : les antécédents de diagnostic de psychopathie ou apparenté et les comportements antisociaux non attribuables à la consommation d'alcool (cf ANNEXE 1). La PCL-R fait aujourd'hui office de référence et rend le concept de la psychopathie opérant pour la recherche scientifique. COTE et HODGINS valident la version francophone au Québec en 1996.

A partir de cette échelle, COTE et al. (2000) font la description d'un profil « *narcissique, insensible, alexithymique, qui n'éprouve pas de remords et de culpabilité malgré son irresponsabilité, sa tendance à exploiter autrui, son caractère impulsif, ses nombreux manquements à ses engagements, et malgré le fait qu'il transgresse les normes sociales légalement sanctionnées* ».

Au vu de la littérature et des nombreuses descriptions retrouvées, un consensus apparaît pour un portrait clinique psychopathique s'articulant autour de deux dimensions, dans les lignées des deux facteurs de la PCL-R.

I.A.2.a Dimension comportementale

La dimension comportementale est souvent la plus visible, faisant office de point d'entrée dans le soin ou dans le milieu carcéral. Elle est marquée par l'irritabilité, l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, l'agressivité et les passages à l'acte. Ces derniers se remarquent par leur diversité et leur caractère bruyant.

Les psychopathes sont auteurs de violences réactives et de violences pro-actives, dites instrumentales.

Dans l'étude de WILLIAMSON et al. (1987) reprise par REIDY et al. (2011), chez 45,2% des psychopathes inclus à partir d'une population carcérale, l'acte répréhensible comportait une motivation matérielle. La psychopathie comporte un risque élevé d'agressions instrumentales ou d'actes dits de « sang-froid », qui seraient plus spécifiques du trouble. WOODWORTH et PORTER (2002) ont cherché à préciser la répartition de ces deux types de violences chez les psychopathes, considérant que les deux dimensions pouvaient s'intriquer dans un même acte. Ainsi, sur une population carcérale de 125 détenus, parmi les psychopathes diagnostiqués par la PCL-R, 6,7% des homicides étaient purement réactionnels, 33,3% étaient principalement instrumentaux avec une participation émotionnelle. La dimension réactionnelle dans les motifs d'incarcération est bien plus importante chez les sujets non-psychopathes (71,8%).

L'étude de HART et DEMPSTER (1997) montre que le facteur II est associé à des délits impulsifs, tandis que le facteur I est associé à des délits planifiés. Pour PATRICK et

ZEMPOLICH (1998), cette violence planifiée et élaborée s'expliquerait par une froideur affective qui les protégerait de passages à l'acte réactionnels.

Cependant, ces études exploraient des violences ayant fait l'objet d'une condamnation judiciaire, ce qui constitue un biais de sélection par rapport à l'ensemble des actes. Selon REIDY et al. (2011), les psychopathes seraient aussi « réactifs » et commettraient plus d'acte réactionnels que les non-psychopathes, tout en étant plus enclin aux violences instrumentales pour les actes plus sévères. Dans un groupe d'hommes étudiants dont la psychopathie était évaluée par la Levenson's Self-Report Psychopathy scale (LSRP), les sujets présentaient rarement des violences instrumentales. Parmi ceux chez qui des violences instrumentales étaient observées, il était toujours retrouvé dans leur histoire des violences réactives. Le groupe avec une combinaison des deux types d'agressions avait de plus hauts scores sur le facteur I alors que ceux ne comptant que des agressions réactives étaient plus fortement corrélés au facteur II de la PCL-R.

De nombreuses études sur la psychopathie ont lieu dans le milieu carcéral, ce qui peut créer une confusion et un amalgame entre psychopathie et délinquance. Bien que la part de psychopathes retrouvés en prison soit significativement supérieure à ceux de la population générale (15 à 30% selon COOKE et al. (2000)), la psychopathie n'y est pas omniprésente. Malgré tout, les psychopathes, sans être l'apanage de la population criminelle, restent des sujets pour lesquels les actes répréhensibles sont plus présents que les non-psychopathes.

Pour BROWN et FORTH (1997), les agressions sexuelles seraient consécutives à la versatilité propre à la psychopathie. Ils ne représenteraient que 3 à 15 % des délinquants sexuels (COTE et al., 2000). Leurs victimes sont plus largement des adultes féminins selon une étude de HART et HARE (1996). De même, il n'y a pas d'association significative entre les actes d'homicides et la psychopathie, la corrélation étant plutôt négative (PHAM, 1998).

COTE et al. (2000), montrent que les psychopathes sont plus enclins à une violence dite « utilitaire ». Cette violence est utilisée à des fins matérielles, et plutôt contre des victimes inconnues. Elle prend davantage la forme de vols, de violences sur autrui, de vols avec

violences, etc., sur un fond de transgression générale. Pour TYRODE et BOURCET (2000) la notion de transgression renvoie au processus de passage à l'acte. Ces auteurs distinguent les transgressions auto-agressives, les transgressions hétéro-agressives et les transgressions d'appropriation et de destruction. Cette dernière catégorie comprend les vols, les destructions de bien, mais aussi les fugues, les addictions, etc.

Les psychopathes peuvent aussi être auto-agressifs. La personnalité antisociale est associée à un risque suicidaire accru. L'étude de BEAUTRAIS et al. (1996) retrouvait un odds-ratio de 3,7 - traduisant une corrélation significative entre le suicide et la psychopathie - mais nettement inférieur à l'odds-ratio associant « risque suicidaire » et troubles de l'humeur (OR=33,4). Les gestes suicidaires seraient davantage une conséquence de la déviance antisociale plutôt que celle d'une réelle réaction dépressive (VERONA et al., 2001). Selon GRAVIER (2006), les gestes auto-agressifs sont détachés d'une intention suicidaire dont ils prennent l'apparence. Ils ont aussi une fonction utilitaire et sont plutôt utilisés dans une dimension de chantage.

La transgression perpétuelle des psychopathes des règles en fait des inadaptés sociaux chroniques, qui, réformés des différentes institutions se retrouvent aisément sans domicile fixe ou encore en prison (APA, 2000). L'APA (2000) insiste sur la répétition du comportement s'inscrivant non pas dans une clinique aiguë mais dans un fonctionnement basal ; les nombreux changements d'emploi, de travail, de relation ou d'habitation seraient une conséquence de leur incapacité à planifier ainsi que de leur impulsivité.

I.A.2.b Dimension affective

La seconde facette du psychopathe admise, vient de ses traits de personnalité altérant ses relations interpersonnelles et affectives, associés à un narcissisme fragile.

Le psychopathe peut sembler dépourvu de peur, d'angoisse et de capacité à se déprimer. GACONO et MELOY (1990) retrouvent une corrélation négative entre l'anxiété et le narcissisme agressif. On observe dans ce trouble, une présentation grandiose, parfois intimidante et tyrannique. Mais au premier abord, le psychopathe peut susciter la confiance

et une attraction magnétique. Les qualificatifs de « sympathique », « charmeur », « intelligent » et « impressionnant », leur capacité de simulation, d'imitation et de manipulation composent « le masque de normalité » qu'ils présentent au quotidien (CLECKLEY, 1941). LEISTEDT et al. (2009) reprennent l'image du personnage de « Docteur JEKYLL et Mister HYDE » pour illustrer ces sujets divisés avec une présentation séduisante en surface, dissimulant les pulsions sanguinaires de Mr. HYDE.

Les psychopathes présentent un détachement émotionnel chronique, savent imiter les émotions d'autrui sans les ressentir, peuvent créer facilement des relations superficielles et asymétriques à autrui. L'autre n'est pas considéré mais utilisé. Ces sujets sont décrits comme insensibles, incapables d'éprouver ni empathie, ni remord, ni culpabilité lorsqu'ils viennent à nuire. L'absence d'empathie ou de remord peut se manifester à travers des rationalisations superficielles, voire des projections sur la victime : « *ça devait arriver de toute façon* », « *la vie est injuste* » (APA, 2000). Ils alternent entre une minimisation des conséquences de leurs actes et une indifférence complète.

Au long cours, les relations sont marquées par la cassure et la discontinuité et dessinent un parcours instable sur les plans affectif, social et professionnel. Leurs compulsions de répétition mettent à l'épreuve tout engagement relationnel, venant invariablement les mettre en échecs, et ainsi leur confirmer qu'ils ne peuvent s'appuyer que sur eux-mêmes. La maltraitance sous forme de négligence peut être consécutive à leur irresponsabilité envers leur statut de parents (par manque d'hygiène, par négligence, etc.) (APA, 2000).

Ces sujets égocentriques ayant en apparence une haute-estime d'eux-mêmes, n'agiraient que pour satisfaire leur désir qu'ils sont incapables de différer. Dans la description clinique de FLAVIGNY (1977), on retrouve les exigences mégalomaniaques et un besoin de satisfaction immédiate. Mais ces besoins sont peu verbalisés, rendant les relations avec autrui difficiles : « *en apparence ils semblent égocentriques, inaffectifs, mais ils sont en réalité hypersensibles, traités volontiers d'écorchés vifs, de sujets immatures sur le plan affectif, infiniment vulnérables à toute frustration* » (FLAVIGNY, 1977).

Cet aspect « grandiose » contraste avec leur passivité et leur dépendance à l'environnement. Il n'existe pas de réelle autonomie, les sujets ne peuvent rien entreprendre seuls. Selon

CAROLI (2006), « *Ils sont en quête d'une relation affective durable mais impossible à satisfaire* », développent une sexualité importante mais sans affect. Pour l'auteur, les projets d'avenir appartiennent « *plus à la rêverie qu'à une élaboration qui introduirait la notion d'anticipation* » (2006). Cette dépendance vient accentuer la fragilité narcissique et peut provoquer des réactions de rupture.

Selon FLAVIGNY (1977), cette sémiologie serait liée à une personnalité structurée autour de frustrations affectives précoces et d'une angoisse existentielle quasi-permanente.

I.A.2.c Comorbidités

Le psychopathe peut présenter des décompensations psychiatriques brutales et réversibles. Selon SENON (2006), il est sujet aux « *dépressions à l'emporte-pièce* », aux décompensations psychotiques aiguës et réversibles, à une labilité thymique et émotionnelle ainsi qu'aux addictions multiples (alcool, drogues ou médicaments). L'anxiété peut survenir lorsque le sentiment de vide intérieur est à proximité.

Les comorbidités sont nombreuses et peuvent altérer le pronostic vital ; les conduites addictives sont celles les plus fréquemment retrouvées (FALISSARD, 2006). Parmi les toxiques, l'alcool, la cocaïne et les benzodiazépines augmentent significativement le risque de passage à l'acte. Le mécanisme sous-jacent est l'effet désinhibiteur, potentialisé par des facteurs de risque environnementaux et personnels comme les traits de personnalité, l'impulsivité (GILET et al., 2001).

La psychopathie peut être associée à des troubles de l'humeur, aussi bien sur un versant dépressif que maniaque (FALISSARD, 2006). On retrouve également des intrications avec d'autres troubles de personnalité, la personnalité borderline et plus généralement les troubles de la personnalité du cluster B (histrionique, narcissique, impulsive, etc.)

Les psychopathes sont aussi exposés aux conséquences de leurs conduites à risques. Au delà des lésions auto-infligées et des conséquences de leur violence hétéro-agressive, ils s'attirent davantage d'accidents de la circulation, de maladies infectieuses transmissibles (hépatites, VIH, etc.).

Il existe des données contradictoires concernant ces comorbidités. Des études ont recherché la présence de la psychopathie chez les personnes atteintes d'un trouble mental de l'axe 1 du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), mais les résultats sont à considérer selon l'outil de mesure utilisé :

- 60 à 70% d'association des troubles de l'axe 1 avec la personnalité antisociale selon une mesure clinique basée sur le DSM-III (HODGINS et COTE, 1990) ;
- 2,9% d'association des troubles de l'axe 1 avec la psychopathie mesuré avec la PCL-R (COTE et LESAGE, 1995).

Dans une revue d'études faite par COTE et al. (2000), on observe une prévalence de la psychopathie de 2,5% dans une population de 161 schizophrènes, ainsi qu'une absence de trouble psychopathiques dans une population ayant bénéficié d'une irresponsabilité pénale pour troubles mentaux. COTE et al. (2000) y voient ici un argument confortant l'idée que la psychopathie constitue une entité clinique distincte, sans recoupement avec les troubles mentaux sévères.

I.A.2.d Classifications internationales

Comme pour se démarquer de la confusion autour du terme « psychopathie », galvaudé et tombé dans le langage courant, les classifications internationales utilisent plutôt le terme « antisocial » dans les quatrième et cinquième versions du DSM et « dyssocial » dans la dixième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)(cf. ANNEXES 2 et 3). Le terme « psychopathie » a disparu de la terminologie psychiatrique depuis plusieurs années. Les classifications internationales se limitent à une description symptomatique et nosographique, sans présumer des mécanismes psychodynamiques sous-jacents.

Dans la classification nosographique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CIM-10, le groupe des troubles de la personnalité est désormais bien séparé des autres troubles psychiatriques. L'origine constitutionnelle ou secondaire à une lésion organique est écartée : *« il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de*

l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique. [...] apparaissent habituellement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte » (OMS, 1994). La personnalité dyssociale (codée F60.2) y est décrite comme un trouble de la personnalité habituellement repéré en raison de l'écart considérable qui existe entre le comportement et les normes sociales établies.

Dans la première version du DSM de 1952, proposé par l'American Psychiatric Association (APA), on ne retrouve pas la « personnalité psychopathique », mais une « personnalité sociopathique » avec des réactions antisociales. Elle devient la « personnalité antisociale » dans le DSM-II de 1968. C'est dans la troisième version de 1980 que l'individu antisocial est défini par des critères précis, davantage polarisés sur les comportements que les traits de personnalité (COTE et al., 2000).

Pour l'APA, l'équivalent de la « personnalité dyssociale » (code F60.2) de la CIM-10 correspond à « la personnalité antisociale » (code 301.7) dans le DSM. Le DSM-IV qui paraît en 1994 pour s'aligner sur la nosographie de la CIM-10, donne une définition assez superposable. La personnalité antisociale entre dans les troubles de l'axe 2, à savoir « les troubles de la personnalité et le retard mental ». C'est « *un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte* » (APA, 2000). La tromperie et la manipulation sont au centre de la description.

Dans le DSM-V paru en 2013, le tableau clinique est inchangé (APA, 2013). En revanche, les troubles de la personnalité et les troubles mentaux ne sont plus séparés selon deux axes, remettant à l'ordre du jour la question du normal ou du pathologique concernant les troubles de la personnalité. Ils définissent la dimension pathologique selon une base de cinq dimensions : le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture, l'agréabilité et le caractère consciencieux. Le trouble de la personnalité est déterminé sur un continuum par rapport à une personnalité normale. Dans cette approche, le pathologique est défini comme une variation extrême à la norme clinique définie, selon un continuum et non une approche taxonomique.

I.A.2.e Terminologie

Sur un plan étymologique, si les termes de personnalité antisociale/dyssociale - héritiers de la psychopathie - sont souvent utilisés comme des synonymes, ils ne sont pas pour autant superposables. La personnalité antisociale/dyssociale est davantage polarisée sur la dimension comportementale. Selon REID et RUIZ-SWEENEY (2003), la personnalité antisociale du DSM est plus large et plus incisive et se focalise sur les conséquences visibles du comportement antisocial. La psychopathie de HARE est plus étroite et plus grave, basée sur la dynamique de la personnalité, intégrant les difficultés relationnelles, l'insensibilité, le déficit émotionnel.

En résumé, les personnalités antisociales/dyssociales sont davantage polarisées sur la dimension comportementale, ne présument d'aucune psychopathologie sous-jacente et ne prennent pas en compte les traits de personnalité. Très schématiquement, la personnalité antisociale/dyssociale appartient à la psychopathie mais ce lien n'est pas réciproque. Les descriptions des classifications ne représentent qu'une partie de la psychopathie, à laquelle il faut associer les critères de personnalité pathologiques pour parler d'une psychopathie vraie.

Il est important de s'accorder sur le vocabulaire employé. Lorsque nous parlons de « conduites » ou de « comportements antisociaux », il faut restreindre notre compréhension aux comportements transgressifs et agressifs, ce qui revient à évoquer le facteur II de la psychopathie. C'est lorsque nous parlons de « psychopathie » qu'il faut concevoir l'ensemble suffisant des symptômes énoncés dans la PCL-R, c'est-à-dire, à la fois les traits de personnalités et les comportements associés.

I.A.2.f Débats actuels

Ces conceptualisations restent ouvertes au débat et des imprécisions subsistent autour de la psychopathie. LAMOTHE (2001) montre les dissensions qui apparaissent entre la « psychopathie française » et la « psychopathie américaine ». La conception américaine est influencée par les classifications internationales. La « psychopathie américaine » serait plus pragmatique et efficace, s'appauvrissant de la compréhension psychodynamique : « *les rapports du psychopathe à la loi et à la transgression devenaient le point central* » (LAMOTHE, 2001). Le psychopathe se rapproche plutôt d'une personnalité narcissique avec une dimension perverse et une domination de la relation d'emprise : il est plus triomphant, utilise la stratégie pour accéder à ses désirs, impose la suprématie de sa loi sur les lois sociétales. Il se rapproche de l'image du criminel présenté dans les médias.

En France en revanche, l'héritage freudien reste influant et entretient une approche psychodynamique. La destructivité et les traits de perversion des descriptions américaines sont plutôt appréhendés comme des tentatives de résolution de l'angoisse anaclitique (c'est-à-dire des angoisses liées à la perte de l'objet). Le psychopathe français est « *plus mature et plus riche et à la fois plus inefficace et plus souffrant* » (LAMOTHE, 2001). Leurs répétitions d'échecs sont tant de tentatives témoignant de leur recherche d'une loi paternelle bienveillante.

Ainsi, le point de vue anglo-saxon est davantage quantitatif, cherchant à positionner le curseur sur un continuum allant du normal au pathologique. La psychopathie peut être évoquée lorsque l'intensité de traits considérés comme physiologiques dépasse un certain seuil. Pour MELOY (2001), la psychopathie et la personnalité dyssociale s'inscrivent dans un continuum dans lequel la psychopathie de HARE, impliquant un score à la PCL-R supérieur à 30/40, est un stade de sévérité supérieure. Ainsi, chaque individu a un seuil d'intolérance à la frustration, une part d'impulsivité mais qui est contrôlée, ce qui n'est pas le cas du psychopathe (GRAVIER, 2013). En France, notre conception est localisatrice. La psychopathie est avant tout une structure mentale où domine le clivage. L'approche est taxonomique : il y a ou non une psychopathie.

Certains auteurs réfutent l'idée d'une entité psychopathique. BERGERET (1974) rattache le psychopathe au tronc commun des organisations limites. La fixité opère à un stade pré-œdipien suite à un traumatisme précoce survenant sur un équipement psychique encore immature. Le sujet ne peut refouler cette tension qui stoppe son évolution libidinale ultérieure. Cette organisation est aménagée mais non fixée, nécessite la mise en jeu de contre-investissements onéreux pour rester à égale distance de la structure psychotique dépassée et de la structure névrotique non atteinte. Dans cette organisation, la structure dominante est l'idéal du Moi avec une angoisse de perte d'objet.

Ainsi, cette organisation aurait recours à des aménagements assez stables imitant la névrose, pour maintenir le narcissisme à un niveau antidépressif. Parmi ces aménagements, BERGERET décrit « la perversion de caractère » dans laquelle il classe la psychopathie. Ces sujets dénie le narcissisme de l'autre. L'autre est objectalisé afin de « *rassurer et compléter le narcissisme défaillant* » (BERGERET, 1974).

KERNBERG (1975) aussi envisage la catégorie commune des états limites qui partagent une « faiblesse du Moi », n'étant ni névrotique ni psychotique, et dans laquelle les combinaisons de symptômes vont préciser la personnalité. Dans le syndrome des « perturbations limites », KERNBERG place la « structure antisociale » dans les personnalités narcissiques, qui correspond à un trouble d'échelon inférieur sur le continuum des troubles de la personnalité limite.

L'un des débats psychanalytiques concernant les psychopathes est de savoir s'ils correspondent à une absence d'organisation ou une organisation fonctionnelle différente donnant alors un matériel psychopathologique. Pour LAMOTHE (2001), il s'agit d'une a-structuration où domine le primat pulsionnel : le sujet n'a pas de système pare-excitant mais un fonctionnement binaire alternant entre des phases d'excitation avec un recours à des comportements auto-calmands, court-circuitant la mentalisation, et des phases de paix. Ainsi, il ne s'agit ni d'une névrose, ni d'une psychose.

Pour PASCALIS (1980) il s'agit d'une « *conscience douloureuse d'une anomalie intérieure* ». DIATKINE envisage plutôt une inadéquation d'un système faisant interagir l'individu avec la société. L'environnement serait primordial à travers ses rejets successifs (DIATKINE cité par GRAVIER, 2013). ENGLEBERG (2013) met en avant la proximité des items de la PCL-R relatifs

aux défenses mégalomaniaques avec les symptômes des phases maniaques. ZAGURY (2006) rapproche l'évaluation du discernement du psychopathe de celui des psychoses héboïdophréniques où prédominent les troubles du comportement, ainsi que des psychoses pseudo-psychopathiques.

DEBRAY résume bien le nœud de ces débats en disant que « *les psychopathes sont des malades sans que l'on puisse dire clairement s'ils ont une maladie* » (DEBRAY, 1981 cité par GRAVIER, 2013).

I.A.3 Soins et psychopathie

Les récidives violentes sont rarement corrigées par les séjours en détention. Pour autant, le soin en milieu ouvert rencontre aussi des barrages dans prise en charge des psychopathes. En dehors de quelques pistes porteuses d'espoir, un pessimisme général se dégage de la littérature.

L'abord psychodynamique est utile à la compréhension de leur fonctionnement, mais il leur est peu accessible dans une thérapie duelle. Les psychopathes présentent plusieurs entraves à l'établissement du champ transférentiel :

- D'abord l'absence de culpabilité est peu compatible avec une possibilité de remise en cause et une dynamique de changement ;
- Ensuite, leur tendance au mensonge pathologique et à la manipulation s'oppose à l'apparition d'une relation de confiance avec le thérapeute ;
- Enfin, les psychopathes ont peu de capacités d'élaboration, une pensée opératoire, un ancrage dans l'immédiateté, un monde psychique interne pauvre.

Les réactions contre-transférentielles suscitées peuvent être un obstacle supplémentaire. Décrites par MELOY (2001), ces réactions oscillent entre le rejet, l'illusion d'une alliance

pouvant être issue de la manipulation du psychopathe ou des vœux du thérapeute, la crainte de subir une agression, le sentiment d'impuissance ou bien une perte de l'identité professionnelle générée par le mépris constant mis en place par le sujet.

Pour MELOY (2001), le contre-transfert le plus subtil serait de prendre en compte la complexité psychologique de ces sujets. Il propose cinq contre-indications à tout traitement :

- Une histoire de vie riche en conduites sadiques et violentes ;
- L'absence totale de remords ;
- Un écart important du niveau d'intelligence par rapport à la normale ;
- L'absence d'expérience d'attachement dans l'histoire de vie ;
- Le ressenti d'une crainte de prédation par le clinicien.

Pour AICHHORN, les éléments narcissiques, la haute estime de soi, le charme superficiel et les idées mégalomaniaques protègent ces sujets de la dépressivité, un état psychique pourtant nécessaire à l'émergence de ce travail (1925, cité par HOUSSIER, 2004). Pour BALIER (2010), « *la douleur qui accompagnerait le deuil est refusée [...] souffrir est la voie nécessaire d'accès à la mentalisation, à la représentation* ».

Devant ce constat, l'objectif d'une guérison définitive semble compromis. BALIER dit qu'« *aucun psychanalyste n'aurait l'idée d'allonger sur le divan un psychopathe* » (BALIER, 1988). Cet abord est impossible du fait de l'absence de refoulement et de conflit. En revanche, il va poser les conditions permettant l'émergence de la pensée et ainsi, le début d'un travail psychique.

L'émergence de pensées, d'affects et de représentations de soi permettent une identification à l'autre et donc de l'empathie. Selon KINABLE (1999), « *le travail thérapeutique lui, s'efforcera de convertir en psychique ce qui tend à se liquider sous les espèces du somatique d'un côté, du recours au passage à l'acte de l'autre* ».

Le déni, l'amnésie ou la banalisation des actes sont des manifestations d'un clivage actif. En revanche, toute manifestation d'angoisse ou de dépression, toute ébauche de critiques de

leurs actes sont des points d'appels à repérer, où l'émotion ressentie peut être évoquée et servir d'ouverture à un travail psychothérapeutique.

Si nous pouvons regarder les psychopathes sous l'angle psychanalytique sans pour autant pouvoir partager cette compréhension avec eux, cet abord reste une source de réflexion importante pour évaluer la réponse à leur offrir. La prise en charge institutionnelle psychanalytique instituée par AICHORN (1925, cité par HOUSSIER, 2004) peut être conçue pour répondre au fonctionnement psychopathique. La mission principale est de leur offrir un cadre continu, structuré et contenant, alors que s'imposent la rupture et leurs angoisses attaquant leur sentiment d'unicité. L'institution se doit d'être suffisamment solide pour éviter la destruction, pouvoir anticiper et répondre aux risques imminents de passage à l'acte (GRAVIER, 2006). Un cadre institutionnel permet aussi de se prémunir d'une relation duelle dans laquelle l'identification à un autre que l'idéal du Moi est impossible et qui empêche l'acceptation d'une aide extérieure, qui pourrait alors aggraver la dévaluation narcissique en cours.

Il faut cibler des objectifs modestes et utiles, en limitant les symptômes les plus bruyants. C'est ce à quoi s'attellent les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), seule approche validée à ce jour (COTE et PHAM, 2000). Elles ciblent les dysfonctionnements multiples tels que la colère chronique, l'impulsivité, les fonctions de planification, les compétences interpersonnelles et sociales. Il n'y a pas une cible à sélectionner mais plutôt une association d'objectifs à établir. Le but ici est d'obtenir une diminution de ces dysfonctionnements et ainsi, une diminution des conduites antisociales, pour le patient comme pour la société.

Enfin, l'apport médicamenteux offre des solutions limitées. En France l'utilisation de la pharmacopée se limite souvent à une sédation de la dimension impulsive, par l'utilisation de neuroleptiques sédatifs ou de benzodiazépines. L'arsenal médicamenteux peut trouver un intérêt lorsque des comorbidités psychiatriques sont associées. Aux Etats-Unis, EICHELMAN (1988), à partir des conceptions de MELOY, propose un protocole plus précis. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et le lithium inhiberaient l'agressivité affective et l'agressivité prédatrice, tandis que les benzodiazépines cibleraient plutôt l'agressivité affective.

Résumé :

Le concept de psychopathie, dont on retrouve les prémices dans la « manie sans délire » de PINEL, a évolué au fil des années. Passant d'un trouble des passions, à une maladie « dégénérative » puis « constitutionnelle », la psychopathie est aujourd'hui reconnue comme un trouble de la personnalité, qui pourrait combiner des déterminants innés et acquis. Les travaux psychanalytiques ont ouvert sur une lecture psychodynamique de l'évolution psychopathique. Pour certains auteurs, la psychopathie reste une maladie autonome, une entité en soi (COTE et al., 2000), alors que pour d'autres, elle renvoie à une description sémiologique pouvant s'inscrire dans la compréhension psychodynamique plus large des organisations limites ou narcissiques (BERGERET, 1974 ; KERNBERG, 1975).

L'hétérogénéité de ce trouble persiste : dans les classifications internationales, la psychopathie a été remplacée par les personnalités dyssociale et antisociale. Cependant, ces deux descriptions ne recouvrent ni totalement, ni exactement la clinique psychopathique et entretiennent une définition plurielle et imprécise.

Compte tenu de la lourde connotation associée au terme de « psychopathe », la HAS (2006) recommande aujourd'hui d'utiliser le terme « d'état limite à expression psychopathique ». Les experts de la HAS détachent ce trouble de la maladie mentale en précisant que cette organisation limite est rattachée aux troubles de la personnalité, c'est-à-dire à l'aboutissement d'un développement psycho-comportemental plutôt qu'à l'expression d'une maladie mentale, qui pourrait justifier une irresponsabilité pénale lors de délits ou de crimes. Pour ZAGURY (2006), « *il ne peut y avoir de nosographie de l'abolition du discernement* ». Le terme proposé par la HAS (2006) a pour avantage de mieux refléter la trace de l'histoire clinique et de sa complexité psychodynamique, reflète le processus évolutif sous-jacent et est moins péjorative.

Grâce à la PCL-R, nous disposons aujourd'hui d'un concept opérant, d'une sémiologie clinique organisée autour d'une dimension comportementale et d'une dimension affective faisant consensus. Plus qu'un ensemble de manifestations, la psychopathie est reconnue comme un fonctionnement basal hors norme, mais les contributions des auteurs continuent d'enrichir le concept. D'autres courants subsistent poussant GRAVIER (2013) à parler d'une « catégorie fourre-tout » ; la littérature voit se multiplier les concepts, évoluant vers une définition multifacette.

I.B. Passage à l'acte

I.B.1 Généralités sur le passage à l'acte

Le passage à l'acte n'est pas l'apanage du seul fonctionnement psychopathique : en effet, on le retrouve également chez les psychotiques, les dépressifs, les bipolaires, dans d'autres cas de troubles de la personnalité (état limite, hystérie, paranoïa, etc.) et plus largement chez les sujets non-psychiatriques. Quel que soit le sens que le passage à l'acte recouvre, il renvoie aux théories de la pulsion et de l'« agieren ».

« Agieren » est le terme allemand à l'origine de l'expression « passer à l'acte » ou « agir ». C'est FREUD qui l'utilise initialement, de manière transitive, pour exprimer le fait de « mettre en acte » des pulsions et d'en attendre une satisfaction immédiate. En 1914, l'« agieren » désigne, dans la cure psychanalytique, la répétition du refoulé dans le transfert : « *L'analysé ne se remémore absolument rien de ce qui est oublié ou refoulé, mais l'agit. Il ne le produit pas sous forme de souvenirs mais sous forme d'actes, il le répète, naturellement, sans savoir qu'il le répète* » (FREUD, 1914 cité par GRIHOM, 2013).

Dans cette conception, l'« agieren » est le témoin que l'acte est la traduction d'une pensée interdite puisque prise dans un conflit psychique. C'est de ces réflexions que naissent alors les concepts d'« acte manqué » ainsi que celui des « actions compulsives » ou « actions de contrainte ». Ainsi, on comprend bien que l'acte, l'agir, n'est pas l'apanage des psychopathes mais représente un élément important que l'on retrouve chez l'ensemble des pathologies citées ci-dessus. Selon les théories freudiennes, sous l'effet de la compulsion de répétition, l'acte traduirait une défense contre l'angoisse, elle-même suscitée par le fantasme refoulé.

L'« acting out » correspond à la traduction anglaise de l'« agieren » freudien et constituerait « *l'expression et la décharge d'un matériel analytique conflictuel par le biais d'un acte ou d'une verbalisation* » (MIJOLLA cité par GRIHOM, 2013).

Selon LAPLANCHE et PONTALIS (1967), l'« acting out » est employé pour désigner les actions présentant un caractère impulsif en rupture avec les systèmes de motivation habituels du sujet, relativement isolables dans le cours de ses activités, prenant souvent une forme auto ou hétéro-agressive. Le psychanalyste voit dans l'« acting out » l'émergence du refoulé. La conjonction « out » exprime l'idée d'une extériorisation, d'une impulsivité vers le dehors.

Alors que l'« agieren » désignait la mise en action des pulsions, l'« acting out » semble plutôt traduire la difficulté de l'individu à élaborer le conflit angoissant mis en scène par son désir inconscient. L'acting devient alors un moyen de contourner l'angoisse : l'« agir » prévaut alors sur le « dire » ou le « penser ». L'« acting out » comprend une adresse et une attente de reconnaissance du désir inconscient.

L'« acting out » a souvent été interprété comme « passage à l'acte » mais il semble qu'il faille distinguer « agieren » du « passage à l'acte » par une précision linguistique : « mettre en acte », « agir », sont des verbes transitifs réclamant un complément d'objet (représenté par la pulsion psychique) alors que le mouvement de traversée de la frontière entre les mondes interne et externe qui permet une décharge pulsionnelle relèverait plutôt du passage direct de la motion pulsionnelle dans l'acte, supporterait davantage une dimension motrice (GRIHOM, 2013).

Il semblerait que l'acte puisse revêtir plusieurs fonctions : être le déploiement d'une décharge massive de la violence, être le fruit d'une volonté délibérée de commettre un acte délictuel.

Le passage à l'acte est universel, sa qualification de « délictuel » ou « criminel » dépend de l'époque, du lieu et de la réglementation en vigueur à un instant T. Nous avons utilisé les descriptions criminologiques pour enrichir notre réflexion sur les éléments déterminant les passages à l'acte.

L'étude de la clinique de l'acte criminel cherche à se rapprocher au plus près de ce qui a pu être l'expérience de passages à l'acte du sujet dans sa préparation, sa réalisation ainsi que son achèvement. Selon DIEU et al. (2012), il existe deux grandes théories pour le découpage de l'espace-temps criminel :

- La théorie de l'action situationnelle (SAT) est résumée par le fait que « *toute action est normale et résulte de nos perceptions et de nos choix* ». Elle désigne le croisement entre la volonté interne de l'individu et le répertoire comportemental. Cette théorie distingue deux types d'actions : les « délibérées » et les « habituées » ;
- La théorie du processus référentiel consiste en l'évaluation de la rationalité subjective que l'auteur a de son acte violent ; l'individu adopte un choix de conduite socialement neutre, positive ou négative, choix qui est le résultat d'un travail cognitif de type référentiel.

Les dynamiques criminelles peuvent être comprises par un séquençage du passage à l'acte, avec une lecture chronoévénementielle :

- La phase prédistale du crime correspond à ce que les auteurs appellent les « causes des causes de l'acte » selon la SAT ;
- La phase préproximale – phase d'approche et d'attaque - rassemblant les « causes de l'acte », et la phase du crime, c'est-à-dire le « modus operandi », comportant les six variables du crime selon le Tableau d'Aide à l'Analyse Comportementale (TAAC) : violente, émotionnelle, opérationnelle, sexuelle, relationnelle et circonstancielle.
- La phase post-proximale décrit les actions immédiates après le crime (mise en scène) ;
- Enfin, La phase post-distale permet la compréhension et l'établissement d'un profil criminel adéquat, ainsi que l'évaluation de la propension à la récidive.

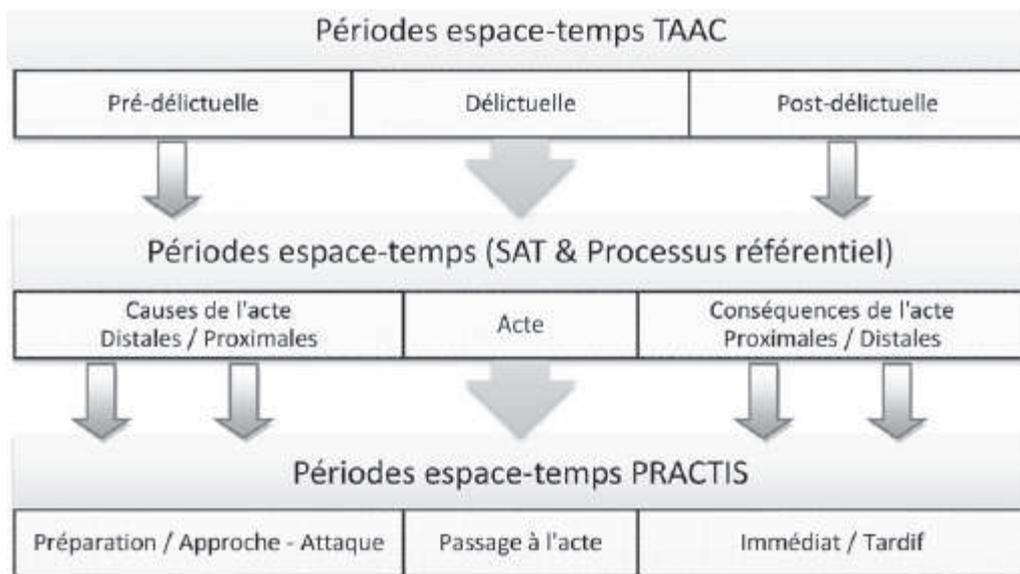


Figure 1 : Les périodes espace-temps du passage à l'acte (tiré de DIEU et al., 2012)

Ces auteurs distinguent deux types de motivations dans le passage à l'acte criminel : la tentation (interne) et la provocation (externe). Ils se rapprochent des classifications de DODGE et COIE (1987) qui ont fait la distinction entre l'agression « proactive » ou « prédatrice » ou « instrumentale » et l'agressivité « réactive » ou « affective », ou « hostile ». Dans l'agression proactive, dite « instrumentale », l'agresseur prend l'initiative de l'acte. Le geste est prémédité et détaché des émotions. Les agressions « réactives » sont commises dans des situations où une menace externe est perçue. Elles font suite à une provocation.

