

Conduites psychopathiques

A Mercuel
M-J Guedj
S Rampa
E Gallois
J Gaillard
F Caroli

Résumé. – Les conduites psychopathiques constituent un ensemble hétérogène d'actions ou d'actes considérés en dehors des normes, règles ou lois dans le groupe social où le sujet évolue. Elles ne se limitent pas à la psychopathie. Plusieurs syndromes psychiatriques font apparaître des conduites psychopathiques dans leur tableau clinique.

Le terme de psychopathie est ambigu dans la mesure où il recouvre des notions à la fois cliniques, comportementales et morales.

Aussi nous attacherons-nous à étudier les conduites psychopathiques qui représentent les messages adressés par ces sujets à leur entourage direct, voire à la société.

© 2003 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : acte transgressif, troubles des conduites, personnalité antisociale, psychopathie.

Généralités

Le terme de psychopathie est ambigu dans la mesure où il recouvre des notions à la fois cliniques, comportementales et morales. Ce terme est l'héritier des écoles françaises (« dégénérescence de Magnan », « fou moral » de Falret), anglo-saxonnes (*moral insanity* de Pritchard, *mask of sanity* de Clekley) et allemandes (personnalité psychopathique de Schneider^[22]). Pour ces raisons, il a été démembré et se situe aux confins de l'antisocial, du dyssocial, des états limites et de la névrose de caractère. Ceci s'explique par le fait que la psychopathie s'exprime par des passages à l'acte transgressifs et emprunte parfois le masque de la pathologie. Aussi nous attacherons-nous à étudier les conduites psychopathiques qui représentent les messages adressés par ces sujets à leur entourage direct, voire à la société.

Les conduites psychopathiques constituent un ensemble hétérogène d'actions ou d'actes considérés en dehors des normes, règles ou lois dans le groupe social où le sujet évolue. Elles ne se limitent pas à la psychopathie. Plusieurs syndromes psychiatriques font apparaître des conduites psychopathiques dans leur tableau clinique.

L'interprétation du rapport de ces comportements à la loi ne cesse de soulever des questions dans les différents registres, médical, psychiatrique et juridique. S'agit-il d'une déviance sociale ou d'une conduite pathologique ? Faut-il ou non responsabiliser le sujet qui en est l'agent ? Et si oui, est-il accessible à la sanction pénale ?

Quelles que soient l'étiologie et la pathogénie, les caractéristiques propres à ces conduites rendent difficiles l'étude et la recherche

cliniques, au moins pour trois raisons : les phénomènes de migration inhérents à l'instabilité sociale de ces sujets rendent aléatoire la constitution d'une cohorte représentative et homogène ; le rapport équivoque à la loi rend problématique leur inscription dans des programmes d'études épidémiologiques, surtout en ce qui concerne les études prospectives qui nécessitent un suivi précis, régulier et durable ; le peu d'espoir dans la mise au point d'un traitement psychotrope spécifique relativise l'investissement de l'industrie pharmaceutique et la disponibilité des chercheurs.

Personnalité antisociale dans les classifications

Dans les classifications actuelles, on retrouve les conduites psychopathiques sous le double aspect de « troubles des conduites » et de « personnalité antisociale ».

Dans le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition* (DSM IV), ce trouble de la personnalité est décrit comme personnalité antisociale, ou psychopathie, ou sociopathie, ou encore personnalité dyssociale (301.7).

La description en est la suivante : « Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

- incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation ;
- tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries ;
- impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance ;
- irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions ;

Alain Mercuel : Psychiatre des Hôpitaux.
Marie-Jeanne Guedj : Psychiatre des Hôpitaux.
Stefano Rampa : Psychiatre des Hôpitaux, psychanalyste.
François Caroli : Psychiatre des Hôpitaux, chef de service.
Éric Gallois : Assistant.
J Gaillard : Psychiatre des Hôpitaux.
Centre hospitalier Saint-Anne, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France.

- mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;
- irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;
- absence de remords, indiquée par le fait d'être différent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui. »

Dans la Classification internationale des maladies (CIM) X, c'est la personnalité dyssociale qui est décrite (F60.2). Cette classification inclut les qualificatifs suivants : amoral, antisociale, asociale, psychopathique, sociopathique.

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

- 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 difficulté 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. »

Toujours dans la CIM X, il est répertorié d'autres troubles du comportement apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence : des conduites caractérisées par des comportements dyssociaux ou agressifs ne se manifestant qu'en milieu familial (F91.0) ; d'autres troubles des conduites se caractérisent en fonction du degré d'intégration de l'enfant ou de l'adolescent parmi ses pairs (type mal socialisé ou type socialisé) ; pour les plus jeunes, de moins de 9 ou 10 ans, est décrit un trouble oppositionnel avec provocation, sans pour autant qu'il soit porté atteinte aux droits d'autrui.

Sémiologie des conduites psychopathiques

Lors de l'examen sémiologique, il n'est donc pas immédiatement utile de vouloir définir la structure psychique sous-jacente (névrose, psychose ou perversion) ou le profil psychométrique, ou même tel ou tel paramètre paraclinique (électroencéphalogramme, examens biologiques). Il convient en revanche de distinguer les traits psychologiques qui entrent en jeu dans les relations interindividuelles et qui définissent la sémiologie individuelle, de ceux qui interviennent dans les interactions avec les institutions sociales, et la famille en particulier, et qui relèvent de la sémiologie sociale.

SÉMIOLOGIE INDIVIDUELLE

On peut reconnaître dans ce groupe au moins sept traits : la tendance au passage à l'acte ; la dépendance ; la passivité ; l'agressivité ; l'impulsivité ; les exigences mégalomaniaques ; les particularités de la vie sexuelle.

■ **Tendance au passage à l'acte**

Elle signe la conduite psychopathique et représente un mode de réaction disproportionné aux conflits et aux situations vécues

comme contraignantes. Elle peut prendre les formes les plus diverses en fonction des interlocuteurs, des situations, du spectateur ou du but à atteindre : geste suicidaire, fugue, délit, crise d'agitation... Dans la mesure où on ne retrouve pas d'élaboration psychique des conflits ni de prévision des conséquences, la culpabilité face aux transgressions apparaît absente, tant elle est rejetée sur l'entourage, voire sur la société entière, faisant du psychopathe une victime.

■ **Dépendance et difficultés d'identification**

Elles résultent de l'impossibilité à entreprendre toute action sans l'appui sur un autre comme modèle. Il s'agit d'une identification inadaptée (figure de l'autre d'un rang social plus élevé) ou postiche (discordance flagrante entre le sujet et son modèle). Cette dépendance tire son origine d'un défaut de structuration des instances idéales de la personnalité. Elle maintient le sujet dans une indétermination constante au regard de son identité, puisque aucune relation n'est jugée satisfaisante. Elle contraint à la répétition de tentatives en quête d'une identification réussie et rend compte non seulement de l'absence d'autonomie, mais aussi de la labilité des relations avec autrui.

■ **Passivité et recherche des émotions**

C'est paradoxalement dans un contexte de passivité en permanence émaillée par les gestes transgressifs sur un fond d'oisiveté et de désœuvrement, de difficulté d'exécution et de décision, que se situe l'existence du psychopathe, comme s'il fallait que l'acte soit intense pour arriver à créer une situation émotionnelle propre à sortir de cette gangue morose. L'ensemble des conduites dites à risque témoigne de cette recherche perpétuelle d'émotions, au mépris de l'autoconservation. On comprend l'aide des toxiques dans leurs rôles thymoanaleptiques et stimulants. Cette alternance entre passivité et exaltation a pu en imposer pour un équivalent bipolaire.

■ **Agressivité**

Intense et fluctuante, elle découle des frustrations. Liée à la nécessité de provocation de l'autre, elle frappe par la disproportion entre les moyens mis en jeu et le but à atteindre, ce qui la rend stérile vers autrui mais risque de la voir se retourner contre le sujet lui-même.

