



Psychopathie et trouble de la personnalité antisociale : une même entité clinique ?

Raphaël Ponzio

► To cite this version:

Raphaël Ponzio. Psychopathie et trouble de la personnalité antisociale : une même entité clinique ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03868208

HAL Id: dumas-03868208

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03868208v1>

Submitted on 23 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2022

Thèse n° 3139

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Raphaël PONZIO**

Né le 9 juillet 1993 à Paris.

Le 12 octobre 2022.

**PSYCHOPATHIE ET TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ
ANTISOCIALE : UNE MÊME ENTITÉ CLINIQUE ?**

Sous la direction du Docteur Patrick LE BIHAN

Membres du jury :

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Présidente du jury

Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN

Juge

Monsieur le Docteur Jean-Philippe CANO

Juge

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

A LA PRESIDENTE DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX,

Professeur des Universités, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Docteur en épidémiologie,

Responsable de l'unité intersectorielle de réhabilitation,

Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de la qualité de vos enseignements durant mon internat ainsi que de votre implication dans le bon déroulement de notre internat et je vous en suis reconnaissant.

Soyez assurée de ma profonde gratitude et de mon respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN,

Professeur des Universités, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Unité pour Malades difficiles ERASME,

Centre Hospitalier du Rouvray, Sotteville-lès-Rouen.

Je tiens à vous remercier de faire partie de mon jury de thèse et d'avoir accepté d'être le rapporteur de mon travail. Votre expertise dans le domaine et votre expérience viendront apporter une lumière particulière sur cette recherche.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jean-Philippe CANO,

Praticien hospitalier, Psychiatre,

Docteur en médecine,

SMPR, Bordeaux, Gradignan

Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je tiens à te remercier d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, j'ai pu travailler avec toi un temps au SMPR et ce fut un grand plaisir.

Ta gentillesse, ton expérience et ton sens de la pédagogie dans la psychiatrie légale m'ont beaucoup plu.

Sincèrement, je te remercie et te témoigne ma gratitude.

AU DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN,

Praticien hospitalier,

Docteur en médecine, psychiatre,

Chef de pôle de Psychiatrie Médico-Légale,

Centre hospitalier de Cadillac, Unités pour Malades Difficiles.

Je tiens à vous remercier pour toute votre aide et votre expertise pour ce travail de thèse. Et je vous remercie pour votre pédagogie et votre bienveillance qui a orienté mon intérêt pour la psychiatrie médico-légale lors de mon stage à l'UMD.

Je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance et ma profonde estime.

A MA FAMILLE :

A ma mère qui m'a toujours soutenu durant ces longues études et qui me manque depuis que je suis à Bordeaux.

A mon père qui a été fier de moi en toutes circonstances et que je regrette de moins voir.

A mon frère, que je prends encore comme modèle malgré les années qui passent. Très fier d'avoir Bérangère comme belle-sœur et Joséphine, Lazare comme nièce et filleul.

A Valérie, Sacha, Nathan, Grand-mère, Mamoune pour leur soutien infaillible.

A Kal, ma meilleure amie, ma complice, merci d'accepter encore de partager ma vie avec mes petits défauts. A ta mère Agnieszka d'une aide précieuse pour ce travail, à Éric.

A mes cousins Antoine, Thomas, Valentin et cousines Alice, Julie, Camille.

A MES AMIS

A mon meilleur ami Nicolas, ça fait tant d'années qu'on se connaît, merci d'être toujours là, j'espère que cela durera encore et encore, avec Juliette, Alexia, Marina, Geoffrey, Nono, Didier etc.

A mon ancien coloc Julien et 2^{ème} meilleur ami, merci pour ton intelligence et ta finesse d'analyse légendaire. Hâte d'assister à vos épousailles avec Sarah.

A Pedro, tellement heureux que tu vives à Bordeaux qu'on puisse enfin partager toutes nos passions. On finira en coloc un jour ou l'autre.

A Guez, Compa, Edouard, merci pour tous ces moments à rire avec vous. Il faut que vous veniez plus souvent apprécier la vie Bordelaise !

A Aurel, Alex mes deux futurs marathoniens, tant de moments exceptionnels passés avec vous. Triste de ne plus vous voir aussi souvent, on rattrapera ça j'espère.

A Claire qui m'assiste dans tous mes choix de vie depuis plus de 3 ans, merci pour ton efficacité, ton humour légendaire et ta légèreté que j'apprécie tant. A Noé.

A mes amis Bordelais, Mathilde, Pierrot, Emilie, Lucien, Isaure (basque), Sarah, Julian, Capu, Thibaut, Louma, Augustin, Loanne, Nathan merci de supporter ma légèreté et de m'apporter autant de bonheur.

A mes amis adeptes du dérapage, Andréo, Batiste, Alex, AE, May, Clem, Lucile, David, Madar, Saadé, Hélène, Mika, Hugo. Merci pour toute cette bonne humeur et ces belles mines que vous avez.

A Nils, Alex, Max, Lucie, que de souvenirs à Perros, Lacanau. J'ai hâte de vous retrouver pour une partie endiablée de stacks.

A Olivier, JE, Louis ces moments de fou rire au collège, content de vous avoir encore à mes côtés.

A mes amis piliers, Arthur, Camille, Caro, Cécile, Charles, Chris, Dag, Clément, Constance, Guillaume, Hugo, Iris, Marion, Nico, Paula, Rod, Theo x2, Tom, Victor, Tal merci pour ces premières années de fac intenses et studieuses.

A MES STAGES :

A Ali, Jules, Pr Bouvard et Pr Galera au SUHEA, merci pour votre gentillesse et votre patience pour mon premier stage. Merci à l'équipe paramédicale et infirmière pour ce stage qui fut un réel plaisir.

A Juliette, Damien, Jonathan, Antoine, JML, Éric, Dr Bergey au SECOP pour ce stage qui fut intense mais tellement formateur. Merci également à l'équipe infirmière que je revois encore pendant les gardes.

A Marion, Coline, Dr Deloge à Régis (Actuel U3) pour votre implication dans ma formation et votre bienveillance. Encore une fois un gros merci à l'équipe qui a rendu ce stage encore plus agréable.

A Paul, Yann, Gabrielle à Cadillac pour ce stage qui a confirmé mon attrait pour la psychiatrie légale. Merci pour votre gentillesse et votre bonne humeur. Hâte de te retrouver Yann pour continuer cette aventure. Et Paul, quand tu veux pour un squash.

A Mathieu, Elise, Louise, Jacques, Bérengère, Pr Auriacombes, Dr Sarram au CSAPA pour ce stage enrichissant et très formateur. Le travail avec les différentes équipes et notamment en détention m'a également beaucoup plu. Et je remercie Jean et Nicolas pour leur accueil.

A Alexandra, Thomas, Florian, Julie, Pr Aouizerate au CERPAD pour ce stage permettant de rentrer dans le détail des dossiers et d'apercevoir les dimensions de recherche clinique en psychiatrie. Merci pour votre expertise et votre bienveillance.

A mes amis de DU, Claire, Zélia, Nathan, pour tous ces trajets vers la belle ville de Poitiers.

A mes co-internes et tous ceux que j'ai pu côtoyer pendant mon internat. Fabien, Noémie, Laura, Maca x2, Simon, Jonathan, Anne Sophie, Lisa, PH, Julia, Mélissa.

Au self de Charles Perrens qui me nourrit chaque jour.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
PARTIE I : DÉFINITIONS ET HISTORIQUE.....	10
I.1 Le concept de « psychopathie ».....	11
I.1.1 Étymologie.....	11
I.1.2 Historique.....	11
I.1.3 Évolution du concept	12
I.2 Le concept de « trouble de la personnalité antisociale »	14
I.2.1 Étymologie.....	14
I.2.2 Historique.....	14
I.2.3 Évolution du concept	14
I.3 Diagnostic	15
I.3.1 Le trouble de la personnalité dyssociale (Selon la CIM-10 et CIM-11).....	15
I.3.2 Le trouble de la personnalité antisociale (TPAS, selon le DSM-5).....	16
I.4 Évaluation de la psychopathie	18
I.4.1 La PCL-R (R. Hare).....	18
I.4.2 La Psychopathic Personality Inventory.....	20
I.5 Psychopathologie.....	21
I.5.1 Trouble de la personnalité antisociale.....	21
I.5.2 La psychopathie (approche psychodynamique).....	22
PARTIE II : TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE, PSYCHOPATHIE, UNE MÊME ENTITÉ CLINIQUE ?	24
I.6 Introduction	25
I.7 Matériel et méthodes	25
I.8 Résultats.....	27
I.8.1 Épidémiologie	27
I.8.2 Clinique.....	30
I.8.3 Étiopathogénie	38
I.8.4 Typologie des passages à l'acte violents	43
I.8.5 Thérapeutiques.....	45
I.9 Discussion.....	47
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	52
SERMENT D'HIPPOCRATE	59

Abréviations

AVPI : Auteur de Violences entre Partenaires Intimes

CIM : Classification Internationale des Maladies

CAPP : Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality

DSM : Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LSRP : Levenson Self-Report Psychopathy Scale

PCL-R : Psychopathy Check List Revised

PCL :SV : Psychopathy Check List Screening Version

PDG : Président-Directeur Général

PPI : Psychopathy Personality Inventory

QI : Quotient Intellectuel

TC : Trouble des Conduites

TCC : Thérapies Cognitivo-comportementales

TDAH : Trouble avec Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TPAS : Trouble de la personnalité antisociale

INTRODUCTION

La psychopathie se caractérise par une constellation de symptômes allant du détachement émotionnel au charme superficiel jusqu'au défaut d'empathie avec mépris des règles et du droit d'autrui. Il s'agit de l'un des troubles les plus étudiés dans la littérature scientifique psychiatrique et psychologique. L'image du « psychopathe » tueur en série, froid, violent et impulsif a le vent en poupe popularisée à travers différents médias (télévision, séries, cinéma, littérature, presse). Pourtant, malgré la richesse des études sur le sujet, un paradoxe demeure autour de ce concept de psychopathie. En effet il existe une confusion dans l'emploi de ce terme dans le grand public bien sûr mais aussi parmi certains spécialistes.

Parmi la communauté psychiatrique, il est souvent confondu avec le trouble de la personnalité antisociale (TPAS) qui regroupe essentiellement des caractéristiques comportementales. Il existe un chevauchement diagnostique important entre la psychopathie et le TPAS. Cependant, il paraît important de faire la distinction entre le TPAS qui concerne un ensemble très hétérogène d'individus ayant des comportements antisociaux et la psychopathie regroupant un ensemble de traits de personnalité pathologiques que nous allons décrire. Dans la littérature internationale récente ces deux termes n'apparaissent pas synonymes.

Ces deux entités ont un coût majeur pour la société du fait du retentissement sur le plan social, judiciaire et sanitaire ; il est important de bien les différencier pour apporter une réponse adaptée à chaque trouble.

L'objectif de ce travail de thèse est de faire un état des lieux des connaissances sur la psychopathie et le trouble de la personnalité antisociale, de mettre en lumière les similitudes et les divergences en y étudiant les aspects épidémiologiques, cliniques, neurobiologiques et les perspectives de prise en charge.

Pour cela, nous nous attacherons dans un premier temps à faire un rappel des définitions et de l'historique de ces concepts en nous intéressant notamment à la psychopathologie et aux différents outils diagnostiques.

Dans un second temps, nous réaliserons une revue narrative de la littérature portant sur les deux diagnostics en question et nous tâcherons d'explorer les similitudes et différences tant sur le plan épidémiologique, clinique, étiologique que thérapeutique.

PARTIE I : DÉFINITIONS ET HISTORIQUE

I.1 Le concept de « psychopathie »

I.1.1 Étymologie

L'étymologie du terme psychopathie tire son origine des mots grecs : *psychè* que l'on peut traduire par « esprit, âme » et *pathos* (« souffrance, douleur »). Nous verrons plus tard que ce n'est souvent pas tant le sujet qui souffre mais plutôt les personnes qui l'entourent.

I.1.2 Historique

En France, nous entrapercevons sans doute la première description de ce trouble dans le « *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* » rédigé par Pinel en 1801. Dans cet ouvrage l'auteur évoque « les lésions de l'entendement » et la « manie sans délire » qui serait marquée par des accès périodiques dans lesquelles le patient manifesterait un état de fureur tout en conservant une conscience de ces accès ainsi qu'une certaine intelligence (1). Ses observations étaient controversées. Son élève Esquirol, reprend en partie le travail de son maître et introduit dans son traité de 1838 : « la monomanie raisonnante » qui se rapproche de la description actuelle de la psychopathie (1).

En 1835, le britannique Prichard utilisa pour la première fois l'expression « moral insanity » que l'on peut traduire par folie morale. Même s'il était en accord avec la vision de Pinel sur de nombreux aspects, la neutralité morale prônée par ce dernier ne correspondait cependant pas à la conception de Prichard. En effet, il considérait que les patients atteints de « folie morale » connaissaient la différence entre le bien et le mal mais étaient contraints de s'engager dans des comportements antisociaux (2).

En 1857, le psychiatre français Morel en fait une description dans sa théorie de la dégénérescence avec l'idée que ce trouble serait lié à un désordre neurologique et héréditaire. De plus, il relie la dégénérescence mentale et le fonctionnement antisocial. Par la suite, Magnan parlera de « déséquilibré institutionnel » (1884), Lombroso de « criminel né » (1870) et Dupré « des pires produits de la dégénérescence mentale » (1912).

Au début du XX^{ème} siècle, Kraepelin, opposé à l'école française de la dégénérescence, proposera une classification de différentes catégories de psychopathes et mettra l'accent sur les actes antisociaux et le jugement moral. Ses descriptions se rapprochent des conceptions actuelles de personnalité antisociale ou dyssociale. Il est à noter que Kraepelin est le premier à

utiliser le terme « psychopathe » et à insister sur la nécessité de différencier le psychopathe du simple perturbateur, en institution notamment, remarque qui reste toujours très actuelle (2).

