UNIVERSITÉ FRANÇOIS - RABELAIS

DE TOURS

ÉCOLE DOCTORALE Sciences, Santé et Technologies

EA 2114 Psychologie des âges de la vie

Axe C Vulnérabilité, processus psychopathologiques et de santé

THÈSE présentée par :

Angélique NIOCHE

soutenue le : **30 juin 2009**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université François Rabelais**

Discipline/ Spécialité : Psychologie

Psychopathie et troubles de la personnalité associés : recherche d'un effet particulier au trouble Borderline – Impact sur le risque de récidive

THÈSE dirigée par :

M. REVEILLERE Christian	Professeur, Université François Rabelais, Tours

RAPPORTEURS :

Mme FERNANDEZ Lydia	Professeur, Université de Picardie Jules Verne, Amiens
M. PHAM Thierry	Professeur, Université de Mons-Hainaut (Belgique)

JURY :

Mme de BEAUREPAIRE Christiane	Psychiatre des hôpitaux, EPS Paul Guiraud, Villejuif
Mme FERNANDEZ Lydia	Professeur, Université de Picardie Jules Verne, Amiens
M. FONTAINE Roger	Professeur, Université François Rabelais, Tours
M. PHAM Thierry	Professeur, Université de Mons-Hainaut (Belgique)
M. REVEILLERE Christian	Professeur, Université François Rabelais, Tours

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

Winnicott (1939)

Remerciements

Je tiens en tout premier lieu à remercier sincèrement le Professeur Christian Réveillère, mon directeur de thèse, pour m'avoir proposé ce sujet passionnant ainsi que différentes formations (Thérapie Cognitivo Dialectique, PCL-R et HCR-20) nécessaires à ce travail et très enrichissantes. Je vous remercie pour votre aide précieuse à tout point de vue, vos conseils, votre disponibilité et vos encouragements durant ces années de thèse (plus une année de DEA). Je vous remercie également beaucoup pour votre grande patience à mon égard, patience qui, je pense, a été mise à rude épreuve quelques fois. Aussi, vous m'avez permis de rencontrer et de collaborer avec certains autres professionnels que je souhaite également vivement remercier.

Ainsi, je remercie également beaucoup le Professeur Thierry Pham pour son importante collaboration et toute son aide notamment statistique et méthodologique mais aussi théorique. Je vous remercie de m'avoir accueillie lors de mon DEA dans votre Centre de Recherche en Défense Sociale, de m'avoir formée à la PCL-R et à la HCR-20, pour mon stage d'observation d'une semaine en DEA et pour nos différentes rencontres au CRDS. Je remercie aussi beaucoup Claire Ducro et Xavier Saloppé, psychologues au CRDS. Merci à vous aussi pour votre grande disponibilité, pour avoir aussi contribué à ma formation et pour tous vos conseils avisés.

Mes remerciements vont aussi au Docteur Christiane de Beaurepaire, psychiatre des hôpitaux, qui a exercé de nombreuses années en milieu carcéral en introduisant une profonde humanité dans un milieu trop souvent déshumanisant. Je souhaiterais lui exprimer toute ma gratitude. Je vous remercie beaucoup pour nous avoir permis d'accéder à la Maison d'Arrêt de Fresnes, pour avoir permis une grande partie du recueil de données et avoir « batailler » pour que je puisse rencontrer le plus grand nombre de volontaires possible. Grâce à votre aide si précieuse, cette recherche a été enrichie.

Je remercie également le Docteur Zinetti et Corinne, secrétaire au Grand Quartier, qui m'ont accueillie une ou deux journées par semaine pendant plusieurs mois ainsi que Laurence, assistante sociale pour les pauses déjeuner au mess et le Docteur Jung. Je remercie aussi toutes les personnes détenues qui ont accepté de participer à cette recherche.

Je remercie Eric Guillon, psychologue à la Maison d'Arrêt de Blois, qui m'a aussi ouvert ses portes au tout début de ma thèse et Isabelle Chevrier pour avoir partager certaines de ses données.

J'adresse également mes remerciements au Professeur Lydia Fernandez ainsi qu'au Professeur Roger Fontaine pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je souhaite remercier le laboratoire de psychologie (EA 2114 Psychologie des âges de la vie) qui a financé mes formations ainsi que mes trajets (au CRDS de Tournai et à Fresnes) pour les formations et le recueil des données.

Un grand merci à mes parents et ma sœur qui m'ont toujours soutenue dans toutes ces années d'études. Je remercie aussi beaucoup mon mari, Sylvestre, pour son soutien, son écoute, ses paroles rassurantes à vertu « déstressante ».

Merci à tous ceux et celles, famille, amis et anciennes collègues, qui m'ont soutenue de quelque manière que ce soit tout au long de ce travail.

Enfin, j'ai une pensée toute particulière pour mon grand-père et ma grand-mère tant aimés qui auraient été ravis et très fiers, je pense, de me voir « enfin » arriver au bout de son long travail.

Résumé

Introduction. Les travaux internationaux récents, cliniques et empiriques sur la psychopathie se fondent sur les observations initiales de Cleckley (1941) qui définit la psychopathie comme *« un trouble sévère de la personnalité marqué par une constellation de caractéristiques interpersonnelles, affectives et comportementales »*. Le narcissisme pathologique et le détachement émotionnel associés à des comportements antisociaux chroniques sont perçus comme des caractéristiques dominantes de la psychopathie (Hare, 1991 ; Meloy, 2000 ; Pham, 1998 ; Pham & Côté, 2000). Hare a opérationnalisé ce concept et construit une échelle de Psychopathie (Psychopathy Check List-Revised, PCL-R, 1991, 2003) qui a été validée en langue française (Côté & Hodgins, 1996). Elle est composée de vingt items répartis en majorité en deux facteurs : le Facteur 1 (narcissisme et détachement émotionnel) et le Facteur 2 (comportements antisociaux et impulsifs) proche du trouble de la personnalité Antisociale. Des études catégorielles portant sur la comorbidité suggèrent de fortes comorbidités entre la psychopathie et les troubles de l'Axe II (DSM-IV) notamment du cluster B (Hare, 1991 ; Hildebrand & de Ruiter, 2004 ; Pham, 2000 ; Widiger, 2006). La comorbidité est forte notamment avec la personnalité Antisociale (DSM-IV) pour le Facteur 2 mais aussi avec les troubles Histrionique, Narcissique et Borderline. La prise en charge de la population délinquante est difficile mais certaines caractéristiques borderline (sensibilité anxio-dépressive, capacité d'attachement relatives au Facteur 1) seraient d'un meilleur pronostic. Outre l'intérêt pour la prise en charge clinique, ces précisions sont importantes pour la dangerosité et le risque de récidive (Salekin, Rogers & Sewell, 1996 ; Claix & Pham, 2004).

Objectifs. Cette étude évalue les relations entre la psychopathie (approche dimensionnelle) et les troubles de l'Axe II (approche catégorielle) avec un intérêt particulier sur le trouble Borderline (absence de lien voire lien inverse pour le Facteur 1). Les relations entre ces troubles (psychopathie et Axe II) et le risque de récidive ont aussi été évaluées l'hypothèse étant que ces troubles augmentent le risque de récidive. L'objectif est également de souligner la complémentarité des approches dimensionnelle et catégorielle ainsi que l'utilité des outils standardisés dans la pratique.

Méthode. La première hypothèse recherche l'existence de liens entre la psychopathie et la présence de troubles de l'Axe II (principalement cluster B : Histrionique, Narcissique, Borderline, Antisocial) et parmi ceux-ci un lien particulier avec la personnalité Borderline qui pourrait atténuer le niveau de psychopathie (Murphy & Vess, 2003). La deuxième hypothèse est que la psychopathie et les troubles de l'Axe II (cluster B) augmentent le risque de récidive.

La population est composée de quatre-vingt détenus de sexe masculin (age : M=31,48 ; SD = 11,06). Chaque participant a été évalué à partir de la PCL-R (Hare, 1991, 2003), du SCID-II (Bouvard, Fontaine-Buffe, Cungi, Adeleine, Chapoutier, Durafour, Bouchard, & Cottraux, 1999) et de la HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997). Le M.I.N.I. (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorin, Bonora, & Lépine, 1998) et la WAIS-III (Gregoire, 2001) ont été utilisés pour les critères d'exclusion (troubles psychotiques avérés au moment de la passation et retard mental QI < 70). Des corrélations et des régressions linéaires (procédure Stepwise) ont été utilisées pour analyser les données.

Résultats. Les résultats montrent une corrélation positive entre les troubles Narcissique, Antisocial et les scores de psychopathie (de .36 à .63) et également avec la personnalité Paranoïaque ce qui était moins attendu (de .32 à .47). Le trouble Borderline est associé au score total de psychopathie (.24) et au Facteur 2 (.30). Contrairement à nos attentes, ce trouble n'atténue pas le Facteur 1 mais révèle le fort poids de l'impulsivité. L'association des troubles Antisocial et Paranoïaque a un impact sur le score total à la PCL-R (R^2=38%) et le Facteur 2 (R^2=45%). L'association des troubles Antisocial et Narcissique a un impact sur le Facteur 1 (R^2=22%). Enfin, la psychopathie et les troubles de l'Axe II sont associés au nombre de délits violents mais pas aux types de délits (violents vs. non violents). Concernant le risque de récidive, le même type de résultats est apparu. Les scores à la PCL-R sont corrélés positivement avec les scores à la HCR-20 (de .49 à .83) et ont un effet (de R^2=24% à 68%). Les troubles Paranoïaque, Narcissique et Antisocial sont corrélés aux scores à la HCR-20 (respectivement de .29 à .48, de .32 à .42, et de .42 à .63). Le trouble Borderline est associé au score total à la HCR-20 (.33) et au facteur H (.41). Enfin, l'association des troubles Antisocial et Paranoïaque prédit un fort score à la HCR-20 (R^2=41%) ainsi que l'association des troubles Antisocial, Paranoïaque et Borderline pour le score au facteur H (R^2 = 50%).

Conclusion. Nos résultats soulignent les liens entre les troubles Paranoïaque, Narcissique, Borderline, Antisocial et la psychopathie et donc l'importance de l'impulsivité, caractéristique transversale aux troubles du cluster B et à la psychopathie (Looper & Paris, 2000 ; Skeem Poythress, Edens, Lilienfield & Cale, 2003). Ce point est également important dans le risque de récidive, ces mêmes troubles en augmentent le niveau (Pham, Chevrier, Nioche, Ducro & Réveillère, 2005). Ces études ont des conséquences importantes au niveau clinique (évaluation du risque de violence, indications thérapeutiques et prise en charge). Celles-ci montrent également l'importance d'utiliser ces outils standardisés dans la pratique.

Mots clé : Psychopathie (PCL-R), Troubles de la personnalité (Axe II, DSM-IV), Borderline, Risque de récidive (HCR-20).

Résumé en anglais

Introduction. Recent international clinical and empirical works on psychopathy are based on Cleckley's clinical observations (1941). His definition of psychopathy is *"a severe personality disorder marked by various affective, interpersonal and behavioral characteristics"*. Pathological narcissism and emotional detachment associated with chronic antisocial behaviors are dominant characteristics of psychopathy (Hare, 1991 ; Meloy, 2000 ; Pham, 1998 ; Pham & Côté, 2000). Hare (1991, 2003) operationalized Cleckley's concept of psychopathy by developing the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). This scale was validated in french (Côté & Hodgins, 1996). The PCL-R is composed of twenty items divided mainly into two factors: Factor 1 (narcissism and emotional detachment) and Factor 2 (antisocial and chronic behaviors) which is close to the antisocial personality disorder (DSM-IV criteria). Categorical studies related to comorbidity suggest strong comorbidities with psychopathy and other axis II personality disorders (DSM-IV) particularly with cluster B (Hare, 1991 ; Hildebrand & de Ruiter, 2004 ; Widiger, 2006). Comorbidity is strong with Antisocial personality disorder (DSM-IV) for Factor 2 but also with Histrionic, Narcissistic and Borderline disorders. The treatment of the offenders is difficult but some borderline characteristics (anxio-depressive sensitivity, attachment abilities relative to Factor 1) would be a better forecast hence the interest in this area of research. Moreover, it is important to take into account for the dangerousness and risk for recidivism (Salekin, Rogers & Sewell, 1996 ; Claix & Pham, 2004).

Objectives. This study assesses the relations between psychopathy (dimensional approach) and axis II personality disorders (categorical approach) and particularly Borderline personality disorders (the absence of association or opposite association to Factor 1). Relations between these personality disorders (psychopathy and axis II) and the risk for recidivism were assessed as these disorders increase risk for violence. The aim is also to underline the complementary nature of categorical and dimensional approaches, and the utility of the standardized clinical examination.

Design of the study. First, we hypothesised positive associations between psychopathy and others personality disorders mainly with the cluster B axis II (Narcissistic, Antisocial, Histrionic, Borderline). Among those disorders, a particular link exists with the borderline personality disorder**,** considering that their association may reduce the pathological level of psychopathy (Murphy & Vess, 2003). Secondly, we hypothesised positive associations between psychopathy, axis II disorders (cluster B) and risk for recidivism. The sample

includes 80 male inmates from French prisons (age : M=31,48 ; SD = 11,06). Each participant was evaluated with the PCL-R (Hare, 1991, 2003), the SCID-II (Bouvard, Fontaine-Buffe, Cungi, Adeleine, Chapoutier, Durafour, Bouchard, & Cottraux, 1999) and the HCR-20 (Webster et al., 1997). The M.I.N.I. (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorin, Bonora, & Lépine, 1998) and the WAIS-III (Gregoire, 2001) were used to assess the exclusion criteria (psychotic disorders established at the moment of the testing and backwardness IQ < 70). Correlations and multiple linear regressions analysis (with the Stepwise procedure) were used to analyze the data.

Results. The results show positive correlations between Narcissistic, Antisocial personalities and scores of psychopathy (from .36 to .63), and equally with Paranoid personality which was less expected (from .32 to .47). Borderline personality was associated with both the total score of psychopathy (.24) and the score of Factor 2 (.30). Contrary to what was expected, this disorder doesn't reduce Factor 1 but reveal the importance of impulsivity. The association of Antisocial and Paranoid personalities has an effect on the total score (R^2=38%) and Factor 2 (R^2=45%). The association of Antisocial and Narcissistic personalities has an effect on Factor 1 (R^2=22%). Finally, psychopathy and axis II disorders were associated with the number of violent offences but not with the type of offence (violent vs. non violent). Similar associations appeared with regards to the risk for recidivism. The scores of the PCL-R were associated with the scores of the HCR-20 (from .49 to .83) and predicted its factors (from R^2=24% to 68%). Paranoid, Narcissistic and Antisocial disorders were associated with the scores of HCR-20 (respectively from .29 to .48, from .32 to .42, and from .42 to .63). Borderline disorder was associated with the total score of the HCR-20 (.33) and with the factor H (.41). Antisocial and Paranoid comorbidity predicted high scores of the HCR-20 (R^2=41%) as well as Antisocial, Paranoid and Borderline comorbidity for the score of the factor H (R^2=50%).

Conclusion. These results underline the associations between Paranoid, Narcissistic, Borderline, Antisocial disorders and psychopathy, and so the importance of impulsivity witch is characteristic of cluster B disorders and psychopathy (Looper & Paris, 2000 ; Skeem Poythress, Edens, Lilienfield & Cale, 2003). As these disorders increase the risk for recidivism (Pham, Chevrier, Nioche, Ducro & Réveillère, 2005), this point is important to take into account. These studies may have important consequences at a clinical level (risk for violence, therapeutic indications, treatment). They also underline the importance of using standardized examination in practice.

Key words : Psychopathy (PCL-R), Personality disorders (axis II DSM-IV), Borderline, Risk for recidivism (HCR-20).

Table des matières

Remerciements 3
Résumé 5
Résumé en anglais 7
Table des matières 9
Liste des tableaux 14
Liste des figures 16
Liste des annexes 17
Introduction 18
Première partie I- Théorie 22
I-A- La psychopathie 23
I-A-1) L'approche psychodynamique 24
I-A-1-a) Théorie 24
I-A-1-b) Les mécanismes de défense 27
I-A-1-c) Les réactions contre-transférentielles 28
I-A-2) Approche clinique et empirique 30
I-A-2-a) L'échelle de Psychopathie-Révisée ou PCL-R (Hare, 1991, 2003) 31
I-A-2-b) Les comportements antisociaux et socialement déviants dans la psychopathie 33
I-A-2-c) PCL-R, formes d'agressions et types de délits 36
I-A-3) Psychopathie et troubles mentaux majeurs 37
I-B- Une ou des psychopathie(s) ? 42
I-B-1) Catégorie versus continuum ? 42
I-B-1-a) La psychopathie et les troubles Antisocial et Narcissique 43
I-B-1-b) La psychopathie et le trouble Borderline. 45
I-B-2) Variantes de la psychopathie 47
I-B-2-a) Sous-types de psychopathie 47
I-B-2-b) Variantes primaires et secondaires 48
I-B-2-c) Différence conceptuelle entre les auteurs européens et américains 51
I-B-2-d) D'un point de vue culturel 52
I-B-3) Les variables modératrices du niveau de psychopathie et les facteurs de risque. 53
I-B-3-a) Le niveau intellectuel 53
I-B-3-b) L'anxiété et l'attachement 54
I-B-3-c) L'âge 55

I-B-3-d) Les facteurs de risque concernant la délinquance 56
I-C- Le trouble Borderline 57
I-C-1) L'Approche psychanalytique 57
I-C-1-a) Théorie 57
I-C-1-b) Les mécanismes de défenses du fonctionnement Borderline 60
I-C-2) L'approche descriptive clinique et empirique 61
I-C-2-a) Tableau clinique 61
I-C-2-b) Les états-limites à expression psychopathique 63
I-D- Dangerosité, risque de récidive et troubles de la personnalité (Psychopathie et Axe II) . 65
I-D-1) Définition de la dangerosité ainsi que du risque de récidive et évaluation 65
I-D-1-a) Définition de la dangerosité 65
I-D-1-b) L'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive 67
I-D-2) Le Risque de récidive (notamment à partir de la HCR-20) et les troubles de la personnalité 69
I-D-2-a) Sujets psychopathes versus non psychopathes (à partir de la PCL-R) 70
I-D-2-b) PCL-R et HCR-20 : récidive violente et non violente 70
I-D-2-c) Troubles de l'Axe II, actes de violence et risque de récidive (HCR-20) 72
I-E- Objectifs 74
I-E-1) Objectifs généraux 74
I-E-2) Objectifs appliqués dans un contexte politico-judiciaire particulier actuellement en France 75
Deuxième partie II- Méthodologie 76
II-A- Méthode 77
II-A-1) Hypothèses et analyses statistiques 77
II-A-1-a) H1 : Comorbidité entre troubles psychopathologiques 77
II-A-1-b) H2 : La PCL-R (Psychopathie) et les troubles de l'Axe II en lien avec la HCR-20 (Risque de récidive). 78
II-A-2) Population et critères d'exclusion 79
II-A-3) Procédure 80
II-B- Variables et instruments 82
II-B-1) La PCL-R (Hare, 1991, 2003) : évaluation de la psychopathie 82
II-B-2) Le SCID-II Structured Clinical Interview for Disorders II, version 2.0 (Bouvard et al., 1999) : évaluation des troubles de l'Axe II. 84

II-B-3) La HCR-20 Historical-Clinical-Risk Management (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997) : évaluation du risque de récidive 85
II-B-4) Les instruments utilisés concernant les critères d'exclusion 86
II-B-4-a) Le Quotient Intellectuel évalué par la WAIS version courte selon la méthode Silverstein (Grégoire, 2001). 86
II-B-4-b) Les troubles mentaux majeurs de l'Axe I évalués par le M.I.N.I. (Lecrubier et al., 1998) 87
II-B-5) Les types de délits violents et non violents 87
II-B-5-a) Les délits violents 87
II-B-5-b) Les délits non violents 88
II-B-6) Le choix des instruments 88
Troisième partie III- Analyse des résultats 90
III-A- Description de la population carcérale totale (N=80) 91
III-A-1) Analyses descriptives concernant l'Age, le QI, les scores à la PCL-R et aux Facteurs 1 et 2 et les scores à la HCR-20 et aux Facteurs H, C et R (N=80). 91
III-A-2) Fréquence des troubles de la personnalité de l'Axe II et des troubles mentaux majeurs de l'Axe I (N=80). 92
III-A-3) Fréquence des types de délits (N=80) 93
III-B- H1 : Liens et impacts entre troubles de l'Axe II et Psychopathie (PCL-R) 95
III-B-1) H1a : Comorbidité générale Psychopathie et troubles de l'Axe II 95
III-B-1-a) Corrélations entre troubles de l'Axe II et la PCL-R (score total, Facteur 1, Facteur 2) 95
III-B-1-b) Régressions linéaires simples et multiples entre les troubles de l'Axe II et la PCL-R (score total, Facteurs 1 et 2) 96
III-B-2) H1b : Plus spécifiquement, le trouble Borderline 98
III-B-3) Synthèse des résultats 99
III-B-4) Liens entre les troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et les délits violents et non violents. 100
III-B-4-a) Troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et types de délits violents 100
III-B-4-b) Troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et délits non violents 103
III-C- H2 : Liens et impacts entre troubles de la personnalité (Psychopathie et Axe II) et évaluation du Risque de récidive (HCR-20) 106
III-C-1) Psychopathie (PCL-R) et évaluation du Risque de récidive (HCR-20) 106
III-C-1-a) Corrélations entre la PCL-R et la HCR-20 106

III-C-1-b) Régressions linéaires 107
III-C-1-c) Synthèse des résultats 109
III-C-2) Troubles de l'Axe II et évaluation du Risque de récidive (HCR-20) 110
III-C-2-a) Relations entre les troubles de l'Axe II et la HCR-20 110
III-C-2-b) Effet particulier au trouble Borderline sur la HCR-20. 113
III-C-2-c) Synthèse des résultats 114
Quatrième partie IV- Discussion 115
IV-A) Hypothèse 1 : Impact des troubles de l'Axe II sur le niveau de psychopathie (PCL-R) 117
IV-A-1) Comorbidité générale entre la Psychopathie (PCL-R) et les troubles de l'Axe II notamment du cluster B (H1a) 117
IV-A-1-a) Relations entre les troubles Antisocial, Narcissique et Paranoïaque avec la psychopathie (PCL-R) 118
IV-A-1-b) Impact de la comorbidité des troubles Antisocial, Narcissique et Paranoïaque sur la PCL-R. 121
IV-A-2) Comorbidité particulière : le trouble de la personnalité Borderline, un effet particulier sur la PCL-R ? 123
IV-A-3) Le poids de l'impulsivité, une donnée importante de nos résultats 126
IV-A-4) Synthèse : Nos résultats vont dans le sens d'une hétérogénéité de la psychopathie 128
IV-A-5) Affinement en fonction des liens entre troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et types de délits violents et non violents. 132
IV-A-5-a) Selon les délits violents 132
IV-A-5-b) Selon les délits non violents 134
IV-B) Hypothèse 2 : Impact du niveau de psychopathie (score PCL-R, F1, F2) et des troubles de l'Axe II sur les scores à la HCR-20 136
IV-B-1) Psychopathie (PCL-R : score total, F1 et F2) et Risque de récidive (HCR-20 : score total, Facteurs H, C et R) 136
IV-B-1-a) Impact du score total à la PCL-R sur la HCR-20 137
IV-B-1-b) Impact des Facteurs 1 et 2 de la PCL-R sur la HCR-20 139
IV-B-1-c) Synthèse 140
IV-B-2) Troubles de l'Axe II et Risque de récidive (HCR-20 : score total, facteurs H, C, R). 142

IV-B-2-a) Les troubles Antisocial, Paranoïaque et Narcissique et le Risque de récidive (HCR-20) 142
IV-B-2-b) Impact particulier du trouble Borderline sur la HCR-20 145
IV-B-3) Synthèse concernant l'impact des scores à la PCL-R et des troubles de l'Axe II sur la HCR-20 146
IV-C) Les objectifs appliqués dans le contexte politico-judiciaire actuel 149
IV-C-1) Intérêt de la complémentarité : approche dimensionnelle et approche catégorielle 150
IV-C-2) Intérêt de l'utilisation de ces outils d'évaluation standardisés pour la pratique clinique en France 151
IV-C-2-a) Examen psychologique 152
IV-C-2-b) Aide à la définition de la prise en charge et à l'évaluation de son efficacité 153
Conclusion 158
Résumé 198
Résumé en anglais 198

Liste des tableaux

Tableau 1- Typologie des personnalités anormales ou « psychopathiques » selon Schneider (1923, 1958). 30

Tableau 2- Critères de la psychopathie selon la PCL-R de Hare (1991) : items répartis en Facteurs 1 et 2. 32

Tableau 3- Modules du M.I.N.I. (Lecrubier et al., 1998), outil permettant d'évaluer les troubles de l'Axe I. 38

Tableau 4- Présentation des facteurs de la HCR-20 et des items qui les composent. 68

Tableau 5- Description de la population totale (N=80) en fonction des moyennes d'âge, de QI et des scores à la PCL-R (total, F1, F2) ainsi qu'à la HCR-20 (total, facteurs H, C, R).. 92

Tableau 6- Fréquence des troubles de l'Axe II en terme de pourcentage. 92

Tableau 7- Fréquence des troubles de l'Axe I en terme de pourcentage. 93

Tableau 8- Fréquence des types de délits en terme de pourcentage (N=80). 94

Tableau 9- Corrélations entre les scores à la PCL-R (total, Facteur 1, Facteur 2) et les troubles de l'Axe II. 96

Tableau 10- Régressions linéaires simples entre chaque trouble de l'Axe II et les scores à la PCL-R et aux Facteurs 1 et 2. 97

Tableau 11- Régressions linéaires multiples concernant chaque trouble de l'Axe II et les scores à la PCL-R et les Facteurs 1 et 2. 98

Tableau 12- Corrélations entre le trouble Borderline et les scores à la PCL-R. 98

Tableau 13- Régressions linéaires simples entre le trouble Borderline et les scores à la PCL-R. 99

Tableau 14- Corrélations entre la PCL-R (score total, F1 et F2) et les délits violents puis le nombre de délits violents commis par un sujet. 100

Tableau 15- Corrélations entre les types de délits violents et la PCL-R (score total, F1 et F2). 101

Tableau 16- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les délits violents ainsi que le nombre de délits violents. 101

Tableau 17 - Corrélations entre les types de délits violents et les troubles de l'Axe II. 102

Tableau 18- Corrélations entre les scores à la PCL-R et les délits non violents puis le nombre de délit non violents commis par un sujet. 103

Tableau 19- Corrélations entre les types de délits non violents et la PCL-R (score total, F1 et F2). 103

Tableau 20- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les délits non violents puis le nombre de délits non violents commis par un sujet. 104
Tableau 21- Corrélations entre les types de délits non violents et les troubles de l'Axe II. .. 104
Tableau 22- Corrélations entre les scores à la PCL-R et à la HCR-20 (N=80)..... 107
Tableau 23- Régressions linéaires simples concernant les scores à la PCL-R et à la HCR-20 (N=80) 107
Tableau 24- Régressions linéaires multiples concernant les scores à la PCL-R et à la HCR-20 (N=80) 109
Tableau 25- Corrélations entre les scores à la HCR-20 et les troubles de l'Axe II (N=80)... 110
Tableau 26- Régressions linéaires simples entre les troubles de l'Axe II et les scores à la HCR-20. 111
Tableau 27- Régressions linéaires multiples entre les troubles de l'Axe II et les scores à la HCR-20 (N=80)..... 112
Tableau 28- Corrélations entre le trouble Borderline et les scores à la HCR-20. 113
Tableau 29- Régressions linéaires simples entre le trouble Borderline et les scores à la HCR-20. 113
Tableau 30- Rappel des régressions multiples entre les troubles de l'Axe II et les scores à la HCR-20 faisant apparaître le trouble Borderline. 113
Tableau 31- Récapitulatif de l'impact du score total à la PCL-R sur les scores à la HCR-20. 137
Tableau 32- Récapitulatif de l'impact des scores aux Facteurs 1 et 2 de la PCL-R sur les scores à la HCR-20..... 139

Liste des figures

Graphique 1- Récapitulatif de l'impact de troubles de l'Axe II sur la PCL-R (scores total, F1, F2). 129

Graphique 2- Récapitulatif de l'impact de la PCL-R (score total, F1 et F2) sur la HCR-20 (score total, Facteurs H, C et R). 141

Graphique 3- Récapitulatif de l'impact des troubles de l'Axe II qui se sont avérés avoir un impact sur les scores à la HCR-20. 142

Graphique 4 - Récapitulatif de l'impact des troubles de la personnalité de l'Axe II (avec celui du score total à la PCL-R pour comparaison) sur la HCR-20. 147

Liste des annexes

Annexe 1 Description des troubles de l'Axe II 189
Annexe 2 Corrélations entre les scores à la PCL-R et les troubles de l'Axe II 191
Annexe 3 Corrélations entre les scores à la PCL-R et les troubles de l'Axe II et les délits violents et non violents 192
Annexe 4 Corrélations ente les Troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et HCR-20 . 196

Introduction

Comme l'actualité en témoigne, un grand intérêt est porté par les pouvoirs publics à la sécurité et en ce qui concerne les délinquants d'autant plus lorsque ceux-ci sont considérés comme dangereux. La prévention de la délinquance en générale (délinquance des mineurs, délinquance sexuelle, délinquants ou criminels récidivistes) est une préoccupation essentielle. Des réflexions sont engagées et des textes de loi sont proposés et/ou adoptés, qu'il s'agisse de mesures plus répressives ou d'autres concernant davantage la prise en charge des ces personnes.

La Haute Autorité de la Santé a mis en place une audition publique sur la psychopathie les 15 et 16 décembre 2005, permettant d'exposer des rapports d'experts. Ils soulignent la nécessité de rendre mieux compte de ces troubles de la personnalité en affinant le diagnostic afin de pouvoir mettre en place une prise en charge thérapeutique. Selon Senon (2005), *« la psychopathie est l'un des diagnostics les plus posés par les équipes psychiatriques intervenant dans des situations de crise à composante sociale, par exemple aux urgences générales, mais aussi dans les milieux sociaux défavorisés ou dans les établissements pénitentiaires (p. 9) ».*

Début mai 2006, de Beaurepaire, médecin chef du SMPR de Fresnes (l'un des plus gros de France), alerte sur les conditions de travail en prison dans les unités de consultations médico-psychologiques ainsi que les effets sur le personnel et les détenus, notamment en terme de sécurité. En 2009, dans son ouvrage intitulé *Non-Lieu, Un psychiatre en prison*, elle dénonce également avec beaucoup de force les « paradoxes » du système carcéral, le manque de moyens, l'exclusion et surtout la nécessité de pouvoir soigner, prévenir et d'accompagner les personnes en détention mais aussi après leur libération.

Un rapport d'information (Sénat, 22 juin 2006) présente des pistes de réflexion ayant pour thème : « Délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale. » Trois points sont soulignés : 1) le renforcement de l'expertise ; 2) la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) structures qui pourraient accueillir pendant la durée de leur peine et, au-delà, si leur état le nécessite, les personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux ; et 3) le renforcement du suivi des personnes après leur libération. Cette réflexion s'inscrirait dans une perspective d'accompagnement et de thérapie.

En Belgique par exemple, selon la loi de Défense Sociale (1964), les délinquants malades mentaux qui sont reconnus incapables de contrôler leurs actes peuvent être internés et doivent par la suite être orientés vers un Etablissement de Défense Sociale (EDS). Ils sont

supposés recevoir un traitement et un accompagnement en vue d'une réinsertion sociale (Pham, Saloppé, Bongaert, & Hoebanks, 2007).

En France, le 10 août 2007 est adopté le projet de loi Dati sur le « renforcement de la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs » qui instaure des « peines plancher » pour les récidivistes et écarte "l'excuse de minorité" pour les mineurs de plus de 16 ans, dans certains cas. Cette loi a déclenché de vives réactions. C'est aussi le cas avec la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté qui créé des "centres socio-médico-judiciaires" dans lesquels des criminels dangereux, susceptibles de récidive, pourront être enfermés à vie à leur sortie de prison. La rétention de sûreté s'appliquera aux criminels les plus dangereux condamnés à au moins quinze ans de réclusion pour "assassinat, meurtre, torture ou actes de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration". Décidée par une commission de trois magistrats, elle pourra être prononcée pour une durée d'un an renouvelable, et s'appliquera "à titre exceptionnel" après décision de la chambre de l'instruction. Elle devra constater "une probabilité très élevée" de récidive, la personne condamnée "souffrant d'un trouble grave de la personnalité". Ceci, inédit en droit français, déclenche de vives inquiétudes et n'est pas sans poser des questions et des problèmes médico-légaux (Bénézech, Pham, & Le Bihan, 2009). Au niveau des lois déjà existantes, il existe des dispositifs notamment le suivi en prison et le suivi socio-judiciaire après la prison instaurés pour les condamnés il y a plus de dix ans et qui permettraient de lutter contre la récidive mais ceux-ci sont peu utilisés. Les prisons françaises, qui comptaient selon les chiffres officiels au 1er janvier 2009 (ministère de la justice) 62.252 détenus pour 51.997 places, sont pour la plupart dépourvues de personnels et d'équipements médicaux et sociaux nécessaires pour appliquer les lois et surtout préparer les sorties des détenus.

Nous voyons à quel point la dangerosité des sujets délinquants ou criminels ainsi que le risque de récidive et sa prévention sont des sujets importants et sensibles. Au cœur de ces réflexions se trouve la personnalité des individus commettant des actes délictueux ou criminels, et notamment les troubles de la personnalité, comme par exemple la psychopathie. Un point essentiel est soulevé, celui du traitement et de la prise en charge.

La recherche a déjà permis d'identifier les composantes affectives, interpersonnelles et comportementales de la psychopathie ainsi que le risque que présentent les sujets psychopathes (Hare, 1991, 2003). Les différences entre psychopathes et non psychopathes sont connues. Il est maintenant nécessaire pour les professionnels intervenants auprès de ces personnes de connaître les différences à l'intérieur même de ce groupe de délinquants particulièrement dangereux mais donc à différents niveaux. Des outils d'évaluation ont vu le

jour comme la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R, Hare, 1991, 2003) pour l'évaluation de la psychopathie ou la Historical-Clinical-Risk Management (HCR-20, Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997), pour l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive. D'autres instruments permettent l'évaluation d'autres troubles de la personnalité comme le Structured Clinical Interview for Disorders II (SCID-II, First, Spitzer, Gibbon, & Janet, 1995) évaluant les troubles de l'Axe II du DSM-IV (APA, 1994, 1996). Ces outils sont largement utilisés dans la recherche, mais les cliniciens semblent réticents quant à l'utilisation de ceux-ci dans la pratique. Ils pourraient pourtant s'avérer bien utiles.

Nous traiterons dans cette thèse de la psychopathie (scores à la PCL-R) et de la comorbidité entre ce trouble et les autres troubles de la personnalité (Axe II du DSM-IV, 1994) ainsi que leur impact au sein d'une population de 80 détenus condamnés en Maison d'arrêt. L'impact sur le risque de récidive (scores à la HCR-20) sera également évalué.

L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'impact des troubles de l'Axe II sur la psychopathie et notamment le trouble Borderline. Ainsi, un intérêt particulier est porté au trouble Borderline du fait des caractéristiques anxieuses et dépressives ainsi que de la capacité d'attachement qui facilitent l'alliance thérapeutique. En effet, la prise en charge de la population délinquante est difficile mais ces caractéristiques relatives au Facteur 1 seraient reconnues comme étant d'un meilleur pronostic, connaissance issue de l'expérience clinique mais qui n'a jamais été véritablement testée dans une recherche de type empirique. Le faire demande une démarche de précision diagnostique des comorbidités. Nous affinerons nos résultats en évaluant les liens entre ces troubles de la personnalité et les types délits violents et non violents. Il s'agit également d'évaluer l'impact de ces troubles (psychopathie et troubles de l'Axe II cluster B) sur le risque de récidive (scores à la HCR-20). Une comorbidité de l'Axe II notamment Antisocial, Narcissique et Borderline augmente le risque de récidive (Pham, Chevrier, Nioche, Ducro & Réveillère, 2005).

Enfin, nous essaierons de souligner ce que pourrait apporter ces outils d'évaluations standardisés dans la pratique clinique. Nous tenterons également de voir comment la prise en charge peut être adaptée concernant certains de ces sujets présentant une comorbidité de troubles, notamment les sujets psychopathes présentant le trouble Borderline associé.

A notre connaissance, il s'agit du premier travail de ce type sur une population française.

Première partie

I- Théorie

I-A- La psychopathie

Selon Pichot (1965), la personnalité peut être considérée comme *« l'intégration dynamique des aspects cognitifs, pulsionnels, volutionnels et affectifs »* (cité par Pham-Scottez & Guelfi, 2003). Cette définition met l'accent sur l'aspect intégratif de différentes composantes. La personnalité revêt un caractère relativement stable. D'un point de vue clinique, elle est constituée de *« l'ensemble des comportements, pensées, affects, et modes d'adaptation psychologique qui caractérise de façon distinctive et durable le fonctionnement habituel d'un individu. Il s'agit donc d'une structure psychologique profondément ancrée (p. 654) »* (Goulet, 1999). Le tempérament (inné) et le caractère (acquis) la composent. Chaque personnalité se distingue par un grand nombre de traits qui, s'ils sont inflexibles et inadaptés constituent un trouble de la personnalité pouvant être source de souffrance pour le sujet et/ou les autres (DSM-IV, APA, 1994). La théorie comportementale met l'accent sur *« l'apprentissage et le conditionnement comme modalités de l'influence de l'environnement sur le caractère (p. 658) »* (Lalonde, Aubut, & Grunberg, 1999). La théorie cognitive, quant à elle, souligne la notion de schèmes cognitifs (Beck & Freeman, 1990) qui seraient déterminants dans les troubles de la personnalité. La psychanalyse distinguait les troubles de la personnalité des névroses par le fait que les premiers étaient égo-syntones (en harmonie avec le Moi) et alloplastiques (demandant aux autres de s'adapter), alors que les seconds étaient au contraire ego-dystones (étrangers au Moi) et auto-plastiques (demandant à la personne elle-même de s'adapter).

La psychopathie est traditionnellement définie comme *« un trouble sévère de la personnalité marqué par une constellation de caractéristiques interpersonnelles, affectives et comportementales. Au centre de celles-ci se retrouvent un manque profond d'empathie, de culpabilité ou de remords, une indifférence marquée face aux droits, sentiments et bien-être des autres. Le psychopathe est typiquement loquace, égocentrique, égoïste, insensible, menteur, manipulateur, impulsif, à la recherche de sensations, irresponsable et sans conscience »* (Cleckley, 1941 ; Hare, 1991). Avant cela, Frosch (1983) cité par Meloy (2001 p. 21) définissait la psychopathie comme *« un trouble (…) qui trouve son origine dans une déviation du développement et qui se caractérise par un excès d'agressivité pulsionnelle ainsi*

que par une incapacité à nouer des relations d'objet (…). La psychopathie est aussi un processus, un jeu interactif continu de facteurs et d'opérations qui progressent ou régressent de façon implicite jusqu'à atteindre le stade final d'une désidentification radicale d'avec l'humain ». Les sujets psychopathes apparaissent comme à haut risque concernant la violence et les agressions (Hart & Hare, 1997). Pour Côté (2000), il s'agit d'une *« entité clinique distincte caractérisée par un fonctionnement antisocial et des traits de personnalité, entité clinique qui définirait l'essence même du sujet antisocial (p. 21)»*. Hallé & Hodgins (1996) se situent d'un côté neuropsychologique et neurobiologique en suggérant que *« la psychopathie pourrait être conçue comme étant la manifestation aggravée, par une ou plusieurs anomalies ou singularité du cerveau, du trouble de la personnalité antisociale (p. 499) »*.

Des tentatives d'explication de la psychopathie sont apparues dans les années 20 sous l'influence de la psychanalyse, mais avec le développement de théories behavioristes, elles ont donné lieu à des modèles alternatifs.

I-A-1) L'approche psychodynamique

I-A-1-a) Théorie

La psychanalyse (Freud, Bergeret, Kernberg) explique l'apparition d'un trouble de la personnalité et son développement par: 1) une fixation excessive à l'un des différents stades de développement de la sexualité infantile, et 2) l'utilisation prédominante, rigide et non adaptée de mécanismes de défense contre l'angoisse et la nature des relations objectales. Bien que Freud ait dit peu de chose sur le crime, sa théorie de la socialisation avait pour but d'expliquer l'internalisation des standards d'un groupe dans la petite enfance via la formation du Surmoi. Même si ses théories ont été critiquées par leur non testabilité, l'idée d'un Surmoi formé à partir des relations avec les parents a influencé la pensée concernant le comportement antisocial et la psychopathie.

Une théorie psychodynamique récente souligne le rôle des expériences de la petite enfance et l'évolution des relations d'objet, le modèle durable des relations interpersonnelles ayant dérivé des représentations internes cognitives et affectives.

Winnicott (1963) a travaillé sur les tendances antisociales en lien avec la capacité de sollicitude. Cette notion traduit *« le fait que l'individu se sent concerné, impliqué et que, tout à la fois, il éprouve et accepte une responsabilité (p. 121) »*. Il accorde une certaine

importance au rôle de l'environnement humain, en particulier à la mère, quand il reconnaît et favorise la tendance innée de l'enfant à la sollicitude. La déprivation ou la perte ont des conséquences désastreuses au moment où s'élabore la capacité de sollicitude (entre dix mois et deux ans). Le processus de socialisation qui a commencé à se mettre en place à partir des tendances innées de l'enfant risque ainsi de disparaître ou d'être endigué. Il existe alors une relation entre ce blocage de la capacité de sollicitude et les tendances antisociales (Winicott, 1966). Même si selon lui, la délinquance peut être un signe d'espoir, il insiste toutefois sur son côté destructeur (dans le comportement délinquant, la destructivité a une part importante) et sur la recherche d'un environnement sûr où impulsion et spontanéité seront en sécurité. La théorie de l'attachement de Bowlby (1969) souligne également l'importance de la qualité des relations entre l'enfant et la personne qui lui donne les soins pendant la première année de vie comme étant déterminant pour le développement social et cognitif futur.