■ **Impulsivité**

Dans la mesure où la pensée marque le pas, où l'acte se substitue à la parole, l'impulsivité signe le défaut d'élaboration psychique. Le désir de posséder ne peut être différé. La valeur de l'objet se confond avec l'intensité du désir. La possession doit donc être immédiate ou alors elle devient inutile.

■ **Exigences mégalomaniaques**

Elles prennent la forme d'une demande d'amour impossible à satisfaire. C'est un désir qui a pour fonction de défier l'autre dans le registre passionnel et de le mettre à l'épreuve : il débouche inmanquablement à terme sur une frustration. L'intensité de la quête affective contraste avec la pauvreté de l'élaboration psychique pour parvenir au but recherché. De plus, l'instabilité identificatoire conduit à la répétition du même scénario, au gré des changements d'objet. Ainsi, malgré la recherche d'une affection durable, la vie relationnelle évolue-t-elle par crises, de rupture en rupture.

■ **Particularités de la vie sexuelle**

Référence constante dans le discours du sujet, induisant une érotisation des rapports sociaux, elle s'avère en fait pauvre et insatisfaite dans la réalité. L'objet est mal défini : le garçon paraît masquer une impuissance par le mépris des filles, des

comportements sadiques ou une homosexualité vénale ; la fille affirme des positions caricaturales dans le registre de la virilité. Chez l'un comme chez l'autre, la vie sexuelle, si donjuanesque soit-elle, paraît souvent instrumentalisée au mépris d'un lien relationnel.

Parfois, au contraire, un attachement immense, marqué du sceau de la dépendance et de l'emprise, fournit une stabilisation momentanée des conduites. Quand l'exigence devient intolérable, la relation se rompt, entraînant les pires excès dans des conduites agies auto- ou hétéroagressives.

SÉMIOLOGIE SOCIALE

■ *Conduites psychopathiques face à la société*

Elles s'expriment par une confrontation aux règles institutionnelles :

– dans la famille, qui se présente comme le premier champ d'expérimentation de la transgression de la loi (fugues, rixes, opposition à l'autorité parentale, agressivité dans la fratrie et en dehors, puis survenue des premiers petits délits) ;

– à l'école, où le parcours scolaire se révèle décousu ou chaotique dès les premières années du secondaire ; ici, l'inattention, l'instabilité, les conflits incessants, les fugues, les absences et les autres incidents finissent rapidement par accentuer les difficultés d'apprentissage ; la progression scolaire est interrompue précocement, que ce soit par l'abandon ou l'exclusion ; à l'inverse, certains auteurs comme Gibello considèrent le déficit ou plutôt la dysharmonie cognitive comme *primum movens* des troubles des conduites à l'école, attitudes de prestance face à l'échec plutôt que trouble du comportement empêchant l'investissement scolaire ;

– au cours du service national, désormais non obligatoire, où il est courant de noter un phénomène paradoxal de devancement d'appel contrastant avec le refus de discipline ; néanmoins les actes de désertion, d'opposition à l'autorité ou d'insubordination disparaissent, moins du fait de l'évolution de la psychopathie que de la sélection de plus en plus exigeante des individus engagés.

Dans l'ensemble, ces conduites psychopathiques sont marquées dans la société du sceau de la marginalité, voire de la déviance. Il s'agit de délinquance ordinaire certes, mais aussi d'« équivalents » de délinquance : conduite dangereuse de véhicules à l'origine d'accidents dramatiques, rallyes, courses poursuites, jeux à risque vital...

Si le sujet apparaît plus dyssocial qu'asocial, c'est parce qu'il ne peut s'intégrer à un groupe organisé, même délictueux : s'il le côtoie parfois, il risque d'en être la victime. Certaines époques historiques ont pu exceptionnellement favoriser l'intégration de ce type de personnalité. Il s'agit des guérillas, des guerres, voire des périodes révolutionnaires. Elles offrent alors l'occasion et le champ d'action d'un certain héroïsme qui permet d'exister en tout honneur et d'être enfin reconnu.

Sur le plan professionnel, contrairement aux périodes sociales de plein emploi où l'instabilité psychopathique entraîne des changements itératifs d'employeur, les périodes moins propices à l'emploi regorgent de difficultés insurmontables d'insertion peu caractéristiques d'une personnalité ou d'une pathologie.

■ *La société face aux conduites psychopathiques*

Les conduites psychopathiques constituent en elles-mêmes une transgression des règles qui fondent l'existence et le fonctionnement des institutions sociales. Ces mêmes institutions font preuve habituellement d'une attitude de rejet : l'assistante sociale par des enquêtes et des menaces de placement, le juge par la prison, l'éducateur contraint à jouer des rôles ambigus. Les conduites psychopathiques provoquent des réponses sociales qui reproduisent

celles vécues en famille : alternance entre protection et rejet. Dans ces conditions, l'institution carcérale a pu apparaître comme la seule solution : c'est le phénomène de la double exclusion. Mais la sanction est-elle efficace ? Souvent, l'action dissuasive de la répression n'a pas autant d'effet qu'on veut le croire puisque, même en prison et malgré un réseau de soins spécialisés dans le cadre carcéral, le sujet reproduit son mode relationnel habituel. Paradoxalement, il arrive même d'observer une exacerbation des troubles de comportement, que ce soit par l'action de contention du lieu ou par une sorte d'effet de diffusion des troubles lié à la promiscuité. Il en va de même en milieu hospitalier lors d'un projet de soins.

■ *Conduites psychopathiques dans la famille*

Les conduites psychopathiques ont été décrites chez l'adolescent, voire chez l'enfant. Toutefois, à ces âges-là, elles n'évoluent pas forcément à l'âge adulte vers une psychopathie, mais elles prennent la forme d'autres troubles de personnalité, ou s'aggravent du côté de la schizophrénie, ou encore reviennent à la normale. Parmi les étiologies organiques des conduites psychopathiques, on a pu évoquer une hypothèse neurodéveloppementale telle que le retard à la maturation, puisqu'il est classique de dire « il n'existe plus de psychopathie après 30 ans ». Dans le cursus psychopathique, on retrouve très fréquemment une multiplicité de placements dans l'enfance pour des raisons familiales, maternelles et sociales.

Si la constellation qui entoure le sujet laisse percevoir un père absent, la mère, elle, n'est pas ambivalente mais « alternante » : à des périodes d'amour succèdent des périodes de désintérêt ou de rejet, créant ainsi chez l'enfant un noyau de personnalité particulier que Flavigny a décrit sous le terme d'« empreinte en creux »^[10]. Dans ces conditions, pour cet auteur à la suite de Winnicott, l'avenir du sujet sera marqué par la recherche permanente auprès du monde extérieur de la réparation impossible de ce creux non comblé dans l'enfance. D'où la recherche de stimuli les plus divers qui s'exercent naturellement par la recherche de conflits avec l'entourage.

Différents diagnostics de l'enfance, actuels ou rétrospectifs, sont évoqués : trouble de l'attention, trouble oppositionnel, enfant hyperactif. Cela n'est pas sans rappeler d'anciennes considérations nord-américaines faisant état de dysfonctionnement cérébral à minima et devant être traité par des amphétamines. Autour de ce trouble du développement de l'enfant, il est difficile de faire la part entre les dysharmonies évolutives, les carences du milieu familial ou un dysfonctionnement cérébral sans lésions objectivables.

Évolution des conduites psychopathiques

STABILISATION NATURELLE

Tout d'abord, il est constaté par tous que les conduites psychopathiques baissent en intensité avec l'âge : dans la seconde partie de la vie, les pulsions agressives s'estomperaient et feraient place à une meilleure régulation face aux sollicitations des événements de la vie. Cette évolution doit être considérée comme favorable.