I.1.3 Évolution du concept

La publication par Cleckley en 1941 de « *The Mask of Sanity* » marque une rupture avec la vision clinique classique de la psychopathie : en effet la conceptualisation du sujet psychopathe selon Cleckley s'intéresse davantage aux caractéristiques intrinsèques de l'individu (impulsivité, défaut d'empathie, de remords, etc.), qu'aux antécédents judiciaires (1). Ainsi Cleckley reconnaît que de nombreux « psychopathes » ne deviennent jamais des criminels, et met en avant certaines caractéristiques psychopathiques comme pouvant être utiles en dehors de toute activité criminelle, notamment dans les affaires (charme superficiel, détachement émotionnel, défaut d'empathie ou de remords). Nous voyons ici les 16 caractéristiques essentielles :

- Charme superficiel et intelligence
- Absence de délire ou de tout signe de pensée irrationnelle
- Absence de nervosité ou de manifestations psychonévrotiques
- Manque de fiabilité
- Fausseté et hypocrisie
- Absence de remords et de honte
- Comportement antisocial non motivé
- Pauvreté du jugement et incapacité d'apprendre de ses expériences
- Égocentrisme pathologique et incapacité d'aimer
- Pauvreté des réactions affectives
- Incapacité d'introspection
- Incapacité à répondre de façon adaptée dans les relations interpersonnelles (considération, gentillesse, confiance, etc.)
- Comportement fantasque et peu engageant sous l'effet de l'alcool, voire en l'absence d'alcool
- Rarement porté au suicide
- Vie sexuelle impersonnelle, banale et peu intégrée
- Incapacité à se plier à un projet d'existence

Tableau 1. Caractéristiques de la psychopathie, d'après Cleckley (1941) (3).

L'ensemble de ces critères constituent ce que Cleckley appelle « le masque de normalité », utilisé par la personne ayant une personnalité psychopathique pour se conformer à certains codes de société. Il considère que ces individus souffrent d'un déficit affectif profond (3).

Dans son travail, Karpman évoque la distinction entre psychopathes primaires et psychopathes secondaires. Il a défini ces deux variantes afin de restreindre le concept de psychopathie pour n'inclure que la psychopathie primaire et afin d'élargir le concept de névrose pour inclure la « psychopathie secondaire névrotique » (4). Karpman considérait qu'il existait un surdiagnostic de psychopathie chez des patients ayant des comportements transgressifs et présentant des symptômes dépressifs ou anxieux. Il insiste sur le fait que les deux variantes, bien qu'elles puissent avoir les mêmes types de comportement, ne sont pas identiques et doivent être différenciées. Les psychopathes secondaires seraient pour lui « curables » tandis que les sujets psychopathes primaires ne le seraient pas (5).

La première édition du DSM parue en 1952 renomme le concept de psychopathie en personnalité socio-pathique mais reprend en partie les caractéristiques psychopathiques énoncées par Cleckley. Lors des éditions suivantes, l'accent est mis sur le repérage des comportements antisociaux, constituant l'essentiel des critères diagnostiques. Le terme « trouble de la personnalité antisociale » (TPAS) a réellement fait son apparition dans le DSM-IV-R en 2000, les auteurs préférant les caractéristiques comportementales associées au trouble et considérant que ces dernières étaient plus fiables que les traits de personnalité (6). Cette conception avait déjà pris le dessus lors de rédaction du DSM-III en 1980.

Les critiques ne tardèrent pas, notamment sur la vision trop « comportementaliste » des différentes classifications en particulier le DSM et la CIM. Les critères de la CIM-10 ressemblent beaucoup aux critères du DSM. En effet, le psychologue canadien Hare considère que les critères du DSM-III centrés sur les troubles du comportement ne mesurent pas précisément la « psychopathie ». C'est ainsi qu'il met au point la Psychopathy-Check-List (PCL) en 1980 puis la PCL-R révisée en 1991. Ces dernières ont été largement inspirées par la description clinique de Cleckley dans son ouvrage de 1941 et font désormais référence en termes de psychopathie.

I.2 Le concept de « trouble de la personnalité antisociale »

I.2.1 Étymologie

L'étymologie du terme antisocial tire son origine du latin « *socialis* », adjectif désignant le fait d'être sociable, fait pour la société. Il est accompagné du préfixe « *anti-* », qui est opposé à. Ici, le terme antisocial doit être entendu dans le sens de contraire à la société et aux normes sociales.

I.2.2 Historique

Dès le DSM-I, le concept de trouble de personnalité socio-pathique fait son apparition, il met en avant des personnes qui sont « malades de la société », en désaccord avec le devoir de conformité prôné dans la société. Dans ce premier manuel, sont distinguées quatre réactions différentes : antisociale, dyssociale, avec déviation sexuelle et addictions. La réaction antisociale désigne les individus chroniquement antisociaux en permanence en conflit, peu réadaptables, impitoyables, affectivement immatures, manquant de responsabilité ; la réaction dyssociale désigne les personnes qui manifestent un mépris des codes sociaux avec lesquelles elles sont en conflit.

I.2.3 Évolution du concept

Lors de la rédaction du DSM-II en 1968, apparaît la notion de « Personnalité antisociale » alors que le terme « Trouble de personnalité socio-pathique » était préféré dans le DSM-I. Nous glissons ainsi d'un trouble de la personnalité vers la personnalité en tant que telle. Elle désigne des individus dont les comportements les entraînent dans des conflits répétés avec la société, incapables de loyauté envers autrui, irresponsables, impulsifs, égocentrés ne ressentant pas la culpabilité ou le remords et avec une faible tolérance à la frustration.

C'est à l'occasion du DSM-III de 1980 que le « Trouble de la personnalité antisociale » devient une entité diagnostique à part entière. Il est principalement caractérisé par des comportements jugés comme non conformes aux normes juridiques et sociales. On distingue dans cette troisième version, une vision conformiste de la société avec des critères tels que l'engagement dans les liens du mariage, le fait d'avoir des projets concrets et de maintenir un emploi stable.

Le DSM-IV, ses révisions ainsi que le DSM-5 font une description semblable du trouble de personnalité antisociale, nous la verrons ultérieurement dans la partie diagnostic (7).

La CIM-10 fait référence au trouble de la personnalité dyssociale qui sera également abordé dans la partie diagnostic.

I.3 Diagnostic

I.3.1 Le trouble de la personnalité dyssociale (Selon la CIM-10 et CIM-11)

Selon la CIM-10 rédigée en 1990, ce trouble est caractérisé par un mépris des obligations sociales et une indifférence froide pour autrui avec un écart considérable entre le comportement et les normes sociales établies. Le comportement ne serait guère modifié par les expériences vécues, y compris les sanctions. Il existerait une faible tolérance à la frustration et un seuil de décharge de l'agressivité abaissé ainsi qu'une tendance à blâmer autrui ou à justifier un comportement.

Cette nosographie précise que les troubles de la personnalité se caractérisent par des comportements « profondément enracinés et durables, clairement inadaptés et apparaissent au cours du développement, dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte ». Il est nécessaire pour poser ce diagnostic, en plus de l'évaluation de l'individu, de « se fonder sur le plus grand nombre possible de sources d'informations ». Nous verrons que ceci a toute son importance également dans le diagnostic de psychopathie selon Hare, notamment parce que ces individus peuvent tenter de manipuler l'examineur.

Dans la CIM-11, les auteurs proposent une approche dimensionnelle pour les troubles de la personnalité et distinguent des « traits de personnalité importants », notamment celui de dyssocialité. Ce dernier comprend deux caractéristiques principales : « l'égoïsme marqué par une attente d'admiration de la part des autres, des comportements positifs ou négatifs de recherche d'attention, la préoccupation pour ses propres besoins et désirs ; et l'absence d'empathie marquée par une indifférence concernant les difficultés que ses actions peuvent entraîner pour les autres, pouvant se traduire par de la tromperie, de la manipulation et une exploitation des autres, une insensibilité à la souffrance d'autrui. » Ce trait de personnalité important doit être utilisé avec une catégorie de trouble de la personnalité (léger, modéré, sévère ou difficultés liées à la personnalité) (8).

Cette classification ne fait pas référence au terme de « psychopathie » et ne regroupe pas les différentes caractéristiques énoncées par Cleckley dans son ouvrage. Nous allons maintenant nous intéresser à la définition de trouble de personnalité antisociale du DSM-5.

I.3.2 Le trouble de la personnalité antisociale (TPAS, selon le DSM-5)

Comme nous l'avons vu précédemment, le diagnostic de trouble de personnalité antisociale a évolué au fil des années, la version actuelle du DSM-5 faisant office de référence. Ce trouble entre dans la catégorie des troubles de la personnalité du groupe B. Il se définit comme suit (7) :

A. 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 :

1. Incapacité à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation.
2. Tendance à tromper pour un profit personnel ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétées, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries.
3. Impulsivité ou incapacité à planifier en avance.
4. Irritabilité et agressivité avec une répétition de bagarres ou d'agressions.
5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui.
6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.
7. Absence de remords indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.

B. Age au moins égal à 18 ans.

C. Manifestation d'un trouble des conduites avant l'âge de 15 ans.

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble bipolaire.

Le trouble des conduites (TC) évoqué dans le critère C apparaît entre l'enfance et l'adolescence. Il se compose de critères essentiellement comportementaux comme son grand frère : le TPAS. Il se définit comme suit :

A. Ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence d'au moins 3 des 15 critères suivants au cours des 12 derniers mois :

Agression envers des personnes ou des animaux

1. Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes.
2. Commence souvent les bagarres.
3. A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui.
4. A fait preuve de cruauté physique envers des personnes.
5. A fait preuve de cruauté physique envers des animaux.
6. A commis un vol, en affrontant la victime.
7. A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles.

Destruction des biens matériels

1. A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants.
2. A délibérément détruit le bien d'autrui.

Fraude ou vol

1. A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui.
2. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations.
3. A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime.

Violations graves de règles établies

1. Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, avant l'âge de 13 ans.
2. A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial.
3. Fait souvent l'école buissonnière et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

Au-delà de ces critères parfois surannés, le concept de TC selon le DSM-5 met également en avant certaines spécifications. A l'instar du TPAS, les auteurs précisent la présence de certaines modalités de fonctionnement relationnelles notamment l'absence de remords ou de culpabilité, de dureté (« callous-unemotional »), insouciance à la performance, superficialité des affects et manque d'empathie. Non sans rappeler les éléments de la personnalité psychopathique, ils précisent la spécification : « Avec des émotions prosociales limitées » (7).

Nous allons maintenant nous intéresser maintenant plus spécifiquement à la définition et à l'évaluation de la « Psychopathie ».

I.4 Évaluation de la psychopathie

I.4.1 La PCL-R (R. Hare)

Le terme de « psychopathie » n'est présent ni dans le DSM ni dans les CIM 10 et 11. Cependant, dans la section III du DSM-5, les rédacteurs proposent un modèle alternatif pour les troubles de personnalité. On trouve concernant le trouble de personnalité antisociale, une spécification : « avec caractéristiques psychopathiques ». Celle-ci désigne des individus ayant un faible niveau d'anxiété et de peur, un haut niveau de recherche d'attention associés à un trouble de la personnalité antisociale. Cette évolution dans la caractérisation du trouble de la personnalité antisociale montre le désir de la part des scientifiques de ne plus se cantonner uniquement aux caractéristiques comportementales de ce trouble (7).

La *Psychopathy Check List Revised* de 1991 fait référence dans la littérature internationale pour faire le diagnostic d'une personnalité psychopathique (9). Elle est largement utilisée dans les tribunaux américains pour définir une personnalité hautement psychopathique (score supérieur à 30) (10).

Les différents items de cette échelle sont les suivants :

1. Loquacité, charme superficiel (F1)
2. Surestimation de soi (F1)
3. Besoin de stimulation, tendance à s'ennuyer (F2)
4. Tendance au mensonge pathologique (F1)
5. Duperie, manipulation (F1)
6. Absence de remords ou de culpabilité (F1)
7. Affect superficiel (F1)
8. Insensibilité, manque d'empathie (F1)
9. Tendance au parasitisme (F2)
10. Faible maîtrise de soi (F2)
11. Promiscuité sexuelle (F1 + F2)
12. Apparition précoce de problèmes de comportement (F2)
13. Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste (F2)
14. Impulsivité (F2)
15. Irresponsabilité (F2)
16. Incapacité d'assumer les responsabilités de ses faits et gestes (F1)
17. Nombreuses cohabitations de courte durée (F1 + F2)
18. Délinquance juvénile (F2)
19. Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle (F2)
20. Diversité des types de délits commis par le sujet (F2)

F1 : trait de personnalité

F2 : style de vie et comportement antisocial

Tableau 2. –Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) ou échelle de psychopathie de Hare (11).

Ces items sont évalués grâce à un entretien semi-structuré par un professionnel formé. Chaque item est coté de la façon suivante : 0 = la description ne caractérise pas le sujet ; 1 = s'il y a un doute ; 2= caractérise le sujet. Le diagnostic est posé lorsque le sujet dépasse les 30 points et écarté lorsqu'il est inférieur à 20. Hare reconnaît qu'il n'y a pas de réponse simple et totalement satisfaisante pour établir le point de coupure devant définir le fonctionnement psychopathique. En quelque sorte cette échelle évalue le rapprochement du sujet avec le prototype du psychopathe décrit par Cleckley.

Hare a proposé en 2003 (12), un modèle à 4 facteurs ou facettes comprenant :

- Relations interpersonnelles,
- Déficit affectif,
- Style de vie impulsif,
- Actes antisociaux.

Il est résumé dans le tableau qui suit :

Modèle à quatre facteurs			
Facteur 1a Facette interpersonnelle	Facteur 1b Facette de détachement émotionnel	Facteur 2a Facette style de vie	Facteur 2b Facette antisociale
<i>Loquacité/ Charme superficiel Surestimation de soi Tendance au mensonge pathologique Duperie/ Manipulation</i>	<i>Absence de remords ou de culpabilité Affect superficiel Insensibilité/ Manque d'empathie Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes</i>	<i>Besoin de stimulation/ Tendance à s'ennuyer Tendance au parasitisme Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste Impulsivité Irresponsabilité</i>	<i>Faible maîtrise de soi Apparition précoce de problèmes de comportement Délinquance juvénile Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle Diversité des types de délits commis par le sujet</i>

Tableau 3. Modèle à 4 facteurs de R. Hare (2003) (9).