Flavigny (1977) apporte une compréhension psychodynamique de la psychopathie et propose un repérage symptomatique en décrivant les symptômes essentiels (passage à l'acte, la répétitivité des conduites, la passivité et l'oisiveté, la dépendance, à des exigences mégalomaniaques et la recherche de satisfactions immédiates), les symptômes secondaires (l'instabilité, le manque d'intérêt, le besoin d'évasion, l'instabilité relationnelle et les plaintes somatiques) et la toile de fond (angoisse permanente et frustrations affectives). Il retrouve dans l'histoire du psychopathe des expériences multiples d'abandon, une discontinuité des relations affectives précoces étant enfant avec souvent des placements multiples. L'altération des images identificatoires parentales est souvent retrouvée, avec un père absent ou inexistant sur le plan symbolique, et une mère ayant toujours oscillé entre des relations de fusion et de rupture vis-à-vis de son enfant. L'adolescent, puis l'adulte jeune, vont reproduire ce fonctionnement de façon répétitive pour mieux se protéger du danger d'abandon. Chez le psychopathe, l'importance des traumatismes précoces est caractéristique de son histoire (deuils notamment parentaux, abandons, violences physiques et sexuelles, agressions, accidents ou maladies…). Le psychopathe reproduit souvent cette cascade d'événements de vie traumatiques par son comportement à travers un fonctionnement caractérisé par des conduites de prise de risque.

Selon la théorie de Kernberg, les relations d'objet précoces perturbées sont centrales et ce dans tous les troubles de la personnalité. Le trouble de la personnalité antisociale est équivalent à la psychopathie telle que décrite par Cleckley et la PCL-R et tombe plus dans une organisation limite de la personnalité. En effet, Kernberg (2001) envisage les troubles

psychopathiques ainsi que *« la plupart des personnalités narcissiques typiques comme présentant une organisation limite sous-jacente (p. 35) »*. Il évoque alors la possibilité de ranger la pathologie sur un continuum allant d'un échelon inférieur à un échelon supérieur. Ainsi, les troubles borderline se manifestent par une distorsion dans les relations interpersonnelles et le contrôle des affects étant le résultat de perturbations dans les relations d'objet. Il évoque donc également les personnalités narcissiques qui ont un grand besoin d'être aimées et admirées, ont une vie affective superficielle, peu de contacts avec les sentiments d'autrui, une inquiétude quand ils ne sont pas le centre d'attention, qui envient autrui, les idéalisent ou les déprécient, les exploitent et se donnent le droit de les contrôler sans aucun sentiment de culpabilité. Ces personnalités ont un abord souvent charmant mais qui fait ressentir une certaine froideur. La personnalité antisociale présente l'ensemble de ces traits et est considérée par Kernberg comme un sous-groupe des personnalités narcissiques en la considérant comme une forme agressive du trouble narcissique (Ibid.). Toutefois, dans la structure antisociale, ces traits de personnalité sont associés à une pathologie sévère du Surmoi. Il en va de même pour les sujets psychopathes qui se distinguent par le niveau le plus sévère de désorganisation du Surmoi à l'intérieur d'un spectre de troubles narcissiques. Kernberg voit également le psychopathe comme prédisposé biologiquement à des conduites agressives excessives mais ceci devient dominant à une réponse à des expériences traumatisantes ou à des distorsions dans l'attachement précoce découlant de l'abandon ou de l'abus. La colère et l'envie deviennent alors des affects centraux (noyaux) et le sujet se défend contre un monde dangereux à travers la grandiosité et la dépréciation.

Meloy et Gacono (1998) ont voulu tester les hypothèses psychodynamiques à partir du Rorschach avec des enfants, des adolescents et des détenus antisociaux. La majorité des sujets dans chaque groupe montrait des déficits d'attachement et les psychopathes faisaient davantage preuve de relations d'objet à un niveau borderline que les non psychopathes et plus de signes de narcissisme pathologique. Ceci va dans le sens de la théorie de Kernberg et des résultats trouvés par Réveillère, Pham, Danneels, Delescluse, Largilière, et Willocq (2003) à partir d'une population de délinquants belges. Desbiens, Bossé et Côté (2000) ont tenté d'éclaircir la dynamique qui sous-tend les traits caractéristiques de la psychopathie (tels que définis par Cleckley) à partir du Rorschach Exner (1995), notamment avec l'organisation de la lutte anti-dépressive que les sujets psychopathes mènent.

I-A-1-b) Les mécanismes de défense

En terme de mécanismes de défense, la projection, la rationalisation, la dévalorisation, le déni, l'identification projective, l'omnipotence et le clivage sont les mécanismes de défense les plus souvent retrouvés chez les patients présentant une psychopathie sévère (Meloy, 2001). Réveillère et al. (2003) citent Exner (1995) : *« le noyau défensif est typiquement fait de rationalisation, externalisation et de dénégation »* et *« utilisées de manière excessive, ces défenses prédisposent à la pathologie et/ou à la désadaptation » (p. 109).*

Le psychopathe est généralement structuré à un niveau pré-oedipien et il est peu susceptible de manifester des défenses de niveau plus élevé ou névrotique (ex : l'idéalisation, l'intellectualisation, l'isolation et le refoulement) qui se révèlent absentes chez les patients à personnalité antisociale souffrant d'une psychopathie grave. Si les défenses névrotiques sont présentes chez un patient à personnalité antisociale, cela évoquerait un autre diagnostic que la psychopathie et alors la possibilité d'être traduites par la pensée et non plus seulement par des réactions impulsives et affectives.

Meloy (2000) suggère que le déni et le clivage sont primordiaux. Concernant le clivage, *« la dissociation est un processus de défense phénotypique dont le génotype serait le clivage ; elle est omniprésente chez le psychopathe (p. 141)»*. Le déni, quant à lui, opérerait *« à travers les mots et les actes plutôt que par les fantasmes »*. Dans ce sens, on parle d'hyper-investissement de l'action qui court-circuite la représentation mentale.

L'externalisation, processus par lequel le psychopathe rejette la responsabilité de tous les actes et imperfections sur le monde extérieur, est souvent vue comme ayant un rôle prédominant. Ceci va dans le sens de Meloy qui voit d'abord la psychopathie comme un échec d'internalisation. Rossel et Merceron (cités par Husain, 1995) soulignent l'importance de l'échec narcissique en se centrant sur l'accusation du monde extérieur. Ils éprouvent un besoin de constamment s'opposer aux règles et de se mesurer à elles de façon à ressentir un sentiment d'omnipotence dont le but est de cacher la blessure narcissique sous-jacente. Selon les auteurs, le processus d'externalisation remplace la capacité à ressentir les sentiments de déficience et d'incomplétude dépressifs.

L'identification projective *« processus dans lequel des composantes affectives et idéationnelles de l'individus sont attribuées à l'autre, cependant que l'autre réel est contrôlé ou vise à l'être* (Meloy, 2000 p. 132)*»* tient également un rôle très important.

Au niveau de l'identification avec l'agresseur, Meloy remarque la manière dont le sujet s'identifie avec l'agresseur plus qu'avec la victime. Le psychopathe *« insiste sur la peur qu'il*

peut créer chez les autres, déniant ainsi la possibilité de la vivre lui-même ». L'autre fonction de ce mécanisme de défense est de contrôler autrui en cherchant à générer cette peur. Cet hyper-investissement de l'agressivité serait entendu comme une défense active contre la dépendance en perpétuant le conflit et la lutte pour le pouvoir.

Le rôle du mécanisme de dévalorisation est aussi très important dans les interactions du psychopathe. Concernant les psychopathes narcissiques, Meloy (2001) souligne que, associée à un trouble antisocial, plus la psychopathie est grave, plus on doit s'attendre à ce que le patient choisisse préférentiellement la dépréciation agressive d'autrui pour étayer des vécus de grandiosité et réparer les blessures émotionnelles. Cette attitude de dénigrement peut aussi varier de manière très large sur le plan clinique.

I-A-1-c) Les réactions contre-transférentielles

Il s'agit des réponses du clinicien face au patient psychopathe. Meloy (2000) s'appuie sur une définition de Reich (1951) et Greenson (1974) selon qui la réaction de contre-transfert *« correspond aux réactions, déformées et inappropriées, du psychothérapeute au patient, qui dérivent de ses anciens conflits inconscients et non résolus (p. 278)»*. Il en retire alors deux dimensions : la dimension endogène et la dimension réactionnelle. La dimension endogène se réfère à cette précédente citation et souligne la nécessité de psychothérapie ou de psychanalyse intensive de tout psychothérapeute pendant sa formation. La dimension réactionnelle est *« la réaction expérientielle du thérapeute au mode de communication pré-verbal du patient, qui souvent remet en acte les relations précoces à ses objets parentaux (p. 278)»*. Il décrit huit réactions contre-tansférentielles (Meloy, 2000 pp. 278-286, 2001 pp. 573-577) :

1- Le *« nihilisme thérapeutique »* se réfère a une pratique dénommée par Lion (1978) qui consiste à polariser, cliver et dévaluer le patient à troubles psychopathiques en le considérant comme intraitable.

2- Dans *« l'alliance thérapeutique illusoire »*, le clinicien a l'illusion qu'une alliance peut exister alors qu'il n'en est rien. Il s'agit davantage alors d'une projection des propres voeux du clinicien.

3- Concernant *« la peur d'être attaqué ou blessé »*, le clinicien ressent de la crainte et une inquiétude suscitées par la perception que le patient est un prédateur, avec des réactions

viscérales associées, que le danger soit réel ou non. Le triomphe sadique et arrogant du psychopathe sur le psychothérapeute y est rattaché.

4- Le *« déni et la tromperie »* constituent une réponse contra-phobique à un danger réel représenté par les patients violents, réaction pouvant induire un clivage ou un contentieux dans l'équipe de santé mentale. La tromperie exercée par un patient sera d'autant plus forte qu'il suscite une grande peur chez le clinicien.

5- L' *« impuissance et la culpabilité »* renvoient à la détresse exprimée par le clinicien quand un patient ne change pas malgré ses efforts thérapeutiques.

6- La *« dévalorisation et la perte d'identité professionnelle »* surviennent quand le patient est une source continue de déception professionnelle. Il est alors difficile de ne pas se sentir méprisable et dévalué sous l'effet des manipulations répétitives du patient.

7- La *« réaction de haine et d'envie de détruire »* se ressent lorsque le patient confronte le clinicien à ses propres impulsions agressives et destructrices. Il s'efforce de détruire l'empathie chez le clinicien, qui peut réagir à son tour en s'identifiant au désir de haine qu'exprime le patient.

8- Enfin, l' *« illusion de complexité psychologique »* amène le clinicien à croire que le patient a une psychologie complexe et développée de façon aussi mature que la sienne. Ce type de réaction est fréquent quand le patient a un QI supérieur à la moyenne lui permettant de camoufler une organisation limite derrière son charme superficiel et sa loquacité, et quand on ne retrouve pas de diagnostic associé relevant de l'Axe I (Kernberg, 1984).

*****

Avec l'approche des théories psychodynamiques, les auteurs que nous venons de citer s'accordent pour mettre en avant l'importance des relations précoces dans le bon développement affectif et cognitif d'un enfant ainsi que les conséquences que peuvent avoir les expériences développementales adverses et l'importance des abus et/ou des maltraitances subies précocement. Ainsi, l'étiopathogénie des troubles est donc à mettre en lien avec des frustrations précoces extrêmes (Kernberg) et un traumatisme psychique précoce (Bergeret). Comme nous allons l'évoquer, l'approche clinique et empirique se base d'avantage sur l'observation clinique et l'évaluation standardisée.

*****

I-A-2) Approche clinique et empirique

Avec un premier ouvrage sur le sujet en 1923, Schneider (1958) a proposé une typologie des personnalités anormales ou « psychopathiques » fondée sur l'observation clinique (cf. tableau 1) qui ne seraient que des variations des personnalités normales. Il s'agirait de personnalités anormales dans le sens où la personnalité s'écarte de la moyenne et a construit une nosologie « intuitivement » catégorielle basée principalement sur les déviances de caractère en introduisant la notion de souffrance individuelle et/ou collective. Dans le cadre de notre étude, le tableau représentant la typologie de ces personnalités selon Schneider est à prendre avec précaution car il ne faut pas comprendre la personnalité « psychopathique » telle que celle définie par la PCL-R. Le tableau permet de souligner que seulement trois de ces types ont des traits communs avec la psychopathie de Hare : les psychopathes narcissiques, apathiques et explosifs (Hare, 1991).

Tableau 1- Typologie des personnalités anormales ou « psychopathiques » selon Schneider (1923, 1958).

Les hyperthymiques	Gais, hyper-optimistes, constamment dans de nouveaux projets mais manque d'endurance
Les dépressifs	Pessimistes, humeur dépressive prédominante
Les inquiets	Anxieux avec des standards élevés, incertitude intérieure, sentiment d'infériorité, d'insuffisance.
Les fanatiques	Idées de prédominance, survalorisation, agressivité ou repli sur soi
Les narcissiques	Besoin de paraître, tout leur est dû, théâtral, manipulent et trompent les autres pour apparaître meilleurs qu'ils ne le sont (insuffisance perçue)
Les instables	Emotions labiles et réactives, comportements antisociaux
Les explosifs	Impulsivité, colères, manifestations affectives violentes
Les apathiques	Durs, sans remords (inaffectivité), duperie, propensions à s'engager dans des activités criminelles, amoralisme
Les abouliques	Superficiels, caméléon (absence de volonté, influençables)
Les asthéniques	Très nerveux et anxieux, complications psychosomatiques

Concernant la psychopathie telle que nous l'étudions, l'approche empirique est celle qui caractérise les sujets psychopathes par des *« traits psychiques dont les origines se cherchent dans les dysfonctionnements émotifs, affectifs et cognitifs pour donner lieu à des troubles identifiables de comportements (p. 679) »* (Villerbu, 2001). Il est important d'améliorer et de préciser le diagnostic (Fillieux & Godfroid, 2001 ; Reid & Gacono, 2000) y compris en prenant en considération les différences entre le trouble de la personnalité Antisociale et la psychopathie avec d'autres troubles comportant un syndrome antisocial. Celui-ci peut en effet être engendré par d'autres troubles tels que l'abus de substance, la schizophrénie, les troubles de l'humeur (etc.) alors que le trouble Antisocial est bien défini par les critères du DSM-IV et la psychopathie opérationnalisée par Hare (1991, 2003).

Les travaux modernes de type empirique sur la psychopathie prennent comme base les observations cliniques de Cleckley (1941, 1976), Hare (1991, 2003) et Pham & Côté (2000). La psychopathie est un trouble de la personnalité caractérisé selon Cleckley (cité par Desbiens et al., 2000) par *« la superficialité, le manque de sincérité et de véracité, rarement digne de confiance, le manque de jugement, l'incapacité à tirer profit de l'expérience, l'égocentrisme pathologique, l'absence de capacité d'introspection, l'absence d'anxiété ou de mécanismes névrotiques, l'évitement, le caractère explosif, l'égocentricité, une intelligence normale, une absence de délire et d'indices de pensée irrationnelle, l'absence de remords, le manque de sensibilité sur le plan des relations interpersonnelles, le manque de réactions affectives, des comportements antisociaux, une faible propension au suicide, des comportements excentriques, une vie sexuelle impersonnelle et le manque de planification dans l'organisation »*. Le narcissisme pathologique et un détachement émotionnel associés à des comportements antisociaux chroniques sont considérés par Hare (1991) et Meloy (2000) comme des caractéristiques dominantes de la psychopathie. Meloy (2001) évoque un contenu émotionnel qui semble en fait surtout fait de *« rage, de sensibilité extrême à la honte ou à l'humiliation, d'envie, d'ennui, de mépris, de jubilation et de plaisir dans la domination (p. 572)»*.

I-A-2-a) L'échelle de Psychopathie-Révisée ou PCL-R (Hare, 1991, 2003)

Hare (1985, 1991) s'est donc inspiré des caractéristiques décrites par Cleckley (1941) pour développer la PCL-R et effectuer un travail de validation diagnostique de la psychopathie avec cet instrument. La PCL-R tient compte des comportements antisociaux mais aussi des traits de personnalité spécifiques par le biais de deux facteurs (cf. tableau 2) :

le Facteur 1 (F1) se réfère aux caractéristiques narcissiques (égocentration et grandiosité) et au détachement émotionnel, et le Facteur 2 (F2) aux comportements antisociaux chroniques et défaillance de contrôle (comportements antisociaux et impulsifs). Le Facteur 1, relatif à des traits de personnalité caractéristiques de la psychopathie, a une certaine stabilité et représente le noyau dur (Lilienfield, 1998 ; Côté & Pham, 2000) et essentiel (Pham, 1998a) de la psychopathie. Le Facteur 2 a trait à la composante comportementale proche du trouble Antisocial du DSM-IV (1994) qui représente les comportements criminels et antisociaux sans prendre en considération ces caractéristiques classiques de la psychopathie (Hallé & Hodgins, 1996). A travers ces deux facteurs, la PCL-R reflète à la fois des informations cliniques et historiques. Dans un milieu carcéral qui est celui de notre étude, les items les plus prédictifs de la psychopathie sont un style arrogant, le manque d'empathie, l'irresponsabilité, la tromperie et la loquacité et le charme superficiel (Widiger, Cadoret, Hare, Robins, Rutherford, Zanarini, Alterman, Apple, Corbitt, Forth, Hart, Kultermann, Woody, & Frances, 1996). Ceci correspond donc à la dimension interpersonnelle du Facteur 1 excepté pour l'irresponsabilité relative à la dimension comportementale et impulsive du Facteur 2.

Tableau 2- Critères de la psychopathie selon la PCL-R de Hare (1991) : items répartis en Facteurs 1 et 2.

Facteur 1 Items n°	Facteur 2 Items n°
1- Loquacité et charme superficiel 2- Surestimation de soi 4- Tendance au mensonge pathologique 5- Duperie et manipulation 6- Absence de remords et de culpabilité 7- Affect superficiel 8- Insensibilité et manque d'empathie 16- Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes	3- Besoin de stimulations et tendance à s'ennuyer 9- Tendance au parasitisme 10- Faible maîtrise de soi 12- Apparition précoce de problèmes de comportement 13- Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste 14- Impulsivité 15- Irresponsabilité 18- Délinquance juvénile 19- Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle

Items sans appartenance : 11- Promiscuité sexuelle, 17- Nombreuses cohabitations de courte durée, 20- Diversité des types de délits commis par le sujet.

La PCL-R représente la principale avancée méthodologique de ces 10-15 dernières années et a un rôle très important qui ne cesse de grandir dans les systèmes de justice et de santé mentale (Hare, 1999). Cet entretien semi-structuré intensif est combiné à une recherche à partir des dossiers. Le score obtenu varie de 0 à 40. Classiquement, le point de coupure est à 30. Un score inférieur à 20 rend compte d'une absence de psychopathie, un score entre 20 et 29 traduit une problématique mixte et au-delà, le diagnostic de psychopathie est posé. Ce

point de coupure permet de prendre en compte des groupes de sujets psychopathes et de non psychopathes. Toutefois, le point de coupure peut varier en fonction des études avec par exemple un point de coupure à 25 qui correspondrait mieux à des populations européennes par rapport aux populations nord-américaines (Harris, Rice & Quinsey, 1994 ; Pham, 1998a ; Pham, Vanderstukken, Philippot, & Vanderlinden, 2003 ; Cooke, Michie, Hart & Clark, 2005). La PCL-R a une très grande fiabilité inter-juge et une bonne consistance interne dans les échantillons de détenus (Côté, Hodgins, & Toupin, 2000). La validité de la PCL-R est appuyée par un corps de recherche important. Côté, Hodgins, Ross, & Toupin (1993) ont travaillé sur la validation de cette échelle en version française. Les résultats sont comparables avec ceux observés au Canada et aux Etats-Unis pour la version anglaise. La structure bi-factorielle est dégagée et comparée aux autres échantillons nord-américains et européens (Pham, 1998a à partir de détenus francophones incarcérés en Belgique) et il existe une étroite similarité entre les différents échantillons. Elle peut donc être considérée comme l'un des meilleurs instruments de prédiction des comportements antisociaux.

I-A-2-b) Les comportements antisociaux et socialement déviants dans la psychopathie

Une question importante est posée quant aux comportements antisociaux car elle divise la recherche selon que les comportements antisociaux et socialement déviants sont perçus comme symptôme primaire ou secondaire.

L'association entre la psychopathie et le comportement antisocial ou déviant socialement est reconnue dans la psychopathologie descriptive depuis au moins deux siècles ainsi que dans les modèles de critères diagnostiques de différents systèmes nosologiques, y compris le DSM-IV (1994). On peut distinguer deux approches de la psychopathie basées sur la personnalité d'une part et le comportement d'autre part qui diffèrent dans leurs implications au niveau de l'évaluation (Lilienfield, 1994). L'approche basée sur la personnalité trouve son origine comme cité plus haut chez Cleckley (1941), celui-ci (ainsi que d'autres auteurs se situant dans cette approche) percevant le comportement antisocial comme étant d'importance subsidiaire dans le diagnostic de psychopathie. Une histoire faite d'offenses légales ou sociales ne suffit pas à justifier ce diagnostic.

La question qui fait débat est alors de savoir si les comportements antisociaux et socialement déviants sont à inclure dans les critères diagnostiques (symptômes primaires) ou

sont une conséquence (symptômes secondaires) de la psychopathie. Il est à noter que la même conséquence peut résulter de différents troubles. Ceci est aussi important notamment pour l'évaluation du risque. Dans ce sens, Hare (Hare & Neumann, 2006) cite une réflexion de Lee Robins selon qui *« le comportement antisocial est probablement plus discriminant dans la population générale que dans les populations des prisons où il est très commun (p. 61) »*.

Plusieurs études à partir de la PCL-R ont dégagé d'autres facteurs relatifs à ce questionnement et ont entraîné quelques réactions. Cooke et Michie (2001) ont proposé un modèle hiérarchique de la psychopathie à trois facteurs à partir de la PCL-R de Hare et ont fait de nouvelles analyses factorielles. Ils en retirent au niveau des traits psychopathiques une structure à trois facteurs hiérarchisée :

- Facteur 1 : style interpersonnel (arrogant et trompeur) ; items 1, 2, 4, 5.
- Facteur 2 : style affectif (expérience affective déficiente) ; items 6, 7, 8, 16.
- Facteur 3 : style comportemental (comportemental impulsif et irresponsable) ; items 3, 9, 13, 14, 15.

Le modèle en trois facteurs a été validé auprès de populations nord-américaines et écossaises et est métriquement équivalent en ce qui concerne les Etats-Unis et le Canada, mais pas entre les continents nord-américain et européen (Cooke et al., 2005). Ce modèle rend compte de trois styles qui caractérisent la psychopathie, le comportement antisocial et déviant leur étant consécutifs. Ce point-ci est donc sujet à controverse.

Pour Hare (2003), un modèle hiérarchique en quatre facteurs serait meilleur. Il y ajoute un autre facteur relatif au comportement criminel (items 10, 12, 18, 19, 20) qui, selon Cooke et Michie, réduit l'ajustement du modèle. Ils ont alors évalué un modèle en cinq facteurs (population au Canada et en Europe) avec deux facteurs ajoutés aux trois autres : comportement criminel (items 18, 19, 20) et labilité des relations (11, 17). Toutefois, ce modèle apparaît clairement inférieur au modèle en trois facteurs.

Selon Neumann, Vitacco, Hare, & Wupperman (2005), en se basant sur le modèle en quatre facteurs, les tendances antisociales jouent un rôle fondamental dans le construit de psychopathie et donc dans l'évaluation et la conceptualisation de la psychopathie. Ils ajoutent que le modèle en trois facteurs est donc critiquable puisqu'il ne tient pas compte de cette dimension. Il s'agit donc d'un concept à multi-facettes composé d'au moins quatre dimensions reflétant des anomalies interpersonnelles, affectives, de style de vie et antisociales.

Pour résumer, la principale différence concerne donc la manière dont ces auteurs traitent des comportements antisociaux et criminels en lien avec la psychopathie. Ceci met en exergue l'existence d'un débat continuel sur la conceptualisation la plus appropriée de la psychopathie telle que mesurée par la PCL-R. Deux modèles structuraux alternatifs sont proposés : 1) le traditionnel modèle en deux facteurs et son extension récente en quatre facteurs, et 2) le modèle en trois facteurs de Cooke & Michie (2001). Le comportement antisocial définit en partie le construit qu'est la psychopathie et les items liés à la déviance comportementale sont explicitement représentés dans le modèle en quatre facteurs dans sa quatrième facette antisociale (Hare, 2003). A contrario, Cooke & Michie ont exclu ces items de leur modèle sur la base qu'ils n'apportent pas d'information unique sur les traits sous-jacents de la psychopathie. Cooke, Michie, Hart & Clark (2004) conceptualisent les comportements antisociaux comme des conséquences plutôt que faisant partie de la constellation des traits de personnalité qui définissent ce trouble. En effet, la plupart des descriptions cliniques classiques de la psychopathie ne considèrent pas le comportement antisocial comme symptôme central ou comme caractéristique de la personnalité psychopathique. La confusion vient souvent d'une erreur basique : celle de penser que le comportement déviant équivaut à la personnalité psychopathique. Par exemple, selon Cleckley (1941), beaucoup de psychopathes n'ont pas dans leur histoire ce type de comportement déviant. De plus, les critères diagnostiques prenant trop en compte ces comportements ont été largement critiqués (Hare, 1991 ; Millon, 1981). Certains symptômes de la psychopathie jouent un rôle causal vis-à-vis du comportement antisocial comme par exemple, l'impulsivité qui augmente la propension à s'engager dans des actes criminels (Meloy, 2000). Toujours dans ce sens, une histoire de comportements antisociaux et déviants socialement est différente des autres symptômes de la psychopathie qualitativement en ce qu'elle reflète des actes spécifiques plutôt que des traits de personnalité généraux (Lilienfield, 1994). Enfin, les points de vue théoriques du crime et de la violence suggèrent que le comportement antisocial résulte de l'influence d'un large panel de facteurs biologiques, psychologiques, et sociaux (Gottfredson & Hirschi, 1990). D'autres troubles peuvent être liés au comportement antisocial (ex : troubles psychotiques, retard mental, la consommation et la dépendance à des substances, et d'autres troubles de la personnalité).

Ainsi, l'inclusion des conséquences dans les critères diagnostiques peut largement compliquer l'évaluation du trouble mental ainsi que la recherche de l'étiologie et de l'avancée de la pathologie car une seule conséquence peut être associée à différents troubles. Toutefois, Neuman et al. (2005) ne pensent pas que le comportement antisocial soit une variable nuisible

ou que le diagnostic psychiatrique puisse être rendu difficile par l'inclusion de cette variable dans le construit.

I-A-2-c) PCL-R, formes d'agressions et types de délits

La capacité à inhiber l'agression repose sur l'empathie (Meloy, 2001) qui manque aux sujets psychopathes. Différentes formes d'agression sont liées à différentes facettes de la psychopathie (Patrick & Zempolich, 1998). Il est connu que les sujets psychopathes criminels s'engagent davantage dans des actes plus violents et plus fréquents que les non psychopathes (Hare & McPherson, 1984). Contrairement à cela, Cleckley voit le psychopathe comme calme et détaché émotionnellement. Il est alors important de considérer également des types de comportements agressifs et le rôle de l'émotionnalité. Ils agissent plus de sang froid et de manière plus instrumentale que passionnée (Hare, 1998).

La principale distinction se fait entre les agressions hostiles et instrumentales. La première est plus en rapport avec des événements déplaisants (insultes, attaques) et la seconde avec le blocage ou la privation de l'objet convoité (Buss, 1961). La psychopathie est marquée par un déficit de la peur lié à la composante affective et interpersonnelle de la psychopathie : le détachement émotionnel de la psychopathie est lié négativement à la peur et au stress alors que le Facteur 2 y est positivement associé (Patrick, 1994). De plus, le Facteur 2 est la première cause de corrélation entre la psychopathie et l'impulsivité ainsi que la colère.

Concernant les types de délits, les psychopathes présentent une criminalité plus importante et plus variée que les autres, la différence étant plus marquée et nette pour la criminalité violente (Côté, Hodgins, Toupin & Pham, 2000). Les scores à la PCL-R sont positivement corrélés avec les délits qui présentent une violence interpersonnelle (par exemple, vol avec violence, coups et blessures) ainsi qu'avec des délits plus instrumentaux tels que vol, recel, port d'arme et délits sexuels (Pham, 1998a). Il existe une forte relation entre la psychopathie et l'usage d'une arme qui reflèterait une propension spécifique aux agressions instrumentales (Patrick & Zempolich, 1998). En revanche, Pham (1998a) rapporte une corrélation négative avec les homicides ce qui vaut également pour les Facteurs 1 et 2.

Enfin, même si les psychopathes non criminels sont reconnus, peu d'études ont été faites concernant cette population. La compréhension des psychopathes criminels et des non criminels est incomplète et devrait permettre d'identifier des facteurs protecteurs (Mahmut, Homewood, & Stevenson, 2007). La psychopathie contribue de manière causale à la violence,

mais certains psychopathes peuvent ne pas être violents ou criminels. Ceci est possiblement dû à une augmentation de la capacité à inhiber ce type de réponses ou la présence de motivation internes qui entrent en compétition avec l'activité criminelle (Hall & Benning, 2006). C'est entre autre pour cela que Cooke et al. (2004) argumentent que l'utilisation d'une mesure plus « pure » selon eux de la psychopathie, c'est-à-dire excluant les indicateurs de déviance comportementale, pourrait accroître la spécificité des évaluations du risque et permettre une avancée dans la compréhension de ce qui mène à diverses formes de déviance sociale comme la violence sexuelle, la violence domestique et les crimes des criminels en « col blanc ». Selon Mahmut et al. (2007), les psychopathes criminels présentent un degré plus extrême de caractéristiques interpersonnelles-affectives (F1) et antisociales (F2) de la psychopathie. Les psychopathes non criminels ont les mêmes dispositifs neuropsychologiques et affectifs (ex. manque d'empathie) que les psychopathes criminels mais sont une version moins extrême que les criminels et ne s'engagent donc pas dans des comportements illégaux ou les évitent. Il se peut également que les facteurs protecteurs (par exemple : surveillance parentale, statut socio-économique) fassent défaut aux psychopathes criminels alors que les non criminels les possèdent et les empêchent de devenir criminels (Ibid.).

*****

Notre recherche concerne la comorbidité entre la psychopathie et les troubles de l'Axe II. Le terme de comorbidité se réfère à la co-occurrence de trouble indépendant, chacun ayant sa propre étiologie, pathologie et implication en terme de traitement (Feinstein, 1970). Nos critères d'exclusion (troubles psychotiques avérés au moment de la passation ainsi que retard mental) ont été évalués à partir du M.I.N.I (Lecrubier, Weiller, Hergueta, Amorin, Bonora & Lépine, 1998) et de la WAIS (Gregoire, 2001). Nous allons donc dans la partie suivante traiter des liens entre la psychopathie et les troubles mentaux majeurs (Axe I du DSM-IV). Les liens entre psychopathie et niveau intellectuel seront discutés après (pp. 53-55).

*****

I-A-3) Psychopathie et troubles mentaux majeurs

Les troubles de l'Axe I du DSM-IV font référence aux syndromes cliniques (troubles de l'humeur, anxieux, consommation de substances, troubles psychotiques, etc.). Le M.I.N.I. nous a permis d'évaluer les troubles de l'Axe I (cf. tableau 3).

Les troubles addictifs sont associés à la délinquance et la criminalité (Timmerman & Emmelkamp, 2001) ainsi qu'à la gravité de la psychopathie en terme de score total (Pham, Malingrey, Ducro & Saloppé, 2007). Associés aux troubles psychiatriques majeurs, ils posent de plus en plus la question du double diagnostic (de Beaurepaire, 2007) en tout cas chez les arrivants en prison.

Tableau 3- Modules du M.I.N.I. (Lecrubier et al., 1998), outil permettant d'évaluer les troubles de l'Axe I.

MODULES
A. Episode Dépressif Majeur
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques
B. Dysthymie
C. Risque suicidaire
D. Episode (hypo-)maniaque
E. Trouble panique
F. Agoraphobie
G. Phobie sociale
H. Trouble Obsessionnel Compulsif
I. Etat de Stress Post-Traumatique
J. Alcool (dépendance / abus)
K. Drogue (dépendance / abus)
L. Troubles psychotiques
M. Anorexie mentale
N. Boulimie
O. Anxiété généralisée
P. Trouble de la personnalité antisociale

Hildebrand et de Ruiter (2004) s'attendaient à ce que les scores à la PCL-R soient négativement corrélés avec les troubles de l'Axe I excepté pour la consommation d'alcool et de drogues. Sur 98 patients, 88% présentaient au moins un diagnostic de l'Axe I incluant la consommation de drogues ou d'alcool. Leurs résultats suggèrent qu'un haut score de psychopathie tend à être associé positivement à la consommation de substance de l'Axe I, et négativement avec la schizophrénie et ses variantes (paraphilies) ainsi qu'avec les autres troubles de l'Axe I excepté la consommation de substances. La forte prévalence de la consommation de substance est en accord avec la plupart des autres études avec des patients délinquants (Hart & Hare, 1989 ; Stålenheim & Von Knorring, 1998 ; Timmerman & Emmelkamp, 2001). Seulement 5% de ces patients ont été diagnostiqués comme ayant un diagnostic sur la vie entière de trouble de l'humeur, ce qui est assez faible comparé aux autres

études similaires (Côté & Hodgins, 1992 ; Hart & Hare, 1989 ; Stålenheim & Von Knorring, 1996). Par exemple, Timmerman & Emmelkamp (2001) ont trouvé 55% de troubles affectifs sur 37 patients allemands. Cependant, selon Eaves, Tien, & Wilson (2000) cités par Hildebrand et de Ruiter (2004), le taux de prévalence des troubles affectifs se situe entre 3 et 25% dans différents échantillons.

L'ensemble des résultats d'une étude de Pham, Malingrey, et al. (2007) soutient la spécificité du diagnostic de psychopathie par rapport aux troubles mentaux graves tels que les troubles psychotiques, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Les trois diagnostics qui corrèlent avec la PCL-R sont l'abus/dépendance aux drogues, le trouble de conduite et le jeu pathologique. Ces diagnostics sont davantage corrélés à la composante impulsive et antisociale de la psychopathie. De plus, les résultats suggèrent une discontinuité psychopathologique entre les quatre niveaux (1-9 ; 10-19 ; 20-29 ; 30-40) de psychopathie préalablement définis. Les scores de psychopathie sont relativement indépendants des troubles mentaux graves (Hildebrand & de Ruiter, 2004). Ces résultats confirment plutôt la spécificité du diagnostic de psychopathie à partir d'un point de coupure de 30, alors que la classe incluant les scores de 20 à 30, numériquement plus nombreuse, présente une importante comorbidité psychiatrique qui complique le diagnostic différentiel des praticiens de terrain. Le diagnostic de psychopathie, représenté par la dernière classe, constituerait plutôt une entité, un mode d'organisation assez spécifique.

Il existe des relations controversées entre les troubles anxieux et la psychopathie (Widiger, 2006). Cleckley incluait dans ses critères originaux de la psychopathie « une absence de nervosité » ou de « manifestations psychonévrotiques ». Toutefois, il existe des sujets psychopathes qui présentent de l'anxiété et parfois une pathologie dépressive associée. De même, on retrouve chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale de grands taux de prévalence de troubles anxieux dans les études épidémiologiques (Swanson, Bland & Newman, 1994), ce qui amène Dahl (1998) à suggérer que Cleckley (1941) avait tort quand il affirmait que les psychopathes ne montrent pas d'anxiété manifeste. Les traits de froideur émotionnelle de la psychopathie ont été un temps négativement corrélés avec les mesures d'anxiété (Harpur, Hare, & Hakstian, 1989), mais les psychopathes rendent compte cliniquement de hauts niveaux d'anxiété (Schmitt & Newman, 1999). Quelques chercheurs ont par conséquent recommandé d'inclure comme critère une faible anxiété pour identifier les individus psychopathes (Brinkley, Newman, Widiger, & Lynam, 2004 ; Schmitt & Newman, 1999). L'anxiété-trait et l'anxiété-état sont associées positivement à la dimension de

comportement antisocial de la psychopathie (Hale, Goldstein, Abramowitz, Calamari, & Kosson, 2003). Selon Lovelace et Gannon (1999), il existe en revanche un lien inverse entre les deux construits cliniques que sont la psychopathie et la dépression.

Blackburn, Logan, Donnelly & Renwick (2003) étudient la comorbidité entre les troubles de l'Axe II, la psychopathie et les troubles de l'Axe I chez des patients en hôpital de haute sécurité en Angleterre et en Ecosse. Une majorité des patients identifiés cliniquement comme présentant des troubles de l'Axe I (en premier lieu) présentaient aussi des troubles de la personnalité (Axe II et psychopathie PCL-R). Inversement, presque tous ceux identifiés cliniquement comme présentant des troubles de la personnalité en premier lieu avaient présenté un ou des troubles de l'Axe I dans le passé et la moitié d'entre eux continuent à les présenter. Une minorité de patients présentant des troubles de l'Axe I n'a pas de troubles de la personnalité associés. Certains modèles (Stein, Hollander, & Skodol, 1993) qui suggèrent des relations causales entre troubles de la personnalité et troubles de l'Axe I ont été proposés pour expliquer la comorbidité entre ces troubles (modèles de vulnérabilité, de la continuité, de la complication, de « co-effet » et de l'atténuation).

Dans notre recherche, les sujets présentant des troubles de l'humeur et des troubles psychotiques avérés (aigus) au moment de la passation ont été exclus, les manifestations de ces troubles risquant d'invalider le protocole.

*****

Nous avons abordé la psychopathie sous différentes approches en précisant ses caractéristiques et différents points de vue.

La psychopathie est un concept plutôt complexe. Le diagnostic de comorbidité est important car l'étiologie, le développement, le traitement et l'issu d'un trouble sont influencés lourdement par la présence d'une comorbidité. De plus, la nature et l'étendue de la co-occurrence est problématique concernant la conceptualisation d'un trouble mental comme ayant des conditions cliniques distinctes (Lilienfield, Waldman, & Israel, 1994 ; Widiger & Clark, 2000). L'objectif est alors d'examiner les liens entre la psychopathie et les troubles de l'Axe II du DSM-IV en portant un intérêt particulier au trouble de la personnalité Borderline.

Notre objectif rejoint le questionnement sur l'hétérogénéité de la psychopathie et ses implications notamment en terme de prise en charge. Les délinquants ne présentent pas un pattern unique de trouble. La comorbidité s'accompagne de complications concernant la prise

en charge, la compliance et la coordination de service (Newman, Moffitt, Caspi, & Silva, 1998).

Cet objectif est donc surtout relatif au repérage de troubles de la personnalité associés qui compliqueraient considérablement l'évolution des troubles (Pham-Scottez & Guelfi, 2003). Pourtant, si le trouble psychopathique est conçu comme présentant des degrés variables de gravité et d'intensité, certains individus peuvent être abordés par différents types de traitement (Meloy, 2000). Selon Kernberg (1984), la qualité des relations d'objet et celle des fonctions du Surmoi sont des repères pronostiques pour le traitement psychanalytique et psychothérapique des patients présentant un trouble de la personnalité Borderline ou narcissique. La capacité de nouer une relation, d'avoir accès à un sentiment de culpabilité. La présence et l'importance d'un comportement antisocial sont aussi un indicateur pronostic. L'angoisse et la souffrance peuvent aider à conduire et maintenir les patients dans leur traitement.

Dans ce sens, il existe différentes recherches soulignant des variantes de la psychopathie et différents types relatifs à l'association de troubles de la personnalité différents. La partie suivante traite de ce sujet.

*****

I-B- Une ou des psychopathie(s) ?

Même si la psychopathie fait l'objet de nombreuses recherches, elle est aussi l'un des plus controversé des syndromes psychopathologiques. Le DSM-IV (1994) ne fait apparaître la psychopathie comme diagnostic. Le trouble Antisocial représente une catégorie hétérogène au regard de l'étiologie ainsi que des caractéristiques psychologiques qui donnent lieu à des patterns variés de comportements déviants socialement, ceux-ci permettant de rencontrer les critères du DSM-IV. Ces personnalités antisociales divergent donc dans leurs symptômes mais aussi dans leur étiologie.

Le statut catégoriel versus dimensionnel de la psychopathie demande à être clarifié (Lilienfield, 1998). Ceci est très important concernant les implications pour la conceptualisation et l'évaluation de ce syndrome. Certaines innovations méthodologiques ont amélioré notre capacité à opérationnaliser de manière fiable et valide ce construit. C'est notamment ce qui a déjà permis la différenciation psychopathie/personnalité Antisociale du DSM-IV.

I-B-1) Catégorie versus continuum ?

La psychopathie est-elle une catégorie distincte de troubles de la personnalité (Harris et al., 1994), ou s'inscrit-elle dans un continuum (dimension de caractéristiques de personnalité) (Blackburn & Coid, 1998) ? Il existe un chevauchement entre les troubles du cluster B et la psychopathie.

Même si nous nous focalisons sur les troubles du cluster B dans cette présente étude, tous les troubles de l'Axe II ont été évalués dans notre recherche. Les caractéristiques en sont donc présentées en annexe 1 (cf. pp. 189-190). Ces troubles sont stables et extrêmement résistants à toute intervention (contrairement aux troubles de l'Axe I, qui peuvent avoir des périodes de rémission). Cette stabilité est un des critères définissant le trouble de la personnalité. Pour le diagnostic, un nombre de critère minimum est requis ainsi que les critères généraux pour le trouble de la personnalité c'est-à-dire que : *« un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécu qui dévie notablement*

de ce qui est attendu dans la culture des individus, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement (DSM-IV, 1996 p. 739).»

En 2004, soixante pour cent de la population carcérale présentaient des troubles de la personnalité, particulièrement du cluster B de l'Axe II du DSM-IV (histrionique, narcissique, borderline et antisocial) et parmi ceux-ci les troubles Antisocial et Borderline sont les plus fréquents (Fallissard & Rouillon, 2004).

I-B-1-a) La psychopathie et les troubles Antisocial et Narcissique

Hart et Hare (1997) soulignent la présence d'un chevauchement entre psychopathie et narcissisme. La plupart des sujets psychopathes sont narcissiques, même si tous les narcissiques ne sont pas psychopathes. Selon MacKay (1986), le trouble Antisocial serait un sous-groupe de la pathologie narcissique, ce qui appuie la connexion conceptuelle entre les troubles. Il serait donc nécessaire de considérer la psychopathie d'une manière dimensionnelle. Etant donné le chevauchement dans les critères diagnostiques des troubles du cluster B (Holdwick, Hilsenroth, Castelbyry, & Blais, 1998 ; Rasmusen, Storsaeter, & Levander, 1999), l'approche catégorielle est discutée et ces troubles pourraient être alors conceptualisés comme des patterns (ou modèles) réguliers de traits co-variants plus que comme des catégories distinctes (Blackburn & Coid, 1999).

Les troubles de la personnalité Antisociale et Narcissique sont les deux troubles les plus rapportés à la psychopathie (Widiger, 2006). Le trouble Narcissique est souvent associé au Facteur 1 avec le trouble Antisocial mais, contrairement à ce dernier, ne tend pas à être fortement associé au Facteur 2. Des points de vue psychodynamiques du narcissisme suggèrent quelques caractéristiques communes avec la psychopathie (Gacono, Meloy, & Berg, 1992) et ils peuvent être vu selon un continuum. La PCL-R montre un pattern d'association clair et attendu avec les troubles de l'Axe II : un haut score de psychopathie (PCL-R>30) est fortement et significativement associé au trouble de la personnalité antisociale. Le lien entre psychopathie et trouble antisocial est asymétrique (Hare, 1996) : la plupart des psychopathes reçoivent le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale mais la plupart des sujets présentant un trouble de la personnalité Antisociale ne sont pas psychopathes.