Par ailleurs, la stabilisation se concrétise parfois par des emplois plus ou moins temporaires dans des fonctions où l'action et l'environnement relationnel prédominent : gardien, garde du corps, homme à tout faire, tenancier de café ou de restaurant, ou encore lorsque l'exhibition et la prise de risque en public valorisent les exigences mégalomaniaques. Cette évolution exprime une sorte d'adaptation du trouble à l'environnement, une stabilisation naturelle au sein d'un milieu de survie.

Cependant, il faut rappeler que nombre de psychopathes décèdent des complications de leurs comportements. En effet, qu'il s'agisse de conduites à risque, addictives ou sexuelles, ou de conduites proprement suicidaires, leur vie est constamment mise en danger par l'absence de prudence et de précaution, faisant suite à un défaut dans la mise en place de l'autoconservation, et entraînant une surmortalité.

COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES

■ **Crises suicidaires**

Elles font irruption au moment d'une déstabilisation psychique : périodes d'incarcération ; polysevrages plus ou moins volontaires ; situations de détresse diverses telle une rupture sentimentale. Le passage à l'acte constitue alors une tentative d'échappement à l'atteinte narcissique mise en jeu plutôt qu'une réelle volonté autodestructrice planifiée. Ingestion massive de psychotropes à visée euphorisante ou à la recherche d'un nirvana, coupures cutanées plus ou moins symboliques, violence d'un acte de précipitation ou usage d'une arme à feu, l'intentionnalité suicidaire apparaît moins que l'attitude de défi ou même la demande régressive et inconsciente de maternage.

Malgré l'impréparation habituelle du geste, le risque d'un suicide réussi n'est pas négligeable, comme si l'acte dépassait la pensée. On peut voir là une certaine similitude avec les passages à l'acte suicidaires chez les adolescents.

■ **Alcoolisme**

Si l'on a pu affirmer que l'alcoolisme chronique constituait une stabilisation de la psychopathie, il est certain que, bien avant d'en arriver là, nombre d'équipes infirmières et de médecins de garde des urgences auront été épuisés par les manifestations aiguës de l'alcoolisme psychopathique.

Une intoxication aiguë devient une ivresse pathologique, la plupart du temps excitomotrice avec agressivité et troubles du comportement mal contrôlables. Une abstinence involontaire devient rapidement un syndrome de sevrage. Dans les deux cas, une observation prolongée est nécessaire. Elle pose de sérieux problèmes à l'institution soignante et au personnel : menaces et chantages, contentions, chimiothérapie d'urgence, refus de soins, sorties sans autorisations, fugues.

En dehors de ces situations de crise, l'alcoolisme complique les relations aux autres qui viennent se plaindre : conjoint battu, enfants maltraités, voisinage excédé. Il s'agit alors plus d'une urgence sociale que médicopsychiatrique, aggravant le pronostic.

■ **Toxicomanies**

Au cours de l'adolescence, elles débutent d'emblée par une polytoxicomanie : alcool avec cannabis et psychotropes. L'automédication par ces produits a plusieurs objectifs : action désinhibitrice, anxiolytique, hypnotique et antidépressive. La signification ordalique et d'intégration à un groupe en est un autre aspect. Ces conduites addictives, souvent sévères, tenaces, multifactorielles et polytoxiques, se compliquent rapidement par leurs conséquences sociales : vols, escroqueries, violences, d'autant que les injonctions de soins sont peu efficaces. Ainsi la loi du 31 décembre 1970 sur la toxicomanie n'offre-t-elle pas de solution satisfaisante pour de tels usagers.

■ **Accès confusionnels**

En rapport ou non avec les toxiques, les états confusionnels imposent une exploration organique rationnelle car ces patients

cumulent les risques : l'alcoolisme avec l'éventualité de troubles de l'hémostase, les complications des traumatismes crâniens, les maladies infectieuses, les encéphalites virales surtout à virus de l'immunodéficience humaine (VIH). L'intoxication ou le sevrage déclenchent ou aggravent ces états confusionnels. Enfin, toutes ces intrications favorisent des crises convulsives conduisant aussi à des états confusionnels.

■ **Bouffées délirantes aiguës**

Des états psychotiques aigus, souvent très brefs, accompagnent l'évolution des conduites psychopathiques. La sémiologie de dépersonnalisation, voire d'états crépusculaires rapidement transitoires avec vécu oniroïde, relève d'une étiologie et d'une pathogénie souvent difficiles à démêler : absorption de toxiques, errance avec perte des repères, situation de contrainte telle l'incarcération.

■ **Troubles thymiques**

Les fluctuations thymiques sont si fréquentes que les anciens auteurs rattachaient cette particularité clinique au syndrome lui-même et en expliquaient les variantes par les termes hypothymes, hyperthymes et poikilothymes. D'autres auteurs considèrent qu'il s'agit d'une complication^[4].

Les états d'excitation, parfois en rapport avec les toxiques ou certains psychotropes désinhibiteurs, relèvent tout autant de défenses maniaques visant à dénier la réalité psychique et la possibilité de conflits internes.

Les états dépressifs se caractérisent par une large expression clinique. Du simple ennui à la dépression majeure, le prétexte plus que l'étiologie en est l'épuisement physique, la détresse psychosociale ou les complications des toxiques. L'histoire abandonnique de ces sujets et l'absence de soutiens narcissiques rend la brutalité de ces effondrements dépressifs, si brefs soient-ils, impressionnante. Les contestations diagnostiques entre cliniciens portent sur de tels états, à haut risque suicidaire pour l'un, et, quelques heures plus tard, totalement amendés par une quelconque consommation d'un objet d'addiction ou d'un objet affectif. Quel que soit le type de dépression, la culpabilité n'apparaît guère, laissant plutôt la place à un vécu persécutif flou et inorganisé, où la faute vient de l'autre.

COMPLICATIONS SOMATIQUES

De manière paradoxale, elles permettent souvent d'établir un lien thérapeutique avec un psychologue ou un psychiatre, davantage par le biais de la souffrance physique qu'en abordant directement le malaise psychique.

■ **Maladies infectieuses**

Dans la mesure où le sentiment mégalomane de soi, même s'il cache une fragilité narcissique, leur fait négliger toute mesure de protection et de prévention, les maladies infectieuses se répètent. Les vaccinations ne sont jamais à jour et, malgré le service national ou l'engagement militaire, aucun rappel n'est prévu. Dès lors, ces patients s'exposent aux maladies infectieuses générales ou cutanées, surinfectant les blessures, ou sexuellement transmissibles (sida, hépatite B ou C, syphilis...). Les conditions de précarité et la dénutrition favorisent la contamination et le développement de la tuberculose. La difficulté ou le refus, voire l'absence totale d'accès aux soins, aggravent la situation. Lorsque les traitements sont instaurés, la plupart du temps en milieu institutionnel, ils sont rarement poursuivis au-delà du séjour hospitalier.

■ **Conséquences physiques de l'alcoolisme et des toxicomanies**

En plus des conséquences aiguës des sevrages spontanés que sont les crises comitiales, le delirium tremens ou ses formes subaiguës, il

faut retenir surtout les hépatites, alcooliques ou virales, les cirrhoses, les polynévrites et à l'extrême la démence alcoolique à ses divers degrés évolutifs. Si, il y a encore une décennie, les patients consommateurs de substances psychoactives représentaient la population à haut risque d'infection par le VIH, les études récentes tendent à montrer que les campagnes sanitaires de prévention (information, stérilisation, échanges de seringues) ont porté leurs fruits : durant les années 1990, ils étaient atteints pour 60 % d'entre eux par le VIH contre seulement 10 % actuellement. Il en est de même pour les *overdoses* dont la fréquence diminue en Service d'accueil et d'urgence. En revanche, l'association de produits toxiques ou l'usage de produits frelatés sont encore à l'origine de nombreux accidents somatiques. Les substances circulant sous le label *ecstasy* contiennent en réalité de nombreux produits détournés de leur usage (antalgiques, anesthésiques, psychotropes divers, antipaludéens).