I.4.2 La Psychopathic Personality Inventory

La *Psychopathic Personality Inventory* (PPI) a été conçue comme un auto-questionnaire permettant de mesurer la présence de traits de personnalité psychopathique. Cette évaluation est destinée à une population non délinquante à priori, mais elle a récemment été étendue à la population délinquante et criminelle (13).

Lilienfeld et Andrews ont rédigé cette échelle en 1996. Elle est composée de 187 items se focalisant sur les différents éléments constituant les traits de la personnalité psychopathique. Ils recouvrent plusieurs conceptions de la psychopathie notamment ceux des « primary psychopaths » décrit auparavant par Lykken et Karpman (4). Les auteurs ont fait le choix de ne s'intéresser qu'aux critères de traits de personnalité et de ne pas inclure les critères habituels de comportements antisociaux et délinquants ; ils ont pu identifier une structure à 2 facteurs. Cependant contrairement à la PCL-R, ces deux facteurs ne sont pas corrélés. Le 1^{er} facteur

(« fearless dominance » qu'on pourrait traduire par domination sans crainte/peur) comprend la propension à l'aventure, la domination sociale et un faible niveau d'anxiété tandis que le second facteur comprend l'égoцентриté, la tendance à la manipulation, la désinhibition et l'attribution d'intentions hostiles. La seule sous-échelle exclue de la structure à deux facteurs est celle de la froideur émotionnelle qui évalue le déficit émotionnel, l'empathie et l'insensibilité ; étant donné l'importance de ce trait chez l'individu atteint de psychopathie, certains auteurs l'utilisent comme un 3^{ème} facteur à part entière (13, 14).

Il existe par ailleurs d'autres échelles plus récentes, plus complexes et qui prennent en compte les nombreux traits de personnalité propres à la psychopathie en divisant les différentes caractéristiques en domaines (émotionnel, dominance, comportemental, cognitif, le soi, l'attachement) (15).

La CAPP reste encore minoritaire dans son utilisation mais semble prometteuse pour une meilleure compréhension du fonctionnement des individus hautement psychopathiques.

Nous allons désormais nous intéresser aux différences et points communs entre ces deux concepts que sont la psychopathie et le TPAS.

I.5 Psychopathologie

I.5.1 Trouble de la personnalité antisociale

Le TPAS, comme nous l'avons vu précédemment, est un diagnostic catégoriel. En effet, si plusieurs critères sont nécessaires pour porter le diagnostic, ces éléments sont essentiellement comportementaux. Pour certains auteurs (Englebert et Adam), ce diagnostic de trouble de la personnalité antisociale représenterait même l'antithèse de la psychopathologie. En ceci que les différents critères ne font pas référence à la psychologie de l'individu mais ne s'intéressent qu'aux caractéristiques comportementales et externalisées (16). Le DSM précise toutefois dans sa cinquième version, parmi les symptômes associés, certaines caractéristiques de la psychopathie : le charme superficiel, l'absence d'empathie ainsi que la tendance à se surestimer. Cette classification du DSM-5 pose un problème de simplification excessive de comportements d'individus à la psychologie souvent complexe et hétérogène.

Elle désigne aujourd'hui seulement une inadaptation sociale chez un individu qui se retrouve chez la plupart des psychopathes, environ 90% d'entre eux, tandis que tous les individus atteints d'un TPAS ne remplissent pas les critères de psychopathie (9).

I.5.2 La psychopathie (approche psychodynamique)

La psychopathie depuis ses premières descriptions jusqu'à aujourd'hui a toujours eu une place particulière dans la sémiologie psychiatrique, elle a donné lieu à nombre d'écrits et de théories. Classée par certains auteurs parmi les psychoses ou les états-limites, elle est considérée par d'autres comme un trouble de la personnalité confronté à des facteurs sociaux incitant à la violence en société. Nous allons nous intéresser dans cette partie à l'approche psychodynamique de la psychopathie.

On retrouve des éléments biographiques communs comprenant des violences physiques, psychologiques et sexuelles précoces subies puis agies, un parcours le plus souvent chaotique, avec dans la plupart des cas des abandons pendant l'enfance, des placements en famille d'accueil, des traumatismes précoces (deuils, violences, accidents). Flavigny dans son ouvrage « *De la notion de psychopathie* » évoque ces différents éléments, il ajoute une notion d'altération des images identificatoires parentales, souvent en lien avec une absence réelle ou symbolique paternelle et une présence maternelle oscillant entre fusion et rupture (17). L'adolescent puis le jeune adulte reproduirait le fonctionnement qu'il a connu toute son enfance avec deux objectifs :

- Se protéger du danger d'abandon.
- Lutter contre l'absence d'un sentiment de sécurité interne suffisant.

La recherche de sensations fortes et les accidents rythment la vie du sujet psychopathe et s'inscrivent dans son histoire comme des repères traumatiques.

Meloy dans son travail (« *Les psychopathes : essai de psychopathologie dynamique* »), évoque une entité constituée de plusieurs dimensions distinctes reliées entre elles, résultat de prédispositions biologiques associées à des circonstances environnementales telles que des carences affectives précoces. Cette entité s'inscrirait dans un continuum allant de faible à sévère (18).

De plus, dans l'optique de comprendre les origines de la psychopathie, Meloy formule trois hypothèses développementales :

- Échec du processus d'internalisation/projection (transformation des interactions imaginaires ou réelles avec l'environnement en caractéristiques internes), défaut des identifications profondes avec la figure parentale primaire et les modèles socio-culturels.
- Carences d'intégration et de structurations modulées du Surmoi.
- Trouble de l'attachement.

Il repère en outre dans le parcours du sujet atteint de psychopathie, des séparations maternelles anormalement précoces, un défaut d'attachement et une insécurité affective avec des tentatives d'établir un lien à l'autre sur un mode agressif et sadomasochiste. Il ajoute que le processus psychopathique se perpétue à cause de l'incapacité à surmonter un état de déplaisir et à refouler un affect déplaisant. Le vécu de colère diffuse car l'individu ne peut se référer à des expériences apaisantes du fait de la pauvreté de ses identifications (18).

Balier dans ses différents ouvrages esquisse une autre vision de la psychopathologie du sujet psychopathe, dérivée des travaux de Kernberg notamment, où il fait le rapprochement entre la psychopathie et les états limites. Selon ces derniers, les états limites à expression psychopathique seraient caractérisés par :

- Des décompensations psychiatriques brutales et réversibles à type de dépressions à l'emporte-pièce, de décompensations psychotiques aiguës et réversibles, une labilité thymique et émotionnelle.
- Des conduites à risque avec des mises en danger (addictions, recherches de sensations fortes).
- Des symptômes anxieux avec une intolérance aux fluctuations d'angoisse (19).

Dans son livre « *La violence en abyme* », Balier décrit également ces états limites à expression psychopathique avec un sentiment insoutenable de vide intérieur, non communicable et pouvant entraîner des automutilations graves, des passages à l'acte violents, des gestes suicidaires ou équivalents. Il parle d'une clinique du vide à laquelle il attache une importance particulière (20).

Nous allons maintenant nous intéresser à la revue de la littérature qui nous permettra de mettre en évidence les différences entre la personnalité antisociale et la psychopathie.

PARTIE II : TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE, PSYCHOPATHIE, UNE MÊME ENTITÉ CLINIQUE ?

I.6 Introduction

En France, les concepts de psychopathie et de personnalité antisociale sont souvent utilisés indifféremment l'un pour l'autre. Dans la littérature internationale récente, ces termes et ces concepts ne sont cependant pas synonymes (1, 13, 21, 22). S'agit-il d'une même entité clinique ou de troubles différents ? Ce sera l'objet de notre étude.

I.7 Matériel et méthodes

Afin de réaliser cette revue narrative de la littérature pour ce travail de thèse, nous avons sélectionné des articles sur les bases de données Pubmed et PsycArticles contenant les termes « Antisocial personality » AND « Psychopathy », en ne prenant en compte que les revues des dix dernières années, soit à partir de 2011.

Sur les 399 articles retrouvés, nous avons exclu, à l'aide du titre, ceux portant sur d'autres troubles que le TPAS ou la psychopathie. Nous avons ensuite sélectionné une centaine d'articles qui d'après leur résumé, nous paraissaient les plus pertinents à inclure dans notre recherche. Nous avons exclu les doublons et les articles ne remplissant pas les critères d'inclusion. Les références bibliographiques de chacun de nos articles, ont également permis d'affiner ce travail. Au total, 80 articles ont été inclus dans la revue de littérature.

Les critères d'inclusion comprenaient les travaux parlant de psychopathie ou de personnalité antisociale, sous forme d'articles, de revues de la littérature systématiques ou non, en langue française ou anglaise.

Pour le reste de ce travail, notamment les parties introductives, les données épidémiologiques, ou les rapports d'experts, des articles et ouvrages scientifiques ont été sélectionnés précisément selon les notions explorées.

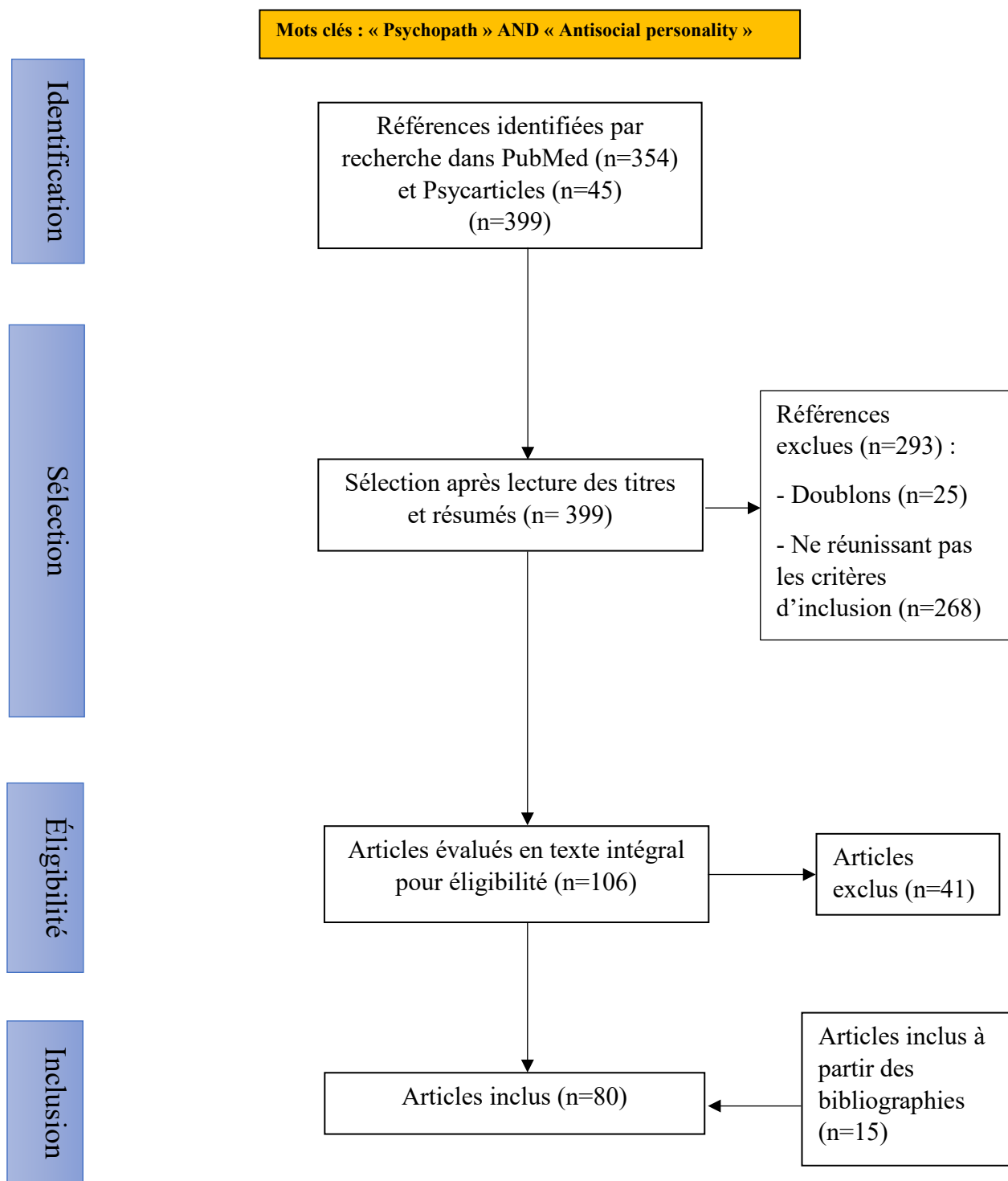


Figure 1. Diagramme de flux

I.8 Résultats

I.8.1 Épidémiologie

I.8.1.1 Trouble de la personnalité antisociale

L'équipe de Moran s'est intéressée à la prévalence du TPAS en population générale, psychiatrique et carcérale. Elle a montré que le TPAS était un trouble fréquent avec une prévalence estimée entre 2 et 3% sur des échantillons en population générale (23). Elle retrouve également une plus forte occurrence de TPAS chez :

- Les hommes (ratio de 6 hommes pour 1 femme)
- Les individus plus jeunes (tranche d'âge de 25-44 ans)
- Les sujets avec un bas niveau d'étude.

Concernant la prévalence du TPAS en milieu carcéral, Moran met en avant plusieurs limites (lieu de l'étude, type de prison). Cependant, certaines équipes ont pu réaliser des enquêtes utilisant des échantillons randomisés et des procédures d'évaluation standardisées. Elles ont montré des taux de prévalence très élevés (40 à 60%) chez des hommes condamnés. Il est également mentionné que le plus haut taux de TPAS se trouve chez les patients atteints d'un trouble lié à l'usage de substances. Nous verrons plus en détail cet aspect ultérieurement (23).