Ces distinctions criminologiques se rapprochent des concepts d'« agressivité affective » et d'« agressivité libre » décrits par MELOY (1988) au sujet des psychopathes. L'agressivité affective implique une expérience émotionnelle forte, des actes violents réactionnels et immédiats. Dans la séquence de ces violences affectives d'une durée limitée, MELOY (1988) décrit en amont un rituel public, c'est-à-dire un rituel d'attitudes stéréotypés « *en prélude à la violence* ». Ces rituels font intervenir des insultes, des gestes dégradants, des postures physiques, etc.

L'agressivité prédatrice ne fait intervenir aucune excitation autonome et aboutit à la destruction de la proie. Elle serait plus élaborée et rattachée au fonctionnement cognitif. L'objet de la violence est ciblé, une motivation utilitaire est retrouvée telle que la vengeance,

un intérêt pécuniaire ou l'accomplissement d'un désir sadique. La séquence est intentionnelle et planifiée.

I.B.2 Propension au passage à l'acte chez le psychopathe

I.B.2.a Psychodynamique du psychopathe

I.B.2.a.1 Organisation psychique favorisant le passage à l'acte

- **Théories princeps : EROS, THANATOS, Agressivité libre**

En préambule, il nous faut admettre le principe fondamental des pulsions de vie, pulsions de mort et agressivité libre. Succédant aux couples dichotomiques « faim-amour », « pulsions sexuelles-pulsion du Moi », FREUD (1920) propose le couple « Eros-Thanatos ». Eros est une pulsion de vie englobant la libido narcissique (autoconservation) et la libido d'objet (pulsion sexuelle), « *tendant à réunir les unités organiques, de façon à en former des ensembles de plus en plus vastes* » (FREUD, 1920). Eros unit et construit. Thanatos, la pulsion de mort, détruit et brise les liens, elle tend à la néantisation. C'est la liaison ou intrication de ces deux pulsions, dans laquelle Eros prévaut sur Thanatos qui permet la création et l'investissement des objets internes et externes. Cette liaison permet à l'agressivité d'être représentable. L'agressivité a vocation à se lier à la libido pour investir le narcissisme et les objets. Ce sont les deux pulsions fondamentales régissant l'appareil psychique, deux pulsions primaires dont la liaison subordonne des processus secondaires en transformant « *leurs charges énergétiques libres et mobiles en charges immobiles (toniques)* » (FREUD, 1920).

Mais « *lorsque les pulsions sont désintriquées, c'est en faveur de l'agressivité que se fait cette défusion* » (LEBOVICI et KESTEMBERG cités par BALIER, 1988). Parler de déliaison ou de désintrication revient à admettre l'action de la pulsion de mort sur le travail d'association d'Eros. La pulsion de mort est plutôt une anti-pulsion visant la néantisation des objets

internes, alors que la pulsion de l'agressivité libre issue de la déliaison, exerce une destructivité externe pour se protéger de la destruction interne du Moi.

Pour FREUD (1920), l'agressivité libre est une pulsion d'emprise liée à l'affirmation du narcissisme et qui permettrait de s'assurer la domination de l'objet, que l'on retrouve dans la cruauté infantile. L'auteur pense qu'il y a toujours une part de liaison résiduelle, étant donné que la néantisation de l'appareil psychique n'existe pas.

BALIER (1988) utilise cette théorie des deux pulsions fondamentales dans son approche psychanalytique des comportements violents. L'agressivité libre est la résultante du travail de déliaison de la pulsion de mort. L'agressivité libre provoque une tension interne, impossible à mentaliser et à intégrer, qui se traduit par une décharge à travers le passage à l'acte. Elle crée une poussée permanente, vouée à se décharger. L'acte se substitue à la pensée. Le sujet est réduit à sa capacité destructrice sur les objets externes.

• ***Développement psychique et faille narcissique centrale***

BALIER (1988) réfléchit aux processus précoces de l'organisation du Moi, et à la trajectoire psychopathique à partir de la construction du Soi puis de l'auto-érotisme. Le fonctionnement érotique se fonde dans les premières interactions tactiles entre l'enfant et la mère. Cette construction se fait à partir du vécu corporel.

Selon FREUD « *le Moi est avant tout un Moi corporel [...] Le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, [...] il représente la surface de l'appareil mental* » (FREUD, 1923).

Ainsi se créerait le « Moi corporel », un espace psychique primaire qui fonderait le sentiment de sécurité du Soi. Toute pensée est une pensée du corps. ANZIEU développe cette théorie par le concept du « Moi-peau » qui serait « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi*

contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (ANZIEU, 1985).

L'interaction à la mère par le contact peau-peau permet des stimulations sensorielles ayant un écho psychique. Parmi les huit fonctions du Moi-Peau pouvant nourrir notre réflexion, on retrouve celle de « contenance psychique » (la peau maintient une unité), celle de « pare-excitation » (la peau protège des agressions interne), celle d'« excitation sexuelle » (la stimulation de la peau s'accompagne de plaisir) et celle d'« ébauche de l'individuation-séparation » (la peau a une singularité permettant une individuation).

Au sujet du pare-excitation :

Le Moi-peau se constitue par la projection des sensations de la surface du corps, en intégrant les ruptures de continuité de celle-ci à l'emplacement de chaque zone érogène. L'enfant acquiert ainsi une surface réceptrice des excitations externes. La mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, jusqu'à ce que le Moi psychique se différencie du Moi-peau et puisse acquérir son propre système de pare-excitation sur le modèle de la peau. Pour MELOY (1988) le psychopathe serait dans l'incapacité de surmonter un état de déplaisir, de refouler ces affects ne pouvant se référer à des expériences apaisantes.

Concernant l'ébauche de l'auto-érotisme :

Le réceptacle sensoriel qu'est la peau permet aussi la perception de plaisir avec son écho psychique en tant qu'excitation sexuelle, qui prépare l'auto-érotisme. L'auto-érotisme se développe ensuite lorsque le plaisir se détache de la satisfaction d'un besoin, et qu'il peut être recherché pour ce qu'il est en lui-même. Cette répétition active du plaisir s'oppose à l'abandon passif. Le développement de cet auto-érotisme permet la constitution de l'objet interne et de l'identité (BALIER, 1988). Dans un développement psychique normal, cette phase d'auto-érotisation permet une intrication des dérivés de la libido et de l'agressivité, qui se lient au sein de l'investissement narcissique.

L'auto-érotisme permettrait l'accès au « Soi ». Ce concept est emprunté à JUNG : « *le Soi est la donnée existant a priori dont naît le Moi. Il préforme en quelque sorte le Moi. Ce n'est pas moi qui me crée moi-même : j'advies plutôt à moi-même* » (JUNG, 1954). Il traduit l'expérience et la représentation de totalité, il « *embrasse non seulement la psyché consciente, mais aussi la psyché inconsciente, et constitue de ce fait pour ainsi dire une personnalité plus ample* » . Le Soi intervient dans le processus d'individuation : il en est le moteur et l'organisateur .Il assure le sentiment de continuité, notamment à l'adolescence, période de fragilité narcissique.

L'adolescence serait la seule période permettant le passage d'une ligne structurale à une autre. Cette période de transition est soutenue par le Soi qui entretient un sentiment de continuité entre l'ancienne organisation et celle en devenir. Aussi, l'organisation du Soi permet une identification à des images parentales, un collage à des normes sociales, tant sur les relations sociales qu'affectives.

Si cette organisation du Soi reste incomplète, il restera une part de sexualité infantile organisée autour de la scène primitive comprenant des mouvements destructeurs « *fantasmes de transpercement, de mort, de disparition, d'explosion* » dont la non-intégration pourra se réactiver sous forme de passage à l'acte violent de nature sexuelle (BALIER, 1988).

Concernant l'individuation :

Selon la théorie de MAHLER (cité par BERNATEAU, 2008), la phase symbiotique précède celle de la séparation-individuation. Le nouveau-né s'y comporte comme si lui et sa mère ne faisaient qu'un. Cette fusion psychosomatique apporte l'illusion de la toute-puissance. L'objet et le sujet forment initialement une même entité, puis ils se reconnaissent et se séparent. Face au vide de la séparation, intervient la mère afin que l'enfant puisse trouver des bases narcissiques suffisantes à l'issue de ce remaniement psychique. Mais ces patients sont devant un choix insoluble : constituer l'objet interne qui permettrait de renoncer à l'objet externe en faisant un travail de deuil, ou rester dans l'illusion de fonder une unité avec l'objet originel, et ainsi ne pas subir la passivité de la menace de la perte de cet objet.

Les futurs psychopathes s'inscrivent alors dans une trajectoire où la représentation de l'objet est impossible et où les prémices de son apparition font craindre sa perte. Ici, la séparation-individuation est impossible et l'agressivité libre va se décharger lorsque l'angoisse d'une séparation pointe, afin de l'annuler par la destructivité. Ces patients ont en commun une fragilité du Moi qui ne peut contenir cette tension.

• Carences et traumatismes précoces

Dans cette organisation psychique, l'enjeu des interactions précoces est primordial : l'altération de ces interactions pendant cette période fait craindre la construction d'un Moi insuffisant, d'un narcissisme déchiré ne pouvant contenir les angoisses anaclitiques, se rattachant à des imagos archaïques de toute-puissance pour compenser une unité floue et fragile. Mais quelles sont les causes de cette organisation défailante ou de cette non-organisation ?

HOCHMANN et al. (1980) pensent que la mère est omniprésente, incarnant à la fois les caractéristiques du père et de la mère, répondant au désir avant même qu'il naisse, empêchant ainsi la différenciation du Soi et du non-Soi, tout en privant l'enfant d'une identification paternelle. MISES et CASTAGNET (1980) évoquent la position d'un père absent ou violent qui n'a pu aider l'enfant dans l'acceptation de sa castration comme autre chose qu'une destruction. Pour LAMOTHE (1989), les deux parents sont défailants dans leur fonction de pare-excitation qui est nécessaire dans la genèse de l'appareil légal intrapsychique, mais aussi nécessaire pour que l'enfant ne soit pas confronté constamment au traumatisme psychique.

• Période de l'adolescence

BALIER (1988), au travers des individus qu'il a analysés dans Psychanalyse des comportements violents, observe que les phénomènes les plus marquants chez les psychopathes se manifestent au moment de l'adolescence, de la post-adolescence.

Pour l'auteur, ce phénomène serait lié à la réactivation de fantasmes infantiles, dont le deuil n'a pu être fait pendant la période de latence : « *Le deuil n'est pas possible car il soulève le risque d'un retour à l'anéantissement* » (BALIER, 2010).

En effet, l'adolescence est une période de réactivation œdipienne où le sujet doit faire le deuil des objets œdipiens et des fantasmes archaïques. Cette transition est rendue possible en trouvant des sources d'identifications satisfaisantes dans un environnement suffisamment bon.

La difficulté pour les futurs psychopathes va être d'opérer une transformation du narcissisme, se risquant à des infractions déstabilisantes du Moi. Dans cette transition, LEBOVICI (cité par BALIER, 1988) évoque la difficulté à prendre conscience d'une puissance paternelle amoindrie à laquelle l'enfant s'était identifié. Par conséquent, naît une culpabilité de cette identification exclusive passée, et parfois une recherche d'autopunition. Cependant, le narcissisme dans cette phase délicate ne peut accepter la douleur punitive de cet échec.

Le psychopathe ne pourrait s'identifier à un père destructeur et poursuivrait sa recherche de cette force destructrice ; ces sujets se retrouvent dans l'obligation de réaffirmer perpétuellement une position narcissique-phallique pour s'extraire d'un positionnement passif lui rappelant l'enfant désavoué par le père. HOCHMANN et al. en 1980 parlent de « *la recherche du paradis perdu* ». WILLIAMS décrit des expériences psychiquement indigérables qui continueraient sous forme d'identification à l'objet perdu, mais à laquelle le sujet n'a pas renoncé, l'inscrivant dans un véritable deuil pathologique (WILLIAMS cité par GRAVIER, 2013).

Pour FLAVIGNY (1977), l'« organisation à expression psychopathique » est issue d'une perturbation des relations affectives précoces, définie par « *la discontinuité croissante de leur qualité* ». « *La plupart de ces jeunes, dès l'enfance, n'ont pas connu la sécurité et le confort d'une affection stable et durable, ballottés ici et là, confiés à des membres plus ou moins éloignés de leur famille, à des amis, à des services sociaux, etc. D'autres ont simplement été livrés à eux-mêmes, ou plutôt abandonnés à tous les risques réservés aux gosses, qui passent plus de la moitié de leur journée dehors avec d'autres qui sont dans la même situation* » (FLAVIGNY, 1977).

L'individu serait alors porteur d'un vide dans son image du Moi, correspondant à un père absent et une mère qui oscillerait entre fusion et rupture. L'objet n'existerait pour lui qu'à titre de mauvais objet introjecté. Ce vide, appelant un comblement impossible, est défini par FLAVIGNY (1977) comme « l'empreinte en creux ».

Ainsi, n'ayant pas accès à « la position dépressive » qui se réactive à l'adolescence selon DIATKINE (cité par BALIER, 1988), le psychopathe est envahi par des fantasmes infantiles. L'angoisse anaclitique, serait l'arrière-plan des comportements psychopathiques, en lien avec des troubles des relations objectales précoces et la difficulté de séparation-individuation du narcissisme.

• *Perturbations des relations objectales*

A l'adolescence, la réactivation de la problématique de l'identification à l'autre fait ressurgir les premières relations objectales du Moi. Si l'agressivité n'a pu être associée à la libido, libérée par des perturbations précoces, elle commence alors à se manifester par une délinquance mineure. Le psychopathe a accès à l'individuation mais est confronté à une faille fondamentale dans le développement de son narcissisme primaire, qui le pousse à chercher une réparation dans l'environnement. Mais un vécu abandonnique souvent lourd, leste les traumatismes non digérés et hypothèque tout engagement affectif (BALIER, 1988). Du fait de l'impossibilité d'élaborer l'agressivité, ces pulsions vont se diriger vers des objets extérieurs, signant ainsi l'échec de leur élaboration. L'acte fournit alors « *une solution illusoire de comblement narcissique* ». Cependant, le recours à l'acte ne permet pas une résolution du conflit qui va se manifester perpétuellement dans le temps, fixant le sujet à ce stade de menace interne.

Réceptacles de cette agressivité, les objets externes permettent alors de resituer le Moi en proie à une confusion entre le dehors et le dedans, dans « l'ici et maintenant ». Par la prise de conscience de la réalité des objets externes, le Moi peut se redessiner et se préserver d'un morcellement psychotique. Cette dépendance au monde extérieur empêche alors la

construction d'un monde interne solide. DEBRAY parle d'une « toxicomanie à l'objet » (DEBRAY 1981, cité par GRAVIER, 2013).

Selon MELOY (1988), la séparation trop précoce au parent primaire va contribuer à un échec de l'internalisation des mécanismes fonctionnels et régulateurs des émotions. L'identification aux objets étrangers est alors altérée et favorise un échec de la constance de l'objet, un attachement narcissique au Soi grandiose. Les « état d'être avec » sont recherchés sur un mode agressif et sadomasochiste auprès d'objets réels. Ils éprouvent l'affect en relation avec la structure grandiose du Soi. Pour MELOY (1998), la domination d'emprise est centrale chez le psychopathe et l'idéalisation de quelqu'un d'autre que soi-même impossible. Ces sujets cherchent à se confondre dans une symbiose avec l'objet et recevoir de celui-ci leur image en miroir. Le psychopathe peut s'identifier à l'agresseur, n'a pas d'inhibition et éprouve un plaisir dans les actes agressifs, voire dans les actes sadiques. MELOY (1988) parle d'une « jubilation dans la domination de l'autre ».

- **Menace vers un basculement psychotique**

Le futur psychopathe n'a pas accès à la dépressivité, nécessaire à l'adolescence (BALIER, 1988). Il refuse le deuil de la sexualité infantile qui n'a pas été correctement traitée au cours de la phase de latence. Mais leurs difficultés relationnelles avec l'environnement font écho à des objets internes défaillants.

Chez le psychopathe, le recours à l'acte témoigne de la proximité du délire, de l'expulsion d'une émotion menaçant son intégrité psychique. Confronté à son vide interne et son incomplétude narcissique, le psychopathe recourt à l'acte, dans une tentative de maîtrise des limites. Tout interlocuteur pourrait alors faire office de nouvelle victime, tant qu'il s'inscrit au point d'impact avec la reviviscence du traumatisme. EY voyait l'acte comme une « réponse toujours prête » (cité par GRAVIER, 2013). C'est une voie de décharge de la tension intérieure, un langage de la psyché par l'acte qui court-circuite la pensée et l'élaboration de l'affect. BALIER (1988/2010) décrit l'agir comme une lutte contre un vide intérieur

insurmontable et un effondrement dépressif évacué à travers les manifestations caractérielles.

BALIER (1988) précise le mécanisme de cette menace vers un basculement psychotique. Selon l'auteur, certaines émotions pourraient réactiver la « trace neuronale » d'un traumatisme sans représentation. Cette trace correspondrait à une époque où le nourrisson autonome était dans une phase de fusion affective avec sa mère. Ainsi, la réactivation de cette trace, sous forme d'hallucinations à valeur affective, menacerait l'individu d'un basculement psychotique.

La froideur affective et les passages à l'acte tentent donc d'annuler les effractions des affects sur cette « trace neuronale ». Tout se passe comme s'il n'y avait pas d'espace intermédiaire entre hallucination et perception. La rencontre avec un stimulus extérieur pouvant raviver la trace d'un souvenir traumatique provoque une angoisse intense et des phénomènes hallucinatoires. Le psychopathe a besoin de décharger ses angoisses internes, inaccessibles à l'élaboration et risquant de déborder sur un versant hallucinatoire, à travers le passage à l'acte qui le raccroche à une réalité immédiate. Plus qu'un mécanisme de décharge, BALIER dira du passage à l'acte qu'« *il convient de l'apprécier dans sa fonction de sauvetage d'un narcissisme défaillant* » (1988).

Chez certains sujets, l'angoisse anaclitique envahissante serait récupérée par le Surmoi BALIER (1988), postulat qui rejoint celui de FREUD dans lequel l'auto-punition par l'acte viendrait apaiser une culpabilité sans objet : « *On peut montrer qu'il y a chez de nombreux criminels, en particulier des jeunes, un puissant sentiment de culpabilité qui existait avant l'acte, et qui n'en est pas la conséquence mais le motif, comme si on ressentait un soulagement de pouvoir rattacher ce sentiment inconscient de culpabilité à quelque chose de réel et d'actuel* » (FREUD, 1923). Notons que cette théorie s'applique aux criminels en général et non aux psychopathes. Abondant dans cette idée, BALIER (2010) reprend une théorie de KLEIN qui évoque un Surmoi écrasant et cruel : les passages à l'acte sont des pulsions sadiques projectives sur l'entourage de ce Surmoi.

I.B.2.a.2 Défenses psychiques instables

Dans la construction et l'organisation précaire de leur appareil psychique, nous avons évoqué les angoisses anaclitiques, des difficultés à distinguer les limites du dedans et du dehors, sans pour autant rentrer dans le cadre d'une psychose chronique. C'est là que se trouve l'enjeu de leur fonctionnement : lutter contre un basculement psychotique. Ces angoisses de morcellement peuvent être contenues par des mécanismes de défense primaires tels que le déni, le clivage, l'identification projective, l'omnipotence et l'idéalisation. C'est lorsque ces mécanismes sont défaillants ou dépassés que le passage à l'acte surviendrait.

• Identification à un imago « tout-puissant ». Idéalisation

L'adolescence est une période où l'individu devient en capacité de réaliser des désirs immédiats. Ainsi, c'est aussi une période où ils se trouvent confrontés à une réalité les obligeant à abandonner des représentations fantasmatiques et les objets œdipiens. Face à ce « traumatisme » vient se mettre en place l'« activation de la position dépressive » décrite par KLEIN (cité par BALIER, 1988). L'une des voies à risque pour l'adolescent est de recourir à des défenses psychotiques en s'efforçant de maintenir actives ces représentations fantasmatiques et ces imago archaïques. La peur d'être envahi et de rester, « accroché » à ce stade peut le conduire vers une autre voie : celle où il sort de cette position passive aux imagos archaïques menaçants, en s'identifiant à des imagos de toute puissance : c'est « l'identification à l'agresseur » qu'évoque BERGERET (1974) comme « un moyen de défense peu coûteux ».

Selon ABRAHAM et KOHUT (cités par BALIER, 1988), le psychopathe oriente ses efforts pour faire coïncider son Moi avec un idéal du Moi grandiose tout-puissant et omnipotent. Cet idéal du Moi tout-puissant vient en lieu d'un vide narcissique, protège ainsi un Moi passif, de réalisation hallucinatoire des besoins. Le Moi est alors dans une identification partielle et de surface à des images toutes-puissantes (agresseurs, délinquants, etc.). C'est un Moi fragile, utilisant des attitudes de prestance, proche des personnalités « as-if ».

Pour MELOY (1988), le trouble de l'identification aboutit à un attachement à la structure grandiose de l'idéal du Moi. L'agressivité affective a pour finalité de réduire une menace venant d'un objet externe ou d'angoisses internes. Mais ces affects menaçants seraient « *étroitement associés à la structure grandiose du Soi et ne véhiculent aucun sentiment d'empathie envers la victime* » (MELOY, 1988).

Pour BAYLE (2003), le psychopathe est incapable de se vivre à travers la pensée de l'Autre. La violence va chercher à détruire la pensée de l'autre sur soi, des pensées contraignant le sujet à la démentalisation de l'insupportable. C'est une survie à travers l'acte. Ce mécanisme se rapproche de l'« identification projective » qui désigne « *un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler* » (LAPLANCHE et PONTALIS, 1967).

• ***Déni et clivage***

BALIER s'intéresse plus précisément au clivage et au déni, deux processus associés chez les psychopathes.

Le déni est « *un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme* » (LAPLANCHE et PONTALIS, 1967).

FREUD définit le clivage comme la présence de deux entités psychiques : « *l'une la normale tient compte de la réalité, alors que l'autre sous l'impulsion des pulsions détache le Moi de cette dernière* » (FREUD, 1938). Ces deux zones du Moi sont indépendantes, se méconnaissent, il n'y a pas de conflictualisation. Le clivage prive le sujet du conflit, lui permettant de se vivre sur deux registres possiblement contradictoires.

Malgré l'apparition d'une amélioration apparente, le clivage effectue une déchirure dans le Moi avec une perte définitive de la fonction synthétique du Moi. La partie déniée de la réalité dessinerait le champ dont dispose l'appareil psychique, pour organiser l'activité de pensée.

En résumé, ce qui n'est pas exclu par le déni, qui a été épargné par ce processus, devient l'espace de travail de l'appareil psychique.

Ainsi, le psychopathe est perçu comme clivé, avec deux fonctionnements qui se côtoient. D'abord celui archaïque, privé de processus de mentalisation où se joue la répétition des passages à l'acte, et celui névrotique qui rattache le sujet au principe de réalité. Les valeurs objectales sont clivées avec un télescopage sur les objets externes de ce qui ne peut être encore assimilé.

Dans l'organisation psychopathique, il s'agit davantage d'un clivage défensif que structurel : il se manifeste de façon intermittente, dans des situations extrêmes. Il a plutôt une fonction économique. Pour MELOY (1988) c'est le clivage qui permettrait une absence d'émotion consciente dans l'agressivité prédatrice. Les deux parties ne coexistent pas, elles s'alternent en fonction des impératifs imposés par le narcissisme. Il ne s'agit pas d'un déni de la réalité, mais un déni de l'absence de représentation du premier objet. Le psychopathe dénie l'absence du pénis de la mère, donc dénie l'absence de la toute-puissance. Ce premier objet n'a pas de représentation. Ce déni occulte ainsi la possibilité de la disparition de l'objet. Ce refus de la séparation, ce déni de l'absence revient à refuser la différenciation des imagos et à rester raccroché à un imago archaïque « ambissexué » de toute-puissance selon l'expression de KESTEMBERG (cité par BALIER, 1988).

Cependant, les fantasmes archaïques restent attaqués par la réalité ou par l'objet externe choisi pour incarner ce rôle. La réalité vient menacer cette organisation instable, déclenchant une angoisse narcissique intense. Le contre-investissement se fait dans l'investissement d'une toute puissance du Moi, qui permet donc de supporter une disparition de l'objet. Ainsi, le Moi organisé autour d'une réalité fragmentaire tentera de maintenir l'objet anaclitique dans la partie du Moi clivée, en proie à ses angoisses primitives (BALIER, 1988).

• Rêves et phobies

Chez les détenus analysés par BALIER (1988), la pauvreté du contenu psychique conscient est parfois majeure, le rêve offre alors un matériel servant d'ouverture sur le monde interne. Que ces derniers soient une résurgence de la partie clivée ou bien une production de la

partie névrotique, ils représentent souvent le seul matériel psychique utilisable dans la thérapie. Ils permettent un début de réflexion, d'association de pensées et d'élaboration.

Ils sont souvent très primitifs : les mécanismes de transformation que sont le déplacement ou le refoulement sont souvent minimes, voire inexistantes quand il s'agit de reviviscence littérale. Ils mettent en scène des images très primitives. Ils sont souvent répétitifs avec des thèmes récurrents centrés sur la violence à travers des meurtres ou des viols, infligés ou subis. Enfermé dans la répétition, le travail psychique est comme dans une stagnation, sans possibilité d'intégrer le traumatisme. D'ailleurs, le souvenir des rêves d'angoisses n'est pas initialement accessible pour le patient. Les sujets s'y sentent plus « rêvés que rêveurs », c'est-à-dire qu'ils sont plutôt dans la position d'observateurs passifs, comme placés dans une part d'eux-mêmes mais qui échapperait à leur Moi. Se pose alors la question de l'identité du Moi, du Soi et du non-Soi, les limites du dedans et du dehors.

Ainsi ces rêves sont-ils la fenêtre principale ouvrant sur le travail psychique, mais ils présentent aussi d'autres spécificités trahissant l'organisation sous-jacente et pouvant aboutir à un recours à l'acte. BALIER (1988) distingue deux types de rêves chez ces sujets :

- Les « rêves traumatiques » ou « de répétition » : La relation avec les processus les plus archaïques se trouverait dans un Moi clivé. Si la perception de la réalité ne fait pas défaut dans ces rêves, l'émotion persiste, ils restent tourmentés et anxieux, craignant le ré-endormissement de peur de replonger dans ce rêve. C'est une situation à risque de passage à l'acte agressif, comme seule échappatoire à la passivité de cette angoisse. Tout se passe comme si la quantité d'énergie à l'origine du rêve n'avait pas pu être évacuée par celui-ci, ni par le réveil (BALIER, 1988).
- Les « rêves d'angoisses » Ces rêves d'angoisses contiennent une participation anxieuse forte, dont le réveil ne permet pas un apaisement et un repositionnement immédiat dans l'« ici et maintenant », comme cela se produit dans les cauchemars classiques. L'auteur du rêve reste comme imprégné par la « logique et les représentations du rêve », comme si celles-ci se télescopaient sur la réalité que le sujet rejoint au réveil. Le rêve se continue dans la réalité, sans pour autant, être de

l'ordre du délire. Le « Moi onirique » subsiste sur le « Moi vigile ». (terme de GUILLAUMIN repris par BALIER, 1988).

L'angoisse intense impose l'attention et l'utilisation du rêve, pour sortir de la passivité douloureuse dans laquelle il plonge le sujet. Les rêves permettent le retour du souvenir de l'acte ou du sens caché. Ce matériel est offert au « Moi vigile » afin de l'élaborer, l'assimiler.

Moins visibles, souvent en marge de la symptomatologie présentée par les psychopathes, des phobies dissimulées chez les psychopathes ont été remarquées par BALIER (1988). Elles sont d'autant plus masquées qu'elles sont peu avouables pour des personnalités habituées à porter un masque de fierté et d'intimidation, ne pouvant trahir la faiblesse narcissique autour de laquelle ils se sont organisés.

Certaines phobies reviennent plus particulièrement chez les psychopathes, telles que l'agoraphobie, la phobie du noir, la peur de l'étranger, la peur de l'abandon, la peur du regard, etc., c'est-à-dire des phobies archaïques. Elles sont en lien direct avec la scène traumatique originelle, avec la menace du surgissement d'une forme ou d'un objet non représentable.

Elles se rapprochent aussi du contenu des rêves d'angoisse, du fait de l'angoisse qui leur est associée, ainsi que par l'absence de figuration de l'objet, reposant sur la problématique de l'incertitude des limites du dedans-dehors (à l'inverse des phobies spécifiques).

L'angoisse est bien celle rattachée à la désorganisation du Moi et donne leurs sens à ces phobies. Celles-ci projettent en dehors l'angoisse pour pouvoir lui donner une apparence.

Résumé :

L'abord des théories psychanalytiques dessine l'arrière-plan du fonctionnement psychopathique. Celui-ci trouverait ses racines dans des carences et traumatismes précoces de l'enfance. Ces obstacles au développement de l'appareil psychique de ces sujets altèrent la construction du Moi-peau, stade clef dans le développement de nombreuses fonctions essentielles : le sentiment d'unicité et de continuité, la frontière entre le Soi et le non-Soi, sont des éléments indispensables à l'acquisition d'un Moi stable, auquel le psychopathe accède alors de manière précaire. Une faille narcissique fondamentale autour de laquelle il se construit le prive d'un accès à la position dépressive et laisse planer en fond, la menace d'un basculement psychotique. Les altérations précoces des relations objectales empêchent la construction d'un narcissisme suffisamment organisé et rattachent le psychopathe à des imagos archaïques non sexués, ou plutôt ambisexués et tout-puissants. L'accès à la dépressivité permettant leur deuil est impossible et contourné, les laissant fixés à ces représentations archaïques. L'objet ne peut se créer, l'agressivité libre et la libido sont désunies, le sujet ne peut investir son narcissisme ou des objets externes. La réalité venant se confronter à la trace du traumatisme vient raviver des angoisses massives contre lesquelles les psychopathes sont en lutte perpétuelle, à travers des mécanismes de défenses économiques mais instables.

Si cette voie défailante est constante chez le psychopathe, elle n'en fait pas pour autant la singularité de leur tableau impulsif, brutalement réactif, intolérant à la frustration avec une haute estime d'eux-mêmes. C'est en observant les mécanismes d'adaptation précaires et pathologiques, auxquels les psychopathes ont recours pour lutter contre le basculement psychotique, qu'ils prennent alors leur teinte singulière. Leurs mécanismes de défense sont pathologiques : identifications partielles à des images toutes puissantes utilisant la violence, clivage renfermant dans une part d'eux-mêmes des figures primitives non représentables, etc. Ces figures font parfois irruption dans l'autre partie du Moi, sous forme de rêves et de phobies, générant des angoisses massives et des symptômes d'allure psychotique. L'élaboration de cette angoisse étant impossible et le traumatisme sous-jacent non assimilable, le passage à l'acte vient décharger cette tension sans avoir recours à la mentalisation.

Dans le rêve d'angoisse comme dans la phobie, l'objet interne dangereux est projeté sur l'extérieur pour protéger les bons objets internes. Tout se passe comme si le patient répétait

le drame de séparation-individuation avec l'objet. L'externalisation de l'objet dangereux permet aussi sa confrontation et son élimination. Malgré la menace que fait craindre la perte de cet objet, c'est sa suppression par la violence qui entraînera l'apaisement de cette hyperexcitation du « *fantasme conscient de la scène primitive* » (BALIER, 1988). Ces passages à l'acte sont moins dictés par le besoin de décharge que par la recherche meurtrière de faire disparaître l'objet, dans une tentative d'incorporation d'un objet externe chargé de la projection de l'imgo archaïque tout-puissant. Il faut distinguer ce processus de l'identification à l'agresseur qui est un moyen de retrouver la mère archaïque, ne pas la perdre, mais aussi de se protéger contre elle.

I.B.2.b Dimension neurobiologique

I.B.2.b.1 Liens entre maltraitance infantile et psychopathie

Nous commencerons cette abord neurobiologique par un pont trans-disciplinaire avec la psychanalyse concernant l'existence et l'impact des traumatismes infantiles à l'origine de cette trajectoire psychopathique.

L'OMS (1994) retrouve une prépondérance des diagnostics de personnalité antisociale lorsque les parents au premier degré ont déjà été diagnostiqués pour ce trouble. Cette relation se vérifie chez les hommes, alors que chez une femme ayant des liens de parentés avec des individus considérés comme « antisociaux », c'est l'incidence des troubles de somatisation qui augmente. Cependant, ces taux ont aussi été retrouvés chez des enfants adoptés, sans lien de sang, dont les parents adoptifs présentaient des traits psychopathiques. Ces éléments vont dans le sens d'une prépondérance de l'impact de l'environnement et de l'éducation sur l'hérédité, sans pour autant exclure une participation de cette dernière.

Lors de son travail de thèse, MCBRIDE (1998) montre que des stratégies éducatives déficitaires, des caractéristiques antisociales des deux parents et des abus physiques favoriseraient la psychopathie dès l'adolescence. Mais ces conclusions sont à recevoir avec précaution, tant les résultats des études sont disparates. LAROCHE (1998), en comparant des

adolescents psychopathes à des non-psychopathes, retrouve chez les premiers un étayage familial moins important, avec moins d'activités, ainsi qu'une pression éducative plus laxiste. En revanche, son étude ne retrouve pas de différence significative concernant les pères des psychopathes et des non-psychopathes, sur les caractéristiques psychopathiques.

WOOTTON et al. (1997) ont mis en évidence une éducation parentale défailante, mesurée par un score tenant compte du faible engagement à l'égard de l'enfant, de l'absence de recours à des stratégies éducatives positives, du manque de supervisions de l'enfant et du recours à la punition corporelle.

Les stress répétés et précoces dans l'enfance, portés par l'effet glutamatergique, altèreraient le développement des récepteurs GABA, neurotransmetteur impliqué dans l'inhibition, ainsi que le fonctionnement des noyaux gris centraux et de l'amygdale. L'amygdale entretient des connexions avec le système limbique le cortex temporal, le cortex frontal ventro-médial et l'insula. Son altération entraînerait l'impossibilité d'inscrire un souvenir aversif dans le cortex orbito-frontal et provoquerait une faillite du conditionnement face à la peur. Cette hypothèse vient relier les maltraitances infantiles avec l'indifférence émotionnelle psychopathique (TARQUIS, 2006). Ce mécanisme serait prépondérant dans les violences instrumentales (REIDY et al. 2011). L'autre conséquence de ces stress répétés serait une hyper-réactivité amygdalienne provoquant des violences incontrôlées et une impulsivité (TARQUIS, 2006).

I.B.2.b.2 Atteintes des capacités cognitives ?

Une des premières hypothèses cherchant à expliquer la répétition des actes transgressifs et la multiplication des condamnations de certains psychopathes, était celle d'un déficit cognitif. Dans sa revue de littérature, HALLE et al. (2000) retrouvent un écart de quotient intellectuel (QI) entre les délinquants et les non-délinquants. En revanche, il n'y a pas de différence significative du quotient intellectuel entre les psychopathes et les non-psychopathes (95,06 versus 98,83, mesuré par la Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)) (PHAM et al, 2003). Ces résultats viennent corroborer ceux des études précédentes en faveur d'un QI psychopathique qui se situerait dans la moyenne (PHAM et al., 2010).

RAINE et al. (2000) ont observé une réduction de 22% des cellules grise du cortex pré-frontal chez des « psychopathes antisociaux » par rapport à des « psychopathes sociaux », sans actes délictuels dans leur historique. Cette différence serait plutôt corrélée à l'impulsivité et donc à la dimension comportementale plutôt qu'aux caractéristiques affectives. RAINE et al. (2003) ont aussi mesuré le corps calleux qui présentait une augmentation de sa longueur et de son épaisseur chez les « psychopathes antisociaux » (versus groupe témoins). Cette différence était corrélée aux composantes affectives et interpersonnelles de la psychopathie.