COMPLICATIONS SOCIALES

■ **Rejet**

D'une part, le psychopathe se trouve rejeté par son entourage habituel du fait même de son comportement, d'autre part, ses troubles du caractère avec crises clastiques accentuent le mouvement d'exclusion des groupes. Ainsi, le psychopathe se retrouve seul, après des rejets en cascade, face à une société qu'il a lui-même tant rejetée.

■ **Exclusion et précarité**

Une des modalités évolutives actuelles est la marginalisation progressive et, au stade ultérieur, la vie en situation de précarité. Ainsi est-il fréquent de retrouver certains psychopathes dans les centres d'hébergements pour grands exclus ou sans domicile fixe. On les rencontre plutôt en hébergements de nuit et d'urgence, car ils ne s'intègrent guère dans les structures où l'accueil est prolongé. Leur comportement d'intolérance, d'agressivité, voire de violence, qu'il soit lié à un produit toxique ou non, les conduit à se faire expulser souvent dès la première nuit. Même dans ces situations sociales particulièrement pénibles au cours desquelles ces propositions d'accueils peuvent faire fonction de « pause » dans leurs trajectoires, les ruptures continuent à se succéder. Lorsque le psychopathe est « à la rue », la mise en place d'un projet de soins devient aléatoire et livrée aux hasards des rencontres plus avec des intervenants sociaux qu'avec des professionnels de santé. Les consultations de précarité dans les hôpitaux généraux laissent espérer la mise en place des projets de soins plus structurés qui assureraient une certaine continuité thérapeutique. En réalité, seule une minorité de psychopathes accepte cette régularité, souvent plus par nécessité physique que psychique : traitement antirétroviral, soins infirmiers, et plus généralement traitement de la douleur (dentaire, rhumatologique ou autre) et de toute limitation aux déplacements (ulcères variqueux, plaies des membres inférieurs). La présence d'un psychiatre dans ces lieux de consultation générale leur permet d'exprimer dans un second temps leur douleur psychique, mais cette opportunité de soins psychologiques ne suffit pas. Certains hôpitaux spécialisés arrivent à « fidéliser » ce type de patients en proposant des consultations dans leur centre d'urgence ouverts en permanence et offrent une possibilité de suivi discontinu. Il en est ainsi par exemple au Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil du Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris et dans plusieurs hôpitaux de province.

■ **Prostitution, sexualité vénale**

Qu'il s'agisse de subvenir à des besoins financiers quotidiens ou pour rembourser des dettes auprès de certains créanciers (*dealers*), la prostitution passagère, ponctuelle, occasionnelle, homo- ou

hétérosexuelle, structurée ni dans la durée ni dans l'engagement professionnel, émaille les conduites psychopathiques.

La répétition de comportements sexuels mal organisés dans le choix d'objet, preuve de domination ou exercice de séduction, défi à la société, tourne parfois à l'inculpation médico-légale chez des sujets rarement pervers, provocants et imprudents comme dans d'autres domaines envisagés ci-dessus.

Formes cliniques

FORMES SELON L'ÂGE : ENFANCE ET ADOLESCENCE

Deux attitudes contraires s'opposent : soit rechercher très précocement des traits psychopathiques dès la plus petite enfance, en songeant à une étiologie et une pathogénie pour partie constitutionnelles, soit attendre l'adolescence pour chercher à distinguer le type de rapport social et ses difficultés avec l'environnement. En pratique, le comportement psychopathique, chez l'enfant ou l'adolescent, est à interpréter à la lumière des autres symptômes, qu'ils soient d'ordre thymique, cognitif, alimentaire ou émotionnel. C'est ce qui permet d'évoquer dans certains cas une prépsychose, un enfant hyperkinétique ou une dysharmonie évolutive, dans d'autres cas une organisation déjà plus structurée de la personnalité comme une névrose ou une perversion, ou plus simplement une conséquence d'une première rencontre, initiatique ou non, avec un produit toxique tel que l'alcool et maintenant plus souvent le cannabis. Des études récentes montrent que 30 % environ des élèves du secondaire ont déjà fait usage de cannabis.

Quoi qu'il en soit, l'adolescent psychopathe, toujours dans un rapport d'antagonisme puis d'opposition avec les adultes, teste les capacités de l'autre à le contenir. Lorsqu'il accède à une demande de soins, elle a lieu sous la pression de l'entourage familial ou éducatif qui ne peut plus contenir les troubles du comportement agi (agressivité, agitation, destruction) ^[13].

FORMES SELON LE SEXE

L'agressivité s'exprime différemment selon le sexe : autoagressivité chez la femme, avec de nombreuses intoxications médicamenteuses volontaires, d'autant plus faciles que ces patientes abusent de plusieurs psychotropes prescrits ou obtenus de façon illégale ; hétéroagressivité chez l'homme, avec cependant des risques d'autoagressivité lors d'ivresses pathologiques.

FORMES TRANSCULTURELLES

Depuis quelques années, les déplacements facilités par l'ouverture des frontières font découvrir des psychopathes de cultures différentes. Dans ces cas, le respect des droits et des devoirs inscrits dans la loi est souvent très aléatoire. Si nul n'est censé ignorer la loi, l'origine étrangère accentuant le décalage culturel et linguistique entretient aussi une certaine ignorance.

Épidémiologie

Le taux de prévalence sur la vie de personnalité psychopathique varie entre 2 et 3 %. La prédominance est masculine et le taux est plus élevé chez les personnes vivant seules.

Comorbidité psychiatrique

Toutes les conduites psychopathiques ne se limitent pas à la personnalité antisociale. Certaines pathologies ou d'autres troubles de la personnalité s'accompagnent, à certains moments de leur évolution, de conduites psychopathiques.

TROUBLES SPÉCIFIQUES DE LA PERSONNALITÉ

■ *Personnalité schizoïde*

Une infraction, un délit mineur se trouve rationalisé ou expliqué de façon discordante, détachée.

■ *Personnalité hystérique*

Un comportement psychopathique peut faire cristalliser une hystérie, masculine le plus souvent. Le « donner à voir » de l'hystérie révèle chez la femme une certaine érotisation des rapports sociaux. De même, chez l'homme hystérique, il y a une scène de la « mise en actes » des rapports sociaux. Ici, un comportement voyant, frappant, voire déviant, témoigne plus d'un conflit névrotique de type hystérique que d'une psychopathie typique.

SCHIZOPHRÉNIE

Un syndrome psychotique peut débuter par un comportement antisocial. Des caractères d'atypicité, comme une froideur ou des bizarreries dans le contact, contrastent avec l'habituelle familiarité du psychopathe^[8].

■ *Schizophrénie pseudopsychopathique*

Le début de la schizophrénie peut être marqué par des actes et comportements psychopathiques ; cependant, cette appellation de pseudopsychopathie correspond plutôt à une forme évoluée et évolutive de schizophrénie. Plus généralement, le comportement psychopathique prend valeur de masque social au début puis, avec le temps, semble représenter pour certains patients une forme de stabilisation de la psychose.

■ *Héboïdophrénie*

Elle se distingue par des actes particulièrement dangereux et violents, sans motivation, sans prodromes, telle une impulsion catatonique imprévisible et furieuse.

PSYCHOSE MANIACODÉPRESSIVE

Plus fréquent lors d'un accès maniaque, le comportement psychopathique pose la question du diagnostic différentiel et aussi celui de la responsabilisation des conduites. L'anamnèse du sujet est l'élément fondamental du diagnostic positif. Cependant, pour l'adolescent et l'adulte jeune, la reconstruction du passé est de peu d'utilité. Le rapport entre psychose maniacodépressive et psychopathie, notamment dans la forme bipolaire, reste une question souvent discutée^[18]. Une conduite psychopathique d'apparition tardive doit faire évoquer un syndrome dysthymique non exprimé auparavant.