D'autre part, Fazel et Danesh ont réalisé une revue systématique regroupant 62 enquêtes sur près de 23 000 détenus de 12 pays différents. Ils ont retrouvé une prévalence de 65% de trouble de personnalité incluant 47% de TPAS, montrant ainsi la prépondérance de ce diagnostic en détention (24).

Plus récemment, l'étude de Volkert et al. a mis en avant une prévalence du TPAS comprise entre 2 et 3% avec une estimation de 3% chez les hommes et 1% chez les femmes, en population générale. Cette étude se concentre sur les troubles de personnalité et en utilisant les critères diagnostiques du DSM-5 (25).

L'équipe de Holzer et al. s'est intéressée au TPAS dans la population générale chez les individus âgés de plus de 65 ans. Ces résultats retrouvent une prévalence pour les troubles de personnalité avoisinant les 8% avec un peu moins de 1% de la population remplissant les critères du TPAS (0.6%) (26).

En étudiant les différences sur le plan épidémiologique entre TPAS et psychopathie, Werner et al. ont retrouvé une plus forte prévalence des deux diagnostics chez les patients les plus jeunes

et ceux avec le niveau d'éducation le plus faible. Par ailleurs, il semblerait que l'évolution de ces troubles aille vers une diminution régulière des taux de prévalence avec l'âge des différentes cohortes, confirmée par les données indiquant une plus faible prévalence de TPAS chez les personnes de plus de 65 ans (27).

Dans leur revue de la littérature, Glenn et al. reprennent plusieurs données intéressantes d'épidémiologie sur les comorbidités du TPAS, et mettent en avant une analyse en cluster réalisée par Poythress et al. Cette dernière a identifié 4 sous-types de TPAS selon les caractéristiques psychopathiques retrouvées dans la littérature (psychopathe primaire, secondaire, « craintif » et non psychopathe). Parmi ces sous-types les personnes atteintes d'un TPAS sans trait psychopathique auraient une moindre propension à commettre des infractions et seraient moins susceptibles de commettre des infractions à caractère violent en détention. Les résultats de cette étude montrent donc certaines différences comportementales liées à la présence ou non de traits de personnalité psychopathique (21).

Concernant l'association entre le TPAS et les troubles de l'usage de substances, plusieurs études ont trouvé une forte corrélation entre les deux diagnostics. En effet près de 80% des individus remplissant les critères pour le TPAS remplissent également les critères d'un trouble de l'usage. Dernièrement, l'équipe de Nikki et al. a retrouvé chez les individus atteints de TPAS, une prévalence vie entière de trouble de l'usage de l'alcool à 76,7% (28–30).

Le trouble bipolaire est un trouble psychiatrique chronique responsable de difficultés fonctionnelles importantes, caractérisé par l'alternance de phases dépressives et hypomaniaques ou maniaques avec des périodes d'euthymie. Une proportion importante de sujets sont atteints de troubles de la personnalité associés. Dans l'étude de Carbone et al. la part de patients bipolaires atteints d'un TPAS se situe entre 5 et 63%, avec une plus forte proportion parmi les patients atteints d'un trouble bipolaire de type 1 (31). Il existe un grand chevauchement diagnostique entre ces deux troubles, ce qui rend l'analyse et l'interprétation des résultats difficiles, cependant nous voyons que le TPAS est particulièrement fréquent chez les patients atteints de trouble bipolaire. Il serait responsable d'une aggravation du pronostic avec une suicidalité plus importante. L'étude retrouve en outre un début plus précoce quand le trouble bipolaire est associé au TPAS ainsi qu'un niveau d'agressivité et d'impulsivité majoré (32).

Storebo et al. dans une revue de la littérature se sont intéressés à la relation entre la présence d'un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et le développement plus tard d'un TPAS. Les résultats de l'étude montrent que la présence d'un TDAH avec ou sans TC dans l'enfance est un fort prédicteur de développer plus tard un TPAS (33).

Nous allons désormais nous intéresser aux différentes études concernant l'épidémiologie de la psychopathie.

1.8.1.2 Psychopathie

Un nombre moins important d'études a été réalisé sur la prévalence de psychopathie en population générale, en effet la plupart des enquêtes s'intéressent aux individus présents en milieu carcéral ou dans des établissements de psychiatrie légale ; en grande majorité dans des populations masculines. Nous nous pencherons dans un premier temps sur les enquêtes en milieu sécurisé.

Plusieurs problématiques se posent lorsque l'on cherche à déterminer la prévalence de la psychopathie, notamment la variabilité des outils de mesure pour définir un diagnostic de psychopathie, ainsi que les différences caractéristiques des populations étudiées.

L'équipe de Bery et al. en 2014 a concentré son travail sur l'étude de la prévalence de la psychopathie aux Etats-Unis parmi des groupes de femmes incarcérées ou en milieu sécuritaire à l'aide de différents outils d'évaluation (PCL-R et PCL :SV) les seuils étant définis respectivement à 30 et 18. Ils trouvèrent des prévalences comprises entre 1.05 et 31% (PCL-R), 0 et 16% (PCL :SV), inférieures aux prévalences habituellement trouvées chez l'homme (34). En effet, Hare dans son guide la PCL-R sorti en 2003 fait état d'une prévalence allant de 15% jusqu'à 30% (9). Les auteurs émettent l'hypothèse que l'expression symptomatique de la psychopathie serait différente entre hommes et femmes et donc que les outils d'évaluation repèreraient possiblement moins bien la psychopathie chez les femmes. De plus, ils font le constat d'une prévalence plus élevée chez les délinquants et criminels vivant aux Etats-Unis que ceux vivant dans des pays européens. D'après eux : « L'outil PCL-R a été conçu pour tester le concept de psychopathie comme il se manifestait chez les délinquants/criminels américains, et correspondrait moins bien aux délinquants/criminels européens » (34).

Sanz-Garcia et al. ont travaillé l'épineuse question de la prévalence de la psychopathie en population générale. En effet, ils regroupent dans une méta-analyse plusieurs études en population générale utilisant différentes méthodes d'évaluation. Ils montrent une différence de

prévalence importante entre les hommes et les femmes (respectivement 7.9% et 3.9%) (35), ce qui va dans le sens de l'étude précédente. La plupart de ces études ont comme outil d'évaluation des auto-questionnaires comme la Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP), une échelle comprenant 26 items cotés de 1 à 5 (de complètement d'accord à complètement en désaccord) ou le Psychopathic Personality Inventory (PPI-R). Ce dernier est également un auto-questionnaire, développé par Lilienfeld notamment, qui comprend 154 items et mesure le continuum chez des individus en population générale des traits de personnalité psychopathiques, sans prendre en compte les comportements délinquants ou antisociaux, à l'instar de Cleckley.

Ces auto-questionnaires ont permis de mettre en lumière des taux de prévalence et de les comparer en fonction des catégories socio-professionnelles. Ils retrouvent notamment une prévalence plus élevée chez les étudiants en université (8.1%) que dans la population générale (1.9%). D'autre part, la méta-analyse met en avant sur les données de trois études, à prendre donc avec précaution, une prévalence plus importante dans certaines professions (chef d'entreprise, financier, chirurgien, avocat) (35) comme l'avait déjà suggéré Dutton dans son ouvrage « *The Wisdom of Psychopaths* » rédigé en 2012. Ainsi, certaines caractéristiques de la personnalité psychopathique (déficit d'empathie, tendance à la manipulation, implacabilité, absence de peur etc.) pourraient faciliter l'ascension des individus concernés dans certains domaines (36). Nous approfondirons cette notion ultérieurement.

Au total, la prévalence de psychopathie retrouvée en population générale est estimée à 4,5% en prenant en compte toutes les études. En revanche si nous examinons uniquement les études utilisant la PCL-R, considérée comme le Gold Standard pour diagnostiquer la psychopathie, nous observons une prévalence de 1,2% en population générale, soit une différence notable de proportion entre la population générale et la population carcérale/sécuritaire.

I.8.2 Clinique

I.8.2.1 *Trouble de la personnalité antisociale*

Comme nous l'avons vu dans le chapitre diagnostic, le concept de TPAS met en avant essentiellement des symptômes comportementaux. Il en ressort chez ces sujets une incapacité à se conformer aux règles, marquée par des transgressions répétées. Le DSM-5 ajoute : « Ils pratiquent des actes répréhensibles passibles d'interpellation comme les destructions de biens,

les agressions, vols ou d'autres activités illégales. Ils ne tiennent pas compte de l'avis des autres, ni de leur droit ou de leur sentiment. Ils sont fréquemment dans la manipulation et la tromperie pour obtenir ce qu'ils veulent des autres. Ils sont impulsifs et ne parviennent pas à planifier les choses. Les décisions sont prises à la hâte, sans réflexion ou considération sur les conséquences futures pour eux et pour les autres. Ils ont une tendance à l'agressivité et l'irritabilité, allant fréquemment vers l'affrontement physique ou l'agression (violences conjugales notamment), et ont un certain mépris de leur sécurité et de celle d'autrui. Ils se mettent souvent en danger étant donné leurs consommations de substances et leur attrait pour la prise de risque.

Ils peuvent se montrer également extrêmement irresponsables que cela soit sur le plan professionnel ou financier. Le TPAS se caractérise également par le fait qu'ils manifestent peu de remords pour les conséquences de leurs actes. » (7).

Ces types de patients dans les services de psychiatrie ou de médecine sont souvent considérés comme des perturbateurs, du fait de leur difficulté à se conformer aux règles.

Sperry, dans son ouvrage sorti en 2016, « *Handbook of diagnosis and treatment of personality disorders* », évoque la clinique des patients avec un diagnostic de TPAS, ils sont décrits comme impulsifs, irritables et agressifs. Il y brosse un portrait de « l'antisocial prototypique » qui serait : « Un individu avec des symptômes de TC dans l'enfance, engagé dans des comportements délictuels à l'adolescence et devenant manipulateur, égoïste et sans pitié à l'âge adulte. Leur principal intérêt pour les autres est ce qu'il peut obtenir d'eux. Il manipule, triche, mente et vole, sans éprouver de remords ou d'empathie pour les autres. Il adopte un comportement délinquant et classiquement fait au moins un séjour en détention. Habituellement, l'impulsivité et les symptômes comportementaux ont tendance à diminuer avec l'âge. » (37).

Au total, nous voyons à travers ces différentes descriptions que les profils de patient correspondant forment un groupe hétérogène rendant difficile le travail psychopathologique et étiopathogénique.

En effet, le TPAS repose sur un diagnostic fondé essentiellement sur des critères comportementaux. Dans le DSM-5 section III, comme nous l'avons vu précédemment, les auteurs précisent des caractéristiques correspondant aux traits psychopathiques, vus comme une des facettes aggravantes du TPAS (7). Nous allons voir dans la seconde partie, la clinique de la personnalité psychopathique et l'intéressante question des psychopathes sociaux, intégrés ou bien encore « en col blanc », selon les auteurs.

1.8.2.2 Psychopathie

Le terme de « psychopathie » est chargé de représentations sociales : lorsque l'on voit l'image véhiculée dans les films ou bien dans les médias à travers certains faits divers, il est intéressant de prendre un peu de distance et d'observer ce que dit la littérature psychiatrique des dernières années sur la psychopathie.

Le concept de psychopathie regroupe une constellation de symptômes et facettes de personnalités que nous allons voir maintenant en divisant les symptômes en quatre facteurs (11) :

- Facette interpersonnelle :

Pour ce qui est du domaine de la perception de soi, le sujet psychopathe est décrit comme quelqu'un de narcissique, égoïste et arrogant avec une haute opinion de sa propre personne, son intérêt dépassant celui des autres. Cette estime de soi démesurée est renforcée par la réussite à manipuler et par son activité délinquante (lorsqu'il en a une) dont il tire une grande gratification. Les psychopathes sont généralement définis comme ayant des capacités cognitives intactes et étant capables de distinguer le bien du mal (38).

On note également une intolérance à la frustration dans la majorité des cas avec des passages à l'acte hétéro-agressifs dans ce contexte, voire auto-agressifs. Ainsi qu'une faible capacité d'introspection en lien avec le déficit émotionnel que nous verrons plus tard.

Dans le domaine des relations interpersonnelles, l'individu psychopathique présente ce que Cleckley appelait « le charme superficiel », un charisme provoquant généralement une première impression favorable. Nous percevons un but primaire de l'interaction avec l'autre qui est utilitariste, l'individu psychopathe recherchant des bénéfices secondaires lors de ses interactions avec les autres (3).

Il a une tendance au mensonge et à la manipulation afin de parvenir à ses fins, il n'hésite pas à y recourir même lorsque cela ne lui permet pas d'obtenir une récompense.

Nous voyons dans cette facette interpersonnelle la corrélation avec le trouble de la personnalité narcissique

- Facette de détachement émotionnel :

Les traits psychopathiques comprennent également l'absence de remords ou de culpabilité, ou alors une inauthenticité dans leur expression.

Cette absence de remords ou de culpabilité est en lien avec la caractéristique principale de la personnalité psychopathique : le manque d'empathie. Cette notion d'empathie est complexe, elle se définit par la capacité d'un individu à s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent, d'après le dictionnaire Le Robert (39). Les sciences cognitives ont beaucoup travaillé sur ce sujet : la notion d'empathie cognitive, proche voire synonyme de la notion de théorie de l'esprit, y est entendue comme suit : « Le principe de base étant celui de l'attribution ou de l'inférence, les états affectifs ou cognitifs d'autres personnes sont déduits sur la base de leurs expressions émotionnelles, de leurs attitudes ou de leur connaissance supposée de la réalité » (40), autrement dit le fait d'attribuer à autrui des états mentaux différents des siens.