Concernant le trouble Antisocial, le DSM-IV (1994, 1996) fait plutôt référence aux comportements qu'aux traits de personnalité considérés comme centraux dans la psychopathie (Millon, 1981 ; Hare, Hart, & Harpur, 1991). Il classe davantage les personnes en fonction de leurs actions plutôt que par leurs dispositions ou traits psychologiques. Les critères retenus relatifs à un ensemble de comportements antisociaux (cf. encadré 1), non nécessairement criminels et cela à partir de l'âge de 15 ans (dans un souci de stabilité des comportements antisociaux), sont les suivants:

Encadré 1- Critères de la personnalité Antisociale du DSM-IV (APA, 1996, pp. 762-763)

Personnalité Antisociale

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 par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries ;

3- Impulsivité ou incapacité de planifier à l'avance ;

4- Irritabilité ou agressivité, indiquées par la 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 débutant avant l'âge de 15 ans.

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un épisode maniaque.

Dans ce sens, même si le trouble Antisocial est corrélé avec le score total à la PCL-R, il est davantage corrélé au Facteur 2 et donc à la dimension comportementale de la psychopathie qu'au Facteur 1 (Hare, 1991 ; Hare et al. 1991). Il s'agit donc bien là de la principale différence entre trouble Antisocial et psychopathie. Beaucoup de recherches ont étudié les différences entre ces deux troubles mais il est aussi important d'en voir les similarités, les zones de recouvrement et leurs correspondances. Ainsi, les items de la PCL-R centraux pour le Facteur 1, à savoir la manipulation et le mensonge pathologique ainsi que le manque de remords, de sentiment de culpabilité et l'échec à assumer sa responsabilité, sont inclus dans les critères du DSM-IV.

Nous avons précisé les caractéristiques des personnalités Antisociale, il est également nécessaire de préciser les caractéristiques de la personnalité Narcissique (Encadré 2) et de la personnalité Borderline (Encadré 3).

Encadré 2- Critères de la personnalité Narcissique du DSM-IV (APA, 1996, p. 775)

Personnalité Narcissique

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1- Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance, par exemple surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport ;

2- Est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal ;

3- Pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau ;

4- A un besoin excessif d'être admiré ;

5- Pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits ;

6- Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins ;

7- Manque d'empathie, n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui ;

8- Envie souvent les autres et croient que les autres l'envient ;

9- Fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

I-B-1-b) La psychopathie et le trouble Borderline.

Stånlenheim & von Knorring (1998) suggèrent que le trouble Borderline est plus étroitement lié à la psychopathie que le trouble Antisocial. Une des raisons pourrait être que la psychopathie est largement plus définie que le trouble Antisocial limité aux manifestations comportementales. De plus, les critères diagnostiques du trouble Borderline comprennent des symptômes de troubles affectifs et de difficultés interpersonnelles, ainsi que l'impulsivité, qui peuvent ressembler aux déficits affectifs et interpersonnels chez les sujets psychopathes. Selon une étude récente (Black, Gunter, Allen, Blum, Arndt, Wenman, & Sieleni, 2007), le fait que, en prison, les hommes rencontrent les critères du trouble borderline est un indicateur fort. Ce trouble pourrait être inclus dans le diagnostic différentiel particulièrement quand les plaintes concernent l'instabilité, un mauvais contrôle de la colère, impulsivité ou des épisodes d'auto–agression.

Les critères de la personnalité Borderline selon le DSM-IV sont présentés dans l'encadré suivant.

Encadré 3- Critères de la personnalité Borderline du DSM-IV (APA, 1996, pp. 767-768)

Personnalité Borderline

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (NB. Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les auto-mutilations énumérées dans le critère 5) ;
2- Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
3- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
4- Impulsivité marquée dans au moins deux des domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) (NB. Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les auto-mutilations énumérées dans le critère 5) ;
5- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilation ;
6- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures, rarement plus de quelques jours) ;
7- Sentiments chroniques de vide ;
8- Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;
9- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères. (ce neuvième critère a été ajouté au DSM-IV)

Hildebrand et de Ruiter (2004) ont travaillé sur la psychopathie telle qu'évaluée par la PCL-R (avec un cut of de 30) en relation avec les troubles des Axes I et II du DSM-IV sur une population en hôpital sécuritaire. Ils s'attendaient à ce que les scores à la PCL-R soient positivement corrélés avec les troubles du cluster B et négativement avec les troubles du cluster C. Selon eux, le pourcentage élevé de patients présentant un trouble de la personnalité est comparable avec les taux de prévalence dans les autres échantillons européens de même type, c'est-à-dire entre 60 et 80% (Blackburn, Crellin, Morgan, & Tulloch, 1990 ; Coid, 1992 ; Kullgren, Grann, & Holmberg, 1996).

Ainsi, la comorbidité est fréquente entre les différents troubles de la personnalité. Les relations entre ces troubles sont alors complexes d'autant plus que la comorbidité entre les troubles de la personnalité et d'autres troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à la consommation de substances) est élevée. Selon Pham-Scottez et Guelfi (2003), *« la comorbidité d'un trouble de la personnalité avec un autre trouble psychiatrique pourrait compliquer l'évolution de ce trouble psychiatrique (p. 729) »*.

La comorbidité entre psychopathie et troubles de l'Axe II se trouve à l'origine, nous pensons, des variantes de la psychopathie comme nous allons l'évoquer dans la partie suivante.

I-B-2) Variantes de la psychopathie

I-B-2-a) Sous-types de psychopathie

Blackburn et Coid (1999) suggèrent qu'il existe six sous types de délinquants violents : antisocial-narcissique, paranoïde-antisocial, borderline-antisocial-passif-agressif, borderline, compulsif-boderline et schizoïde. Les trois premiers n'étaient pas différents par rapport à la PCL-R mais scoraient plus forts que les autres groupes (respectivement PCL-R = 32,08 ; 32.60 ; 31,62 ; 20,80 ; 17,62 ; 17,85) et plus d'un quart était psychopathe (76%, 80%, 77% respectivement).

Murphy & Vess (2003) ont observé dans une population d'un hôpital sécuritaire de haute sécurité que les psychopathes manifestaient des différences de comportements conséquentes. La psychopathie est vue comme englobant différents traits de personnalité qui vont déterminer ses manifestations cliniques. En effet, ceci dépend de la proéminence de certains de ses aspects. La PCL-R de Hare et son modèle en deux facteurs montre bien la prévalence du Facteur 1 par rapport au Facteur 2 en terme d'utilité clinique et de spécificité de diagnostic. Le score suggère aussi une hétérogénéité et différents degrés de psychopathie ou donc différents sous-groupes. Cette étude met donc en évidence des sous-types de psychopathie notamment le psychopathe borderline (dans ce sens, en 1993, Meloy & Gacono font une étude de cas présentant un psychopathe borderline). Elle suggère l'existence de quatre sous-types de psychopathes : les narcissiques (centré sur eux-mêmes et supérieurs), les borderline (labiles, impulsifs), les sadiques (délibérément cruels) et les antisociaux (les criminels sans remords). Ils sont en effet apparus comme un groupe hétérogène qui, tout en partageant un noyau de caractéristiques de personnalité, manifestait des variabilités

comportementales substantielles. En fonction de ces sous-types, le traitement et la prise en charge seront différents, aussi bien pour la sécurité du personnel qui travaille avec eux aussi bien que pour la société dans laquelle ils sont susceptibles de retourner. En effet, une grande importance est portée à l'identification des patients psychopathiques qui pourraient poser des risques pour le milieu thérapeutique, la sécurité de l'institution et de la société.

I-B-2-b) Variantes primaires et secondaires

Skeem, Poythress, Edens, Lilienfield et Cale (2003) explorent le fait que la psychopathie a toujours été vue comme un construit relativement uniforme mais que certaines théories contemporaines montrent qu'il peut être en réalité hétérogène. Leurs analyses suggèrent qu'il existe des variantes primaires et secondaires de la psychopathie. D'un point de vue clinique, en 1941 déjà, Karpman faisait cette distinction entre les psychopathes primaires et secondaires.

La méfiance, la manipulation, l'externalisation de la faute, l'incapacité à inhiber ses impulsions sont communes à ces deux variantes de psychopathie. Toutefois, ces variantes peuvent être distinguées selon l'importance des déficits affectifs, de l'impulsivité, de l'anxiété-trait et caractéristiques des troubles de la personnalité borderline et narcissique. Ces variantes diffèrent aussi au niveau du modèle de violence et de la réponse au traitement. Skeem et al. (2003) soulignent le fait que, si des variantes de la psychopathie peuvent être identifiées de manière fiable et basées sur des preuves empiriques, la psychopathie pourrait passer d'une forme globale à un ensemble de construits plus spécifiques qui améliorerait notre capacité à comprendre, gérer et traiter ces individus qui sont en général perçus comme dangereux et « intraitable ». Selon ces auteurs, des individus présentant le trouble antisocial peuvent différer considérablement les uns des autres au niveau de la personnalité et du comportement. Ainsi, le fait que tous les psychopathes ne récidivent pas indique qu'il existe une variabilité comportementale (en cela, notamment, se différencient les psychopathes « successfull » et « non successful »). Ils ont cherché à identifier les dimensions qui pourraient le mieux distinguer la variante primaire de la variante secondaire, la différence la plus importante étant étiologique. La différenciation se fait également en terme d'impulsivité. Ces différences correspondent aussi à celles que l'on peut observer en matière de réponse aux formes traditionnelles de traitements. D'autres domaines peuvent les distinguer, ces différences se situant aussi souvent dans leurs capacités affectives: par exemple, les Facteurs 1 et 2 de la PCL-R sont des dimensions qui peuvent les distinguer, ainsi que le névrotisme ou

l'anxiété-trait ou encore la constellation de traits qui caractérisent le trouble de la personnalité Borderline. Ce chevauchement caractériserait l'impulsivité, l'anxiété, les réactions colériques du psychopathe secondaire de Blackburn (selon Blackburn & Coid en 1999, le psychopathe primaire correspond au sous-type narcissique-antisocial et le secondaire aux sous-types borderline-antisocial-passif-agressif et paranoïde-antisocial).

Ainsi et pour résumer, les psychopathes primaires étaient perçus comme ayant un déficit constitutionnel et se montrant cruels, insensibles, égocentriques, sans anxiété et avec peu d'affectivité. Les particularités seraient d'origine génétique plus qu'environnementale. Le psychopathe primaire a échoué à développer des sentiments de conscience et d'empathie non pas à cause d'un manque d'expérience sociabilisante mais plutôt d'une particularité psychologique intrinsèque qui fait de lui quelqu'un de très difficilement socialisable. De plus, à partir de la PCL-R, des données montrent qu'il est davantage lié au narcissisme. Les psychopathes primaires sont plus égocentrés, recherchent plus d'attention et sont plus manipulateurs alors que les secondaires se caractérisent plus par l'hostilité, la dépressivité et l'antisociabilité (Ross, Bye, Wrobel, & Horton, 2008).

La prévalence des agressions combinées serait trois fois plus élevées chez les sujets psychopathes à tendance primaire que chez les psychopathes à tendance secondaire ce qui renforce la validité du construit de sous-types de psychopathie (Falkenbach, Poythress, & Creevy, 2008). Le psychopathe primaire a davantage recours à la violence instrumentalisée (au niveau des types de comportement criminel et violent) et moins à la violence réactive, colérique (Patrick & Zempolich, 1998 ; Skeem et al., 2003). Il existe aussi des personnes à haut niveau de « symptômes primaires » qui ne sont pas violents physiquement car ils arrivent à obtenir ce qu'ils veulent par la manipulation et n'ont pas besoin d'user de la force.

A contrario, le comportement des psychopathes secondaires résulterait plus de facteurs environnementaux (ex. traumatisme, niveau social désavantagé, parents « défectueux » rejetant ou au contraire parents trop indulgents…) et ils expérimenteraient plus de capacités d'anxiété et d'émotions. Ainsi, les psychopathes secondaires sont moins récalcitrants au niveau du traitement. Ils manifestent plus de caractéristiques borderline, d'un fonctionnement interpersonnel plus pauvre comme l'irritabilité, le retrait, peu d'autoritarisme (…). Ils manifestent également plus de troubles mentaux majeurs que les psychopathes primaires (Skeem, Johansonn, Andershed, Kerr, & Louden, 2007) et tendraient plus vers les réactions hostiles et réactives (Falkenbach et al., 2008).

Dans une autre perspective, Lykken (1995) rend compte de ces deux variantes différemment à partir des concepts de *Behavioral Inhibition System* (BIS) et *Behavioral Activation System* (BAS). Selon un déficit de l'un ou l'autre de ces systèmes, le BIS et le BAS contribueraient au comportement antisocial. Plus spécifiquement, un BIS faible représenterait le déficit constitutionnel du psychopathe primaire et un BAS « suractif » seraient à la base du déficit du psychopathe secondaire.

Une autre approche de Hicks, Markon, Patrick, Krueger, & Newman (2004) permet de distinguer les psychopathes en sous-types en terme de structure de personnalité qui devrait refléter différentes étiologies. Leurs profils sont à mettre en parallèle avec les variantes primaires et secondaires en terme de variables de personnalité (réactivité au stress, anxiété, émotionnalité négative, contrôle) et de variables d'histoire de vie (conflits enfants parents, alcool…). Ces profils ont été obtenus à partir de 96 détenus psychopathes (PCL-R $\geq$30) : les psychopathes émotionnellement stables (psychopathe primaire bas niveau d'anxiété) et les psychopathes agressifs (haut niveau d'anxiété, impulsivité et agressivité). Le Facteur 1 est corrélé positivement avec le narcissisme et négativement avec le névrosisme et l'émotionnalité négative. A contrario, le Facteur 2 est corrélé positivement avec le névrosisme, l'émotionnalité négative, l'impulsivité et la recherche de sensation.

Concernant la psychopathie, la PCL-R (Hare, 1991) reflète déjà la possibilité d'avoir des sous-groupes de délinquants criminels avec ses deux facteurs. Cooke et Mitchie (2001) quant à eux suggèrent que la PCL-R est sous-tendue par trois facteurs. Comme vu précédemment, les trois facteurs révèlent un style interpersonnel arrogant et trompeur ainsi qu'un déficit affectif. Certains items ont été éliminés du domaine de la déviance sociale pour créer un style comportemental impulsif et irresponsable.

En résumé, les variantes primaires et secondaires de la psychopathie décrites iraient dans le sens de notre problématique en correspondant à différents profils en fonction de l'association de troubles de l'Axe II et de la psychopathie. La variante secondaire nous intéresse alors particulièrement étant données les manifestations du fonctionnement borderline qui y sont rapprochées.

I-B-2-c) Différence conceptuelle entre les auteurs européens et américains

Les modèles de Bergeret (1974), Kernberg (1984) et Meloy (2000) font référence aux relations objectales, à l'anxiété, aux mécanismes de défense et aux processus de pensée. Il existe cependant des différences, ce qui a un impact sur la manière dont la psychopathie est vue et placée dans le spectre de la psychopathologie (Husain, 1995).

La différence entre sujets psychopathes européens et américains a donné lieu plusieurs fois à réflexion (Husain, 1995 ; Lamothe, 2001). Selon Husain (1995), la recherche des modèles permettant la prévision du comportement favorise une approche quantitative du côté américain alors qu'en Europe, le souhait de souligner les interrelations et dérivés vus à partir des observations cliniques favorise une approche qualitative. Les Européens et les Américains s'entendent sur la notion de fonctionnement psychopathique : relations d'objet marquées par la recherche de pouvoir et de contrôle, la lutte contre la dépendance et l'anxiété anaclitique, les mécanismes de défense tels que l'identification projective, l'identification à l'agresseur, le déni et le clivage, et le non-investissement de la « vie mentale » et de la connaissance en faveur de l'hyper-investissement de l'action (Ibid.).

Pour Lamothe (2001), les psychopathes français sont *« plus volontiers borderline avec une problématique abandonnique (p. 602)»*. Il existe tout de même des différences nettes au niveau comportemental mais aussi au niveau des relations sociales ou des prises en charge thérapeutiques.

Rossel et Merceron (cités par Husain, 1995) comprennent la psychopathie comme une forme très archaïque de l'organisation de la personnalité parmi des conditions borderline. Bergeret (1974), ainsi que Kernberg (1975), placent le caractère psychopathique parmi les troubles narcissiques. Ces deux auteurs décrivent la dynamique narcissique essentielle des psychopathes, point de vue que partage Meloy. Théoriquement, le modèle de Kernberg suppose que chaque organisation de caractère, personnalité, peut trouver son expression dans une structure névrotique, borderline ou psychotique (alors que Meloy rejette le caractère psychopathique dans une structure névrotique à cause de l'évidente déficience du Surmoi mais accepte cette existence à un niveau borderline et psychotique). Les auteurs européens acceptent l'existence de traits psychopathiques dans des organisations psychotiques mais n'incluent pas ces sujets dans leurs recherches, sachant que les processus psychiques sous-tendus sont de nature psychotiques d'où une différence structurale par rapport à ceux rencontrés chez les sujets psychopathes état-limite.

Il existe donc des différences quant à la notion de psychopathie et de sélection des échantillons de population : une sélection basée sur les actes psychopathiques pour Meloy (composante comportementale), et pour Rossel et Merceron, une sélection basée sur le fonctionnement psychique et l'organisation de la personnalité. Cette différence tendrait à rejoindre le débat sur les deux approches de la psychopathie (cf. p. 33) : approche comportementale versus approche basée sur la personnalité.

I-B-2-d) D'un point de vue culturel

Certaines recherches et théories cross-culturelles montrent que des éléments sociétaux et contextuels peuvent modeler les manifestations de symptômes d'un trouble mental ou d'un trouble de la personnalité à travers les cultures et les ethnies (Douglas, Vincent, & Eden, 2006).

Ainsi, il existerait une non équivalence entre des délinquants nord-américains et écossais aboutissant à la recommandation de retirer cinq points à la PCL-R pour les écossais (Cooke & Mitchie, 1999). Cooke et al. (2005) se sont alors attachés à évaluer la validité trans-culturelle de la psychopathie. Selon eux, il existe bien un biais culturel dans les estimations de la PCL-R d'un point de vue métrique mais pas structural. La validité transculturelle est plus forte sur certains symptômes liés au facteur de déficit émotionnel. Certains symptômes sont plus utiles au niveau Nord-américain qu'en Europe (où les scores en général étaient plus bas). Ceci est important pour la recherche et la clinique. Cependant, ces auteurs ne peuvent pas dire comment la culture influence l'expression de la psychopathie. La psychopathie peut s'exprimer différemment (par exemple entre psychopathes caucasiens et afro-américains) au niveau cognitif et comportemental (Doninger & Kosson, 2001). Dans ce sens, la PCL-R est équivalente métriquement en ce qui concerne des échantillons afro-américains et caucasiens mis à part quelques différences concernant le facteur 2 au regard du niveau des traits sous-jacents qui discriminent le plus (Sullivan & Kosson, 2006).

*****

En résumé, les sujets psychopathes diffèrent donc selon leur symptomatologie, les modèles caractéristiques de violence et leur sensibilité au traitement. Ils peuvent aussi différer selon le type d'agression qu'elle soit instrumentale ou plus impulsive, le sujet psychopathe éprouvant de la colère. Cette distinction est importante en terme d'évaluation du risque et de prise en charge. Il existe des variables modératrices qui peuvent aider à l'identification des

sous-types de psychopathie. Elles impliquent d'autres caractéristiques qui interagissent avec les variables de la personnalité de façon à modeler leurs manifestations. De telles variables pourraient être des indicateurs allant dans le sens d'une prise en charge et d'un traitement réussis d'un patient. C'est notamment le cas de l'intelligence ou de l'anxiété.

I-B-3) Les variables modératrices du niveau de psychopathie et les facteurs de risque.

I-B-3-a) Le niveau intellectuel

Heilbrun (1982) a examiné des modèles spécifiques de violence liés à l'état psychopathique par des facteurs cognitifs considérés comme additionnels qui devraient être reliés à l'intelligence et à l'expression d'agressivité physique. Parmi les 168 détenus, les résultats suggèrent trois modèles cognitifs psychopathiques. Premièrement, un modèle impliquant des psychopathes avec un faible Quotient Intellectuel et qui représenterait le facteur de risque le plus fort pour la violence en combinant un faible contrôle des impulsions, une faible empathie et un manque d'inhibition contre l'agression physique associé à une faible sociabilité. Deuxièmement, un modèle relatif aux psychopathes sadiques hautement intelligents ayant une plus forte empathie et un meilleur contrôle des impulsions. Il a été suggéré que l'empathie favorise le renfort sadique en augmentant la conscience du psychopathe de la douleur et de la détresse de la victime. Et troisièmement, les non psychopathes à faible QI donc un renforcement du self ajouté à un faible contrôle des impulsions et une faible capacité d'empathie les placent dans des situations hasardeuses qui dépassent leurs compétences cognitives.

L'intelligence apparaissait donc comme modératrice entre la psychopathie et les crimes violents, les psychopathes moins intelligents, faisant preuve uniquement de dysfonctionnement dans le contrôle de l'impulsion par rapport aux détenus psychopathes faisant preuve de plus d'intelligence. Heilburn distingue les psychopathes à faible intelligence et les psychopathes sadiques hautement intelligents. Les sujets psychopathes plus intelligents sont moins enclins à utiliser l'agression dans la mesure où ils peuvent utiliser leurs ressources cognitives pour élaborer ou manigancer des moyens non-violents d'obtenir ce qu'ils veulent (manipulation). Les moins intelligents ont recours à la violence pour compenser leurs

capacités inférieures à manipuler les autres à travers le langage (Heilbrun, 1982 ; Heilbrun & Heilbrun, 1985). Les hypothèses sont que les psychopathes les plus intelligents ne sont pas représentés dans les échantillons de chercheurs car ils réussissent dans la société alors que les psychopathes moins intelligents sont sur-représentés. Ces psychopathes dits « successfull » (termes aussi repris par Skeem et al., 2003) pourraient néanmoins avoir la même propension à la violence que les non psychopathes mais seraient moins appréhendés pour de tels actes.

I-B-3-b) L'anxiété et l'attachement

Ces deux variables et le fait qu'elles soient potentiellement modératrices nous intéresse particulièrement pour ce qui est de l'un de nos objectifs qui est d'évaluer l'impact du trouble Borderline sur le niveau de psychopathie, ces variables étant caractéristiques du fonctionnement borderline. Ainsi, selon Meloy (2001), l'anxiété *« témoigne d'une capacité à développer des relations avec l'objet internalisé et à se sentir directement concerné par ses propres actions et celles d'autrui (p. 568) »*. Elle est donc un moteur nécessaire pour tout traitement efficace basée sur des méthodes relationnelles. Selon Cleckley (1976), une des caractéristiques des psychopathes est qu'ils sont dans l'incapacité (basique) de ressentir de la culpabilité, des remords ou de l'anxiété. Quand la sévérité de la psychopathie s'accentue (chez des patients présentant une personnalité antisociale), l'anxiété s'atténue tout comme l'impression personnelle de malaise qui peut motiver un patient à opérer un changement. Dans ce sens, Alterman, McDermott, Cacciola, Rutherford, Boardman, McKay, & Cook (1998) montrent que les sujets avec un score élevé de psychopathie mais aussi un degré modéré d'antisocialité (comportements antisociaux et associabilité) avait de plus faibles niveaux d'anxiété trait et état. Ceci n'est pas en accord avec certaines recherches qui vont dans le sens de l'existence d'anxiété qui varie chez les sujets psychopathes. Par exemple, Schmitt & Newman (1999), montrent que la psychopathie et l'anxiété covarient indépendamment, au lieu de montrer une relation inverse. Ainsi, les psychopathes qui ressentent de l'anxiété pourraient avoir d'autres caractéristiques d'antisocialité ou présenteraient des aspects d'une autre personnalité ou des perturbations émotionnelles rendant compte de l'expérience de cette émotion. Par exemple, un psychopathe qui aurait des éléments borderline devrait ressentir de l'anxiété secondaire à la peur de l'abandon ou une incapacité à tolérer l'ambiguïté. Selon d'autres études, les psychopathes criminels ne ressentent pas l'anxiété ou l'inquiétude au même degré que les criminels non psychopathes (Hare & Schalling, 1978). La distinction par rapport à l'anxiété est nécessaire puisqu'un sujet

ressentant de l'anxiété serait plus à même de répondre à des approches traditionnelles de traitement et aux conséquences typiques d'un comportement inapproprié. Une façon de voir la relation entre la psychopathie et les troubles du cluster B est de considérer la cooccurrence des troubles du cluster B comme une variable modératrice.

L'attachement qui est relatif à la capacité à établir un lien émotionnel est aussi moins fort chez les criminels psychopathes. Le manque d'attachement chez les sujets psychopathes est manifeste et le rôle de l'anxiété est un important dans la différenciation des psychopathes primaires et secondaires (Gacono & Meloy, 1991). De plus, les psychopathes sont beaucoup plus détachés émotionnellement que les patients ayant une personnalité limite et narcissique (Gacono et al., 1992). Ce détachement peut avoir une intensité variable chez les sujets ayant une personnalité antisociale et représente un critère clinique stable et mesurable. La capacité à former une alliance thérapeutique est aussi une mesure clinique de la capacité d'attachement qui est un facteur de bon pronostic. Parmi une population de sujets psychopathes, différencier les sujets ayant ce type de caractéristiques même a minima que l'on peut retrouver dans le fonctionnement Borderline est important (Castro & Réveillère, 2004) car l'on sait à quel point le traitement des sujets psychopathes est rendu difficile de par leur caractéristiques de grandiosité et de manipulation (Pham, 2000).

I-B-3-c) L'âge

Le manque d'études longitudinales sur le long terme ne permet pas de tirer des conclusions fermes concernant les changements dans les scores à la PCL-R pour un individu sur sa vie entière. Les résultats suggèrent qu'entre 35 et 40 ans, se produirait une sorte de « burnout », une réduction liée à l'âge au niveau du facteur 2 qui n'est pas évidente pour le facteur 1 (Harpur & Hare, 1994). Quelques études suggèrent que le taux de crimes non violents parmi les psychopathes descend entre 41 et 50 ans alors que le taux de crimes violents est relativement constant (Hare, Forth, & Strachan, 1992). Il faut rester précautionneux quant à ces données car ces recherches comprenaient peu de sujets psychopathes âgés qui avaient réellement la possibilité de récidiver dans la communauté. Toutefois, il a été suggéré que les scores à la PCL-R de trois groupes d'âge différents variaient significativement avec un effet du facteur 2 (le facteur 1 n'avait pas d'effet) et la fréquence du trouble Antisocial est moins élevée chez les détenus plus âgés (Huschzermeier, Geiger, Köhler, Bruß, Godt, Hinrichs, & Aldenhoff, 2008).

I-B-3-d) Les facteurs de risque concernant la délinquance

Concernant les facteurs de risques, une étude de Harper et McLanahan (1998) a montré que la structure familiale est le plus fort prédicteur de l'incarcération d'homme avant l'âge de 30 ans. Concernant la délinquance sérieuse, le fait d'être élevé par une mère seule peut présenter un risque même avec la présence d'un beau-père alors que les garçons élevés seulement par leur père ne sont pas plus à risque que ceux élevés par leurs deux parents biologiques. Une part du risque peut être attribuable à d'autres facteurs (mères adolescentes, inégalités raciales, pauvreté, défaut d'éducation…) (Harper & McLanahan, 2004). Les placements prolongés, l'abandon, les séparations parentales, les mauvais traitements, et les punitions sévères et humiliantes sont souvent retrouvés et un parent antisocial et une mère à personnalité histrionique est un facteur de risque (Beaune & Réveillère, 1996). Une cellule familiale chaotique altère alors la constitution du Surmoi (Pham, 1998b). Des études montrent que les jeunes et les adultes ayant un haut niveau de psychopathie, ont plus d'histoires criminelles plus sérieuses et persistantes (Blackburn & Coid, 1998). Le retrait social est une autre variable (Patrick & Zempolich, 1998). Ainsi, les psychopathes ayant un faible QI et socialement retiré sont plus enclins à la violence.

*****

En résumé, la littérature souligne l'existence de liens complexes entre le trouble Borderline et le niveau de la psychopathie : il y a été associé, certains auteurs ont proposé un sous type de sujets psychopathes borderline ou encore une variante où le fonctionnement Borderline a son importance. Les capacités d'anxiété et d'attachement citées dans les variables modératrices se retrouvent également dans le trouble Borderline.

Le trouble Borderline est davantage décrit dans la partie suivante afin de cerner les caractéristiques et les fonctionnements qui y sont inhérents. En effet, comme nous le verrons dans les hypothèses, nous pensons que les troubles du cluster B ont un impact en augmentant le niveau de psychopathie. Pour le trouble Borderline, du fait des caractéristiques anxieuses et dépressives et ainsi que des capacités d'attachement présentes dans ce trouble, l'impact de ce dernier serait particulier. Nous avons évoqué ci-dessus (première partie), le détachement émotionnel qui est traditionnellement perçu comme caractéristique aux psychopathes mais nous avons également évoqué la question de l'anxiété qui peut être présente chez certains de ces sujets. L'association de ces troubles nous paraît donc intéressante à évaluer.

*****

I-C- Le trouble Borderline

Comme vu précédemment, des travaux de Kernberg aux Etats-Unis ou Bergeret en France parlent déjà de rapprocher la psychopathie des états-limites. Senon (2005), quant à lui, évoque la notion d' « états limites à expression psychopathique ». Appréhender la psychopathie de cette manière, c'est-à-dire, en tant qu'état limite à expression psychopathique permet de disposer de repères cliniques indispensables à un travail médico-psychologique de même qu'éducatif. Avant de continuer sur cette notion qui sera un peu plus développer ci-après (p. 63), il nous paraît nécessaire d'aborder ce trouble plus en détail.

Nous aborderons dans un premier temps l'approche psychanalytique puis, dans un deuxième temps l'approche clinique et empirique dans laquelle nous nous inscrivons davantage.

I-C-1) L'Approche psychanalytique

I-C-1-a) Théorie

En psychanalyse, ce concept d'état-limite ou borderline prête à confusion. Ce qui n'est ni de la névrose, ni de la psychose risque d'être « rangé » dans la catégorie « états-limites ». Une multitude de termes ont été utilisés pour désigner ces états limites, perçus comme des *« formes pathologiques mal répertoriées et en marge autant des états névrotiques que des états psychotiques (p. 218) »* (Bergeret, 2000). De plus, comme tout symptôme psychiatrique peut être présent chez un sujet Borderline (Darcourt, Chaine, & Guelfi, 2002), cela peut créer une grande variabilité dans la présentation clinique et ceci est aussi à l'origine d'une partie des difficultés diagnostiques concernant ce trouble (Gunderson, 2001).

La symptomatologie se présente de telle manière : instabilité constante, ambivalence affective, émotions non contrôlées, changeantes, contradictoires, comportements capricieux, peu fiables, impulsifs, imprévisibles, explosifs, opposants, manipulateurs, peuvent traverser des périodes d'abattements et d'indifférences alternant avec des moments de colère et d'agitation anxieuse (découragement, dépression, actes auto- ou hétéro-agressifs, ni

culpabilité ni sollicitude envers autrui, a contrario, rage froide, impressions de dépersonnalisation, de déréalisation non hallucinatoires de brèves durées si elles surviennent). Certains patients ont des difficultés à faire la différence entre penser et agir: penser ou dire, c'est risquer de le faire. Du fait de l'immaturité développementale, la pensée ou l'impulsion deviennent facilement de l'action. La qualité du maintien et de l'adaptation à la réalité les différencie des patients psychotiques. Ce qui les différencie des patients névrotiques semble être leur hyperesthésie relationnelle, l'intensité de leurs affects (surtout centrés sur une problématique de dépendance avec crainte d'abandon, de rejet) ainsi que l'aspect sado-masochiste de certains de leurs comportements.

Au niveau de la confusion inhérente à ce concept, Kernberg (2001) explique que l'état-limite a revêtu un grand nombre de termes et qu' *« il existe là un important groupe d'organisation psychopathologique qui ont en commun une forme relativement stable et plutôt spécifique de structure pathologique du Moi (p. 23-24) ». « Elle diffère d'une part de ce qu'on trouve dans les névroses et les troubles de la personnalité moins sévères et, d'autres part des psychoses »*. Selon lui, le terme d' « organisation limite » est meilleur puisqu'il rend compte d'une organisation de la personnalité pathologique, stable et spécifique. Kernberg s'attache donc à décrire l'organisation limite de la personnalité en terme d'analyse des aspects descriptifs, structurels, génétiques et dynamiques en s'intéressant particulièrement à la pathologie caractéristique des relations d'objet internalisées. Il distingue les troubles limites des troubles narcissiques mais ne peut les décrire comme tout à fait indépendants l'un de l'autre (la plupart des personnalité narcissiques présentent une organisation limite sous-jacente).

La contribution de Kernberg (1975, 1976) a été fondamentale. Il propose une classification hiérarchique allant de la normale vers les psychoses et les névroses dans lequel le trouble Borderline se positionne en situation intermédiaire. Les caractéristiques sont la carence d'organisation du Moi, la préservation de l'épreuve de réalité (ce qui les distingue des patients psychotiques) et l'utilisation de mécanismes de défense peu structurés de type psychotique.

Le trouble Borderline se situe comme un échec de la formation du Moi aux différentes étapes de son évolution. Le sujet est la proie d'états contradictoires qui le dominent alternativement en conséquence de leur relation d'objet qui sont sous l'égide du clivage. Les patients Borderline sont instables et provocants dans la relation à autrui de par l'oscillation rapide de leurs sentiments négatifs ou positifs. L'image du soi et de l'objet est suffisamment

différenciée pour que le Moi y trouve une certaine stabilité qui lui permet de garder le sens de la réalité. Le clivage permet que les bons objets soient préservés de l'attaque des mauvais. Il est alors à la fois la cause et la conséquence de la faiblesse du Moi. Leurs problèmes d'identité les distinguent des sujets névrotiques. Outre la faiblesse du Moi, *« le retour aux processus primaires reste le témoin structurel le plus important de l'organisation limite de la personnalité (p. 50)»* (Kernberg, 2001). Selon Painchaud et Montgrain (1986) *« la panoplie des tableaux cliniques limites résulte de cette stabilité instable du Moi qui se tient à mi-chemin de l'hyper-contrôle de la névrose et de la régression massive de la psychose. L'agir, c'est dans ce contexte le recours à la réalité pour que celle-ci renvoie des indices qui l'accrochent (p. 35) ».*

Pour Bergeret (2000) également, les états-limites se trouvent *« de plus en plus cernés économiquement comme des organisations autonomes et distinctes à la fois des névroses et des psychoses (p. 220) »*. Il met l'accent sur la notion de personnalité afin de marquer la différence d'avec la structure, ou alors souligne l'aspect caractériel de ces patients.

Selon lui, le danger immédiat contre lequel le sujet se défend est avant tout la dépression. Il en va de même pour Painchaud et Montgrain (1986) qui parlent d'*« une lutte éperdue contre un vécu dépressif létal (p. 29) »*.

Bergeret (2000) met l'accent sur un traumatisme psychique important, au sens affectif du terme, qu'ont subi ces sujets au moment où s'engageait pour eux l'évolution oedipienne normale, le Moi étant encore trop immature, inorganisé. Ce traumatisme constitue ce qu'il appelle « un premier désorganisateur » de l'évolution psychique du sujet. L'état limite apparaît alors comme une situation « aménagée » mais non fixée structurellement (p. 226). Ainsi, certains sujets état-limite arrivent à se maintenir dans cette situation « aménagée ». Certains au contraire décompenseront de manière brutale. Selon ses termes (Bergeret, 1974, 2000), c'est une *« atteinte grave du narcissisme qui déclenche le processus, une hémorragie narcissique : les perturbations du narcissisme sont au cœur de l'état-limite »*. Il s'agit alors une maladie du narcissisme avant tout.

*****

Nous verrons que ces aspects d'instabilité (relationnelle et affective), de dépressivité ainsi que la présence d'éléments anxiogènes sont la base de l'approche empirique. Le poids de la dimension impulsive y est également, comme nous allons le constater, un point essentiel.

I-C-1-b) Les mécanismes de défenses du fonctionnement Borderline

Clivage, identification projective, idéalisation primitive, déni, omnipotence et dévalorisation sont les mécanismes de défenses caractéristiques utilisés par les sujets borderline, le clivage étant majeur. Ces mécanismes de défenses (excepté l'idéalisation primitive) ont déjà été décrits pour la psychopathie (cf. pp. 27-28).

Kernberg (1975) entend le clivage de deux manières différentes. Il peut s'agir de l'opposition entre des représentations contraires de l'objet, totalement bons ou totalement mauvais ce qui entraîne donc une possible oscillation entre deux extrêmes. Un des ces objet peu donc passer de manière complète et brutale d'un extrême à l'autre (ex. le renversement soudain et complet de toutes les idées et sentiments à l'égard d'une personne particulière). L'autre manière d'entendre le clivage est qu'il correspond à une séparation entre les rejetons pulsionnels libidinaux et les rejetons pulsionnels agressifs (leur fusion permettant donc la neutralisation de l'agressivité). Cela aboutit alors au manque de contrôle pulsionnel qui se manifeste dans des jaillissements épisodiques de pulsions primitives. Le clivage n'apparaît pas comme un mécanisme isolé mais s'associe à d'autres mécanismes tels que cités ci-dessous.

L'idéalisation primitive décrit la tendance à voir les objets externes comme totalement bons, ceci afin qu'ils puissent protéger l'individu contre les « mauvais » objets et qu'ils ne puissent être contaminés, abîmés ou détruits par sa propre agressivité ou par celle projetée sur d'autres objets. Elle correspond à un besoin de protection contre le monde environnant.

L'identification projective a pour but principal ici d'externaliser les images de soi et d'objet totalement mauvaises et agressives, sa principale conséquence étant le développement d'objets dangereux, source de représailles, contre lesquels le patient doit se défendre.

Le déni, est plutôt utilisé ici dans ses manifestations primitives. Un exemple type serait le « déni réciproque » de deux domaines indépendants de la conscience sur le plan affectif. Ils ont parfois une connaissance intellectuelle du secteur dénié mais ne peuvent l'intégrer au reste de leur expérience affective.

L'omnipotence et la dévalorisation, liées au clivage, représentent en même temps les manifestations directes de l'utilisation défensive de l'introjection et de l'identification primitive. Les patients qui utilisent ces deux mécanismes de défense vont tantôt du besoin d'établir une relation de quête et de dépendance à un « objet magique » idéalisé, et tantôt à des fantasmes ou à des conduites qui trahissent un sentiment profond d'omnipotence de leur part. Ces deux aspects représentent leur identification à un objet « totalement bon », idéalisé et tout

puissant, qui est une protection contre les mauvais objets persécuteurs. A un niveau plus profond, la personne idéalisée est traitée avec rudesse et de manière possessive comme une extension du patient lui-même. Sous les sentiments d'insécurité, d'auto-critique et d'infériorité que ces patients limites présentent, se trouve fréquemment des sentiments de grandeur et d'omnipotence. La dévalorisation des objets externes est en partie le corollaire de l'omnipotence; si un objet externe n'est plus source de satisfaction ou de protection, on le rejette parce qu'il n'y avait au départ aucun amour réel pour l'objet. La dévalorisation des objets significatifs du passé du patient a de sérieux effets préjudiciables sur les relations d'objet internalisées et en particulier sur les structures impliquées dans la formation et l'intégration du Surmoi.

I-C-2) L'approche descriptive clinique et empirique

I-C-2-a) Tableau clinique

Les caractéristiques borderline correspondent à un tableau clinique labile de manifestations dépressives, de manifestations anxieuses, de manifestations d'allure psychotique, de troubles du comportement et d'impulsivité (Chaine & Guelfi, 1999). Premièrement, une des composantes essentielles est la fréquence et la tonalité particulière de la dépression (Darcourt et al., 2002). Le patient est davantage en proie à un sentiment de solitude, d'ennui, de vide, d'irritabilité, de désespoir avec une quasi absence de ralentissement. Ainsi, cela rend compte plus d'une dysphorie que d'un manque d'élan vital, de honte plus que de découragement et de rage plus que de tristesse. Les tentatives de suicides sont très fréquentes, graves et en général imprévisibles (50% de tentatives de suicide (Ibid.)). Deuxièmement, l'angoisse envahit le sujet de manière incontrôlable. Elle peut-être diffuse ou « flottante » et être de nature « existentielle », de cohérence interne, de déréalisation, d'abandon (etc). Troisièmement et sur le plan des manifestations d'allure psychotique, il peut s'agir d'épisodes de déréalisation, de dépersonnalisation ou encore d'épisodes interprétatifs avec éléments persécutifs. Enfin, on observe des comportements violents sans aucune explication, capricieux, impulsifs, imprévisibles, explosifs, opposants, manipulateurs (Darcourt, et al., 2002) et un aspect sado-masochiste de certains de leurs comportements. Conduites à risque et auto-mutilations sont fréquentes. La qualité du maintien et de l'adaptation à la réalité les différencie des patients psychotiques. Les dysfonctionnements relationnels graves sont, malgré une certaine insertion professionnelle plus ou moins

satisfaisante, souvent à l'origine de multiples décompensations dépressives avec des passages à l'acte suicidaire fréquents. La sévérité de l'impulsivité figure parmi les facteurs qui différencient les troubles du cluster B, les troubles Borderline et Antisocial se différenciant par leur plus grand niveau de sévérité (Kernberg, 1984, 1989). Selon Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey (1989), une autre dimension est plus utile pour différencier le trouble borderline des autres troubles de l'Axe II : la dimension cognitive ou « micropsychotique » (pensée paranoïde, phénomène hallucinatoire, et dépersonnalisation).

Le trouble Borderline et le trouble Antisocial ont alors un certains nombre de points de recouvrement (Paris, 1997) : en terme de symptômes, de dimensions de la personnalité sous jacentes à leur phénoménologie, de prévalence, de facteurs de risque et de réponse au traitement aussi bien que d'issue. L'impulsivité est marquée dans ces deux pathologies (et est aussi caractéristiques des troubles du cluster B en général - Looper & Paris, 2000). Quand ils ne sont pas dans l'auto-destruction, les patients Borderline peuvent apparaître parfois « antisociaux » (petit vol, abus de substances, prise de risque). Le plus frappant concernant l'impulsivité est l'impact opposé qu'elle peut avoir sur les relations interpersonnelles : les antisociaux exploitent et utilisent autrui pour les dévaluer ensuite, sont détachés au contraire des borderline plutôt exploités, se sentant un peu plus concernés par autrui mais qui idéalisent et dévalorisent autrui. Dans plus de 50% des cas, on retrouve une association avec un autre trouble de la personnalité chez ces patients, ce chevauchement concernant plus particulièrement les troubles du cluster B (Zanarini, et al., 1989). L'association est également très fréquente avec les troubles de l'Axe I (Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin, & Reynolds, 1998) notamment les troubles de l'humeur (Gunderson & Phillips, 1991).