PERVERSIONS

Dans certaines perversions, le comportement est particulier, car il procède d'une recherche de plaisir en relation avec un tiers impliqué de façon variable dans ce comportement. D'ailleurs, le tiers en question est parfois un authentique psychopathe. Plusieurs éléments cliniques permettent de distinguer le pervers du psychopathe ; parmi eux : l'adaptation sociale, toujours réussie chez le pervers, et le rapport à l'empathie, où le pervers recherche la pitié et le psychopathe la sympathie.

ÉTAT LIMITE

Il peut s'émailler fréquemment de comportements psychopathiques : réactions hostiles explosives, comportements à risque. Ceux-ci sont conditionnés non pas tant par les traits de personnalité habituels du

psychopathe, mais par des éléments de personnalité prépsychotique et de dépression anaclitique. Cette forme de dépression peut être à l'origine de graves tentatives de suicide dans un contexte de recherche insatiable de dépendance^[21].

DÉFICIENCE MENTALE, RETARD MENTAL

En ce qui concerne les formes graves ou profondes, le diagnostic ne pose pas de difficulté mais, dans les formes légères, les sujets vivant de façon entourée et protégée par des personnes peu structurantes peuvent être entraînés dans des conduites psychopathiques sans percevoir leur aspect asocial ou dyssocial.

Diagnostic différentiel

Tantôt le patient se présente caractériel et agressif dès la moindre frustration, tantôt il est d'une dépendance avide. Suivant le moment et le contexte, le théâtralisme et la suggestibilité posent la question des limites avec la personnalité hystérique, ou encore le mépris et la méfiance en imposent pour une réaction paranoïaque. Parfois, les comportements de domination repérés lors des passages itératifs en institution font évoquer à tort un diagnostic de perversion.

DÉLINQUANCE PURE

Elle n'est pas à confondre avec la psychopathie. Nombre d'actes de délinquance financière, administrative, commerciale, multimédiatique (*hackers*) sont commis par des personnes parfaitement intégrées socialement et à tous les niveaux de l'échelle sociale. La délinquance aussi est en rapport direct avec la loi, plus particulièrement avec l'articulation de la loi avec l'appareil judiciaire qui est garant de son respect. Ainsi la délinquance est-elle soumise aux variations de la jurisprudence, selon les contextes historiques, sociaux, culturels, du lieu et du moment.

TROUBLES DES CONDUITES ISOLÉS

Le trouble explosif intermittent, considéré comme un défaut du contrôle des impulsions agressives, ne présente pas de trouble de la personnalité de type antisocial en dehors des phénomènes critiques. L'état maniaque peut, par ses expressions cliniques momentanément antisociales, évoquer une psychopathie, d'autant que certaines manies s'accompagnent de troubles du caractère avec agressivité réactionnelle.

PARANOÏA

Sous l'emprise de l'alcool en particulier, des réactions d'allure paranoïaque peuvent apparaître, associées à la personnalité antisociale. En contexte de crise, cela peut en imposer parfois pour une paranoïa authentique. Il ne s'agit en fait que d'une exacerbation des mécanismes de défense, surtout de phénomènes de projection à contenu persécutif.

ORIGINE ORGANIQUE

Au milieu du xx^e siècle, Kurt Schneider évoquait l'origine organique de certaines psychopathies, à défaut d'examen paracliniques suffisamment performants. Il n'en demeure pas moins que certaines atteintes cérébrales telles que les encéphalites, en particulier à VIH, les séquelles de traumatismes crâniens et de tumeurs cérébrales, peuvent conduire à des comportements d'allure psychopathique : vols, désinhibition sexuelle, fugues, agressivité.

COMPORTEMENTS ADAPTÉS

Il paraît curieux d'employer le terme d'adaptation pour un comportement habituellement considéré comme pathologique. Cependant, on peut se demander si, dans certaines situations de

détresse sociale ou de survie, des infractions à la loi répétées, telles que les vols, relèvent d'un comportement psychopathique ou d'une conduite adaptée.

Aspects paracliniques

La difficulté du diagnostic des conduites psychopathiques, du fait de la difficulté de rattachement à un diagnostic catégoriel et à un diagnostic de personnalité d'une part, du problème même de la nomenclature des troubles des conduites d'autre part, a fait de longue date poser la question de critères objectifs.

BILANS PSYCHOMÉTRIQUES OU DE PERSONNALITÉ

Le *Minnesota multiphasic personality inventory* (MMIP) confirme, dans le travail de Deniker et Sempé^[6], le polymorphisme clinique, avec des scores élevés à différentes échelles telles que les échelles Pd, mais aussi D, Hy, Pt, Hs et Pa.

Le test d'intelligence de Wechsler, s'il met en évidence un quotient intellectuel (QI) global généralement au-dessous de la moyenne, montre surtout une disparité entre le QI verbal et le QI performance, en liaison avec la pauvreté du vocabulaire, des confusions sémantiques et une impossibilité à préciser le sens des mots. Le langage est approximatif, flou, pauvre, même si l'insuffisance des réponses tend à être masquée par des conduites de prestance.

Le test de personnalité de Rorschach, quand le sujet en accepte la passation, confirme les éléments anxiodépressifs, ainsi que les difficultés d'attention, et la tendance au passage à l'acte pour supporter la frustration. Les planches mettant en évidence les images parentales sont, soit refusées, soit caractérisées par les traits d'abandonnisme, et montrent la mauvaise intégration œdipienne. Des recherches sont en cours pour comparer les résultats trouvés au Rorschach et à l'échelle de psychopathie de Hare.

ÉCHELLES

La littérature nord-américaine fourmille de recherches sur la mise au point d'échelles spécifiques ou l'adaptation d'échelles existantes à l'étude et la prévention de conduites psychopathiques dans leur aspect de délinquance.

La plus importante est la *psychopathy check list-revised* (PCL-R) de Hare, traduite et validée en langue française par Côté et al^[5]. Le protocole d'entrevue, la grille de cotation et le manuel de cotation sont publiés. Cependant, l'entraînement à la cotation nécessite une formation de 4 jours. Cette échelle, élaborée après une réunion en France en 1975 qui déplorait l'absence d'instrument défini pour la psychopathie, est d'usage international. Élaborée sur des cohortes de personnes incarcérées, elle possède une excellente fidélité et une excellente consistance interne. Elle permet de prédire les comportements de violence, la récidive, l'adhésion à un programme de traitement et la réussite des mesures de libération conditionnelle pour les détenus. Elle est basée sur la description des conduites psychopathiques de Cleckley et elle apparaît cohérente avec le diagnostic de trouble antisocial de personnalité du DSM ainsi qu'avec les échelles du MMPI déjà citées. Les 20 items qui composent l'instrument sont :

- loquacité, charme superficiel ;
- surestimation de soi ;
- besoin de stimulation, tendance à s'ennuyer ;
- tendance pathologique au mensonge ;
- duperie, manipulation ;
- absence de remords ou de culpabilité ;

- affect superficiel ;
- insensibilité, manque d'empathie ;
- tendance au parasitisme ;
- faible maîtrise de soi ;
- sexualité débridée ;
- apparition précoce de problèmes de comportement ;
- incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste ;
- impulsivité ;
- irresponsabilité ;
- incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes ;
- nombreuses cohabitations de courte durée ;
- délinquance juvénile ;
- violation des conditions de mise en liberté conditionnelle ;
- diversité des types de délits commis par le sujet.

De nombreuses études semblent confirmer la pertinence de cette échelle, du moins dans les pays développés, et son application essentielle pour prévoir la récidive des comportements violents, quel que soit le diagnostic catégoriel.

D'autres échelles spécifiques sont souvent citées, même si toutes ne sont pas encore utilisées en langue française. Elles sont comparées à l'échelle de Hare : ainsi la *psychopathic personality inventory*.