Mais la psychopathie est parfois considérée comme une maladie de l'empathie (LEISTEDT, 2009). L'empathie implique l'interaction de plusieurs dimensions : le décodage émotionnel, l'accès à la théorie de l'esprit, les capacités de jugements moraux, etc. PHAM et al. (2010) ont recherché d'autres atteintes cognitives telles que celle de l'intelligence émotionnelle et de l'alexithymie. Ces chercheurs n'ont pas retrouvé de corrélation entre la psychopathie et des atteintes dans ces domaines. En effet, les psychopathes manifestent une habileté à percevoir et à réguler leurs états émotionnels. Ils sont capables d'exprimer des émotions sans pour autant les ressentir. MAJOIS et al. (2011) reprennent le concept d'« empathie froide » où les psychopathes parviendraient à comprendre les états mentaux d'autrui sans pour autant saisir ce qu'ils ressentent. Ils réussiraient à identifier les expressions émotionnelles d'autrui mais ne pourraient pas se placer mentalement du point de vue de l'autre (LEISTEDT, 2009).

I.B.2.b.3 Défaut de perception de la peur ?

Devant l'absence de déficit émotionnel global, une autre hypothèse a vu le jour : Le psychopathe aurait-il une moins bonne sensibilité aux émotions aversives ?

Cela a été observé dans une étude de HARE et CRAIGEN (1974) dans laquelle un stimulus sonore devançait un stimulus déplaisant. L'activation du système neurovégétatif était mesurée par l'activité électrodermale. Les psychopathes avaient des scores inférieurs aux non-psychopathes. Cependant, l'activité cardiaque qui était mesurée et qui reflète aussi cette réponse neurovégétative n'était pas différente dans les deux groupes. LACEY suggère l'idée d'une sorte de dissociation défensive, permettant une mise à distance des stimuli environnementaux, qui ferait intervenir une augmentation du débit sanguin et donc une

accélération cardiaque chez les psychopathes (LACEY cité par TOUPIN et al., 2000). Sous cet angle, l'absence de peur reste effective, mais par une adaptation du psychopathe pour se protéger du stimulus menaçant. Cette idée a été étayée par une étude de LARBIG et al. (1992, cité par HALLE et al., 2000) qui mesurait pendant une exposition des psychopathes à un stimulus aversif, une augmentation de l'activité cérébrale associée aux zones de l'attention.

Mais une autre expérience de PATRICK et al. (1993) va dans le sens d'une insensibilité aspécifique et non sélective aux valences négatives. Des chercheurs ont mesuré la force du réflexe palpébral tout en présentant des stimuli à valence positive, négative ou neutre. Dans le groupe des psychopathes, la force palpébrale était diminuée pour les stimuli émotionnels à charge positive et négative, mais les résultats devenaient similaires à ceux des non-psychopathes devant des stimuli neutres (PATRICK et al., 1993). CLECKLEY parlait aussi d'un désordre émotionnel général, non sélectif à la peur (CLECKLEY, 1941).

En 1997, INTRATOR et al., dans un test similaire, ont mesuré les variations de débit sanguin qui augmentait chez les psychopathes dans les zones fronto-temporales, frontales-médianes et sous-corticales avoisinantes. Il en conclut que la perception émotionnelle exigeait un plus grand effort. Cependant au regard des autres expériences, on peut aussi se questionner sur l'activation de systèmes rendant le sujet imperméable aux émotions.

I.B.2.b.4 Déficit d'inhibition ?

Dans les théories cognitivo-comportementales, les punitions peuvent être considérées comme un conditionnement négatif : la sensation de déplaisir qu'elles procurent permet d'associer cette expérience défavorable à l'acte ayant provoqué le déplaisir. C'est sur ce principe que s'établissent les sanctions judiciaires au sein de la société : « *la sanction doit être assez importante pour que les individus se détournent du plaisir que procure la transgression* » (HALLE et al., 2000). Ainsi, après avoir été « conditionné », le sujet normal ressent une anxiété anticipatoire à l'idée de transgresser, qui est apaisée par l'évitement de la conduite. C'est la mise en place du comportement d'inhibition.

Les psychopathes se comportent comme si il n'y avait pas de traces laissées par les « punitions successives ». C'est ainsi qu'il n'y a pas d'inhibition des passages à l'acte transgressif mais une répétition malgré l'impact défavorable qu'elles engendrent pour l'individu (sanctions financières, peines de prison, etc.). Nous rappelons qu'il n'y aurait pas de différence significative du quotient intellectuel entre les psychopathes et les non-psychopathes.

A travers un jeu de cartes distribuant des gains, mais dont les pertes devenaient prépondérantes avec l'avancement du jeu, les psychopathes arrêtaient de jouer plus tard. Il y a une persévération des stratégies désavantageuses (NEWMAN et al., 1987 ; VANDERSTUKKEN, 1998).

D'autres études ont travaillé sur la compréhension de cette absence d'anticipation, capacité pouvant être altérée par des difficultés de planification, une absence de culpabilité, d'empathie et une impulsivité. Les psychopathes fonctionnent dans une immédiateté, ils vivent par l'agir guidé par la recherche de plaisir et de bénéfice personnel.

C'est le travail de KOSSON (1996) qui a montré que le psychopathe est davantage focalisé sur un stimulus primaire que sur les stimuli environnants : l'étude leur proposait des questions où un code couleur dans les lettres donnait la consigne de ne pas répondre à la question. A ce test, les psychopathes faisaient plus d'erreurs.

Dans un autre test WILLIAMSON et al. (1991) passaient dans le champ de vision des mots durant un très bref délai empêchant la mise en place de cognitions. Ces mots sont soit neutres, soit à valence émotionnelle, soit des « non mots ». Chez les non-psychopathes, les valences émotionnelles orientaient la lecture et les vitesses de réponses étaient accélérées, ce qui n'était pas le cas chez les psychopathes.

Les auteurs y voient la confirmation d'un déficit de modulation des réponses dominantes par non-intégration des informations environnementales. La prise en compte des informations

périphériques est automatique chez les sujets non-psychopathes. Pour reprendre la phrase de JOHNS et QUAY en 1962 « *ils connaissent les paroles de la chanson mais pas la musique* » (JOHNS et QUAY 1962 cités par HALLE et al., 2000).

Les psychopathes ont une présentation plutôt expansive : une humeur positive, une euphorie, un fonctionnement hédonique, donnant l'impression de ne pas craindre le danger et d'être protégés des affects négatifs et de la dépression. FOWLES (1980) évoque l'hypothèse d'une hypoactivité du Behavioral Inhibition System (BIS). Le BIS est un concept que l'auteur a repris à GRAY, pour expliquer le rôle de la peur dans le système motivationnel : la perception de peur ou d'anxiété au niveau des amygdales cérébrales entraînerait l'activation du BIS, permettant de réprimer le comportement générant cette angoisse et ainsi éviter le déplaisir.

Pour FOWLES, le psychopathe aurait, soit un défaut de perception de la peur, soit, une mauvaise connexion entre la perception du stimulus aversif et l'activation de ce système, au profit du Behavioral Activation System (BAS). En définitive, la perception de la peur activerait le comportement la soutenant.

I.B.2.b.5 Déficit frontal ?

Les chercheurs spécialistes de la psychopathie, tels que HARE (2003) et CLECKLEY (1941), se sont souvent interrogés sur une participation des lobes frontaux par un rapprochement syndromique entre une partie de la clinique du psychopathe et de celle du patient frontal : ils partagent une absence de valeurs morales et éthiques, un faible investissement interpersonnel et une désinhibition comportementale.

Le lobe frontal sous-tend les fonctions exécutives telles que l'élaboration de plans, la définition d'objectifs à atteindre, le maintien du plan jusqu'à sa réalisation, l'adaptation du comportement et des stratégies à mettre en place pour atteindre un but en fonction des interférences et des obstacles environnementaux. Ces fonctions sont évaluées par différents tests : le WISCONSIN CARD SORTING TEST (WCST) le cube de NECKER ou le sequential memory matching task.

Lorsque l'on précise l'anatomie du lobe frontal, on distingue deux régions : la région dorso-latérale et la région orbito-frontale.

En réalité, les tests explorent les fonctions sous-tendues par la région dorso-latérale (de planification, de mémoire de travail, d'intégration de la chronologie), alors que les psychopathes semblent se rapprocher de patients cérébro-lésés au niveau de la région orbito-frontale (capacité d'inhibition de comportements instinctuels). De plus, les lésions orbito-frontales ont plutôt un effet expansif de l'humeur, avec une personnalité euphorique et parfois « pseudopsychopathique », caractérisée par un comportement impulsif, immature et égocentrique. Les lésions dorso-latérales entraînent plutôt une dépressivité de l'humeur (BLUMER et BENSONS, 1975).

Pour mieux explorer la fonction de cette zone, LAPIERRE et al. (1995) comparent des psychopathes et des non-psychopathes à travers plusieurs tests mesurant les capacités d'inhibition, l'olfaction (celle-ci étant associée au cortex orbito-frontal), et le score au labyrinthe de Partheus. Les scores chez les psychopathes étaient inférieurs à tous ces tests, par rapport à la population témoin.

Résumé :

Les études neurobiologiques nous donnent quelques éléments concernant les conduites antisociales. L'environnement éducatif pourrait être déterminant dans la trajectoire psychopathique. Les stress précoces et répétés pourraient altérer, via le système glutamatergique, l'apprentissage et l'évitement des expériences désavantageuses.

La répétition des comportements psychopathiques ne semble pouvoir être réduite à un déficit intellectuel : sur le quotient intellectuel, le quotient émotionnel et la perception primaire des émotions, les psychopathes ne montrent pas de différence significative avec les sujets non-psychopathes. Cependant, si la peur semble bien perçue par des amygdales cérébrales opérationnelles, ils arriveraient à s'en protéger. Plus qu'une insensibilité à la peur, c'est une insensibilité aux émotions qui a été retrouvée, peut-être par utilisation de mécanismes actifs s'opposant à la pénétrance de celles-ci. Mais ce n'est pas la seule explication plausible. On retrouve aussi un défaut d'inhibition, sous-tendu par le lobe orbito-frontal qui pourrait s'expliquer par un dysfonctionnement du BIS ou de son activation par l'amygdale. D'autres études explorent l'hypothèse d'une négligence des informations périphériques dans l'intégration des informations environnementales.

I.B.3 Outils d'évaluation du risque de passage à l'acte

La récurrence violente dans nos civilisations devient un vrai problème de société évoluant vers une « obsession sécuritaire ». La récurrence d'un délinquant condamné et intégré dans un parcours de soin est vécue comme une défaillance insupportable. Pour pallier cette demande et compenser la clinique du psychiatre à qui l'on attribue ces « échappements », un arsenal d'instruments d'évaluation et de prédiction du risque s'est développé depuis les années 70.

Ces outils généraux, explorent la dangerosité criminelle, puis psychiatrique de manière dimensionnelle, sans cibler une nosographie particulière. Des symptômes rattachés à la manie (l'agitation psychomotrice, les idées mégalomaniaques), la schizophrénie (l'activité hallucinatoire, les délires de persécution) ou la psychopathie (impulsivité) sont utilisés comme des facteurs de risque supplémentaires qui affinent la cotation de ce risque global.

Pourtant en 1970, c'est le savoir-faire du praticien, jugé comme trop liberticide par sa surévaluation de la dangerosité, qui ouvre sur cette nouvelle approche (SENON et al., 2013). A cette subjectivité dépendant de l'évaluation du psychiatre, vient se substituer une approche qui se veut objective, partant du postulat que tout phénomène observable est mesurable. Elle s'appuie sur des données statistiques, utilise une méthodologie probabiliste : à une combinaison de risques élevés correspond une probabilité de violence élevée.

Des échelles d'évaluation actuarielle apparaissent, construites sur des données statistiques, ayant une approche probabiliste. Elles s'appuient sur un recueil de facteurs statiques tels que l'âge, le sexe, la race, la nationalité, les antécédents de violences agies ou subies, le statut socio-économique. Ces facteurs sont rattachés à l'histoire du patient et sont donc immuables, aucune action ne peut venir les modifier. Ce sont des échelles structurées, ne laissant aucune place au jugement clinique.

Parmi cette génération d'échelles, la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) a été le plus utilisé. Elle détermine un risque de violence de 0 à 100% établi sur douze facteurs de risque (LAFLEUR et al., 2013) :

- *Le score de psychopathie selon la PCL-R ;*
- *Le diagnostic de schizophrénie selon le DSM-III ;*
- *La présence d'un trouble de la personnalité selon le DSM-III ;*
- *Les antécédents d'abus d'alcool ;*
- *Le décrochage scolaire dès le cour élémentaire ;*
- *Le fait de n'avoir jamais été marié ;*
- *La séparation des parents avant l'âge de 16 ans (sauf décès d'un des parents) ;*
- *Les antécédents judiciaires pour une infraction non violente vis-à-vis des biens selon la table de Cormier-Lang ;*
- *L'âge auquel l'infraction actuelle a été commise ;*
- *La gravité des blessures infligées aux victimes ;*
- *Si la victime est de sexe féminin ;*
- *L'éventuel échec de libération conditionnelle antérieure.*

Ces échelles ont ensuite évolué en incluant les facteurs dynamiques à risque de dangerosité : la comorbidité addictive actuelle, les capacités d'insight, l'adhésion aux soins, l'état de la vie affective et l'insertion professionnelle, la symptomatologie actuelle (idée délirantes, impulsivité, etc.).

Mais ces outils restent en partie inefficients et insatisfaisants, donnant naissance à l'idéologie du « Nothing work » dans le milieu pénal, signant leur absence d'efficacité (SENON et al., 2013).

Une troisième génération d'échelles vient placer le risque de dangerosité en tant que donnée à considérer dans la globalité des traits et caractéristiques du sujet. Ainsi, ce risque doit aboutir à un « listing » des besoins et donc des aides à proposer au sujet pour favoriser la

désistance. Elles intègrent aussi la réceptivité du sujet, c'est-à-dire ses capacités d'adhésion et d'observance des soins, de remise en cause du fonctionnement actuel. Cet accompagnement à la désistance fait l'objet des travaux actuels.

Dans une approche évoquant celle de AICHHORN (1925 cité par HOUSSIER, 2004), le soin n'est plus utilisé pour alerter puis punir, il sert à mieux cerner les leviers possibles pour contribuer au bien-être du sujet, tant sur la dimension psychique que socio-professionnelle et familiale. L'idée princeps est qu'un sujet inséré et épanoui sera plus à même à poursuivre dans cette voie, plutôt que de détruire tout dans un nouveau mouvement de violence. Ce travail commence dès le temps d'incarcération et nécessite la participation de l'ensemble des intervenants : *« la qualité des relations des services correctionnels avec le délinquant est déterminante »* (SENON et al., 2013).

La Historical Clinical Risk Management 20 (HCR-20) proposée par WEBSTER en 1997, conçue pour standardiser l'évaluation du risque des patients faisant l'objet d'un suivi médico-légal, illustre cette nouvelle génération d'échelles (MILLAUD et DUBREUCQ, 2012). C'est un outil servant de trame au jugement clinique, pour une analyse décisionnelle de la gestion du risque. Elle permet aussi une évaluation de l'évolution. Ces instruments peuvent être utiles au clinicien en tant qu'aide à sa prise en charge, en permettant d'étayer leur jugement. Vingt facteurs sont répartis en trois catégories :

- Dix facteurs chronologiques (et donc statiques) : les violences antérieures ; le premier acte de violence commis dans la jeunesse ; l'instabilité des relations ; les problèmes d'emploi ; les problèmes de toxicomanie et/ou d'alcool ; les maladies mentales graves ; la psychopathie ; la mauvaise adaptation durant la jeunesse ; les troubles de la personnalité ; les échecs antérieurs de la surveillance ;
- Cinq facteurs cliniques : le manque d'introspection ; les attitudes négatives ; les symptômes actifs de la maladie mentale grave ; l'impulsivité ; la résistance au traitement ;
- Cinq facteurs de gestion de risque se focalisant sur le futur projeté : des plans irréalisables ; une exposition à des facteurs déstabilisants ; un manque de soutien personnel ; une non-compliance à des mesures curatives ; le stress.

Cette échelle est considérée comme un bon outil pronostique à un an, sur d'éventuels comportements agressifs, en particulier chez les hommes (KASZUBA, 2011).

Des échelles plus spécifiques de la psychopathie existent. Il s'agit notamment de la Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP), la Levenson's Self-Report psychopathy scale (LSPR), la Self Report Psychopathy scale (SRP), le Psychopathic Personality Inventory (PPI) (MAJOIS et al, 2011). Elles ont une fonction descriptive et recherchent la présence ou l'absence de traits psychopathiques. Ces échelles ne se focalisent pas sur les comportements antisociaux. Elles restent dans une approche psychologique et n'ont pas été conçues dans un objectif de prédictivité.

Dans la littérature, l'usage de la PCL-R est parfois détournée de sa fonction originelle d'outil diagnostique, vers une utilisation prédictive. DOLAN et DOYLE (2000) dans une revue d'études suggèrent que la PCL-R serait le meilleur instrument prédictif des récidives violentes dans les deux années après une libération, ainsi que pour la violence institutionnelle et communautaire.

L'étude de PHAM et al. (2005) a montré une convergence élevée avec la HCR-20, validée pour l'évaluation du risque des comportements violents. Le facteur II de la PCL-R est corrélé aux items historiques de la HCR-20 tandis que le facteur I l'est avec les facteurs cliniques de la HCR-20. Or, la HCR 20 est corrélée aux délits violents mais pas aux délits d'homicides et les délits sexuels. Cependant, la PCL-R reste conçue et validée uniquement pour une utilisation diagnostique.

Ces pratiques instrumentales qui, se revendiquant plus objectives et scientifiques, viennent compléter une pratique psychiatrique perçue comme décevante (sentiment qui est peut-être alimenté par le fantasme d'un « don de décèlement du non-dit » que posséderait le psychiatre). Pour autant, elles n'atteignent pas le niveau d'une prévision infaillible.

Ainsi, nous vivons une période où la multiplication des outils standardisés est exponentielle. En marge, le débat autour de leur utilisation reste de vigueur. Leur application fait apparaître de nombreuses retenues sur leur efficacité. Des taux autour de 45% de discordances sont retrouvés entre une expertise clinique et une expertise utilisant des échelles actuarielles (BARATTA, 2011). En prenant pour référence le résultat obtenu par les échelles d'évaluation du risque, 7% des conclusions cliniques sur-évaluaient le risque, 16 % le sous-évaluaient et 33% de l'ensemble donnait un résultat binaire (présence ou non d'un risque de récurrence) sans pondération quantitative de ce risque (BARATTA, 2011).

Mais ce référentiel reste discutable quand on retrouve chez certains auteurs une précision de ces instruments, inférieure à 33% dans l'évaluation de la dangerosité (ARCHER, 2007). Les échelles ne sont pas infaillibles : dans cette approche, comme pour le « savoir-faire », on retrouve des faux positifs, mais aussi des faux négatifs pouvant aussi être qualifiés d'« échappements » du risque de récurrence. De plus, elles ne permettent pas de prédire l'occurrence d'un passage à l'acte, ni la nature ou la gravité de ces actes (MILLAUD et DUBREUCQ, 2012).

Une autre limite vient éclairer cette efficacité incomplète : la notion de facteurs de risque. En réalité, l'association de ces facteurs est hétérogène et certains de ces facteurs ne sont pas toujours indépendants les uns des autres. Par exemple, la PCL-R est elle-même un facteur de risque dans la VRAG et la HCR-20. Un autre exemple est retrouvé dans la PCL-R qui propose des items qui seraient la conséquence des traits de personnalité (COOKE et al., 2007).

Ces échelles utilisent une multitude de facteurs de risque cohérents avec la problématique qu'ils évaluent. Certains comme les antécédents de violences ou l'abus d'alcool ont été validés scientifiquement. Pour d'autres, les données permettant de les retenir en tant que « facteurs de risque » sont « *empiriques, sans base théorique consistante* » (MOULIN et GRAVIER, 2013).

Ces échelles ont été conçues pour des populations données, avec leurs propres caractéristiques socio-culturelles et cliniques. La majorité est de conception anglo-saxonne et la limite de leur traduction et de leur utilisation dans une culture différente existe (MILLAUD et DUBREUCQ, 2012).

Une autre dérive serait que l'utilisation de ces échelles devienne une obligation professionnelle, qu'elle reflète la bonne pratique du médecin, qu'elle fasse foi en tant que « moyen de prévention » de la dangerosité. Si leur utilisation pourrait être une sécurité médico-légale pour le praticien, elle pourrait aussi dériver vers une systématisation de cette pratique, dans laquelle le clinicien se contenterait de la passation d'échelles et déserterait progressivement son espace psychique d'élaboration. L'objet de l'entretien deviendrait alors celui de coter les différents items, mettant au second plan le cheminement et les raisonnements du sujet, le libre fil de la co-pensée qui s'établit habituellement. Si les pratiques se standardisent et se mécanisent, l'objet de l'évaluation, c'est-à-dire l'humain, reste complexe et hétérogène.

Cette recherche d'homogénéisation, de standardisation, visant à considérer la violence comme un élément évaluable et mesurable dans sa globalité n'est pas la réponse absolue à la dangerosité. Si l'utilisation de ce risque de dangerosité dans le domaine médico-légal oriente vers des mesures de rétention adaptée, elle évolue vers une réponse socio-thérapeutique pour les scientifiques. Dans notre déontologie, il est important que ce qui peut être évalué par le clinicien soit ensuite uniquement soumis à la proposition d'une aide et de soins, la dimension répressive ne faisant pas partie de notre champ d'action.

In fine, MOULIN et GRAVIER (2013) soulignent que la polémique sur l'utilisation de ces échelles « est désuète » mettant l'accent sur « *l'utilisation qui peut en être faite, ou la représentation qui peut en être donnée* ». Les risques réels sont plutôt ceux d'une dérive décisionnelle au service d'une justice sécuritaire.

Dans notre revue de la littérature, nous ne retrouvons pas d'outil intégrant la clinique de l'acte et les éléments contextuels immédiats lors du passage à l'acte. L'outil s'en approchant le plus est l'Entretien d'Evaluation du Processus de Passage à l'Acte (EEPPA) proposé par MOULIN et SENON (2010) (cf. ANNEXE 4). L'émergence de l'agir y est appréhendée de manière dynamique sur les périodes pré-criminelle (dans les 48 heures en amont du passage à l'acte), criminelle et post-criminelle. La période pré-criminelle correspond à l'objet de notre étude.

Les auteurs intègrent dans cette trame d'entretien les éléments d'insertion socio-professionnelle, familiale et amicale, l'état psychique et physique, les comorbidités addictives. Ils recherchent aussi les décompensations psychiques et psychiatriques, évaluent l'état subjectif du sujet ainsi que les événements situationnels pré-criminels. Les distorsions dans les représentations qu'a le sujet de sa victime sont étudiées. Les victimes sont souvent dans l'entourage de l'auteur : des parents, des proches, des soignants, des surveillants ou bien des inconnus. Dans ce dernier cas, même si la cible peut être « victime d'un hasard malheureux », cela n'empêche pas qu'elle ait pu correspondre à des représentations propres à l'auteur. Ces distorsions peuvent être retrouvées dans la modification des relations interpersonnelles, dans le champ sémantique du sujet entourant sa future victime en amont de l'acte. Ils explorent aussi les circonstances rendant possible l'agir. Ainsi la recherche d'un moyen d'agir, l'accession à une arme peuvent être des situations à identifier. Chez le psychopathe, le corps du sujet est un outil de destructivité en lui-même.

Cet instrument se décale de la cotation d'un risque de récidive et permet un entretien clinique semi-directif. Il rend opérationnelle la trajectoire criminelle dans laquelle une situation mineure devient « l'allumette » qui déclenche l'« explosion en acte ». L'environnement peut avoir un effet d'actualisation et un retentissement sur les vulnérabilités du psychopathe. L'étude de cette période pré-criminelle explore le contexte ayant conduit l'individu dans une impasse, là où la crise devenait inéluctable. L'EEPPA intègre le passage à l'acte dans la subjectivité du sujet au moment de l'acte, le met en perspective avec la situation pré-criminelle mais aussi avec le parcours de vie et le fonctionnement psychique basal. « *C'est la dynamique d'ensemble qui fait sens et non une dimension particulière* » (MOULIN et SENON, 2010).

CHAPITRE II - RECHERCHE : MÉTHODE

« A la source de toute connaissance, il y a une idée, une pensée, puis l'expérience vient confirmer l'idée ».

Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, 1865

Claude BERNARD

II.A. Problématique générale

II.A.1 Difficultés rencontrées face à l'agir

Notre œil innocent de jeune médecin faisant ses premiers pas dans les services de psychiatrie a pu être heurté par les mesures drastiques utilisées face à un comportement violent : appel de renforts, mise en isolement, prescription de traitements sédatifs par injection, contentions, etc. Cette première impression se dissipe rapidement lorsque nous comprenons que le nombre d'intervenants et la vitesse d'intervention limitent les tentatives d'opposition et de révolte, que les mesures de contentions physique et chimique sont prescrites dans un souci de sécurité pour le patient. Interrompre l'acte violent d'un patient participe à la protection de ses victimes potentielles, des soignants, mais surtout de lui-même. Dans ces instants, le sujet s'expose à des séquelles personnelles, mais aussi aux conséquences de ses actes sur un tiers.

Pendant notre parcours dans les différents services, nous avons été confrontés à l'agir sous toutes ses déclinaisons. Un agir qui vient devancer la prise en charge, demande une réaction rapide, mesurée et adaptée. L'agir s'impose à notre pratique, mais se confronte aux possibilités du terrain :

- « M. X. a été retrouvé chez lui avec une corde, nous devons l'hospitaliser » ;
- « Me. X. s'est scarifiée, cela nécessite sûrement des points de suture » ;
- « M. X. a tapé Mr Y., reste très agité, nous avons besoin d'une chambre d'isolement » ;
- « M. X. vient de bousculer un soignant qui est sous le choc, pouvez-vous venir le voir ? ».

La violence est aussi le symptôme phare qui peut mettre en jeu le pronostic vital de ces patients. Dans notre quotidien, durant nos gardes où nous sommes souvent assez isolés, cette « adrénaline de l'urgence » nous pousse à élaborer une prise en charge de cette violence libérée. A distance, la réflexion autour de la prévention apparaît :

- « *Pourquoi un tel emportement ?* » ;
- « *N'aurions nous pas pu l'empêcher ?* » ;
- « *Comment empêcher une récurrence ?* ».

Parallèlement à cette pratique, notre enseignement a pu nous offrir des réponses concernant les facteurs de risque de dangerosité, le fonctionnement psychopathologique des différentes pathologies pouvant conduire à la violence, les outils standardisés existant pour identifier les sujets à risque. Nous essayons alors d'articuler ces connaissances théoriques, pratiques et générales, avec notre ressenti subjectif qui naît du rapport humain et singulier que nous créons avec nos patients. L'expérience fait croître nos connaissances, qui se double parfois d'une subjectivité que nous n'osons pas intégrer dans nos décisions. Au cours d'un suivi il nous arrive de penser :

- « *J'ai l'impression qu'il est prêt à recommencer, pourtant il ne m'a pas donné d'éléments objectifs m'amenant à le penser* » ;
- « *Sur quoi se fonde cette suspicion ?* ».

Nous pouvons reprendre à notre compte la formule de SENON au sujet de la « mémoire du service », dans l'un de ses enseignements. Si nous ne pouvons pas restituer la phrase dans sa totalité, nous nous souvenons de l'idée générale. Elle concernait la violence dans les services, une violence brute et informelle dont la répétition permettait cependant une certaine habitude, voire une anticipation des soignants. Au fur et à mesure des hospitalisations répétées, un lien se crée entre le patient et le personnel du service. Si la pathologie est rapidement identifiée, des rouages subtils dans l'interaction et le mode de fonctionnement deviennent familiers avec le temps. Cela semble correspondre à cette « mémoire du service ».

L'évolution actuelle tend à vider cette mémoire. La disparition en 1992 du diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique, afin d'homogénéiser les connaissances des infirmiers vers une polyvalence, n'est pas sans conséquence. Nos aînés nous racontent que les longues

carrières dans un même service laissent place à un « turn-over » bien plus rythmé : les nouveaux infirmiers possédant une connaissance bien plus large, auraient tendance à vouloir diversifier leur activités, exploiter ces compétences multiples en naviguant entre différents services de psychiatrie, parfois entre psychiatrie et soins somatiques. Le corollaire de cet épanouissement est la mobilité des équipes avec de nombreux arrivants à former et des départs plus précoces de ceux possédant l'expérience. C'est ainsi que la mémoire du service se délite peu à peu : les malades restent les mêmes, mais la complicité avec les soignants qu'ils identifient au service est rompue et doit être sans cesse recréée avec de nouveaux soignants.

Ce constat a nourri notre réflexion. Où peut s'inscrire cette continuité maintenant qu'elle ne trouve plus racine dans la mémoire partagée d'une équipe stable dans le temps ? Est-il possible d'évaluer l'impact de ces connaissances du patient sur l'incidence des récurrences violentes ? Cette information est d'ordinaire inscrite dans le dossier médical, lui-même fractionné en autant de documents physiques que d'hospitalisations. Le temps de pratique toujours restreint, la dilution de ces données dans l'ensemble des écrits somatiques, psychiatriques, sociaux et administratifs a tendance à décourager la recherche de ces informations.

Notre idée initiale était de mettre à disposition des services hospitaliers, un document de recueil des séquences de passages à l'acte, qui concernait tant l'acte en lui-même que les circonstances l'ayant fait naître. Ainsi au cours d'une seconde hospitalisation, ce document aurait pu être communiqué à l'ensemble de l'équipe, et un nouveau recueil aurait permis d'évaluer l'impact de cet outil sur l'incidence des passages à l'acte. Nous pensions que l'identification, la conservation des éléments déclencheurs aiderait à reconnaître la séquence du passage à l'acte pour pouvoir l'interrompre. Elle pourrait aussi pallier au problème de transmission de la connaissance du patient au fil des hospitalisations, servir de référence concernant l'agir du patient, et favoriser une attention particulière à cette dimension comportementale si redoutée.

Cette idée ambitieuse a rencontré de nombreux obstacles. Le psychopathe est notre population cible : leur propension au passage à l'acte nous garantissait un nombre de passages à l'acte suffisant, mais leur fonctionnement dans la discontinuité et la rupture nous garantissait aussi des hospitalisations trop brèves pour être exploitables. Ce protocole exigeait aussi une seconde hospitalisation dans la période du suivi, d'une durée limitée dans le cadre de ce travail thèse. Mais une première revue de littérature a permis de réviser nos convictions : les travaux sur les éléments déclencheurs des passages à l'acte des psychopathes sont inexistantes.

Il est alors nécessaire de rechercher si des éléments pouvant être qualifiés de « déclencheurs » existent. Toujours guidé par une répétition de l'acte chez les psychopathes, nous nous sommes interrogés sur l'existence d'une répétition dans les circonstances en amont de ces actes. Notre travail se situe donc en amont de la prévention tout en y étant directement rattaché : une meilleure compréhension de l'agir du psychopathe, réputé insaisissable impulsif ou réactif, est un préalable à tout travail d'évitement de ces conduites.

II.A.2 Responsabilités du psychiatre - Missions expertales

La pratique de la psychiatrie est soumise aux mêmes responsabilités légales que l'ensemble de la médecine, à la différence près que nous travaillons sur la dimension psychique de l'Homme, ses états mentaux, ses intentions et ses comportements. Même si le psychiatre n'est pas le praticien où la responsabilité est la plus exposée, son exercice impose des doutes spécifiques (JONAS, 2013). En effet, là où les autres spécialités peuvent être inquiétées par un manquement ayant nui à leur patient, le psychiatre redoute autant la négligence d'un risque auto-agressif que celle d'une dangerosité psychiatrique hétéro-agressive, retentissant sur les tiers. Il se sent à la fois responsable de ses décisions concernant son patient, mais aussi des actions de son patient.

Deux chefs d'accusations inquiètent particulièrement ces praticiens : la non assistance à personne en péril, ainsi que l'homicide involontaire qui peut être retenu dans les suites d'un geste auto-agressif mais aussi hétéro-agressif (JONAS, 2013). Cette « particularité psychiatrique » amène une dimension supplémentaire dans nos pratiques quotidiennes, où

le praticien travaille avec la menace d'être accusé de négligence, voire de défaillance en cas de dommages commis par son patient.

La psychiatrie clinique se décline sous plusieurs formes : l'activité en consultations ambulatoires, celle au sein d'institutions, principalement à l'hôpital, mais aussi l'activité expertale. Tout comme des symptômes somatiques, le symptôme qu'est l'intentionnalité suicidaire est parfois flou, latent, évolutif mais parfois dissimilé. Il en est de même pour les velléités hétéro-agressives. La dangerosité potentielle du patient est un élément prépondérant dans nos réflexions. Elle régule notre décision médicale. Les occasions où nous rencontrons ces dilemmes sont omniprésentes dans notre pratique :

- En ambulatoire : « *dois-je faire hospitaliser ce patient ?* » ;
- En hospitalier : « *peut-il être dans une chambre avec un autre patient* » ; « *une permission ou une sortie n'est-elle pas prématurée ?* » ; « *un retour dans sa famille met-il ses proches en danger ?* ».

Ces difficultés dans la prise de décision sont majorées face à des patients psychopathes alternant des demandes immédiates - parfois dans un but utilitariste pour se mettre à l'abri de menaces extérieures - et des ruptures de suivi. Leur demande de soins existe, mais sans réelle motivation au soin. Ils nous imposent aussi leur tendance à la manipulation, au mensonge, mettent à l'épreuve notre capacité de prévention par leur impulsivité comportementale. Le recours à l'hospitalisation est souvent insatisfaisant : ils contrôlent la prise en charge et peuvent difficilement accepter les règles régissant le cadre hospitalier.

C'est en cela que nous comprenons les recommandations de la HAS (2006), encourageant le développement des recherches, l'approfondissement de notre compréhension du fonctionnement psychopathique pour mieux l'accompagner et le protéger de ses actes.

Certains des psychopathes sont particulièrement familiers des tribunaux. Habités des transgressions, des services de police, parfois des juges et des prisons, ils nécessitent souvent l'intervention d'un expert psychiatre pour évaluer leur responsabilité mais aussi leur dangerosité.

Depuis les vingt dernières années, le cahier des charges des experts psychiatres s'est considérablement alourdi (SCHWEITZER et PUIG-VERGES, 2014):

- La loi du 17 juin 1998 relative à la répression des infractions sexuelles crée le suivi-socio-judiciaire (SSJ), pouvant être assortie d'une injonction de soin articulée autour de son médecin coordonnateur ;
- La loi du 12 mars 2005 sur la Surveillance Judiciaire (SJ) pour les condamnés à des peines de plus de 10 ans, qui fait croître la place de l'expertise venant légitimer les décisions judiciaires concernant les mesures sanitaires, allant de l'incitation à l'injection de soin ;
- La loi du 12 décembre 2005 qui élargit le SSJ avec injonction de soins aux crimes volontaires et multiplie les demandes d'expertises psychiatriques, avec une injection de soins s'articulant avec l'accès au régime de semi-liberté et de liberté conditionnelle ;
- La loi du 5 mars 2007 sur la prévention de la délinquance ;
- La loi du 10 août 2007 sur le renforcement de la lutte contre la récidive, la création des peines planchers et l'extension du SSJ à tous les actes violents contre autrui ;
- La loi du 25 février 2008 relative à l'irresponsabilité pénale et à la rétention de sûreté, implique l'expert dans les mesures de fin de peine avec la surveillance de sûreté et la rétention de sûreté .

Les missions de l'expert ont évolué. L'expert était missionné dans le cadre d'une procédure judiciaire lors de la phase d'instruction, afin de déterminer l'état d'un sujet ayant commis un acte délictuel et de statuer sur son discernement au moment des faits. Une abolition du discernement entraîne une irresponsabilité pénale du sujet, avec pour conséquence des soins sous contrainte en institution. L'expertise pré-sentencielle de responsabilité pénale est une démarche rétrospective, synchronique et séquentielle visant à déterminer le discernement au moment des faits et l'imputabilité (ARCHER, 2007).

Mais depuis ces ajouts du législateur, l'expert se voit attribuer d'autres modalités d'intervention. Désormais, l'expertise doit non seulement se prononcer sur la responsabilité pénale au moment des faits, mais ses conclusions deviennent déterminantes sur les mesures

sanitaires imposées au sujet et sur les modalités de fin de peine. Il est demandé aux experts de conclure sur la dangerosité et le risque de récidive du patient. Ces nouvelles expertises post-sentencielles de pré-libération sont prospectives, longitudinales et diachroniques, ont pour finalité de préciser les mesures préconisées en milieu ouvert (ARCHER, 2007).