Comme nous l'avons fait pour la psychopathie, nous avons évoqué les mécanismes de défense du fonctionnement Borderline précédemment (pp. 60-61), ceux-ci étant issus de l'approche psychodynamique. L'approche empirique du DSM-IV (1996) fait également référence aux mécanismes de défense mais aussi au style de coping dans un glossaire (DSM-IV p. 879-882) à prendre en compte dans les évaluations. Ces styles de coping sont davantage conscients (par exemple de l'agression passive, de la capacité de recourir à autrui, du passage à l'acte, ainsi que la plainte associée à une demande d'aide et rejet de cette aide). Il s'agit de *« l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant pour maîtriser, diminuer ou tolérer son impact sur le bien-être physique et*

psychologique » (Lazarus & Launier, 1978 cités par Paulhan & Bourgeois, 1998 p. 40). Puis Lazarus et Folkman (1984) cités par Paulhan & Bourgeois (1998, p. 40) précisent la définition en envisageant le coping comme *« l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu »*. Le manque de soutien social et un style de coping basé sur l'évitement sont liés aux troubles de la personnalité en général évalués selon les critères du DSM-IV (Bijttebier & Vertommen, 1999).

I-C-2-b) Les états-limites à expression psychopathique

Les « états-limites à expression psychopathique » sont *« caractérisés par une clinique des passages à l'acte, des décompensations psychiatriques brutales et réversibles, des conduites de prise de risque et des addictions associés à des troubles anxieux suraigus face au sentiment de vide »* (Senon, 2005). Il peut s'agir de passages à l'acte hétéro-agressifs ou auto-agressifs avec automutilation et tentatives de suicide en rafale. Les décompensations ne sont pas rares. On constate des épisodes de dépression à l' *« emporte pièce, marquées par l'intensité des affects dépressifs qui sous-tendent souvent les passages à l'acte auto-agressifs mais caractérisées par une réversibilité rapide »* (Ibid.).

La clinique des passages à l'acte, du fait de son caractère bruyant, est celle qui retient le plus l'attention des intervenants dans ce milieu. Balier attache une importance particulière à la « clinique du vide » qu'il relie à la défaillance du narcissisme primaire. Il décrit ainsi un sentiment insoutenable de vide intérieur, insoutenable et non communicable, qui peut être à l'origine d'automutilations graves, de passages à l'acte violents ou de gestes suicidaires. L'agressivité n'est alors pas l'évacuation d'un trop plein mais un court-circuit qui a comme fonction de protéger du risque de morcellement psychotique au décours des excès de tensions. Le passage à l'acte instaure une ébauche d'emprise et assure alors une fonction « de sauvetage du narcissisme défaillant ». Balier (2005) opte pour une possible approche psychanalytique de ces pathologies. Selon lui, l'échec de l'accès à la position dépressive s'observe dans la psychopathie et les états limites en relation avec le clivage ou l'explosion de l'agressivité libre. Pour lui, « l'avenir du psychopathe n'est pas irrémédiablement fixé » et un travail thérapeutique en équipe est parfois possible. Cette approche permet un travail psychothérapeutique avec des patients présentant des états limites mais elle peut aussi s'appliquer à la prise en charge de certains agresseurs sexuels.

*****

L'intérêt de rechercher ce type de caractéristiques serait de distinguer des fonctionnements psychopathologiques différents chez des sujets psychopathes. Il s'agit ici de repérer dans cette population de sujets ayant commis des actes de délinquance incarcérés des « sous-goupes » ou « sous-types » en fonction du niveau de psychopathie, de l'association éventuelle d'un fonctionnement borderline (sur lequel s'appuyer notamment pour adapter une prise en charge), et du risque de récidive que présentent les détenus. Il s'agirait plus précisément de cerner quelle est la part de fonctionnement borderline et comment elle s'exprime chez certains sujets psychopathes, et cela afin de proposer des indications psychothérapeutiques différenciées selon la présence ou non de ces caractéristiques borderline. Selon Gabbard & Coyne (1987), *« le pronostic est meilleur s'il existe une anxiété ou une dépression accessible au traitement »* (cités par Meloy, 2001 p. 567), d'où l'intérêt de l'association de caractéristiques borderline dans la psychopathie (cf. Kernberg).

*****

L'hétérogénéité des psychopathes implique des différences dans le risque de récidive et la prise en charge (Wong & Burt, 2007). La question de la psychopathie associée aux troubles de l'Axe II, surtout aux troubles du cluster B et au trouble Borderline, soulève alors deux point importants : celui du traitement ainsi que celui de la dangerosité et du risque de récidive. En France, il existe une certaine méfiance, réticence, réserve vis-à-vis de la prédiction du risque de récidive (HAS, 2005). Nous allons aborder la prochaine partie sous l'angle de la dangerosité, du risque de violence et du risque de récidive (générale, violente, non violente). Ces concepts seront mis en relation avec la PCL-R et les troubles de l'Axe II.

*****

I-D- Dangerosité, risque de récidive et troubles de la personnalité (Psychopathie et Axe II)

Il existe une très grande pression en matière de justice criminelle et au niveau des dispositifs psychiatriques sur « la bonne décision à prendre » concernant les personnes qui ne représentent pas de risque si elles sont libérées dans la société ou pour celles qui nécessitent une prise en charge particulière dans une institution (Douglas et al., 2006). Un grand intérêt est porté sur ce sujet surtout depuis les vingt dernières années. Les psychiatres sont amenés à répondre sur la question du pronostic mais aussi du traitement. L'évaluation de la dangerosité relève d'abord de la démarche de l'expert mais *« plus les thérapeutes seront amenés à prendre en charge des patients qui fonctionnent sous le primat de la violence et du passage à l'acte, plus ces questions deviendront lancinantes»* (Gravier & Lustenberger, 2005).

I-D-1) Définition de la dangerosité ainsi que du risque de récidive et évaluation

I-D-1-a) Définition de la dangerosité

La dangerosité est la *« propension à commettre des actes dangereux, un acte étant dit dangereux s'il est dommageable pour autrui ou pour soi ; le dommage causé résulte souvent de l'usage de la violence et est d'une certaine gravité »* (Cornet, Giovannangeli, & Mormont, 2003). La notion d'imprévisibilité et d'incontrôlabilité (Monahan, 1981 ; Scott, 1977), tout comme les menaces et les tentatives (Monahan & Steadman, 1994 ; Shah, 1981 ; Walker, 1996) peuvent y être ajoutées. La notion de dangerosité dépend également des normes et des valeurs de la société. Il peut également *« s'opérer un glissement qui fait passer la dangerosité d'attribut d'un comportement à celui d'attribut du sujet (p. 68) »* (Cornet et al., 2003).

Selon Gravier et Lustenberger (2005), *« dans le terme dangerosité se télescopent donc : la notion de violation des normes sociales (appelant la réponse judiciaire), la question de l'origine de cet acte mais aussi et celle de la conséquence de celui-ci en terme de*

destructivité et de dommage (p. 670) ». L'appréciation est donc fortement subjective et comporte forcément une part d'incertitude.

La dangerosité criminelle est souvent associée à une pathologie psychiatrique. Les auteurs (Bourgeois & Bénézech, 2001) se limitent ici à la dangerosité criminologique avec agression physique, tout en rappelant que les critères de définition du crime sont variables, étant toujours formulés par rapport à la loi qui évolue dans le temps. La co-morbidité psychiatrique, qu'elle soit catégorielle (diagnostic de trouble mental) ou dimensionnelle et comportementale transnosographique (dyscontrôle comportemental et passage à l'acte agressif), augmente considérablement les risques de violence, d'auto-agression et d'hétéro-agression (suicide et homicide). Par ailleurs, il existe une corrélation démontrée entre homicide, idéation suicidaire, tentative de suicide et suicide. Enfin, les études empiriques ont confirmé l'existence de perturbations biologiques (au niveau des neurotransmetteurs) chez les sujets violents, en particulier une dysrégulation du système sérotoninergique (Ibid.). Les personnes à haut risque criminel sont celles qui souffrent de la sommation de handicaps médico-psychologiques (trouble de la personnalité, pathologie de l'humeur, symptômes psychotiques, addictions, etc.) et de handicaps sociaux (familles abusives, échec scolaire, absence d'emploi, marginalité). On cite souvent comme facteurs liés à l'agressivité violente et impulsive certains troubles de l'Axe I (notamment toxicomanies, épisode maniaco-dépressifs, anxiété généralisée, PTSD) et les troubles de l'Axe II notamment le trouble borderline. Selon Gravier et Lustenberger (2005), sont considérés comme déclencheurs les symptômes psychiatriques qui se manifestent sous une forme plus aiguë, autant par leur intensité que par l'activité psychique pathologique qu'ils sous-tendent.

Loza (2003) énumère plusieurs variables associées à la prédiction de la récidive violente et non violente. Celles-ci sont relatives à : l'âge, les antécédents d'implication criminelle, de fortes violences, le nombre de condamnations à un jeune âge et d'échec dans la liberté, les problèmes comportementaux dans l'enfance, les problèmes de socialisation, l'éducation et l'intelligence, l'abus de substances, les maladies mentales, les traits de personnalité, les attitudes, les variables émotionnelles et le style de coping, le temps libre et la disponibilité des victimes et des armes.

Il convient alors de rappeler que, comme le précise clairement l'introduction du DSM-IV (1994), la définition des troubles mentaux est relativement conventionnelle, fondée sur un consensus de cliniciens avec des catégories diagnostiques qui privilégient la fiabilité au

détriment de la validité. Les limites entre les diverses catégories nosologiques entre elles, aussi bien que les limites entre le normal et le pathologique, sont incertaines. Il n'en demeure pas moins que les recherches depuis vingt ans reposent sur des catégories diagnostiques fondées sur des critères cliniques (symptômes) opérationnalisés, utilisant des instruments de recherche récents. Ainsi, la clinique psychiatrique a été complètement renouvelée, et la criminologie apporte maintenant de nouvelles données fondées sur cette nouvelle clinique.

I-D-1-b) L'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive

L'évaluation de la dangerosité et du risque était imprécise sans outils, et la capacité des professionnels sur l'évaluation du risque a été mise en doute. Un courant de recherches a voulu standardiser cette évaluation du risque. Monahan (1981) montre qu'à l'époque, lorsqu'un pronostic était donné pour le risque de récidive, les cliniciens se trompaient au moins dans deux tiers des cas. L'évaluation du risque de dangerosité n'était donc exacte qu'une fois sur trois, ce qui correspond à une prédiction aléatoire du risque. Monahan a montré que les cliniciens avaient tendances à surévaluer le nombre de patients pouvant se montrer dangereux. L'imprécision était notamment due au manque d'informations en terme de résultats chiffrés ou de facteurs prédictifs (Monahan, 1981 ; Monahan & Steadman, 1994).

Partant de ce même constat, Côté (2001) propose une étude sur les instruments d'évaluation de risque de comportement violent. Il est alors nécessaire d'évaluer non seulement la dangerosité d'un sujet mais aussi *« le risque de comportements violents à un moment donné, dans un contexte donné et dans un temps donné (p. 33.)»*.

De nombreux instruments ont émergé afin d'aider les experts et les cliniciens à la fois dans la pratique et dans la recherche. L'avantage principal est que ces instruments suscitent la discussion et la confrontation des points de vue plutôt que de donner une vision univoque du patient. Deux grandes tendances sont observées dans la création de ces nouveaux outils : l'une sous un angle actuariel donc statistique, l'autre ajoute aux variables statistiques des indices dynamiques liés à des aspects cliniques (élaboration de jugements cliniques) et au contexte futur dans lequel la personne est appelée à vivre (Côté, 2001 ; Gravier & Lustenberger, 2005).

Les méthodes actuarielles se fondent sur trois variables (Hall, 1984) : celles concernant la violence passée du sujet (histoire de vie, traumatismes précoces, précocité de la délinquance violente), les éléments qui vont renforcer les comportements violents (marginalisation, statut socio-économique, aspects de la personnalité et dynamiques

comportementales) et les stimuli susceptibles de déclencher la violence du sujet (intoxication, alcoolisation aiguë, événements vitaux marquants).

Concernant les méthodes d'évaluation fondées sur un jugement clinique, la HCR-20 (Webster et al., 1997) est un exemple de jugement clinique semi-stucturé. Cet instrument a été créé afin d'évaluer le risque de comportements violents et de récidive, mais aussi sa gestion grâce à trois facteurs (cf. tableau 4) : Historique (H), Clinique (C), gestion du Risque (R) répartis en vingt items. La HCR-20 a été très utilisée dans les recherches dans le cadre de prison ou de santé mentale à un niveau médico-légal ou non. La HCR-20 est très fortement prédictive de toutes les formes d'agression vers l'extérieur (verbale, physique) mais pas vers soi (Gray, Hill, McGleish, Timmons, MacCulloch, & Snowden, 2003). Les facteurs Clinique et Historique sont aussi de bons prédicteurs de toutes les formes de violence.

Tableau 4- Présentation des facteurs de la HCR-20 et des items qui les composent.

Facteurs Historiques	Facteurs Cliniques	Gestion du risque
H1 Violence antérieure H2 Premier acte de violence commis à un jeune âge H3 Instabilité des relations intimes H4 Problèmes d'emploi H5 Problèmes de toxicomanie H6 Maladie mentale grave H7 Psychopathie H8 Inadaptation durant l'enfance et l'adolescence H9 Troubles de la personnalité H10 Echec antérieur de la surveillance	C1 Introspection difficile C2 Attitudes négatives C3 Symptômes actifs de maladie mentale grave C4 Impulsivité C5 Résistance au traitement	R1 Plans irréalisables R2 Exposition à des facteurs déstabilisants R3 Manque de soutien personnel R4 Inobservation des mesures curatives R5 Stress

Doyle & Dolan (2007) mettent toutefois en garde contre l'utilisation des méthodes d'évaluation du risque appliquées à des individus plutôt qu'à un groupe tout en reconnaissant l'importance d'une telle approche dans la clinique.

*****

En terme de prédiction du comportement notamment violent (assez problématique dans notre domaine), Garb (1998) conseille de *« prêter davantage attention aux résultats empiriques, ou encore utiliser les tests psychologiques et les méthodes d'évaluation du comportement (p. 133)»*. Concernant l'approche empirique, la HCR-20 et la PCL-R (Hare, 1991, 2003) apparaissent comme de bons outils complémentaires (Webster et al., 1997). En effet, la psychopathie est un facteur très fiable pour évaluer le risque de récidive (Hare, 1999). Elle apparaît comme un des plus importants facteurs de risque de récidive concernant les actes violents en général, et surtout pour les actes sexuels violents. D'ailleurs, un score extrême de psychopathie peut être suffisant pour indiquer un fort risque mais n'est pas forcément nécessaire (Hart, 1998). De plus, les psychopathes rechutent plus fréquemment en terme de criminalité que les non psychopathes après leur emprisonnement (Laurell & Dåderman, 2005) appuyant ainsi le fait que la psychopathie soit un facteur de risque de la récidive.

Nous voulions dans notre recherche évaluer les liens entre les scores à la PCL-R ainsi que les troubles de l'Axe II et les scores à la HCR-20. Voici donc une revue de la littérature sur le risque de récidive évalué par la HCR-20 mais certaines recherches présentées n'ont pas forcément évaluer le risque de récidive avec cet outil mais à partir de l'histoire criminelle et d'études longitudinales. Il nous a paru nécessaire d'en faire aussi part. A notre connaissance, peu de recherches ont porté sur le lien entre le risque de récidive (notamment tel qu'évalué par la HCR-20) et les troubles de l'Axe II. Beaucoup plus se sont focalisées sur la psychopathie (PCL-R).

*****

I-D-2) Le Risque de récidive (notamment à partir de la HCR-20) et les troubles de la personnalité

Il existe un mouvement conceptuel en ce qui concerne le champ de l'évaluation du risque avec un accroissement de l'attention sur la réduction et la prise en charge des futures violences comme but premier de l'évaluation du risque plutôt que sur la prédiction seule (Hart, 1998).

Salekin, Rogers, & Sewell (1996) ont fait la première méta-analyse à partir de 18 études sur la psychopathie (PCL-R) et le crime. Ils ont rapporté des effets de la psychopathie

sur les comportements violents en institution et dans la communauté ainsi que sur la récidive criminelle générale (violente ou non violente).

I-D-2-a) Sujets psychopathes versus non psychopathes (à partir de la PCL-R)

La plupart des études qui étudient le risque de récidive chez les sujets psychopathes comparent les sujets psychopathes et les non psychopathes (Wong & Burt, 2007). Les sujets psychopathes sont à haut risque concernant les comportements antisociaux et aussi plus difficiles à prendre en charge et à traiter que les non psychopathes (Hemphill, Hare, & Wong, 1998 ; Salekin, 2002). Hemphill, Hare et Wong (1998) ont rapporté, en examinant le taux de récidive un an après la libération de délinquants, une forte corrélation entre la psychopathie et la récidive générale, pour la récidive violente et pour la récidive sexuelle. Les psychopathes récidivaient trois fois plus de manière générale et quatre fois plus pour la récidive violente que les non psychopathes. Cette étude suggère que la PCL-R est plus fortement prédictive ou vient ajouter du poids à d'autres facteurs prédictifs tels que des facteurs démographiques, des variables d'histoire criminelle et des troubles de la personnalité. Plus précisément, le Facteur 2 était plus prédictif de la récidive générale que le Facteur 1 mais aucun des deux facteurs n'est plus fortement corrélé avec la récidive violente. Serin et Amos (1995) rapportait un taux de récidive cinq fois plus élevé dans les cinq ans suivant la libération chez les psychopathes que chez les non psychopathes.

Chez les sujets non psychopathes, on peut observer un déclin de la récidive violente dû à l'âge, ce qui n'est pas le cas parmi ceux présentant une psychopathie. Au contraire, même si le trouble Antisocial et le niveau de psychopathie (PCL-R) sont censés diminuer avec l'âge (Harpur & Hare, 1994), les sujets psychopathes même après 40 ans continuent de récidiver à des taux plus élevés que les non psychopathes (Harris, Rice & Cormier, 1991). Toutefois, il convient de faire attention car peu de psychopathes âgés ont été libérés dans cette dernière étude.

I-D-2-b) PCL-R et HCR-20 : récidive violente et non violente

La psychopathie est un prédicteur précis du risque de récidive de crime violent (Hare, 1999) et les sous échelles de la HCR-20 sont également un prédicteur de la violence (Douglas, Ogloff, Nicholls, & Grant, 1999). Dans ce sens, la HCR-20 et la PCL-R sont de bons facteurs prédictifs de la récidive notamment de la récidive violente dans une étude sur des participants

libérés de deux centres pénitenciers de haute sécurité et d'un hôpital psychiatrique sécuritaire en Belgique (Pham, Ducro, Marghem & Réveillère, 2005). De plus, la psychopathie telle que mesurée par la PCL-R et ses dérivés est un prédicteur de la récidive et de la violence en prison et dans les populations en psychiatrie légale et civile mais elle n'est bien sûr pas le seul facteur (Hare, 2006). Rappelons que la PCL-R en terme de score total est un item de la HCR-20. Il est montré (Côté, 2001) qu'un individu ayant un score élevé de psychopathie (H7) à partir de la PCL-R sera considéré comme plus à risque qu'un sujet ayant le même score à la HCR-20 mais plus instable au niveau relationnel (H3), présentant un trouble de la personnalité (H9)… Avant cela, Serin & Amos (1995) ont montré qu'il existait une relation linéaire entre la psychopathie et la récidive violente (plus le score à la PCL-R est fort, plus la récidive augmente) et le reste en fonction des trois groupes (non psychopathes PCL-R < 17, mixtes, hauts psychopathes PCL-R > 29) mais avec des taux plus bas pour la récidive violente que la récidive générale.

La PCL-R est apparu dans une étude comme un prédicteur modéré de toutes formes d'agression par rapport à la HCR-20 (Gray et al., 2003) et en terme de facteur, le Facteur 2 est un bon facteur prédictif contrairement au Facteur 1 qui n'a pas de validité prédictive. Le fait que le score total à la PCL-R apparaisse dans cette étude comme moins bon prédicteur que la HCR-20 est en partie lié à l'absence de validité prédictive du Facteur 1. Il est à noter que la population de cette étude est composée de patients présentant des troubles mentaux internés dans une unité de sécurité moyenne et ayant commis des crimes dans le contexte de leurs troubles.

Claix et Pham (2004) ont trouvé une corrélation entre la PCL-R et la HCR-20 confirmant les résultats de Pham, Claix et Rémy (2000) sur la bonne qualité prédictive de la HCR-20 en milieu pénitentiaire belge. Quatre vingt six hommes incarcérés en hôpital psychiatrique sécuritaire belge et ayant commis au moins un acte de violence porté devant les tribunaux ont participé à cette recherche. Les résultats montrent que le Facteur H de la HCR-20 est hautement corrélé au Facteur 2 de la PCL-R ($r=.67$, $p<.01$) et le Facteur C corrélé au Facteur 1 ($r=.56$, $p<.01$). Le Facteur R est corrélé positivement avec le score total de la PCL-R ($r=.25$, $p<.01$) signifiant que plus le score est élevé à la PCL-R, plus le score au Facteur R augmente. Les sujets ayant un score élevé à la PCL-R récidivent plus et plus rapidement par rapport à ceux qui ont des résultats moyens ou faibles.

Concernant la récidive sexuelle, la psychopathie apparaît comme un prédicteur général de récidive violente et sexuelle (Quinsey, Rice & Harris, 1995). Il existe des éléments

suggérant que de forts scores de psychopathie combinés à une déviance au niveau sexuel laisseraient présager un risque significativement élevé de récidive sexuelle chez les violeurs condamnés. A contrario, Gretton, McBride, Hare, O'Shaughnessy, & Kumka (2001) suggèrent que cette interaction est prédictive de la récidive violente et générale mais pas sexuelle per se. Toutefois, cette étude a été menée chez des adolescents.

Si la PCL-R a de bons résultats en terme de récidive violente en prison, dans le cadre psychiatrique médico-légal, la présence d'un trouble mental majeur comme possible facteur de risque en concurrence introduit la possibilité que la psychopathie pourrait être moins appropriée en terme de compréhension et de prédiction de comportement criminel. Toutefois, la plupart des études conclut que la PCL-R est aussi un bon prédicteur de récidive criminelle dans cette population (Douglas et al., 2006).

Wong et Burt (2007) pointent le fait que, si les différences entre psychopathes et non psychopathes ont été largement étudiées, il n'en est pas de même à l'intérieur du groupe des psychopathes. En effet, comme vu précédemment, les psychopathes ne forment pas un groupe homogène en ce qui concerne leur probabilité de violer les règles sociales. Un intérêt particulier devrait être porté à la comparaison entre les psychopathes libérés qui ont récidivé et ceux qui n'ont pas récidivé, surtout pour les psychopathes à haut risque. Les psychopathes récidivistes apparaissent comme plus jeune à l'admission, ont eu une éducation plus chaotique et se sont engagés dans des actes délinquants et des comportements violents plus jeunes.

I-D-2-c) Troubles de l'Axe II, actes de violence et risque de récidive (HCR-20)

Une étude a montré que des patients présentant des troubles de la personnalité ou de l'adaptation sont plus enclins à commettre des actes de violence (Steadman, Mulvey, Monahan, Robins, Applebaum, Grisso, Roth, & Silver, 1998). La co-occurrence d'abus de substance était un facteur clé dans la violence. Cette étude ne portait pas sur le même échantillon (patients hommes et femmes avec troubles mentaux suivis sur dix semaines après leur sortie d'hôpital) que notre étude mais le lien entre trouble de l'Axe II et violence est fait.

Enfin, Pham, Chevrier, et al. (2005) suggèrent que la présence de troubles comorbides de l'Axe II et surtout de la personnalité Antisociale, Narcissique et Borderline corrèle fortement avec la HCR-20, et les personnalités Antisociale et Narcissique sont corrélées avec la PCL-R.

*****

En résumé, les implications pour les professionnels sont importantes car elles sont de deux ordres. La première est la question de la prise en charge et du soin, étant donné qu'un diagnostic le plus précis possible pourrait orienter le clinicien vers une prise en charge individualisée et personnalisée du patient qu'il rencontre. La deuxième question se situe cette fois lorsqu'il est demandé au clinicien, par exemple en expertise, de se prononcer sur la possible dangerosité de sujets ayant commis des actes délinquants. L'évaluation du risque a une grande importance sur la peine qui sera prononcée. Il s'agira non seulement de se prononcer sur la probabilité de récidive sur le long terme mais aussi de dire si, avec une prise en charge spécifique, le risque peut diminuer. De plus, la question sera également souvent de déterminer si l'éventuelle présence d'un trouble mental a un impact sur le risque de récidive, cette question-ci étant complexe. Beaucoup de cliniciens sont réticents au niveau de la prédiction du risque notamment en matière d'éthique (Cornet et al., 2003). Pourtant, un jugement clinique fait dans un contexte structuré avec notamment l'utilisation de la HCR-20 peut largement contribuer à l'évaluation du risque de violence au risque, sans cela, d'obtenir des décisions non fiables et non valides (Douglas, Ogloff, & Hart, 2003) rejoignant le point de vue de Monahan (1981). C'est alors seulement avec ce type de données et en prenant en compte les facteurs de risque présents, leur prépondérance, et la gestion du risque propres au sujet que des stratégies d'intervention pourront être mises en place pour réduire ces facteurs.

*****

I-E- Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact (i) général des troubles de la personnalité définis par l'Axe II du DSM-IV (approche catégorielle) sur le niveau de psychopathie telle que définit par la PCL-R (approche dimensionnelle) et (ii) particulier du trouble Borderline. Nous évaluerons également l'impact de la psychopathie (PCL-R) puis des troubles de la personnalité de l'Axe II sur l'évaluation risque de récidive (HCR-20). Ce travail a aussi pour objectif appliqué de montrer l'intérêt de la complémentarité d'une approche catégorielle et dimensionnelle et ce à partir d'une démarche d'évaluation clinique standardisée utilisable à la fois dans une perspective de recherche et de pratique clinique auprès de la population carcérale.

I-E-1) Objectifs généraux

Ces objectifs concernent l'évaluation :

- Des relations entre la psychopathie (PCL-R) et les troubles de la personnalité de l'Axe II du DSM-IV et des relations entre la psychopathie et le trouble borderline en particulier.

- De l'impact de la comorbidité générale (psychopathie (PCL-R) et troubles de la personnalité de l'Axe II) sur le risque de récidive et avec notamment l'impact du trouble borderline.

- Des relations entre la psychopathie (PCL-R) ainsi que les troubles de la personnalité de l'Axe II et le type de délit.

I-E-2) Objectifs appliqués dans un contexte politico-judiciaire particulier actuellement en France

Il s'agit de :

- Souligner l'intérêt de la complémentarité : approche dimensionnelle et approche catégorielle

- Montrer l'intérêt de l'utilisation de ces outils d'évaluation standardisés pour la pratique clinique en France :

  – Dans l'examen psychologique (Serin, 1992; Garb, 1998; Pedinielli & Fernandez, 2005),
  – Pour l'aide à la définition de la prise en charge (Wong & Burt, 2007),
  – Et pour l'aide à l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge.

Deuxième partie

II- Méthodologie

II-A- Méthode

II-A-1) Hypothèses et analyses statistiques

Si la psychopathie, telle qu'elle a été définie par Hare (1991) (validation langue française Côté et Hodgins, 1996; Pham et al., 2000), présente une association forte avec la personnalité Antisociale (Axe II du DSM IV), celle-ci s'étend toutefois à d'autres troubles, notamment ceux de l'Axe II (Hare, 1996, 2003; Hart & Hare, 1997; Hildebrand & de Ruiter, 2004; Widiger, 2006). Parmi les troubles de l'Axe II, nous pouvons nous attendre à une association particulière avec le trouble Borderline (Stånlenheim & von Knorring, 1998; Kernberg, 2001; Lamothe, 2001; Murphy & Vess, 2003).

Nous devrions retrouver le même type de lien concernant l'évaluation du risque de récidive à partir de la HCR-20 (Pham, Chevrier, et al., 2005).

II-A-1-a) H1 : Comorbidité entre troubles psychopathologiques

Nous avons posé comme première hypothèse le fait qu'il existerait un lien entre la psychopathie (PCL-R) et la présence d'autres troubles de la personnalité, notamment de l'Axe II cluster B (Histrionique, Narcissique, Borderline, Antisocial).

- H1.a. Comorbidité générale : Il existerait un lien entre la psychopathie évaluée sur un mode dimensionnel (PCL-R) et la présence de troubles de l'Axe II, notamment parmi ceux-ci le cluster B Histrionique, Narcissique, et Antisocial : plus le score de psychopathie (PCL-R) augmente, plus le lien serait élevé.

- **H1.b. Comorbidité particulière :** Un lien particulier relierait le score de psychopathie au trouble Borderline (cluster B) : il serait positif entre le score global et celui du facteur 2 (poids des conduites antisociales et de l'impulsivité) et absent voire inverse avec celui du facteur 1 (abaissement du score en raison du poids de la présence de caractéristiques borderline de type réactivité émotionnelle et capacité furtive d'attachement).

Pour tester cette hypothèse, nous avons effectué :

- Des corrélations bivariées (r de Pearson) entre les scores de psychopathie (PCL-R, F1, F2) et les troubles de l'Axe II (Evitante, Dépendante, Obsessionnelle-compulsive, Dépressive, Négativiste, Paranoïaque, Schizoïde, Schizotypique, Histrionique, Narcissique, Borderline, Antisociale).
- Des régressions linéaires simples et multiples pour évaluer l'impact (effet) des troubles de l'Axe II séparément puis en terme de comorbidité de l'Axe II sur la psychopathie (PCL-R, F1, F2).

II-A-1-b) H2 : La PCL-R (Psychopathie) et les troubles de l'Axe II en lien avec la HCR-20 (Risque de récidive).

Notre deuxième hypothèse concerne les liens entre la présence de psychopathie d'une part, et la présence des troubles de la personnalité de l'Axe II (notamment du cluster B : Histrionique, Narcissique, Borderline, Antisocial) d'autre part, avec les scores à la HCR-20. La psychopathie, tout comme la présence de troubles de l'Axe II notamment du cluster B (Antisocial, Narcissique, Borderline), augmenteraient les scores à la HCR-20 (global, Facteurs H, C et R).

Pour tester cette hypothèse, nous avons également effectué :

- Des corrélations et régressions linéaires simples et multiples entre la PCL-R (score global, F1, F2) et la HCR-20 (score global, Facteurs H, C et R) : association et impact des scores à la PCL-R sur les scores à la HCR-20.
- Des corrélations et régressions linéaires simples et multiples entre les troubles de l'Axe II et la HCR-20 (score global, Facteurs H, C et R): association et impact des troubles de l'Axe II sur la HCR-20.

Lorsque nous avons analysé les relations entre la HCR-20 et la PCL-R ainsi que l'impact des scores à la PCL-R sur ceux de la HCR-20, l'item H7 « Psychopathie » de la HCR-20 a été omis car relatif à la PCL-R.

Pour finir et sur le même principe, nous avons affiné nos résultats en évaluant les liens corrélationnels entre les troubles de la personnalité (psychopathie PCL-R et troubles de l'Axe

II) et les types de délits violents et non violents. L'item 20 « Diversité des types de délits » de la PCL-R a été omis pour les analyses concernant la PCL-R et les types de délits.

Plus précisément, nous avons analysé les relations entre les différentes variables avec le coefficient de corrélations r de Pearson bilatéral. Nous avons ensuite vérifié quels pouvaient en être les effets. En effet, les liens seuls existants entre nos variables ne suffisent pas et soulèvent une autre question, celle de la valeur explicative de certaines variables indépendantes (VI) sur d'autres variables dépendantes (VD). Nous avons donc utilisé des modèles de régressions linéaires simples et multiples afin de tester la valeur explicative de nos variables et de nos modèles proposés en hypothèses. Les régressions linéaires simples nous ont permis d'évaluer l'impact de chaque trouble de l'Axe II (VI) sur la PCL-R (VD) et sur la HCR-20 (VD) et de la PCL-R (VI) sur la HCR-20 (VD). Afin d'affiner les résultats obtenus, les régressions linéaires multiples pas à pas (Stepwise) nous ont permis de voir si la combinaison de certains troubles de l'Axe II (VI) améliore l'exactitude des prédictions des scores à la PCL-R et aux Facteurs 1 et 2 (VD) et de la prédiction des scores à la HCR-20 et aux facteurs Historique, Clinique et Risque (VD). Enfin, pour affiner nos résultats, nous avons évalué les relations qu'entretiennent la PCL-R et les troubles de l'Axe II avec les types de délits (non violents et violents) par le coefficient de corrélations r de Pearson bilatéral.

Les analyses statistiques descriptives et inférentielles (corrélations et régressions linéaires) ont été effectuées avec le logiciel SPSS.

II-A-2) Population et critères d'exclusion

Notre recherche comprend 80 sujets de sexe masculin (âge : M = 31,48; SD = 11,061) incarcérés et condamnés en Maison d'Arrêt de la Région Centre et de la Région parisienne. Afin d'exclure les sujets ayant un QI inférieur à 70, les participants ont passé la version courte de la WAIS (Wechsler, 1981, 2000) selon la méthode Silverstein (Gregoire, 2001). Dans notre population, le QI de six sujets n'a pu être rapporté pour deux raisons. La première raison est due au facteur stress et/ou à la peur de ne pas y arriver. Certains participants, ont refusé la passation de l'un ou des deux sub-tests par peur de montrer leurs lacunes. L'un d'eux a littéralement été pris de panique à la troisième figure des cubes. D'autres ont voulu arrêter lorsque les figures leur paraissaient trop complexes ou à partir du moment où ils commençaient à peiner à les reproduire. Deuxièmement, la nationalité étrangère de certains et le fait de ne pas bien maîtriser la langue française a pu être un obstacle à la passation du sub-

test du vocabulaire demandant une définition la plus précise possible (certains employaient alors plus volontiers des synonymes). Ils ont été intégrés à la recherche car ils avaient tout de même un bon niveau de compréhension lors de la passation des autres tests et entretiens. Aucun des sujets n'avait de QI inférieur à 70 (M = 98,99 ; SD = 11,365 ; N=74). Le M.I.N.I International Neuropsychiatric Interview (Lecrubier et al., 1998) fut utilisé afin d'exclure les sujets présentant une comorbidité Axe I (troubles psychotiques avérés au moment de la passation des tests). Ce fut aussi le cas pour les sujets présentant des épisodes dépressifs majeurs avérés rendant impossible la passation (dans la réalité, un sujet). Trois sujets ont été exclus de la population initiale (N=83). Le M.I.N.I et la WAIS sont davantage développés dans la partie II-B- Variables et instruments (pp. 86-87).

II-A-3) Procédure

Sur la base du volontariat, les participants ont été évalués avec la PCL-R (Hare, 1991, 2003) pour la psychopathie, le SCID-II (Bouvard, Fontaine-Buffe, Cungi, Adeleine, Chapoutier, Durafour, Bouchard, & Cottraux, 1999) pour les troubles de la personnalité tels que définis par DSM-IV et la HCR-20 pour l'évaluation du risque de récidive (Webster et al., 1997). Le M.I.N.I. (Lecrubier, et al, 1998) et la WAIS (version courte selon la méthode Silverstein, 1985 ; Gregoire, 2001) ont été utilisés pour les critères d'exclusion cités ci-dessus. L'ordre de passation du SCID-II et du MINI a été fait au hasard.

Chaque participant a signé une feuille de consentement mentionnant : les objectifs de la recherche, la garantie de l'anonymat et l'absence de retour individuel de résultats (les trois sujets issus de l'Unité Psychiatrique Hospitalière ont eu un retour en présence du médecin chef de l'unité et de l'examinateur). Un médecin psychiatre a rencontré les sujets qui pouvaient participer à la recherche, leur en a présenté le cadre et leur a demandé s'ils étaient volontaires. Les sujets volontaires ont été vus individuellement dans un bureau ou un parloir. Les participants ont été évalués en deux ou trois séances d'environ deux heures chacune pour une passation d'environ quatre heures au total (ce temps de passation pouvant varier en fonction des sujets).

Ces évaluations ont été menées par deux personnes (A. Nioche) et (I. Chevrier) formées à la passation et à l'exploitation de la PCL-R par le Centre de Recherche en Défense Sociale (T. Pham). Les résultats partiels de ces travaux ont déjà donné lieu à une publication

(Pham, Chevrier, et al., 2005) et à un second article (Nioche, Pham, Ducro, de Beaurepaire, Chudzik, Courtois, & Réveillère) a été accepté sous réserve de modifications à la revue L'Encéphale (un troisième article sur les liens entre HCR-20 et Axes I et II est en cours d'écriture). Les évaluations ont donc été effectuées à Blois et Orléans de mai 2004 à juin 2005, et à Fresnes soit dans l'Unité Psychiatrique Hospitalière ou dans le Grand Quartier (détention) de mai 2006 à avril 2007. Entre temps, nous nous sommes rendue au C.R.D.S. afin de nous entraîner de nouveau sur la cotation de la PCL-R puis pour des réunions de travail avec les Professeurs Ch. Réveillère et T. Pham, ainsi que C. Ducro (psychologue au CRDS et doctorante, Universités de Mons et de Tours).

II-B- Variables et instruments

II-B-1) La PCL-R (Hare, 1991, 2003) : évaluation de la psychopathie

La PCL-R, Echelle de Psychopathie de Hare-Révisée (Hare, 1991), composée d'une échelle et d'un entretien semi-structuré (version française validée au Québec Côté & Hodgins, 1996 et évaluation psychométrique en Belgique francophone Pham, 1998a), permet une évaluation clinique et comportementale de la psychopathie par l'obtention d'un score de psychopathie global et en fonction de deux facteurs (Facteur 1 : caractéristiques narcissiques et hystériques, détachement et absence de détresse émotionnelle, égocentricité, dureté, absence de remords ; Facteur 2 : comportements antisociaux et faiblesse de contrôle, irresponsabilité, impulsivité, recherche de sensations). Elle est utilisée dans un but psychodiagnostique. Une formation à l'utilisation et à la cotation de la PCL-R est obligatoire (formation au CRDS). Le guide de cotation recommande de limiter l'utilisation de la PCL-R aux populations dans lesquelles cet instrument a été entièrement validé c'est-à-dire notamment les populations de détenus adultes de sexe masculin (ex. établissements ou centres correctionnels ou communautaires, hôpitaux de psychiatrie légale, centres de prévention ou de détention). Les cotes attribuées à un sujet sont de nature confidentielle et ne sont pas mises à disposition du personnel des établissements correctionnels ou institutionnels, des comités responsables des libérations conditionnelles, etc.

La procédure d'évaluation comprend donc un entretien et la consultation de toutes informations complémentaires disponibles. L'entretien permet tout d'abord d'obtenir des renseignements chronologiques et permet ensuite à l'interviewer d'observer le style d'interaction du sujet pendant la passation. La PCL-R permet de parcourir le passé du sujet et recouvre les domaines au niveau familial, professionnel, conjugal et criminel. Un entretien semi-structuré permet de s'assurer que tous les domaines ont été évalués mais il doit également rester ouvert pour garder une certaine forme de naturel dans les interactions. La durée moyenne se situe entre 90 et 120 minutes et peut se faire sur plusieurs rencontres.

La PCL-R est composée de 20 items et chacun des 20 items reçoit une cote sur une échelle ordinale en fonction du degré de correspondance de la personnalité et/ou du comportement du sujet avec la description de l'item : 0, si l'item « ne caractérise pas le sujet » ; 1, si l'item « le définit bien à certains égards mais des réserves ou des doutes demeurent sur le caractère spécifique des observations » ; 2, si l'item « le caractérise dans l'ensemble assez bien ». Le résultat varie entre 0 et 40. On ne doit pas attribuer de cotations s'il y a absence d'informations complémentaires appropriées. Les cotations se font selon le fonctionnement du sujet pendant toute sa vie, la manière dont il agit en général, et les items ne doivent donc pas être cotés seulement en fonction de la situation actuelle. Cela demande à l'évaluateur une grande capacité d'inférence et de jugement même si certains items ont des critères fixes et précis (ex. : items 17, 18, 19, 20). Il s'agit d'évaluer jusqu'à quel point le sujet évalué correspond au prototype que l'on créé à partir de la description des items (intensité, fréquence, durée des caractéristiques). Le guide de cotation met également en garde par rapport à l'effet de halo et à la tendance « chic type » qui sont deux tendances courantes chez les évaluateurs débutants. L'effet de halo se traduit par le fait de fondre chaque cote sur une impression globale du sujet et la tendance « chic type » fait que l'évaluateur note tous les items bas (sous cotation). Les items doivent donc être cotés individuellement et séparément de manière indépendante et il peut être utile de noter sur une feuille les justifications des cotations. Si l'on hésite entre deux cotations, il convient de coter à la hausse la moitié des items sur lesquels il y a hésitation et l'autre moitié à la baisse. Concernant les omissions d'items, l'évaluateur pourra y avoir recours si l'information n'est pas suffisante ou alors si les informations complémentaires sont totalement divergentes. En cas d'absolue nécessité seulement, l'évaluateur pourra donc omettre un item à hauteur de cinq items omis au maximum sans invalider le protocole. Pour chacun des facteurs, on pourra omettre jusqu'à deux items. En cas d'omission d'items, trois tableaux relatifs aux scores pondérés sont disponibles afin de permettre à l'évaluateur de coter le protocole : scores totaux pondérés de la PCL-R, scores pondérés au Facteur 1 et au Facteur 2. Si trop d'items sont omis, le sujet doit être réévalué lorsque davantage d'informations seront disponibles.

Selon Hare (1991), un sujet est considéré psychopathe à partir d'un score de 30. Cependant, comme nous l'avons déjà vu (cf. p. 33), d'autres points de coupure ont été utilisés dépendant du type d'évaluation et du contexte de la recherche (Hare & Neumann, 2006). Ainsi, du fait de variations transculturelles, Cooke et Michie (1999) ont rapporté qu'un point de coupure de 30 en Amérique du Nord équivalait à un point de coupure de 25 en Ecosse. C'est également pour cette raison que Pham a utilisé un point de coupure à 25 (Pham, 1998a ;

Delescluse & Pham, 2005). En effet, Pham (1998a) explique que la prévalence de haute psychopathie est faible en Belgique et les scores (total, F1, F2) étaient plus faibles dans les populations européennes que nord américaines. Pour éviter les faux positifs et le faux négatifs et donc à un niveau purement statistique, Hervé, Ling et Hare (2000) ont utilisé un point de coupure de 27 qui correspondait mieux à leur étude. Toutefois, Pham, Malingrey et al. (2007), rapportent des résultats confirmant plutôt la spécificité du diagnostic de psychopathie à 30 étant donné l'importante comorbidité psychiatrique inhérente aux sujets présentant des scores entre 20 et 30.