Mais aussi, on trouve des études portant sur des échelles plus générales pour montrer leur validité concernant les troubles des conduites psychopathiques, notamment dans leur application chez l'enfant et l'adolescent. Ainsi le *Devereux scales of mental disorders* cote l'abus de substances mais non la dépression ; le *Million adolescent clinical inventory* corrélé à l'échelle de Hare permettrait de distinguer une forte et une faible psychopathie ; l'*Oregon adolescent depression project conduct disorder screener* permet de prédire un diagnostic de trouble de personnalité antisociale à partir de celui de troubles des conduites...

AUTRES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Si on considérait classiquement que les examens neurologiques mettaient en évidence des dysfonctionnements davantage que des lésions, les techniques actuelles, ainsi que l'ambiguïté de certains résultats, font état tantôt de dysfonctionnements, tantôt de pathologie lésionnelle.

Les mesures électrocorticales comportent l'étude du tracé encéphalographique de repos et après stimulation visuelle, ainsi que la mesure de la CNV (vitesse de conduction nerveuse dans la mesure des potentiels évoqués) ou réponse contingente négative, potentiel lent électrophysiologique cortical succédant à un stimulus. Le travail historiquement cité de Verdeaux G et Verdeaux J en 1963 montrait des anomalies fonctionnelles des rythmes, notamment dans la région frontale, sans anomalies spécifiques et sans foyers. Les études plus récentes retiennent aussi des conclusions de dysfonctionnement frontal ou préfrontal gauche mais aussi limbique, par la mise en évidence de la diminution du P300^[3]. Ces études concernent des sujets portant le diagnostic de trouble de personnalité antisociale ou encore de troubles des conduites. Elles indiquent un but préventif ou thérapeutique, ainsi la prédiction de rechute après un sevrage à la cocaïne ou encore l'usage de la phénytoïne sur l'agressivité impulsive seulement.

■ Techniques d'imagerie

Une étude récente concernant le volume du cortex préfrontal qui serait réduit chez les patients présentant un trouble de personnalité

antisociale permet, selon Godfroid et al ^[12], de confirmer l'hypothèse de l'organisation cérébrale. Le volume de la région hippocampique postérieure a été aussi mesuré chez des sujets présentant des comportements agressifs violents associés à un trouble de personnalité antisociale ^[16], diagnostiqués donc sur l'échelle de psychopathie déjà citée : sa diminution serait en rapport avec le déficit du conditionnement à la peur.

■ **Données de la biochimie**

Les neurotransmetteurs sont impliqués dans certains aspects des troubles des conduites psychopathiques, en particulier dans l'impulsivité et la désinhibition, et on retrouve un hypofonctionnement sérotoninergique associé à un taux élevé de dopamine circulante ^[14].

Le cortisol plasmatique matinal serait significativement diminué chez les filles présentant un diagnostic isolé de trouble des conduites.

DONNÉES DE LA GÉNÉTIQUE

Elles se basent habituellement sur des études de familles, de jumeaux, et d'adoption, ainsi que sur la recherche de l'incidence de la maladie selon la mise en évidence d'un gène particulier. Les principales conclusions portent d'une part sur la difficulté à étudier des familles de personnalités antisociales, d'autre part sur la nécessité de sélectionner l'une ou l'autre des conduites psychopathiques (alcoolisme, consommation de substances, jeu pathologique...).

Les études de jumeaux retiennent la vulnérabilité génétique, ainsi que l'influence mixte de facteurs héréditaires et environnementaux. La dépendance à l'alcool semble plus nettement associée à des facteurs génétiques comme le gène DRD5 ^[24]. Les travaux actuels ne mentionnent plus du tout le génotype sexuel XYY dans les recherches sur l'agressivité comme composante de la personnalité antisociale.

Enfin, c'est par la voie des études génétiques sur la schizophrénie, et notamment la notion de « spectre génétique » de Kéty, que l'on retrouve la personnalité antisociale dans les familles de schizophrènes.

Thérapeutique

PRÉVENTION

Tertiaire, cherche-t-elle en vain à limiter les conséquences sociales de la psychopathie ? Porter un diagnostic précoce dès l'adolescence et mettre en place un système relationnel stable et permanent serait le but d'une prévention secondaire. Peut-elle espérer atteindre un objectif aussi ambitieux ? Combien d'éducateurs se sont heurtés à cette problématique ? Faut-il éduquer ? Doit-on punir ? Quoiqu'il en soit, les services de psychiatrie ne sont pas les mieux placés pour initier une réadaptation. Pour cela, les structures à vocation socioéducative peuvent proposer une réponse plus adaptée. L'idéal d'une véritable prévention primaire serait de repérer les familles à risque psychopathique. Familles éclatées, situations monoparentales, rejet et/ou trop grande tolérance du milieu familial empêchent toute fondation d'un lien relationnel structuré indispensable à une socialisation.

La question posée est plus celle du traitement des comportements antisociaux que du réel traitement de la psychopathie ^[9] : le psychopathe ne se reconnaît pas comme malade et, en miroir, les autres malades et les soignants non plus ne le reconnaissent pas comme tel. Ceci induit très rapidement des conflits institutionnels, avec à terme le rejet momentané voire l'exclusion définitive de

l'institution. Par ailleurs, la demande de soins émane le plus souvent d'un tiers, qu'il soit médical, social, familial ou judiciaire. De ce fait, la mise en place d'un projet de soins apparaît d'emblée difficile puisqu'il ne faut pas espérer un investissement personnel. Les premiers temps de la prise en charge sont marqués par des ruptures, des ambivalences, des négociations au sujet du soutien psychologique et du traitement psychotrope. Dans la mesure où il existe chez le psychopathe une « sémiologie sociale », associée aux troubles psychiques, qui domine ses conduites, le traitement doit comprendre une partie « sociale » pour favoriser l'investissement d'une activité. En effet, l'environnement peut jouer un rôle primordial dans une sorte de « guérison naturelle » dans l'évolution. Elle passe par la rencontre identificatoire du sujet vis-à-vis d'une personne ou d'une institution, la personne venant combler le creux initial carenciel. Ce peut être une rencontre amoureuse, un éducateur, un supérieur... réussissant à faire intégrer le déséquilibre en un « milieu de survie » ^[10] qui lui permettra d'attendre la maturation nécessaire bien que tardive liée à l'âge. La difficulté étant, avec ces patients, de savoir où et jusqu'où l'on désire s'engager ^[1]. Souvent, le recours aux traitements plus classiques serait nécessaire.

CHIMIOTHÉRAPIE

■ **Psychotropes**

Ils peuvent être employés à court terme, dans le but de traiter un symptôme si passager soit-il. Dans la pratique, les manifestations comportementales bruyantes comme les états d'agitation conduisent à utiliser des produits à visée sédatrice immédiate, l'objectif thérapeutique recherché étant l'accalmie.

À d'autres occasions, le projet thérapeutique peut s'étendre au moyen terme. C'est le cas lors d'épisodes critiques comme les états dépressifs, les états délirants, les crises suicidaires, les complications des conduites addictives alcooliques ou toxicomaniaques dont les pharmacodépendances. Ces états sont traités de façon symptomatique, la plupart du temps en milieu hospitalier, parfois même sous contrainte. Le médecin est tiraillé entre le nécessaire sevrage d'une polytoxicomanie et la prévention des accidents de ces mêmes sevrages : épilepsie, delirium tremens, syndrome de manque...

À long terme, et en suivi ambulatoire, il n'existe pas de chimiothérapie spécifique et les projets de soins s'articulent autour de la prévention d'autres épisodes critiques. L'appétence aux psychotropes doit rendre la prescription prudente.

Les benzodiazépines ont un effet anxiolytique mais alimentent la dépendance et s'utilisent essentiellement dans les situations d'urgence. L'interruption brutale de tels produits, le plus souvent involontaire, provoque des syndromes de manque eux-mêmes à l'origine d'agressivité. Par ailleurs, les benzodiazépines peuvent favoriser des levées d'inhibition avec passage à l'acte auto- ou hétéroagressif.

En cas d'extrême agitation motrice, le clonazépam (2 mg), le diazépam (10 mg) peuvent être employés par voie intramusculaire à visée myorelaxante et potentialisatrice d'autres produits tels que les neuroleptiques utilisés alors à dose plus faible.