De nombreuses études ont montré chez des individus psychopathes l'absence de déficit dans ce domaine de la théorie de l'esprit, d'empathie cognitive ou « froide » (41). Au total, le déficit d'empathie mis en avant dans les différentes descriptions cliniques de psychopathie n'est pas en lien avec un déficit en théorie de l'esprit, il serait également absent de la personnalité antisociale.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'empathie affective, ou « chaude » à travers différentes épreuves, Blair notamment dans un travail où il étudie les réponses physiologiques électrodermales des individus psychopathes diagnostiqués à l'aide de l'échelle de Hare. Face à des stimuli émotionnels négatifs, les individus à tendance psychopathique ont montré une diminution de leur réaction (42). Ils ont également montré chez les enfants à tendance psychopathique un déficit dans la reconnaissance des visages tristes. De plus la quasi-totalité des études retrouvent un déficit dans la reconnaissance de visages ayant des expressions de peur ou de douleur.

La capacité des individus à hauts scores de psychopathie d'infliger des dommages graves aux autres suggère une importante perturbation de la réponse « empathique » appropriée à la détresse d'une autre personne (43). L'hypothèse avancée par les auteurs est que les sujets psychopathiques du fait de leur déficit émotionnel (diminution des expériences de stress) seraient moins enclins à reconnaître les signaux de détresse (peur et tristesse) et ainsi à être empathiques. En effet, cette composante de l'empathie joue un rôle fondamental dans l'aversion au mal chez les individus qui en sont doués. Plusieurs études neuroscientifiques ont démontré

l'existence chez le sujet sain d'une activation du cortex cingulaire et de l'insula en réponse à la douleur d'une autre personne (44).

Il est intéressant de noter la différence entre le déficit empathique de la psychopathie que l'on peut qualifier de sélectif (peur et tristesse essentiellement) et celui de l'alexithymie touchant les émotions de façon plus globale (43).

Plusieurs recherches ont trouvé un lien entre la psychopathie et le déficit émotionnel comprenant notamment le défaut d'inhibition comportementale que nous aborderons plus tard et le déficit d'empathie. La méta-analyse de Megias et al. s'intéresse à la relation entre les traits psychopathiques et l'intelligence émotionnelle, cette dernière étant évaluée à partir du modèle basé sur la performance de l'individu à différentes tâches. En effet plusieurs études avaient démontré des résultats contradictoires sur ce sujet ; Copestake et al avaient notamment mis en lumière une relation positive entre la psychopathie et certains aspects de l'intelligence émotionnelle et leurs résultats n'allaient pas dans le sens de l'hypothèse d'un déficit général émotionnel (45). La méta-analyse la plus récente a montré une corrélation négative significative ($r = - 21$; $p < 0,001$), indiquant que les individus présentant des hauts scores de psychopathie avaient des faibles niveaux d'intelligence émotionnelle (46). Cette notion d'intelligence émotionnelle désigne la capacité pour un individu donné de comprendre et gérer ses émotions. Plusieurs caractéristiques contribuent à l'intelligence émotionnelle, nous pouvons citer la conscience de soi, l'autorégulation, la motivation, l'empathie et les compétences sociales. Elle est évaluée à partir d'une échelle standardisée.

La littérature s'est également intéressée à la question de l'insensibilité émotionnelle, traduction du terme « callous-unemotional », ce trait de personnalité semblant central chez l'individu à haut score de psychopathie. En effet, le fait d'avoir ce trait de caractère dans l'enfance ou l'adolescence est un facteur de risque important de se structurer plus tard vers une personnalité psychopathique (47) et d'avoir à l'avenir des comportements antisociaux. Dans le TC, et particulièrement dans la spécification avec des émotions prosociales limitées figure cette caractéristique de dureté émotionnelle, d'insensibilité.

De façon générale, les traits psychopathiques incluent une diminution marquée du ressenti de peur et d'anxiété (48). Les sujets psychopathes sont peu enclins à expérimenter un épisode dépressif ou un trouble anxieux. Nous développerons dans la partie suivante les mécanismes à l'œuvre, notamment neurobiologiques expliquant les divergences avec le fonctionnement normal. Les sujets psychopathes présenteraient également des déficits d'attention sélective et

de fonctions exécutives se manifestant par des difficultés à maintenir un plan et à inhiber des informations interférentes (2).

Certains auteurs évoquent chez le psychopathe une incapacité à aimer et à s'investir dans des relations durables. Il se contente de relations sexuelles impersonnelles, souvent dans le but de satisfaire un désir immédiat.

- Facette de style de vie :

Dans cette partie, sont compris plusieurs traits de personnalité, notamment la tendance à l'ennui et le besoin de stimulation ou de sensations. En effet, nous avons vu précédemment que la proportion de personnes à haut score de psychopathie ayant un trouble de l'usage de substances psycho-actives était très élevée par rapport à la population générale.

La sujet psychopathe est souvent décrit comme attiré par les sports extrêmes et avec le besoin de repousser les limites de son corps, souvent au détriment de sa sécurité ou bien de celle des autres. Cleckley rapportait un style de vie erratique et des comportements irresponsables en lien avec une incapacité à se projeter dans des objectifs de long terme ainsi qu'une intolérance à l'ennui et à la routine (3).

Il est souvent décrit comme impulsif avec des comportements irréfléchis et une méconnaissance des conséquences de ses actes ou en tout cas la non prise en compte de ces derniers. L'impulsivité est une notion que nous retrouvons dans de nombreuses entités nosographiques allant du trouble de la personnalité borderline au trouble bipolaire, en passant par le TDAH. Toutefois, ce trait de caractère apparaît de façon fréquente en population générale. Cette impulsivité a généralement une connotation négative du fait de ses conséquences néfastes possibles (passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, infractions, addictions, etc.). D'un autre côté certains auteurs ont tendance à voir dans l'impulsivité une facette positive permettant dans certaines situations d'avoir un avantage sur les autres, par exemple dans les professions nécessitant de prendre des décisions rapides ou d'être particulièrement réactifs. Cette notion sera détaillée plus tard.

Hare considère l'impulsivité comme une des caractéristiques principales de la psychopathie, elle fait d'ailleurs partie de la PCL-R ainsi que de la PPI vues précédemment.

Poythress et al. se sont intéressés à cette notion d'impulsivité. En 2010, ils ont réalisé une étude avec une analyse en cluster, différenciant 4 sous-groupes (TPAS, non TPAS, Psychopathes

primaires et secondaires) pour évaluer la différence d'impulsivité entre les psychopathes primaires (« primary psychopaths ») caractérisés par une absence de peur et d'anxiété, une froideur émotionnelle ainsi que les psychopathes secondaires (« secondary psychopaths ») plutôt marqués par une charge anxieuse plus importante, une labilité émotionnelle plus marquée avec des antécédents de maltraitements dans l'enfance. Les résultats de cette étude retrouvent une impulsivité (évaluée à l'aide de la Barratt's Impulsiveness Scale-11) plus élevée chez les psychopathes secondaires par rapport aux psychopathes primaires (49). Cette conception de psychopathie secondaire et primaire est issue du travail de Karpman, auteur des années 50 et contemporain de Cleckley. Il défendait l'idée d'une distinction entre psychopathie primaire et secondaire afin de permettre une identification plus homogène des groupes d'individus et selon lui deux groupes se différenciaient par leur impulsivité et leur capacité à ressentir l'anxiété (50).

Snowden et Gray ont quant à eux étudié la relation entre psychopathie et impulsivité, mais leur résultat n'est pas aussi clair qu'ils l'espéraient. En effet ils retrouvent également une impulsivité augmentée chez les psychopathes secondaires. Néanmoins, cette augmentation d'impulsivité ne concerne pas tous les domaines de l'impulsivité : sélectivement les facteurs moteurs et de planification sont altérés tandis que la composante attentionnelle reste inchangée. Parallèlement, ils ne retrouvent pas d'impulsivité majorée dans la psychopathie primaire (51).

D'autres auteurs se sont penchés sur la question de l'impulsivité chez les individus à haut score de psychopathie et auteurs de violences entre partenaires intimes (AVPI). Dans leur étude, ils retrouvent une relation inverse entre la facette impulsive, irresponsable de la psychopathie et le statut d'AVPI (52).

- Facette antisociale :

Nous retrouvons ici, les critères comportementaux présents dans le DSM notamment. Il existe une forte corrélation entre cette facette et le TPAS, de nombreux auteurs considérant que la part prise par cette facette dans l'évaluation du degré de psychopathie est très critiquable. Elle offrirait une vision réductionniste de la notion de psychopathie, autrement plus complexe (53). Il est clair qu'il existe un lien entre la psychopathie et la propension à commettre des actes violents délinquants, mais les auteurs soulignent l'importance de ne pas réduire le concept à ces critères comportementaux.

De nombreuses études dans le monde entier ont démontré que la psychopathie était fortement prédictive de délinquance voire de carrière criminelle avec une aggravation de la criminalité dépendant du degré de psychopathie (54).

Dans un article paru en 2018, Boccio et Beaver ont étudié le « succès » ou non d'une carrière délinquante à travers plusieurs critères chez des individus avec un haut score de psychopathie. Dans leur étude, ils démontrent l'existence d'une corrélation positive entre le nombre d'infractions et d'arrestations et le score de psychopathie. Il y aurait à priori une faible diminution de la probabilité d'être interpellé. En revanche, les traits psychopathiques présents chez les femmes les aideraient davantage à éviter les interpellations (55).

Cependant une littérature grandissante va à l'encontre de la conception du lien établi entre psychopathie et violence. De multiples études démontrent même l'opposé : il y aurait parmi les individus psychopathes des personnes insérées socialement (sans comportement criminel ou délictuel) et de surcroît ayant les qualités intrinsèques leur permettant de réussir dans le domaine professionnel. Nous les appellerons les psychopathes sociaux. Bien que peu enclins à la relation sociale, il s'agit d'individus peu impulsifs avec une moindre propension à commettre des actes antisociaux violents (« corporate psychopaths » « Successful psychopaths ») (56).

La littérature scientifique s'est peu intéressée à ce sujet, plutôt présent dans les revues économiques et dans le monde des affaires, même si les articles sont de plus en plus nombreux sur cette question.

Dans leur ouvrage « *Snake in suits* », Hare et Babiak se sont intéressés à la psychopathie dans le monde de l'entreprise et peignent le portrait d'employés ou de dirigeants d'entreprise auxquels la manipulation a permis de gravir les échelons de l'entreprise. Ils postulent qu'il y aurait aux Etats Unis, 1% des postes à responsabilité occupés par des sujets psychopathes (56). Hare avance même la non-validité de son échelle pour évaluer la psychopathie sociale au vu de la trop grande part prise par la facette antisociale.

Les psychopathes sociaux sont décrits comme ayant une pensée stratégique, c'est-à-dire uniquement dirigée vers un but, un objectif, avec des talents particuliers de persuasion et de communication, une vision égocentrée, une froideur émotionnelle et une certaine distance interpersonnelle. Ils seraient également manipulateurs, avides d'argent et de pouvoir, peu éthiques et n'éprouvant pas de remords. Il est noté également un fonctionnement par clivage fonctionnel d'autrui avec une distinction entre les personnes utiles ou non pour la personne psychopathe.

De nombreuses études aux Etats Unis se sont intéressées aux professions comptant le plus de psychopathes sociaux, les évaluations étant réalisées à l'aide de la PPI. Dutton en dresse une liste dans son livre (36).

Nous voyons dans cette liste dans les métiers les plus représentés (PDG, avocat, chirurgien...) certains traits de personnalité propres à la psychopathie pouvant conférer un avantage dans leur domaine professionnel respectif. Notamment, la froideur émotionnelle et la distance interpersonnelle pour le PDG qui doit licencier ses employés ou le chirurgien qui doit opérer ses patients plus efficacement, ou bien comme l'avocat confronté à des situations difficiles et qui doit interroger des témoins (36). A l'opposé de ce spectre de métiers, nous retrouvons des professions telles qu'infirmier, psychothérapeute, ouvrier, aidant. Autant de fonctions qui nécessitent des qualités d'empathie que les sujets psychopathes n'ont à priori pas.

Le concept de psychopathie est vu comme un continuum allant du normal jusqu'à la psychopathie prototypique évaluée notamment par un score > 30 sur l'échelle PCL-R de Hare.

Nous allons voir dans la partie suivante les différents mécanismes neurobiologiques pouvant expliquer la présence ou non de traits psychopathiques, et de l'émergence d'un trouble de la personnalité antisociale.

I.8.3 Étiopathogénie

I.8.3.1 Trouble de personnalité antisociale :

Comme nous l'avons vu précédemment, le TPAS est un concept très large regroupant des profils d'individus très hétérogènes. La littérature scientifique nous apporte des éléments intéressants permettant de mieux appréhender la complexité des différents facteurs étiologiques à l'origine des actes antisociaux.

Ferguson dans sa méta-analyse a étudié l'importance des facteurs génétiques dans la genèse des comportements antisociaux. Il a démontré que les facteurs génétiques contribueraient à expliquer un peu plus de la moitié de la variance (56%) en ce qui concerne les actes antisociaux. L'auteur note par ailleurs l'importance de la part des facteurs non génétiques partagés (11%), pouvant être rapprochés de l'environnement familial et donc potentiellement accessible à de la prévention (57). Nous détaillerons plus tard ce point en particulier.

Basoglu et al. ont étudié le polymorphisme génétique d'une protéine de fusion synaptique et membranaire au niveau des neurotransmetteurs : SNAP25. Antérieurement, cette protéine avait été étudiée dans le TDAH, et une association positive avait été retrouvée. Dans cette étude, les auteurs retrouvent également une relation positive entre le SNAP25 et les comportements antisociaux (TPAS) par rapport à des groupes contrôles. En revanche ils ne retrouvent pas de liens avec des hauts scores à la PCL-R, faisant l'hypothèse que ce gène serait en lien avec une symptomatologie de comportements externalisés plutôt qu'à des traits de personnalité spécifiques propres à la psychopathie (58).