Si l'on veut utiliser la PCL-R sur la seule base d'informations complémentaires, il est nécessaire que celles-ci soient en quantité suffisante et de très grande qualité. Dans notre recherche, chaque sujet a été vu en entretien en plus des informations complémentaires contenues dans des dossiers. Une révision complémentaire peut être nécessaire et prend en général 60 minutes.

II-B-2) Le SCID-II Structured Clinical Interview for Disorders II, version 2.0 (Bouvard et al., 1999) : évaluation des troubles de l'Axe II.

Le SCID-II est un entretien semi-structuré de 119 items (en vrai / faux) qui permet d'évaluer les troubles de la personnalité selon le DSM-IV. La version DSM-IV, créée en 1994, a été officialisée en 1997. Sa présentation se fait par diagnostic. Il permet également de rendre compte d'une éventuelle (ou de plusieurs) comorbidité(s). Un questionnaire est utilisé avant la passation de l'entretien clinique : il est essentiel pour la base de l'entretien car il souligne les points importants et élimine les réponses négatives. Il permet donc d'orienter l'entretien sur les diagnostics à approfondir (qui sont alors identifiés par le questionnaire). L'évaluateur doit poser des questions précises mais il peut ajouter des questions s'il pense qu'elles sont nécessaires. Le SCID-II ne suit pas l'ordre du DSM-IV. Il commence par le cluster C, le B puis le A dans le but d'obtenir une meilleure coopération du sujet. Pour l'entretien, l'évaluateur a deux possibilités : 1) ne reprendre que les troubles ayant atteint un seuil pathologique en sélectionnant alors les réponses positives du sujet et en lui posant ensuite les questions du guide de l'entretien (il confirme alors ou non la présence du trouble de la personnalité) ou 2) reprendre toutes les réponses positives du sujet et poser les questions

correspondantes du guide et coter de 1 à 3 chaque réponse. La cotation se fait par 1 « le symptôme décrit par l'item est absent », 2 « le critère est présent mais ne cause pas une gêne suffisante » et 3 « le critère est présent et à un seuil pathologique ». Le trouble de la personnalité est retenu en fonction du nombre de réponses cotées 3 qui est variable en fonction des troubles et précisé dans le guide.

La durée de passation est variable en fonction des sujets. L'entretien d'un sujet pathologique dure en moyenne une heure et demie (Bouvard et al., 1999).

II-B-3) La HCR-20 Historical-Clinical-Risk Management (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997) : évaluation du risque de récidive

La HCR-20 (Webster et al., 1997) est une échelle dynamique de vingt items répartis en trois facteurs (historique, clinique et gestion du risque). Il s'agit davantage d'un « aide-mémoire » que d'un instrument psychométrique (Côté, 2001 ; Webster et al., 1997) et d'un instrument de recherche. Cet outil est organisé autour de dix items passés (Historique), cinq items présents (Clinique) et cinq items futurs (Risque). Cette organisation a été faite suite à la réévaluation de la première version de la HCR-20 (Webster et al., 1995). De la même manière que pour la PCL-R (Hare, 1991), l'utilisation de cette échelle ainsi que de son manuel doit être précautionneuse. Il s'agit à la fois d'une approche qualitative et quantitative. Les items ne sont pas statistiquement corrélés et la cotation exige une part de jugement clinique.

Le score est attribué à partir d'une échelle ordinale en trois points : 0, 1 et 2. Cette échelle est basée sur celle qu'a utilisé Hare (1991), l'expérience ayant montré qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser une échelle plus longue (Webster et al., 1997). Si une information n'est pas disponible ou considérée comme non fiable, il est possible d'omettre un item. Toutefois, l'omission d'item doit être évitée tant que possible. Le score total varie de 0 à 40. L'évaluateur a recours à deux types de jugements : un jugement pour la cotation de chaque item et il devra ensuite intégrer toutes ces informations pour faire un résumé ou prendre une décision finale concernant le risque de violence. Les auteurs recommandent l'utilisation d'une feuille de cotation. Le contexte dans lequel est utilisée la HCR-20 doit être pris en compte ainsi que la nécessité éventuelle de réévaluer un sujet. La décision finale concernant le risque de violence doit être prise en terme de risque faible, modéré ou élevé. Les qualités

psychométriques à partir d'une population francophone ont été évaluées (Claix & Pham, 2004). Les recherches actuelles mettent l'accent sur la nécessité de recourir à diverses sources d'informations dans les évaluations du risque. Les dossiers (notamment les notes de psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, police, procureurs et autres professionnels) sont utiles. L'utilisation d'autres instruments appartenant au domaine de la maladie mentale, la personnalité ou l'abus de substance peuvent être utiles. C'est par exemple le cas d'inventaires de personnalité pour certains items comme H5 (abus de substance), H6 (maladie mentale grave), H9 (troubles de la personnalité), C2 (attitudes négatives), C3 (Symptômes actifs de maladie mentale grave), C4 (impulsivité) et C5 (résistance au traitement). Dans la plupart des cas, les dossiers, un entretien et des tests peuvent être suffisants pour la cotation de la HCR-20. Toutefois et particulièrement pour la section de gestion du risque, se consulter entre collègues responsables du traitement par exemple peut être nécessaire. En outre, l'évaluateur doit noter dans son rapport quelles sources il a pu consulter, lesquelles il n'a pas consulté et celles qu'il n'a pu consulter. Une formation est nécessaire pour l'utilisation de cet outil.

II-B-4) Les instruments utilisés concernant les critères d'exclusion

II-B-4-a) Le Quotient Intellectuel évalué par la WAIS version courte selon la méthode Silverstein (Grégoire, 2001).

Cette version est la version abrégée de la WAIS-III (Weschler, 1981 ; 2000 pour la version française) selon la méthode Silverstein validée en 1985 dans le manuel de la WAIS-R et par Grégoire pour l'édition française en 2001. Celle-ci a été choisie afin d'alléger le protocole déjà très lourd. Cette version utilise le sub-test des cubes de Kohs et celui du Vocabulaire. Nous obtenons le QI total grâce à cette formule : QI Total = 2,9 (notes standard vocabulaire + cubes) + 41. Un QI inférieur à 70 est un critère d'exclusion.

II-B-4-b) Les troubles mentaux majeurs de l'Axe I évalués par le M.I.N.I. (Lecrubier et al., 1998)

Le M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min + /- 11,- min ; médiane 15 min), explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, il faut préparer le patient à ce cadre inhabituel en lui indiquant que nous allons lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que nous attendons des réponses en oui ou non. Tous les modules ont été passés (cf. tableau 3 p. 38) et les résultats ont été retranscrits sous forme auto-rapportée (c'est-à-dire en fonction des réponses du sujet) dans le tableau descriptif (cf. tableau 7 p. 93) rapportant la fréquence des troubles de l'Axe I .

II-B-5) Les types de délits violents et non violents

Nous avons choisi de classer les divers délits en deux types de catégories : violents et non-violents. La cotation des délits s'est faite de manière dichotomique en répondant « oui » ou « non » à la question « le sujet a-t-il commis ce délit ». Ceci a été fait à partir de la fiche d'écrou et du dossier des participants. Nous nous sommes basée sur les catégories de délits utilisées à l'item 20 de la PCL-R (diversité des types de délits). La catégorie « crime contre l'Etat » n'a pas été retenue car aucun des sujets n'avait commis ce type de délit.

II-B-5-a) Les délits violents

- Vol qualifiés : vol à main armée ou le sujet a utilisé la violence lors d'un vol.
- Voie de fait : le sujet a proféré des menaces, a causé des lésions corporelles à autrui.
- Meurtre, tentative de meurtre, homicide involontaire : le sujet a commis un meurtre de façon volontaire ou involontaire. Cette catégorie comprend également les sujets ayant causé des blessures avec l'intention de tuer.
- Possession et usage d'armes ou explosifs
- Délits sexuels : attentat à la pudeur, viol, inceste…
- Enlèvement

II-B-5-b) Les délits non violents

- Vol, recel : le sujet a commis un vol sans violence ou a tenté de revendre de la marchandise volée.
- Délits liés à la drogue : détention ou trafic de stupéfiants.
- Infraction au code de la route : conduite en état d'ébriété, délit de fuite…
- Fraude : contrefaçon, fausses déclarations, utilisation de cartes de crédit volées.
- Incendie volontaire : le sujet a intentionnellement causé un incendie.
- Obstruction à la justice : entrave à la justice, parjure, outrage à la Cour.
- Délits mineurs : vandalisme, méfaits, dommages volontaires, vagabondage…
- Evasion

II-B-6) Le choix des instruments

Tous les instruments utilisés sont des instruments fiables et valides. Afin d'évaluer la psychopathie, nous avons choisi la PCL-R car il s'agit d'un instrument largement utilisé dans la recherche. Elle a été validée en langue française comme vu précédemment. Cet outil peut être utilisé de manière catégorielle (en fonction du point de coupure, il est possible de faire des groupes : psychopathie avérée, psychopathie mixte ou absence de psychopathie) ou dimensionnelle (sur un continuum en terme d'intensité). C'est sous cet aspect dimensionnel que nous avons choisi de l'utiliser. Cet outil alors dimensionnel est complémentaire avec le SCID-II, catégoriel. Il a été choisi afin de « screener » les autres troubles de la personnalité selon l'Axe II du DSM-IV. En effet, nous nous intéressons particulièrement aux troubles du cluster B de l'Axe II et notamment au trouble Borderline, mais le SCID II nous permet également d'évaluer tous les autres troubles de l'Axe II (cluster A, C, personnalités non spécifiées). La HCR-20 permet l'évaluation du risque de récidive et est complémentaire de la PCL-R. Tous deux sont des instruments récents. La HCR-20 laisse de plus une part au jugement clinique. Enfin, une version courte de la WAIS, utilisée pour les critères d'exclusion, a été choisi afin d'alléger le protocole déjà important. Le M.I.N.I. est également un outil rapide pour évaluer les troubles mentaux majeurs.

*****

Dans la partie suivante, « Partie III Présentation des résultats », nous présenterons dans un premier temps et dans une courte partie (I- Description de la population carcérale N=80), les caractéristiques descriptives de notre échantillon (âge, QI, scores à la PCL-R, à la HCR-20, troubles de l'Axe II et de l'Axe I, et types de délits).

Nous présenterons dans un second temps la partie corrélationnelle et les analyses multivariées c'est-à-dire les régressions linéaires simples et multiples dans les autres parties : II- Comorbidité entre troubles psychopathologiques et III- Troubles de la Personnalité (PCL-R et Axe II) et Risque de récidive (HCR-20).

*****

Troisième partie

III- Analyse des résultats

III-A- Description de la population carcérale totale (N=80)

Les statistiques descriptives que nous avons utilisées sont : les moyennes avec écart-types et effectifs, ainsi que les minimum et maximum concernant l'âge, le QI, les scores à la PCL-R (score total, F1, F2) et ceux à la HCR-20 (score total, Facteurs H, C, R). Concernant les troubles de la personnalité (Axe II), les troubles mentaux majeurs (Axe I) et les types de délits, nous avons utilisé un test de fréquence qui traduit en pourcentage la fréquence de chaque trouble et des types de délits.

III-A-1) Analyses descriptives concernant l'Age, le QI, les scores à la PCL-R et aux Facteurs 1 et 2 et les scores à la HCR-20 et aux Facteurs H, C et R (N=80).

La moyenne du score total à la PCL-R (M=20,33) correspond à un niveau mixte de Psychopathie (cf. tableau 5). Quinze sujets ont obtenu un score total à la PCL-R supérieur à 30 (haut niveau de psychopathie), vingt sujets un score entre 20 et 30 (psychopathie mixte) et trente cinq sujets un score inférieur à 20 (faible psychopathie ou absence). Le score maximal est de 36,7 représentant un niveau très haut de psychopathie et le score minimum est de 0. La moyenne du score total à la HCR-20 se situe un peu en dessous du score médian de 20, le score maximum étant de 40.

Tableau 5- Description de la population totale (N=80) en fonction des moyennes d'âge, de QI et des scores à la PCL-R (total, F1, F2) ainsi qu'à la HCR-20 (total, facteurs H, C, R).

	âge	QI	PCL-R[1]	F1[2]	F2[3]	HCR-20[4]	H[5]	C[6]	R[7]
moy	31,48	98,99	20,33	8,86	9,85	18,19	8,38	4,59	5,15
N	80	74	80	80	80	80	80	80	80
SD	11,061	11,365	9,697	4,878	4,886	9,63	5,13	2,68	2,95
Min	18	73	0	0	0	0	0	0	0
Max	59	125	36,7	16	18	34	18,75	9	10

1- score total à la PCL-R ; 2- score au Facteur 1 ; 3- score au Facteur 2 ; 4- score total à la HCR-20 ; 5- score au facteur H ; 6- score au facteur C ; 7-score au facteur R

III-A-2) Fréquence des troubles de la personnalité de l'Axe II et des troubles mentaux majeurs de l'Axe I (N=80).

Les tableaux 6 et 7 présentent en terme de pourcentage la fréquence des troubles des Axes II et I dans notre population totale.

Concernant les troubles de la personnalité de l'Axe II (cf. tableau 6), nous pouvons observer que les trois troubles les plus fréquents sont par ordre d'importance : le trouble Antisocial (53,8%), le trouble Borderline (35%) et le trouble Paranoïaque (25%). Viennent ensuite le trouble Narcissique (23,8%) et le trouble de la personnalité Dépressive (21,3).

Tableau 6- Fréquence des troubles de l'Axe II en terme de pourcentage.

Axe II Personnalité	**n**	**%**
N=80		
Evitante	7	8,8
Dépendante	7	8,8
Obsessionnelle-compulsive	8	10
Négativiste	2	2,5
Dépressive	17	21,3
Paranoïaque	20	25
Schizotypique	1	1,3
Schizoïde	2	2,5
Histrionique	2	2,5
Narcissique	19	23,8
Borderline	28	35
Antisociale	43	53,8

Concernant les troubles mentaux majeurs (cf. tableau 7), les plus fréquents par ordre d'importance sont les Episodes Dépressifs Majeurs, le Risque suicidaire, l'Anxiété généralisée, le trouble (Hypo)maniaque et la Dépendance à la drogue. Le trouble Antisocial a été omis, afin d'éviter toute confusion avec le trouble Antisocial de l'Axe II pris en considération ici.

Tableau 7- Fréquence des troubles de l'Axe I en terme de pourcentage.

Axe I	**n**	**%**
N=80		
Episode Dépressif Majeur	31	38,8
Dysthymie	4	5
Risque suicidaire	24	30
Trouble (Hypo)maniaque	20	25
Trouble panique	6	7,5
Agoraphobie	10	12,5
Phobie sociale	2	2,5
Trouble Obsessionnel Compulsif	2	2,5
Etat de Stress Post-Traumatique	3	3,8
Alcool	17	21,3
Drogues	19	23,8
Anorexie	0	0
Boulimie	2	2,5
Anxiété généralisée	21	26,3

III-A-3) Fréquence des types de délits (N=80)

La fréquence des délits violents (83,3%) est plus élevée que la fréquence des délits non violents (66,3%) (cf. tableau 8).

Tableau 8- Fréquence des types de délits en terme de pourcentage (N=80).

Délits	n	%
Délits violents	67	83,3
Vols qualifiés, violents	36	45
Voies de fait	14	17,5
Meurtres	13	16,3
Possession armes	17	21,3
Délits sexuels	23	28,8
Enlèvement	2	2,5
Délits non violents	53	66,3
Vols	39	48,8
Drogue	18	22,5
Infractions majeures code de la route	14	17,5
Fraudes	5	6,3
Incendie volontaire	3	3,8
Obstruction	4	5
Délits mineurs	8	10
Evasion	2	2,5

III-B- H1 : Liens et impacts entre troubles de l'Axe II et Psychopathie (PCL-R)

Comme vu précédemment dans les hypothèses (cf. pp. 77-78), il existerait un lien entre la psychopathie (PCL-R) et la présence d'autres troubles de la personnalité, notamment de l'Axe II cluster B (Histrionique, Narcissique, Antisocial) et notamment du trouble Borderline.

III-B-1) H1a : Comorbidité générale Psychopathie et troubles de l'Axe II

Il existerait un lien entre la psychopathie évaluée sur un mode dimensionnel (PCL-R) et la présence d'autres troubles de la personnalité, notamment parmi les troubles de l'Axe II cluster B Histrionique, Narcissique, et Antisocial : plus le score de psychopathie (PCL-R) augmente, plus le lien serait élevé.

III-B-1-a) Corrélations entre troubles de l'Axe II et la PCL-R (score total, Facteur 1, Facteur 2).

Le trouble de la personnalité **Paranoïaque** est corrélé positivement et au score total de la PCL-R (r=.448, p=.000) et aux scores des Facteurs 1 (r=.320, p=.004) et 2 (r=.474, p=.000). Il en est de même pour les troubles de la personnalité **Narcissique** (PCL-R total r=.405, p=.000 ; F1 r=.361, p=.001 ; F2 r=.358, p=.001) et **Antisociale** (PCL-R total r=.587, p=.000 ; F1 r=.419, p=.000 ; F2 r=.632, p=.000). Par conséquent, plus un individu présente un trouble de la personnalité Paranoïaque, plus le score total à la PCL-R donc le niveau de psychopathie augmente ainsi que les scores à F1 et F2. Il en est de même par rapport aux troubles de la personnalité Narcissique et Antisociale. Les corrélations sont les plus fortes entre le trouble Antisocial et les scores à la PCL-R. La matrice de corrélations est présentée en annexe 2 (cf. p. 191).

Tableau 9- Corrélations entre les scores à la PCL-R (total, Facteur 1, Facteur 2) et les troubles de l'Axe II.

Troubles Axe II (N=80)	Score Total PCL-R	Score F1	Score F2
Evitante (n=7)	-.067	-.037	-.069
Dépendante (n=7)	-.131	-.128	-.071
Obsessionnelle-compulsive (n=8)	.12	.130	.105
Dépressive (n=17)	.019	-.067	.097
Paranoïaque (n=20)	.448**	.320**	.474**
Narcissique (n=19)	.405**	.361**	.358**
Antisociale (n=43)	.587**	.419**	.632**

** p. <.01 ; * p. <.05

III-B-1-b) Régressions linéaires simples et multiples entre les troubles de l'Axe II et la PCL-R (score total, Facteurs 1 et 2)

Dans un premier temps, nous avons analysé les liens prédictifs par régressions linéaires simples entre chaque trouble de l'Axe II et la PCL-R et ses Facteurs 1 et 2. Autrement dit, quels sont les troubles qui ont le plus d'impact sur le niveau de psychopathie et les dimensions narcissique/détachement émotionnel et comportementale ? Puis nous avons effectué des régressions linéaires multiples afin d'estimer si la combinaison de certains troubles de l'Axe II améliore la prédiction du score total à la PCL-R et des scores aux Facteurs 1 et 2.

► Régressions linéaires simples

Les troubles Paranoïaque, Narcissique et Antisocial ont chacun un impact sur la Psychopathie et les Facteurs 1 et 2 (cf. tableau 10).

Le trouble **Paranoïaque** a un effet sur le score total à la PCL-R (Bêta=.446, p=.000, R2=.199) sur F1 (Bêta=.320, p=.004, R2=.102) et sur le Facteur 2 (Bêta=.474, p=.000, R2=.225). Il explique donc 20% de la variance du score total à la PCL-R 10% de la variance du score au Facteur 1 et 22% de la variance du score au Facteur 2.

Le trouble **Narcissique** a un impact sur le score total à la PCL-R (Bêta=.404, p=.000, R2=.163), sur le Facteur 1 (Bêta=.361, p=.001, R2=.131) et sur le Facteur 2 (Bêta=.358, p=.001, R2=.128). Il explique donc 16% de la variance du score total à la PCL-R et environ 13% de la variance du score au Facteur 1 et au Facteur 2.

Le trouble **Antisocial** a un impact sur le score total à la PCL-R (Bêta=.588, p=.000, R2=.346), sur le Facteur 1 (Bêta=.419, p=.000, R2=.175) et sur le Facteur 2 (Bêta=.632, p=.000, R2=.400). Il explique donc 35% de la variance du score total à la PCL-R, 17% de la variance du score au Facteur 1 et 40% de la variance du score au Facteur 2.

Autrement dit, sur le niveau de psychopathie, c'est d'abord le trouble Antisocial qui a le plus d'impact en l'augmentant fortement. Viennent ensuite les troubles Paranoïaque et Narcissique. Sur la dimension interpersonnelle, les personnalités Antisociale d'abord et Narcissique puis Paranoïaque ont un impact. Pour la dimension comportementale, les personnalités Antisociale, Paranoïaque, et Narcissique ont un impact, celui du trouble Antisocial étant bien au dessus de celui des autres (Bêta=.632, p=.000, R2=.400).

Tableau 10- Régressions linéaires simples entre chaque trouble de l'Axe II et les scores à la PCL-R et aux Facteurs 1 et 2.

Model	Axe II	PCL-R	Bêta	Std. Error[1]	t	Sig.[2]	R2
		Total	.446	2,260	4,405	.000	.199
1	Paranoïaque	Facteur 1	.320	1,201	2,984	.004	.102
		Facteur 2	.474	1,118	4,760	.000	.225
Model	Axe II	PCL-R	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
		Total	.404	2,351	3,895	.000	.163
1	Narcissique	Facteur 1	.361	1,203	3,422	.001	.131
		Facteur 2	.358	1,206	3,384	.001	.128
Model	Axe II	PCL-R	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
		Total	.588	1,774	6,422	.000	.346
1	Antisocial	Facteur 1	.419	1,000	4,070	.000	.175
		Facteur 2	.632	0,854	7,209	.000	.400

[1] Erreur Standard ; [2]Significativité

► Régressions linéaires multiples

En prenant en compte tous les troubles de l'Axe II avec des régressions linéaires multiples (cf. tableau 11), seuls les troubles de la personnalité Antisociale, Paranoïaque et Narcissique ressortent et sont donc les plus utiles pour expliquer les score à la PCL-R.

Il apparaît que le trouble de la personnalité **Antisociale** est toujours celui qui a le plus d'impact sur le score à la PCL-R. Le trouble **Paranoïaque** est le second à avoir un effet sur les scores à la PCL-R et au Facteur 2 mais pas sur le Facteur 1. L'association du trouble Antisocial et du trouble Paranoïaque (modèle 2) explique 39% de la variance du score total à la PCL-R et 45% du score au Facteur 2.

Concernant le Facteur 1, le trouble Antisocial est celui qui a le plus d'impact sur ce facteur. Le trouble **Narcissique** vient ensuite et, associé au trouble Antisocial, ils expliquent 22% de la variance du Facteur 1.

Tableau 11- Régressions linéaires multiples concernant chaque trouble de l'Axe II et les scores à la PCL-R et les Facteurs 1 et 2.

Model	Axe II	PCL-R	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	Antisocial	Total	.588	1,774	6,422	.000	.346
2	Antisocial		.486	1,893	4,978	.000	.394
	Paranoïaque		.242	2,179	2,477	.015	-
Model	**Axe II**	**Facteur**	**Bêta**	**Std. Error**	**t**	**Sig.**	**R2**
1	Antisocial	1	.419	1,000	4,070	.000	.175
2	Antisocial		.326	1,068	2,971	.004	.220
	Narcissique		.231	1,251	2,102	.039	-
Model	**Axe II**	**Facteur**	**Bêta**	**Std. Error**	**t**	**Sig.**	**R2**
1	Antisocial	2	.632	0,854	7,209	.000	.400
2	Antisocial		.526	0,904	5,662	.000	.453
	Paranoïaque		.254	1,041	2,732	.008	-

III-B-2) H1b : Plus spécifiquement, le trouble Borderline.

Un lien particulier relierait le score de psychopathie au trouble borderline (cluster B) : il serait positif entre le score global et celui du Facteur 2 (poids des conduites antisociales et de l'impulsivité) et absent voire inverse avec celui du Facteur 1 (abaissement du score en raison du poids de la présence de caractéristiques borderline de type : réactivité émotionnelle, capacité furtive d'attachement).

Concernant le trouble de la personnalité Borderline, plus ce trouble est présent, plus le niveau de psychopathie (r=.241, p=.031) et le score au Facteur 2 (r=.299, p=.007) sont élevés (cf. tableau 12).

Tableau 12- Corrélations entre le trouble Borderline et les scores à la PCL-R.

Troubles Axe II	Score PCL-R	Score F1	Score F2
Borderline (n=28)	.241**	.124	.299**

** p. <.01 ; * p. <.05

Il apparaît également comme prédicteur du score total à la PCL-R (Bêta=.240, p=.032, R2=.057) et notamment du Facteur 2 (Bêta=.299, p=.007, R2=.090) (cf. tableau 13).

En revanche, le trouble Borderline n'apparaît pas dans les régressions multiples avec les autres troubles comme prédicteur de la psychopathie puisqu'il ne ressort pas des régressions linéaires multiples (cf. tableau 11 p. 98). Il perd donc toute significativité par rapport aux troubles Antisocial et Paranoïaque.

Tableau 13- Régressions linéaires simples entre le trouble Borderline et les scores à la PCL-R.

Model	Axe II	PCL-R	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	Borderline	Total	.240	2,226	2,179	.032	.057
		Facteur 2	.299	1,100	2,770	.007	.090

III-B-3) Synthèse des résultats

Conformément à la littérature, ce sont les troubles du cluster B (Narcissique, Borderline, Antisocial) qui augmentent et qui ont un impact sur les scores à la PCL-R. Toutefois, le trouble Borderline n'est pas associé et n'a donc pas d'impact sur le Facteur 1 (attente d'un abaissement de score). Plus particulièrement, concernant le trouble de la personnalité Borderline, corrélé positivement au score total de la PCL-R et au Facteur 2 (mais pas au Facteur 1), il apparaît également comme ayant un impact. Il apparaît donc bien en lien avec la Psychopathie et notamment sa composante comportementale (F2). Il n'a en revanche plus d'effet (sa significativité disparaît) lorsque nous ajoutons les autres troubles de l'Axe II (cf. tableau 11 p. 98 régressions linéaires multiples). Le trouble Paranoïaque, qui fait partie du cluster A, apparaît également comme ayant un fort impact.

III-B-4) Liens entre les troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et les délits violents et non violents.

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons ci-dessus évalué les liens et impacts entre les scores à la PCL-R et les troubles de l'Axe II. Au-delà de nos hypothèses, nous avons également voulu évaluer les liens corrélationnels entre les troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et les types de délits. Pour les troubles de l'Axe II, seuls ceux qui sont corrélés et qui ont un impact sur les scores à la PCL-R ont été pris en compte (troubles Paranoïaque, Narcissique, Borderline et Antisocial). Les matrices de corrélations sont présentées en annexe 3 (cf. pp. 192-195).

III-B-4-a) Troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et types de délits violents

a) Psychopathie et délits violents

Il n'existe pas de corrélations significatives entre les scores à la PCL-R et les délits violents (cf. tableau 14). En revanche, les scores à la PCL-R et aux Facteurs 1 et 2 sont fortement corrélés avec le nombre de délits violents. Ainsi, plus le niveau de psychopathie augmente chez un sujet, plus il commettra de délits violents.

Tableau 14- Corrélations entre la PCL-R (score total, F1 et F2) et les délits violents puis le nombre de délits violents commis par un sujet.

	DV[1] (n=67)	nombre de DV[1]
PCL-R sans item 20[2]	.153	.369**
Facteur 1	.134	.291**
Facteur 2	.144	.342**

** p. <.01 ; [1]- délits violents ; [2]- diversité des types de délits

► Concernant les types de délits violents (cf. tableau 15) :

Le vol qualifié et la possession d'arme sont fortement corrélés au score total à la PCL-R et corrélés au Facteur 2. Ainsi, plus un sujet a un haut niveau de psychopathie et un fort score à la dimension comportementale plus il commettra de vols qualifiés et sera en

possession d'arme ou explosifs. La dimension narcissique et de détachement émotionnel (F1) y est aussi associée mais de manière moins significative. Les délits sexuels sont associés très significativement et négativement au Facteur 2 et tendent à être négativement associés au score total à la PCL-R (p=.051). Enfin, nous observons une tendance entre l'enlèvement et le score total et la dimension comportementale de la psychopathie (p=.06).

Tableau 15- Corrélations entre les types de délits violents et la PCL-R (score total, F1 et F2).

		PCL-R		
Délits violents (N=67)	**n**	Total sans item 20[1]	Facteur 1	Facteur 2
Vols qualifiés, violents	36	.355**	.285*	.403**
Voies de fait	14	.120	.095	.168
Homicide	13	.120	.089	.138
Possession armes	17	.338**	.254*	.312**
Délits sexuels	23	-.219	-.142	-.359**

** p. <.01 ; * p. <.05 ; [1]- diversité des types de délits

b) Troubles de l'Axe II et délits violents

Les troubles de l'Axe II n'apparaissent pas en lien avec les délits violents (cf. tableau 16). Toutefois, le trouble Borderline et le trouble Antisocial sont fortement associés au nombre de délits violents commis par un sujet.

Tableau 16- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les délits violents ainsi que le nombre de délits violents.

Personnalité	DV[1] (n=67)	Nombre de DV[1]
Paranoïaque (n=20)	.020	.181
Narcissique (n=19)	-.073	.194
Borderline (n=28)	.039	.322**
Antisociale (n=43)	.067	.398**

** p. <.01 ; [1]- délits violents

► Concernant les types de délits violents (cf. tableau 17):

Concernant les troubles du cluster B, la personnalité Antisociale est corrélée fortement aux vols qualifiés (r=.386, p=.000) et à la possession d'arme (r=.359, p=.001). Elle est corrélée mais de manière moindre aux voies de fait (r=.229, p=.04) et négativement aux délits sexuels (r=-.242, p=.03). La personnalité Borderline est corrélée aux vols qualifiés (r=.232, p=.04) et aux voies de fait (r=.283, p=.01).

La personnalité Paranoïaque tend à être corrélée avec les voies de fait (r=.190, p=.09) et la possession d'arme (r=.194, p=.09).

Tableau 17 - Corrélations entre les types de délits violents et les troubles de l'Axe II.

Personnalité	Vols qualifiés (n=36)	Voies de fait (n=14)	Homicide (n=13)	Possession armes (n=17)	Délits sexuels (n=23)
Paranoïaque (n=20)	.116	.190	-.020	.194t	-.112
Narcissique (n=19)	.086	.129	-.007	.141	-.030
Borderline (n=28)	.232*	.283*	.174	.067	-.119
Antisocial (n=43)	.386**	.229*	.069	.359**	-.242*

** p. <.01 ; * p. <.05

c) Synthèse

Nos résultats suggèrent notamment que les scores à la PCL-R et les troubles de l'Axe II ne sont pas en lien avec la présence de délits violents. En revanche, la significativité se situe entre la PCL-R, le trouble Antisocial ainsi que le trouble Borderline et le nombre de délits violents commis par un sujet. Concernant les délits non violents, seule la dimension comportementale de la psychopathie (F2) est en lien avec la présence de délits non violents et le trouble Borderline avec le nombre de délits non violents.

Concernant plus précisément les types de délits, aucun résultat n'était significatif entre le niveau de psychopathie et les types de délits non violents. En revanche, nos résultats montrent de fortes relations entre la PCL-R et les types de délits violents notamment en ce qui concerne : 1) le score total à la PCL-R et les vols qualifiés ainsi que la possession d'arme, mais surtout 2) le score au Facteur 2 et ces mêmes délits (le Facteur 1 aussi y est associé mais moins fortement). Pour les troubles de l'Axe II, le trouble Antisocial est corrélé un peu plus fortement aux mêmes délits (vols qualifiés et possession d'arme) que le score total à la PCL-R (à l'exception de la corrélation pour le trouble antisocial avec les voies de fait). Les corrélations sont en revanche un peu plus fortes avec le Facteur 2 de la PCL-R que le trouble Antisocial confirmant ainsi l'impact de la dimension comportementale et impulsive. Le trouble Borderline est lui aussi corrélé aux vols qualifiés et aux voies de fait.

Ainsi, les relations entre les troubles de la personnalité et les types de délits se retrouvent davantage au niveau des délits violents. Ceci est surtout le cas en ce qui concerne le niveau de psychopathie.

III-B-4-b) Troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et délits non violents

Afin d'évaluer les liens entre les types de délits et les scores à la PCL-R, nous avons omis du score total à la PCL-R l'item 20 faisant référence à la diversité des types de délits.

a) Psychopathie et délits non violents

Le Facteur 2 est corrélé aux délits non violents (cf. tableau 18). Il n'existe pas de corrélations significatives entre les scores à la PCL-R et le nombre de délits non violents commis par un sujet.

Tableau 18- Corrélations entre les scores à la PCL-R et les délits non violents puis le nombre de délit non violents commis par un sujet.

	DNV[1] (n=53)	Nombre de DNV[1]
PCL-R sans item 20	.172	.017
Facteur 1	.132	-.036
Facteur 2	.221*	.106

** p. <.01 ; * p. <.05 ; [1]- DNV= délits non violents.

► Concernant les types de délits non violents (cf tableau 19) :

Aucun résultat n'est significatif entre la psychopathie et les types de délits non violents. Nous observons seulement une tendance relative aux vols en lien avec le Facteur 2 (r=.216, p=.054).

Tableau 19- Corrélations entre les types de délits non violents et la PCL-R (score total, F1 et F2).

		PCL-R		
Délits non violents (N=53)	n	Total sans item 20[1]	Facteur 1	Facteur 2
vols	39	.137	.069	.216
drogue	18	-.144	-.121	-.011
code route	14	-.026	-.075	-.012
fraude	5	-.019	-.035	-.073
délits mineurs	8	-.070	-.094	-.031

[1]- diversité des délits.

b) Troubles de l'Axe II et délits non violents

La personnalité Narcissique tend à être corrélée aux délits non violents (cf. tableau 20). La personnalité Borderline est corrélée avec le nombre de délits non violents. Ainsi, plus un sujet présentera le trouble Borderline, plus le nombre de délits non violents commis augmentera.

Tableau 20- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les délits non violents puis le nombre de délits non violents commis par un sujet.

Personnalité	DNV[1] (n=53)	Nombre de DNV[1]
Paranoïaque (n=20)	.168	.067
Narcissique (n=19)	.212	.172
Borderline (n=28)	.136	.255*
Antisociale (n=43)	.133	.213

* p. <.05 ; [1]- DNV= délits non violents

► Concernant les types de délits non violents (cf. tableau 21):

Pour les troubles du cluster B, la personnalité Borderline est fortement corrélée aux délits relatifs à la drogue (r=.295, p=.008) et est corrélée aux délits mineurs (r=.280, p=.01). La personnalité Narcissique tend à être corrélée aux délits majeurs au code de la route (r=.207, p=.07). La personnalité Antisociale n'est corrélée à aucun délit non violent.

Tableau 21- Corrélations entre les types de délits non violents et les troubles de l'Axe II.

Personnalité	Vols (n=39)	Drogue (n=18)	Code route (n=14)	Fraudes (n=5)	Délits mineurs (n=8)
Paranoïaque (n=20)	.072	-.104	.114	.089	-.096
Narcissique (n=19)	.102	-.019	.207	-.023	.108
Borderline (n=28)	.071	.295**	.007	.135	.280*
Antisociale (n=43)	.152	.020	.163	-.071	.142

** p. <.01 ; * p. <.05

c) Synthèse

La dimension comportementale et impulsive de la psychopathie (F2) apparaît en lien avec les délits non violents, mais aucun des scores de psychopathie (total, F1, F2) n'est en lien avec un type de délits non violents en particulier. En revanche, nous observons davantage de corrélations entre les troubles de l'Axe II (surtout avec le trouble Borderline) et certains types de délits non violents. Concernant le nombre de délits non violents, les résultats suggèrent qu'aucun des scores de psychopathie (total, F1, F2) n'y est associé. Ainsi, le niveau

de psychopathie n'est pas en lien avec le nombre de délits non violents commis par un sujet. Il en est de même pour les troubles Paranoïaque, Narcissique et Antisocial. Le seul trouble de l'Axe II cluster B à être associé au nombre de délits non violents commis est le trouble Borderline.

III-C- H2 : Liens et impacts entre troubles de la personnalité (Psychopathie et Axe II) et évaluation du Risque de récidive (HCR-20)

Notre deuxième hypothèse concerne donc les liens entre la présence de Psychopathie d'une part et la présence des troubles de l'Axe II (notamment du cluster B : Narcissique, Borderline, Antisocial) d'autre part avec la HCR-20. La psychopathie, tout comme la présence de troubles de l'Axe II notamment du cluster B augmenterait les scores à la HCR-20 (global, Facteurs H, C et R). Les matrices de corrélations sont présentées en annexe 4 (cf. pp. 196-197).

III-C-1) Psychopathie (PCL-R) et évaluation du Risque de récidive (HCR-20)

III-C-1-a) Corrélations entre la PCL-R et la HCR-20

Rappelons que lorsque nous avons étudié les liens entre les scores à la PCL-R et ceux obtenus à la HCR-20, nous avons omis au score total de la HCR-20 et au Facteur H l'item H7 « Psychopathie » relatif au score à la PCL-R afin d'éviter un effet de circularité.

Le score à la HCR-20 ainsi qu'aux Facteurs H, C et R sont fortement corrélés avec le score à la PCL-R et aux Facteurs 1 et 2 (cf. tableau 22). Ainsi, plus le niveau de psychopathie et les dimensions inrepersonnelles et comportementales augmentent, plus le risque de récidive et ses dimensions historique, clinique et de gestion du risque augmentent. La plus forte corrélation concerne le score total à la PCL-R et le score au Facteur C (r=.827, p=.000) mais aussi le score total à la PCL-R et le score total à la HCR-20 (r=.825, p=.000).

Tableau 22- Corrélations entre les scores à la PCL-R et à la HCR-20 (N=80).

	HCR sans H7	Facteur H sans H7	Facteur C	Facteur R
PCL-R	.825**	.673**	.827**	.753**
Facteur 1	.695**	.486**	.802**	.662**
Facteur 2	.816**	.734**	.743**	.734**

** p. <.01 ; * p. <.05

III-C-1-b) Régressions linéaires

a) Régressions linéaires simples

Le score total à la PCL-R ainsi que les Facteurs 1 et 2 ont chacun un fort effet à la fois sur le score total à la HCR-20 et les Facteurs H, C et R (cf. tableau 23).

L'effet le plus fort semble être celui du score total à la PCL-R sur le score total à la HCR-20 (Bêta=.825, p=.000, R2=.681) et sur le Facteur C (Bêta=.827, p=.000, R2=.684). Le score total à la PCL-R explique alors 68% de la variance de ces scores.

Tableau 23- Régressions linéaires simples concernant les scores à la PCL-R et à la HCR-20 (N=80)

Model	PCL-R	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	total	Total sans H7	.825	0,065	12,910	.000	.681
	F1		.695	0,165	8,538	.000	.483
	F2		.816	0,133	12,472	.000	.666
Model	PCL-R	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	total	Facteur H sans H7	.673	0,046	8,032	.000	.453
	F1		.486	0,109	4,916	.000	.237
	F2		.734	0,085	9,543	.000	.539
Model	PCL-R	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	total	Facteur C	.827	0,018	12,982	.000	.684
	F1		.802	0,037	11,846	.000	.643
	F2		.743	0,042	9,807	.000	.552
Model	PCL-R	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	total	Facteur R	.753	0,023	10,114	.000	.567
	F1		.662	0,051	7,794	.000	.438
	F2		.734	0,047	9,548	.000	.539

Concernant le score total à la HCR-20

C'est donc le score total à la PCL-R qui a le plus d'impact sur le score total à la HCR-20. Le Facteur 2 a également un fort impact (Bêta=.816, p=.000, R2=.666) et en explique quasi 67% de la variance. L'impact du Facteur 1 est un peu moins élevé mais très significatif (Bêta=.695, p=.000, R2=.483) et explique 48% de la variance.

Concernant le Facteur Historique

L'impact le plus fort est celui du Facteur 2 sur le Facteur H (Bêta=.734, p=.000, R2=.539) qui en explique 54% de la variance. Le score total à la PCL-R a également un fort impact et explique 45% de la variance. Le moins fort impact (mais qui est tout de même très significatif) est celui du Facteur 1 sur le Facteur H (Bêta=.486, p=.000, R2=.237). Il en explique 24% de la variance.

Concernant le Facteur Clinique

Le score total à la PCL-R a donc un fort impact (Bêta=.753, p=.000, R2=.567) et explique 57% de la variance. Le Facteur 1 a un fort effet et en explique 64% de la variance (Bêta=.802, p=.000, R2=.643). Le Facteur 2 a un impact et explique 55% de la variance (Bêta=.743, p=.000, R2=.552).

Concernant le Facteur Risque

Le score total à la PCL-R a un fort impact (Bêta=.753, p=.000, R2=.567) et explique 57% de la variance. Le Facteur 1 a un effet (Bêta=.662, p=.000, R2=.438) dont il explique 44% de la variance. Le Facteur 2 a un impact et explique 54% de la variance (Bêta=.734, p=.000, R2=.539).

b) Régressions linéaires multiples

Les régressions linéaires multiples nous permettaient d'évaluer l'impact des comorbidités sur une autre variable (par exemple comorbidité Axe II sur la PCL-R). Ici, elles nous ont permis de voir parmi les scores à la PCL-R (total, F1, F2) lesquels sont les plus « utiles » en terme de « prédiction » ou d'impact. Nous parlerons donc ici en terme de variables les plus utiles.

Concernant le score total à la HCR-20 (cf. tableau 24)

Le score total à la PCL-R est le plus utile prédicteur d'un haut score à la HCR-20. Le deuxième prédicteur le plus utile est le score au Facteur 2. Ces scores représentent donc les deux plus utiles variables en terme d'impact sur le score total la HCR-20. Ils expliquent presque 71% du score total à la HCR-20 (R2=.707). Le Facteur 1 perd sa significativité.

Concernant les facteurs de la HCR-20 (cf. tableau 24)

Le Facteur 2 de la PCL-R est le plus utile prédicteur du Facteur H. Le score total à la PCL-R et le Facteur 1 perdent leur significativité.

Le score total à la PCL-R est le plus utile prédicteur des Facteurs C et R de la HCR-20. Le Facteur 1 de la PCL-R perd toute significativité concernant l'impact qu'il pouvait avoir sur le score total à la HCR-20 et aux Facteurs H, C et R. Le Facteur 2 perd également sa significativité sur les Facteurs C et R au profit du score total à la PCL-R.