Les antidépresseurs doivent être choisis avec soin compte tenu du risque d'ingestions médicamenteuses volontaires, présentant des doses létales très éloignées des doses thérapeutiques. Ils restent néanmoins mal acceptés par les patients du fait du délai d'action, des effets indésirables et surtout de la durée globale de traitement. Pourtant, les antidépresseurs de nouvelle génération semblent prometteurs, notamment par leur action sur les neurotransmetteurs sérotoninergiques et dopaminergiques impliqués dans les circuits neuronaux de l'agressivité et de l'impulsivité.

Les neuroleptiques demeurent les psychotropes les plus rejetés par ce type de patient et leur efficacité pose la question de la composante

psychotique de ces patients. Les neuroleptiques sédatifs utilisés lors d'accès de violence sont vécus comme persécutifs, anesthésiants et trop inhibiteurs à moyenne ou forte dose. En revanche, utilisés à dose plus modérée et sur un long terme, ils semblent mieux tolérés. Il en est ainsi de la chlorpromazine (100 mg/j) et de la cyamémazine (100 mg/j) per os. Les produits tels que la propériciazine (30 mg/j) et la pipampérone (60 mg/j) per os ont une activité reconnue sur l'agressivité, tant verbale que physique, et sont utilisés depuis longtemps dans ce but. Les nouveaux neuroleptiques atypiques dits antipsychotiques (amisulpiride, rispéridone, olanzapine), moins connus de ces patients et mieux tolérés, sont fréquemment bien acceptés. Cependant, comme pour les autres produits de cette famille, leur longue durée de prescription fait que très souvent la prise est interrompue prématurément. C'est aussi pour cela que certains préconisent l'emploi de neuroleptiques à action prolongée, en particulier la fluphénazine (100 mg/mois) ou le zuclopenthixol décanoate (400 à 800 mg/mois).

Les thymorégulateurs tels que les dérivés anticomitiaux (carbamazépine, acide valproïque, valpromide) ou le lithium favorisent une action agressolytique. La médicalisation imposée par ces produits (dosages précis, contrôles biologiques, surveillance clinique) sert de vecteur transitionnel thérapeutique. Ils sont d'autant plus indiqués lors d'une dysthymie associée. Cependant, le suivi de ces produits n'est pas très conciliable avec l'inconstance et l'instabilité inhérentes à la psychopathie.

■ **Produits non psychotropes**

Ils sont parfois utilisés dans des indications plus spécifiques. La cyprotérone indiquée dans les cas d'agressivité sexuelle est un équivalent de castration chimique. Son emploi reste sujet à discussion et soulève des questions éthiques pour l'instant sans réponse consensuelle. Les bêtabloquants, tels que le propranolol (80 mg/j), ont démontré leur efficacité sur le comportement agressif. Leur emploi reste délicat du fait du risque vital cardiovasculaire en cas d'ingestion massive.

PSYCHOTHÉRAPIES

■ **Individuelles**

La régularité et la continuité imposées par les psychothérapies, quelles qu'elles soient, ne permettent pas a priori un accrochage durable. Il est donc nécessaire d'accepter une certaine souplesse au risque de voir se volatiliser la première velléité de réflexion sur soi. Ceci ne doit pas conduire au délitement d'un cadre thérapeutique minimal. Au début, cette thérapie peut se restreindre à un étayage rudimentaire ou à l'obtention du respect des règles sociales les plus élémentaires.

Orientation analytique

Elle nécessite une adaptation particulière du cadre. Une attitude thérapeutique traditionnelle (silence, neutralité bienveillante...) peut réactiver une anxiété, source de nouveaux passages à l'acte. Certains considèrent la psychanalyse contre-indiquée dans ce type de pathologie.

Psychothérapie de soutien

Plus souple, elle permet d'utiliser des techniques mieux adaptées à ce type de personnalité : recadrage permanent, réponses aux questions posées, aide à la verbalisation, rappel des contraintes imposées (injonction voire obligation de soins).

L'objectif principal consiste à maintenir un lien relationnel durable dans la perspective de réduire progressivement les principales défenses telles que le déni, le clivage ou le refoulement, et de pouvoir approfondir l'introspection, voire entamer une psychothérapie de type analytique.

Hypnose

L'aide à la verbalisation par l'hypnose peut être bénéfique, mais les états modifiés de conscience provoqués par cette technique exposent à des risques de levée d'inhibition et de passages à l'acte. Cette induction peut être récupérée de façon perverse par le psychopathe dans un but utilitaire et déresponsabilisant de ses actes.

Thérapie systémique

Elle est surtout indiquée pour la prise en charge d'adolescents en difficulté, qu'ils soient au sein d'une famille ou d'une institution.

Thérapie cognitive et comportementale

Cette thérapie, dont la théorie est fondée sur le principe des schémas inadaptés, offre au sujet la possibilité de reconstruire sa biographie à la lumière des conséquences de ses actes. Cependant, l'absence de culpabilité et le mépris de l'autre limitent sérieusement ce type de thérapie individuelle.

■ **Thérapies institutionnelles**

Thérapies communautaires

Très en vogue dans les pays anglo-saxons, elles demeurent discutées en France. Elles sont employées en deuxième intention, lors des échecs successifs des autres stratégies thérapeutiques, essentiellement dans les communautés thérapeutiques de toxicomanes. Le pivot de cette méthode est constitué par un travail permanent du sujet sur la responsabilité. L'assurance, l'expérience, la fermeté des thérapeutes sont des conditions primordiales à la mise en place de ces thérapies.

Structures de soins

• *Hôpital général*

Les Services d'accueil et d'urgences reçoivent fréquemment des patients porteurs de plaintes somatiques. Les psychopathes en représentent bon nombre. En dehors des véritables atteintes physiques, des situations de sevrage ou de surdosage de produits variés, et surtout des formes de dépression masquées, la plainte somatique exprimée dans l'urgence, sans support organique, doit être considérée comme une véritable hypocondrie. Elle est une forme ultime de demande de soins psychiques urgents^[20], qui ne peut être verbalisée autrement.

En hôpital général, les comportements psychopathiques deviennent vite insupportables pour le personnel hospitalier. De ce fait, le rejet immédiat met souvent fin au séjour.

• *Hôpital ou service psychiatrique*

Ici, les conditions présidant à l'admission sont déterminantes. En parallèle à la chimiothérapie, dès que l'état psychophysique du patient le permet, on doit établir un contrat de soins avec rappel des droits, et surtout avertissement concernant les devoirs prévus par le règlement intérieur et la loi du 27 juin 1990. À ce propos, les comportements psychopathiques conduisent bien souvent à une hospitalisation sous contrainte, plutôt hospitalisation d'office que sur la demande d'un tiers où celui-ci peut être inquiété par la menace de représailles. Toutefois, l'hospitalisation est rarement programmée. L'admission s'effectue en urgence suite à un risque suicidaire ou autoagressif grave dans la moitié des cas ou, dans un quart des cas, au risque de passage à l'acte hétéroagressif. La nécessité d'un sevrage alcoolique, une altération majeure de l'état général ou tout autre sevrage constituent le restant des indications d'hospitalisation^[25]. Bien entendu, en aucun cas l'hospitalisation sous contrainte ne doit favoriser l'impunité face à des actes délictueux.

Afin d'éviter une utilisation anarchique des lieux intrahospitaliers, on peut proposer des séjours séquentiels dans le cadre du service libre [23]. Il s'agit de programmer des hospitalisations de durée brève, en hôpital de semaine par exemple, de façon répétée et régulière, par exemple une semaine par mois. Ce contrat de soins offre plusieurs avantages : anticipation de moments de crises, prévention de complications tant psychiques que physiques, réduction du temps global d'hospitalisation. Dans ce cadre aussi, tout patient commettant un acte délictueux au sein de l'établissement doit être responsabilisé indépendamment des soins [7].