La participation de l'expert au processus judiciaire par l'expertise a tendance à déplacer indirectement le pouvoir décisionnel du juge vers la conclusion de l'expert saisi. Ainsi se multiplient les situations où, l'expert oscille entre une position sécuritaire et son penchant libéricide, et celle allant dans le sens d'un retour en milieu ouvert avec la menace d'une récidive. La prise en charge des psychopathes pour qui la question entre « normal et pathologique » reste ouverte comme le montre la nouvelle classification du DSM-V, nous interroge sur la nature de leur dangerosité : devons nous les considérer comme des sujets présentant une dangerosité psychiatrique ou bien une dangerosité criminologique?

La HAS (2006) reprecise les objectifs sanitaires et non pas sécuritaires des medecins, comme peut le laisser sous-entendre la loi du 12 decembre 2005, qui demande aux experts psychiatres de se positionner sur le risque de récidive.

II.A.3 Inquiétudes et attentes sociétales

La récidive des agresseurs, ayant des antécédents judiciaires soulèvent l'indignation et l'incompréhension de la société. C'est cet échappement qui semble heurter l'opinion. Comme si la prévision de la dangerosité et du risque de récidive répondait aux règles immuables d'une science exacte, toute récidive violente d'un sujet vient témoigner des défaillances du système. Les psychopathes pour qui, ni le soin ni la peine ne semblent avoir d'incidence sur leurs répétitions violentes, incarnent parfaitement cette problématique. Ils sont « *trop inadaptés pour jouer le jeu de l'institution pénitentiaire, trop violents et surtout trop au fait des règles et de la manière de les pervertir pour être susceptibles d'être considérés comme ayant perdu leur discernement [...] souvent antisociaux, d'une violence*

inquiétante, beaucoup de sujets que nous rencontrons dans les prisons suscitent rejet et surtout incapacité des uns et des autres à s'en occuper » (JONAS, 1997).

Pourtant, entre 1983 et 1998, le nombre de meurtres condamnés est resté stable (soit environ 380), la proportion parmi l'ensemble des crimes sanctionnés a presque diminué de moitié : en 15 ans, elle est passée de 17 à 9 % (LAMEYRE, 2001). De 2000 à 2012, le taux de criminalité (nombre de crimes / nombre de délits constatés) a sensiblement diminué, passant de 64,08/1000 à 54,64/1000 (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 2014).

On observe pourtant un durcissement de la répression, mais aussi l'apparition d'une répression préventive pouvant venir condamner le simple fait de présenter un risque (lois anti-bandes, lois sur la surveillance de Juin 2015, etc.).

Le proverbe chinois « *Un arbre qui tombe fait plus de bruit qu'une forêt qui pousse* » pourrait résumer les propos qui suivent. La séquence qui se déroule après la médiatisation de récidives violentes semble se répéter : l'annulation d'un événement grâce à des mesures de prévention n'a pas de réalité visible, en dehors d'études globalisantes faites a posteriori. Ce qui est plus visible, ce sont les événements saillants, marquant un dysfonctionnement par une atrocité commise. Ce sont ces informations qui remplissent l'espace médiatique, allant bousculer la population dans son sentiment de sécurité. Face à une réaction aussi intense que brève, qui sera chassée par l'information suivante, les politiques se retrouvent dans l'obligation d'apporter une réponse dans la même immédiateté. « *Ce qui domine la scène judiciaire n'est plus la puissance du souverain, mais le cri de la victime qui demande justice* » (SALAS, 2001 cité par LAMEYRE, 2001). Pour autant, en dehors de quelques courants de pensées marginaux, des détentions systématiques et éternelles ne semblent pas entrer dans le débat. Mais cela est suffisant pour déplacer le curseur du soin au carcéral et diminuer l'ajustement des peines par la justice en fonction des situations infractionnelles et personnelles, comme l'illustre l'apparition des peines planchers.

L'expertise psychiatrique au sein de la procédure pénale est aussi remise en doute : « *Si un rapport d'expertise devait être rendu sur la base d'une grille de lecture uniquement psychiatrique, sans mise en œuvre des instruments adaptés, le Juge d'application des peines devrait le considérer comme non éclairant* » (BARATTA, 2011).

Depuis la loi bioéthique de LEONETTI de Juillet 2011, les tribunaux se dotent de l'utilisation des nouvelles technologies permettant une exploration statique et surtout dynamique du fonctionnement cérébral. Si cette démarche est complémentaire, elle est parfois vue comme une alternative à l'expertise psychiatrique. BYK reconnaît cette demande sociétale pour l'évaluation de la dangerosité : « *Depuis une dizaine d'années, on émet des doutes sérieux sur les aspects trop subjectifs des analyses faites par la psychologie et la psychiatrie et il est sûr que l'apparence d'une discipline qui objectivise peut apparaître comme un complément d'approche pour mieux cerner la personnalité et le comportement en termes de culpabilité, de responsabilité et surtout pour la question centrale aujourd'hui de la dangerosité. Les experts psychiatriques se refusent la plupart du temps à parler de dangerosité sociale. Par rapport aux expertises classiques psychiatriques et médico-psychologiques obligatoires en matière criminelle, des examens (scanners, IRM) qui permettraient d'apporter des éléments tangibles ne seraient pas interdits dans certaines circonstances pour des individus atteints de certaines maladies à interprétation difficile* » (BYK cité par GKOTSI et al., 2014).

Aux Etats-Unis, dans le premier cas utilisant des preuves neuroscientifiques, la défense cherchait à argumenter un diagnostic de psychopathie en montrant une hypoactivité des zones régulatrices des émotions et de la prise de décision (amygdale et cortex préfrontal). L'accusé a finalement été condamné à mort ! (HUGHES, 2010 cité par GKOTSI, 2014).

Nous pouvons voir la méfiance grandissante envers la psychiatrie perçue comme une science inexacte et subjective, offrant peu de certitude dans ses évaluations. De manière plus inquiétante, cela traduit une recherche de simplification, de réponse binaire concernant une dimension précise telle que la culpabilité ou le discernement. Le symptôme est désincarné de sa psycho-dynamique dans laquelle le geste a un sens ou une fonction précise.

Un paradoxe se dessine dans nos sociétés : la conscience collective semble opter pour une répression intransigeante, ne voulant plus croire en la rédemption chez l'Homme, réduisant ainsi les accusés à leurs actes. En contradiction, on pointe pourtant le monde carcéral et son manque d'outils thérapeutiques, un univers accusé de potentialiser les comportements criminels. Alors que l'impuissance de la psychiatrie est pointé du doigt en milieu ouvert, celle-ci resterait-elle légitime et indispensable en milieu fermé ? C'est cette tendance qui fait évoquer le risque d'une « *réapparition ante-pinellienne d'un hôpital-prison* » (LAMEYRE, 2001).

Les spécialistes de la question (HAS, 2006) continuent de recommander une inclusion du soin en amont, pendant et dans l'après-peine. Les dispositifs interdisciplinaires doivent s'articuler autour du sujet : la peine peut se poursuivre par des mesures de surveillance (bracelet électronique, liberté conditionnelle) ; le soin se superpose et/ou prend le relais. L'objectif reste de développer des moyens pour permettre de remettre de la pensée là où s'impose l'acte, d'aider le sujet à entrer dans une dynamique de changement : « *à la logique d'exclusion qui semble animer autant le champ médico-social que celui de la pratique judiciaire, il est impératif de substituer une dialectique de l'inclusion* » (SALAS 2001, cité par LAMEYRE, 2001).

II.B. Objectifs et hypothèses

II.B.1 Objectif principal

Notre question initiale concerne les circonstances immédiates précédant les passages à l'acte réactifs. L'impulsivité et la tendance aux violences réactionnelles entraîne une imprévisibilité avec laquelle le clinicien doit composer, posant les difficultés médico-légales évoquées précédemment. **Pour autant, n'y aurait-il pas des similitudes dans la répétition de ces violences pour un individu donné?** Le délitement progressif de la « mémoire du service » nous prive-t-il d'une habitude au fonctionnement agressif des sujets ? L'expérience des intervenants leur permettait-elle d'identifier inconsciemment et de manière empirique, des situations à risque ?

Devant l'absence d'étude dans ce domaine, l'absence de données sur le moment de l'acte, nous avons décidé de revenir au plus près de la clinique du comportement. Notre objectif principal sera de rechercher si dans la répétition des violences, nous pouvons retrouver des éléments contextuels récurrents pour un même sujet.

Nous ne cherchons pas à comprendre le symptôme de la violence en tant que tel. Nous souhaitons observer si, pour un individu donné, des événements particuliers peuvent faire office d'étincelle à l'explosion en acte.

Nous détaillons notre propos : il est admis qu'une frustration est une situation à risque de violence. L'objectif de l'étude est de savoir si l'on peut repérer des éléments qui portent davantage que d'autres, cette « dimension frustrante » nécessitant un recours à l'acte. A l'inverse d'études recherchant des déterminants communs dans une population donnée, la singularité du sujet est essentielle dans notre étude.

II.B.2 Objectifs secondaires

Ce recueil de données sur 6 mois devrait nous offrir un matériel assez important, permettant d'explorer d'autres dimensions de l'acte.

Premièrement, nous allons référencer l'ensemble des passages à l'acte et leurs éléments contextuels associés pendant 6 mois. La catégorisation effectuée entre actes auto-agressifs, hétéro-agressifs ou transgressifs va permettre d'**observer le type de passages à l'acte chez chaque sujet**. Cet objectif pourrait retrouver des modalités comportementales privilégiées, pouvant dessiner des « profils de réactivité » spécifiques à chaque individu.

Les données recueillies devraient aussi nous permettre d'**explorer l'état de base de chaque sujet, dans sa période de vie, au moment de l'incarcération**. En effet, nous avons élargi le recueil des caractéristiques socio-démographiques, pour explorer l'insertion socio-professionnelle, la stabilité affective et familiale, la présence d'un éventuel héritage traumatique dans l'enfance. Cette évaluation de l'environnement matériel et affectif, inspiré de l'EEPPA (MOULIN et SENON, 2010) dans l'évaluation de la phase pré-criminelle, pourra être mise en perspective avec la gravité de la psychopathie, mais aussi avec l'agressivité que présenteront les sujets.

Enfin, pour compléter les recherches antérieures sur la dimension prédictive de la PCL-R sur le risque de récidive, il sera aisé de confronter les scores à la PCL-R avec le nombre de passages à l'acte répertoriés. **Il sera alors intéressant de voir si la gravité de la psychopathie établie par la PCL-R aura un impact sur la fréquence des passages à l'acte**. En revanche, cela ne concernera pas la sévérité de l'acte.

II.B.3 Hypothèses initiales

Bien qu'au cœur de notre réflexion, il serait illusoire et dangereux pour la validité de l'étude, d'être dans l'intention de défendre l'hypothèse qu'il existe des éléments contextuels récurrents décelables, et donc utilisables pour la prévention.

Notre position est celle imposée par la méthode scientifique choisie, **celle d'une enquête exploratoire descriptive vouée à faire naître des hypothèses**. Le nombre attendu de sujets ne nous autorise pas, à parler stricto sensu d'élément prédictif. Il aurait fallu se focaliser sur un seul type d'élément contextuel et observer son incidence.

Si cette étude peut **montrer des situations récurrentes avant les passages à l'acte**, elle n'exclut pas l'ensemble de ces situations n'en ayant pas entraîné. Par exemple, suite à une frustration avec le cadre institutionnel, il aurait fallu comptabiliser l'ensemble de ces frustrations, avec et sans passages à l'acte réactionnels, pour pouvoir parler de valeur prédictive. Cependant, la mise en évidence de facteurs récurrents aurait un intérêt potentiel pour les institutions où, les psychopathes étant en contact permanent avec les équipes, l'apparition des situations antérieurement identifiées et suivies d'un passage à l'acte, pourrait renforcer l'attention de l'équipe sur le sujet lorsque celles-ci se présentent à nouveau.

Mais l'absence de résultat est à envisager. Un non-résultat ne serait pas synonyme d'une non-conclusion. Nous vivons une période où la sécurité est la préoccupation principale de nombreuses sociétés. En partant de ce constat, **reconnaître l'existence d'une marge irréductible d'imprévisibilité** est une donnée en soi. Celle-ci pourrait permettre d'ajuster les attentes d'une société qui semble parfois dans l'illusion d'un contrôle total de la violence.

II.C. Recrutement et inclusion

II.C.1 Période et lieu d'étude

Nous voulions initialement faire notre étude en milieu hospitalier. Nous avons déjà décrit la difficulté à tisser un lien thérapeutique dans la continuité avec les profils psychopathiques. Un contact durable est nécessaire pour la période de suivi, afin de prélever l'ensemble des passages à l'acte et leur contexte immédiat. L'hôpital offrait un nombre de psychopathes insuffisant et surtout une discontinuité flagrante lorsque l'on observe la durée de leurs séjours. A titre indicatif, le bureau des entrées de l'hôpital de La Rochelle nous a transmis la liste des sujets pour lesquels le code F60.2 (personnalité dyssociale dans la CIM-10) avait été retenu sur les six mois précédents : seulement neuf patients.

Au vu des données de la littérature, nous avons appris que le psychopathe était davantage auteur de délits répétés que de crimes. Un lieu privatif de liberté avait l'intérêt de restituer une constance dans l'observation du sujet, primordiale à l'étude. Les maisons d'arrêt accueillent des prévenus et condamnés à des peines inférieures ou égales à deux ans, ou encore des condamnés à qui il reste moins d'un an de peine à purger (LEGIFRANCE, 2009) ; **notre choix s'est arrêté sur la maison d'arrêt de Rochefort.**

Après nos réunions avec l'ensemble du personnel pénitentiaire, l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire (UCSA) de l'établissement a retenu notre attention. L'équipe compte trois infirmiers, un médecin référent, ainsi que deux psychiatres faisant des vacations.

Cette unité est le réceptacle de tous les événements associés aux crises psychiques et aux lésions physiques. Après chaque passage à l'acte, on propose aux détenus d'être reçus par l'UCSA pour faire un bilan somatique en cas de lésions, mais aussi de reprendre la difficulté psychologique ayant suscité le comportement. Pour les détenus dont le quotidien est orchestré par les surveillants pénitentiaires, l'UCSA correspond à une enclave rassurante. Leurs ressentis et leurs souffrances sont écoutés. Dès leur mise sous écrou, ils ont une visite

médicale d'entrée obligatoire où il rencontrent l'équipe de l'UCSA. Ils ont ensuite un accès au service à leur demande. Les échanges ayant lieu à l'UCSA sont protégés par le secret médical. Ainsi les infirmiers nous rapportent des révélations sur des passages à l'acte (consommations de toxiques, agressions, etc.) qui passent parfois inaperçu pour les surveillants. Ces informations restent confidentielles et ne sont pas communiquées aux équipes pénitentiaires de surveillance, sauf dans des cas extrêmes, porteurs d'un risque imminent pour le patient ou autrui. Ces conditions favorisent l'instauration d'un lien privilégié basé sur la confiance.

C'est pour ces raisons que **nous avons élu domicile dans l'UCSA** où les infirmiers du fait de leur présence quotidienne étaient les mieux placés pour un recueil continu, avec un risque réduit de perte de données.

De plus, les infirmiers travaillent en étroite collaboration avec les surveillants qui ont été informés de notre étude et sollicités pour signaler les violences et transgressions observées dans l'établissement.

II.C.2 Inclusion

II.C.2.a Critères d'inclusion

Le critère d'inclusion principal est la psychopathie. Les psychopathes ont suscité notre intérêt pour faire cette recherche sur le passage à l'acte. L'objectif de cette étude exploratoire était de s'approcher au plus près de la clinique de l'acte dans sa répétition pour rechercher des pistes de compréhension et d'aide à la prévention. Pour cela, nous avons besoin d'un nombre de séquences de passages à l'acte suffisant dans un délai limité, ainsi qu'une population homogène partageant une même organisation psychique. Les psychopathes concentraient l'ensemble de ses critères : un fonctionnement par un agir transgressif et agressif, une répétition de ces symptômes sans qu'une intervention thérapeutique ou judiciaire puisse amorcer une modification du comportement. Le psychopathe devenait le sujet idéal, tant dans l'intérêt que nous avons à explorer son imprévisibilité reconnue, que pour le matériel comportemental qu'il offre à étudier pour

notre étude. Afin d'inclure un pattern de la psychopathie homogène, la population étudiée sera exclusivement masculine, et diagnostiqués par la PCL-R.

Le consentement à la participation de l'étude a été recueilli et était indispensable à l'inclusion des sujets.

II.C.2.b Critères d'exclusion

Dans un souci éthique et déontologique, afin que le consentement soit libre et éclairé, nous avons exclu les sujets dont les capacités de jugement pouvaient être altérées : **ceux sous mesure de protection ont été exclus.**

Nous avons évoqué plus haut la superposition possible avec des troubles de l'axe 1 du DSM (COTE et al., 2000). Les facteurs de risque de passage à l'acte chez les sujets porteurs d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble psychotique ont déjà été bien étudiés (HAS, 2011). Dans ces deux entités, parmi les facteurs de risque dynamiques reconnus, on retrouve les idées délirantes à thème de persécution, de mégalomanie, de mélancolie ainsi que les agitations psychomotrices, etc. Lors de passages à l'acte sous l'impulsion de ces symptômes aigus et bruyants, le mode de fonctionnement basal paraît moins impactant. **Afin d'éviter tout biais d'interprétation, nous avons donc décidé d'exclure les troubles chroniques de l'humeur et les psychoses chroniques, associés à une psychopathie.**

Les femmes n'ont pas été incluses du fait que la maison d'arrêt de Rochefort n'accueille que des hommes.

Au total, les facteurs d'exclusion retenus sont :

- Un diagnostic de psychose chronique ;
- Un diagnostic de trouble bipolaire ;
- Les sujets sous mesure de protection (tutelle ou curatelle) ;
- Les mineurs ;
- Les femmes.

II.C.2.c PCL-R (cf. ANNEXE 1)

La PCL-R doit être utilisée par un clinicien ou un chercheur psychologue ou psychiatre, au travers d'un entretien semi-structuré associé à la consultation des dossiers (HARE, 2003). Chaque item est coté 0 lorsqu'il ne s'applique pas, 2 lorsqu'il s'applique pleinement. On cotera 1 lorsque l'item s'applique dans une certaine mesure. Le test comprend vingt items et donne ainsi un résultat compris entre 0 et 40. Le « cut-off » ou « point de coupure » retenu par HARE pour conclure à la présence d'une psychopathie est un score supérieur ou égal à 30/40 (HARE, 2003) . Un score inférieur à 20/40 permet d'en infirmer la présence. Pour les scores entre 20 et 29, on parle de problématique mixte. MELOY utilise cet outil comme un continuum avec plusieurs gradients de sévérité : à partir d'un score de PCL-R supérieur à 10/40, chaque palier de 10 correspond respectivement à une psychopathie légère, modérée ou sévère.

Certaines études conservent une approche taxonomique mais utilisent un cut-off inférieur, autour de 25-26/40 permettant une inclusion plus large. Nous avons décidé d'utiliser le point de coupure originel voulu par HARE (2003) : la psychopathie sera retenue chez des patients ayant un score égal ou supérieur à 30/40.

II.C.2.c.1 Structure

La PCL-R de HARE a été conçue autour de deux facteurs :

- Le facteur I qui reflète des caractéristiques affectives et interpersonnelles telles que l'égoïsme, la manipulation, l'insensibilité et l'absence de remords. Il correspond aux traits de personnalité psychopathique ;
- Le facteur II qui reflète les caractéristiques de la psychopathie associées à un style de vie impulsif, antisocial et instable. Il correspond aux conduites antisociales.

Lors de la deuxième version en 2003, HARE scinde chaque facteur en deux et identifie quatre facettes dans la psychopathie : les traits narcissiques, la froideur émotionnelle, le style de vie impulsif et les comportements antisociaux chroniques (HARE, 2003). Deux items restent indépendants de cette organisation : les nombreuses cohabitations de courtes durées et la promiscuité sexuelle.

Cette structure factorielle reste discutée. COOKE et al. (2007) évoquent en réalité seulement treize items pertinents, ceux restant étant une résultante des autres facteurs. Il propose une structure de trois facteurs : « *arrogant and deceitful interpersonal style, deficient affective experience and impulsive and irresponsible behavioural style* », exclut les cinq items correspondant au comportement antisocial identifiés par HARE (la faible maîtrise de soi, l'apparition précoce de troubles du comportement, la délinquance juvénile, la violation des conditions de libération conditionnelle, la diversité des types de délits commis par le sujet), ainsi que les deux items indépendants. Pour COOKE et al. (2007), les items inhérents au comportement antisocial et les deux exclus sont considérés comme des symptômes secondaires au trouble de la personnalité.

II.C.2.c.2 Qualités psychométriques

La PCL-R est significativement corrélée avec les critères de CLECKLEY (1941) ($r = 0,90$) et la avec personnalité dyssoziale de la CIM-10 ($r = 0,75$ à $0,83$) (PHAM, 2013).

La fidélité inter-juge qui reflète la concordance des résultats lorsque des juges indépendants passent le test sur un même patient est élevée sur les populations carcérale ($r = 0,78$ à $0,94$) ainsi que sur une population psychiatrique ($r = 0,86$ à $0,97$) (PHAM, 2013).

Enfin, le coefficient de généralisation - qui indique dans quelle mesure un dispositif instrumental est apte à différencier de manière fiable les individus ou les objets auxquels il est appliqué - varie entre $0,82$ et $0,90$ selon HARE (2003), ce qui en fait un outil valide pour diagnostiquer la psychopathie.

II.C.2.d Modalités

La maison d'arrêt accueille un nombre de détenus oscillant entre 70 et 90, ce qui rend une passation de la PCL-R à tous les détenus laborieuse pour un unique investigateur. Un premier screening de pré-inclusion a été effectué. Nous nous sommes appuyés sur les dossiers médicaux où le diagnostic de psychopathie ou de conduite anti-sociale était posé. En

L'absence de diagnostic, nous retenions aussi les descriptions cliniques dont les symptômes étaient évocateurs : comportements agressifs répétés, impulsivité et intolérance à la frustration dans l'institution. La troisième source prépondérante pour déterminer les sujets éligibles était l'aide de nos collègues infirmiers et médecins de l'UCSA, pour qui le rappel du profil psychopathique évoquait spontanément des sujets qu'ils prenaient en charge.

L'investigateur faisait une première analyse du dossier médical et administratif. Cette première lecture permettait de recueillir plusieurs données :

- La période d'incarcération qui devait être compatible avec la durée d'inclusion ;
- L'absence des éléments d'exclusion médicaux rédhibitoires (cf. 2,2,3 : Critères d'exclusion), l'âge et l'absence de mesure de protection ;
- Des éléments sur le contexte socio-professionnel et familial recensés dans notre étude ;
- Des éléments permettant la cotation par la PCL-R, afin de respecter les techniques requises selon la méthode de passation de HARE, qui préconise un calcul du score de la PCL-R à partir de l'entretien clinique et du dossier médical (HARE, 2003).

Pour l'entretien d'inclusion, nous avons à notre disposition un bureau médical au sein de l'UCSA. Nous y convoquons les sujets éligibles, leur présentons l'étude et ses modalités de suivi. Nous insistons sur le fait que cette étude n'allait pas modifier leur parcours carcéral, que la surveillance à laquelle ils sont déjà soumis serait simplement recueillie à l'écrit lors des passages à l'acte. L'objectif de l'entretien était communiqué, à savoir explorer le contexte de vie du patient, avant et durant son incarcération, explorer les conditions d'éducation dans l'enfance, ainsi que la nécessité pour nous de vérifier la présence du diagnostic de psychopathie pour être inclus dans l'étude. Le sujet était informé sur le secret médical régissant notre échange et de l'anonymisation des données prélevées.

Si le détenu donnait son autorisation, nous lui donnions la lettre de non-opposition qui lui permettait de garder une trace de l'étude à laquelle il participait, et l'entretien débutait (cf. ANNEXE 5).

Au décours de cette entretien avoisinant les 60 minutes, nous avons le consentement du patient et les éléments permettant de coter la PCL-R et de vérifier le facteur d'inclusion principal : la présence d'une psychopathie.

II.C.3 Suivi et recueil des données

II.C.3.a Grilles de recueil

Nous avons mis en place deux grilles pour relever les données nécessaires. Dans leur conception, nous avons tenu à respecter deux approches :

- La première, respectant la méthode expérimentale, afin de pouvoir standardiser nos données pour qu'elles puissent être appréhendées par les tests statistiques ;
- La seconde, plus empirique, dans l'optique de refléter la clinique brute offerte par le sujet, afin d'observer si elle pouvait susciter un intérêt et une appropriation de ce fonctionnement chez les intervenants réguliers.

Concernant la méthode expérimentale, un travail de catégorisation préalable a donc été nécessaire. La première grille était utilisée au moment de l'entretien d'inclusion (cf. ANNEXE 6). Plusieurs dimensions ont été explorées, en se positionnant sur la période précédant l'incarcération :

- Le statut marital et **la qualité de la relation affective** : nous demandions l'état actuel de la relation affective, à savoir une relation stable supérieure à 6 mois, des relations éphémères et multiples ou bien une absence de relation. Dans le cas d'une relation stable, nous demandions au sujet s'il jugeait cette relation conflictuelle ou étayante ;
- **Le mode de logement et sa stabilité** : nous avons catégorisé cet item en fonction de l'existence d'un logement stable (familial, personnel ou social) ou bien d'une précarité (sans domicile fixe, ou colocations multiples) ;
- **La situation professionnelle** : nous recherchions la présence d'un emploi stable, précaire (Contrat à Durée Déterminée, contrats d'intérim ou travaux ponctuels) ou une inactivité durable ;

- La cellule familiale de laquelle est issu le sujet : nous cherchions à déterminer l'ambiance familiale dans laquelle avait baigné le sujet dans son enfance. Pour cela nous recherchions des **éléments de maltraitements** physique, sexuelle, psychique, de l'ordre de négligences ou de dévalorisations répétées.
- Pour finir, nous demandions **l'état actuel des liens familiaux** que nous avons catégorisés selon trois possibilités : présents et étayants, présents et conflictuels, absents.

La deuxième grille de recueil relevait les données servant notre objectif principal (cf. ANNEXE 7). Une des difficultés majeures était de catégoriser les éléments contextuels pouvant aboutir à un passage à l'acte. Il nous fallait intégrer l'ensemble de ces éléments potentiels dans leur diversité, ne pas les isoler trop strictement afin d'éviter une multiplicité des données sans association possible, tout en effectuant un regroupement cohérent. Notre revue de littérature, mais aussi notre pratique clinique ont mis l'accent sur des éléments contextuels évidents dans la séquence du passage à l'acte.

Même si notre pratique nous confronte aux passages à l'acte des psychopathes en milieu hospitalier, il fallait adapter ces éléments au monde pénitentiaire. C'est au travers des réunions avec le personnel pénitentiaire, plus habitués à la réalité de la vie carcérale, que nous avons ajusté ces catégories. Nous en avons retenu sept :

- **L'absence d'élément contextuel identifié ;**
- **Les difficultés ou frustrations par rapport au cadre de l'institution** : cela concerne les conflits avec un soignant ou un surveillant, une frustration par rapport aux règles régulant le quotidien carcéral, etc. ;
- **Les difficultés ou frustrations avec un codétenu ;**
- **Les difficultés ou frustrations avec l'entourage** : cela regroupait les frustrations liées au manque de contact avec les proches, les annonces dans le lien conjugal ou familial, etc. ;
- **Les consommations d'alcool ou d'autres toxiques ;**

- **Les étapes dans le parcours judiciaire** : cela comprenait les rendus de jugements pour les prévenus, les rendez-vous avec les avocats, les refus de liberté conditionnelle, de réduction de peine, les permissions, etc. ;
- **Les symptômes psychiatriques** : l'apparition d'un état délirant, les anxiétés patentes, les troubles du sommeil, les cauchemars, etc.

Suite à ces ajustements entre le milieu ouvert et le milieu carcéral, les difficultés avec l'ordre établi prennent la forme du cadre institutionnel incarné par les surveillants, le groupe de codétenus se substitue au groupe de pairs en milieu ouvert.

L'absence d'élément contextuel devait pouvoir être notifiée afin d'éviter des associations forcées entre un élément quelconque et le passage à l'acte observé. Elle permet aussi de respecter l'impulsivité et l'imprévisibilité, classiquement décrites dans la psychopathie.

Nous avons aussi appliqué ce travail de catégorisation au passage à l'acte. Pour cela, trois catégories ont été retenues :

- **Les passages à l'acte auto-agressifs** : nous y intégrons toute tentative de suicide (intoxication médicamenteuse volontaire, pendaison, phlébotomie, défenestration, utilisation d'arme blanche, tir par arme à feu sur soi-même, etc.), tout geste de mutilation (scarification, coup de poing dans un mur, etc.) ;
- **Les passages à l'acte hétéro-agressifs** : cette catégorie regroupait les rixes avec des codétenus ou du personnel de la maison d'arrêt, les tentatives d'homicides, les agressions sexuelles, etc. ;
- **Les autres passages à l'acte transgressifs** : nous y intégrons les fugues, le fait de ne pas respecter les règles de l'institution, de faire entrer illégalement des objets illicites dans l'établissement, de consommer des toxiques, la destruction de biens matériels, etc.

II.C.3.b Modalités

Le recueil des éléments biographiques s'effectuait durant l'entretien d'inclusion, une fois que le sujet avait donné son consentement. Nous avons établi une trame semi-structurée par la PCL-R, pour conserver une homogénéité de traitement et qui permettait un recueil des données environnementales du sujet.

La grille concernant les passages à l'acte a été remplie par les infirmiers de l'UCSA. Ils reprenaient le passage à l'acte observé avec les sujets, ainsi que l'éventuel élément contextuel saillant immédiat pouvant être recherché jusqu'à 48 heures en amont, en respect des données de la littérature sur la période pré-criminelle (MOULIN et SENON, 2010).

Nous avons laissé à la disposition des infirmiers, un document d'aide qui détaillait les éléments contenus dans chaque catégorie. Le contenu de chaque catégorie étant non-exhaustif face à la diversité déployée par les psychopathes dans leurs actes, ils pouvaient nous solliciter à chacune de nos visites pour les éléments posant des difficultés de classification. Ce recueil concernait tous les psychopathes au moment de leur inclusion, et durait sur la période de 6 mois allant du 1er Mars 2015 au 31 Août 2015.

Ainsi, à chaque passage à l'acte, les infirmiers notaient :

- Le type de passage à l'acte observé, qu'il s'agisse d'un acte auto-agressif, hétéro-agressif ou transgressif ;
- La date du passage à l'acte ;
- L'élément contextuel retrouvé dans les deux jours précédents. Il peut être détecté par l'équipe de surveillants ou évoqué par le détenu au cours de son entretien avec les infirmiers de l'UCSA.

Nous avons aussi laissé une place à une description littérale de chaque élément.

II.D. Analyse statistique

Cette étude étant une enquête exploratoire prospective, ce sont des statistiques descriptives qui seront utilisées. Les paramètres recueillis sont présentés dans des graphiques et des tableaux. Le critère principal est le nombre de passages à l'acte pour chaque sujet présentant une psychopathie. Nous utilisons aussi des critères secondaires tels que les éléments contextuels et le type de passage à l'acte pour chaque sujet.

Toute personne incarcérée et incluse durant la période des 6 mois sera comptabilisée. Cela inclut les détenus ayant déjà débuté leur peine, ceux commençant leur peine ou ceux finissant leur peine. Ainsi, il n'est pas nécessaire d'avoir été suivi les 6 mois entiers pour pouvoir faire partie de l'étude.

En revanche, nous retiendrons comme critères d'arrêt prématuré ou critères de retrait :

- Le retrait du consentement ;
- Le décès du détenu.

Les données recueillies au cours de l'étude seront conservées dans un fichier informatique respectant la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Le promoteur déclarera la recherche à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les données seront traitées et informatisées de façon anonyme et confidentielle sur un système sécurisé.

Pour résumer cette partie, nous présentons un schéma du déroulement de notre étude.

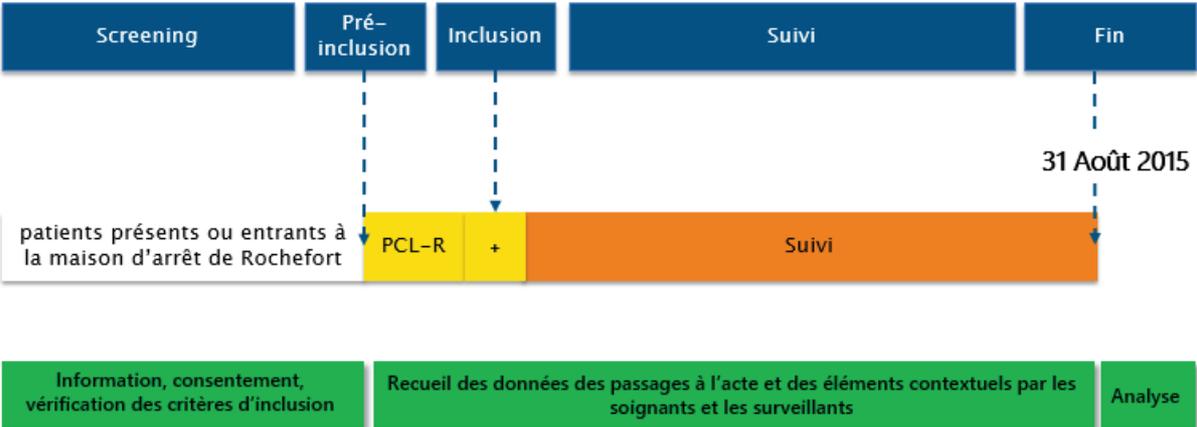


Figure 2 : Schéma de l'étude

II.E. Vicissitudes

Le choix de la Maison d'arrêt de Rochefort comme lieu d'étude posait des questionnements éthiques et déontologiques.

La première de ces interrogations était celle de naviguer dans deux mondes indépendants, régis par des règles et un code spécifique : les sciences médicales et le monde carcéral. Notre étude risquait de faire intrusion dans l'organisation carcérale. Ainsi, notre position extérieure était-elle déontologiquement acceptable pour pouvoir côtoyer les détenus, consulter leurs dossiers médicaux et leurs dossiers administratifs contenant des informations sur leur parcours judiciaire et carcéral ?

Un autre obstacle pressenti était l'impact qu'aurait l'inclusion de sujets potentiellement fragiles dans une surveillance renforcée. Nous craignons que les refus soient nombreux s'ils considéraient que cette méthode pouvait être délétère, dans une situation où il est dans leur intérêt d'adopter un comportement irréprochable pour obtenir des réductions de peine.

Il se posait aussi la question de l'utilisation du diagnostic de psychopathie que nous obtenions au cours de l'inclusion. Devions nous faire une annonce diagnostique ? Quel serait son impact sur le sujet ? Devions nous proposer une prise en charge approfondie ?

Enfin, nous voulions un avis sur la validité scientifique et la méthode mise en place. En effet, bien qu'effectuant une enquête exploratoire, documentée par la littérature, nous avons cumulé de nombreux choix sur les modalités de l'étude, sur les grilles de recueils et les catégorisations pour l'analyse statistique.

Pour nous guider dans notre démarche, **nous avons soumis notre protocole, qui prévoyait alors une inclusion dès le 1er Février 2015, au Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB) de Poitiers.** Le rapport de la première commission du 21 Janvier 2015 nous a suggéré plusieurs modifications. Elles concernaient des imprécisions sur les modalités du recueil, l'influence du milieu choisi pour répondre à la

problématique, des corrections méthodologiques et statistiques, un étayage de notre catégorisation, et des modifications concernant la présentation de l'étude au détenu.

Un des points d'achoppement était la présence de la consommation des toxiques, à la fois dans les éléments contextuels mais aussi dans les passages à l'acte. L'équipe pénitentiaire et l'UCSA ont pu nous préciser, par leur expérience, que la consommation d'alcool est considérée comme une transgression du cadre en soi, dont les détenus ont conscience lorsqu'ils consomment. Mais cet état alcoolique présente alors une situation à risque qui peut aussi faire le lit d'un passage à l'acte secondaire. Ainsi, pour rester fidèle à cette réalité, nous avons maintenu cette possibilité : la consommation de toxique fera l'objet d'une entrée en tant que passage à l'acte en soi, mais elle pourra aussi faire l'objet d'une seconde saisie dans la grille d'éléments contextuels, lorsque cet état d'ivresse favorisera un nouveau passage à l'acte.