Tableau 24- Régressions linéaires multiples concernant les scores à la PCL-R et à la HCR-20 (N=80)

Model	PCL-R	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	Score total	Total sans H7	.825	0,065	12,91	.000	.681
2	Score total		.480	0,149	3,295	.001	.707
	Facteur 2		.381	0,295	2,62	.010	-
Model	**PCL-R**	**HCR-20**	**Bêta**	**Std. Error**	**t**	**Sig.**	**R2**
1	Facteur 2	Facteur H sans H7	.734	0,085	9,543	.000	.539
Model	**PCL-R**	**HCR-20**	**Bêta**	**Std. Error**	**t**	**Sig.**	**R2**
1	Score total	Facteur C	.827	0,018	12,982	.000	.684
Model	**PCL-R**	**HCR-20**	**Bêta**	**Std. Error**	**t**	**Sig.**	**R2**
1	Score total	Facteur R	.753	0,023	10,114	.000	.567

III-C-1-c) Synthèse des résultats

Les corrélations montrent un fort lien entre les scores à la PCL-R (total, F1, F2) et les scores à la HCR-20 (total, Facteurs H, C et R). Les régressions simples indiquent également un fort impact des scores à la PCL-R sur les scores à la HCR-20. Les plus forts impacts quasi équivalents sont ceux du score total de la PCL-R sur le score total à la HCR-20 (R2=.681) et du score total à la PCL-R sur le Facteur Clinique (R2=.684). Les régressions multiples nous renseignent alors sur ce qui est le plus utile dans la PCL-R pour prédire les scores à la HCR-20 et aux Facteurs H, C et R. Il apparaît alors que le score total à la PCL-R est le prédicteur le plus utile pour le score total à la HCR-20 et les Facteurs, Clinique et Risque. Le Facteur 2 est le plus utile pour expliquer un fort score au Facteur H. Le Facteur 1 (dimension narcissique et de détachement émotionnel) perd toute significativité face au score total à la HCR-20 et au Facteur 2 (dimension comportementale).

III-C-2) Troubles de l'Axe II et évaluation du Risque de récidive (HCR-20)

III-C-2-a) Relations entre les troubles de l'Axe II et la HCR-20

a) Corrélations

Les troubles de la personnalité Paranoïaque, Narcissique et Antisociale sont fortement corrélés avec la HCR-20 et ses facteurs (cf. tableau 25). Le trouble Borderline est corrélé fortement avec la HCR-20 et le Facteur Historique, et tend à être corrélé avec le Facteur R.

Tableau 25- Corrélations entre les scores à la HCR-20 et les troubles de l'Axe II (N=80)

Axe II	n=	HCR	Facteur H	Facteur C	Facteur R
Evitante	7	-.103	-.074	-.102	-.106
Dépendante	7	-.130	-.109	-.135	-.136
Obsessionnelle-compulsive	8	-.078	-.072	-.012	-.145
Dépressive	17	.080	.176	-.115	.015
Paranoïaque	20	.482**	.509**	.290**	.413**
Narcissique	19	.403**	.416**	.322**	.292**
Antisociale	43	.589**	.630**	.450**	.423**

** p. <.01 ; * p. <.05

b) Régressions linéaires simples et multiples

► Régressions linéaires simples

Les troubles Paranoïaque, Narcissique et Antisocial ont chacun un effet sur le score à la HCR-20 et les Facteurs H, C et R (cf. tableau 26).

Le trouble **Antisocial** a un fort impact sur le score total à la HCR-20 (Bêta=.589, p=.000, R2=.347) dont il explique 35% de la variance. Il a un impact encore plus fort sur le Facteur H (Bêta=.630, p=.000, R2=.397) dont il explique 40% de la variance. Il a également un impact sur les Facteurs C (Bêta=.450, p=.000, R2=.202) et R (Bêta=.423, p=.000, R2=.179) dont il explique respectivement 20% et 18% de la variance.

Le trouble **Paranoïaque** a un impact sur le score total à la HCR-20 (Bêta=.482, p=.000, R2=.233) dont il explique 23% de la variance. Il a un impact un peu plus fort sur le

Facteur H (Bêta=.509, p=.000, R2=.259) dont il explique 26% de la variance. Il a également un impact sur les Facteurs C (Bêta=.290, p=.009, R2=.084) et R (Bêta=.413, p=.000, R2=.170) dont il explique respectivement 8% et 17% de la variance.

Le trouble **Narcissique** a un impact sur le score total à la HCR-20 (Bêta=.403, p=.000, R2=.162) dont il explique 16% de la variance. Il a un impact à peine plus fort sur le Facteur H (Bêta=.416, p=.000, R2=.173) dont il explique 17% de la variance. Il a également un impact sur les Facteurs C (Bêta=.322, p=.004, R2=.103) et R (Bêta=.292, p=.009, R2=.085) dont il explique respectivement 10% et 8% de la variance.

Tableau 26- Régressions linéaires simples entre les troubles de l'Axe II et les scores à la HCR-20.

Model	Axe II	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	Paranoïaque	Total	.482	2,193	4,863	.000	.233
		Facteur H	.509	1,149	5,217	.000	.259
		Facteur C	.290	0,669	2,677	.009	.084
		Facteur R	.413	0,700	4,002	.000	.170
Model	Axe II	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	Narcissique	Total	.403	2,331	3,886	.000	.162
		Facteur H	.416	1,235	4,035	.000	.173
		Facteur C	.322	0,673	2,999	.004	.103
		Facteur R	.292	0,748	2,691	.009	.085
Model	Axe II	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	Antisocial	Total	.589	1,757	6,44	.000	.347
		Facteur H	.630	0,900	7,159	.000	.397
		Facteur C	.450	0,542	4,447	.000	.202
		Facteur R	.423	0,604	4,122	.000	.179

► Régressions linéaires multiples

Le trouble Antisocial apparaît comme le meilleur prédicteur et l'impact est inchangé par rapport aux régressions simples sauf pour le score total à la HCR-20 qui prend un peu plus de valeur (cf. tableau 27).

La comorbidité des personnalités **Antisociale et Paranoïaque** (cf. tableau 27) a un impact sur le score total à la HCR-20 (41% de la variance expliquée), le Facteur H (47% de la variance expliquée) et le Facteur R mais pas sur le Facteur C (23% de la variance expliquée).

Tableau 27- Régressions linéaires multiples entre les troubles de l'Axe II et les scores à la HCR-20 (N=80).

Model	Axe II	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	Antisocial	Score total	.589	1,757	6,44	.000	.387
2	Antisocial		.469	1,845	4,884	.000	.414
	Paranoïaque		.285	2,125	2,969	.004	-
Model	**Axe II**	**HCR-20**	**Bêta**	**Std. Error**	**t**	**Sig.**	**R2**
1	Antisocial	Facteur H	.630	0,900	7,159	.000	.397
2	Antisocial		.505	0,937	5,522	.000	.469
	Paranoïaque		.297	1,078	3,241	.002	-
3	Antisocial		.464	0,938	5,059	.000	.499
	Paranoïaque		.258	1,076	2,827	.006	-
	Borderline		.185	0,934	2,116	.038	-
4	Antisocial		.481	0,917	5,371	.000	.531
	Paranoïaque		.214	1,073	2,353	.021	-
	Borderline		.257	0,970	2,83	.006	-
	Evitant		-.195	1,548	-2,273	.026	-
Model	**Axe II**	**HCR-20**	**Bêta**	**Std. Error**	**t**	**Sig.**	**R2**
1	Antisocial	Facteur C	.450	0,542	4,447	.000	.202
Model	**Axe II**	**HCR-20**	**Bêta**	**Std. Error**	**t**	**Sig.**	**R2**
1	Antisocial	Facteur R	.423	0,604	4,122	.000	.179
2	Antisocial		.303	0,642	2,78	.007	.226
	Paranoïaque		.286	0,740	2,619	.011	-

C'est ensuite pour le Facteur H que nous observons le plus de comorbidité des troubles de l'Axe II qui ont un impact. Ainsi, Le trouble Antisocial apparaît toujours comme le meilleur prédicteur et, associé au trouble Paranoïaque (modèle 2) comme vu ci-dessus, il explique 47% de la variance. Le troisième modèle fait apparaître le trouble Borderline. La comorbidité des personnalités **Antisociale, Paranoïaque et Borderline** explique 50% de la variance. Enfin, le quatrième modèle introduit le trouble de la personnalité Evitante mais de manière négative alors que non corrélée significativement. Ceci voudrait dire que, bien que non corrélée, elle jouerait un rôle quand en interaction avec les trois troubles cités précédemment. Ainsi, la comorbidité des personnalités **Antisociale, Paranoïaque, Borderline et Evitante** explique 53% de la variance du score au Facteur H. Le trouble Narcissique perd toute significativité sur le score à la HCR-20 et aux Facteurs H, C et R.

III-C-2-b) Effet particulier au trouble Borderline sur la HCR-20.

Le trouble Borderline est corrélé au score total à la HCR-20 et plus particulièrement avec le Facteur H. Il tend à être corrélé avec le Facteur R (cf. tableau 28).

Tableau 28- Corrélations entre le trouble Borderline et les scores à la HCR-20.

Axe II	HCR	Facteur H	Facteur C	Facteur R
Borderline	.325**	.408**	.151	.186

** p. <.01 ; * p. <.05

Le trouble Borderline a un impact sur le score total à la HCR-20 dont il explique 11% de la variance et plus particulièrement sur le Facteur H dont il explique 17% de la variance (cf. tableau 29).

Tableau 29- Régressions linéaires simples entre le trouble Borderline et les scores à la HCR-20.

Model	Axe II	HCR-20	Bêta	Std. Error	t	Sig.	R2
1	Borderline	Total	.325	2,149	3,04	.003	.106
		Facteur H	.408	1,106	3,944	.000	.166

Le trouble Borderline perd sa significativité et donc son impact sur le score total à la HCR-20 au profit des troubles Antisocial et Paranoïaque mais apparaît donc dans le troisième modèle (cf. tableau 30). Ainsi, l'association des troubles Antisocial, Paranoïaque et Borderline, même si sa significativité est plus faible (p=.038), explique 50% de la variance du score au Facteur H.

Tableau 30- Rappel des régressions multiples entre les troubles de l'Axe II et les scores à la HCR-20 faisant apparaître le trouble Borderline.

Model	**Axe II**	**HCR-20**	**Bêta**	**Std. Error**	**t**	**Sig.**	**R2**
1	Antisocial	Facteur H	.630	.900	7,159	.000	.397
2	Antisocial		.505	.937	5,522	.000	.469
	Paranoïaque		.297	1,078	3,241	.002	-
3	Antisocial		.464	.938	5,059	.000	.499
	Paranoïaque		.258	1,076	2,827	.006	-
	Borderline		.185	.934	2,116	.038	-
4	Antisocial		.481	.917	5,371	.000	.531
	Paranoïaque		.214	1,073	2,353	.021	-
	Borderline		.257	.970	2,83	.006	-
	Evitant		-.195	1,548	-2,273	.026	-

III-C-2-c) Synthèse des résultats

Les troubles ayant un impact sur les scores à la PCL-R et sur les Facteurs H, C et R sont les troubles Paranoïaque, Narcissique et Antisocial. Le trouble Borderline n'a d'impact que sur le score total à la HCR-20 et le Facteur H. Plus précisément, le trouble Antisocial apparaît ici aussi comme le meilleur prédicteur concernant la HCR-20 et ses facteurs. L'association du trouble Antisocial et du trouble Paranoïaque a, comme précédemment, un fort impact sur le score total et les Facteurs H et R. Le trouble Borderline bien qu'ayant à lui seul un impact sur le score total à la HCR-20 et au Facteur H perd sa significativité sur le score total. Il la garde pour le Facteur H même s'il perd un peu en significativité face aux troubles Antisocial et Paranoïaque. Pour le Facteur Historique, quatre modèles apparaissent (cf. tableau 30 p. 113).

En résumé, nous avons vu que le trouble Antisocial était le plus utile des prédicteurs. Viennent ensuite les troubles Paranoïaque, Borderline et Evitant.

La personnalité Evitante n'apparaît pas associée avec le Facteur H (cf. tableau 25 p. 110) ni comme ayant à elle seule un impact (cf. tableau 26 p. 111). Il semble qu'avec d'autres troubles, ici les troubles de la personnalité Antisociale, Paranoïaque et Borderline, elle puisse avoir un effet mais négatif, c'est-à-dire dans le sens d'un amoindrissement du Facteur H.

Quatrième partie

IV- Discussion

La psychiatrie a porté son intérêt sur des formes nouvelles de psychopathie, souvent repérées dès l'adolescence, parfois émaillées de décompensations d'allure psychotique mais essentiellement marquées par la violence des troubles du comportement. Ces psychopathologies sont de plus en plus souvent constatées dans les établissements pénitentiaires. De plus, selon Senon (2004) *« la recrudescence des violences auto et hétéro-agressives dans les établissements pénitentiaires est un constat dans tous les pays européens (p. 650) »*. C'est donc dans ce contexte, avec la recherche de types de psychopathie, de variantes, que s'inscrit notre recherche.

A un niveau purement descriptif, cette étude porte sur une population carcérale relativement jeune (M=31,48 ; SD=11,061 ; min=18 ; max=59 ; N=80). Toutes les personnes ayant participé à cette recherche sont incarcérées et condamnées. La Maison d'Arrêt de Blois reçoit davantage de courtes peines et des peines plus légères. La Maison d'Arrêt de Fresnes nous a permis d'accéder à d'autres catégories de sujets ayant commis d'autres types de délits et des peines bien plus longues, la peine maximum d'un sujet de notre recherche étant la perpétuité assortie d'une période de trente ans de sûreté. Tous les types de délits étaient pris en considération.

Les moyennes obtenues aux scores à la PCL-R (total=20,33 ; F1=8,86 ; F2=9,85) sont légèrement supérieures à ce qui a été relevé dans d'autres études de population carcérale (total =17,5 ; F1=7,3 ; F2=8,6 ; N=282 : Pham, Saloppé, et al., 2007). Elles sont quasi similaires pour les Facteurs 1 et 2 et plus élevées pour le score total à la PCL-R (total=17,8 ; F1=9 ; F2=10 ; N=60) dans une publication antérieure de nos premiers résultats (Pham, Chevrier, et al., 2005). Les moyennes ont pu varier en fonction de la population et de l'effectif. La moyenne du QI (N=80) est à peine en dessous de la moyenne (M=98,99 ; SD=11,365 ; N=74).

IV-A) Hypothèse 1 : Impact des troubles de l'Axe II sur le niveau de psychopathie (PCL-R)

Notre première hypothèse concernant les troubles de l'Axe II et la psychopathie est en partie vérifiée. Nous observons en tout cas, sur l'ensemble des sujets détenus en Maison d'Arrêt, des résultats allant dans le sens de la littérature. L'hypothèse H1a postulant que la présence de troubles de l'Axe II notamment du cluster B augmente le niveau de psychopathie est vérifiée. Toutefois, nous nous attendions dans la deuxième hypothèse H1b à ce que le trouble Borderline, plus particulièrement, influence le niveau de psychopathie en n'augmentant pas le Facteur 1, voire en ayant un effet inverse dessus.

IV-A-1) Comorbidité générale entre la Psychopathie (PCL-R) et les troubles de l'Axe II notamment du cluster B (H1a)

La question était d'évaluer l'effet des troubles de la personnalité de l'Axe II du DSM-IV sur la psychopathie (PCL-R). Rappelons que le trouble Histrionique fait partie du cluster B mais le nombre de sujets présentant ce trouble était insuffisant (n=2) pour pouvoir le prendre en considération.

En accord avec la littérature (McKay, 1986 ; Hare, 1991, 2003 ; Hart & Hare, 1997 ; Widiger, 2006), nous observons que ce sont les troubles du cluster B de l'Axe II qui ont un impact sur le niveau de psychopathie (par ordre d'importance, le trouble Antisocial, le trouble Narcissique et le trouble Borderline). Le trouble Paranoïaque (cluster A) émerge également de nos résultats, il était moins attendu. Il apparaît fortement associé au niveau de psychopathie. Aucun trouble du cluster C (personnalités Evitante, Dépendante, Obsessionnelle-compulsive) ni les troubles non spécifiés (personnalités Dépressives et Négativistes) n'apparaissent en lien avec la psychopathie.

Les troubles du cluster B Antisocial et Narcissique ainsi que le trouble de la personnalité Paranoïaque augmentent le niveau de psychopathie général (score total à la PCL-

R, de narcissisme et de détachement émotionnel (F1) et plus particulièrement les comportements antisociaux chroniques et impulsifs (F2). Les résultats pour le trouble Borderline sont plus nuancés : il augmente le niveau de psychopathie et la composante comportementale (F2) mais n'a pas de lien avec les caractéristiques de narcissisme et de détachement émotionnel (F1).

IV-A-1-a) Relations entre les troubles Antisocial, Narcissique et Paranoïaque avec la psychopathie (PCL-R)

a) Le trouble de la personnalité Antisociale : le plus en lien avec la PCL-R et le plus prédicteur d'un haut niveau de psychopathie.

Comme attendu et en accord avec la littérature (Widiger, 2006), le trouble le plus associé et le plus prédictif d'un haut niveau de Psychopathie (score total à la PL-R) est le trouble Antisocial. Ce trouble est donc très fortement associé à la psychopathie mais surtout à de forts comportements antisociaux chroniques. Il est également associé à un niveau plus élevé de narcissisme et détachement émotionnel (F1) mais un peu moins que pour le Facteur 2 et le score total à la PCL-R. Nous pouvions donc nous attendre à ce que ce trouble soit celui qui ait aussi le plus fort impact sur le score total à la PCL-R, et sur les scores aux Facteurs 2 et 1 (respectivement R2=.346 ; R2=.400; R2=.175). Le trouble Antisocial explique à lui seul et par ordre d'importance 40% de la variance du score au Facteur 2, 35% de la variance du score total à la PCL-R, et 18% de celle du Facteur 1. Ce trouble a donc d'abord un plus fort impact sur le Facteur 2. Ceci n'est pas étonnant car le trouble Antisocial tel qu'évalué par le SCID-II se situe davantage à un niveau comportemental et en accord avec la littérature, le Facteur 2 est un plus fort prédicteur des comportements antisociaux que le Facteur 1 (Hare, 2003 ; Douglas et al., 2006 ; Edens, Campbell, & Weir, 2007).

Le trouble Antisocial est souvent « apparenté » à la psychopathie. Or, plusieurs études ont montré les différences et similitudes entre ces deux troubles (Hare et al., 1991 ; Widiger, et al., 1996) et leur co-occurrence (Widiger, 2006). Les points communs sont en premier lieu l'instabilité, l'inadaptabilité et l'impulsivité. Ceci peut alors être source de confusion mais explique aussi que le trouble de la personnalité Antisocial soit si fortement associé à un haut niveau de psychopathie. La co-occurrence des personnalités Antisociale et psychopathique engendre de nombreux comportements criminels sévères ainsi que moins d'émotions

(Kosson, Lorenz, & Newman, 2006). Le trouble Antisocial avec psychopathie et le trouble Antisocial sans psychopathie sont donc deux syndromes distincts (Ibid.). La différence essentielle se situe au niveau des caractéristiques interpersonnelles soulignées par Hare et qui composent le Facteur 1.

b) Le trouble de la personnalité Narcissique et son effet sur le niveau de psychopathie

Nos résultats suggèrent que l'impact de la personnalité Narcissique sur le Facteur 1 est modéré (le trouble Antisocial est davantage associé et a plus d'influence sur le Facteur 1 que celui-ci). L'impact est sensiblement le même sur le Facteur 2. L'impact du trouble Narcissique est plus élevé concernant le score total à la PCL-R.

Nous aurions donc pu nous attendre à un impact plus élevé sur le Facteur 1 puisque les caractéristiques principales de la personnalité Narcissique sont relatives à un sentiment de grandeur associé à des capacités réduites à aimer les autres et à une recherche constante de gloire. Ce sentiment serait alors perçu comme un mécanisme de défense contre un sentiment d'infériorité consécutif à de sévères frustrations, ces sujets se montrant alors arrogants, immoraux et irrespectueux envers l'autorité.

Dans ce sens et selon Kernberg, les principales caractéristiques cliniques sont une préoccupation excessive pour soi, un besoin excessif d'être aimé et admiré par les autres ainsi qu'une grande dépendance pour les signes de reconnaissance et d'admiration, des ambitions élevées, et des fantasmes grandioses.

Tous ces critères relatifs au Facteur 1 de la PCL-R expliquent le lien entre la personnalité Narcissique et la psychopathie. Eissler (1949) suppose que le passage à l'acte destructeur fonctionnerait comme une tentative de réparation pour renforcer l'estime de soi.

c) Impact du trouble Paranoïaque (cluster A) sur le niveau de psychopathie.

Concernant le score total à la PCL-R et après le trouble Antisocial, c'est le trouble de la personnalité Paranoïaque qui est le plus associé et a le plus d'impact sur le score total à la PCL-R (20%) et sur le score au Facteur 2 (23%). Il est également associé au Facteur 1 et a un impact dessus mais de manière plus modérée (10% de la variance expliquée) que le trouble Antisocial (18%) ou le trouble Narcissique (13%).

Ce lien entre le trouble Paranoïaque (Cluster A) et la PCL-R était moins attendu mais émerge fortement de nos résultats. Ceci va alors dans le sens de Ross et al. (2008) qui ont

évoqué le fait que la personnalité Paranoïaque pourrait être en lien avec les deux variantes primaire et secondaire de psychopathie et aurait un impact. Sur un plan clinique, ce point est important compte tenu de la difficulté de prise en charge de ces personnalités.

Concernant nos résultats, c'est encore sur la dimension comportementale que l'impact est le plus élevé. Une méfiance exagérée (« besoin de garder les yeux ouverts »), être toujours sur la défensive (« se mettre souvent en colère quand on le critique », se sentir persécuté (« détecter des insultes ou menaces cachées »), attaqué, même sans raison valable peut faire que ces sujets « attaquent » avant d'être attaqués et pourrait expliquer cette influence sur la dimension comportementale de la psychopathie.

De la même manière que nous l'avons fait pour les troubles du cluster B, il est nécessaire de citer ici les critères de la personnalité Paranoïaque du DSM-IV (Encadré 4) :

Encadré 4- Critères de la personnalité Paranoïaque du DSM-IV (APA, 1996, p. 749)

A. Méfiance soupçonneuse envahissantes envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présentes dans divers contextes comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1) Le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuise ou le trompent.

2) Est préoccupé(e) par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés.

3) Est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui.

4) Discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins.

5) Garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné

6) Perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère.

7) met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre Trouble psychotique et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Au vu du tableau clinique relatif à la personnalité Paranoïaque, nous pouvons retrouver des points communs non seulement avec le trouble de la personnalité Antisociale mais aussi avec certaines caractéristiques de la psychopathie (notamment dans sa composante antisociale). Le caractère méfiant, agressif, combatif, affrontant l'autorité ne peut qu'exacerber ou être exacerbé par la dimension antisociale et certaines caractéristiques de la psychopathie (et donc influer sur le niveau de psychopathie général et notamment sur le Facteur 2). L'hypervigilance et les réactions de colère, les relations sociales complexes et difficiles qui explosent de façon excessive sont à souligner (Debray, 2007). La méfiance et l'interprétation deviennent alors des symptômes de premier plan. Le mécanisme de projection par rapport à autrui est dominant et engendre de la haine et des conflits, donc de l'agressivité. Debray ajoute que cette agressivité peut aussi être justifiée par une économie pulsionnelle, ces sujets étant réservés. Le sujet paranoïaque redoute les manifestations émotionnelles et affectives (Ibid.). Il les cache, les ignore. Cela appuie nos résultats suggérant que le trouble de la personnalité Paranoïaque est en lien avec le score au Facteur 1 qui correspond à la dimension interpersonnelle.

Nous pouvons aussi nous demander ici si les résultats obtenus traduisent une caractéristique de personnalité ou s'il s'agit davantage d'une valeur défensive liée au contexte carcéral. En effet, même si le SCID-II évalue un trouble de la personnalité stable à partir de 18 ans, certains sujets ont passé ou passent de nombreuses années en prison, consécutivement ou en peines séparées. L'incarcération provoquerait un véritable stress, un choc : enfermement, perte des repères, promiscuité, violation de l'intimité, ruptures, peur des autres (etc.) (de Beaurepaire, 2007). Ainsi, les plus vulnérables seraient en proie à une dépression « d'adaptation » et les attitudes paranoïaques auraient une valeur défensive.

IV-A-1-b) Impact de la comorbidité des troubles Antisocial, Narcissique et Paranoïaque sur la PCL-R.

Nous avons affiné nos résultats pour évaluer l'impact de la comorbidité éventuelle de ces troubles sur le niveau de psychopathie. Nos résultats suggèrent que deux comorbidités ont un impact sur la psychopathie : la comorbidité des personnalités Antisociale et Paranoïaque d'une part, et la comorbidité des personnalités Antisociale et Narcissique d'autre part. L'effet ne se fait pas au même niveau. En effet, la comorbidité des personnalités

Antisociale/Paranoïaque a un fort impact sur le score total à la PCL-R et surtout sur le Facteur 2 mais pas d'impact sur le Facteur 1 même si chacune séparément a un effet dessus (cf. tableau 10 p. 97). Au contraire, la comorbidité des personnalités Antisociale/Narcissique n'a d'impact que sur le Facteur 1.

a) Comorbidité des personnalités Antisociale et Paranoïaque

Nous observons donc que l'association du trouble Antisocial et du trouble Paranoïaque, autrement dit la comorbidité entre ces deux troubles, a un fort impact sur le score total à la PCL-R (39% de variance expliquée contre 35% et 20% séparément) et la composante comportementale (45% de variance expliquée contre 40% et 23% respectivement et séparément) surtout par rapport au trouble Paranoïaque. Cette association a donc beaucoup plus d'impact sur la dimension comportementale (F2) d'abord, puis sur le niveau de psychopathie en général. La force des manifestations notamment comportementales de chacun de ces troubles se conjugue pour avoir encore plus d'impact sur le niveau de psychopathie. Leur association apparaît alors « explosive ».

Cette association des troubles Antisocial/Paranoïaque fait perdre de sa significativité au trouble Narcissique ainsi que comme nous le verrons plus tard au trouble Borderline qui n'apparaissent plus dans les régressions multiples concernant le score total à la PCL-R et le Facteur 2.

Nous pourrions expliquer ce résultat par le fait, comme vu plus haut, qu'un narcissisme exacerbé ou au contraire un manque d'estime de soi font partie de la même pathologie et sont sur un continuum concernant le narcissisme. Nous pouvons retrouver dans nos protocoles des sujets psychopathes qui cotent plus ou moins fortement au Facteur 1 notamment à l'item « surestimation de soi et grandiosité ». C'est alors souvent le Facteur 2, plus élevé, qui contrebalance et permet, entre autre, une forte cotation à la PCL-R. La personnalité Narcissique n'a qu'un impact modéré sur le Facteur 1 alors que nous aurions pu nous attendre à un impact beaucoup plus élevé.

b) Comorbidité des personnalités Antisociale et Narcissique

L'association de ces deux troubles, Antisocial et Narcissique, et donc leur comorbidité expliquent 22% de la variance du score Facteur 1 ce qui améliore la prédiction en augmentant

le score au Facteur 1 (18% avec le trouble Antisocial seul et 13% avec le trouble Narcissique seul). Ceci va également dans le sens de la littérature (Widiger, 2006) qui montre que les troubles de la personnalité Antisociale et Narcissique sont les deux troubles les plus rapportés à la psychopathie. Le trouble Narcissique est corrélé au Facteur 1 de la PCL-R et le trouble Antisocial est davantage corrélé au Facteur 2 bien que toutefois corrélé au Facteur 1 (Hare, 1991 ; Hare et al., 1991). Le trouble Narcissique est également fortement associé au score total à la PCL-R et au Facteur 2 et exerce un impact sur un haut niveau de psychopathie en général ainsi que sur le Facteur 1 et le Facteur 2.

Enfin, de la même manière que la comorbidité Antisociale et Paranoïaque avait fait perdre son effet au trouble Narcissique sur le Facteur 2, la comorbidité des troubles Antisocial et Narcissique « efface » l'impact du trouble Paranoïaque en terme d'association sur le Facteur 1, son impact n'ayant sans doute pas été assez fort.

c) Synthèse

Le trouble Antisocial est de loin le trouble qui a le plus d'impact sur la psychopathie autrement dit, il est le meilleur prédicteur des scores à la PCL-R (score total et scores à F1 et surtout F2). La comorbidité des personnalités Antisociales et Paranoïaques est intéressante car particulièrement forte en terme d'impact sur le score total à la PCL-R et surtout sur le Facteur 2.

IV-A-2) Comorbidité particulière : le trouble de la personnalité Borderline, un effet particulier sur la PCL-R ?

Nous allons maintenant revenir sur le cluster B avec le trouble Borderline qui, selon notre hypothèse, pourrait avoir un impact particulier au milieu des troubles précédemment cités qui augmentent considérablement le niveau de psychopathie mais aussi les scores aux Facteurs 1 et 2. En effet, nous postulions que l'effet pourrait être particulier (neutre ou inverse) sur le Facteur 1 en raison de certaines caractéristiques (sensibilité anxio-dépressive, capacité d'attachement). Nous allons voir que cette partie de l'hypothèse (effet inverse) est infirmée.

Ce qui nous intéresse ici particulièrement est le lien du trouble de la personnalité Borderline avec la psychopathie (PCL-R) et son influence sur les scores à la PCL-R (total, F1, F2). Le trouble Borderline a-t-il un effet particulier sur la psychopathie et a-t-il un effet si associé à d'autres troubles de l'Axe II ?

Nous nous sommes au départ focalisés sur les manifestations dépressives, anxieuses et pensions que la présence du trouble Borderline avec ces caractéristiques aurait une influence les manifestations interpersonnelles (Facteur 1) de la psychopathie. Une corrélation du trouble de la personnalité Dépressive (21,3% dans notre population totale) aurait pu être intéressante, mais il n'y a aucun résultat significatif de ce côté-là. Des éléments plus précis dans ce domaine seraient intéressants au regard de la question de l'incapacité à déprimer des sujets psychopathes (Cleckley, 1941).

Nous avons vu, de par la théorie, qu'une sensibilité dépressive, anxieuse, une capacité d'attachement (nécessaire pour l'établissement d'une alliance thérapeutique) ainsi que l'angoisse et la souffrance permettent à une personne de s'inscrire dans une volonté de changement, ceci permettant donc le début d'une prise en charge psychothérapeutique ou, du moins, une possibilité de prise en charge. Il s'agit même d'une condition nécessaire pour l'efficacité de cette prise en charge.

Si notre première partie d'hypothèse concernant les liens entre la PCL-R et les troubles de l'Axe II a été confirmée, notre hypothèse concernant l'effet inverse du trouble Borderline sur la psychopathie au niveau du Facteur 1 est infirmée par l'absence de lien corrélationnel. En revanche, même si le lien et l'impact sont moins forts que pour les troubles Antisocial, Narcissique et Paranoïaque, notre hypothèse est bien confirmée au niveau du lien avec le score total à la PCL-R et le score au Facteur 2 ainsi que de l'impact de ce trouble sur ces scores.

En effet, nous nous attendions à un amoindrissement des manifestations de narcissisme pathologique et de détachement émotionnel (Facteur 1) en raison des caractéristiques de dépressivité et de sensibilité à l'alliance relationnelle (relatives au Facteur 1, facteur interpersonnel). Or, nos résultats montrent une absence de lien entre le trouble Borderline et le Facteur 1. Le lien entre ces deux troubles ne s'établit donc pas sur les composantes de narcissisme et de détachement émotionnel sans pour autant que le contraste soit suffisant entre les deux troubles pour obtenir une corrélation négative entre le trouble Borderline et le Facteur 1. En revanche, le trouble Borderline est associé significativement au score total à la PCL-R ($r=.241$, $p=.031$) même s'il l'est bien moins fortement que les personnalité Antisociale, Paranoïaque et Narcissique évoquées plus haut. Le trouble

Borderline augmente donc le niveau de psychopathie de manière significative et particulièrement le Facteur 2 relatif à la dimension de comportements antisociaux chroniques et impulsifs (r=.299, p=.007) de manière encore plus significative. Ceci va dans le sens d'observations et résultats de certains auteurs rapprochant la psychopathie du trouble Borderline (Stånlenheim & von Knorring, 1998) et proposant même un sous-type de psychopathe Borderline (Murphy & Vess, 2003). La CIM-10 (WHO, 1992) fait référence à la personnalité « Dyssociale » (60.2) qui se rapproche de la personnalité Antisociale du DSM-IV mais aussi à la personnalité « Emotionnellement labile » avec un type « impulsif » (60.30) et « Borderline » (60.31) dont les critères sont les sentiments de vide, les relations intenses et instables, les menaces de suicide, abandon… Ce sont alors les caractéristiques comportementales (impulsives) qui permettent de rapprocher ce type de personnalité de la psychopathie.

De plus, la personnalité Borderline apparaît dans les régressions linéaires simples (cf. tableaux 12 et 13, pp. 98-99) comme ayant un effet sur le score total PCL-R, même si celui-ci n'est pas très élevé puisqu'il n'explique que 6% de la variance du score à la PCL-R. Allant dans le sens du lien corrélationnel, il a surtout un effet sur sa composante comportementale (Facteur 2) dont l'impact, bien qu'un peu plus élevé, reste moindre (9% de variance expliquée) par rapport à ceux des personnalités Antisociale, Paranoïaque et Narcissique. Ces résultats nous montrent que c'est avant tout la composante impulsive du trouble Borderline qui influe sur la PCL-R et non la composante interpersonnelle. La présence du trouble Borderline augmente donc le score à la PCL-R et peut être prédictrice d'un plus haut niveau de psychopathie mais surtout de comportements antisociaux chroniques (F2) plus importants de par le poids de son impulsivité.

L'impulsivité, en tout cas, est aussi majeure chez les sujets présentant le trouble Borderline, comme le montrent certains critères du DSM-IV faisant référence à « l'impulsivité marquée dans au moins deux des domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) » ou encore les « colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ». En résumé, le trouble Borderline est en lien avec la psychopathie (PCL-R) et notamment sa composante comportementale (F2).

Cela signifierait que la connaissance issue de l'expérience, d'observations et d'intuitions cliniques, mettant en avant la présence une certaine complexité psychique

(sensibilité anxio-dépressive, culpabilité, sensibilité à l'attachement), serait plutôt source d'illusion thérapeutique.

Concernant l'implication du trouble Borderline en terme de comorbidité avec les autres troubles de l'Axe II, il n'apparaît plus comme ayant une influence si les personnalités Antisociale et Paranoïaque sont aussi prises en considération pour le score total à la PCL-R et au Facteur 2. Comparativement à ces troubles, il n'apparaît plus comme « utile » dans la prédiction et donc l'explication de ces variables (scores total PCL-R et F2). Ceci s'explique par le fait que le lien et l'impact du trouble Borderline sont comparativement moins forts que ceux des troubles cités précédemment.

IV-A-3) Le poids de l'impulsivité, une donnée importante de nos résultats

La caractéristique essentielle de la psychopathie est la dimension interpersonnelle. Toutefois, la dimension impulsive est soulignée par nos résultats en ce qui concerne l'effet des troubles de l'Axe II sur les scores à la PCL-R. Le rôle de l'impulsivité, dimension commune aux troubles du cluster B et celle qui les caractérise le plus (Looper & Paris, 2000), est donc majeur. Celle-ci peut constituer un point de convergence entre les systèmes catégoriel et dimensionnel à nuancer en fonction du niveau de la sévérité de l'impulsivité. En effet, la sévérité de l'impulsivité figure parmi les facteurs qui différencient les troubles du cluster B, les troubles Borderline et Antisocial se différenciant par leur plus grand niveau de sévérité (notamment par rapport aux troubles Narcissique et Histrionique) (Kernberg, 1984).

De plus, la littérature a déjà souligné le recouvrement des troubles du Cluster B et de la psychopathie avec en point commun principal encore une fois l'impulsivité. Nos résultats appuient le fait que les impulsions, les caractéristiques antisociales, narcissiques et paranoïaques sont essentielles à repérer car principalement associées à la gravité psychopathique.

En outre, comme le montrent de nombreux travaux, les troubles addictifs sont aussi associés à la délinquance et la criminalité (Timmerman & Emmelkamp, 2001) ainsi qu'à la gravité de la psychopathie en terme de score total (Pham, Malingrey et al., 2007). Associés

aux troubles psychiatriques majeurs, ils posent de plus en plus la question du double diagnostic (de Beaurepaire, 2007) en tout cas chez les arrivants en prison puisque la prison empêcherait ce genre de consommation. Cela souligne l'intérêt de l'examen standardisé et de la complémentarité du catégoriel et du dimensionnel pour la psychopathie évaluée avec la PCL-R et cela en ne se limitant pas au score global de la PCL-R mais également à ceux du Facteur 1 et surtout du Facteur 2 (impulsivité). Dans ce sens, la distinction en catégories diagnostiques pourrait être remise en question par une approche dimensionnelle. La prise en charge pourrait être différenciée selon les scores de F1 et F2 et en fonction de la personnalité Borderline dont la comorbidité a finalement un certain poids par rapport à ce qui était attendu même si l'effet était attendu ailleurs à savoir sur le Facteur 1.

Ceci va dans le sens de liens complexes entre ces différentes personnalités (Antisociale, Narcissique et Borderline).

Au niveau phénoménologique, l'impulsivité est la tendance à agir à partir d'une pensée ou d'un sentiment sans prendre en considération les alternatives et les conséquences. La conception de Zanarini (1993) de « spectre impulsif » recouvre les Axes I et II. C'est une notion centrale pour les diagnostics du cluster B puisqu'elle est dominante dans les troubles Borderline et Antisocial. Le trouble Borderline est polymorphe et nous insistons sur le fait que c'est le versant impulsif, antisocial qui prédomine ici dans nos résultats.

Les comportements impulsifs sont dirigés contre les autres chez les patients présentant un trouble de la personnalité Antisociale et en général dirigés contre eux-mêmes chez les patients présentant le trouble de la personnalité Borderline (chez les patients narcissiques, l'impulsivité s'exprime dans le contexte interpersonnel). Pourtant, si dans notre population les sujets présentant le trouble Borderline peuvent avoir cette impulsivité dirigée contre eux-mêmes, elle est aussi dirigée vers les autres de par la nature de leurs relations et leur propension aux actes délictueux.

Les traits d'impulsivité et d'agressivité peuvent aussi expliquer pourquoi les troubles du cluster B covarient et pourquoi ils peuvent différer dans les manifestations cliniques et leur évolution, les personnalités Narcissique, Borderline, Antisociale ayant des dimensions de personnalité latentes orientées vers l'action caractérisée par l'impulsivité, l'agressivité et la recherche de nouveauté (Fossati, Barrat, Borroni, Villa, Grazioli, & Maffei, 2007). Pour le trouble Borderline, l'impulsivité serait distincte de celle observée dans les autres troubles dans le sens de l'impulsivité motrice et non planning. Les actes agressifs des sujets borderline

seraient alors davantage une conséquence dangereuse de la déficience de leur système de contrôle comportemental (Ibid.) que par exemple une agressivité plus instrumentale.

Nous avons pu observer que les items qui sont ressortis le plus souvent lors des passations du SCID-II concernant le trouble de la personnalité Borderline sont surtout et quasiment à chaque fois « l'impulsivité marquée dans au moins deux des domaines potentiellement dommageables pour le sujet » et « Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ». Nous pouvons aussi penser que pour les syndromes composant le trouble Borderline, l'impulsivité a un poids différent et plus important que les autres, d'où la tendance à la récidive.

IV-A-4) Synthèse : Nos résultats vont dans le sens d'une hétérogénéité de la psychopathie

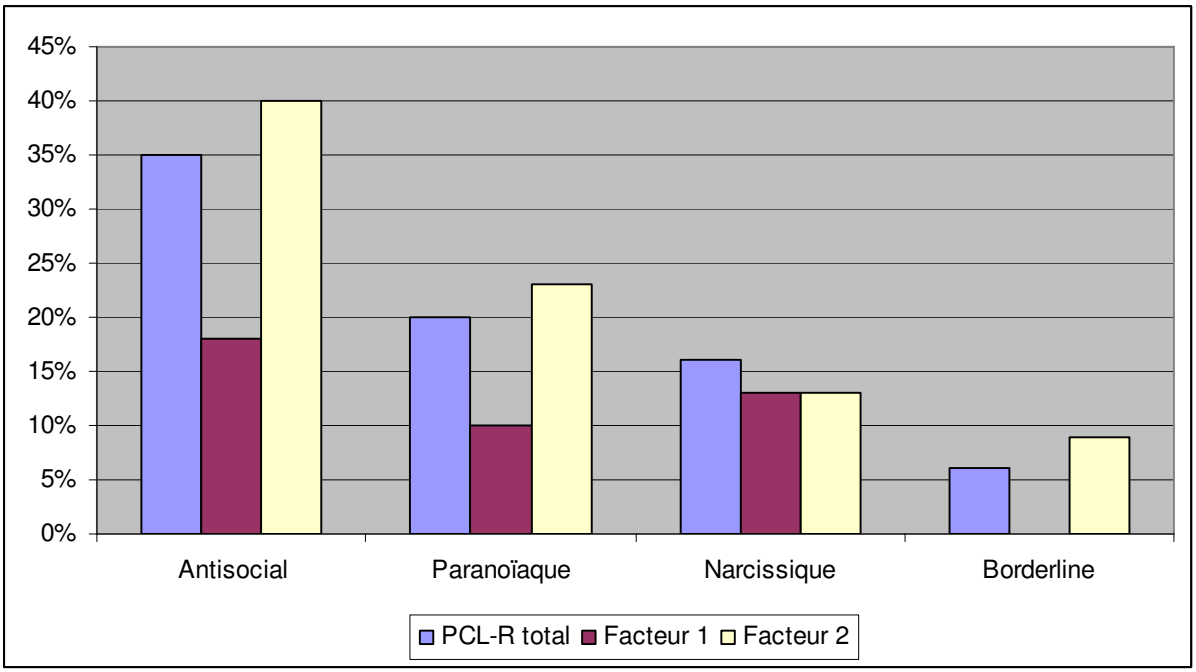
Nos résultats vont donc dans le sens d'une hétérogénéité de la psychopathie. En effet, le niveau de psychopathie et les dimensions interpersonnelle (F1) et comportementale (F2) vont varier en fonction de l'influence et/ou de l'impact des troubles de l'Axe II ici les troubles Antisocial, Narcissique et Borderline du cluster B ainsi que le trouble Paranoïaque du cluster A. Concernant ces troubles, Coid (2003) avait déjà remarqué la comorbidité du trouble Antisocial avec les troubles Narcissique, Borderline et Paranoïaque (avec aussi le trouble Passif-agressif que nous n'avons pas retrouvé). Les manifestations de ces troubles, notamment comportementales, varieront dans le même sens.