Kolla et al. ont proposé de travailler sur le lien entre l'activité de l'enzyme monoamine oxydase-A et la dimension impulsive. Cette protéine se trouve dans la membrane mitochondriale extérieure. Elle permettrait de métaboliser les neurotransmetteurs impliqués dans les comportements agressifs. Ainsi la faible activité de cette enzyme, serait associée aux comportements impulsifs et agressifs retrouvés notamment dans le TPAS (59).

Nous savons l'importance de l'environnement et des facteurs extrinsèques dans l'équation étiologique. Le diagnostic de TPAS suppose un TC dans l'adolescence (avant 15 ans plus précisément) ce qui montre l'importance du développement dans ce trouble. Plusieurs études ont d'ailleurs démontré que la qualité des soins dans la petite enfance était un prédicteur de développer 20 ans plus tard un TPAS, comme la maltraitance dans l'enfance de manière assez peu spécifique (60). D'autres études ont montré qu'un attachement insécure ou désorganisé dans l'enfance était prédicteur du développement d'un TPAS plus tard à l'âge adulte.

L'environnement jouerait un rôle et favoriserait les actes antisociaux notamment à travers des effets directs sur la biologie des individus. En effet, l'environnement et les événements de vie adverses peuvent modifier la façon dont les gènes s'expriment ou faire varier le niveau hormonal et de neurotransmission. Plus cet environnement agit tôt sur les différentes structures, plus ses effets seront importants à terme (21).

Au niveau hormonal, il a été retrouvé une faible sécrétion de cortisol pouvant expliquer la baisse de réactivité face à la peur et une recherche de sensation forte à l'âge adulte, caractéristiques pouvant mener à des comportements antisociaux ainsi qu'à des tendances psychopathiques. Ce taux de cortisol bas serait plus variable parmi les enfants avec un diagnostic de TC (47).

La testostérone a également été à l'origine de nombreuses études qui ont montré des taux augmentés chez les individus avec TPAS et antérieurement TC. La relation entre testostérone

et psychopathie est moins claire, malgré le rationnel théorique, on ne retrouve pas de lien statistique entre les traits psychopathiques et le taux de testostérone (61).

Chez les adultes atteints de TPAS, le niveau d'ocytocine apparaît diminué, cette hormone étant un neuropeptide produit dans le noyau supraoptique et paraventriculaire de l'hypothalamus. Elle joue un rôle fondamental dans plusieurs processus physiologiques (activité sexuelle, grossesse, lactation, sociabilité) mais aussi sur les comportements prosociaux et certaines habiletés sociales. Elle constitue une piste thérapeutique de nombreux troubles allant de la schizophrénie au trouble du spectre de l'autisme. Dans leur revue de la littérature, Gedeon et al. trouvent des résultats contrastés concernant l'administration d'ocytocine pour le TPAS avec parfois une augmentation des comportements violents (62).

Raine, auteur notamment de « *Anatomy of violence : Biological roots of crime* » (2014), s'est penché sur les différences neuroanatomiques propres au TPAS à travers une méta-analyse. Il a été observé une réduction du volume de substance grise au niveau du cortex orbitofrontal droit, cingulaire antérieur droit et du cortex préfrontal dorsolatéral chez les sujets avec TPAS par rapport aux sujets contrôles (63).

Le cortex préfrontal n'a pas de définition toujours consensuelle. La plupart des auteurs le divisent en trois parties, les cortex dorsolatéral, ventrolatéral et orbitofrontal constituant la partie inférieure du cortex préfrontal. Il joue un rôle clé au niveau cognitivo-comportemental en permettant de réguler et d'adapter ses comportements à des situations nouvelles. Il est le siège des fonctions cognitives supérieures et serait impliqué notamment dans la conscience de soi. Carrefour de multiples connexions, il permet la communication entre différentes structures comme l'hippocampe, le thalamus et l'ensemble du cortex.

Glenn et Yang se sont intéressés aux particularités neuroanatomiques et plus particulièrement au striatum en lien avec les comportements antisociaux. Ainsi, ils retrouvent un volume de striatum augmenté chez les sujets atteints de TPAS. De plus, ils observent ces augmentations chez les individus à haut score de psychopathie sur la PCL-R. Ceci pouvant expliquer les difficultés de régulation comportementale notamment de l'agressivité et du défaut de contrôle des impulsions (66).

Le striatum est situé dans la partie interne du cerveau. Il est composé du noyau caudé, du noyau accumbens et du globus pallidus et fait partie des ganglions de la base. Il joue un rôle fondamental dans la prise de décision et de régulation des impulsions et de la motivation. Il fait

partie du circuit de la récompense. Nous verrons ultérieurement le rôle majeur qu'il joue dans la psychopathie.

La psychopathie a été également le centre de nombreuses recherches tentant de comprendre les mécanismes à l'œuvre au niveau neurobiologique et fonctionnel.

1.8.3.2 Psychopathie

Gregory et al. ont effectué une étude portant sur la neuro-imagerie parmi différents sous types de délinquants violents, en les distinguant par la présence ou non de traits psychopathiques. Dans cette étude comparative, les auteurs ont trouvé des différences significatives au niveau de la substance grise chez les individus violents avec traits psychopathiques. Ils notent une réduction bilatérale du volume de substance grise au niveau du cortex préfrontal médian temporal en comparaison avec les individus avec TPAS sans trait psychopathique. Cela soutient l'hypothèse selon laquelle la psychopathie serait un trouble neurodéveloppemental avec un début dans l'enfance et des anomalies structurelles précoces. Ces anomalies neuroanatomiques pourraient expliquer, selon les auteurs, les dysfonctionnements au niveau émotionnel tel que le déficit empathique, le déficit en émotions prosociales et de sens moral (67).

Une étude chez des délinquants violents à haut score de psychopathie a été réalisée par l'équipe de Boccardi et al. Elle s'est intéressée à la neuroimagerie fonctionnelle de ces individus et plus particulièrement à celle de l'amygdale, à l'aide d'un traceur administré en aveugle aux différents groupes.

En effet, l'amygdale cérébrale est une structure jouant un rôle fondamental dans le traitement des émotions. Longtemps considérée comme le centre de la peur, on sait désormais qu'elle a une fonction bien plus large. Cette structure conservée à travers les espèces, est importante pour la survie des individus du fait de sa fonction de réaction aux signaux de danger. L'amygdale cérébrale est composée de plusieurs noyaux : le noyau basolatéral, le noyau central et le noyau latéral. Le noyau basolatéral joue un rôle dans la cognition émotionnelle et dans l'apprentissage émotionnel. L'amygdale est par ailleurs impliquée dans la détection de signaux de menace, émotionnels et dans les mécanismes de conditionnement aversif probablement déficients chez les individus psychopathes (48).

En ce qui concerne l'étude de Boccardi, cette dernière a mis en évidence des modifications au niveau du volume de l'amygdale chez les sujets délinquants psychopathes par rapport aux sujets contrôles. Dans cette étude, il apparaît également qu'une augmentation du volume des noyaux

latéraux permettant l'interface entre les stimuli externes et les structures corticales par l'intermédiaire du noyau central pourrait expliquer la dimension impulsive et agressive de la psychopathie. On retrouve également une diminution d'environ 20% du volume du noyau basolatéral amygdalien pouvant expliquer cette altération du conditionnement aversif et donc la répétition des comportements répréhensibles. L'étude met également en avant des modifications morphologiques dans d'autres régions telles que l'hippocampe et les auteurs font l'hypothèse d'une dysrégulation au sein de circuits cérébraux plutôt que de simples déficits (68). Ces études sont toutefois limitées par l'absence de contrôle avec le quotient intellectuel pouvant expliquer des diminutions de substance grise.

Plus récemment, Korponey et al. ont étudié une structure que nous avons vu précédemment, le striatum et plus particulièrement sa connectivité, parmi 124 individus incarcérés, le seuil de 30 à la PCL-R étant fixé pour déterminer la psychopathie. Les résultats démontrent une relation entre la sévérité de la psychopathie et le volume du striatum et plus précisément du noyau accumbens et du putamen tout d'abord, et plus en lien avec le facteur 2 (Facette impulsive et antisociale) (69). Par la suite, ils ont réalisé une analyse en voxel (pixel 3D) présentée dans la figure qui suit :

Une étude sur 985 prisonniers en IRM fonctionnelle a été conduite en 2018 par Espinoza et al.. Parmi eux, 134 avaient un score PCL-R supérieur à 30. L'équipe a retrouvé des altérations dans la connectivité de plusieurs structures incluant celles du système para limbique (amygdale, cortex cingulaire, insula). Ces dernières ont été identifiées comme les trois principales composantes du réseau de saillance permettant l'attribution d'une valence émotionnelle ainsi que le traitement des stimuli internes et externes influençant les comportements (70).

Hosking et al. ont étudié l'influence du cortex préfrontal sur le striatum chez les individus à haut score de psychopathie. Cette étude est particulièrement intéressante au vu de sa méthode que nous allons détailler. Les auteurs font l'hypothèse que l'hyperactivité du striatum dans la psychopathie serait due à une absence de contrôle cortical et notamment du cortex préfrontal et qu'elle jouerait un rôle dans la prise de décision chez les individus hautement psychopathiques. Effectivement, en situation d'évaluation Coût/Bénéfice, il est observé une diminution de la connectivité striatum-cortex préfrontal, et cette relation serait même abolie dans les cas de psychopathie sévère. Pour montrer cette différence de connectivité au moment de la prise de décision, les auteurs ont réalisé un jeu de hasard moral dans lequel les sujets devaient choisir entre une récompense pécuniaire immédiate plus faible ou alors retardée mais plus importante avec une analyse en IRM fonctionnelle. Ainsi, ils ont inclus 49 personnes incarcérées pour des

infractions violentes sans comorbidité psychiatrique ou addictologique et effectué une analyse sur les différentes données obtenues. Ils retrouvent chez les individus hautement psychopathiques une association entre un score PCL-R élevé et une activation augmentée du noyau accumbens, en plus d'une connectivité défaillante entre le noyau accumbens et le cortex préfrontal ventromédian. Ils montrent par ailleurs dans les cas les plus graves de psychopathie un clivage entre le cortex préfrontal ventromédian et l'activation du noyau accumbens, le cortex préfrontal ne jouant plus son rôle de régulateur. Ils formulent l'hypothèse que les sujets psychopathes auraient un défaut de contrôle préfrontal laissant le noyau accumbens seul maître, altérant ainsi les choix et le contrôle de soi selon le principe de gratification immédiate (71). Aux Etats-Unis, cet article a même été utilisé dans une cour criminelle afin de plaider l'irresponsabilité pénale d'un auteur d'infraction qui serait atteint de psychopathie, en mettant en avant les dysfonctionnements cérébraux de l'individu. L'irresponsabilité n'a pas été retenue mais le débat est lancé.

Nous allons désormais nous pencher sur la typologie des actes violents et notamment la différence entre l'agressivité instrumentale et réactionnelle.

I.8.4 Typologie des passages à l'acte violents

Dans la majorité de la littérature sur le sujet, il n'existe pas de distinction entre l'agressivité et la violence par souci de simplification. Pourtant ces deux concepts ont une relation asymétrique, en effet tout acte de violence est précédé d'agressivité mais toute agressivité n'est pas automatiquement suivie d'un acte violent.

Un nombre important d'auteurs distingue deux types d'agressivité, d'un côté l'agressivité réactionnelle ou réactive, d'un autre côté l'agressivité instrumentale ou prédatrice. Elles ne feraient pas intervenir les mêmes circuits neuronaux (72).

L'agressivité réactionnelle correspond en général à la réponse à un stimulus interne ou externe qui menace l'intégrité physique ou psychologique de l'individu. L'objectif de l'agressivité réactionnelle pour l'individu est de réduire voire éliminer la menace afin d'obtenir un apaisement. Cette agressivité implique généralement le registre émotionnel et l'impulsivité, elle ne prend pas en compte toutefois les bénéfices secondaires derrière ce passage à l'acte, à l'inverse de la violence instrumentale. Certains auteurs critiquent cette séparation jugée trop simpliste contrastant avec la complexité des comportements humains. Il est cependant

intéressant de distinguer ces deux formes d'agressivité du fait du nombre d'études qui vont dans ce sens (73).

Par ailleurs, la violence « instrumentale » est appelée ainsi pour souligner son caractère utilitaire. En effet, ce type de violence apparaît comme intentionnelle et orientée vers un but. On la retrouve le plus souvent chez les individus avec haut score de psychopathie. Contrairement à la violence réactionnelle, plutôt déclenchée par une menace perçue, dans la violence instrumentale l'auteur choisit le moment, l'intensité de la violence et la victime. Néanmoins, il arrive que les séquences comportementales soient confondues et qu'une violence d'abord réactionnelle devienne instrumentale avec la diminution de la réaction du système sympathique. Nous allons maintenant nous intéresser à la littérature comparant ces deux types de violences observées.

Laurell et al. ont mené une étude comprenant 94 prisonniers d'un centre de détention sécurisé pour corroborer la relation entre la personnalité psychopathique et les violences instrumentales. Ce travail établit un lien avec 80% des patients ayant des hauts scores de psychopathie qui ont commis des violences qualifiées d'instrumentales alors que 69% des sujets non psychopathes auraient commis des violences réactives (74). Ces résultats allant dans le sens de l'étude de Woodworth et Porter qui retrouvait des différences encore plus importantes entre les psychopathes et les autres auteurs de violences (75).

Blair s'est quant à lui intéressé notamment à la neuroimagerie des comportements violents et les différents résultats de sa revue montrent une augmentation de la réponse amygdalienne aux stimuli émotionnels chez les auteurs de violences réactionnelles. Cela suggérerait un risque d'agressions réactives augmenté lorsque la réactivité de base du système de menace est majorée (76).

L'étude de Lobbestael et al. montre une prévalence plus importante des passages à l'acte aussi bien réactionnels qu'instrumentaux chez les patients atteints de TPAS par rapport à des sujets contrôles. De plus ils mettent en avant des biais d'interprétation chez les individus commettant des violences réactionnelles. Ils suggèrent un axe de travail thérapeutique dans la réduction de ce biais d'interprétation hostile (77).