Les membres du CCPPRB s'inquiétaient également de l'impact d'une annonce diagnostique de psychopathie, rappelant la connotation négative rattachée à ce terme. Ainsi, pour éviter un biais de confusion en induisant un premier élément déstabilisant, à risque de passage à l'acte, nous avons opté pour l'utilisation du terme de « personnalité dyssoziale », tant dans la lettre de non-opposition que dans le contenu de notre entretien.

Les membres du CCPPRB nous ont aussi suggéré un recueil exhaustif d'une des catégories des éléments contextuels qui permettrait alors d'étudier cette catégorie en matière de prédictivité et de facteur de risque.

Ces modifications ont été apportées et validées lors de la deuxième commission du 18 Février 2015, sous condition de corrections succinctes ne nécessitant pas un nouveau passage en commission (cf. ANNEXE 8). L'accord définitif a été signé le 25 Février 2015, validant ainsi cette étude sur un plan éthique, déontologique et méthodologique (cf. ANNEXE 9).

L'étude a été déclarée à la CNIL pour anonymiser et protéger les données personnelles obtenues. L'inclusion pouvait débuter au 1er Mars 2015.

II.F. Partie de l'étude abandonnée

Lors de notre premier passage en commission du CCPPRB, une des réticences concernait la solidité scientifique étant donné la quantité de travail conséquente. Ils suggéraient qu'une partie strictement prospective soit intégrée pour pouvoir obtenir des résultats plus significatifs. La seule catégorie d'éléments contextuels que nous pouvions recueillir de manière exhaustive était celle des « étapes dans le parcours judiciaire ». Nous aurions exploré le lien de causalité entre les étapes du parcours judiciaire et les passages à l'acte chez le psychopathe.

De la même manière, nous avons conçu un document à cet effet (cf ANNEXE 10) et décidé qu'il serait placé au greffe, où des gradés reçoivent toutes les informations concernant les jugements, gèrent les visites et les sorties pour se rendre au tribunal. Nous avons aussi formé et informé cette partie de l'équipe à partir du document de recueil mis à leur disposition. Ce choix avait l'avantage de respecter l'indépendance entre le recueil des éléments contextuels fait au greffe, et celui des passages à l'acte fait à l'UCSA. Cette partie du protocole a obtenu l'accord du CCPPRB et nous avons mis le dispositif en place.

Au fur et à mesure de nos visites à la maison d'arrêt, il n'y avait aucune donnée enregistrée dans ce classeur, jusqu'à ce que le responsable du greffe nous informe que l'équipe n'avait pas investi ce travail, la période d'inclusion correspondant pour eux à une période de restructuration logistique et de formation à un nouveau logiciel de gestion qui semblait pour le moins, éprouvante.

CHAPITRE III - RECHERCHE : RÉSULTATS

« Si vous voulez étudier un homme, ne faites pas attention à la façon dont il se tait, ou dont il parle, ou dont il pleure, ou même dont il est ému par les nobles idées. Regardez-le plutôt quand il rit ».

L'Adolescent, 1876

Fiodor DOSTOIEVSKI

III.A. Caractéristiques des sujets inclus

Le diagramme de flux qui suit résume les étapes de notre protocole d'étude.

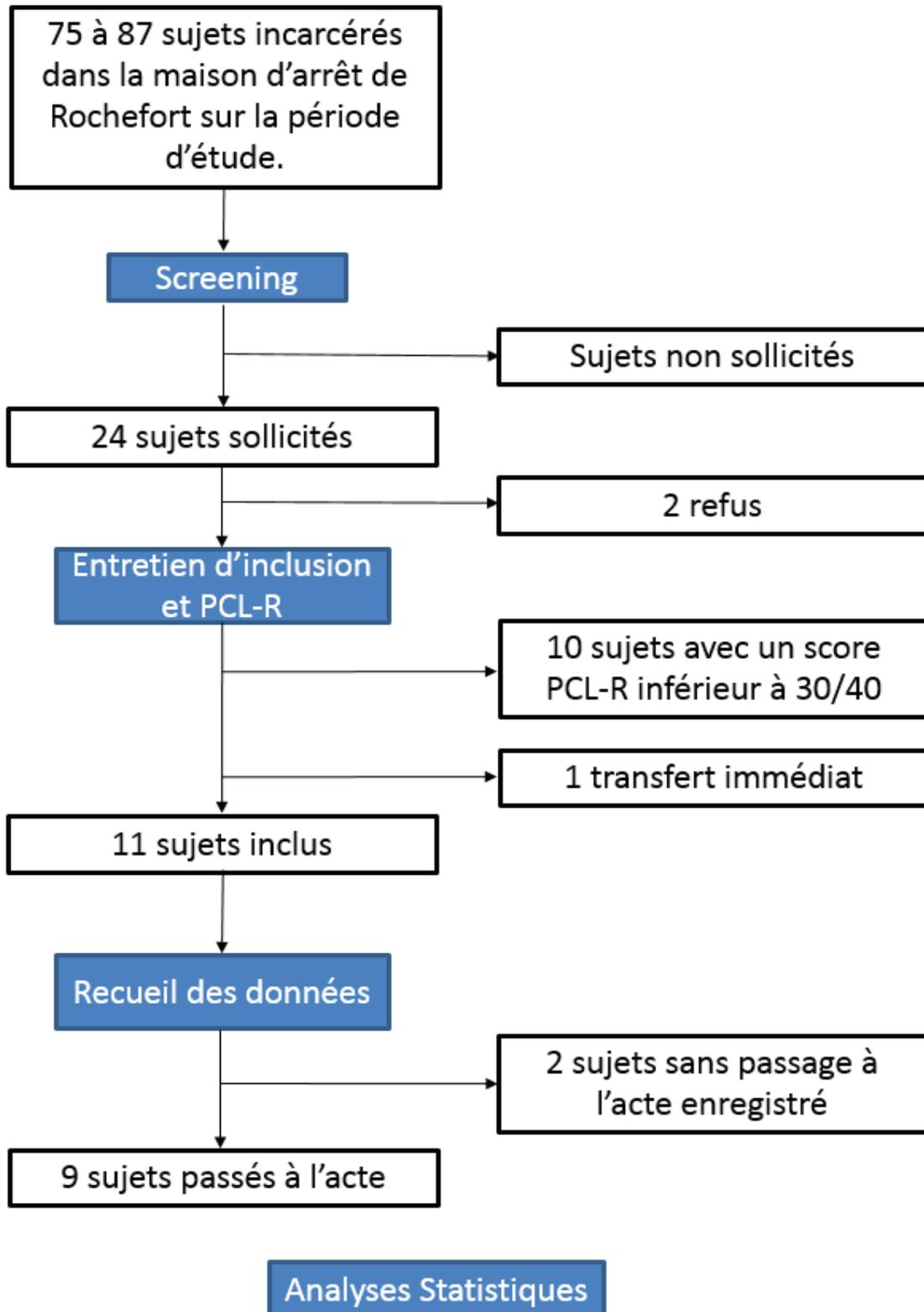


Figure 3 : Diagramme de flux

III.A.1 Inclusion – Passation de la PCL-R

Dans la période précédant l'accord du CCPPRB, nous avons étudié les sujets potentiellement intégrables à notre étude. Durant cette phase de « screening », l'ensemble des dossiers médicaux et administratifs ont été explorés. Les patients présentant des diagnostics de schizophrénie, de trouble bipolaire ou étant sous mesure de protection faisaient l'objet d'une première élimination. Parmi les détenus restants, ceux présentant des condamnations multiples, des éléments cliniques compatibles avec un trouble psychopathique (issus du dossier et des présentations des infirmiers), des parcours de vie chaotiques, etc. ; étaient sollicités pour l'entretien d'inclusion. Nous avons rencontré individuellement 24 sujets.

Tableau 1 : Sujets sollicités

Sujet	Date de l'entretien	Score à la PCL-R
S01	05/03/2015	23/40
S02	05/03/2015	31/40
S03	05/03/2015	30/40
S04	06/03/2015	31/40
S05	07/03/2015	15/40
S06	07/03/2015	31/40
S07	07/03/2015	30/40
S08	09/03/2015	8/40
S09	19/03/2015	35/40
S10	12/03/2015	28/40
S11	12/03/2015	34/40
S12	12/03/2015	19/40
S13	18/03/2015	Refus
S14	18/03/2015	32/40
S15	18/03/2015	18/40
S16	20/03/2015	32/40
S17	20/03/2015	31/40
S18	20/03/2015	4/40
S19	20/03/2015	7/40
S20	20/03/2015	36/40
S21	03/04/2015	25/40
S22	03/04/2015	Refus
S23	30/05/2015	32/40
S24	30/05/2015	19/40

Commentaire :

Parmi les sujets sollicités, deux ont été vus entre la validation du CCPPRB sous réserve des ajustements mineurs demandés, et la réception de la validation définitive (en utilisant le protocole mis à jour). Le sujet S02 était positif à la PCL-R mais son transfert immédiat dans cette même période ne nous a pas permis de le considérer comme inclus.

La majeure partie des sujets a été incluse dans le premier mois du suivi. Notre protocole laissait la possibilité d'intégrer des patients en cours d'étude. Ainsi les entrants étaient-ils

soumis aux mêmes règles de screening jusqu'au 31 Juin 2015, ce qui laissait un minimum de deux mois de suivi pour relever des passages à l'acte éventuels. Par exemple, le sujet S23 inclus en Mai 2015 a ainsi eu une période de suivi réduite à 3 mois.

Les premiers critères caractérisant les sujets au moment de l'inclusion sont l'âge, le score à la PCL-R, ainsi que le motif de leur incarcération, lequel donne un premier élément sur leur violence agie. Ces données sont rapportées dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Sujets inclus : âge, statut judiciaire

Sujet	Age (en année)	Score PCL-R	Statut judiciaire	Type de délit
S03	26	30/40	Condamné	Vol
S04	18	31/40	Prévenu	Suspicion de trafic de stupéfiants
S06	20	31/40	Condamné	Trafic de stupéfiants
S07	35	30/40	Condamné	Vol avec violence
S09	19	35/40	Prévenu	Suspicion d'agression avec arme
S11	47	34/40	Prévenu	Suspicion d'assassinat
S14	22	32/40	Condamné	Violence
S16	31	32/40	Condamné	Violence conjugale
S17	28	31/40	Condamné	Conduite sans permis et alcoolisé
S20	37	36/40	Condamné	Trafic de Stupéfiants
S23	29	32/40	Condamné	Violence en réunion

Commentaire :

La médiane des âges des sujets est de 28 ans [18-47]. La médiane du score à la PCL-R est de 32/40 sur un intervalle allant de 30/40 à 36/40.

Nous observons une distinction sur le motif d'incarcération de ces prévenus/condamnés. Les sujets S07, S09, S11, S14, S16, et S23, soit 6/11, sont incarcérés pour des faits (avérés ou présumés) accompagnés de violences. Les sujets S03, S04, S06, S17 et S20, soit 5/11, le sont pour d'autres transgressions.

III.A.2 Caractéristiques socio-démographiques et marqueurs d'instabilité

Les résultats qui suivent sont utilisés pour une analyse descriptive. Le nombre de sujets inclus étant limité, nous ne pouvons pas en déduire des conclusions significatives, mais seulement des tendances qui alimenteront notre discussion.

Nous avons relevé les différentes caractéristiques qui déterminent le niveau de stabilité et d'insertion socio-professionnelle dans leur période de vie, au moment de l'incarcération (cf. ANNEXE 11).

Tout d'abord, nous avons exploré l'état de leur situation affective. Le statut marital que nous avons relevé était peu informatif sur la réalité de leur lien conjugal. Nous nous sommes plutôt intéressés aux modalités d'interaction qu'ils développent, et à la dimension protectrice ou déstabilisante de leur relation.

Tableau 3 : *Situation affective et parentalité par sujet*

Sujet	Statut Marital	Qualité de la relation conjugale	Nombre d'enfants
S03	Concubinage	Stable, étayante	2
S04	Célibataire	Absence de relation	Sans enfant
S06	Concubinage	Stable, étayante	Sans enfant
S07	Marié	Stable, étayante	2
S09	Célibataire	Absence de relation	Sans enfant
S11	Séparé	Absence de relation	3 (chez leur mère)
S14	Célibataire	Ephémères et multiples	1 (chez sa mère)
S16	Célibataire	Stable, étayante	2
S17	Célibataire	Ephémères et multiples	1 (chez sa mère)
S20	Marié	Stable, conflictuelle	6 (chez leurs mères)
S23	Concubinage	Stable, étayante	1

Tableau 4 : Situation affective au moment de l'incarcération

	Nombre (n = 11)	%
Situation affective		
Relation stable de plus de 6 mois	6	54,5
<i>Étayante</i>	5	45,5
<i>Conflictuelle</i>	1	9,1
Relation éphémères et multiples	2	18,2
Absence de relation	3	27,3

Commentaire :

Nous relevons 54,5% des sujets qui sont dans une relation stable dans le temps. Parmi eux, l'un vit pourtant sa relation de manière conflictuelle. 27,3% ne sont pas en couple et 18,2% sont dans des dynamiques affectives instables. Ainsi, seulement 45,5% vivent leur couple de manière stabilisante et étayante, alors que 54,5% sont dans des liens affectifs soit chaotiques, soit inexistantes. Dans notre population, huit d'entre eux sont aussi parents. Parmi ces sujets parents, la moitié n'ont pas en charge l'éducation de leurs enfants qui est assumée par la mère.

Dans une même approche, nous avons exploré leur situation professionnelle, mais aussi la qualité de ces emplois.

Tableau 5 : Situation professionnelle au moment de l’incarcération

	Nombre (n = 11)	%
Situation professionnelle		
Emploi stable de plus de 6 mois	2	18,2
Emploi précaire	2	18,2
<i>Travaux ponctuels</i>	0	0,0
<i>Intérim</i>	1	9,1
<i>CDD à répétition</i>	1	9,1
Absence d’emploi	7	63,6
<u><i>Motif d’arrêt de l’ancien emploi :</i></u>		
<i>Départ personnel</i>	6	54,5
<i>Licenciement</i>	0	0,0
<i>Conflit dans le travail</i>	1	9,1

Commentaire :

Nous remarquons seulement deux sujets insérés professionnellement. Il s’agit des sujets S06 et S07 qui seraient tous deux « auto-entrepreneurs ». Nous rappelons que leurs motifs d’incarcération étaient respectivement le « vol avec violence » et le « trafic de stupéfiants ». Sept n’ont aucun emploi. Parmi eux, la durée de l’inactivité depuis le précédent emploi a pu être renseignée chez quatre sujets avec une médiane de 27 mois sur un intervalle allant de 5 à 96 mois.

Les deux derniers sujets arrivent à décrocher des emplois temporaires dans des missions d’intérim ou des contrats à durée déterminée.

Nous avons ensuite évalué leur lieu de vie et sa stabilité dans le temps.

Tableau 6 : Mode de logement pour chaque sujet

Sujet	Type de logement
S03	Appartement
S04	Chez ses parents
S06	Chez ses parents
S07	Appartement
S09	Chez ses parents
S11	Appartement
S14	Chez sa mère
S16	Appartement
S17	Colocation
S20	Colocation
S23	Colocation

Tableau 7 : Mode de logement

	Nombre (n = 11)	%
Mode de logement		
Stable de plus de 6 mois.	8	72,7
<i>Familial</i>	4	36,4
<i>Personnel</i>	4	36,4
<i>Social</i>	0	0,0
Absence de logement stable	3	27,3
<i>SDF</i>	0	0,0
<i>Colocations multiples</i>	3	27,3

Commentaire :

Cette caractéristique semble bien contrôlée dans cette population. Aucun des sujets n'est sans domicile fixe. 72,7% possèdent un logement stable, les autres réussissent à trouver un toit dans leur entourage. En revanche, parmi ceux ayant un logement, peu ont accédé à l'autonomie avec quatre sujets qui restent dans le logement familial (S04, S06, S09 et S14). Il faut pondérer cette observation par le jeune âge de ces sujets, oscillant entre 18 et 22 ans.

La qualité des interactions familiales a été relevée chez les psychopathes inclus.

Tableau 8 : Qualité de l'environnement familial

	Nombre (n = 11)	%
Environnement familial		
Environnement familial présent et étayant	5	45,5
Environnement familial conflictuel	1	9,1
Environnement familial absent	5	45,5

Commentaire :

Les résultats sont partagés. 54,5% conservent un lien avec leur famille. Dans ce sous-groupe, nous retrouvons un sujet qui décrit cette cohabitation conflictuelle. 45,5 % n'entretiennent plus aucun lien avec leur famille.

Tableau 9 : Maltraitance infantile

	Nombre (n = 11)	%
Maltraitance infantile		
Aucune maltraitance	5	45,5
Maltraitance reconnue	6	54,5
<i>Maltraitance physique et psychologique</i>	4	36,4
<i>Maltraitance psychologique seule</i>	2	18,2
<i>Maltraitance sexuelle</i>	0	0,0

Commentaire :

Plus de la moitié des sujets rapportent des maltraitements dans l'enfance (54,5%). Cette maltraitance était physique pour 36,4 % des psychopathes. Dans ce cas, elle était toujours associée à une maltraitance psychologique. 18,2% ont subi des maltraitements uniquement psychologiques sous forme de négligences ou de dévalorisations.

Nous avons rapportés ici les interactions familiales, la maltraitance dans l'enfance, le mode de logement et la parentalité, afin de rechercher des liens sur ces caractéristiques interdépendantes.

Tableau 10 : Maltraitements, liens familiaux, lieux de vie et nombre d'enfants par sujet

Sujet	Maltraitements	Liens familiaux	Lieux de vie	Enfants
S03	Psychologique (négligence)	Absent	En appartement	2
S04	Aucune	Présent et étayant	Chez ses parents	Sans enfant
S06	Aucune	Présent et étayant	Chez ses parents	Sans enfant
S07	Physique et psychologique	Absent	En appartement	2
S09	Aucune	Conflictuel	Chez ses parents	Sans enfant
S11	Physique et psychologique	Absent	En appartement	3 (chez leur mère)
S14	Aucune	Présent et étayant	Chez sa mère	1 (chez sa mère)
S16	Aucune	Présent et étayant	En appartement	2
S17	Psychologique (abandonné, élevé par son grand-père)	Absent	Colocations	1 (chez sa mère)
S20	Physique et psychologique	Présent et étayant	Colocations	6 (chez leurs mères)
S23	Physique et psychologique	Absent	Colocations	1

Commentaire :

Parmi les six sujets victimes de maltraitements, seul le sujet S20 a maintenu des liens avec sa famille. Les six sujets maltraités sont devenus parents à leur tour, mais la moitié (S11, S17, S20) ne participent pas à l'éducation de leurs enfants.

L'ensemble des sujets vivant dans leur famille (S04, S06, S09, S14) n'ont rapporté aucun antécédent de maltraitance.

En marge du protocole initial, nous avons cherché le niveau d'étude atteint par chacun de ces sujets.

Tableau 11 : Niveau d'éducation

Sujet	Niveau d'éducation
S03	Arrêt en 3e
S04	Arrêt en 3e
S06	CAP bâtiment
S07	BAC pro
S09	Arrêt en 3e - CAP Menuiserie interrompu
S11	BAC A
S14	Formation AFPA
S16	Arrêt en 3e
S17	Arrêt au cours élémentaire
S20	Arrêt en 3e
S23	CAP Plomberie

Commentaire :

Ce tableau montre des parcours scolaires et une éducation rapidement interrompus. Cinq d'entre eux ont arrêté avant l'obtention du premier diplôme (brevet des collèges). Un seul parmi eux a tenté de débiter une formation (S09). Pour les autres, on observe des formations professionnelles courtes. Le seul titulaire d'un baccalauréat général n'a pas poursuivi d'études par la suite.

III.B. Étude du passage à l'acte

Nous arrivons maintenant aux résultats qui viennent répondre à notre recherche principale. Dans un premier temps, nous avons pu utiliser le recueil des données sur la population psychopathique pour confronter nos observations avec les données de la littérature. C'est dans la seconde partie que nous analyserons individuellement les séquences des passages à l'acte observées.

III.B.1 Analyse du passage à l'acte sur l'ensemble de la population des psychopathes

L'étude a relevé un ensemble de 46 passages à l'acte sur la période de suivi. Ces passages à l'acte étaient catégorisés selon qu'ils étaient auto-agressifs, hétéro-agressifs ou transgressifs.

Tableau 12 : Répartition en fonction du type de passage à l'acte

	Nombre de passages à l'acte (n=46)	%
Type de passage à l'acte		
Auto-agressif	0	0,0
Hétéro-agressif	15	32,6
Transgressif	31	67,4

Commentaire :

Le premier résultat marquant est **l'absence de geste auto-agressif**. Aucune mutilation, geste destructeur ou suicidaire n'a été répertorié. Les passages à l'acte transgressifs dominent le tableau avec deux tiers des passages à l'acte relevés, tandis que la violence envers autrui a été observée à quinze reprises.

Nous en venons maintenant au contexte de ces passages à l'acte qui constituent la pierre angulaire de cette étude. Nous avons laissé à l'observateur la possibilité de spécifier qu'aucun élément contextuel n'avait été décelé.

Tableau 13 : Conditions du passage à l'acte

	Nombre (n=46)	%
Conditions du passage à l'acte		
Avec éléments contextuels	31	67,4
Sans élément contextuel	15	32,6

Commentaire :

Notre étude retrouve **un élément contextuel identifié pour plus de deux tiers des passages à l'acte**. Elle retrouve aussi 32,6% de passages à l'acte qui ne semblent pas avoir été déclenchés par une situation préalable.

Nous avons recherché si une corrélation existait entre le type de passage à l'acte, et l'absence ou la présence d'un élément contextuel.

Tableau 14 : Type de passage à l'acte selon l'existence d'un élément contextuel

N (n=46)	Actes hétéro-agressifs		Autres transgressions		p
Conditions du passage à l'acte	Nombre (n = 15)	%	Nombre (n = 31)	%	
Avec élément contextuel	14	6,7	17	45,2	0,016
Sans élément contextuel	1	93,3	14	54,8	

Commentaire :

Ce tableau met en évidence une différence significative au Test de Fisher ($p < 0,016$) :

- Concernant les actes hétéro-agressifs, 93,3% surviennent suite à un élément contextuel. A l'inverse, un seul acte hétéro-agressif est apparu isolément de toute situation détectable.
- En l'absence d'élément contextuel, nous retrouvons essentiellement des transgressions comme type de passage à l'acte.

Un classement des éléments contextuels par catégorie a été proposé dans le protocole, en amont du suivi.

Tableau 15 : Répartition des éléments contextuels

	Nombre (n=46)	%
Type d'élément contextuel		
Absence d'élément contextuel identifié	15	32,6
Troubles dans l'institution	18	39,1
Difficulté/frustration avec un codétenu	8	17,4
Difficulté/frustration avec l'entourage	0	0,0
Consommation d'alcool/toxiques	0	0,0
Etapas dans le parcours judiciaire	5	10,9
Symptômes psychiatriques	0	0,0

Commentaire :

La distribution de ces éléments contextuels est assez hétérogène. Des situations apparaissent comme plus problématiques alors que d'autres qui étaient attendues n'ont pas été observées. Les passages à l'acte en lien avec l'institution sont prédominants. Ce contexte se retrouve dans 39,1% de l'ensemble des passages à l'acte. Les difficultés et les frustrations avec les codétenus correspondent à 17,4% des passages à l'acte. Loin derrière, nous retrouvons cinq passages à l'acte suite à des étapes du parcours judiciaire, qui correspondaient à des permissions.

En revanche, aucun passage à l'acte n'a été rapporté suite à des contacts avec les proches ou bien des annonces de ruptures, de séparations ou d'événements heureux dont ils seraient privés par l'emprisonnement. Nous n'avons pas non plus observé de violence liée à un état induit par des toxiques. Aucun acte n'a eu lieu dans le cadre d'une symptomatologie aiguë au cours d'une décompensation psychiatrique : les surveillants n'ont pas relevé durant ce suivi d'épisode évoquant un délire, une manie ou une dépression qui aurait entraîné un passage à l'acte dans notre population.

Nous avons recherché une corrélation entre le type d'élément contextuel répertorié et le type de passage à l'acte.

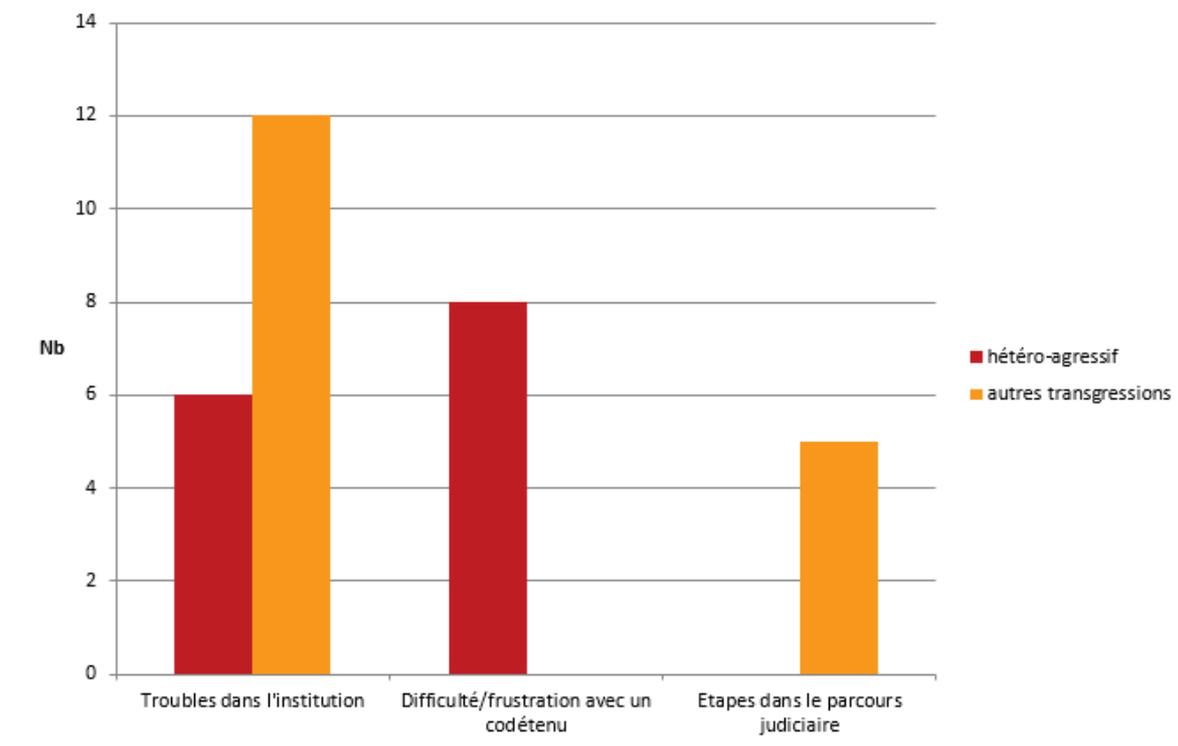


Figure 4 : Type de passage à l'acte selon l'élément contextuel identifié

Commentaire :

Cette figure retrouve des différences importantes. Lorsqu'un acte était réactionnel à une difficulté ou une frustration avec un codétenu, il prenait exclusivement la forme d'une violence hétéro-agressive. A l'inverse, les étapes liées au parcours judiciaire ont posé des difficultés uniquement sous forme de transgressions. Enfin, les passages à l'acte réactionnels à des difficultés institutionnelles se manifestent soit sous forme de violence hétéro-agressive soit sous forme de transgressions, avec une prédominance de ces dernières.

Nous avons recherché une corrélation entre le nombre de passages à l'acte et le score à la PCL-R.

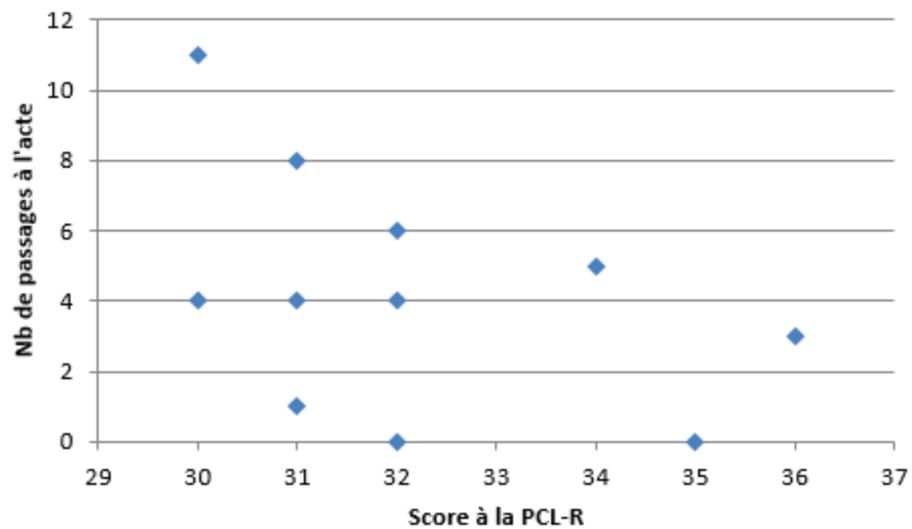


Figure 5 : Nombre de passages à l'acte en fonction du score à la PCL-R

Commentaire :

Ce nuage de point est peu informatif, avec une tendance allant dans le sens d'une corrélation négative. Le sujet ayant un score de 35/40 à la PCL-R n'est pas passé à l'acte. Ceux ayant le score minimal requis ont été actifs, notamment le sujet S07 (Score PCL-R = 30/40) qui compte onze passages à l'acte. La plupart des passages à l'acte ont été commis par des sujets dont le score fluctue entre 30/40 et 32/40.

Pour finir notre analyse du passage à l'acte sur la globalité de la population étudiée, nous avons cherché une corrélation entre l'âge et le nombre de passages à l'acte.

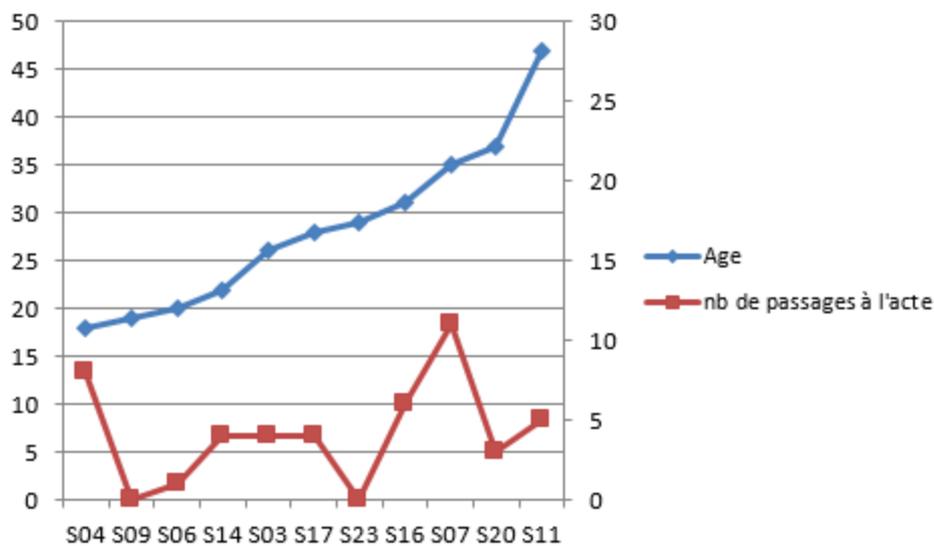


Figure 6 : Nombre de passages à l'acte en fonction de l'âge

Commentaire :

Cette analyse ne montre aucun résultat exploitable. La courbe du nombre de passages à l'acte en fonction de l'âge semble aléatoire. Nous observons une absence d'extinction des conduites antisociales avec l'âge, notamment chez les sujets ayant passé le cap des 30 ou 35 ans, intervalle d'âge définissant la « retraite criminelle » (ROBINS, 1966) chez les délinquants. Cependant, le déclin des conduites antisociales chez le psychopathe s'observe plutôt après 40 ans (HARE et al. 1988).

III.B.2 Analyse du passage à l'acte par sujet

Dans cette partie, nous analysons individuellement la répartition et l'organisation des passages à l'acte, ainsi que des éléments contextuels pour chaque sujet. Cette partie des résultats s'intéresse au fonctionnement par l'agir de chaque sujet, recherche des récurrences dans leurs agissements ainsi que des spécificités individuelles. Nous nous focalisons sur les neuf sujets étant passés à l'acte.

III.B.2.a Analyse statistique

Dans un premier temps nous explorons la répartition des passages à l'acte en fonction des sujets.

Tableau 16 : Nombre de passages à l'acte par sujet

Sujet	Nombre de passages à l'acte (n=46)
S03	4
S04	8
S06	1
S07	11
S09	0
S11	5
S14	4
S16	6
S17	4
S20	3
S23	0

Commentaire :

Il n'y a pas d'homogénéité dans la fréquence de leurs actes. Deux sujets n'ont présenté aucun trouble du comportement visible durant cette étude. La répartition du nombre de passages à l'acte par sujet est très hétérogène. Des psychopathes ont posé des difficultés dans l'établissement, alors que d'autres ont respecté les règles institutionnelles et morales, ont su contenir des pulsions destructrices éventuelles. Deux sujets se détachent, le S04 et le S07 : ils ont commis respectivement huit et onze passages à l'acte.

Nous rappelons qu'aucun passage à l'acte auto-agressif n'était survenu durant notre étude. Le tableau suivant présente la répartition du type de passage à l'acte par sujet.

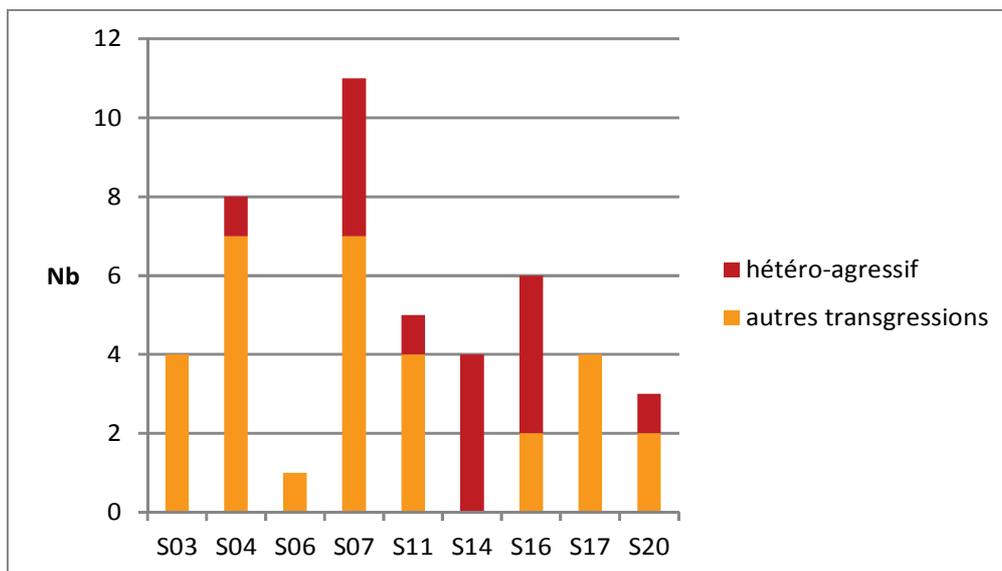


Figure 7 : Type de passage à l'acte par sujet

Commentaire :

La transgression est majoritaire et concerne la quasi-totalité des sujets passés à l'acte, à l'exception du sujet S14. La violence hétéro-agressive, qui peut être préjudiciable pour l'intégrité physique et psychologique est concentrée sur six sujets. Une répétition de comportements hétéro-agressifs apparaît chez les sujets S07, S14 et S16. Durant l'étude, ces trois sujets ayant recours à une violence hétéro-agressive ont récidivé à quatre reprises.

Observons maintenant la répartition des éléments contextuels selon chaque sujet.