Widlöcher, dans la préface du livre de Kernberg (1997) rend compte des différentes caractéristiques de différents troubles engendrant des variabilités au niveau du comportement et plus généralement de leurs manifestations : *« Le terme de syndrome ne définit pas un ensemble de symptômes révélateurs d'un quelconque trouble fondamental de la personnalité. Il caractérise seulement un ensemble d'opérations mentales qui, au sein d'une variance d'attitude, apparaît comme une configuration relativement stable et repérable chez des patients qui diffèrent par ailleurs par d'autres traits (p. 7) ».* Si la psychopathie est composée de types ou classes distinctes, il n'est pas étonnant de constater des effets différents au niveau

du traitement (Harris & Rice, 2007), point sur lequel nous reviendrons dans la partie « prise en charge » de la discussion (pp. 152-156).

Le graphique suivant (graphique 1) récapitule l'impact des troubles Antisocial, Paranoïaque, Narcissique et Borderline afin d'illustrer nos propos.

Graphique 1- Récapitulatif de l'impact de troubles de l'Axe II sur la PCL-R (scores total, F1, F2).



Les troubles Antisocial, Narcissique et Borderline ont un impact sur un haut niveau de psychopathie (PCL-R) et peuvent donc en compliquer l'évolution, les manifestations. Le fait que le cluster B ressorte davantage peut venir du fait que les liens entre ces troubles sont complexes puisqu'une zone de recouvrement les rassemble.

L'enchevêtrement relatif au cluster B vient du fait que les tendances antisociales et psychopathiques sont conceptualisées comme étant situées sur un continuum avec le narcissisme qui implique une motivation à dominer, humilier et manipuler les autres (Widiger, 2006). D'ailleurs, selon Kernberg (1975), la personnalité Antisociale peut être considérée comme un sous-groupe des personnalités Narcissiques. En effet, quelques caractéristiques de la personnalité Narcissique du DSM-IV rappellent certaines de la psychopathie : sentiment de grandiosité du soi, arrogance, manière d'être et comportements hautains, le manque d'empathie et l'exploitation interpersonnelle. Le trouble Narcissique est même plus proche de la psychopathie vue par Cleckley que ne le serait le trouble Antisocial

(Hare et al, 1991). Au vu de leurs caractéristiques, il n'est pas étonnant que les personnalités Narcissique et Antisociale soient les plus fortement associées à la Psychopathie dans la littérature.

Pourtant, nos résultats font davantage ressortir l'impact du trouble Antisocial, le plus associé et le plus prédicteur d'un haut niveau de Psychopathie (PCL-R), de narcissisme et détachement émotionnel (F1) mais surtout de forts comportements antisociaux chroniques (F2). Nous avons vu qu'il a plus d'effet sur le narcissisme et le détachement émotionnel (F1) que la personnalité Narcissique. De plus, avant le trouble Narcissique, c'est ensuite le trouble Paranoïaque qui est le plus associé à la Psychopathie si nous prenons en considération le score total à la PCL-R (pour le Facteur 1 c'est le trouble Narcissique qui ressort avant le trouble Paranoïaque).

Nous savons aussi que les troubles Narcissique, Borderline et Antisocial sont étroitement liés entre eux que ce soit par une organisation limite sous-jacente (cf. Kernberg) ou par l'impulsivité qui les caractérise. Ce recouvrement a souvent été observé dans la littérature. Les troubles Narcissique et Borderline feraient donc partie des pathologies du narcissisme mais de manières différentes : autant un patient présentant une personnalité Narcissique montrera un narcissisme exacerbé, se surestimera et voudra être le centre de l'attention, autant un patient au fonctionnement Borderline aura plutôt une faible estime de soi. Les blessures narcissiques et les défaillances à ce niveau s'expriment alors différemment mais constituent un point commun aux deux fonctionnements. A la même cause (défaillances narcissiques), il en résulte deux manières de réagir. Si le narcissique se surestime autant, c'est sans doute aussi pour se défendre d'une mauvaise estime de soi.

De plus comme vu précédemment (pp .124-126), nos résultats, que ce soit concernant le trouble Borderline mais aussi en ce qui concerne les liens entre les troubles Antisocial et Paranoïaque avec notamment le Facteur 2, soulignent toute l'importance de l'impulsivité, surtout pour les troubles du cluster B (Fossati et al., 2007).

Ceci nous ramène à la notion de variantes primaire et secondaire de la psychopathie. Au vu de la description de ces variantes (Douglas et al., 2006), nous pensons que celles-ci sont en lien avec les comorbidités entre la psychopathie et les troubles de l'Axe II Antisocial, Narcissique, Borderline et Paranoïaque dont nos résultats soulignent l'impact sur le niveau de psychopathie.

D'un point de vue étiologique, nous avons vu que les sujets psychopathes primaires seraient prédisposés biologiquement aux déficits affectifs alors que chez ceux présentant une

psychopathie secondaire, ces déficits sont plutôt acquis, la différence se situant donc au niveau génétique pour l'un, environnemental pour l'autre (Skeem et al., 2003 ; Hicks et al., 2004 ; Jackobwitz & Egan, 2006 ; Skeem et al., 2007). Les psychopathes primaires sont alors plus à même de montrer de véritables déficits affectifs (insensibilité émotionnelle, déficit de réactivité aux messages émotionnels, manque de conscience et de culpabilité), un manque d'anxiété-trait et un narcissisme manifeste. Les psychopathes secondaires, même avec des déficits affectifs acquis, ont davantage de capacités pour les émotions, des niveaux d'anxiété plus élevés et peuvent faire preuve d'une émotionnalité négative comparable à certaines caractéristiques du fonctionnement borderline (colère, impulsivité, mécanismes de défense primitifs et clivage). Cela rejoint alors la question du tempérament. Par rapport à l'anxiété et même si le psychopathe peut être vu traditionnellement comme sans aucune émotion, ni les critères du DSM-IV, ni ceux de la PCL-R ne prennent en compte une faible anxiété chez les psychopathes (Cleckley, 1941). Il n'est donc pas étonnant de retrouver parfois des éléments d'anxiété. Toujours est-il que ces psychopathes secondaires ont moins de traits psychopathiques mais des niveaux comparables de comportements antisociaux. Nos résultats vont dans ce sens concernant le trouble Borderline et la dimension comportementale impulsive (F2).

Ceci rejoint la question aussi de la stabilité des comportements violents chez les psychopathes ayant un score supérieur à la PCL-R et donc du problème de l'hétérogénéité de ces comportements violents (Pham & Côté, 2000) sans oublier que les délinquants violents constitueraient un groupe hétérogène lorsque des perturbations mentales sont prises en compte (Huchzermeier, Bruß, Godt, & Aldenhoff, 2006). Trente à soixante pourcent des personnes recevant un diagnostic de trouble de la personnalité présentent également les critères de la personnalité Borderline (De Fruyt, De Clercq, Miller, Rolland, & Lynam, 2008). Ceci met en évidence la forte comorbidité souvent retrouvée des troubles de l'Axe II, notamment avec le trouble Borderline.

IV-A-5) Affinement en fonction des liens entre troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et types de délits violents et non violents.

Cette partie nous permet d'éclairer l'impact des troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) sur les types de délits violents et non violents.

IV-A-5-a) Selon les délits violents

a) Psychopathie (PCL-R) et délits violents

Dans la littérature, la psychopathie est liée aux comportements violents (Pham, 1998a ; Côté, Hodgins et al., 2000 ; Porter & Woodworth, 2006). La PCL-R est significativement corrélée aux délits violents et les sujets ont une carrière criminelle plus variée et étendue (Hare, 1991, 2003). Nos résultats ne font pas ressortir de lien direct entre la psychopathie et la présence de délits violents. Toutefois, ce lien s'inscrit au niveau du nombre de délits violents dans nos résultats surtout en ce qui concerne le score total à la PCL-R et le score au Facteur 2. Donc, plus le niveau de psychopathie et la dimension comportementale (F2) sont élevés, plus le nombre de délits violents commis par un sujet augmentera. En ce qui concerne les types de délits, les vols qualifiés et la possession d'arme sont liés à la psychopathie.

<u>- Vols qualifiés et possession d'arme</u>

S'agissant des types de délits violents et allant dans le sens de la littérature (Pham, 1998a ; Pham, Chevrier, et al., 2005), la psychopathie ainsi que la personnalité Antisociale sont liées de manière significative à ce type de délits. Ainsi, plus un sujet a un score élevé de psychopathie, plus les vols qualifiés (vols qualifiés, vols à main armée, vols avec violence, extorsion) et les délits en lien avec la possession d'arme (possession d'arme ou port dissimulé, explosifs, braquer ou utiliser une arme à feu) y seront associés. Il s'agit donc ici de délits plutôt instrumentaux qui peuvent être en rapport avec une violence interpersonnelle ou non.

- Homicide et délits sexuels

Nos résultats suggèrent que la PCL-R n'est pas associée aux homicides (ni positivement ni négativement et ni de par F1 ou F2). Cela confirme que le score total à la PCL-R n'est pas associé aux délits d'homicide ni aux délits sexuels (Pham, Chevrier, et al., 2005). L'homicide est une catégorie de crime hétérogène qui dépendrait à la fois du sujet ayant commis ce crime et du contexte (Porter & Woodworth, 2006) et qui renverrait au caractère instrumental ou émotionnel du crime. Les délits sexuels regroupent différents types délits allant de l'attouchement au viol. Dans notre population, ce sont surtout les viols qui composent cette catégorie. Selon Hare (1999), la psychopathie peut être diagnostiquée chez 40 à 50 % des violeurs. Dans ce sens, Vess, Murphy & Arkovitz (2004) montrent que la prévalence de la psychopathie fait la différence chez les violeurs comparée à d'autres types de délits sexuels.

Les corrélations concernant les délits sexuels nous interpellent alors : le Facteur 2 y est fortement et négativement associé et le score total à la PCL-R tend à y être négativement associé. Cela voudrait dire que plus le score au Facteur 2 est fort et donc plus les comportements antisociaux et impulsifs sont importants, moins un sujet commettrait de délits sexuels. Une absence d'association entre la PCL-R et les délits sexuels (Pham, 1998a ; Pham, Chevrier, et al., 2005) a été rapportée. Nos résultats sont donc étonnants et contradictoires avec la littérature. Des outils spécifiques dont nous ne disposons pas seraient utiles afin d'éclairer ce résultat qui est donc à prendre avec précaution.

b) Troubles de l'Axe II et délits violents

Tout comme la psychopathie, les troubles de l'Axe II ne sont pas associés à la présence de délits violents. Toutefois, les personnalités Antisociale et Borderline sont aussi fortement corrélées au nombre de délits violents.

Le trouble Antisocial est en lien avec les vols qualifiés, les voies de fait, possession d'arme et comme nous l'avons vu, les délits sexuels (mais négativement). Ainsi, excepté pour les délits sexuels, plus un sujet présente le trouble Antisocial, plus les délits de vols violents, voies de fait et possession d'arme seraient commis (surtout pour les vols qualifiés et la possession d'arme).

Le trouble Borderline est en lien avec les vols qualifiés et voies de fait, d'ailleurs un peu plus que le trouble Antisocial pour les voies de fait. Le caractère violent peut là aussi

s'inscrire dans l'impulsivité caractéristique de ces deux troubles, d'autant plus que les vols qualifiés sont corrélés avec le Facteur de 2 de la PCL-R.

Nous aurions également pu nous attendre à ce que le trouble Narcissique soit en lien avec les délits violents puisqu'il est associé à la PCL-R mais ce n'est pas le cas. Pourtant les vols qualifiés et possession d'arme sont associés au Facteur 1 de la PCL-R. Ceci signifierait que dans notre population, les délits violents sont davantage associés au caractère impulsif des sujets.

IV-A-5-b) Selon les délits non violents

a) Psychopathie (PCL-R) et délits non violents

Nos résultats rendent compte d'un lien entre la dimension comportementale (F2) et la présence de délits non violents. Aucune association n'est observée entre les scores à la PCL-R et le nombre de délits non violents ainsi qu'avec les différents types de délits non violents. Il apparaît donc que le niveau de psychopathie n'a pas de lien particulier avec les délits non violents, en tout cas pas plus que d'autres troubles. Seule la dimension comportementale et impulsive (F2) tend à être corrélée avec les vols simples.

b) Troubles de l'Axe II et délits non violents

Le trouble Borderline est corrélé au nombre de délits non violents, notamment aux délits mineurs et aux délits relatifs à la drogue qui a la plus forte association. Comme nous l'avons déjà vu, les troubles addictifs sont en lien avec le trouble Borderline, comme peut en témoigner l'item 4 du DSM-IV « impulsivité marquée dans au moins deux domaines » notamment la toxicomanie qui concernerait plus de la moitié des patients Borderline (Pham-Scottez, 2007). Le lien avec les délits mineurs est moins significatif.

Il est intéressant de noter que les troubles vus précédemment en lien avec la PCL-R et la HCR-20 ne sont pas en lien avec les délits non violents. Ainsi, les personnalités Paranoïaque et Antisociale qui sont également les plus associées à la psychopathie (PCL-R) et au risque de récidive (HCR-20) ne sont pas associées aux délits non violents.

c) Synthèse

Les catégories de délits (violents et non violents) ne sont pas significativement liées à la psychopathie ou aux troubles de l'Axe II. Ce n'est donc pas ce qui peut les différencier. D'après nos résultats, on ne peut donc pas dire que parce qu'un sujet commet un acte violent, il aura plus de risque de présenter un niveau de psychopathie élevé. En revanche, nous pouvons penser qu'un sujet qui commet beaucoup d'actes violents aura plus de risque de présenter un haut niveau de psychopathie, le nombre de délits violents étant très associé aux scores à la PCL-R (total, F1, F2), tout comme les personnalités Borderline et Antisociale soulignant une fois de plus le poids de l'impulsivité. Il en est de même pour les sujets présentant ces troubles de l'Axe II.

*****

Ce premier chapitre a établi des liens entre les troubles de la personnalité Antisociale, Narcissique, Borderline et Paranoïaque de l'Axe II et le niveau de psychopathie en terme de score total à la PCL-R et aux Facteurs 1 et 2. Qu'en est-il alors concernant les scores à la HCR-20 (score total, Facteurs H, C et R)? Nous verrons tout d'abord quels peuvent être les liens entre la PCL-R et la HCR-20 dans notre population puis les liens entre les troubles de l'Axe II et la HCR-20.

*****

IV-B) Hypothèse 2 : Impact du niveau de psychopathie (score PCL-R, F1, F2) et des troubles de l'Axe II sur les scores à la HCR-20

Comme le soulignent Pham, Ducro, et al. (2005), certaines dispositions légales de libération sous conditions stipulent que le risque de récidive représente une *« contre-indication majeure »* à la libération et *« les praticiens doivent faire face à un manque de données relatives au taux de base de récidive (générale, violente, sexuelle, non sexuelle et non violente) et à la validation des instruments de risque (p. 883). »* Dans notre étude, c'est la récidive officielle et qui a donné lieu à des poursuites judiciaires qui a été prise en compte, ce qui peut minimiser le risque réel. Rappelons la bonne qualité prédictive de la HCR-20 concernant la récidive et notamment de la récidive violente. Selon Wood & Newton (2003), il serait judicieux de cibler les sujets délinquants récidivistes et de prendre en compte les facteurs de personnalité qui peuvent influencer la colère (en terme de programme de gestion de la colère par exemple). Les liens avec les troubles de l'Axe II que nous avons cherchés à établir sont donc importants.

IV-B-1) Psychopathie (PCL-R : score total, F1 et F2) et Risque de récidive (HCR-20 : score total, Facteurs H, C et R)

Comme attendu et dans le sens de la littérature (Wong & Burt, 2007 ; Hemphill et al., 1998), nos résultats mentionnent qu'un haut niveau de psychopathie augmente fortement les scores à la HCR-20. Ainsi, le niveau de psychopathie et ses dimensions interpersonnelle (F1) et comportementale (F2) augmentent le score total à la HCR-20 ainsi que les scores aux Facteurs Historique, Clinique et Risque. Rappelons que le Facteur H correspond aux dix items relatifs au passé « statique » (événements passés dans la vie du sujet), le Facteur C aux dix items dynamiques relatifs au présent (événements actuels) et le Facteur R aux cinq items dynamiques relatifs au futur (conséquences futures dues aux actes du sujet). Toutefois, l'impact diffère en fonction des variables.

IV-B-1-a) Impact du score total à la PCL-R sur la HCR-20

Plus précisément (cf. tableau 31), nos résultats suggèrent que le niveau de psychopathie (score total à la PCL-R) a surtout un fort impact sur le score total à la HCR-20 et sur le score au Facteur C, impact qui est quasi identique. Il a ensuite un impact sur le Facteur R et son impact est moindre mais tout de même assez fort sur le Facteur Historique (45%).

Tableau 31- Récapitulatif de l'impact du score total à la PCL-R sur les scores à la HCR-20.

PCL-R total	→	HCR total (68% de la variance expliquée)
		Facteur H (45% de la variance expliquée)
		Facteur C (68% de la variance expliquée)
		Facteur R (57% de la variance expliquée)

a) Facteur Clinique

Ainsi, l'impact le plus fort serait sur le score au Facteur C représentant le présent et donc le manque d'introspection (C1), les attitudes négatives (C2), les symptômes actifs de troubles mentaux majeurs (C3), l'impulsivité (C4) et la non réponse au traitement (C5). En effet, la psychopathie par définition empêche l'introspection puisque l'individu ne se sent pas atteint d'un quelconque trouble, ne se pose pas de questions sur son comportement, rejette la faute sur les autres et ne se sent donc pas fautif ni coupable. Il ne peut évaluer le manque de contrôle en général ou la colère dont il peut faire preuve. Les attitudes antisociales font partie des attitudes négatives (C2) et l'impulsivité (C4) bien sûr fait partie de la psychopathie qui est bien connue pour résister au traitement.

b) Facteur Risque

C'est donc ensuite sur le Facteur R qu'il agit le plus, facteur relatant la capacité à s'adapter, s'ajuster aux futures situations que le sujet va rencontrer. Cet item est lié au manque de soutien à un niveau professionnel. Comment le sujet va-t-il réussir à s'adapter et comment va-t-il réagir ? Nous nous plaçons ici dans l'hypothèse que le sujet va être libéré. En effet, un haut niveau de psychopathie fait craindre l'impossibilité de planifier des projets à long terme de manière réaliste (item 13 ; R1). Ceci est en lien avec une prise en charge

appropriée. Parfois la famille ou les proches (amis…) ne peuvent pas ou ne veulent pas apporter leur aide (Webster et al., 1997) ce qui complique les choses (R3). Ou encore, la famille ou les proches le peuvent mais l'individu ne l'accepte pas. Le fait de s'exposer à des facteurs déstabilisants fait également partie du Facteur R. Il s'agit là pour le sujet de se retrouver par hasard dans des situations dans lesquelles il se trouve vulnérable et qui pourraient avoir pour conséquence des épisodes violents, c'est-à-dire agir en véritable déclencheurs. Ces conditions sont inhérentes à chaque individu et peuvent différer. Les sujets psychopathes, sans prise en charge, ne peuvent d'eux-mêmes reconnaître ces situations et les éviter. L'inobservation des mesures curatives (R5) est également à craindre étant donnée la difficulté de traitement de la psychopathie, traitement relatif à la motivation et à la volonté de changement qui n'est guerre caractéristique à la psychopathie.

c) Facteur Historique

Enfin, le Facteur H est celui sur lequel le niveau de psychopathie (score total à la PCL-R) a le moins d'impact. Peut-être est-ce celui qui revêt le moins un caractère comportemental. Ainsi, nous parlons de l'impact de la psychopathie sur le Facteur H mais c'est peut-être dans l'autre sens qu'il faudrait traiter la question, c'est-à-dire que ce sont les items du Facteur H (événements passés) qui auront pu faire qu'un individu peut présenter un certain niveau de psychopathie. En effet, le Facteur H, outre le fait qu'il fasse référence à la psychopathie (H7), aborde les questions de violence antérieure (H1), premier acte de violence commis à un jeune âge (H2), instabilité des relations (H3), problème d'emploi (H4), abus de substances (H5), troubles mentaux majeurs (H6), inadaptation durant l'enfance et l'adolescence (H8), troubles de la personnalité (H9) et enfin, échec antérieur de la surveillance (H10). Mis à part les items H6, H9 (relatifs aux troubles de l'Axe II du DSM-IV par exemple ? et justement puisque c'est aussi ce qui nous intéresse) et H10, tous les autres font partie d'une certaine manière de l'évaluation de la psychopathie telle que mesurée par le score total à la PCL-R (avec donc des items relatifs au Facteurs 1 ou au Facteur 2 et trois autres items sans appartenance). Il peut donc être étonnant que l'impact ne soit pas plus fort, bien que déjà conséquent (nous comparerons plus tard avec les troubles de l'Axe II) et la raison pourrait être à chercher du côté de l'impact des Facteurs 1 et 2.

IV-B-1-b) Impact des Facteurs 1 et 2 de la PCL-R sur la HCR-20

Le tableau ci-dessous (cf. tableau 32) rappelle la portée de l'impact des composantes interpersonnelle (F1) et comportementale (F2) sur les scores à la HCR-20 (score total, Facteurs H, C et R).

Tableau 32- Récapitulatif de l'impact des scores aux Facteurs 1 et 2 de la PCL-R sur les scores à la HCR-20.

Facteur 1	→	HCR total (48% de la variance expliquée) Facteur H (24% de la variance expliquée) Facteur C (64% de la variance expliquée) Facteur R (44% de la variance expliquée)
Facteur 2	→	HCR total (67% de la variance expliquée) Facteur H (54% de la variance expliquée) Facteur C (55% de la variance expliquée) Facteur R (54% de la variance expliquée)

a) Impact du Facteur 1 sur les scores à la HCR-20

La dimension narcissique et de détachement émotionnel (F1) a un impact sur le score total à la HCR-20 (48%) mais d'abord et surtout sur le facteur C (64%) (Pham, Chevrier, et al., 2005). Elle a ensuite un impact sur le Facteur R (44%) puis sur le Facteur H sur lequel l'impact est bien plus faible (24%).

C'est donc sur le Facteur C que l'impact du Facteur 1 est le plus élevé par rapport au score total à la HCR-20 et aux autres Facteurs H et R. C'est sans doute par exemple le narcissisme pathologique et le détachement émotionnel qui jouent davantage sur le manque d'introspection (C1), les attitudes négatives (C2) et la non réponse au traitement (C5). De la même manière que pour le score total à la PCL-R, c'est ensuite sur le Facteur R puis sur le Facteur H que le Facteur 1 de la PCL-R a une influence (cet ordre n'est plus tout à fait le même concernant l'impact du Facteur 2 de la PCL-R).

L'impact du Facteur 1 a en général moins d'effet sur la HCR-20 (l'écart est réduit pour le Facteur C) que celui du score total à la PCL-R. Nous pouvons en conclure que c'est très certainement l'aspect comportemental qui prime alors, remontant ainsi l'effet du score total à la PCL-R sur la HCR-20.

b) Impact du Facteur 2 sur les scores à la HCR-20

La composante comportementale et impulsive (F2) a également un fort effet sur le score à total la HCR-20 (67%) et sur les Facteurs H (Pham, Chevrier, et al., 2005), C et R (respectivement 54%, 55% et 54%) . Le Facteur 2 de la PCL-R a donc le plus fort impact sur le score total à la HCR-20 et un impact quasi-identique sur les Facteurs H, C et R, contrairement aux autres résultats entre le score total à la PCL-R, le Facteur 1 et les scores à la HCR-20 davantage nuancés, c'est-à-dire avec une variabilité plus marquée.

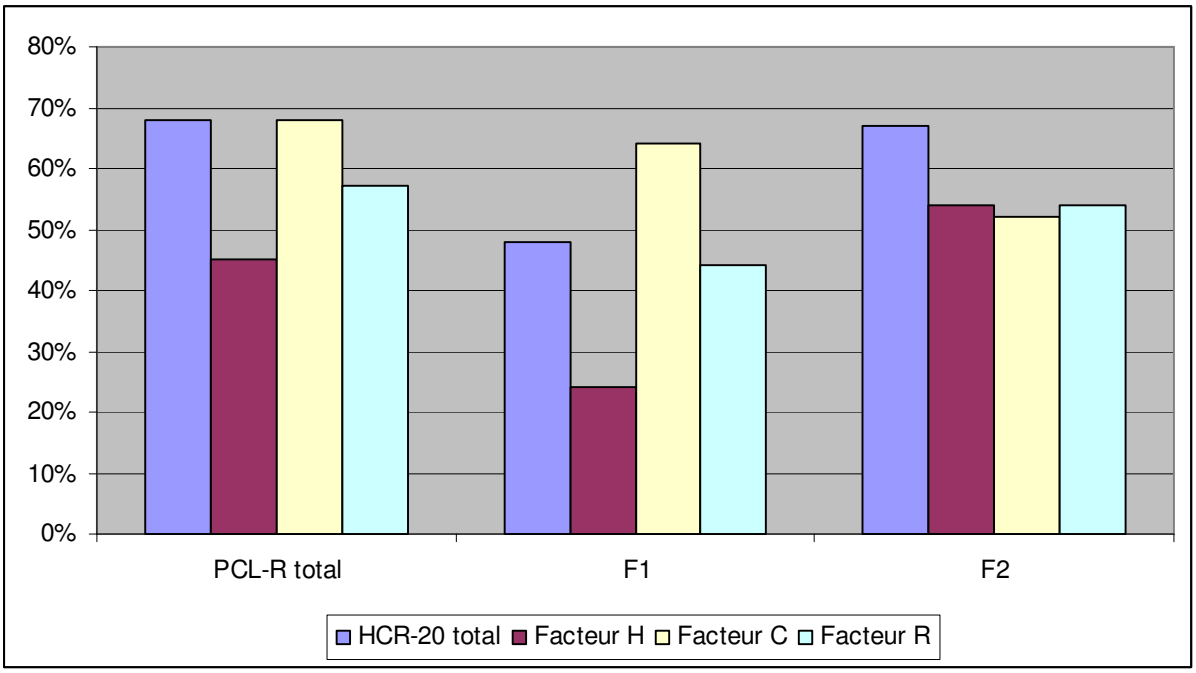
Ainsi, le Facteur 2 a une importance quasi égale en terme d'impact sur les Facteurs H, C et R. Cette importance est un peu moins forte sur le Facteur C comparativement au score total à la PCL-R et au Facteur 1. Ceci pourrait souligner le poids de ce facteur dans le sens qu'il pourrait s'agir d'une constante en terme d'impact.

IV-B-1-c) Synthèse

Le graphique 2 résume l'impact des scores à la PCL-R sur ceux de la HCR-20.

Tout d'abord, la dimension comportementale et impulsive (F2) est la plus associée et a le plus d'impact sur la HCR-20 (score total et facteurs H et R) par rapport à la composante interpersonnelle (F1) appuyant encore une fois l'importance de l'impulsivité. A l'inverse, le Facteur 1 a davantage d'impact sur le Facteur C. Ainsi, bien qu'ayant aussi un impact sur les Facteurs H et R, un niveau élevé de narcissisme pathologique et de détachement émotionnel prédirait davantage les items cliniques et donc aux éléments dynamiques, actuels et serait meilleur prédicteur par rapport à l'impulsivité. Enfin comme vu précédemment, ces résultats soulignent encore une fois le poids de l'impulsivité, ici sur l'évaluation du risque de récidive (HCR-20).

Graphique 2- Récapitulatif de l'impact de la PCL-R (score total, F1 et F2) sur la HCR-20 (score total, Facteurs H, C et R).



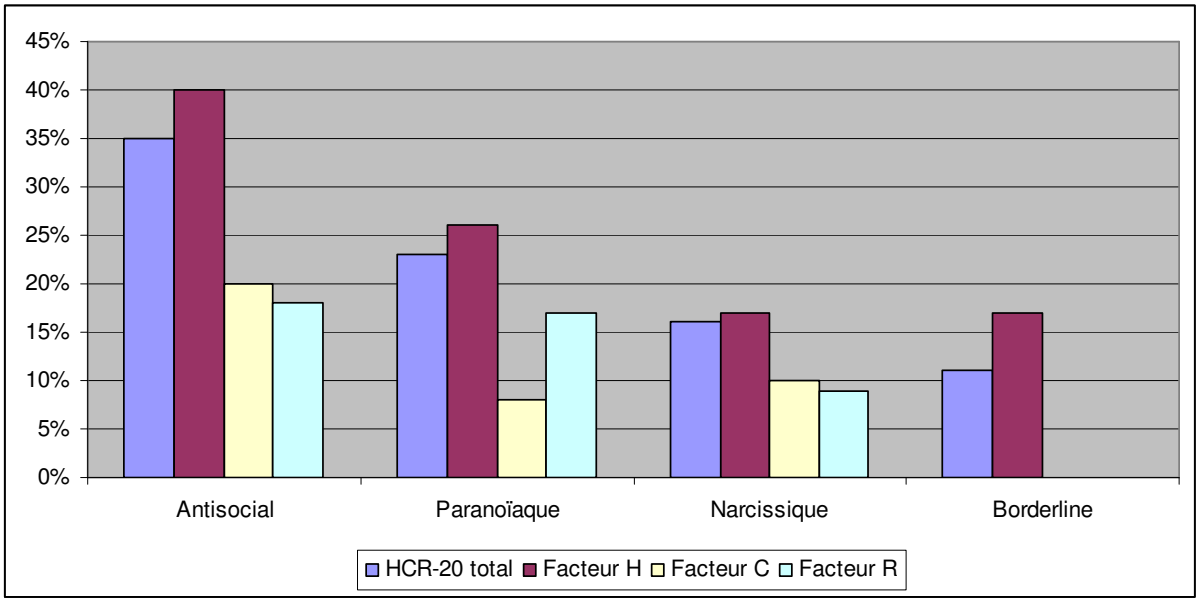
Le fait que la psychopathie mesurée par la PCL-R soit le meilleur prédicteur de la récidive violente et notamment la récidive violente chez les délinquants fait consensus (Decoene & Bijttebier, 2008). Ici, nos résultats confirment l'impact des scores à la PCL-R sur ceux obtenus à la HCR-20 (sans faire la distinction pour l'instant entre récidive violente et non violente). Les individus à personnalité psychopathiques ont donc davantage de risque de récidiver de manière générale (et violente) et le niveau de psychopathie aide ainsi à identifier un sous-groupe de délinquants à haut risque en matière de criminalité et de violence (Hare, 1991, 2003 ; Douglas et al., 2006). Toutefois, la PCL-R ne prédirait pas de manière significative la récidive non-violente (Pham, Ducro, et al., 2005). En tous les cas, l'évaluation de la psychopathie est importante au regard de divers instruments mesurant le risque de récidive, notamment la HCR-20 (Webster et al., 1997).

Notre première hypothèse concernant l'impact de la psychopathie sur la HCR-20 est donc vérifiée. Voyons maintenant ce qu'il en est de l'impact des troubles de l'Axe II, notamment du cluster B, sur la HCR-20 ?

IV-B-2) Troubles de l'Axe II et Risque de récidive (HCR-20 : score total, facteurs H, C, R).

Le graphique 3 rappelle les résultats concernant l'impact des troubles de l'Axe II sur la HCR-20. La première constatation est que les troubles de l'Axe II qui ont impact sur la HCR-20 sont les mêmes que ceux qui ont un impact sur la PCL-R.

Graphique 3- Récapitulatif de l'impact des troubles de l'Axe II qui se sont avérés avoir un impact sur les scores à la HCR-20.



IV-B-2-a) Les troubles Antisocial, Paranoïaque et Narcissique et le Risque de récidive (HCR-20)

Nos résultats indiquent que les troubles Antisocial, Paranoïaque et Narcissique augmentent fortement le score à la HCR-20 ainsi que les scores aux facteurs Historique, Clinique et Risque et ont un impact dessus. De manière attendue, la présence des troubles du cluster B Narcissique et Antisocial (Pham, Chevrier, et al., 2005) augmente fortement les scores à la HCR-20.

a) La personnalité Antisociale

Le trouble de la personnalité Antisociale est encore une fois le trouble de l'Axe II le plus associé (et très fortement) au score total à la HCR-20 (r=.589, p=.000) et à ses facteurs H (r=.630, p=.000), C (r=.450, p=.000) et R (r=.423, p=.000). Ce trouble a un impact et explique à lui seul un score élevé à la HCR-20 (39% de variance expliquée) et aux Facteurs H, C et R (respectivement 40%, 20% et 18% de variance expliquée).

Le trouble Antisocial apparaît donc comme le plus fort prédicteur de ces scores concernant les troubles de l'Axe II. Ceci pourrait aller dans le sens de certaines études suggérant le lien entre la récidive générale et la composante de comportements antisociaux (F2) de la PCL-R (Hemphill et al., 1998). Claix & Pham (2004) observent une corrélation entre la PCL-R et la HCR-20 confirmant les résultats de Pham et al. (2000) : les résultats montrent, entre autre, que le Facteur H serait hautement corrélé avec le Facteur 2 de la PCL-R c'est-à-dire la composante comportementale fortement lié au trouble Antisocial.

Parmi les trois facteurs, l'impact est d'abord plus élevé sur le Facteur H, ensuite C puis R avec un impact bien moins élevé sur ces deux derniers facteurs qui peuvent donc baisser l'impact de ce trouble sur le score total à la HCR-20. C'est donc sur la gestion du risque que l'impact est le moins fort. Cet ordre d'importance est le même que celui pour l'impact du score total à la PCL-R et le Facteur 2 sur les facteurs à la HCR-20. Cela souligne l'importance du Facteur H et des évènements du passé, donc de l'histoire des sujets, dans la genèse des troubles de la personnalité en tout cas ici du trouble Antisocial.

b) La personnalité Paranoïaque

C'est ensuite le trouble de la personnalité Paranoïaque qui est le plus fortement associé aux scores à la HCR-20 (total, Facteurs H, C et R). La présence de ce trouble augmenterait fortement le risque de récidive en général. Plus particulièrement, le Facteur H y est fortement associé ainsi que le Facteur R. Ceci signifierait que le poids des événements du passé est particulièrement important et que ce trouble influerait sur les évènements futurs (gestion du risque). Dans ce sens, après le trouble Antisocial, il est celui qui a le plus d'impact sur le score total à la HCR-20 (23%) et sur les Facteurs H (26%) et R (17%). Il a toutefois un effet bien plus faible sur le Facteur C (8%) renforçant l'importance encore une fois du Facteur H mais aussi du Facteur R pour ce trouble qui a à peu près le même impact que le trouble Antisocial sur ce dernier facteur. Ainsi la gestion du risque pourrait être rendue plus difficile

par l'aspect comportemental (notamment par les réactions de colère caractéristiques de la personnalité Paranoïaque) et donc impulsif.

Si le trouble Paranoïaque était encore une fois moins attendu, les régressions linéaires multiples (cf. tableau 30 p. 113) ont fait apparaître également (c'est-à-dire dans le même sens que pour la PCL-R - 39%) que la comorbidité des personnalités Antisociale et Paranoïaque est prédictrice d'un fort score à la HCR-20 (41%) et notamment des Facteurs Historique (47%) et Risque (23%).

Cette comorbidité tendrait donc à augmenter la dangerosité chez un sujet qui présente ces deux troubles. Cette association a un fort impact sur la psychopathie (PCL-R), elle-même prédictrice de la récidive comme le souligne la littérature. Elle n'a en revanche pas d'impact au niveau du Facteur C même si ces deux troubles séparément en ont un. D'ailleurs, aucune comorbidité n'a d'impact sur ce facteur suggérant qu'une comorbidité des troubles de l'Axe II ne peut être considérée comme prédictrice ou qu'en tout cas, une comorbidité n'est pas plus signe de gravité qu'un seul trouble sur ce Facteur C (événements présents).

Dans l'hypothèse où le trouble Paranoïaque serait ici plutôt contextuel (c'est-à-dire dû à l'incarcération), il est possible qu'avec un changement de contexte (par exemple une libération), ce fonctionnement (alors plutôt défensif) puisse diminuer. En effet, l'incarcération peut favoriser ou renforcer la méfiance, le caractère soupçonneux et le vécu persécutif. Ainsi, nous pouvons espérer un changement plus favorable. Toutefois, nous pouvons aussi penser que dans le cadre de peines longues de plusieurs années, ce fonctionnement puisse persister. Alors ce trouble aurait une influence sur le risque de récidive.

c) La personnalité Narcissique

Si le trouble Narcissique est aussi très fortement associé au score total à la HCR-20 et aux scores aux Facteurs H, C puis R, il a également un impact sur ceux-ci qui est toutefois plus faible que les autres troubles excepté pour le Facteur C sur lequel il a davantage d'impact que le trouble Paranoïaque (10% contre 8%). L'impact un peu plus faible sur le Facteur H et surtout sur le Facteur R s'explique peut-être par le fait que les critères de la personnalité Narcissique ont moins de caractéristiques comportementales que les troubles Antisocial et Paranoïaque (bien que l'impulsivité soit commune à ces troubles). De plus, concernant le Facteur C, c'est sans doute, comme nous l'avons vu pour le lien PCL-R et HCR-20, le caractère grandiose qui entrave l'introspection et engendre les attitudes négatives et impulsives (critère du Facteur C).

d) En résumé

Ces résultats soulignent encore l'importance de l'impact des troubles Antisocial et Paranoïaque (le vécu persécutif risquant d'intensifier la propension à l'impulsivité). Le facteur H (événements passés) est ici aussi celui qui réagit le plus à cet impact.

IV-B-2-b) Impact particulier du trouble Borderline sur la HCR-20

a) Impact du trouble Borderline seul sur les scores la HCR-20

Les liens et impacts du trouble Borderline sont plus restreints par rapport aux troubles cités précédemment dans la mesure où il n'est pas corrélé significativement aux Facteurs C et R. En revanche, le trouble Borderline est fortement associé et a un impact à la HCR-20 et particulièrement au facteur H. Il existe une tendance au niveau des corrélations avec le facteur R mais elle est presque insignifiante (p=.099).

Le trouble Borderline a un impact plus élevé sur le Facteur H que celui du trouble Paranoïaque. Ceci pourrait rejoindre encore une fois nos précédentes remarques sur l'impulsivité.

C'est sans doute l'aspect d'impulsivité comportementale qui prédomine alors ici chez les sujets présentant des caractéristiques borderline et qui pourrait expliquer l'augmentation des scores. Pourtant bien que l'impulsivité fasse partie du Facteur C (C4), le trouble Borderline n'y est pas associé de manière significative. Ceci peut être un point positif (relatif puisque le lien est absent et non inverse) par rapport aux troubles Antisocial, Narcissique et Paranoïaque qui sont chacun fortement corrélés au Facteur C. Cette absence de lien peut être favorable à une éventuelle prise en charge puisque ce facteur fait référence au manque d'introspection, aux attitudes négatives et à la réponse au traitement.

b) Effet du trouble Borderline associé à d'autres troubles de l'Axe II sur les scores à la HCR-20.

De la même manière que le trouble Borderline a perdu sa significativité en prenant en compte les comorbidité de l'Axe II sur la PCL-R, il n'apparaît pas non plus dans les comorbidité ayant un impact sur le score total à la HCR-20.

Concernant le Facteur H, outre la comorbidité des troubles Antisocial et Paranoïaque (cf. tableau 27 p. 112), deux autres modèles ressortent des régressions linéaires et soulignent deux autres types de comorbidité agissant sur le score au Facteur H :

► La comorbidité des personnalités Antisociale, Paranoïaque et Borderline a un très fort impact sur ce facteur (50%), ce qui n'est pas étonnant au vu des résultats pour chacun de ces troubles séparément. L'aspect impulsif retrouvé dans ces personnalités est important.

► La seconde comorbidité est plus étonnante en introduisant la personnalité Evitante, avec un impact inverse (négatif), alors que celle-ci n'est pas corrélée à la HCR-20 d'après nos analyses. La comorbidité des troubles Antisocial, Paranoïaque, Borderline et Evitant a donc un fort impact sur le Facteur H. Ceci signifierait que des caractéristiques de la personnalité Evitante (caractéristiques anxieuses, inhibition…) pourraient influer sur ce score lorsque associées aux trois autres troubles cités ci-dessus.

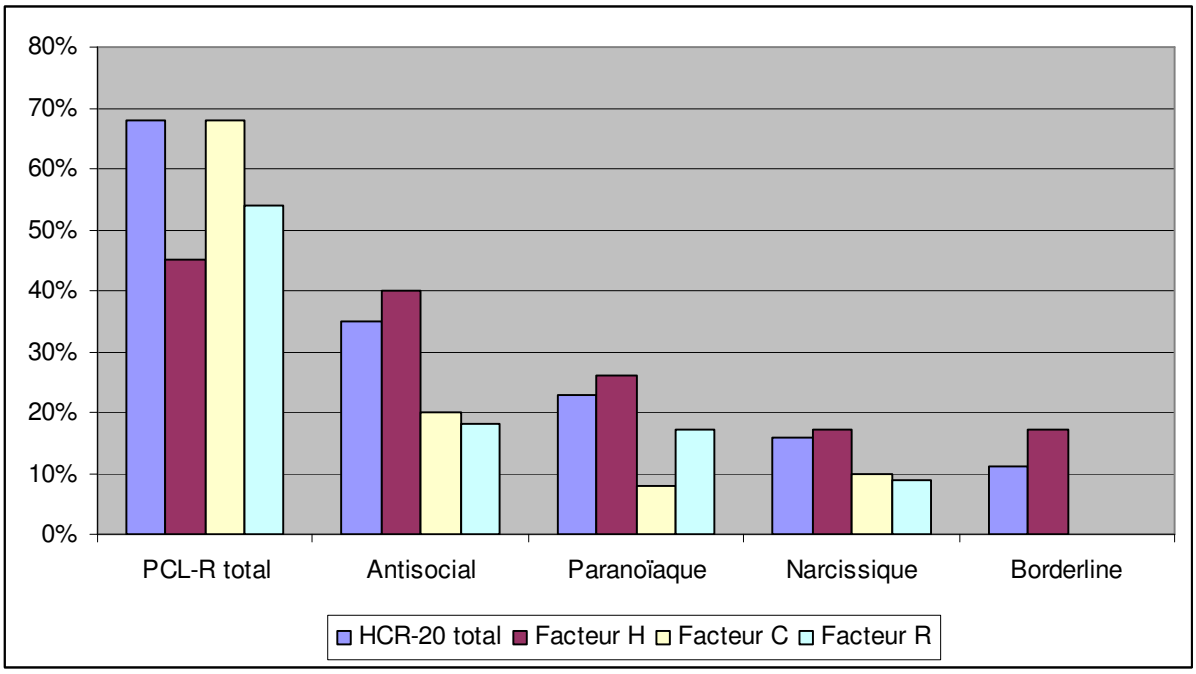
Nous pouvons observer que la personnalité Narcissique perd sa significativité à côté de ces troubles et n'est plus prédictrice en terme de comorbidité. L'impact qu'elle peut avoir sur la HCR-20 est alors un impact « individuel » mais elle n'apparaît pas comme utile au niveau des comorbidités.