Nous allons désormais nous intéresser aux thérapeutiques envisagées et utilisées dans les différents troubles ainsi que leur efficacité.

I.8.5 Thérapeutiques

I.8.5.1 Trouble de la personnalité antisociale

Le TPAS a été relativement peu étudié au niveau thérapeutique, il existe un nombre restreint d'études portant sur ce sujet (78).

Dans un essai contrôlé randomisé, Davidson et al. ont comparé chez les individus avec TPAS un traitement par une psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) et les traitements habituels pour ce trouble. Ils évaluaient l'amélioration sur des critères de passage à l'acte hétéro-agressif, de mésusage de substances, de fonctionnement social. L'étude ne retrouve pas d'amélioration significative sur ces différents critères avec la TCC, cependant les résultats suggèrent un effet de la TCC nécessitant une étude plus robuste afin de trouver une différence significative (79).

Récemment, une équipe s'est intéressée à des traitements basés sur la mentalisation et notamment la théorie de l'esprit possiblement altérée dans le TPAS. Cette thérapie avait été utilisée dans le trouble de la personnalité borderline. Il y aurait des résultats encourageants sur la diminution des comportements agressifs chez les individus atteints de TPAS avec des traits psychopathiques restreints (80).

L'article de Van den Bosch et al. reprend les pistes thérapeutiques pour la prise en charge du TPAS, il en ressort que les experts sur la question vont à l'encontre du dogme prédominant disant que ce trouble n'est accessible à aucun traitement (81). Les auteurs soulignent l'importance des psychothérapies utilisées dans les troubles de la personnalité telles que les thérapies des schémas ou dialectique qui auraient un potentiel effet bénéfique. En outre, ils insistent sur l'importance de l'alliance thérapeutique avec le patient qui constitue un élément majeur de l'amélioration clinique.

Plusieurs auteurs privilégient une prise en charge plutôt groupale qu'individuelle, ceci permettant de réduire dans une certaine mesure la manipulation et la tromperie. En effet, ces caractéristiques rendent difficiles le travail psychothérapeutique individuel. Ils mettent en avant également l'importance des communautés thérapeutiques (82).

La revue Cochrane s'est intéressée au traitement pharmacologique envisageable dans le TPAS, avec des critères de jugements principaux telles que la récurrence agressive, le fonctionnement global et social. Cette revue retrouve des preuves très « incertaines » d'amélioration avec la nortriptyline, antidépresseur de la classe des tricycliques, et avec un traitement antiépileptique

la phénytoïne. Aucune de ces études ne prenait en compte en critère de jugement principal le fait de commettre de nouveau une infraction. Les auteurs concluent donc à l'absence de preuves robustes de l'efficacité d'une intervention pharmacologique (83).

La détection et la prévention chez les jeunes enfants d'un futur trouble de la personnalité antisociale reste controversée, cependant de nombreux chercheurs s'y intéressent dans un objectif de réduction des comportements violents. Effectivement, chez les enfants atteints de TC, il y aurait un bénéfice à intervenir tôt même avant que le TC ne s'aggrave dans les comportements antisociaux et violents notamment. Ils proposent de repérer les enfants avec un TC associé à une forte insensibilité émotionnelle, le fameux « callous-unemotional trait » et d'appliquer des interventions parentales se concentrant sur le renforcement positif, ce dernier aurait montré des bénéfices dans l'apprentissage des émotions prosociales si précieuses à la vie en société (84). Nous avons vu précédemment que le trait d'insensibilité était un prédicteur de développer un TPAS plus tard ainsi que des tendances psychopathiques. Cette approche de prédiction précoce a pu être critiquée et faire l'objet de débat avec un risque de stigmatisation à ne pas négliger. Nous allons maintenant nous pencher sur les perspectives thérapeutiques de la psychopathie.

1.8.5.2 Psychopathie

La littérature est pauvre concernant la prise en charge des individus hautement psychopathiques. Cela montre, l'impasse thérapeutique dans laquelle la communauté médicale se trouve concernant la psychopathie.

Plusieurs études ont retrouvé non pas une efficacité sur les composantes intrinsèques de la psychopathie telle que le déficit affectif ou la tendance à la manipulation mais la possibilité d'un impact sur les comportements antisociaux lorsqu'ils sont présents (22). Nous savons que chez les sujets psychopathes, les domaines de personnalité interpersonnelles et de détachement émotionnel ont tendance à rester stables dans le temps contrairement à la facette antisociale.

Reidy et al. se sont ainsi intéressés aux différents traitements possibles dans la psychopathie. Il en ressort encore une fois le faible nombre d'études et leur faible puissance pour démontrer une diminution des passages à l'acte violents. Dans une vision optimiste, des interventions précoces et intenses auraient un impact en diminuant le risque de violence (85).

Thompson et al., dans un article de revue ont mis en avant certaines thérapeutiques notamment les psychotropes agissant sur certains neuropeptides comme l'ocytocine. En effet nous avons vu son rôle dans le développement d'émotions prosociales. L'administration d'ocytocine constituerait une stratégie intéressante, toutefois à confirmer avec des études plus robustes (86).

Il existe une étude de 1994 menée par Harris sur des thérapies groupales au sein de communautés, notamment chez des détenus sortant de prison. Ils ont distingué deux groupes selon leurs tendances psychopathiques et se sont aperçus que les individus psychopathiques avaient plus de chance de faire une récidive violente après le traitement que les détenus non psychopathiques et même que les détenus psychopathiques n'ayant pas reçu de traitement. Bien que cette étude montre de nombreuses limites, elle met en exergue la complexité de la prise en charge des individus psychopathiques. Les auteurs font l'hypothèse que les sujets psychopathes deviennent de meilleurs psychopathes s'ils vivent ensemble au sein de communautés thérapeutiques (87).

D'autre part, des études plus récentes ont montré un bénéfice à la prise en charge groupale chez les individus psychopathes. L'étude proposée par Monahan a des résultats prometteurs. Effectivement, il retrouve un effet bénéfique des séances de psychothérapies avec en plus un effet dose-dépendant, ce qui signifie que plus les patients avaient de séances, moins ils avaient tendance à faire de récidives violentes (88).

I.9 Discussion

Nous avons vu à travers cette revue de la littérature qu'il existait un lien étroit entre le TPAS et la psychopathie mais qu'il était important de faire la distinction entre les deux. En effet, si ces deux concepts se chevauchent, la relation est asymétrique entre les deux diagnostics, et le fait d'avoir une personnalité antisociale ne veut pas dire que l'individu est psychopathe alors que l'inverse est la plupart du temps vrai. Une autre manière de le dire serait de considérer que le TPAS est hautement comorbide parmi les individus atteints de psychopathie.

Nous avons observé que dans la population carcérale, la grande majorité des individus étaient atteints d'une personnalité antisociale, allant jusqu'à 80% dans certaines études, tandis que la prévalence des individus hautement psychopathiques ne dépassait pas 30%, montrant ainsi l'asymétrie de la relation entre ses deux entités. De plus, nous avons observé des disparités de prévalences entre différents pays pouvant expliquer une part culturelle.

La littérature scientifique est riche en ce qui concerne les modèles étiologiques expliquant la psychopathie avec un intérêt grandissant pour les neurosciences. Des différences structurelles ont été retrouvées entre les individus psychopathiques et les individus atteints de TPAS avec notamment une augmentation du volume du striatum et plus particulièrement du noyau accumbens jouant un rôle dans la prise de décision et la régulation comportementale. Nous avons vu également un fonctionnement réduit de certaines régions du cerveau impliquées dans le traitement des émotions comme l'amygdale cérébrale. Certains avocats se saisissent même de ces différences neuroanatomiques pour défendre leur client. En effet, alors que la question de l'irresponsabilité pénale peut se discuter lors de certains procès, à l'heure actuelle la jurisprudence est en faveur d'une responsabilisation des passages à l'acte commis par des personnes ayant des troubles de la personnalité malgré les différences de fonctionnement manifestes.

Les différences neuroanatomiques et de fonctionnement ont été synthétisées dans une revue systématique de la littérature de Johanson et al. (89). Cette étude a repris les travaux de neuro-imagerie fonctionnelle et structurelle sur les sujets psychopathiques et TPAS.

Le tableau présenté ci-dessous permet de mieux comprendre les différences et similitudes sur différents aspects :

	TPAS	Psychopathie
Traits CU « callous-unemotionnal » (insensibilité et absence d'émotion)	Souvent comorbides	Constants
Aptitude à reconnaître les émotions	Normale	Diminuée
Réactivité de l'amygdale dans la reconnaissance faciale des émotions	Augmentée	Diminuée
Émotionnalité	Négative	Absente
Agressivité	Réactionnelle	Proactive et instrumentale
Activité dans les régions limbique et para limbique en réponse à la punition	Diminuée	Augmentée
Héritabilité	Modérée	Importante
Relation avec la MAO-A	Oui	Non

Tableau 4. De quelques différences entre TPAS et psychopathie (adapté de (89)).

Les deux termes sont souvent confondus en pratique clinique courante et même parmi certains experts psychiatres. Il apparaît important de considérer l'évaluation de la psychopathie avec une approche dimensionnelle. En effet, cette approche permet d'aborder de façon plus précise la complexité de ce concept comme on a pu le voir à travers des échelles d'évaluation plus récentes (CAPP).

Ces découvertes ouvrent la voie à des possibles thérapeutiques innovantes de neurostimulation notamment. Ces différentes études sont limitées par le faible nombre d'imageries prises en compte ainsi que par le fait de ne pas contrôler les facteurs confondants tels que le QI ou les comorbidités neurologiques et psychiatriques.

Nous avons également soulevé le problème de la psychopathie dite « sociale » désignant les individus hautement psychopathiques mais sans composante antisociale externalisée. Cette

conceptualisation manque encore de données dans la littérature, elle reste plutôt présente dans les magazines de finances et d'affaires pour le moment, et met en lumière davantage les traits de personnalité intrinsèques et tempéramentaux des individus. Il en ressort toutefois des implications dans le monde du travail notamment dans les grandes entreprises où certains employés peuvent se retrouver confrontés à ce type de personnalité.

Nous n'avons pas abordé l'aspect de prévention de la psychopathie et du TPAS, ce dernier étant très controversé et il n'en ressort pas de consensus. Plusieurs politiques ont tenté de s'emparer de ce sujet dans un objectif sécuritaire, sans succès.

Notre étude présente certaines limites, en effet nous n'avons pas effectué une revue systématique de la littérature et nous avons utilisé seulement deux moteurs de recherche. Ceci a pu restreindre notre bibliographie. Par ailleurs, nous pouvons discuter la présence d'études contradictoires notamment sur les aspects neuro-fonctionnels et neurobiologiques. Ces études restent cependant intéressantes pour leur caractère didactique.

En outre, il existe encore des divergences au niveau de l'évaluation de la psychopathie et des seuils utilisés dans les différentes études.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail de thèse était de montrer les similitudes et différences entre le TPAS et la psychopathie.

En conclusion, nous voyons que le concept de psychopathie a encore sa place dans la nosographie psychiatrique. Dans la sphère de la psychiatrie médico-légale notamment, il est important de savoir faire ce diagnostic et de privilégier une approche dimensionnelle pour une meilleure évaluation de la psychopathie.

La distinction entre la psychopathie, concept complexe mettant en jeu différents traits de personnalité, et la personnalité antisociale semble primordiale. En effet, il paraît important de ne pas prendre en charge les sujets psychopathiques avec une tendance à la manipulation exacerbée comme des individus TPAS dans un lieu de soins ou dans un lieu de détention.

Nous avons vu dans cette thèse que les techniques d'évaluation étaient encore perfectibles avec notamment un accent trop important mis sur les comportements antisociaux pour le diagnostic de psychopathie. Ceci contribuant à renforcer la confusion entre les deux concepts.

L'avancée de la recherche et des études sur le fonctionnement des individus hautement psychopathiques pourraient ouvrir la voie à de nouvelles thérapeutiques tant sur le plan médicamenteux que comportemental voire neuroscientifique.

Nous pourrions également envisager une prise en compte des facteurs neurobiologiques ou bien même génétiques dans des stratégies de prévention de la criminalité chez des individus, même si à l'heure actuelle, cette vision est hautement controversée.