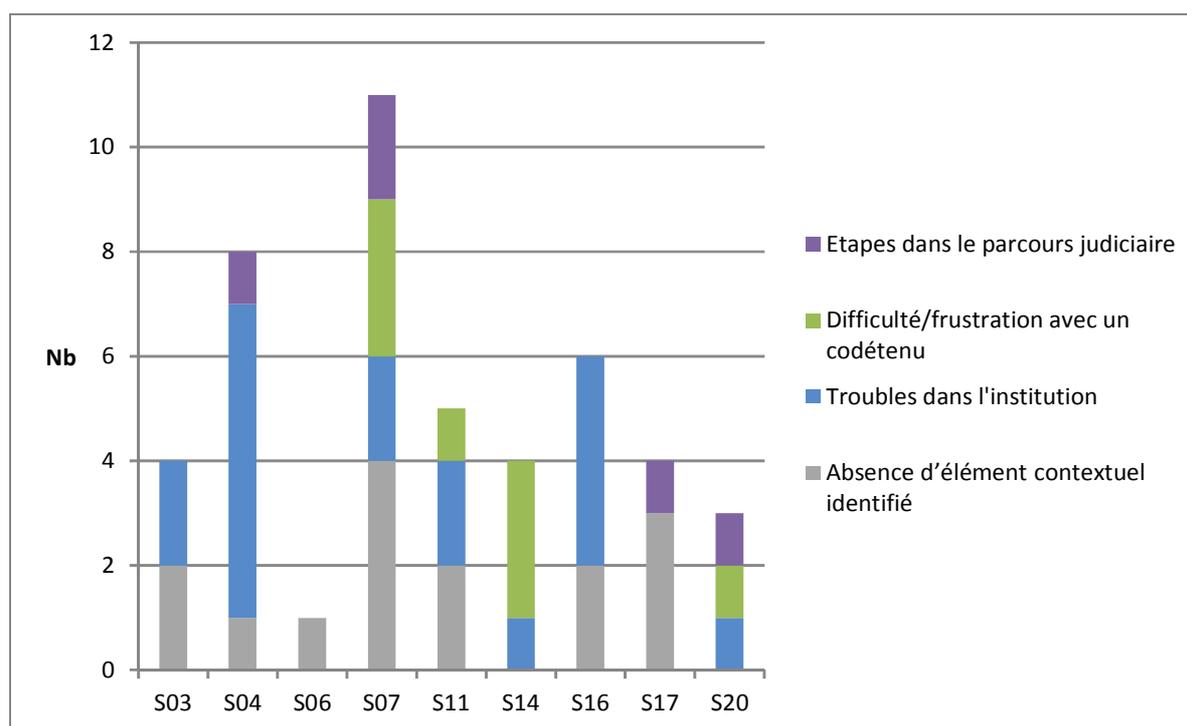


Figure 8 : Type d'élément contextuel par sujet

Commentaire :

Le premier élément à signaler est la présence de passages à l'acte sans élément contextuel chez la majorité des sujets (7/9 soit 77,8%) à l'exception des sujets S14 et S20. Les actes apparaissent commis et découverts à l'emporte pièce, sans aucune situation décelable en amont. Si un élément particulier existait sans que nous l'ayons décelé, il n'était pas identifié par le sujet ou observé par les intervenants. Le sujet S06 ne présentait aucun élément contextuel mais il n'a commis qu'une transgression. Le sujet S17 présente en majorité des actes sans élément situationnel préalable (3 sur 4).

Les sujets S03, S04, S11 et S16 semblent avoir été particulièrement mis en difficulté avec le cadre institutionnel, source de frustrations répétées. Nous rappelons que cela concernait le lieu mais aussi les règles incarnées par les surveillants et les soignants.

Le sujet le plus actif (S07) a présenté des passages à l'acte dans des circonstances nombreuses et variées. Il a agi suite à des frustrations avec l'institution, avec ses codétenus, en lien avec son parcours judiciaire.

Enfin, les sujets S14 et S20 n'ont agi qu'en réaction à des situations contextuelles.

Notre dernière analyse a cherché à observer le nombre de passages à l'acte en fonction des éléments d'instabilité recueillis. Nous considérons comme facteurs d'instabilité une absence de relation affective ou des relations multiples ou conflictuelles ; un environnement familial conflictuel ou absent ; l'absence d'un emploi ou un emploi précaire ; la présence de maltraitances dans l'enfance.

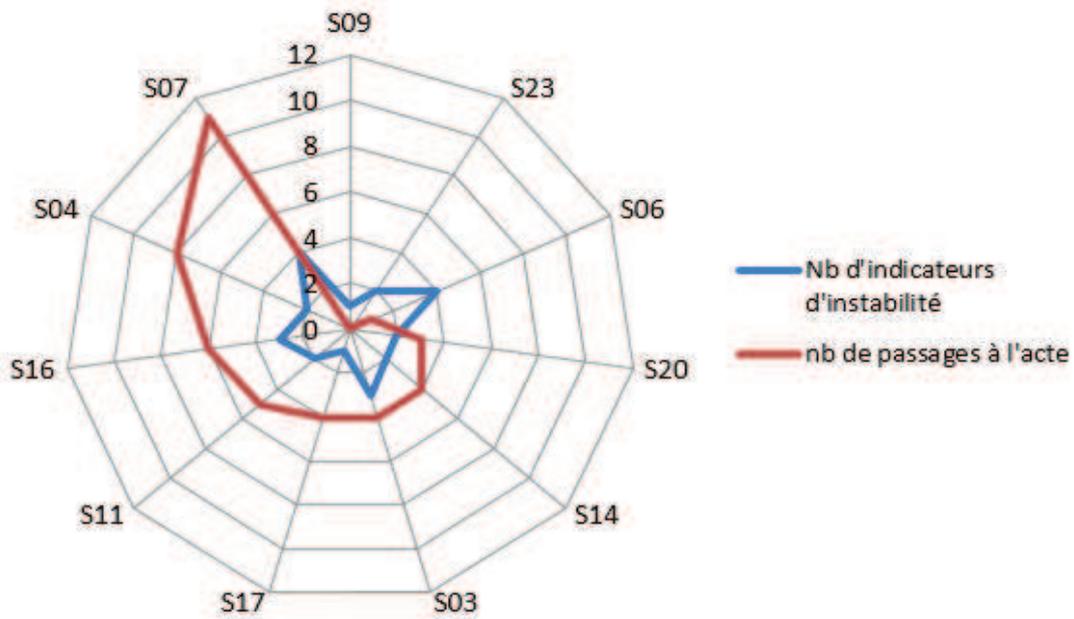


Figure 9 : Diagramme de corrélation en coordonnées polaires, entre la fréquence des passages à l'acte et la situation socio-professionnelle, affective et familiale

Commentaire :

Cette figure renvoie aussi des résultats hétérogènes. La moitié des sujets, à savoir ceux passés à l'acte présentent une corrélation sans qu'elle soit proportionnelle. Le sujet S07 présente quatre facteurs d'instabilité et le plus grand nombre de passages à l'acte ; mais le sujet S04 qui était également assez actif (huit passages à l'acte) n'en présente que deux. Ceux restés inactifs dans la période de l'étude n'étaient pas indemnes de facteurs déstabilisants. Le sujet S06 qui cumulait pourtant quatre de ces difficultés n'est passé à l'acte qu'une seule fois.

Nous observons aussi qu'aucun des psychopathes ne présente une absence de maltraitance et une intégration socio-professionnelle et affective complète, tous ayant au moins un « facteur d'instabilité ».

III.B.2.b Analyse littéraire au cas par cas

Afin d'explorer l'intérêt d'un tel recueil, d'évaluer l'impression générale dégagée par l'ensemble des agirs relevés, nous exposons ici les recueils littéraux des grilles, remplis par les soignants. Nous décrivons brièvement les éléments qui ressortent sur le sujet à la lecture de sa grille de recueil, comme si nous recevions ce sujet dans une institution sans l'avoir jamais pris en charge.

Pour faciliter la lecture, nous rappelons que le code utilisé dans la perspective des études statistiques était le suivant :

- Pour les passage à l'acte : **2** correspond aux gestes hétéro-agressifs, **3** aux gestes transgressifs ;
- Pour les éléments contextuels : **1** correspond à l'absence d'élément contextuel identifié, **2** à des difficultés ou frustration avec le cadre institutionnel, **3** à des difficultés avec un codétenu, **6** à des passages à l'acte liés aux étapes dans le parcours judiciaire.

Tableau 17 : Sujet S03

Date	Passage à l'acte observé	Élément contextuel observé
21/03/15	3 : Consommation abusive de stupéfiants	1
05/04/15	3 : A déféqué dans les douches	2 : Après avoir été contrarié par un surveillant
21/05/15	3 : Surconsommation et trafic de stupéfiants	1
22/05/15	3 : Urine dans les poubelles	2 : Pour se moquer d'un surveillant devant les autres détenus

Commentaire :

Voici un sujet qui transgresse les règles de l'institution, présente des abus de toxiques qu'il poursuit en incarcération. On retrouve une tendance à la défiance et à la provocation envers les surveillants.

Tableau 18 : Sujet S04

Date	Passage à l'acte observé	Élément contextuel observé
10/03/15	3 : Frappe dans la porte à plusieurs reprises	2 : S'impatiente qu'on l'autorise à aller à la douche
07/04/15	3 : Refuse de réintégrer sa cellule	2 : Veut absolument venir à l'UCSA
29/04/15	3 : Téléphone portable retrouvé dans sa cellule	1
21/05/15	3 : Revient de permission avec un portable	6 : Permission
22/05/15	2 : Insultes verbales d'une surveillante jusqu'à la faire pleurer	2 : Lors de la ronde des surveillants
24/05/15	3 : Regarde à travers les œillets des autres cellules et/ou va voir les autres détenus	2 : A chaque retour de promenade
20/06/15	3 : Refus de réintégrer sa cellule	2 : Chantage concernant le manque d'une table dans sa cellule
06/07/15	3 : Quitte la formation pour se promener dans la prison en invoquant des lésions inexistantes	2 : A chaque atelier Menuiserie

Commentaire :

Voici un patient exigeant, impatient et tout-puissant qui se manifeste fréquemment lorsque l'on n'accède pas à ses désirs. Il peut être virulent envers le personnel, utilise les libertés offertes à ses profits plutôt que d'utiliser ces situations comme preuve de bonne conduite.

Tableau 19 : Sujet S06

Date	Passage à l'acte observé	Élément contextuel observé
05/04/15	3 : Consommation de stupéfiants	1

Commentaire :

Ce sujet consomme des stupéfiants dans l'institution, motif pour lequel il a été condamné. L'institution apparaît contenante en terme de violence.

Tableau 20 : Sujet S07

Date	Passage à l'acte observé	Élément contextuel observé
08/03/15	2 : A menacé un gradé	2 : Refus des règles
09/03/15	2 : A donné deux claques à un autre détenu	3 : Dispute avec un détenu (motif inconnu)
30/04/15	2 : Rixe pendant le sport	3 : S'est disputé avec un détenu (raison du conflit inconnue)
06/05/15	2 : Bagarre avec un autre détenu	3 : « Histoire de foot »
08/05/15	3 : Découverte de substances illicites	6 : Découvert à la fouille en retour en de permission
09/05/15	3 : Téléphone portable en cellule	1
21/05/15	3 : Trafic de stupéfiants	1
29/05/15	3 : Pied de cannabis retrouvé dans cellule	1
29/05/15	3 : A caché un clavier de piano dans sa cellule	1
10/06/15	3 : Menace de mettre le feu dans le couloir	2 : Altercation avec un surveillant
26/06/15	3 : Evasion	6 : Permission

Commentaire :

Patient très actif, réactif et parfois imprévisible. Il ne respecte aucune règle du cadre institutionnel, peut s'emporter physiquement envers ses codétenus comme envers les soignants. Les ouvertures sur l'extérieur sont des failles qu'il peut exploiter, nécessitant une surveillance particulière. Le patient s'est déjà évadé. Il présente une appétence aux stupéfiants (consommation et trafic).

Tableau 21 : Sujet S11

Date	Passage à l'acte observé	Élément contextuel observé
25/03/15	3 : Substances illicites retrouvées à la fouille (Alcool, vitamines)	2 : Retour du parloir
29/04/15	3 : Fabrication d'alcool par macération dans sa cellule	1
19/06/15	3 : Insultes globales (surveillants et gradé)	2 : Refus de parloir car avait une extraction judiciaire au tribunal
22/07/15	3 : A pris des substances illicites (Héroïne)	1
17/08/15	2 : Rixe à la bibliothèque	3 : Echange/marchandage avec un codétenu

Commentaire :

Sujet ayant une problématique alcoolique qu'il poursuit dans l'établissement. L'entourage l'accompagne dans ses transgressions.

Tableau 22 : Sujet S14

Date	Passage à l'acte observé	Élément contextuel observé
09/04/15	2 : Insulte un surveillant	2 : Problème de douches
30/04/15	2 : Rixe avec un autre détenu pendant le sport (lésions infligée : contusion cérébrale, main)	3 : Conflit mais raison inconnue
06/05/15	2 : Rixe avec le même détenu	3 : Conflit mais raison inconnue
17/05/15	2 : Rixe avec un autre codétenu en promenade (coups de poings et pieds, détenu aux urgences)	3 : Conflit autour d'une histoire de cannabis.

Commentaire :

Sujet problématique, n'évitant pas le conflit, allant jusqu'à l'usage d'une violence importante.

Tableau 23 : Sujet S16

Date	Passage à l'acte observé	Élément contextuel observé
22/05/15	2 : Agression verbale du médecin	2 : Refus d'une demande de prescription d'antibiotique
15/03/15	2 : Coups de pieds dans la grille que tenait le surveillant	2 : Refus d'une demande de prescription d'antibiotique
31/03/15	2 : Agression verbale de l'infirmier	2 : Refuse sa prise de sang
06/05/15	3 : Opposition à la prise de sang	2 : Exige que le Docteur lui-fasse la prise de sang
21/05/15	3 : Trafic de stupéfiant	1
11/05/15	2 : S'en prend violemment verbalement à l'étudiante infirmière, ce qui nécessite intervention des surveillants	1

Commentaire :

Sujet mis en difficulté dans son rapport au soins. Recours à la violence répétée avec une fixation sur les représentants du soin.

Tableau 24 : Sujet S17

Date	Passage à l'acte observé	Élément contextuel observé
25/03/15	3 : Vol dans le service d'administration	1
06/05/15	3 : Prend le traitement de son codétenu	1
21/05/15	3 : Surconsommation de stupéfiants et de médicaments.	1
02/08/15	3 : N'est pas rentré de permission le bon jour quelques semaines avant sa libération	6 : A décidé de rester en permission avec ses enfants

Commentaire :

Sujet consommant des stupéfiants et des médicaments. Il ne respecte pas les permissions octroyées.

Tableau 25 : Sujet S20

Date	Passage à l'acte observé	Élément contextuel observé
28/03/15	3 : Fait intrusion dans la salle de bain alors qu'un autre détenu y est	2 : Vient demander une douche à l'UCSA qui a été refusée
26/04/15	2 : Rixe dans sa cellule	3 : Venait de croiser le détenu dans l'UCSA. Raison du conflit inconnue
13/04/15	3 : Retour de permission avec 2 heures de retard	6 : A fait la fête et ne s'est pas levé pendant sa permission.

Commentaire :

Sujet réactif, intrusif et violent envers ces codétenus. Peut ne pas respecter les horaires des permissions.

CHAPITRE IV - DISCUSSION

« Il faut, si l'on veut vivre, renoncer à avoir une idée nette de quoi que ce soit. L'humanité est ainsi, il ne s'agit pas de la changer, mais de la connaître ».

Lettre à Mademoiselle Leroyer de Chantepie, 1872

Gustave FLAUBERT

IV.A. Limites et entraves

Cette étude a rencontré plusieurs difficultés et comporte de nombreuses limites. Les deux limites principales correspondent au nombre de sujets inclus et à la durée du suivi. Ces deux critères sont dépendants du temps et des moyens de l'investigateur. Le temps de disponibilité pour l'ensemble de nos démarches devait s'articuler avec notre pratique clinique quotidienne. Nous devons ainsi faire coïncider notre travail de recherche avec les horaires d'ouverture de l'UCSA, cibler les temps où les sujets à rencontrer sont disponibles en dehors de leurs visites au parloir, de leurs permissions ou de leurs convocations judiciaires. Ces conditions ont été l'un des facteurs déterminants pour le choix d'une étude monocentrique et non bicentrique, quand la question d'étendre la recherche au centre de détention de Saint-Martin-de-Ré se posait. L'instauration d'un protocole d'étude dans un établissement pénitentiaire nécessite de nombreuses réunions avec les équipes, l'acquisition d'autorisations, un apprentissage sur l'organisation et le fonctionnement du lieu, une rencontre et une formation des observateurs, ainsi que des fréquentes visites pour relever les données obtenues. Nous craignons aussi de majorer l'hétérogénéité des sujets étudiés.

Cette limitation de moyens d'action dans la maison d'arrêt, peut être un premier élément à prendre en compte quant aux possibilités d'augmenter le temps de soins dans les établissements pénitentiaires.

Concernant le nombre de sujets inclus, l'élargissement du point de coupure de la PCL-R aurait pu être un ajustement intéressant. Cette perspective est apparue en cours d'étude et nous avons décidé de tenir les positions prises envers le CCPPRB, justifiées à l'époque par notre volonté de restreindre la population étudiée à un pattern de psychopathie unique pour éviter une hétérogénéité et un biais de sélection dans la population étudiée. Ce point de coupure à 30/40 respecte aussi les recommandations de HARE (2003).

Le nombre de sujets inclus, mais aussi la qualité des données recueillies sont possiblement altérées par les caractéristiques intrinsèques du critère d'inclusion principal : la psychopathie. Ces sujets ont une tendance au déni, à la minimisation et la tromperie. Ils se

protègent contre la mentalisation des traumatismes anciens pour éviter des ressentis négatifs. Ils n'ont pas accès à la dépressivité. Ils entretiennent aussi une présentation normative ou grandiose, mettent en avant leur attachement à des valeurs régissant les groupes : « rester loyal », « ne pas être une balance », « respecter l'autre et être respecté soi-même » sont des propos récurrents dans les entretiens d'inclusion.

Ainsi, l'accès à des souvenirs moins valorisants comme des maltraitances dans l'enfance ou le simple rappel à la dépendance parentale de cette période a pu être contourné. Un biais d'information est entretenu par leurs minimisations ou leurs omissions. Pour exemple, nous pouvons citer la surprenante description de la situation affective du sujet S16 - condamné pour des violences conjugales et séparé depuis - qu'il qualifiait de « stable et étayante ». Nous avons aussi découvert que le « métier générique » dans cette population était celui d' « auto-entrepreneur », alors que ces sujets avaient des antécédents de vol et de trafic de stupéfiants. Ces discordances révèlent la possibilité d'un biais d'information latent dans les entretiens. Cependant, elles illustrent les traits psychopathiques connus : nous les avons conservées tant qu'elles n'interféraient pas dans la cotation de la PCL-R pour laquelle les données objectives du dossier médical et administratif étaient privilégiées par rapport aux dires des sujets.

Les critères intrinsèques à la psychopathie ont peut-être eu un impact sur nos deux refus de participation (S13 et S22). Nous regrettons que ces brefs échanges aient été parasités par les traits psychopathiques, occasionnant la rupture dans l'entretien. Le sujet S13 était apeuré d'une surveillance rapprochée, très méfiant et mal à l'aise avec le corps psychiatrique que nous incarnions ; le sujet S22 était plutôt dans une haute estime de lui-même avec un jugement dévalorisant et rigide sur notre travail.

D'autres limites dans cette étude apparaissent dans le recueil des données. Nous avons construit notre étude afin de limiter au maximum la perte et la dissimulation d'informations, en confiant le recueil aux soignants de l'UCSA. Cela permettait aussi de préserver une indépendance entre les données recueillies et l'influence des investigateurs ayant un intérêt à ce que les éléments contextuels et les passages à l'acte soient les plus nombreux. Pour autant, il reste possible que des passages à l'acte soient passés inaperçus pour les

surveillants ou les soignants, si les sujets ne sollicitaient pas de rendez-vous à l'UCSA, en tant qu'auteurs d'une transgression ou s'ils se sentaient humiliés par une violence subie.

Notre étude utilisait le matériel comportemental visible, elle explorait la situation immédiate de l'acte et l'étincelle activant les passages à l'acte réactionnels. Selon les conceptions criminologiques, nous avons exploré la phase préproximale (DIEU et al., 2012) correspondant aux « situations précriminelles » de la phase précriminelle de l'EEPPA (MOULIN et SENON, 2010). Ce recueil comportemental associe le dernier élément saillant observé avant le passage à l'acte. Un biais de confusion apparaît si nous considérons l'existence d'un lien de causalité indiscutable. Nous préférons penser que c'est l'aboutissement d'une combinaison de facteurs à moyen et court terme, sur un dysfonctionnement psychique sous-jacent, qui conduit cette étincelle à avoir ce rôle de déclencheur.

Ainsi, ces biais possibles dans les liens de causalité entre l'acte et les éléments contextuels, rapportés par le sujet ou observés par les infirmiers et les surveillants, sont soumis à leur subjectivité. Cette dimension est pourtant primordiale : le sujet vit et réagit à travers le prisme de ses ressentis, les soignants et les surveillants travaillent et raisonnent à travers ce qu'ils voient, d'autant plus quand le contenu des échanges avec les psychopathes est restreint, superficiel, parfois factice.

Le choix du milieu carcéral peut être considéré comme un biais d'échantillonnage qui vient sélectionner parmi les psychopathes, ceux ayant commis des actes délictuels. Nous avons déjà expliqué ce choix que nous voyions comme le seul nous permettant d'assurer un suivi régulier avec cette population. Pour autant, nous ne pouvons pas négliger l'influence de ce milieu. En effet, l'évocation du monde carcéral pour des consciences vierges de toute pratique dans ce milieu éveille systématiquement des représentations négatives : la prison comme mauvaise mère, la prison comme lieu d'isolement, la prison comme lieu de désafférentation sensorielle, la prison comme lieu pathogène (BALIER, 1988).

En comparaison avec l'extérieur où les sujets disposent d'une liberté totale pour exprimer leurs conduites antisociales, le milieu carcéral vient radicalement réorganiser leur quotidien.

La fuite d'un espace à l'autre lorsque des difficultés apparaissent laisse place à un milieu cloisonné, fixe, auquel se surajoute la proximité imposée des pairs dans leur quotidien.

BALIER (1988) décrit avec justesse la réalité entre ces murs. Il y observe une vie sociale intense, dans un milieu souvent surpeuplé par rapport à ses capacités d'accueil, imprégné d'une homosexualité latente et réelle. Il y existe une vraie vie sociale articulée autour des règles de vies, du travail, des loisirs, du « *marché noir de l'entraide* », des interactions avec des intervenants représentant le monde extérieur (visite au parloir, surveillants, soignants, avocats, etc.). « *Il y a plutôt trop d'excitation que pas assez* » (BALIER, 1988). Dans l'établissement de Rochefort, la vie carcérale est rigoureusement réglée. Les détenus vivent à deux dans des cellules de 9 m², prennent leurs repas en cellule et ont droit à trois douches individuelles par semaine. Selon un infirmier ayant connu l'ancienne organisation, le passage des douches communes aux douches individuelles aurait fait disparaître les violences sexuelles. La semaine s'articule autour de promenades biquotidiennes, d'activités sportives, de visites aux parloirs les lundis, mercredis et vendredis après-midis. Les détenus peuvent aussi participer à un temps de classe, se rendre à la bibliothèque, s'inscrire à la formation d'un CAP menuiserie qui donne accès à un diplôme reconnu à l'extérieur.

Ces conditions peuvent avoir des influences contraires en fonction du sujet. Cette microsociété bouillonnante nécessitant une adaptation qui peut être propice à des décompensations. L'isolement et la coupure avec l'extérieur restent une réalité. L'intolérance à la frustration des psychopathes est confrontée à un cadre disciplinaire qui orchestre leur quotidien, aux murs de leur cellule dans laquelle ils restent entre 19 et 20 heures par jour, à une surveillance rapprochée de chacun de leur mouvement hors de la cellule. Ils doivent faire le deuil de leur toute puissance. L'extériorisation de leurs angoisses par la violence est limitée, les laissant face à une angoisse à ré-appivoiser.

Pour BALIER (1988), un Moi faible va être plus à risque d'un positionnement passif et de dépendance au groupe de pairs, pouvant les faire basculer vers un effondrement dépressif. Le retournement de gestes agressifs sur eux-mêmes est l'issue pour certains d'entre eux. Les gestes comme les automutilations ou les suicides peuvent aussi être des tentatives pour échapper à une responsabilité non assumable. Notre étude n'a pas pu confirmer cette

influence : nous n'avons recueilli aucune violence auto-agressive ni geste suicidaire ni aucun passage à l'acte survenant dans un état de décompensation psychique.

Mais, la prison assimilée à une mauvaise mère peut aussi être vécue comme protectrice pour ses habitants, avec une fonction pare-excitante sur leurs pulsions destructrices. Elle peut faire office de « contention psychique », leur permettre de se représenter les limites entre le dedans et le dehors.

Marquée par l'ensemble de ces limites, la puissance de notre étude ne nous permet pas de généraliser nos résultats. Nous nous préserverons donc de toute conclusion définitive. En revanche, l'étude au cas par cas nous semble plus intéressante pour poursuivre notre réflexion. Elle offre un matériel de réflexion sur les conduites antisociales du psychopathe, le fonctionnement de leur violence en institution, mais aussi sur l'intégration de cette violence en maison d'arrêt.

IV.B. Interprétation des résultats

IV.B.1 Résultats confortant les données de la littérature

Des constatations générales viennent confirmer les données de la littérature. Premièrement, nous retrouvons une proportion importante de maltraitance dans l'enfance : 54,5% des sujets présentaient des antécédents de maltraitance infantile. TARQUIS (2006) rappelle que 70% des psychopathes auraient souffert de maltraitance infantile sévère. Ces violences physiques et ces négligences ont une influence décrite dans le développement psychopathologique de la psychopathie (TARQUIS, 2006). Elles ne fournissent pas l'environnement nécessaire à l'acquisition d'un appareil pare-excitant suffisant.

Nous relevons aussi les nombreuses cassures professionnelles, affectives et familiales, rapportées dans les descriptions de la CIM-10 (OMS, 1994) et du DSM-IV (APA, 2000). Le sens de cette association peut être discuté. Pour COOKE et al. (2007), ces symptômes de ruptures répétées sont secondaires aux traits de personnalité psychopathique. Il peut être intéressant d'envisager un effet de résonance et d'accentuation entre les traits psychopathiques et les conduites antisociales marquant leurs parcours de ruptures répétées. En effet, si ces ruptures sont secondaires aux traits de personnalité, l'instabilité, la précarité, le rejet que les psychopathes génèrent peuvent consolider les répétitions des passages à l'acte. Nous retrouvons là les concepts des instruments de nouvelle génération, visant à répondre aux besoins de ces sujets et à les réinsérer pour diminuer leurs conduites antisociales.

Les cassures dans les différents champs de leur vie sont particulièrement fréquentes. Nous avons retrouvé chez 54,5% des sujets inclus des relations affectives conflictuelles, chaotiques ou inexistantes (S04, S09, S11, S14, S17 et S20), ainsi que des relations intrafamiliales absentes ou conflictuelles pour 45,5% (S03, S07, S09, S11, S17 et S23). Parmi les six sujets victimes de maltraitance dans l'enfance (S03, S07, S11, S17, S20 et S23), cinq se sont isolés de leur famille (S03, S07, S11, S17 et S23). Ils entretiennent à leur tour un désinvestissement de leur rôle parental : quatre sujets qui sont parents ne participent pas à l'éducation de leurs

enfants (S11, S14, S17 et S20). Cette « irresponsabilité parentale » s'inscrit dans une répétition de leur propre rupture avec leur famille.

Sur le plan professionnel, seulement deux sujets étaient insérés socialement dans des emplois durables, en tant qu' « auto-entrepreneurs » (S06 et S07). Ce terme pourrait être la vitrine d'activités illicites au vu de leurs motifs d'incarcération et de leur jeune âge pour une telle activité.

IV.B.2 Résultats discordants avec les données de la littérature

Cependant, nos observations ne sont pas conformes à l'ensemble des données de la littérature. Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre une combinaison de ces éléments d'instabilité et la fréquence des passages à l'acte. Le mode de logement était contrôlé dans cette population : aucun sujet n'était sans domicile fixe. Les trois sujets sans logement stable réussissaient à trouver des solutions dans leur entourage.

Notre corrélation entre la PCL-R et le nombre de passages à l'acte dessine plutôt une association négative. Il en est de même pour le rapport entre l'âge et la fréquence des passages à l'acte. Nous ne pouvons mettre en évidence le déclin des conduites antisociales décrits autour de 30-35 ans (ROBINS, 1966). Parmi les quatre sujets de plus de 30 ans (S07, S11, S16 et S20), tous sont passés à l'acte dont le sujet S07 (35 ans) qui a commis le plus grand nombre de passages à l'acte. Cette discordance avec la littérature n'est pas représentative et peut être liée au faible nombre de sujets inclus.

Dans la population psychopathique incluse, deux sujets sont restés inactifs (S09 et S23). Plusieurs éléments peuvent expliquer cette donnée. Premièrement, l'influence carcérale a pu contribuer à cette extinction comportementale. Nous avons évoqué l'effet pare-excitant possible de ce milieu. Nous pouvons aussi envisager une efficacité de l'effet restrictif et disciplinaire sur certains sujets, ainsi que des influences positives entre codétenus. Un des

infirmier évoquait une sorte de « compagnonnage » entre un ancien détenu en phase de désistance et son codétenu, le sujet S09 qui avait un score de 35/40 à la PCL-R.

Deuxièmement, CLECKLEY (1941) n'exclut pas l'existence d'une psychopathie sans violence, évoque la possibilité d'un tel trouble chez des médecins, des avocats, etc. ; ces « successful psychopaths » présenteraient un recours à la séduction et à la manipulation plutôt qu'à la violence. Mais il serait excessif de les considérer comme tels lorsque l'on observe le motif de leur incarcération : les sujets S09 et S23 sont respectivement incarcérés pour des violences avec arme et des violences en réunion. Les caractéristiques socio-démographiques relevées dans l'étude dépeignent davantage l'image d'un psychopathe souffrant que celle d'un psychopathe triomphant américain (LAMOTHE, 2001 ; MELOY 1988).

Enfin, il faut aussi souligner l'inclusion tardive du sujet S23 qui n'a bénéficié que de trois mois de suivi. Cette période peut être insuffisante pour refléter la réactivité de ce sujet. Elle correspond malgré tout aux huit semaines après l'entrée en détention qui sont décrites comme les plus à risque d'instabilité comportementale (KASZUBA, 2011).

IV.B.3 Résultats originaux

Les résultats de cette étude amènent quelques éléments de réflexion. Malgré une surveillance rapprochée, un espace d'action restreint où une conduite irréprochable est valorisée, ces sujets n'ont pu contenir leur violence et nous avons observé 46 passages à l'acte réalisés par neuf sujets sur un intervalle de 6 mois. A travers ces passages à l'acte, les sujets semblent ne pas pouvoir inhiber leurs pulsions, ni être influencés par le renforcement positif des réductions de peines, comme le montrait la répétition des stratégies désavantageuses dans les études de NEWMAN et al. (1987) et de VANDERSTUKKEN (1998). L'avenir de ces sujets à la sortie semble compromis lorsqu'ils commettent des actes répréhensibles pendant leur peine.

Certains sujets poursuivent leurs trafics de stupéfiants (S03, S07 et S16), d'autres poursuivent l'extériorisation de leurs violences hétéro-agressives (S04, S07, S11, S14, S16, S20),

entraînant des conséquences parfois sévères pour leur victime. L'intérêt de prédire et prévenir les conséquences des actes auto ou hétéro-agressifs semble supérieur à celui des actes transgressifs, étant donné leurs dommages potentiels sur l'intégrité de la victime. Ainsi, quatorze des quinze passages à l'acte hétéro-agressifs étaient réactionnels à une situation identifiée, soit 93,3% ($p = 0,016$). Une grande partie des actes hétéro-agressifs ne semble pas survenir de manière hasardeuse. Ce résultat pourrait justifier l'intérêt à porter sur les éléments contextuels dans les violences hétéro-agressives et encourager les chercheurs à développer d'autres études dans cette voie.

En revanche, nous ne pouvons exclure le passage à l'acte hétéro-agressif et imprévisible du sujet S16, prenant la forme d'une violente attaque verbale sur une étudiante infirmière. Nous avons aussi relevé quatorze autres passages à l'acte sous forme de transgressions ou de provocations sans qu'un élément contextuel n'ait été identifié. La distribution de ces séquences immotivées se répartit sur la quasi-totalité des psychopathes passés à l'acte (hormis le sujet S14 et le S20). Nous avons mis en évidence des actes imprévisibles malgré une surveillance continue de leurs comportements et de leurs interactions familiales ou judiciaires qui auraient pu faire intrusion.

Ce constat peut être vécu comme décourageant. Cependant la situation contextuelle reste un des éléments parmi l'ensemble des déterminants multifactoriels du passage à l'acte. Cette donnée rappelle que « le risque zéro n'existe pas ». Si l'intérêt de travailler dans le sens de la prévention et de la réduction de la dangerosité reste primordial, la recherche de responsables ou de coupables lorsqu'un sujet récidive a pour conséquences de cliver et renforcer les barrières entre les mondes judiciaire, médical, psychiatrique et carcéral : « *la peine du juge était insuffisante* », « *les conclusions de l'expert psychiatre étaient erronées* », « *nous devrions développer d'autres techniques médicales en alternative à la psychiatrie* », « *la prison ne fait que renforcer la violence de ses habitants* » sont des propos fréquemment entendus dans ces situations.

Nos données viennent rappeler que, malgré les efforts de compréhension et de prévention de la violence psychopathique, une zone d'imprévisibilité existe et persiste. La disparition de la violence et une prédiction totale du risque de récidive sont davantage des fantasmes collectifs et sociétaux que des objectifs raisonnables. Ces fantasmes empêchent les

consciences d'accepter l'existence d'une violence inéluctable et imprévisible, sans qu'un système n'ait été dysfonctionnel. Ainsi cet idéal de « prévenir l'imprévisible » nous contraint à justifier notre pratique, renforce une culpabilité lorsqu'une violence échappe à notre prise en charge, nous focalise sur des objectifs inatteignables. Le principe médical « d'obligation de moyens et non de résultats » semble s'estomper dans une société de plus en plus procédurière envers ses médecins et ses institutions, dans une société où la confiance envers ceux qui possèdent la connaissance d'un domaine s'émeousse, poussant chacun de ses représentants à se justifier et se replier dans sa discipline. Montrer qu'une zone d'imprévisibilité est une réalité vient étayer le principe d'obligation de moyens et non de résultats ; cela permet ainsi de réorienter la poursuite de travaux pluridisciplinaires sur la part modulable du risque de récurrence, malgré des échappements persistants.

En observant nos sujets, nous avons bien retrouvé des éléments contextuels attenants à leurs actes. Au préalable nous avons envisagé six types de situations à risque de passage à l'acte. Les choix de ces catégories étaient arbitraires mais chacune soutenait un risque de déstabilisation reconnu dans la littérature : les toxiques sont un facteur de risque dynamique de violence (HAS, 2006 ; GILET ,2001) tout comme les éléments dysthymiques ou délirants intégrés dans la description clinique du psychopathe de la HAS (2006) et dans les travaux de BALIER (1988). Les interactions avec l'entourage proche sont des éléments fréquemment rapportés suite à des gestes violents chez les psychopathes, et plus largement dans la population psychiatrique générale chez les sujets auteurs de gestes auto-agressifs. Ces éléments contextuels étaient donc attendus. Si nos données le permettaient, nous aurions certainement eu à pondérer chaque catégorie d'éléments contextuels selon sa fréquence de survenue sachant que, pour exemple, des décompensations psychiques sont beaucoup moins fréquentes que des frustrations dans l'institution. Mais notre étude n'a pas mis en évidence de passage à l'acte dans ces trois catégories.

Pour autant, les quelques transgressions relevées autour du trafic de stupéfiants nous informent de leur présence dans l'établissement. Nous nous attendions aussi à retrouver des passages à l'acte liés aux contenus des informations données par leurs proches aux parloirs et à la charge émotionnelle que ces rencontres pourraient susciter. Aucun n'a été observé durant ces six mois. Cette « aréactivité » pourrait être une manifestation du clivage et du déni les tenant à distance des émotions trop insupportables (BALIER, 1988). Le clivage peut aussi être diachronique avec une mise à distance des éléments passés et une supériorité des éléments quotidiens et immédiats. Il se pourrait aussi que les émotions soient ressenties, mais que le milieu contraigne les psychopathes à se confondre avec leur Idéal du Moi grandiose, intimidant et inébranlable (MELOY, 1988). Pour eux, l'expression d'une émotivité est à risque d'éveiller la souffrance abandonnique, en réactivant la trace des traumatismes. Dans la dynamique groupale des délinquants, montrer une fragilité les menace de passer du statut d'agresseur à celui de victime, voire de proie.