• *Unités pour malades difficiles (UMD) et unités psychiatriques interdépartementales (UPID)*

L'UMD est encore utilisée comme recours thérapeutique par certaines équipes de soins. L'admission, toujours en hospitalisation d'office dans ces unités (au nombre de quatre, réparties sur le territoire), est régie par des règles et des protocoles très stricts, et intervient dans des moments particulièrement dangereux dans la suite de passages à l'acte graves. Toutefois, l'envoi d'un patient dans une UMD peut être considéré par certains secteurs comme un échec thérapeutique.

Certaines équipes ont opté pour une UPID au sein de l'établissement. Il s'agit de structures plus souples qui se situent entre les UMD et l'hospitalisation classique par une prise en charge très stricte intersectorielle pour un temps limité. Cette option présente des avantages institutionnels, mais l'aspect rétrograde asilaire, qui rappelle les « pavillons des agités » d'autrefois, suscite réserves et critiques.

• *Services médicopsychologiques régionaux (SMPR)*

Dans la mesure où la population psychopathique est prépondérante en prison, il est fréquent de prendre en charge des sujets psychopathes lors de décompensations psychiatriques, sans doute plus facilement qu'en milieu hospitalier.

Les SMPR offrent la possibilité de soins institutionnels : consultations ambulatoires infirmières ou médicales,

psychothérapies, hôpital de jour, groupes de parole, ateliers thérapeutiques. Ces soins, acceptés librement au sein d'un milieu de privation de liberté, ont pour but d'apprendre à maîtriser l'agressivité et l'intolérance aux frustrations. Deux objectifs sont poursuivis : supporter l'incarcération et préparer une réinsertion à la sortie. En dehors des moments critiques, la relation thérapeutique avec le psychopathe en milieu pénitentiaire doit s'élaborer plus dans la forme du rapport entre patient et thérapeute que dans le contenu fantasmatique du comportement agi, tout en respectant l'expression des émotions [17].

Dans l'attente du jugement, les experts peuvent se succéder. Ces moments de rencontre offrent parfois l'occasion au psychopathe de verbaliser un tant soit peu sa conduite. Sans parler de valeur thérapeutique, l'expertise constitue un moment privilégié au cours duquel peut parfois émerger une demande de soins.

AUTRES THÉRAPEUTIQUES

■ *Électroconvulsivothérapie*

Elle est utilisée en France selon un protocole très strict et dans un but purement symptomatique. L'indication doit être posée lors d'agressivité incontrôlable par les traitements médicamenteux ou en cas de contre-indication aux psychotropes.

■ *Psychochirurgie*

Thérapeutique irréversible, elle soulève de multiples questions éthiques et n'est plus qu'exceptionnellement utilisée, et seulement sur indication définie par un comité d'experts.

Conclusion

Les comportements psychopathiques secondaires à des pathologies psychiatriques présentent un meilleur pronostic thérapeutique que ceux qui sont propres à la psychopathie pure. En effet, si le diagnostic reste facile à poser, il en est autrement de l'approche thérapeutique au long cours, l'une des plus difficiles en psychiatrie.

Références

- [1] Bailly-Salin P. Stratégie thérapeutique d'une évolution psychopathique vis-à-vis des psychopathes. *Confront Psychiatr* 1980 ; 18 : 175-188
- [2] Barrash J, Tranel D, Wanderson S. Acquired personality disturbances associated with bilateral damage to the ventromedial prefrontal region. *Developmental Neuropsychology* 2000 ; 18 (3) : 355-381
- [3] Bauer LO, O'Connor S, Hesselbrock VM. Frontal P300 decrements in antisocial personality disorder. *Alcohol Clin Exp Res* 1994 ; 18 (6) : 1300-1305
- [4] Caroli F, Olie JP. Nouvelles formes de déséquilibre mental. Rapport d'assistance, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson, 1979 :
- [5] Cote G, Hodgins S, Ross D, Toupin J. L'échelle de psychopathie de Hare : un instrument et la validation de sa version française. In : Comptes rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXI, session Pointe-à-Pitre, 26-30 avril 1993, tome IV, Masson, 1994
- [6] Deniker P, Sempe JC. Les personnalités psychopathiques. Essai de définition structurale. *Encéphale* 1967 ; 56 (1) : 5-322ème Ed. *Encéphale* 2001 ; XXVII : 137-156
- [7] Ducroix C, Hamdani N, Lemaître L, Caroli F. Hospitalisation séquentielle programmée. Quelles indications ? *Nervure, FMC* 2000 ; XIII (5)
- [8] Duval F. Des troubles des conduites psychopathiques chez les psychotiques. *Actua Psychiatr* 1994 ; 24, 3 : 20-22
- [9] Fillieux T, Godfroid IO. Le point sur le traitement des psychopathes. *Ann Méd Psychol* 2001 ; 159 : 285-293
- [10] Flavigny H. De la notion de psychopathie. *Rev Neuropsych* 1977 ; 25 (1) : 19-75
- [11] Fowles DC. Electrodermal hyporeactivity and antisocial behavior : does anxiety mediate the relationship ? *J Affect Disord* 2000 ; 61 (3) : 177-189
- [12] Godfroid IO, Fontaine E, Fillieux T, Charlot A, Jeuniaux L. L'étude de la personnalité antisociale confirme l'hypothèse de l'organisation cérébrale. *Encéphale* 2000 ; XXVI : 85-86
- [13] Guedj M]. Psychopathie et placements dans l'enfance. *Nervure* 1996 ; IX (2) : 52-55
- [14] Hallikainen T, Lachman H, Saito T, Volavka J, Kauhanen J, Salonen JT, Ryyanen OP et al. Lack of association between the functional variant of the catechol-O-methyltransferase (COMT) gene and early-onset alcoholism associated with severe antisocial behavior. *Am J Med Genet* 2000 ; 96 (3) : 348-352
- [15] Kiehl K, Hare RD, McDonald JJ, Brink J. Semantic and affective processing in psychopaths : an event related potential (ERP) study. *Psychophysiology* 1999 ; 36 (6) : 765-774. *Erratum in : Psychophysiology* 2000 ; 37 (2) : 267
- [16] Laasko MP, Vaurio O, Koivisto E, Savolainen L, Eronen M, Aronen HJ, Hakola P et al. Psychopathy and the posterior hippocampus. *Behav Brain Res* 2001 ; 118 (2) : 187-193
- [17] Lamothe P, Geoffroy D. La psychopathie revisitée en prison. *Persp Psy* 1989 ; 19 (4) : 229-236
- [18] Olie JP, Caroli F, Gay C. Les déséquilibrés. In : *Encycl Méd Chir (Elsevier Paris). Psychiatrie, 37310A10, 1984*
- [19] Pascalis G. Psychopathie, déséquilibre psychique : historique et nosologie psychiatriques. *Confrontations Psychiatriques* 1980 ; 18 : 15-25
- [20] Petitjean F. Les criseurs chroniques. *Ann Méd Psycho* 1995 ; 3
- [21] Senon JL, Fahs H, Perivier E. Les états limites à expression psychopathique : une entité à revisiter sur le plan clinique et thérapeutique. *Ann Psychiatr* 1998 ; 13 (1) : 57-64
- [22] Schneider K. Les personnalités psychopathiques. Paris : PUF 1955
- [23] Smagghe PO, Saidi MJ. Intérêt de l'hôpital de semaine en psychiatrie de secteur. *Nervure, VI* (5) : 65-68
- [24] Vanyukov MM, Moss HB, Kaplan BB, Kirillova GP, Tarter RE. Antisociality, substance dependence, and the DRD5 gene : a preliminary study. *Am J Med Genet* 2000 ; 96 (5) : 654-658
- [25] Visinoni A. Le déséquilibre psychopathique au CPOA : aspects statistiques, cliniques et psychopathologiques. [Thèse de doctorat en médecine] Reims, 1989