La prise en considération de ces différents facteurs dans les tribunaux soulève de nombreuses questions éthiques quant à la responsabilisation de ces individus, c'est tout le champ de la neuro-éthique. Il faut néanmoins faire attention à ne pas surinterpréter, surtout dans un tribunal où les jurés peuvent facilement être influencés, les différences neuroanatomiques chez des individus hautement psychopathiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrigo B, Stacey S. The confusion over psychopathy (I) Historical considerations. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1 juin 2001;
2. Rapport HAS : Prise en charge de la psychopathie (2005) [Internet]. [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/psychopathie%20_05-_textes%20experts.pdf
3. Cleckley HM. The mask of sanity. *Postgrad Med*. mars 1951;9(3):193-7.
4. Skeem JL, Poythress N, Edens JF, Lilienfeld SO, Cale EM. Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behavior*. 1 sept 2003;8(5):513-46.
5. Karpman B. Conscience in the psychopath; another version. *Am J Orthopsychiatry*. juill 1948;18(3):455-91.
6. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association; 2000. 915 p.
7. Association AP. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015. 1114 p.
8. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. 2019;
9. Hare R. Hare Psychopathy Checklist-Revised - PsycNET [Internet]. 2003 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F04993-000>
10. Gonzalez-Tapia MI, Obsuth I, Heeds R. A new legal treatment for psychopaths? Perplexities for legal thinkers. *Int J Law Psychiatry*. oct 2017;54:46-60.
11. Hare R. Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). 1 janv 1991;
12. Archer RP, Wheeler EMA. Forensic Uses of Clinical Assessment Instruments. Routledge; 2013. 597 p.
13. Kennealy PJ, Skeem JL, Lilienfeld SO. Clarifying Conceptions Underlying Adult Psychopathy Measures: A Construct Validity Metric Approach. *Assessment*. sept 2021;28(6):1503-19.
14. Anderson JL, Sellbom M, Wygant DB, Edens JF. Examining the necessity for and utility of the Psychopathic Personality Inventory—Revised (PPI-R) validity scales. *Law and Human Behavior*. 2013;37(5):312-20.
15. Cooke DJ, Hart SD, Logan C, Michie C. Explicating the Construct of Psychopathy: Development and Validation of a Conceptual Model, the Comprehensive Assessment of

- Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*. 1 oct 2012;11(4):242-52.
16. Englebert J, Adam C. 'Antisocial personality', an antithesis of psychopathology. *Deviance et Societe*. 21 mars 2017;41(1):3-28.
 17. Flavigny H. De la notion de psychopathie. 1977;
 18. Reid Meloy J. *Les Psychopathes : Essai de psychopathologie clinique*. Frison-Roche. Paris; 2000.
 19. Balier C. *La violence en Abyrne (II – Psychopathie)*. Paris: Presses Universitaires de France; 2005.
 20. Pailler JJ. Sous la direction de Claude Balier *La violence en Abyrne. Essai de psychocriminologie*. *Revue française de psychosomatique*. 2005;27(1):177-85.
 21. Glenn AL, Johnson AK, Raine A. Antisocial personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep*. déc 2013;15(12):427.
 22. Berg JM, Smith SF, Watts AL, Ammirati R, Green SE, Lilienfeld SO. Misconceptions regarding psychopathic personality: implications for clinical practice and research. *Neuropsychiatry*. févr 2013;3(1):63-74.
 23. Moran P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mai 1999;34(5):231-42.
 24. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 16 févr 2002;359(9306):545-50.
 25. Volkert J, Gablonski TC, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. déc 2018;213(6):709-15.
 26. Holzer KJ, Vaughn MG. Antisocial Personality Disorder in Older Adults: A Critical Review. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. nov 2017;30(6):291-302.
 27. Werner KB, Few LR, Bucholz KK. Epidemiology, Comorbidity, and Behavioral Genetics of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy. *Psychiatr Ann*. avr 2015;45(4):195-9.
 28. Guy N, Newton-Howes G, Ford H, Williman J, Foulds J. The prevalence of comorbid alcohol use disorder in the presence of personality disorder: Systematic review and explanatory modelling. *Personal Ment Health*. août 2018;12(3):216-28.
 29. Gerstley LJ, Alterman AI, McLellan AT, Woody GE. Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: A problematic diagnosis? *The American Journal of Psychiatry*. févr 1990;147(2):173-8.
 30. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*. mai 2006;188(5):423-31.

31. Carbone EA, de Filippis R, Caroleo M, Calabrò G, Staltari FA, Destefano L, et al. Antisocial Personality Disorder in Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 20 févr 2021;57(2):183.
32. Jylhä P, Rosenström T, Mantere O. Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Affective Disorders*. 15 janv 2016;190:632-9.
33. Storebø OJ, Simonsen E. The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): A Review. *J Atten Disord*. oct 2016;20(10):815-24.
34. Beryl R, Chou S, Völlm B. A systematic review of psychopathy in women within secure settings. *Personality and Individual Differences*. déc 2014;71:185-95.
35. Sanz-García A, Gesteira C, Sanz J, García-Vera MP. Prevalence of Psychopathy in the General Adult Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2021 [cité 23 mai 2022];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.661044>
36. Dutton K. The wisdom of psychopaths. *Sci Am*. oct 2012;307(4):76-9.
37. Sperry L. *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-5 Personality Disorders: Assessment, Case Conceptualization, and Treatment*, Third Edition. Routledge; 2016. 275 p.
38. Blair RJR. Traits of empathy and anger: implications for psychopathy and other disorders associated with aggression. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 19 avr 2018;373(1744):20170155.
39. Le Robert de la Langue Française (2021).
40. Duval C, Piolino P, Bejanin A, Laisney M, Eustache F, Desgranges B. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*. 1 avr 2011;3(1):41-51.
41. Blair RJR. Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*. 1 déc 2005;14(4):698-718.
42. Robert James B, Jones L, Clark F, Smith M. The psychopathic individual: A lack of responsiveness to distress cues? *Psychophysiology*. 1997;34(2):192-8.
43. Bird G, Viding E. The self to other model of empathy: Providing a new framework for understanding empathy impairments in psychopathy, autism, and alexithymia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1 nov 2014;47:520-32.
44. Lamm C, Decety J, Singer T. Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage*. 1 févr 2011;54(3):2492-502.
45. Copestake S, Gray NS, Snowden RJ. Emotional intelligence and psychopathy: A comparison of trait and ability measures. *Emotion*. août 2013;13(4):691-702.

46. Megías A, Gómez-Leal R, Gutiérrez-Cobo MJ, Cabello R, Fernández-Berrocal P. The relationship between trait psychopathy and emotional intelligence: A meta-analytic review. *Neurosci Biobehav Rev*. janv 2018;84:198-203.
47. Junewicz A, Billick SB. Conduct Disorder: Biology and Developmental Trajectories. *Psychiatric Quarterly*. 2020;91(1):77-90.
48. Decety J. The contribution of forensic neuroscience to psychopathy. *Encephale*. août 2020;46(4):301-7.
49. Poythress NG, Hall JR. Psychopathy and impulsivity reconsidered. *Aggression and Violent Behavior*. mars 2011;16(2):120-34.
50. Karpman B. The myth of the psychopathic personality. *AJP*. mars 1948;104(9):523-34.
51. Snowden RJ, Gray NS. Impulsivity and psychopathy: Associations between the Barrett Impulsivity Scale and the Psychopathy Checklist revised. *Psychiatry Research*. 30 mai 2011;187(3):414-7.
52. Swogger MT, Walsh Z, Kosson DS. Domestic violence and psychopathic traits: distinguishing the antisocial batterer from other antisocial offenders. *Aggressive Behavior*. 2007;33(3):253-60.
53. Skeem JL, Cooke DJ. Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychol Assess*. juin 2010;22(2):433-45.
54. DeLisi M, Drury AJ, Elbert MJ. Psychopathy and pathological violence in a criminal career: A forensic case report. *Aggression and Violent Behavior*. 2021;60.
55. Boccio CM, Beaver KM. Psychopathic Personality Traits and the Successful Criminal. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. nov 2018;62(15):4834-53.
56. Babiak P, Hare R. *Snake in suits: When psychopaths go to work*. Etats-Unis: HarperCollins; 2006.
57. Ferguson CJ. Genetic Contributions to Antisocial Personality and Behavior: A Meta-Analytic Review From an Evolutionary Perspective. *The Journal of Social Psychology*. 26 févr 2010;150(2):160-80.
58. Basoglu C, Oner O, Ates A. Synaptosomal-associated protein 25 gene polymorphisms and antisocial personality disorder: association with temperament and psychopathy. *Can J Psychiatry*. juin 2011;56(6):341-7.
59. Kolla NJ, Matthews B, Wilson AA, Houle S, Michael Bagby R, Links P, et al. Lower Monoamine Oxidase-A Total Distribution Volume in Impulsive and Violent Male Offenders with Antisocial Personality Disorder and High Psychopathic Traits: An [11C] Harmine Positron Emission Tomography Study. *Neuropsychopharmacol*. oct 2015;40(11):2596-603.
60. Shi Z, Bureau JF, Easterbrooks MA, Zhao X, Lyons-Ruth K. Childhood maltreatment and prospectively observed quality of early care as predictors of antisocial personality disorder features. *Infant Mental Health Journal*. 2012;33(1):55-69.

61. Glenn AL, Raine A, Schug RA, Gao Y, Granger DA. Increased testosterone-to-cortisol ratio in psychopathy. *J Abnorm Psychol.* mai 2011;120(2):389-99.
62. Gedeon T, Parry J, Völlm B. The Role of Oxytocin in Antisocial Personality Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychiatry.* 2019;10:76.
63. Yang Y, Raine A. Prefrontal Structural and Functional Brain Imaging findings in Antisocial, Violent, and Psychopathic Individuals: A Meta-Analysis. *Psychiatry Res.* 30 nov 2009;174(2):81-8.
64. Raine A, Yang Y, Narr KL, Toga AW. Sex differences in orbitofrontal gray as a partial explanation for sex differences in antisocial personality. *Mol Psychiatry.* févr 2011;16(2):227-36.
65. Cortex préfrontal. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 21 août 2022]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cortex_pr%C3%A9frontal&oldid=196005608
66. Glenn AL, Yang Y. The potential role of the striatum in antisocial behavior and psychopathy. *Biol Psychiatry.* 15 nov 2012;72(10):817-22.
67. Gregory S, Fytche D, Simmons A. The Antisocial Brain: Psychopathy Matters: A Structural MRI Investigation of Antisocial Male Violent Offenders. *Archives of General Psychiatry.* 1 sept 2012;69(9):962-72.
68. Boccardi M, Frisoni GB, Hare RD, Cavado E. Cortex and amygdala morphology in psychopathy. *Psychiatry Res.* 30 août 2011;193(2):85-92.
69. Korponay C, Pujara M, Deming P. Impulsive-antisocial dimension of psychopathy linked to enlargement and abnormal functional connectivity of the striatum. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.* mars 2017;2(2):149-57.
70. Espinoza FA, Vergara VM, Reyes D, Anderson NE. Aberrant functional network connectivity in psychopathy from a large (N = 985) forensic sample. *Hum Brain Mapp.* juin 2018;39(6):2624-34.
71. Hosking JG, Kastman EK, Dorfman HM. Disrupted Prefrontal Regulation of Striatal Subjective Value Signals in Psychopathy. *Neuron.* 5 juill 2017;95(1):221-231.e4.
72. Reidy DE, Shelley-Tremblay JF, Lilienfeld SO. Psychopathy, reactive aggression, and precarious proclamations: A review of behavioral, cognitive, and biological research. *Aggression and Violent Behavior.* 2011;16(6):512-24.
73. Chase KA, O'Leary KD, Heyman RE. Categorizing partner-violent men within the reactive-proactive typology model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2001;69(3):567-72.
74. Laurell J, Belfrage H, Hellström A. Facets on the psychopathy checklist screening version and instrumental violence in forensic psychiatric patients. *Crim Behav Ment Health.* oct 2010;20(4):285-94.

75. Woodworth M, Porter S. In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002;111(3):436-45.
76. Blair RJR. Neuroimaging of Psychopathy and Antisocial Behavior: A Targeted Review. *Curr Psychiatry Rep*. févr 2010;12(1):76-82.
77. Lobbestael J, Cima M, Arntz A. The relationship between adult reactive and proactive aggression, hostile interpretation bias, and antisocial personality disorder. *J Pers Disord*. févr 2013;27(1):53-66.
78. National Institute for Health & Clinical Excellence. Recommandations NICE Antisocial Personality Disorder : Treatment, Management and Prevention [Internet]. 2013. (The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists). Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg77/evidence/full-guideline-242104429>
79. Davidson KM, Tyrer P, Tata P, Cooke D. Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. avr 2009;39(4):569-77.
80. McGauley G, Yakeley J, Williams A, Bateman A. Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. 1 déc 2011;13(4):371-93.
81. Van Den Bosch LMC, Rijckmans MJN, Decoene S. Treatment of antisocial personality disorder: Development of a practice focused framework. *Int J Law Psychiatry*. juin 2018;58:72-8.
82. Kaylor L. Antisocial personality disorder: diagnostic, ethical and treatment issues. *Issues Ment Health Nurs*. juin 1999;20(3):247-58.
83. Khalifa NR, Gibbon S, Cheung N. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 3 sept 2020 [cité 12 avr 2022];2020(9). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007667.pub3>
84. Frick PJ. Early Identification and Treatment of Antisocial Behavior. *Pediatr Clin North Am*. oct 2016;63(5):861-71.
85. Reidy DE, Kearns MC, DeGue S. Reducing psychopathic violence: A review of the treatment literature. *Aggression and Violent Behavior*. sept 2013;18(5):527-38.
86. Thompson DF, Ramos CL, Willett JK. Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *J Clin Pharm Ther*. oct 2014;39(5):485-95.
87. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior*. 1991;15(6):625-37.
88. Monahan J. The psychiatrization of criminal behavior: a reply. *Hosp Community Psychiatry*. févr 1973;24(2):105-7.

89. Johanson M, Vaurio O, Tiihonen J, Lähteenvuo M. A Systematic Literature Review of Neuroimaging of Psychopathic Traits. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2020 [cité 27 août 2022];10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.01027>

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le
Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)

RÉSUMÉ

Contexte. - En France, les concepts de psychopathie et de personnalité antisociale sont souvent utilisés indifféremment l'un pour l'autre. Dans la littérature internationale récente, cependant ces termes et ces concepts ne sont pas synonymes. S'agit-il d'une même entité clinique ou de troubles différents ? Ce sera l'objet de notre étude.

Méthode. – Ce travail propose une revue narrative de la littérature sur les aspects épidémiologiques, étiopathogéniques, thérapeutiques de la psychopathie et du trouble de la personnalité antisociale. Nous avons utilisé les banques de données PubMed et PsycArticles en prenant les revues systématiques ou narratives de bonne qualité.

Résultats. – Les différentes revues évoquent la difficulté à trouver un consensus concernant l'étiologie de ces entités mais ils s'accordent à dire qu'elles ne sont pas synonymes et qu'elles ne doivent pas être confondues. Dans l'état actuel de nos connaissances, ces revues suggèrent des divergences sur le plan neurofonctionnel pouvant expliquer le déficit émotionnel profond.

Conclusion. - Nous voyons que le concept de psychopathie a encore sa place dans la nosographie psychiatrique. Dans la sphère de la psychiatrie médico-légale notamment, il est important de savoir faire ce diagnostic et de privilégier une approche dimensionnelle pour une meilleure évaluation de la psychopathie.

Mots clés : Psychopahie, Psychopathe, Personnalité Antisociale, Personnalité psychopathique, Trouble de la personnalité antisociale.