Des décompensations psychiatriques sous la forme d'effondrement narcissique, des décompensations délirantes brèves avec une perte des limites entre le soi et le non-soi, étaient retrouvées chez les sujets incarcérés et analysés par BALIER (1988). Cela n'a pas été notre cas. L'étude ne peut pas exclure que des décompensations non médicalisées aient existé chez nos sujets, mais elles n'ont pas abouti à l'utilisation d'actes de sauvetage violents pour se dégager de leurs angoisses de morcellement. Un des éléments pouvant expliquer cet écart serait la prise de traitements sédatifs à laquelle les sujets adhèrent mieux dans les centres pénitentiaires qu'en milieu ouvert.

Les frustrations avec le cadre institutionnel sont les situations génératrices de passages à l'acte les plus fréquemment retrouvées, suivies des conflits avec des codétenus. A cinq reprises, les sujets (S04, S07, S17 et S20) ont aussi profité des ouvertures offertes dans leur parcours judiciaire pour transgresser.

Dans la répartition de ces éléments contextuels, une importante différence apparaît entre ceux relevés et ceux non observés. Nous observons d'une part, une prédominance des éléments contextuels impliquant l'institution, les codétenus et leur parcours judiciaire ; d'autre part une absence de déstabilisation par leurs consommations, leur entourage ou bien leurs décompensations psychiatriques. La distribution ne semble pas aléatoire. Les éléments

contextuels retrouvés prennent une couleur bien singulière du milieu carcéral. 18/46 des passages à l'acte ont été réactionnels à des difficultés ou des frustrations liées à l'institution ; 8/46 sont apparus suite à des conflits avec un codétenu sous forme d'actes hétéro-agressifs ; 5/46 ont eu lieu durant des permissions.

A l'issue de notre suivi, nous n'avions pas assez de sujets et de passages à l'acte par sujet pour pouvoir évaluer statistiquement si le type de ces situations avait une spécificité, ou si elle était aléatoire pour chaque individu. L'objectif principal ne peut ainsi pas être exploré sur le plan des tests statistiques. Cependant une importante hétérogénéité et une singularité apparaissent.

Si nous pouvons rapprocher certains sujets sur quelques caractéristiques – la maltraitance, les marqueurs d'insertion socio-professionnelle, le type de passages à l'acte relevés – l'ensemble des données relevées nous offre autant de profils comportementaux différents que de sujets inclus : la fréquence de leurs passages à l'acte varie de zéro à onze par sujet sur la période de 6 mois ; l'aspect protéiforme de leurs transgressions et de leur violence persiste malgré le milieu carcéral limitant ; les éléments contextuels, fortement imprégnés du milieu carcéral prennent une teinte personnelle malgré un cadre institutionnel commun : leur frustration est parfois activée préférentiellement par les surveillants pour certains, par l'équipe soignante ou des codétenus pour d'autres.

Une telle hétérogénéité sur un si petit nombre de sujets pourtant issus d'une même population interroge. Notre démarche était quelque peu singulière : nous n'avons pas cherché à confronter notre population à une hypothèse théorique que nous aurions cherché à confirmer ou infirmer. Nous avons recueilli les agirs de notre population, laissant aux psychopathes la liberté complète d'établir le cadre de notre réflexion, en relevant littéralement la diversité de leurs passages à l'acte. Nos psychopathes ont joué pleinement le jeu au vu des résultats de l'étude qui révèlent des « profils de réactivité » uniques pour chaque sujet. Si un tel constat peut réduire l'élan visant à étudier au plus près des déterminants communs chez le psychopathe, il n'est pas dépourvu d'intérêt.

IV.C. Pistes de réflexion et perspectives

Parmi nos résultats, certains ouvrent sur quelques perspectives :

- Des sujets psychopathes ne sont pas passés à l’acte ;
- Une marge d’imprévisibilité irréductible existe ;
- Les passages à l’acte réactionnels du psychopathe sont influencés par l’environnement, posant la question de l’organisation et de l’accueil de ces sujets dans les institutions pénitentiaires ;
- Leurs actes hétéro-agressifs sont majoritairement réactionnels à des situations contextuelles identifiées ;
- L’hétérogénéité psychopathique se retrouve dans leur comportement où il y a autant de « profils de réactivité » que de sujets observés.

Nous avons discuté l’intérêt de ces données et réfléchissons maintenant à l’influence qu’elles pourraient avoir sur la prise en charge des psychopathes, aux possibilités pour les intégrer et les utiliser dans nos pratiques courantes.

Ces observations au cas par cas ne nous semblent pas contradictoires avec une prise en charge institutionnelle générale et adaptative. Quelques perspectives apparaissent quand nous nous interrogeons sur l’utilité que pourrait avoir la connaissance de ces « profils de réactivité » sur leur dimension prédictive ou thérapeutique.

Dans un premier temps, le recueil de ces informations semble pouvoir être compatible avec une pratique courante. Les infirmiers y ayant pris part n’y ont pas vu une contrainte professionnelle supplémentaire (cf. ANNEXE 12). Au contraire, leur implication a eu un impact positif sur leur activité en portant leur attention sur la dimension comportementale et la dangerosité de ces sujets. Spontanément, ils ont cherché à mettre en perspective ces

comportements avec les mécanismes psychiques sous-jacents. Les modalités de notre recueil ne semblent pas être un obstacle à sa pérennisation dans le temps, ni dénuées d'intérêt.

Ce recueil permet une traçabilité du comportement du sujet pouvant servir de support de transmission de ces comportements. Ces transmissions peuvent impliquer les différents membres d'une équipe, plusieurs établissements pénitentiaires lors de transferts, ou un centre pénitentiaire lors d'une réincarcération d'un même sujet, quel que soit l'intervalle de temps et les mouvements du personnel. Ce recueil, sommaire mais rapidement informatif, peut permettre à une équipe recevant le psychopathe, d'éviter de subir son comportement en lui offrant de nouveau des failles institutionnelles repérées, à l'image d'une vaccination. Avoir à disposition des éléments informant que le sujet que l'on reçoit a été violent envers des infirmiers, envers son codétenu, qu'il s'autorise des activités illicites au sein de l'établissement, etc., ainsi que les situations ayant motivé ces violences et transgressions nous paraît précieux. Les équipes savent à partir de ces éléments, adapter leur prise en charge en évitant la proximité entre certains sujets qui pourraient attiser leurs excitations, en ajustant la présence d'intervenants supplémentaires lors d'entretiens, en focalisant leur attention et leur surveillance dans des situations à risque, en étant plus vigilants et mesurés dans l'accès à leurs demandes, en évitant de laisser un sujet auto-agressif seul dans une cellule à distance des surveillants, etc.

Notre étude ne permet pas de parler de prédictivité mais elle met en relief les agissements du sujet. Ces éléments, intégrés au dossier médical, pourraient avoir un intérêt pour le psychiatre amené à rédiger l'expertise post-sentencielle. Cela permettrait de préciser la dynamique de changement ou de répétition dans laquelle le psychopathe se trouve, d'éclairer la véracité de ses propos concernant ses agissements dans la prison. Un décalage entre les dires du sujet et les éléments recueillis, une poursuite des violences au sein même de l'établissement sont des éléments d'intérêt dans l'évaluation et la gestion du risque de récidive. Ces informations pourraient venir s'ajouter à d'autres instruments actuariels ou semi-structurés, et ainsi enrichir l'abord multifactoriel de l'acte.

Après ces quelques perspectives visant à éviter les comportements des sujets et leurs conséquences pour eux-mêmes et pour les intervenants, nous pouvons envisager une utilisation constructive de ce recueil des séquences des passages à l'acte pour les psychopathes. Cette illustration comportementale domine les modalités d'interaction de ces sujets. Au cours des entretiens d'inclusion, nous avons réalisé la difficulté à contourner leur masque de prestance pour accéder à leurs émotions et à leur authenticité. Ainsi, la grille de recueil de leurs passages à l'acte et des situations contextuelles pourrait être un abord intéressant pour aider à contourner l'hostilité présentée par ces sujets. Les questions du soignant et les élaborations proposées les renvoient à leur pauvreté fantasmatique et au vide interne. Cette perception réactive des défenses primaires avec des identifications projectives sur le soignant. A l'inverse, les renvoyer à ce recueil comportemental pourrait avoir l'intérêt de se décaler de cette confrontation duelle, de les renvoyer non pas à leur vide interne, mais à leur production comportementale. Cette approche pourrait offrir un point de départ intéressant d'élaboration, en partant d'éléments concrets correspondant à des manifestations du patient, en pouvant s'y référer de nouveau pendant l'entretien lorsque les associations deviennent déstabilisantes. L'idée ici n'est pas de les juger ou de les condamner mais de les laisser s'exprimer sur eux mêmes, sur la perception de leurs actes (justifications, culpabilité, perte de contrôle, etc.), sur la difficulté ressentie dans les situations contextuelles relevées, et ainsi pouvoir remonter à contre-courant la chaîne des associations et des mécanismes sous-jacents. Cette approche pourrait être un levier pour entrer dans le travail thérapeutique qui, selon KINABLE (1999) « *s'efforcera de convertir en psychique ce qui tend à se liquider sous les espèces du somatique d'un côté, du recours au passage à l'acte de l'autre* ».

Ce recueil comportemental peut aussi être un support reflétant l'évolution du sujet, tant dans la fréquence et la sévérité de ces violences que dans leurs situations contextuelles.

Le milieu carcéral traite la violence sur un registre disciplinaire, mais il pourrait avoir une place déterminante dans leur prise en charge. Dans le texte des experts de la HAS, DUBEC (2006) proposait de judiciariser la pratique médicale en détention, au-delà des situations nécessitant une hospitalisation par l'article D398. En effet, les psychopathes ne sont pas demandeurs d'aide et fuient inlassablement les lieux qu'ils investissent. Les établissements pénitentiaires sont les seuls lieux auxquels ils sont « contraints » pendant la durée de leur

peine. En cela, ces temps d'incarcération dans le parcours psychopathique représentent une des rares opportunités pour pouvoir amorcer un lien. La promiscuité et l'enfermement empêchent une rupture brutale et rapide du contact. Dans l'idée d'une approche thérapeutique, cette étape pourrait être reconsidérée comme un temps essentiel pour travailler avec ces sujets la possibilité d'une voie alternative à leur fonctionnement, celle de la modification des comportements et de la désistance.

Mais cela nécessite que les intervenants soient sensibilisés à cet objectif pour offrir le terrain nécessaire à cette ré-émergence de la pensée. Durant notre travail, nous avons découvert l'atmosphère du milieu carcéral, les représentations des détenus chez les soignants et les surveillants. La dimension disciplinaire et punitive y est encore présente et les influences psychologiques faibles (ce constat concerne en effet un établissement pénitentiaire dépourvu de Service Médico-Psychologique Régional). Les passages à l'acte sont abordés sous l'angle de la transgression de l'ordre établi et imposent des sanctions disciplinaires. Les passages à l'acte violents suscitent bien souvent un rejet et un jugement moral, mobilisent le conseil disciplinaire (prétoire) qui décide « d'une peine dans la peine ». Celle-ci peut consister en un temps dans le quartier d'isolement (QI) ou dans le quartier disciplinaire (QD), voire un transfert dans un établissement pénitentiaire plus sécurisé. Nous observons alors pour ces sujets psychopathes, l'escalade en double miroir avec une violence réactionnelle, attisée par des sanctions et des rejets.

L'intérêt des infirmiers de l'UCSA pour notre travail nous a agréablement interpellé. Ils se sont montrés investis et appliqués dans cette tâche, se saisissant et questionnant spontanément sur ces sujets, sur les mouvements psychopathologiques qui les animent et plus largement sur les entités cliniques psychiatriques. Leur place centrale et active dans notre projet a peut-être favorisé leur appropriation de cette problématique. Ces infirmiers n'ont pas de spécialisation psychiatrique et abordent tous les détenus dans une approche globale. Nous avons d'ailleurs remarqué l'influence du milieu carcéral dans leur champ sémantique : ils ne reçoivent pas des « patients » mais des « détenus ». Chez les infirmiers, ces informations semblent avoir eu un impact sur leurs représentations des psychopathes en détention. Ce travail a peut-être contribué à l'évolution d'un contre-transfert, a priori négatif

(fluctuant entre l'impuissance, la crainte de l'agression et le nihilisme thérapeutique) pour les accompagner vers la perception d'une complexité psychologique évoquée par MELOY (1988).

Nous pensons que pour pouvoir faire changer les rapports de force, afin qu'ils deviennent constructifs pour les deux parties, il serait déterminant que le passage à l'acte infractionnel puisse aussi être considéré comme un passage à l'acte symptomatique. L'acquisition de cette vision bifocale – carcérale et psychiatrique – pourrait alors repositionner la souffrance des équipes face à la violence sur le détenu et ouvrir sur une prise en charge d'apaisement et de psychothérapie plutôt que renforcer l'escalade punitive.

Concernant les passages à l'acte réactionnels à des frustrations de l'institution, l'équipe de l'UCSA a constaté des comportements hétérogènes en fonction des surveillants, certains s'attirant de vives réactions de notre population. Les surveillants sont souvent les réceptacles immédiats de l'agressivité des conduites antisociales. Les conduites hostiles dont ils sont la cible peuvent être vécues personnellement et générer des réactions de peur et de rejet. Mais c'est pour ce qu'ils représentent en tant que « surveillant carcéral » qu'ils se retrouvent au cœur des conflits internes des psychopathes : les surveillants imposent des limites à l'accomplissement de leurs désirs immédiats, limites qui sont absentes ou déniées en milieu ouvert. Ainsi, étant donnée la prépondérance des éléments contextuels en lien avec le cadre institutionnel observé, il pourrait être utile d'intégrer les membres de l'équipe carcérale dans ce type de travaux, afin de leur donner des éléments pouvant contribuer à une homogénéisation du cadre institutionnel qu'ils incarnent.

Enfin, sur les applications possibles de notre travail, nous pensons que l'utilisation de cette grille pourrait être étendue au milieu hospitalier. L'implication qu'elle génère chez les soignants qui l'utilisent, les informations qu'elle renvoie sur le « profil de réactivité » des psychopathes et sur l'évolution de leurs conduites dans le temps, son potentiel rôle de transmission inter-agents, inter-équipes et inter-établissements, sa fonction de support à un travail psycho-thérapeutique, sont autant d'enjeux majeurs dans l'univers hospitalier. Elle pourrait aussi être étendue à une population plus large de troubles de la personnalité ayant recours à la violence, nous pensons notamment aux états limites.

Pour finir, au-delà des résultats de notre travail, cette thèse nous a offert un bénéfice personnel. Nous y avons découvert le chemin sinueux qu'emprunte une idée pour devenir une étude pendant deux ans, évoluant selon les ajustements de nos professeurs, des psychiatres, des statisticiens rencontrés, des agents de la Maison d'arrêt, des psychopathes, etc. Ce chemin est jalonné de satisfactions et de doutes pointés brillamment par le sujet S22 qui nous avait renvoyé que « *[notre] étude ne sert à rien, tout le monde est différent, vous ne pouvez pas nous généraliser* ». Nous n'avons manifestement pas réussi à le convaincre puisqu'il a refusé de participer à notre étude. La maison d'arrêt de Rochefort nous a aussi permis de mettre en application les connaissances médico-légales acquises, de développer notre expérience des entretiens avec des patients aussi hermétiques et hostiles que l'étaient certains des psychopathes inclus. Enfin, cette expérience était aussi l'occasion de découvrir une autre organisation institutionnelle, de pouvoir faire une immersion dans le monde pénitentiaire avec lequel l'avenir nous promet des rapprochements et des collaborations dans l'intérêt de nos patients communs.

CONCLUSION

Notre étude dans laquelle nous avons inclus onze psychopathes vient conforter certaines données de la littérature. Le parcours socio-professionnel familial et affectif de ces sujets s'apparente davantage à celui des psychopathes « inefficaces et souffrants » plutôt que triomphants (LAMOTHE, 2001). Leurs parcours de vie sont chaotiques, les passages à l'acte observés prennent la forme de petits délits (vols, violences hétéro-agressives, trafic de stupéfiants, etc.) et de transgressions des règles. Aucun crime n'a été relevé. Le retournement des gestes agressifs sur eux-mêmes décrit par BALIER (1988) n'a pas été observé. Nos sujets semblaient avoir recours préférentiellement aux défenses mégalomaniaques et projectives avec des passages à l'acte ciblant les objets externes.

L'impulsivité psychopathique (HARE, 2003) et l'imprévisibilité ont pu être constatées à travers les quinze passages à l'acte sans élément contextuel identifié. Nous étudions la séquence immédiate en amont du passage à l'acte : l'imprévisibilité observée dans cette dimension doit être reçue avec précaution étant donné les déterminants multifactoriels de l'agir. Alors que la société évolue vers une obsession sécuritaire et tend à rechercher des responsables des récidives violentes, il nous semble intéressant d'observer qu'au cours d'une surveillance pénitentiaire et sanitaire continue, certaines violences continuent à se manifester à l'emporte-pièce.

Cependant, la majorité des passages à l'acte, soit 31 sur 46, retrouvait des éléments contextuels. Ces derniers apparaissent spécifiques du milieu carcéral, nous rappelant la dépendance à l'environnement des psychopathes, évoquée par FLAVIGNY (1977). Les situations contextuelles en amont des passages à l'acte correspondent à des difficultés dans l'institution liées au règlement, aux interactions avec les surveillants et les soignants. Au second plan apparaissent les difficultés avec les codétenus, puis les difficultés dans le parcours judiciaire, exclusivement au cours de permissions de sortie. Ainsi, de manière générale, ces résultats soulèvent la question de la réponse carcérale que nous offrons à ces sujets. Une meilleure compréhension du fonctionnement psychopathique,

l'accompagnement des intervenants dans une distinction entre des passages à l'acte symptomatiques et des passages à l'acte purement infractionnels semblent être une piste intéressante pour améliorer les interactions intra-carcérales. Nous pensons aussi que ce recueil comportemental chez des sujets privés de capacités d'élaboration spontanées, pourrait être un support au lien thérapeutique, dans l'un des rares temps de leur parcours de vie où ils sont contraints à une proximité avec des soignants.

Parmi nos résultats, nous avons retrouvé une différence significative dans les passages à l'acte hétéro-agressifs : dans 93,3% d'entre eux, un élément contextuel a été décelé. Si les transgressions sont problématiques dans la société et les institutions, les passages à l'acte hétéro-agressifs revêtent certainement une gravité supérieure. Cette donnée démontre l'intérêt que nous aurions à développer des recherches quasi-inexistantes à l'heure actuelle, autour des éléments contextuels des passages à l'acte. De tels éléments mieux identifiés pourraient alors faire office de signal d'alarme pour les différents intervenants travaillant sur une réduction de la dangerosité.

Sur le plan individuel, un parallèle peut être fait entre l'hétérogénéité psychopathique retrouvée dans la littérature et l'hétérogénéité de leurs conduites. Même si nos sujets partageaient les grandes catégories établies pour classer les éléments contextuels, chacun restait unique dans la forme, le type et la fréquence de ses passages à l'acte, ainsi que dans les séquences réactionnelles observées. Ce rappel de la singularité des individus partageant un même trouble de la personnalité, réoriente notre réflexion nosographique vers une réflexion individuelle. A partir des modalités de notre étude, nous avons envisagé que le recueil effectué pourrait être une ébauche d'outil gardant en mémoire les « profils de réactivité » des psychopathes et pourrait servir de support de transmissions lors d'une ré-incarcération ou d'une ré-hospitalisation. Il pourrait aussi compléter les instruments et le jugement clinique nécessaires aux expertises post-sentencielles qui doivent déterminer la dangerosité des sujets.

Ces pistes de réflexion restent issues des résultats d'une étude exploratoire. Elles doivent être pondérées par la faible puissance statistique de notre protocole, ainsi que les nombreuses limites observées. Mais l'étude des situations contextuelles dans la séquence des passages à l'acte semble ouvrir des voies de travail originales qu'il pourrait être intéressant de développer par d'autres travaux, afin d'enrichir les connaissances dans le large champ de la prévention et de l'évaluation de la dangerosité.

BIBLIOGRAPHIE

AICHHORN A. (1925) *Jeunes en souffrance*. Cité par HOUSSIER F. (2004) Un pionnier dans l'histoire de la psychanalyse : August Aichhorn et le traitement de la délinquance dans la première moitié du XXème siècle. *Les sciences du psychisme et l'enfance « irrégulière »*. 4 : 45-67.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) *DSM-IV-TR – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Texte Révisé*. Trad. Fr. Guelfi J.D. Paris : Masson. 808-13.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*. Washington : American psychiatric publishing. 659-66.

ANZIEU D. (1985) *Le moi-peau*. Paris : Dunod (1995).

ARCHER E. (2007) Difficultés et limites de l'expertise psychiatrique de pré-libération. Les questions posées à l'expert. In : *Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale, Texte des experts*. Haute Autorité de Santé.

BALIER C. (1988) *Psychanalyse des comportements violents*. Coll. Le fil rouge. Paris : PUF (1995).

BALIER C. (2010) *La violence en abyme*. Coll. Le fil rouge. Paris : PUF.

BARATTA A. (2011) Evaluation des délinquants et criminels sexuels. *Institut pour la Justice*. 12 : 1-29.

BAYLE G. (2003) Destructivité, démentalisation, clivages et cadres thérapeutiques. In : *Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire*. Sous la direction de Ciavaldini A. Paris : In press. 96-112.

BEAUTRAIS A.L., JOYCE P.R., MULDER R.T., FERGUSON D.M., DEAVOLL B.J., NIGHTINGALE S.K. (1996) Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts : a case-control study. *American Journal Psychiatry*. 153(8): 1009-14.

BERGERET J. (1974) *La personnalité normale et pathologique*. Coll. Psychisme. Paris : Bordas-Dunod.

BLUMER D., BENSONS D.F. (1975) Personality changes with frontal and temporal lobe lesion. *Psychiatric aspects of neurological diseases*. 1 : 151-69.

BROWN S.L., FORTH A.E. (1997) Psychopathy and sexual assault : Static risk factors, emotional precursors, and rapist subtypes. *Journal of Consulting and clinical Psychology*. 65 : 848-57.

CAROLI F. (2006) Psychopathie : Genèse et évolution clinique. In : *Audition Publique. Prise en charge de la psychopathie. Textes des experts*. Haute Autorité de la Santé (2006). 12-14.

CHARTIER J.P. (2003) Psychopathes ou Pervers : Le faux débat? *Le journal des psychologues*. 211 : 19-40.

CLECKLEY H. (1941) *The Mask of Sanity : an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. Fifth edition. Georgie : Emily S. Cleckley (1988).

COOKE D.J. (1995) Psychopathic disturbance in the Scottish prison population : Cross-cultural generalizability of the Hare Psychopathy Checklist. *Psychology, crime, and Law*. 2 : 187-98.

COOKE D.J., MICHIE C., SKEEM J. (2007) Understanding the structure of the PCL-R: An exploration of methodological confusion. *The British Journal of Psychiatry*. 49 : 39-50.

COTE G. (2000) Vers une définition de la psychopathie. In : *Psychopathie : théorie et recherche*. Sous la direction de Pham T.H. et Côté G. Coll. Psychologie. Paris : Septentrion Presse Universitaire (2000). 21-46.

COTE G., HODGINS S., TOUPIN J. (2000) Psychopathie : Prévalence et spécificité clinique. In : *Psychopathie : théorie et recherche*. Sous la direction de Pham T.H. et Côté G. Coll. Psychologie. Paris : Septentrion Presse Universitaire (2000). 47-75.

COTE G., HODGINS S., TOUPIN J., HOANG PHAM T. (2000) Psychopathie et comportements violents. In : *Psychopathie : théorie et recherche*. Sous la direction de Pham T.H. et Côté G. Coll. Psychologie. Paris : Septentrion Presse Universitaire (2000). 75-96.

COTE G., LESAGE, A. (1995) Diagnostics complémentaires et adaptation sociale chez des détenus schizophrènes ou dépressifs. *Centre de recherche de L'institut Philippe Pinel*.

COTE G., PHAM H.T. (2000) Etat des connaissances sur la psychopathie : Mise en perspective critique. In : *Psychopathie : théorie et recherche*. Sous la direction de Pham T.H. et Côté G. Coll. Psychologie. Paris : Septentrion Presse Universitaire (2000). 205-34.

DIEU E., DUBOIS M., SOREL O. (2012) Etapes du processus criminogène : de la théorie à la pratique. *Annales Médico-Psychologiques*. 172(5) : 333-8.

DODGE K.A., COIE J.D. (1987) Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53(6) : 1146-58.

DOLAN M., DOYLE M. (2000) Violence risk Prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of psychiatry*. 177 : 303-11.

DUBEC M. (2006) L'obligation judiciaire de soins. In : *Audition Publique. Prise en charge de la psychopathie. Textes des experts*. Haute Autorité de la Santé (2006). 125-7.

DUPRE E. (1925) *Pathologies de l'imagination et de l'émotivité*. Paris : Payot.

EICHELMAN B. (1988) Toward a rational pharmacotherapy for aggressive and violent behavior. *Hospital and Community Psychiatry*. 39 : 1-9.

ENGLEBERG J. (2013) Quelques éléments en faveur d'une réflexion psychopathologique sur la psychopathie. *Annales médico-psychologiques*. 17 : 141-53.

ESQUIROL E. (1838) De la monomanie. In : *Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*. Vol. 2. Paris : Librairie de l'académie royale de médecine (J.B. BAILLIERE). 2-130.

FALISSARD B. (2006) Epidémiologie de la psychopathie. In : *Audition Publique. Prise en charge de la psychopathie. Textes des experts*. Haute Autorité de la Santé (2006). 35-6.

FLAVIGNY H. (1977) De la notion de psychopathie. *Revue de neuropsychiatrie infantile*. 25 : 19-75.

FORTH A.E., BROWN S.L., HART S.D., HARE R.D. (1996) The assessment of psychopathy in male and female noncriminals : Reliability and validity. *Personality and Individual Differences*. 20 : 531-43.

FOWLES D.C. (1980) The three arousal model : Implications of Gray's two-factors learning theory for heart rate, electrodermal activity, and psychopathy. *Psychophysiology*. 17 : 87-103.

FREUD S. (1915) Quelques types de caractères dégagés par la psychanalyse. Trad. Fr. Bonaparte M. et Marty E. In : *Essais de psychanalyse appliquée*. Coll. Idées. Paris : Gallimard (1971). 106-136.

FREUD S. (1920) Au-delà du principe du plaisir. Trad. Fr. Jankélévitch S. In : Essais de psychanalyse Paris : Payot & Rivages (2010).

FREUD S. (1923) Le Moi et le ça. Trad. Fr. Jankélévitch S. In : *Essais de psychanalyse*. Coll. Petite bibliothèque Payot. Paris : Payot & Rivages (2010).

FREUD S. (1938) *Abrégé de psychanalyse*. Coll. Bibliothèque de psychanalyse. Paris : PUF (2001).

GACONO C., MELOY J.R. (1990) The Rorschach investigation of attachment and anxiety in antisocial personality disorder. *Criminal Justice and Behavior*. 17 : 231-45.

GILET C., POLARD E., MAUDUIT N., ALLAIN H. (2001) Passage à l'acte et substances psychoactives : alcool, médicaments, drogues. *L'Encéphale*. 28 : 351-9.

GKOTSI G.M., MOULIN V., GASSER J. (2014) Les neurosciences au Tribunal : de la responsabilité à la dangerosité, enjeux éthiques soulevés par la nouvelle loi française. *L'Encéphale*. 718 : 1-9.

GRAVIER B. (2006) Diagnostic et prise en charge des sujets dits psychopathes. In : *Audition Publique. Prise en charge de la psychopathie. Textes des experts*. Haute Autorité de la Santé (2006). 120-4.

Quelques éléments issus de la clinique en milieu pénitentiaire. In : *Psychopathie : théorie et recherche*. Sous la direction de Pham T.H. et Côté G. Coll. Psychologie. Paris : Septentrion Presse Universitaire (2000).

GRAVIER B. (2013) Clinique de la psychopathie. In : *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Sous la direction de Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. Coll. Les âges de la vie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. 257-64.

GRIHOM M.J. (2013) Clinique de l'acte. In : *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Sous la direction de Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. Coll. Les âges de la vie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson (2013). 229-36.

GUILLAUMIN J. (1972) *Le rêve et le Moi : rupture, continuité, création dans la vie psychique*. Paris : PUF. Cité par Balier C. (1988) *Psychanalyse des comportements violents*. Coll. Le fil rouge. Paris : PUF (1995).

GUNDERSON J.G., LYONS-RUTH K.P.D. (2008) BDP's interpersonal hypersensitivity phenotype : a gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*. 22(1) : 22-41.

HALLE P., HODGINS S., ROUSSY S. (2000) Revue critique des études expérimentales auprès de détenus adultes : Précision du syndrome de la psychopathie. In : *Psychopathie : théorie et recherche*. Sous la direction de Pham T.H. et Côté G. Coll. Psychologie. Paris : Septentrion Presse Universitaire (2000). 145-81.

HARE R.D. (2003) *Hare Psychopathy Checklist-Revised : 2nd Edition*. Toronto : Multi-Health System.

HARE R.D., CRAIGEN D. (1974) Psychopathy and physiological activity in a motive game stimulation. *Psychophysiology*. 15 : 165-72.

HARE R.D., MCPHERSON L.M., FORTH A.E. (1988) Male psychopaths and their criminal careers. *Journal of Clinical psychology*. 710-4.

HART S.D., DEMPSTER R.J. (1997) Impulsivity and psychopathy. In : *Impulsivity : theory, assessment, and treatment*. Sous la direction de Webster C.D., Jackson M.A. New York : Guilford. 212-32.

HART S.D., HARE R.D. (1996) Psychopathy and risk assessment. *Current opinion in psychiatry*. 9 : 380-3.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (2006) *Audition publique. Prise en charge de la psychopathie. Rapport d'orientation*.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (2011) *Audition publique. Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Rapport d'orientation*.

HOCHMANN J., HOVER J., ROUSTAND R., REBATEL N. (1980) Quelques aspects cliniques des psychopathies. *Confrontations Psychiatriques*. 18 : 59-72.

HODGINS S., COTE G. (1990) Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec. *Santé Mentale au Canada*. 38 (1) : 169-80.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (2014) *Taux de criminalité*. [consulté le 23/03/2015] Disponible à l'adresse : www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2014/T14F081/NATTEF05307.xls

INTRATOR J., HARE R.D., STRITZKE P., BRICHYSWEIN K., DORFMAN D., HARPUR T.J., BERNSTEIN D., HANDELSMAN L., SCHAEFER C., KEILP J., ROSEN J., MACHAC J. (1997) A brain study of semantic and affective processing in psychopaths. *Biological Psychiatry*. 42 : 96-103.

JONAS C. (1997) Responsabilité du psychiatre et des établissements d'accueil du fait des actes des malades mentaux. *Médecine et droit*. 23 : 12-6.

JONAS C. (2013) La responsabilité médicale en psychiatrie. In : *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Sous la direction de Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. Coll. Les âges de la vie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson (2013). 89-96.

JUNG C.G. (1954) *Les racines de la conscience*. Paris : Buchet Chastel (1971).

KARPMAN B. (1941) On the need for separating psychopathy into two distinct clinical types: Symptomatic and idiopathic. *Journal of Criminal Psychopathology*. 11 (3) : 112-37.

KASZUBA M. (2011) Estimation des risque de comportements agressifs. *Revue Médicale de Bruxelles*. 26-38.

KERNBERG O. (1975) Les troubles limites de la personnalité. Trad. Fr. Marcelli D. Coll. Domaines de la psychiatrie. Paris : Privat (1979).

KINABLE J. (1999) Qu'est-ce que la psychopathie ? *L'information psychiatrique*. 6 : 617-24.

KOSSON D.S. (1996) Psychopathy and dual-task performance under focusing conditions. *Journal of Abnormal Psychology*. 105 : 391-400.

LAFLEUR V., AUCLAIR N., LEVEILLE S., MILLAUD F. (2013) L'utilisation des instruments d'évaluation du risque de violence. In : *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Sous la direction de Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. Coll. Les âges de la vie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson (2013). 355-60.

LAMEYRE X. (2001) Une justice pénale « psychopathique » ? Les psychopathies graves. *Evolution psychiatrique*. 66 : 655-64.

LAMOTHE P. (1989) Psychopathie revisitée... en prison. *Perspectives Psychiatriques*. 19 : 229-36.

LAMOTHE P. (2001) Psychopathie « américaine » et psychopathie « française : une confrontation clinique et culturelle. *Evolution psychiatrique*. 66 : 602-8.

LAPIERRE D., BRAUN C.J., HODGINS S. (1995) Ventral frontal deficits in psychopathy : Neuropsychological test findings. *Neuropsychologia*. 33 : 139-51.

- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- LAROCHE I. (1998) *Les composantes psychologiques et comportementales parentales associées à la psychopathie du contrevenant juvénile*. Thèse de doctorat. Québec : Université de Montréal.
- LEGIFRANCE (2009) code de procédure pénale. *Article 717* [consulté le 15/01/2015] disponible à l'adresse : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4BD7F7BB7DBD0747568A8AB7A7A3F4FC.tpdila08v_3cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000021332471&dateTexte=20150921&categorieLien=id#LEGIARTI000021332471.
- LEISTEDT S.J., BRAUN S., COUMANS N., LINKOWSKI P. (2009) La psychopathie : depuis « The mask insanity » aux neurosciences sociales. *Revue Médicale de Bruxelles*. 30 : 577- 86.
- MAHLER M. (1968) *Symbiose humaine et individuation*. Paris : Payot. Cité par Bernateau I. (2008) La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence. In : *La psychiatrie de l'enfant*. Vol. 51. Paris : PUF.
- MAJOIS V., SALOPPE X., DUCRO C., PHAM T.H., (2011) Psychopathie et son évaluation. *EMC*. 37 : 320-45.
- MCBRIDE M.L. (1998) *Individual and familial risk factors for adolescent psychopathy*. Thèse de doctorat. Vancouver : Université British Columbia.
- MELOY J.R. (1988) *Les psychopathes. Essai de psychopathologie dynamique*. Coll. Psychologie vivante. Paris : Frison-Roche (2011).
- MELOY J.R. (2001) Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave : un gradient de gravité. *Evolution psychiatrique*. 66 : 563-86.
- MILLAUD F., DUBREUCQ J.L. (2012) Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *L'information psychiatrique*. 88(6) : 471- 8.
- MISES R., CASTAGNET F. (1980) Apport de la psychopathologie de l'enfant à l'étude de la psychopathie. *Confrontations psychiatriques*. 18 : 73-97.
- MOREL B.A. (1860) Du siège des maladies mentales. In : *Traité des maladies mentales. Seconde édition*. Paris : Librairie Victor Masson. 68-76.
- MOULIN V., SENON J.L. (2010) Evaluation de la dynamique criminelle et des processus qui sous-tendent l'agir infractionnel dans un cadre expertal. *Annales Médico-Psychologiques*. 168 : 239-49.

- MOULIN V., GRAVIER B. (2013) L'évaluation de la dangerosité : questionnement éthique. In : *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Sous la direction de Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. Coll. Les âges de la vie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson (2013). 361-8.
- NEWMAN J.P., PATTERSON C.M., KOSSON D.S (1987) Response perseveration in psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*. 96 : 145-148.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1994) *Classification internationale des maladies, dixième édition*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- PASCALIS G. (1980) Psychopathie, déséquilibre psychique : historique et nosologie psychiatriques. *Confrontations Psychiatriques*. 18 : 15-25.
- PATRICK C.J., BRADLEY M.M., LANG P.J. (1993) Emotion in the criminal psychopath : Startle reflex modulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 102 : 82-92.
- PATRICK C.J., ZEMPOLICH K.A. (1998) Emotion and aggression in the psychopathic personality. *Aggression and Violent Behavior*. 3 : 303-38.
- PHAM T.H., (1998) Evaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *L'encéphale*. 26 : 435-41.
- PHAM T.H. (2013) L'évaluation de la psychopathie. In : *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Sous la direction de Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. Coll. Les âges de la vie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson (2013). 265-72.
- PHAM T.H., DUCRO C., MARGHEM B., REVEILLERE C. (2005) Evaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Annales médico-psychologiques*. 842-5.
- PHAM H.T., DUCRO C., LUMINET O. (2010) Psychopathy, alexithymia and emotional intelligence in a forensic hospital. *International Journal Forensic Mental health*. 9 : 24-32.
- PHAM H.T., VANDERSTUKKEN O., PHILIPPOT P., VANDERLINDEN M. (2003) Selective Attention and executive functions deficits among criminal psychopaths. *Aggressive Behavior*. 29 : 393-405.
- PINEL P. (1801) Deuxième espèce d'aliénation – Manie sans délire. In : *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Paris : Richard, Caille et Ravier. 150-5.
- PINEL P. (1809) Manie ou délire général. In : *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie, 2e édition*. Paris : J Ant. Brosson. 128-60.

PRICHARD J.C. (1835) *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Londres : Sherwood, Gilbert and Piper. 12-30.

PRICHARD J.C (1842) Section V – Moral Insanity. *On the different forms of Insanity In relation to Jurisprudence*. Londres : Hippolyte Bailliere. 30-63.

RAINE A., LENCZ T., BIHRLE S., LACASSE L., COLLETTI P. (2000) Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorders. *Archives of General Psychiatry*. 57 : 119-27.

RAINE A., LENCZ T., TAYLOR K., HELDIGE J.B.,BIHRLE S., LACASSE L.,LEE M., ISHIKAWA S., COLLETTI P. (2003) Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals. *Archives of General Psychiatry*. 60 : 1134-42.

RAY I. (1838) Moral Mania. In : *Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity, Third edition*. Boston : Little Brown and company (1853). 166-233.

REICH W. (1933) Character armoring and character resistance. *Character analysis, third enlarged edition*. New York : Farrar Straus and Giroux (1972). 42-84.

REID W.H., RUIZ-SWEENEY M.S. (2003) Antisocial personality, psychopathy and forensic psychiatry. In : *Principes of practice of Forensic Psychiatry second edition*, sous la direction de Rosner R. United Kingdom : CRC Press. 56 : 555-64.

REIDY D.E., SHELLEY-TREMBLAY J.F., LILIENFELD S.O. (2011) Psychopathy, reactive aggression, and precarious proclamations : A review of behavioral, cognitive, and biological research. *Aggression and Violent Behavior*. 16 : 512-24.

REY J., REY A. (2012) *Le petit Robert*. Paris : Dictionnaire le Robert – SEJERT.

ROBINS, L.N. (1966) Deviant children grown up : A sociological and psychiatric study of sociopathic personality. *American Journal Diseases Childhood*. 113(6): 744.

RUSH M.D. (1812) *Medical Inquiries and Observations Upon the Diseases of the Mind*. Philadelphia : Kimber and Richardson. 10 : 263-70.

SCHWEITZER G., PUIG-VERGES N. (2014) Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques*. 172 : 573-6.

SENON J.-L. (2006) Comment définir la psychopathie ? In : *Audition Publique. Prise en charge de la psychopathie. Textes des experts*. Haute Autorité de la Santé (2006).

- SENON J.-L., VOYER M., DAVIGNON G. (2013) Evaluation de la dangerosité : données historiques et contextuelles. In : *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Sous la direction de Senon J.-L., Jonas C., Voyer M. Coll. Les âges de la vie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson (2013). 349-53.
- SENON J.-L. (2014) Personnalité limite à expression psychopathique : *Diplôme Inter-Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-légale*, 23 Mai 2014, Angers.
- TARQUIS N. (2006) Hypothèses neurobiologiques concernant les liens entre psychopathie et maltraitance infantile. *L'Encéphale* 32 : 377-84.
- TOUPIN J., HODGINS S., COTE G. (2000) Psychopathie et développement des conduites antisociales de l'enfance à l'âge adulte. In : *Psychopathie : théorie et recherche*. Sous la direction de Pham T.H. et Côté G. Coll. Psychologie. Paris : Septentrion Presse Universitaire (2000). 97-143.
- TYRODE Y., BOURCET S. (2000) Conduites de transgression. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. 37 : 1-12.
- VANDERSTUKKEN O. (1998) *Troubles de l'attention et des fonctions exécutives chez les psychopathes*. Mémoire de licence. Belgique : Université catholique de Louvain.
- VERONA E., PATRICK C.J., JOINER T.E. (2001) Psychopathy antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal psychology*. 110 : 462-70.
- WILLIAMSON S., HARPUR T.J., HARE R.D. (1991) Abnormal Processing of Affective Words by Psychopaths. *Psychophysiology*. 28(3) : 206-73.
- WOODWORTH M., PORTER S. (2002) In cold-blood : Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*. 111 : 436-45.
- WOOTTON J.M., FRICK P.J., SHELTON K.K. (1997) Ineffective parenting and childhood conduct problems : The moderating role of callous unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65 : 301-8.
- ZAGURY (2006) L'expertise pénale des psychopathes. In : *Audition Publique. Prise en charge de la psychopathie. Textes des experts*. Haute Autorité de la Santé (2006).128-30.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Sujets sollicités	102
Tableau 2 : Sujets inclus : âge, statut judiciaire	103
Tableau 3 : Situation affective et parentalité par sujet	104
Tableau 4 : Situation affective au moment de l'incarcération	105
Tableau 5 : Situation professionnelle au moment de l'incarcération	106
Tableau 6 : Mode de logement pour chaque sujet	107
Tableau 7 : Mode de logement	107
Tableau 8 : Qualité de l'environnement familial	108
Tableau 9 : Maltraitance infantile	108
Tableau 10 : Maltraitements, liens familiaux, lieux de vie et nombre d'enfants par sujet	109
Tableau 11 : Niveau d'éducation	110
Tableau 12 : Répartition en fonction du type de passage à l'acte	111
Tableau 13 : Conditions du passage à l'acte	112
Tableau 14 : Type de passage à l'acte selon l'existence d'un élément contextuel	113
Tableau 15 : Répartition des éléments contextuels	114
Tableau 16 : Nombre de passages à l'acte par sujet	118
Tableau 17 : Sujet S03	122
Tableau 18 : Sujet S04	123
Tableau 19 : Sujet S06	123
Tableau 20 : Sujet S07	124
Tableau 21 : Sujet S11	125
Tableau 22 : Sujet S14	125
Tableau 23 : Sujet S16	126
Tableau 24 : Sujet S17	127
Tableau 25 : Sujet S20	127
	160

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les périodes espace-temps du passage à l'acte	40
Figure 2 : Schéma de l'étude	95
Figure 3 : Diagramme de flux	100
Figure 4 : Type de passage à l'acte selon l'élément contextuel identifié	115
Figure 5 : Nombre de passages à l'acte en fonction du score à la PCL-R	116
Figure 6 : Nombre de passages à l'acte en fonction de l'âge	117
Figure 7 : Type de passage à l'acte par sujet	119
Figure 8 : Type d'élément contextuel par sujet	120
Figure 9 : Diagramme de corrélation en coordonnées polaires, entre la fréquence des passages à l'acte et la situation socio-professionnelle, affective et familiale	121

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : La PCL-R (COTE et PHAM, 2000)	163
ANNEXE 2 : La personnalité Antisociale dans le DSM-V	164
ANNEXE 3 : La CIM-10 et la personnalité dyssoziale (F60.2)	165
ANNEXE 4 : Entretien d'Evaluation des Processus de Passage à l'Acte	166
ANNEXE 5 : Lettre de non-opposition	167
ANNEXE 6 : Grille de recueil des éléments biographiques	169
ANNEXE 7 : Grille de recueil des passages à l'acte	171
ANNEXE 8 : Résumé du protocole soumis au CCPPRB	172
ANNEXE 9 : Accord du CCPPRB	174
ANNEXE 10 : Grille de recueil des étapes dans le parcours judiciaire	176
ANNEXE 11 : Résultats généraux des éléments biographiques	177
ANNEXE 12 : Retour d'expérience	178

ANNEXE 1 : La PCL-R (COTE et PHAM, 2000)

Date : ____ / ____ / _____

N° d'identification du patient : S | _ | _ |

	0	1	2
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 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			

ANNEXE 2 : La personnalité Antisociale dans le DSM-V (APA, 2013)

Antisocial Personality Disorder

Diagnostic Criteria	301.7 (F60.2)
----------------------------	----------------------

A. A pervasive pattern of disregard for and violation of the rights of others, occurring since age 15 years, as indicated by three (or more) of the following:

1. Failure to conform to social norms with respect to lawful behaviors, as indicated by repeatedly performing acts that are grounds for arrest.
2. Deceitfulness, as indicated by repeated lying, use of aliases, or conning others for personal profit or pleasure.
3. Impulsivity or failure to plan ahead.
4. Irritability and aggressiveness, as indicated by repeated physical fights or assaults.
5. Reckless disregard for safety of self or others.
6. Consistent irresponsibility, as indicated by repeated failure to sustain consistent work behavior or honor financial obligations.
7. Lack of remorse, as indicated by being indifferent to or rationalizing having hurt, mistreated, or stolen from another.

B. The individual is at least age 18 years.

C. There is evidence of conduct disorder with onset before age 15 years.

D. The occurrence of antisocial behavior is not exclusively during the course of schizophrenia or bipolar disorder.

ANNEXE 3 : La CIM-10 et la personnalité dyssociale (F60.2) (OMS, 1994)

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

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

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

ANNEXE 4 : Entretien d'Évaluation des Processus de Passage à l'Acte (MOULIN et SENON, 2010)

Opérationnalisation de la période postcriminelle.

23. Rapport du sujet à lui-même

Réactions suite à la commission de l'infraction : comportemental (fuite, comportement habituel, etc.), affects (anxiété, soulagement, etc.)
Perception, rôle et place de lui-même (auteur mais pas acteur-alcool, drogue ; victime, etc.)
Reconnaissance de ce qui lui appartient (contrainte, violence psychologique, etc.)
Conscience de ce qui a participé à l'acte (colère, impulsivité, difficulté à entrer en contact avec une femme adulte, etc.)

24. Rapport du sujet à la victime

Perception, rôle et place de la victime (actrice, provocatrice, etc.)
Empathie (capacité à éprouver, ressentir, se mettre à la place de)
Conséquence de son acte sur la victime (niée, reconnue, déplacée ...).

25. Rapport du sujet à l'acte

Reconnaissance de la matérialité de l'acte, de l'acte mais pas de l'infraction, rapport à la loi sociale externe (connaissance, positionnement : minimisation, banalisation, défi...) loi psychique interne (sentiment).

Opérationnalisation de la période criminelle.

19. La victime : les caractéristiques de la victime, sexe, âge, type de liens auteur-victime, mode de description et de présentation de la victime par l'auteur, affects, émotions.

20. L'auteur : la représentation de soi pendant l'acte. Manière dont le sujet se perçoit, ce qu'il peut dire de lui-même pendant l'acte.

21. La description de l'infraction : le mode opératoire, verbalisation et description de l'acte, affects, stratégies cognitives, la reconnaissance de l'existence de violences morale et/ou physique à l'égard de la victime, la reconnaissance de la contrainte.

22. La relation auteur-victime pendant l'acte :

Le comportement de l'auteur : la stratégie d'amorce de l'acte, le type de violence, la présence d'éléments d'humiliation de la victime, le principal affect du sujet à l'égard de la victime au moment du passage à l'acte, les éprouvés subjectif de l'auteur, les éprouvés du point de vue de la satisfaction apporté par l'acte.

Le comportement de la victime selon l'auteur : le comportement de la victime au moment des faits selon le sujet : il s'agit de la perception, voire de la représentation de la victime au moment des faits, le principal affect de la victime au moment de l'acte selon le sujet, le principal affect du sujet à l'égard de la victime au moment de l'acte.

Opérationnalisation de la période antérieure à l'infraction.

Contexte de vie de l'auteur

- 1- Le logement
- 2- La dimension professionnelle
- 3- La dimension financière
- 4- Les relations familiales
- 5- Les relations matrimoniales ou conjugales
- 6- Les relations amicales
- 7- La sexualité
- 8- La consommation d'alcool et/ou de drogues
- 9- La santé physique
- 10- La santé psychique
- 11- Les loisirs

L'analyse des indicateurs est réalisée à partir de données relatives à la parole du sujet (récit et reconstruction par le sujet a posteriori) et de données factuelles (dossiers pénaux). L'analyse est basée sur la perception et le vécu de ces dimensions par le sujet et sur leur incidence, selon ce dernier, sur sa vie au cours de cette période. Et, ce en distinguant trois niveaux : factuel, subjectif et latent

12. Événement ou situation précriminelle

Présence ou absence, nature, caractéristiques, délai temporel, sens, vécu.

13. Les manifestations du conflit psychique et son impact sur la dynamique psychique du sujet

Exemple : rupture des processus représentatifs et des capacités d'élaboration mentale ; « soi paralysé », sentiments de vide, vécu de dépersonnalisation, de perte contrôle des pulsions et affects ; rupture d'avec une image idéale de soi et émergence « d'un soi médiocre », par la dévalorisation de soi, la recherche d'un objet idéal, soit par l'émergence d'un « soi idéalisé », etc.

14. Réactions et modalités de régulation

Plan comportemental, affectif, sexuel, consommation d'alcool, de drogues et la perception d'autrui

15. La représentation de la victime

Quand la victime est connue : l'image que l'auteur a de la victime, de leur relation et les affects éprouvés à l'égard de celle-ci.

16. Le projet de l'acte

La naissance du projet et les motivations de l'acte.

17. Les circonstances de commission de l'infraction

Circonstances dangereuses, amorphes, hétérogènes.

18. Choix de la victime

Présence ou absence de choix, critères de choix.

ANNEXE 5 : Lettre de non-opposition



Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis
N° protocole : 2014/P08/040
Date 25/02/2015
Version N°3

Lettre d'information et de non-opposition

Titre de la recherche :	Passage à l'acte en maison d'arrêt : recherche d'éléments contextuels récurrents prospectifs et rétrospectifs
Promoteur :	Groupe Hospitalier de la Rochelle-Ré-Aunis
Investigateur principal :	Dr Parry
Collaborateur :	M. Saint-Martin
Adresse :	Hôpital Marius Lacroix – Secteur 3 208 rue Marius Lacroix 17000 La Rochelle

Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps de lire, comprendre ces informations et de réfléchir à votre participation.

Cette étude a pour objectif d'identifier les éléments de frustration pouvant amener à un passage à l'acte. Ceci dans le but de voir s'il existe des éléments déclencheurs qui reviennent plus fréquemment pour un même sujet. Ainsi, ils pourraient permettre d'être détectés précocement pour empêcher des actes violents. Pour cela, nous avons décidé de nous intéresser à une population qui présente une facilité de passage à l'acte : les sujets ayant des traits de personnalité dyssoziale.

L'étude a lieu dans la maison d'arrêt de Rochefort entre mars 2015 et août 2015, pendant votre période de détention. Elle ne modifie en rien votre quotidien, ni votre prise en charge carcérale, judiciaire ou médicale. En effet, le travail consiste à consigner les passages à l'acte et noter les éléments avant-coureurs qui auraient pu les provoquer.

Si vous acceptez de participer à cette étude, avant cette phase d'observation, vous serez amené à rencontrer un psychiatre. Au cours d'un entretien unique, celui-ci déterminera si vous possédez les caractéristiques requises et recueillera des éléments sur votre mode de vie actuel.

Conformément aux articles L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, le Comité de Protection des Personnes Ouest III a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le .../.../.....

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict



respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a été déclaré à la CNIL en date du .../.../.....

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Dr Pierre PARRY, tél : 05 46 45 50 50.

Cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués et ne modifiera pas vos relations avec l'ensemble de l'équipe soignante et surveillante. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part.

Après avoir lu ce document d'information, n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez.

Cadre réservé au service

NOM/PRENOM (en lettre capitale) du patient :

Date de délivrance de l'information : / /

Opposition exprimée : oui non

Nom et signature du responsable de la consultation/du service :

ANNEXE 6 : Grille de recueil des éléments biographiques



Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis
N° protocole : 2014/P08/040
Date 25/02/2015
Version N°3

Annexe 3 : cahier d'observation

Cahier d'observation

Titre de la recherche : Passage à l'acte en maison d'arrêt : recherche d'éléments contextuels récurrents prospectifs et rétrospectifs

Promoteur : Groupe Hospitalier de la Rochelle-Ré-Aunis

Investigateur principal : Dr Parry

Collaborateur : M. Saint-Martin

Adresse : Hôpital Marius Lacroix – Secteur 3
208 rue Marius Lacroix
17000 La Rochelle

Pré-inclusion

Date : ___/___/___

N° d'identification du patient : S|_|_|_|

Critères de pré-inclusion :

> 18 ans	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Peine de détention à la maison d'arrêt de Rochefort entre mars et août 2015	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Ayant donné leur accord de participation en comprenant et acceptant les contraintes de l'étude	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Une seule réponse NON ne permet pas l'inclusion du patient dans le protocole

Critères d'exclusion :

Psychose chronique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Trouble bipolaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Femme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mineur	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Sous tutelle ou curatelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Une seule réponse OUI ne permet pas l'inclusion du patient dans le protocole.

31 / 34



N° d'identification du patient : S | _ | _ |

Données biographiques :

Logement:

Stable de plus de 6 mois, type de logement	Familial	<input type="checkbox"/>
	Personnel	<input type="checkbox"/>
	Social	<input type="checkbox"/>
Précarité avec absence de logement stable	SDF	<input type="checkbox"/>
	Collocations multiples	<input type="checkbox"/>

Situation affective :

Relation stable de plus de 6 mois	Étayante	<input type="checkbox"/>
	Conflictuelle	<input type="checkbox"/>
Relation éphémères et multiples		<input type="checkbox"/>
Absence de relation		<input type="checkbox"/>

Situation familiale :

Environnement familial présent et éayant	<input type="checkbox"/>
Environnement familial conflictuel	<input type="checkbox"/>
Environnement familial absent	<input type="checkbox"/>

Situation professionnelle :

Emploi stable de plus de 6 mois	<input type="checkbox"/>	
Emploi précaire	travaux ponctuels	<input type="checkbox"/>
	Intérim	<input type="checkbox"/>
	CDD à répétition	<input type="checkbox"/>
Absence d'emploi	<input type="checkbox"/>	

Si absence d'emploi :

Durée du chômage	(en mois)
Motif d'arrêt de l'ancien emploi	Départ personnel	<input type="checkbox"/>
	Licenciement	<input type="checkbox"/>
	Conflit dans le travail	<input type="checkbox"/>

Antécédent de maltraitance :

Maltraitance physique	<input type="checkbox"/>
Maltraitance psychologique	<input type="checkbox"/>
Maltraitance sexuelle	<input type="checkbox"/>

Diagnostic de psychopathie

Score PCL-R : /40

ANNEXE 7 : Grille de recueil des passages à l'acte



Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis
 N° protocole : 2014/P08/040
 Date 25/02/2015
 Version N°3

N° d'identification du patient : S|_|_|_|

Inclusion et suivi

Grille renseignée par les soignants:

Date et heure	Type de Passage à l'Acte		Éléments Contextuels	
	Type	Description	Type	Description
Le ___/___/15 à ___ :__	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
Le ___/___/15 à ___ :__	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
Le ___/___/15 à ___ :__	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	

<p>TYPE DE PASSAGE A L'ACTE :</p> <p>1 - auto-agressif 2 - hétéro-agressif 3 - autres transgressions</p>	<p>TYPE D'ELEMENT CONTEXTUEL :</p> <p>1- Absence d'élément contextuel identifié ; 2- Troubles dans l'institution (avec un soignant, frustration par rapport aux règles) ; 3- Difficulté/frustration avec un codétenu ; 4- Difficulté/frustration avec l'entourage ; 5- Consommation d'alcool ou d'autres toxiques ; 6- Etapes dans le parcours judiciaire (refus de liberté conditionnel, de réduction de peine...) ; 7- Symptômes psychiatriques : propos délirant, troubles du sommeil, cauchemars.</p>
---	--

A ces catégories est annoté une description succincte du passage à l'acte ou de l'évènement contextuel (ex de PAA : 1 - s'est scarifié avec un bout de miroir ; ex d'élément contextuel : 4 - venait d'avoir son frère au téléphone)

ANNEXE 8 : Résumé du protocole soumis au CCPPRB



Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis
N° protocole : 2014/P08/040
Date 25/02/2015
Version N°3

Résumé

Titre de la recherche :	Passage à l'acte en maison d'arrêt : recherche d'éléments contextuels récurrents prospectifs et rétrospectifs
Promoteur :	Groupe Hospitalier de la Rochelle-Ré-Aunis
Investigateur principal :	Dr Parry
Collaborateur :	M. Saint-Martin
Adresse :	Hôpital Marius Lacroix – Secteur 3 208 rue Marius Lacroix 17000 La Rochelle

Justification / contexte

La prédiction de la dangerosité reste un sujet délicat et d'actualité dans la psychiatrie actuelle. La HAS a déterminé des facteurs généraux statiques de risque de violence hétéro-agressive. Des éléments psychopathologiques évolutifs sont identifiés dans la schizophrénie et les troubles de l'humeur comme plus à risque d'un passage à l'acte criminel. Elle recommande de repérer et prévenir les situations à risque de violence, ainsi que de développer les recherches à ce niveau. Certains auteurs ont travaillé sur la trajectoire criminelle et se sont intéressés aux facteurs de risque de passage à l'acte mais aussi aux éléments environnementaux ou cliniques accompagnant ces phases. A notre connaissance, aucune étude spécifique aux personnalités dyssociales n'a été décrite à ce jour sur les éléments contextuels avant le passage à l'acte qui pourraient le précipiter.

Nous proposons de suivre pendant 6 mois des personnalités dyssociales en maison d'arrêt de Rochefort afin de référencer tous leurs passages à l'acte, le type d'acte qu'ils répètent, ainsi que les éléments contextuels en amont de ces actes. Nous étudierons aussi l'impact des éléments contextuels liés aux étapes dans le parcours judiciaire, sur l'apparition de passages à l'acte.

Objectif Principal

Déterminer s'il existe des éléments contextuels récurrents (ex : difficulté/frustration avec un codétenu, avec l'entourage, consommation de substances, étape dans le parcours judiciaire, ...) sur l'ensemble des passages à l'acte (auto-agressif, hétéro-agressif ou autre transgression) chez les personnalités dyssociales.

Objectifs Secondaires

Y'a-t-il un lien de causalité entre des éléments contextuels liés aux étapes dans le parcours judiciaire sur l'apparition de passages à l'acte ?

Certains types de passages à l'acte sont-ils récurrents pour un sujet donné ?

Certains éléments contextuels sont-ils associés à un passage à l'acte spécifique ?

Critère de Jugement Principal

Le nombre de passage à l'acte pour chaque sujet présentant une personnalité dyssociale par type d'élément contextuel retrouvé.

Critères de Jugement Secondaires

L'ensemble des éléments contextuels en lien avec le parcours judiciaire et les passages à l'acte consécutifs.



Type de passage à l'acte pour chaque sujet présentant une personnalité dyssociale : auto-agressif, hétéro-agressif ou autre transgression.

Méthodologie

Enquête exploratoire, prospective, monocentrique.

Critères de pré-inclusion des Sujets

- Homme majeur
- Peine de détention à la maison d'arrêt de Rochefort entre février et juillet 2015

Critère d'inclusion

- Score à l'échelle de psychopathie (PCL-R) positif : supérieur ou égal à 30/40

Critères de Non-Inclusion des Sujets

- Psychose chronique
- Trouble bipolaire
- Sujets négatifs à la PCL-R
- Femmes
- Mineurs
- Sujets sous mesure de protection (curatelle ou tutelle)

Procédures

Les sujets en peine de détention à la maison d'arrêt de Rochefort seront informés de l'étude. Ceux acceptant de participer auront un entretien avec un psychiatre au cours duquel le score à l'échelle PCL-R sera déterminé. Les patients avec un score supérieur ou égal à 30 seront inclus. Les éléments contextuels liés aux étapes du parcours judiciaire seront recueillis de manière exhaustive par les surveillants. Les passages à l'acte commis par les détenus présentant une personnalité dyssociale, ainsi que les éléments contextuels associés retrouvés dans les 48 heures précédentes seront alors recueillis par les soignants de l'UCSA de la maison d'arrêt de Rochefort.

Nombre de Patients

10 à 27 sujets

Durée de la Recherche

Durée de la période d'inclusion : 5 mois et 27 jours, de mars 2015 à août 2015.

Durée de participation de chaque patient : temps d'incarcération durant cette période

Durée totale de l'étude: 6 mois

Analyse statistique

Etude exploratoire analysée par des statistiques descriptives

Retombées attendues

Bénéfice individuel : aucun

Bénéfice collectif : cette étude permettra d'appréhender sur un plan clinique si, pour chaque individu, nous pouvons déceler des éléments contextuels récurrents qui pourraient servir de signal d'alarme pour une surveillance plus attentive dans ces situations. L'étude cherche à approfondir les notions de frustration et d'impulsivité que l'on retrouve dans les agressions réactives. Elle vise à déterminer si malgré ces notions d'imprévisibilité, nous pouvons identifier des éléments de frustrations étant plus spécifiques à chaque individu, plus fréquents.

ANNEXE 9 : Accord du CCPPRB

Comité de Protection des Personnes

OUEST III

Agréé par arrêté ministériel en date du 31 mai 2012,

Constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'ARS Poitou Charentes en date du 25 juin 2012.

C.H.U. La Milétrie

Pavillon le Blaye - Porte 9

2 rue de la milétrie - BP 577 - 86021 POITIERS CEDEX

Tel : 05.49.45.21.57

Fax : 05.49.46.12.62

E-mail : cyp-ouest3@chu-poitiers.fr

Caroline Alix-Béguec
Unité de recherche clinique
Groupe Hospitalier de la Rochelle
Rue du Dr Schweitzer
17019 LA ROCHELLE

Poitiers, le 4 mars 2015

Objet : Avis favorable
Référence Comité : Protocole n° 15.01.04

Madame,

Le Comité a étudié lors de la réunion du 21 janvier 2015, le projet de protocole suivant :

Numéro de l'essai : 2014/P08/040

Titre de l'essai : « Etude du passage à l'acte chez les psychopathes en maison d'arrêt : recherche d'éléments contextuels récurrents »

Identité du Responsable : Groupe Hospitalier de la Rochelle-Ré-Aunis

Identité du Directeur surveillant : Dr Pierre PARRY, Hôpital Marius Lacroix
208 rue Marius Lacroix – 17000 La Rochelle

Lieu de recherche : Maison d'arrêt de Rochefort
11 ter rue Marechal Gallieni
BP 141 – 17306 ROCHEFORT

N° Identification : 2014-A01970-47

Versions :
Lettre de saisine : 31/12/14
Formulaire de demande d'avis : 31/12/14
Autorisation du promoteur d'agir pour son compte : 11/06/14
Protocole : version n° 1 du 30/11/14
Résumé : version n° 1 du 30/11/14
Document « soins courants » : 31/12/14
Formulaire d'information et de non-opposition : version n° 1 du 30/11/14
Liste investigateurs : version n° 1 du 30/11/14

Le quorum général étant constaté,

Mr	L.	LACOSTE	Qualifié en matière de recherche biomédicale	(T)
Mme	C.	LAMOUR	Qualifiée en matière de recherche biomédicale	(T)
Mme	N.	RABAN	Qualifiée en matière de recherche biomédicale	(S)
Mr	D.	FRASCA	Epidémiologiste	(S)
Mr	J.N.	RICHER	Médecin généraliste	(S)
Mme	C.	AIGRIN	Pharmacien	(S)
Mme	M.	AUMOND-SIMONIN	Infirmière	(T)
Mr	P.	THOMAS	Qualifié en matière d'éthique	(T)
Mme	V.	BAUDIFFIER	Psychologue	(S)
Mr	J.	MARIN	Représentant d'association de malades	(T)
Mr	D.	MAROUBY	Représentant d'association de malades	(T)

Après avoir entendu le rapporteur du collège 1, le rapporteur du collège 2, et l'avis du biostatisticien, les membres du CPP ont délibéré et émis l'avis suivant :

Un certain nombre d'informations et modifications complémentaires ont dû être apportées, ce projet a été rediscuté lors d'un passage en deuxième lecture.

Le Comité a étudié, en seconde lecture, lors de la réunion du 18 février 2015, le projet de protocole suivant :

Versions : Réponses : 30/01/15, 25/02/15
Protocole : version n°3 du 25/02/15*
Résumé : version n°3 du 25/02/15*
Lettre d'information : version n°3 25/02/15*
Cahier d'observation : 30/01/15 avec modifications apparentes
+ un exemplaire avec modifications apparentes

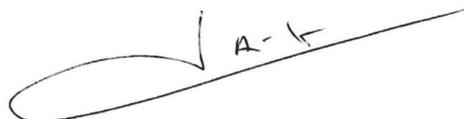
Le quorum général étant constaté,

Mr	L.	LACOSTE	Qualifié en matière de recherche biomédicale	(T)
Mr	D.	FRASCA	Epidémiologiste	(S)
Mme	M.	CHABIN	Pharmacien	(T)
Mr	M.	BORDERON	Infirmier	(S)
Mr	P.	THOMAS	Qualifié en matière d'éthique	(T)
Mme	F.	BLET	Qualifiée en matière juridique	(T)
Mr	J.	MARIN	Représentant d'association de malades	(T)

les membres du CPP ont délibéré puis après avoir obtenu les informations et corrections demandées, le Vice-président ayant reçu mandat des membres, un **avis favorable** a été émis à la mise en œuvre de cette étude, en application des dispositions du Code de la Santé Publique et de la réglementation en vigueur applicables aux recherches en soins courants.

Soyez assurée, Madame, de mes sentiments les meilleurs.

Le Vice-président
Dr L. LACOSTE



ANNEXE 10 : Grille de recueil des étapes dans le parcours judiciaire



Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis
 N° protocole : 2014/P08/040
 Date 25/02/2015
 Version N°3

Inclusion et suivi

N° d'identification du patient : S|_|_|_|

Grille renseignée par les surveillants concernant les étapes dans le parcours judiciaire :

Date et heure	Eléments Contextuels
Le __/__/15 à __ : __	

ANNEXE 11 : Résultats généraux des éléments biographiques

		Sujet (n=11)
Caractéristique démographique		
Age en année, médiane [Min-Max]		28 [18-47]
Statut judiciaire		
	Nb	%
Condamné	8	(73%)
Prévenu	3	(27%)
Logement		
Stable de plus de 6 mois, type de logement		
Familial	4	(36%)
Personnel	4	(36%)
Social	0	(0%)
Précarité avec absence de logement stable		
SDF	0	(0%)
Colocations multiples	3	(27%)
Situation affective		
Relation stable de plus de 6 mois		
Etayante	5	(45%)
Conflictuelle	1	(9%)
Relation éphémères et multiples		
Absence de relation	2	(18%)
Absence de relation	3	(27%)
Situation familiale		
Environnement familial présent et étayant	5	(45%)
Environnement familial conflictuel	1	(9%)
Environnement familial absent	5	(45%)
Situation professionnelle		
Emploi stable de plus de 6 mois		
Emploi précaire	2	(18%)
Absence d'emploi		
Travaux ponctuels	0	(0%)
Intérim	1	(9%)
CDD à répétition	1	(9%)
Absence d'emploi		
Durée du chômage en mois, médiane [interval] (n = 4)	7	(64%)
Durée du chômage en mois, médiane [interval] (n = 4)	27	[5-96]
Motif d'arrêt de l'ancien emploi		
Départ personnel	6	(86%)
Licenciement		
Conflit dans le travail	1	(14%)
Antécédent de maltraitance		
Aucune	5	(45%)
Maltraitance physique et psychologique	4	(36%)
Maltraitance psychologique	2	(18%)
Maltraitance sexuelle	0	(0%)
Diagnostic de psychopathie		
Score PCL-R, mediane [min-max]	32	[30-36]

ANNEXE 12 : Retour d'expérience

Les infirmiers de l'UCSA étaient les principaux opérateurs de notre étude. Ils saisissaient les données pendant 6 mois, au fur et à mesure de l'apparition des passages à l'acte, en plus de leur activité quotidienne. C'est aussi eux qui sont confrontés à la violence des psychopathes, pouvant mettre en jeu leur intégrité physique, ajustant leur prise charge en fonction de leur interlocuteur. Nous avons donc voulu recueillir leur vision de cette expérience.

CONCERNANT L'IMPACT SUR LA CHARGE DE TRAVAIL :

Avez vous considéré le remplissage de cette grille comme une surcharge de travail légère, moyenne ou importante?

Petite surcharge de travail, le plus compliqué était d'y penser!!

Cette activité a-t-elle eu un impact délétère sur votre travail habituel?

Aucun impact délétère.

Pensez-vous qu'un tel recueil pourrait se pérenniser dans une activité quotidienne au long cours?

Cela pourrait être possible.

CONCERNANT LE BENEFICE PERSONNEL :

Nous cherchons à savoir si cette étude a eu un intérêt personnel pour vous.

Votre intégration dans ce projet a-t-elle été inutile ou enrichissante d'un point de vue personnel, sur vos connaissances cliniques sur cette population?

Si enrichissante, précisez?

Impact personnel positif, intégration à ce travail utile : quand je regarde a posteriori les grilles, je remarque que les passages à l'acte pour un même individu sont souvent du même ordre.

Que pour certains, les passages à l'acte sont difficilement repérable exemple grille 1.

Enfin cette étude nous permet de faire une pause (réflexion), de repérer ces individus, de prendre plus rapidement du recul, d'être peut-être moins manipulable et de gagner du temps.

Sous cette forme ou d'autre, seriez vous intéressé par des informations sur la clinique psychiatrique supplémentaires?

Oui.

CONCERNANT L'INFLUENCE SUR VOTRE PRATIQUE :

Concernant les patients concernés par votre recueil, avez vous constaté un changement de votre regard sur ces détenus psychopathes?

Cf réponse au dessus.

Avez vous relevé des réactions ou des questionnements de la part des sujets inclus?

Non.

Avez vous pris des mesures différentes dans votre prise en charge avec ces sujets, qui auraient été influencées par les informations recueillies?

Si oui, lesquelles?

Anticiper , les conseils, la prévention, grille 17

Introduction : La psychopathie est un trouble de la personnalité dans lequel la répétition de la violence pose des difficultés thérapeutiques, institutionnelles et sociétales. Différents instruments apparaissent pour tenter de mesurer ce risque, sans cibler cette population spécifiquement. Dans la psychopathie, les troubles du comportement, la transgression des règles et la propension aux passages à l'acte réactifs et impulsifs sont prépondérants et problématiques.

Objectif : Cette étude explore les séquences du passage à l'acte et les circonstances immédiates de leur apparition. Le protocole recherche si des éléments contextuels récurrents peuvent être identifiés en amont des passages à l'acte.

Matériel et Méthode : L'enquête exploratoire, prospective et monocentrique, s'est déroulée à la maison d'arrêt de Rochefort, entre le 1er Mars et le 31 Août 2015. Les patients inclus étaient recrutés sur un diagnostic de psychopathie posé par la PCL-R. Étaient exclus les détenus sous mesure de protection, ceux qui présentaient un trouble psychotique ou un trouble de l'humeur chronique. Sur cette période de suivi, les infirmiers de l'UCSA relevaient l'ensemble des passages à l'acte effectués par les sujets inclus, ainsi que les éléments contextuels observés en amont de ces actes. Les données obtenues étaient analysées au moyen de statistiques descriptives.

Résultats : Parmi les 24 sujets sollicités, 11 étaient positifs à la PCL-R et ont donné leur consentement. 9 sujets sur 11 sont passés à l'acte. L'étude a retrouvé des éléments contextuels sur 31 des 46 passages à l'acte observés. Les situations contextuelles liées à l'institution carcérale et aux codétenus étaient prépondérantes. Parmi les passages à l'acte hétéro-agressifs, 93,3% ($p=0,016$) retrouvaient un élément contextuel. Individuellement, les « profils de réactivité » de chaque psychopathe étaient hétérogènes.

Discussion : Ces résultats mettent en évidence l'existence de situations contextuelles en amont du passage de l'acte chez les sujets psychopathes avec une hétérogénéité inter-individuelle, qui semble intéressante à prendre en compte dans les réponses institutionnelles et thérapeutiques que l'on peut proposer et développer afin de limiter les passages à l'acte.

Mots clés : psychopathie, personnalité dyssociale, personnalité antisociale, PCL-R, passage à l'acte, acting-out, agir, violence réactive, situation contextuelle, élément déclencheur.



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 !