IV-B-3) Synthèse concernant l'impact des scores à la PCL-R et des troubles de l'Axe II sur la HCR-20

Le graphique ci-dessous (graphique 4) présente l'impact des ces troubles sur la HCR-20 et les Facteurs H, C et R en terme de pourcentage de variance expliquée. Ils sont présentés par ordre d'importance.

Entre la psychopathie (PCL-R) et les troubles de l'Axe II, c'est la psychopathie telle que définie par Hare qui est la plus fortement associée à la HCR-20 et à ses facteurs.

Graphique 4 - Récapitulatif de l'impact des troubles de la personnalité de l'Axe II (avec celui du score total à la PCL-R pour comparaison) sur la HCR-20.



Ceci confirme la gravité de la psychopathie et l'importance de son impact en ce qui concerne les scores à la HCR-20. Toutefois, même si l'impact des troubles de l'Axe II est moins fort, il est significatif et nous pouvons penser que la psychopathie associée aux troubles Antisocial, Paranoïaque ou Narcissique augmenterait les scores à la HCR-20 et peut avoir un impact encore plus conséquent.

Il est intéressant de voir que nous retrouvons à peu près le même type de lien entre les troubles de l'Axe II - à savoir les troubles Antisocial, Paranoïaque, Narcissique et Borderline - et la HCR-20 qu'entre ces mêmes troubles et les scores à la PCL-R. Cela rejoint l'importance de l'impulsivité qui a déjà été soulignée (Fossati et al., 2007) et reste certainement un élément important dans la dangerosité et dans le risque de récidive que peut présenter un individu comme le suggèrent Bénézech, Forzan-Jorissen, & Groussin (1997) qui ont établi une liste dans laquelle figurent entre autre l'impulsivité pathologique comme prédictive d'un état dangereux.

Concernant l'implication du trouble Borderline en terme de comorbidité avec les autres troubles de l'Axe II, nous avons vu qu'il n'apparaissait plus comme ayant une influence sur les scores à la PCL-R et au Facteur 2 si les personnalités Antisociale et Paranoïaque sont aussi prises en considération. Ceci constituerait alors un point important à

prendre en compte pour le risque de récidive, le trouble Borderline ne diminuant alors pas le risque mais au moins en n'étant plus un facteur d'augmentation du risque (encore une fois par rapport aux troubles Antisocial et Paranoïaque).

Enfin, concernant les facteurs de la HCR-20, les troubles de l'Axe II vus précédemment sont en général plus associés au Facteur H et ont un plus fort impact sur celui-ci par rapport aux Facteurs C et R. Cela souligne le poids des événements passés. A contrario, le score total à la PCL-R et aux Facteurs 1 et 2 ont au contraire un impact plus important sur le Facteur C par rapport au Facteur H.

Ce Facteur C nous interpelle car aucune comorbidité de l'Axe II n'a d'effet sur celui-ci pas même la comorbidité des troubles Antisocial et Paranoïaque qui agit fortement sur le score total à la PCL-R. Pourtant, comme le montre le graphique 4, le score total à la PCL-R a un très fort impact sur le Facteur C surtout comparé aux troubles Antisocial, Paranoïaque et Narcissique. Ce facteur concerne une évaluation dans le présent et donc peut fluctuer en fonction de divers facteurs ce qui en fait un facteur moins stable (et peut-être alors moins fiable ?).

*****

Nous venons de traiter les résultats concernant de premier objectif de cette thèse à savoir évaluer l'impact des troubles de l'Axe II notamment le cluster B (et plus précisément le trouble Borderline) sur la psychopathie (PCL-R) d'abord et le risque de récidive (HCR-20). Nous avons également affiné nos résultats aux types de délits violents et non violents en lien avec les troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II).

En plus de ces objectifs de recherche, nous avons des objectifs appliqués qui y correspondent, notamment dans le contexte politico-judiciaire actuel particulier. Premièrement, il s'agissait de rendre compte de l'intérêt d'utiliser une approche dimensionnelle en plus de l'approche catégorielle. Deuxièmement, de montrer l'intérêt d'utiliser des instruments standardisés dans la pratique, instruments qui ne doivent pas être exclusivement réservés à la recherche. Ces deux points sont aussi essentiels en terme de prise en charge.

*****

IV-C) Les objectifs appliqués dans le contexte politico-judiciaire actuel

Comme vu dans l'introduction, la loi du 25 février 2008 relative à la « rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » fait débat. Cette loi concerne les personnes condamnées pour certains crimes et qui présentent à l'issue de leur peine, une « probabilité très élevée de récidive et une particulière dangerosité résultant d'un trouble grave de leur personnalité ». De plus, la procédure s'applique lorsque l'auteur d'une infraction est atteint de troubles mentaux qui peuvent le rendre pénalement irresponsable. Enfin, la loi modifie la prise en charge des détenus nécessitant des soins. Pour inciter les détenus qui ont besoin d'un traitement, le texte prévoit que le refus de soins soit assimilé à une mauvaise conduite. Autrement dit, le détenu ne pourra plus bénéficier de réduction de peine s'il refuse les soins.

C'est donc dans ce contexte particulier qui s'ajoute à un système français déjà assez répressif (Bénézech et al, 2009) que s'inscrit notre recherche. La prise en charge en milieu carcéral peut déjà être rendue difficile notamment par le manque de moyens (humain, financier…). Nos résultats soulignent le lien entre certains troubles de la personnalité de l'Axe II (Antisocial, Narcissique, Borderline et Paranoïaque) et le niveau de psychopathie ainsi que le lien entre ces différents troubles de la personnalité (psychopathie et Axe II) et le niveau de dangerosité et de risque de récidive. Notre but, en terme de soins et à partir de ces résultats, est d'amener à un affinement des diagnostics dans le but d'adapter et de personnaliser les prises en charge de ces personnes ayant commis des actes délictueux ou criminels et incarcérées afin de répondre au mieux à leurs besoins.

Les objectifs appliqués sont alors multiples. Il s'agit de montrer l'intérêt : 1) de la complémentarité entre l'approche dimensionnelle et l'approche catégorielle ; 2) de l'utilisation de ces outils d'évaluation standardisés pour la pratique clinique en France que ce soit à des fins d'examen psychologique (Serin, 1992; Garb, 1998; Pedinielli & Fernandez, 2005), d'aide à la définition de la prise en charge (Wong & Burt, 2007) ou d'aide à l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge.

IV-C-1) Intérêt de la complémentarité : approche dimensionnelle et approche catégorielle

Le fait que certaines personnes reçoivent plusieurs diagnostics de troubles de la personnalité suggère que les catégories diagnostiques ne renvoient pas à des entités distinctes.

En ce qui nous concerne, nous avons choisi d'utiliser des instruments basés sur l'approche dimensionnelle et d'autres sur l'approche catégorielle. Certains tests et entretiens sont issus du DSM-IV qui est une classification « athéorique ». Les manifestations ou les symptômes n'ont pas à être tous présents pour poser le diagnostic et différentes combinaisons sont possibles. Ceci permet une certaine hétérogénéité à l'intérieur de la catégorie puisque diverses combinaisons de critères peuvent conduire au même diagnostic. Malgré les avantages (aspects pratiques et imagés des catégories, facilité pour s'entendre sur un même trouble), les limites importantes d'une approche catégorielle ont conduit plusieurs auteurs à proposer une classification dimensionnelle. Le DSM-IV reconnaît qu'*« une perspective alternative à cette approche catégorielle est représentée par la perspective dimensionnelle selon laquelle les troubles de la personnalité sont des formes inadaptées de traits de personnalité reliés entre eux et à l'état normal sur un continuum sans transition nette »* (APA, 1996, p. 744). La prochaine version du DSM prend en compte l'aspect dimensionnel. Récemment, des auteurs ont proposé d'introduire des critères dimensionnels dans les catégories diagnostiques du DSM et dans les critères (Brown & Barlow, 2005). De Fruyt et al. (2008) ont établi une revue de la littérature réunissant des arguments empiriques et théoriques justifiant l'approche dimensionnelle et ce changement de perspective. Ces éléments sont en faveur d'une approche dimensionnelle permettant d'améliorer ainsi la validité du diagnostic de trouble de la personnalité qui pourrait se faire notamment à partir du modèle à cinq facteurs (Ibid.).

Dans ce sens, nos résultats ont montré que les troubles de l'Axe II cluster B (Antisocial, Narcissique, Borderline) ainsi que le trouble Paranoïaque (cluster A) agissent différemment sur le niveau de psychopathie en l'augmentant plus ou moins (impact plus fort du trouble Antisocial et du trouble Paranoïaque). De plus, les fortes comorbidités (notamment comorbidité des troubles Antisocial et Paranoïaque), appuient la nécessité d'envisager ces troubles de manière dimensionnelle. Il en est de même pour l'impact sur le risque de récidive.

Nos résultats en terme d'association et d'impact nous renvoient aussi à l'intérêt d'évaluer les comorbidités entre la psychopathie selon l'approche dimensionnelle (score total allant de 0 à 40) et les troubles de l'Axe II selon l'approche catégorielle (cotation

dichotomique en terme de présence/absence). Il serait alors judicieux d'utiliser ces deux méthodes de manière complémentaire.

IV-C-2) Intérêt de l'utilisation de ces outils d'évaluation standardisés pour la pratique clinique en France

Ces outils peuvent être utilisés dans l'optique :

- D'un examen psychologique (Serin, 1992; Garb, 1998; Pedinielli & Fernandez, 2005),
- De l'aide à la définition de la prise en charge (Wong & Burt, 2007),
- Et de l'aide à l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge.

Comme vu précédemment, notre recherche va dans le sens d'autres études soulignant l'hétérogénéité de la psychopathie. Ainsi, nous pensons que :

- Il est nécessaire d'avoir des informations fidèles et valides sur la personnalité psychopathique ainsi que les similarités et les différences entre ceux qui présentent cette personnalité afin de mieux ajuster les interventions et la prise en charge.
- L'utilisation de ces outils permettrait alors dans la pratique d'affiner le diagnostic en faisant ressortir certaines caractéristiques afin d'adapter ensuite au mieux la prise en charge de ces patients dans un but notamment de prévention de la récidive.
- Le trouble Borderline doit être pris en considération notamment au niveau de la dimension impulsive. La présence de caractéristiques Borderline (anxiété, dépressivité, etc.) nous semblaient au départ particulièrement importantes dans ce contexte car elles auraient pu servir d'appui et favoriser un bon pronostic. A contrario, nos résultats nous ont suggéré que les caractéristiques borderline ressortant le plus sont d'ordre comportemental avec notamment l'impulsivité qui ne fait qu'aggraver le niveau de psychopathie. Cela signifie que la catégorie n'est pas à prendre en global et montre l'intérêt de préciser des fonctionnements différents ou de sous-types.
- Au niveau de la prise en charge, la thérapie cognitivo-dialectique de Linehan (1993, 2000) qui met l'accent sur le contrôle de l'impulsivité serait intéressante et pourrait être à adapter au niveau du milieu carcéral.

IV-C-2-a) Examen psychologique

Si, globalement, beaucoup de cliniciens sont encore très réticents, l'évaluation standardisée est néanmoins utilisée dans les troubles majeurs tels que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de l'Axe II, mais la réticence (Pham, Ducro, et al., 2005) semble augmenter dans le champ de la délinquance. Des outils d'évaluation comme la PCL-R de Hare (1991, 2003) ou le SCID-II (1997) sont largement utilisés dans la recherche et moins, voire peu, en pratique clinique. Ce type d'examen psychologique visant à rechercher les éventuelles comorbidités pourrait pourtant s'avérer bien utile dans la pratique. Ceci va dans le sens des idées de différents auteurs (Serin, 1992 ; Garb, 1998 ; Pedinielli & Fernandez, 2005). Les instruments d'évaluation de la psychopathie, de la dangerosité et de la récidive sont peu connus et peu utilisés mais ont été validés en langue française (pour la PCL-R au Québec : Côté & Hodgins, 1996 ; en Belgique : Pham, 1998a ; pour la HCR-20 en Belgique : Claix & Pham, 2004). L'échelle de psychopathie a été utilisée dans de nombreux pays européens (Côté, 2000) comme en Allemagne, Angleterre, Ecosse, Espagne, Belgique etc. Elle a donc fait ses preuves dans la recherche mais pourrait également être utilisée dans la pratique clinique (Serin, 1992). La PCL-R peut être aussi utilisée comme outil d'évaluation du risque (Hart, 1998 ; Côté et al., 2000 ; Hare, Clark, Grann, & Thornton, 2000) mais l'accent est aussi mis sur l'impossibilité de déterminer avec certitude le risque de récidive (Senon, 2005).

L'objectif de cette recherche est aussi de tenter de démontrer l'intérêt d'une démarche d'exploration et de mettre au point un examen clinique fiable et valide en France à partir d'instruments utilisés largement aux Etats-Unis et au Canada. Ceux-ci ont fait leurs preuves pour une population de délinquants incarcérés. Il s'agit alors avec ce type d'examen psychologique de *« situer ce qui est produit par le test dans une compréhension plus globale de l'individu, de son fonctionnement, de ses possibilités »* (Pedinielli & Bénony, 2001 cités par Pedinielli & Fernandez, 2005 p. 16). Dans ce sens selon Sultan (2004), *« établir un diagnostic psychologique revient à décrire une dynamique individuelle, le jeu des forces et des faiblesses, des déficits, des fonctions adaptatives, des réactions individuelles, qui déterminent une conduite et son évolution. Il ne s'agit pas de se limiter à une classification en fonction d'un système de pathologie (p. 15-16)»*. Nous voyons bien là ce que pourrait apporter en terme d'avantages une approche qui utiliserait à la fois le catégoriel et le dimensionnel. Sultan (2004) insiste également sur la différence fondamentale entre le diagnostic

psychiatrique, pour lequel le clinicien doit situer un cas concret par rapport à un système de classification, et le diagnostic psychologique qui se préoccupe de ce qui singularise le sujet dans la catégorie. Il doit alors décrire la dynamique du fonctionnement individuel qui détermine le comportement et son évolution. La HCR-20, par exemple, prend en considération pour l'évaluation du risque et la prédiction de la dangerosité des facteurs environnementaux, sociaux et situationnels (Pham, Ducro, et al., 2005).

IV-C-2-b) Aide à la définition de la prise en charge et à l'évaluation de son efficacité

a) Une prise en charge difficile de la psychopathie

Les caractéristiques de la psychopathie constituent nombres de défis pour toute approche thérapeutique (Pham, 2000 ; Hare, 2006). Par exemple, le mensonge pathologique et la manipulation empêchent une relation de confiance entre le patient et le thérapeute (la relation transférentielle authentique en est d'autant plus difficile et la grandiosité du Moi est peu compatible avec un véritable désir de changement). Les sujets psychopathes sont souvent décrits comme incurables et aucune méthode ne semble encore avoir prouvé son efficacité pour réduire considérablement la récidive. Les sujets souffrant de trouble de la personnalité ne se rendent pas compte, pour la plupart, de leur trouble (Millon & Davis, 1996), ce qui rend aussi la prise en charge plus difficile. Elaborer des interventions spécifiques pourrait permettre de rendre plus efficaces les changements comportementaux visés.

b) Propositions de points importants soulevés par nos résultats

Aussi, l'adaptation d'une prise en charge devrait être personnalisée en fonction :

- De la dimension d'impulsivité de manière générale qui est un élément essentiel que nous avons extrait de nos résultats et sur lequel il faudrait se centrer (avec notamment l'identification des variantes primaire et secondaire de la psychopathie) et,

- Soit en fonction d'un des troubles de l'Axe II qui serait associé à des hauts scores à la PCL-R à savoir, en fonction de nos résultats, les troubles Antisocial, Paranoïaque, Narcissique ou Borderline ;

- Ou, comme la comorbidité est forte entre troubles de l'Axe II, en fonction des comorbidités des troubles de l'Axe II qui seraient associés à de haut scores à la PCL-R, à savoir comme les résultats l'ont suggéré dans notre recherche, la comorbidité des personnalités Antisociale/Paranoïaque d'une part, et Antisociale/Narcissique d'autre part.

Ainsi, la **personnalité Antisociale et les impulsions** sont à prendre en considération, le côté impulsif étant davantage contrôlé en milieu carcéral qu'à l'extérieur, ce qui pourrait laisser présager du risque de récidive quand ce cadre n'y est plus (sensibilité au contexte, addiction, éventuellement traitements médicamenteux visant la réduction des impulsions …). De plus, s'engager dans un traitement suppose le respect de certaines règles qui est plus que relatif chez les sujets antisociaux.

Concernant la comorbidité des **personnalités psychopathiques et Borderline**, c'est donc surtout la composante comportementale impulsive et antisociale qui serait à cibler. Certains travaux mettent en avant la surconsommation de tous les types de soins chez les patients borderline (médicamenteux et psychiatriques). Plusieurs types de prise en charge s'offrent aux patients borderline (psychothérapie de soutien, de groupe, analytique ou cognitivo-comportementale) mais une prise en charge bifocale ou multifocale pourrait être recommandée en expliquant bien les rôles et la fonction de chacun. Ensuite, quand la dimension antisociale et impulsive du sujet sera moindre, des manifestations cliniques d'anxiété et de dépression pourraient apparaître et seraient, toutes deux, des indicateurs de pronostic favorable (Gabbard & Coyne, 1987). En effet, nos résultats indiquent une absence de lien entre le trouble Borderline et le Facteur 1. Ainsi, comme le lien n'est pas inverse, peut-être qu'après avoir observer une diminution de l'impulsivité, le clinicien pourrait s'appuyer sur cette donnée, en fonction de son patient.

Concernant la personnalité **Narcissique**, les caractéristiques de celle-ci rappellent celles du Facteur 1 de la PCL-R qui justement rendent le traitement plus difficile. En effet, plus le narcissisme et le détachement émotionnel (F1) sont élevés, plus les réponses au traitement seront mauvaises (Meloy, 2000). Le narcissisme élevé ferait que ces sujets seraient peu enclins au changement et auraient des difficultés à éprouver des émotions, ce qui rendrait difficile l'alliance relationnelle. Celle-ci serait alors un point à travailler avec les sujets présentant un trouble de la personnalité Narcissique. La prise en charge pourrait s'appuyer sur le contrôle des impulsions et le développement de l'empathie (Kraus & Reynolds, 2001). Nos résultats ont souligné toute l'importance de l'impulsivité. Kraus et Reynolds (2001) se sont focalisés sur les troubles du cluster B avec l'approche cognitivo-comportementale, en s'appuyant sur l'identification des croyances irrationnelles, la clarification et la facilitation de

l'expression de ces croyances, et en renforçant les comportements et choix « sains » faits par le patient.

Enfin, une attention particulière pourrait être portée au niveau de la **personnalité Paranoïaque** de par les difficultés d'établir une alliance thérapeutique dans ce type de fonctionnement et le fait que ces personnalités s'engagent davantage dans une psychothérapie de par les situations difficiles dans lesquelles elles se trouvent et non par rapport à leur personnalité. Sur un plan clinique, ce point est important compte tenu de la difficulté de prise en charge de ces personnalités qui doit être polyvalente et pouvant être abordée par une approche cognitivo-comportementale (examen objectif des événements, pensées automatiques, comportements, schémas cognitifs de base) (Debray, 2007). Toutefois, si les caractéristiques paranoïaques sont davantage contextuelles (donc défensives), le pronostic serait de meilleur augure.

Dans l'idéal, la prise en charge viserait d'une part la diminution des manifestations psychopathiques et d'autre part la diminution du risque de récidive. Développer de nouvelles attitudes, de nouveaux comportements, s'appuyer sur des stratégies de coping plus efficaces demandera alors beaucoup d'efforts et de rigueur. La propension à l'ennui et à l'impulsivité pourrait être un frein. Archer (2001) préconise quelques pistes à travailler avec les sujets psychopathes incarcérés dont : le soulagement de la souffrance psychique, la diminution des passages à l'acte et de la violence, la prévention des décompensations psychiatriques, l'aide à la reconstruction du narcissisme, le renforcement du sentiment de culpabilité et de la conscience morale avec un cadre cohérent et solide tout en s'assurant que la demande vient bien du sujet.

Une prise en charge cognitivo-comportementale serait plus judicieuse (Pham, 2000) avec notamment un taux d'amélioration chez les sujets psychopathes de 62% avec cette approche, 59% avec une approche psychanalytique, et 25% avec les communautés thérapeutiques contre 20% d'amélioration sans traitement (Salekin, 2002).

Au départ élaborée pour les patients Borderline, la Thérapie Cognitivo-Dialectique (TCD) est issue des thérapies cognitivio-comportementales (TCC) et est associée à d'autres modèles (par exemple psychodynamiques, etc.). Linehan (1993, 2000), s'inscrivant dans l'approche bio-psycho-sociale, a donc conceptualisé tout un ensemble de stratégies issues de ces approches. Selon la théorie bio-sociale, le trouble Antisocial résulterait de l'interaction entre une insensibilité sur le plan émotionnel associée à l'invalidation constante (McCan, Comtois, & Ball, 2006) c'est-à-dire les réponses invalidantes telles que la négligence, les

critiques directes, les punitions (Linehan, 1993). Cette approche pourrait donc être judicieuse chez certains sujets antisociaux ou psychopathes. Elle pourrait aussi être adaptée au trouble de la personnalité Paranoïaque, Debray (2007) préconisant un examen objectif des événements, pensées automatiques, comportements, schémas cognitifs de base.

Les impacts thérapeutiques de la TCD peuvent être de diverses natures dont, ce qui nous intéresse ici, ne pas reproduire l'environnement invalidant (par exemple pour la réactivité paranoïaque impulsive), jouer avec les stratégies de validation et d'amélioration des capacités, valider les expériences émotionnelles et introduire des stratégies de changement. Un contrat de base est établi au départ, pour le patient mais aussi pour le thérapeute. La thérapie comprend au départ une psychothérapie individuelle en ambulatoire (qui serait donc à adapter au niveau de l'incarcération) et des groupes d'entraînement aux compétences. La première étape s'appuie sur le modèle de l'analyse fonctionnelle qui analyse tous les micro-comportements, l'objectif étant de ne pas renforcer ces types de comportements en évaluant les priorités comme par exemple la dangerosité de certains actes.

Toutefois, certaines études suggèrent que le traitement de certains sujets psychopathes peut augmenter le taux de récidive (Seto & Barbaree, 1999 ; Hare et al., 2000). Meloy (2000) propose d'ailleurs des contre-indications pour le traitement avec notamment l'absence totale de remords ou d'aptitude ou d'inclinaison à former un lien ou un attachement émotionnel à une autre personne comme constante dans l'histoire du sujet.

Les scores obtenus au départ à la PCL-R associés aux informations fournies par le SCID-II seraient alors utiles pour établir un profil du sujet et déterminer l'approche ou les stratégies qui conviendraient le mieux. En effet, en fonction du niveau de psychopathie plus ou moins sévère, la manière de procéder ne sera pas la même. Il en va de même en fonction de la prédominance du Facteur 1 ou du Facteur 2 de la psychopathie. Ainsi, Meloy (2000) préconise un cadre hospitalier très structuré pour les sujets à haut niveau de psychopathie. Il souligne également l'importance de voir ce trouble sur un continuum comme c'est le cas avec la PCL-R.

Ensuite, l'utilisation des outils que nous avons choisis permettrait de tester de nouveau les sujets et de comparer les scores obtenus, ce qui aiderait à l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge.

Etant donné nos résultats (lien de cause à effet), une diminution de la PCL-R devrait entraîner une diminution du risque de récidive. Mais il resterait toujours les troubles de l'Axe

II (Antisocial, Paranoïaque, Narcissique ou Borderline) à cibler également puisqu'ils ont aussi un effet sur la HCR-20.

Conclusion

A notre connaissance, cette étude constitue la première évaluation convergente entre la psychopathie selon la PCL-R et les troubles de la personnalité du DSM-IV auprès d'une population carcérale française.

L'objectif était donc d'évaluer l'impact des troubles de l'Axe II sur la psychopathie (PCL-R : Hare, 1991) et notamment le trouble Borderline. Nous avons également étudié l'impact de ces troubles sur les scores à la HCR-20 (Webster et al., 1997) et nous avons affiné nos résultats au niveau de l'impact de la personnalité sur les types délits non violents et violents. Nos hypothèses ont été confirmées par nos analyses. Nos résultats valent pour une population de sujets masculins incarcérés et condamnés en Maison d'Arrêt. Ils ont confirmé que plus les troubles de l'Axe II sont présents, plus le niveau de psychopathie augmente. Cela est surtout le cas pour trois des quatre troubles du cluster B, les troubles Antisocial, Narcissique et Borderline. Le trouble Paranoïaque a également un fort impact. L'impact de certaines comorbidité entre troubles de l'Axe II a été souligné avec notamment l'importance de la comorbidité des personnalités Antisociale et Paranoïaque. Les liens et impacts sont de même ordre sur les scores à la HCR-20 donc en ce qui concerne la dangerosité et le risque de récidive. Plus particulièrement, nous n'avons pas en revanche observé l'impact particulier que nous attendions par rapport au facteur de narcissisme et de détachent émotionnel de la PCL-R (Facteur 1). Si nous avions observé un effet d'amoindrissement, nous aurions pu nous attendre à ce que les scores de la HCR-20 diminuent avec la présence de ce trouble, ce qui n'a pas été le cas. L'impact de ce trouble n'est donc pas particulier dans le sens où nous l'attendions, mais il a bel et bien un impact de par le poids de l'impulsivité qui le caractérise. Nos données appuient le fait qu'un jugement clinique structuré, c'est-à-dire avec l'utilisation de ce type d'outils, pourraient éviter les écueils dus aux jugements cliniques non structurés comme la subjectivité, le manque d'attention aux facteurs de risque importants et la variabilité des cliniciens (Douglas et al., 2003).

L'avantage de notre recherche est qu'elle porte sur un échantillon assez important puisque 80 sujets y ont participé. Notre protocole comprend des outils solides, fiables et valides mais qui demandent beaucoup de temps lors de la passation et pour la cotation. En outre, notre recherche a permis de souligner la complémentarité des approches dimensionnelles et catégorielles.

Certaines limites sont à noter. Les analyses ont porté à chaque fois sur l'ensemble de notre population de 80 sujets. Rappelons l'optique de notre recherche qui était d'introduire une approche dimensionnelle en complément d'une approche catégorielle. Concernant plus spécifiquement l'hypothèse relative au trouble Borderline, diviser notre population en deux

groupes de sujets Borderline et non Borderline aurait également pu être intéressant afin d'évaluer ensuite les niveaux de psychopathie et les scores à la HCR-20. Mais le plus important était pour nous de nous focaliser d'abord sur le niveau de psychopathie (aspect dimensionnel) et donc évaluer l'impact des troubles de la personnalité puis particulièrement celui du trouble Borderline. Enfin, nous aurions pu effectuer également trois groupes en fonction du niveau de psychopathie bas ou absence, mixte et élevé sur la base du point de coupure élaboré par Hare (1991), Cooke & Mitchie (2003) ou Pham et collaborateurs (Pham, 1998a ; Pham et al., 2003). Nous aurions ensuite procédé de la même manière au niveau de nos analyses et comparé ensuite les différents groupes. Bien sûr, en procédant ainsi, l'approche reste purement catégorielle excepté lors de la prise en compte des scores à la HCR-20. Nous devons aussi tenir compte dans nos résultats, du fait même du contexte spécifique de l'incarcération. Même s'il a toujours été spécifié avant la passation des tests que les réponses notamment au SCID-II devait se faire dans la vision de la globalité du comportement, c'est-à-dire comment la personne s'est comportée ou a agi ou pensé ces dernières années, il était parfois difficile à certains sujets de répondre à certaines questions. Pour certains, leur vie se résume à toute une série d'incarcérations ou alors un nombre moins important mais de très longue durée. Certains passent donc la majeure partie de leur vie en prison et ont parfois du mal à répondre aux questions notamment concernant la vie familiale et les relations avec les membres de leur famille. Si nous observons les résultats descriptifs, le pourcentage concernant l'abus de substance ou d'alcool est certainement plus faible que dans d'autres échantillons étant donné l'incarcération et donc l'impossibilité notamment de boire de l'alcool.

Nous avons évoqué différentes approches thérapeutiques et les aspects qu'il nous semble importants de cibler.

D'autres aspects seraient aussi à explorer dans des recherches futures comme les bases biologiques et neuro-biologiques de la psychopathie (Hallé & Hodgins, 1996) entrant en jeu dans le trouble Antisocial et l'aspect neurocognitif de la violence ainsi que certaines anormalités au niveau du cerveau (Glenn & Raine, 2008).

Dans ce sens, certaines anomalies rencontrées dans la psychopathie pourraient en fait être des stratégies cognitives compensatoires ou d'adaptation afin de fonctionner le plus efficacement possible en limitant ainsi l'impact d'une anomalie (de type régulation émotionnelle) apparaissant tôt dans la vie (Hallé, Hodgins, & Roussy, 2000). Nous avons déjà traiter des différences entre psychopathie primaire et secondaire résidant entre autre dans le caractère génétique (ou constitutionnel) pour la première ou environnemental pour la

deuxième. Cette différence étiologique peut alors avoir des implications concernant le traitement puisque ce qui serait lié au contexte peut être modifié plus facilement qu'un déficit émotionnel constitutionnel. Pour le trouble Antisocial et à travers une revue de la littérature, certaines données iraient dans le sens d'une héritabilité partielle (vulnérabilité biologique) en insistant sur les interactions entre environnement et génotype dans la genèse de la personnalité antisociale (Moran, 1999). L'aspect neurocognitif de la violence s'appuie sur le modèle d'inhibition de la violence (VIM), pré-requis pour le développement de trois aspects clés dans la socialisation et l'émergence de la moralité (Blair, 1995). Il s'agit : des émotions morales (culpabilité, remords…), de l'inhibition de l'action violente et de la distinction entre les règles conventionnelles et sociales. Ce modèle fait intervenir la notion d'apprentissage. En effet, il se définirait comme un mécanisme cognitif activé à la fois par la présentation de signaux de détresse (expression faciale de tristesse, peur, la vue et le son des pleurs) et par les représentations mentales des actes causant la souffrance chez les autres.

Bibliographie

ALTERMAN, A. I., MCDERMOTT, P. A., CACCIOLA, J. S., RUTHERFORD, M. J., BOARDMAN, C. R., MCKAY, J. R., & COOK, T. G.. A typology of antisociality in methadone patients. *Journal of Abnormal Psychology,* 1998, 107, 412-422.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux.* 4ème édition. Paris : Masson (Version internationale, Whashington DC, 1995). Traduction française J. D. Guelfi et al.. 1996, 1056 p.

ARCHER, E. Quelques réflexions sur la prise en charge des psychopathes incarcérés. *Evolution Psychiatrique,* 2001, 66, 669-677.

BALIER, C. Psychanalyse des comportements violents. Paris : PUF, 1988, 288 p.

BALIER, C. La violence en abyme : Essai de psycho-criminologie. Paris: PUF, 2005, 390 p.

BEAUNE, D., & REVEILLERE, C. *Psychologique clinique et pathologique. Perspective bio-psycho-sociale*. Montréal, Paris : Gaëtan Morin Editeur Europe, 1996, 296 p.

BECK, A.T., & FREEMAN, A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1990.

BENEZECH, M., FORZAN-JORISSEN, S., & GROUSSIN, A. Le concept d'état dangereux en psychiatrie médico-légale. *Journal de médecine légale droit médical,* 1997, 40(5), 323-333.

BERGERET, J. *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod, 1974. 333 p.

BERGERET, J. *Psychologie pathologique: Théorie et clinique*. (8ème ed.) Paris : Masson, 2000, 360 p.

BIJTTEBIER, P., & VERTOMMEN, H. Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual differences,* 1999, 26, 847-856.

BLACK, D. W., GUNTER, T., ALLEN, J., BLUM, N., ARNDT, S., WENMAN, G., & SIELENI, B. Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry,* 2007, 48, 400-405.

BLACKBURN, R., & COID, J.W. Psychopathy and the dimensions of personality disorder in violent offenders. *Personality and Individual Differences,* 1998, 25, 129-145.

BLACKBURN, R., & COID, J.W. Empirical Clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. *Journal of Personality Disorders,* 1999, 13, 18-34.

BLACKBURN, R., CRELLIN, M. C., MORGAN, E. M., & TULLOCH, R. M. B. Prevalence of personality disorders in a special hospital population. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology,* 1990, 1(1), 43-52.

BLACKBURN, R., LOGAN, C., DONNELLY, J., & RENWICK, S. Personality disorders psychopathy and other mental disorders: co-morbidity among patients at English and Scottish high-secutity hospitals. *The Journal of forensic Psychiatry and Psychology,* 2003, 14(1), 111-137.

BLAIR, R. J. R. A cognitive developmental approach to morality: investigating the psychopath. *Cognition,* 1995, 57(1), 1-29.

BOURGEOIS, M. L., & BENEZECH, M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Annales Médico Psychologique,* 2001, 159, 475-86.

BOUVARD, M., FONTAINE-BUFFE, M., CUNGI, C., ADELEINE, P., CHAPOUTIER, C., DURAFOUR, E., BOUCHARD, C., & COTTRAUX, J. Etude preliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité: le SCID-II. *L'Encéphale,* 1999, 25, 416-421.

BOWLBY, J. Attachment and loss: Vol 1. Attachment. New-York: Basic Books, 1969. In : PATRICK, C.J., *Handbook of Psychopathy*. New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

BRINKLEY, C.A., NEWMAN, J.P., WIDIGER, T.A., & LYNAM, D.R. Two approaches to parsing the heterogeneity of psychopathy. *Clinical Psychology : Science and Practice,* 2004, 11, 69-94.

BROWN, T. A., & BARLOW, D. H. Dimensional versus Categorical Classification of Mental Disorders in the Fifth Edition of The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Beyond: Comment on the Special Section. *Journal of Abnormal Psychology,* 2005, 114(4), 551-556.

BUSS, A. *The psychology of aggression.* New York: John Wiley & Sons, 1961. In : PATRICK, C.J., & ZEMPOLICH, K.A. Emotion and aggression in the psychopathic personality, *Agression and Violent Behavior,* 1998, 3(4), 303-338.

CASTRO, D., & REVEILLERE, C. Pour une rencontre des pratiques et des recherches en psychologie clinique. *Pratiques Psychologiques,* 2004, 10(4), 349-363.

CHAINE, F., & GUELFI, J. D. Etats-limites. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-395-A-10, 1999, 10 p.

CLAIX, A., & PHAM, T. H. Evaluation of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme in a Belgium forensic population. *L'Encéphale,* 2004, 30, 447-453.

CLECKLEY, H. *The mask of sanity*. (1st). St Louis, Mosty, 1941, 485 p.

CLECKLEY, H. *The mask of sanity*. (5th ed). St Louis, Mosty, 1976, 471 p.

COID, J. W. DSM-III diagnosis in criminal psychopaths: A way forward. *Criminal Behaviour and Mental Health,* 1992, 2, 78-64.

COID, J. W. The co-morbidity of personality disorder and lifetime clinical syndromes in dangerous offenders. *The Journal of ForensicPsychiatry and Psychology,* 2003, 14(2), 341-366.

COOKE, D. J., & MICHIE, C. Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology,* 1999, 108(1), 58-68.

COOKE, D. J., & MICHIE, C. Refining the construct of psychopathy : Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment,* 2001, 13, 171-188.

COOKE, D. J., MICHIE, C., HART, S. D., & CLARK, D. Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorders,* 2004, 18(4), 337-357.

COOKE, D. J., MICHIE, C., HART, S. D., & CLARK, D. Searching for the pan-cultural core of psychopathic personality disorder. *Personality and Individual Differences,* 2005, 39, 283-295.

CORNET, J. P., GIOVANNANGELI, D., & MORMONT, Ch. *Les délinquants sexuels, théories, évaluation et traitements.* Paris : Frison Roche, 2003, 211 p.

COTE, G. Vers une définition de la psychopathie. In : PHAM, T. H., & COTE, G. (Eds), *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2000, 236 p.

COTE, G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie,* 2001, 34(1), 31-45.

COTE, G., & HODGINS, S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatrty,* 1992, 15(1), 89-99.

COTE, G., & HODGINS, S. L'échelle de psychopathie de Hare-Révisée (PCL-R) : Eléments de la validation française. Toronto : Multi-Health System, 1996.

COTE, G., HODGINS, S., ROSS, D., & TOUPIN, J. L'échelle de psychopathie de Hare : un instrument et la validation de sa version française. Congrès de psychiatrie et de neurologie, Pointe à Pitre, 1993, 511- 525.

COTE, G., HODGINS, S., & TOUPIN, J. Psychopathie : Prévalence et spécificités cliniques In : PHAM, T. H., & COTE, G. (Eds), *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2000, 236 p.

COTE, G., HODGINS, S., TOUPIN, J., & PHAM, T. H. Psychopathie et comportements violents. Chap. 3 In : PHAM, T. H., & COTE, G. (Eds), *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2000, 236 p.

COTE, G., & PHAM, T. H. Psychopathie et comportements violents. In : PHAM, T. H., & COTE, G. (Eds), *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2000, 236 p.

DAHL, A. A. Psychopathy and psychiatric comorbidity. In: MILLON, T., SIMONSEN, E., BIRKET-SMITH, M., & DAVIS, R.D. (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behaviors* (pp. 292-303). New York: Guilford Press, 1998, 476 p.

DARCOURT, G., CHAINE, J. D., & GUELFI , J. D. La personnalité borderline. In : FELINE, A., GUELFI, J. D., & HARDY, P. (Eds), *Les troubles de la personnalité*. Paris : Médecine-Sciences, Flammarion, 2002, 443 p.

DE BEAUREPAIRE, C. Psychiatrie en milieu carcéral. In : GUELFI, J. D., & ROUILLON, F. *Manuel de Psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 777 p.

DE BEAUREPAIRE, C. *Non-lieu, Un psychiatre en prison*. Villeneuve d'Asq : Fayard, 2009, 364 p.

DEBRAY, Q. Personnalité paranoïaque. In : GUELFI, J. D., & ROUILLON, F. *Manuel de Psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 777 p.

DECOENE, S., & BIJTTEBIER, P. On risking risk assessment of delinquent juveniles: Some questions concerning the role of psychopathy. *International Journal of Law and Psychiatry,* 2008, 31, 229-235.

DE FRUYT, F., DE CLERCQ, B., MILLER, J. D., ROLLAND, J.-P., & LYNAM, D. R. Une approche des troubles de la personnalité par le modèle à cinq facteurs. *Annales Médico-Psychologiques,* 2008, 166(6), 411-417.

DELESCLUSE, C., & PHAM, T. H. Evaluation du trouble de la personnalité sadique en relation avec la psychopathie auprès de patients internés en hôpital psychiatrique sécuritaire. *L'Encéphale,* 2005, 31, 683-691.

DESBIENS, J., BOSSE, M., & COTE, G. La psychopathie et la présence de couleur achromatique au Rorschach. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 2000, 50(1), 51-56.

DONNINGER, A., & KOSSON, D. S. Interpersonal construct systems among psychopaths. *Personality and Individual Differences,* 2001, 30, 1263-1281.

DOUGLAS, K. S., OGLOFF, J. R. P., & HART, S. D. Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Pyschiatric Patients. *Psychiatric Services,* 2003, 54(10), 1372-1379.

DOUGLAS, K. S., OGLOFF, J. R. P., NICHOLLS, T. L., & GRANT, I. Assessing Risk For Violence Among Psychiatric Patients: The HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme and The Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1999, 67(6), 917-930.

DOUGLAS, K. S., VINCENT, G. M., & EDENS, J. F. Risk for Criminal Recidivism. The role of psychopathy. In : PATRICK, C.J. (Eds) *Handbook of Psychopathy*, New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

DOYLE, M., & DOLAN, M. Standadized risk assessment. *Principles of Forensic Psychiatry,* 2007, 6(10), 409-414.

EAVES, D., TIEN, G., & WILSON, D. Offenders with major affective disorders. In : HODGINS, S., & MULLER-IBERNER, R. (Eds.), *Violence, crime and mentally disordered offenders: concepts and methods in effective treatment and prevention ,* 2000, 233 p.

EDENS, J. F., CAMPBELL, J. S., & WEIR, J. M. Youth psychopathy and criminal recidivism: A meta-analyses of psychopathy checklist measures. *Law and Human Behavior,* 2007, 31, 53-75.

EISSLER, K. R., (ed). Searchlightson Delinquency. New York : International Universities Press, 1949. In : MELOY, J.R. *Les psychopathes, Essai de psychopathologie dynamique*. Paris : Frison-Roche, 2000, 394 p.

EXNER, J.E. (Eds) *Le Rorschach, un Système Intégré.* Paris : Frison-Roche, 1995, 482 p.

FALKENBACH, D., POYTHRESS, N., & CREEVY, C. The exploration of subclinical psychopathic subtypes and the relationship with types of aggression. *Personnality and Individual Differences,* 2008, 44, 821-832.

FALLISSARD, B., & ROUILLON, F. Etude épidémiologique des troubles psychiatriques chez les détenus. Résultats préliminaires, Colloque de la Mutualité, 10ème anniversaire de la loi de 1994 sur la santé des détenus, décembre 2004. In : GUELFI, J. D., & ROUILLON, F. (Eds), *Manuel de Psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 777 p.

FEINSTEIN, A. R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases,* 1970, 23, 455-468.

FILLIEUX, T., & GODFROID, I. O. Le point sur le traitement des psychopathes. *Annales Medico Psychologiques,* 2001, 159, 285-293.

FIRST, M. B., SPITZER, R. L., GIBBON, M. W., & JANET, B. W. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders II (SCID II): 1. Description. *Journal of Personality Disorders,* 1995, 9, 83-91.

FLAVIGNY, H. De la notion de psychopathie. *Revue de neuro-psychiatrie infantile*, 1977, 1, 19-75.

FOSSATI, A., BARRAT, E. S., BORRONI, S., VILLA, D., GRAZIOLI, F., & MAFFEI, C. Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders. *Psychiatry Research,* 2007, 149, 157-167.

FROSCH J. *The Psychotic process.* NewYork : International Universities Press, 1983. In : MELOY, J.R. *Les psychopathes, Essai de psychopathologie dynamique*. Paris : Frison-Roche, 2000, 394 p.

GACONO, C.B., & MELOY, J.R. A Rorschach investigation of attachment and anxiety in antisocial personality disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 1991, 179(9), 546-552.

GACONO, C. B., MELOY, J. R., & BERG, J. L. Object relations, defensive operations, and affective states in narcissistic, antisocial and borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 1992, 59, 32-49.

GABBARD, G. O., & COYNE, L. Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment. *Hospital and Community Psychiatry,* 1987, 38, 1181-1185.

GARB, H. N. Studying the clinician: Judgment, research and psychological assessment, Washington, DC: American Psychological Association, 1998. In : SULTAN, S., *Le diagnostic psychologique: Théorie, éthique, pratique*, Paris : Frison Roche, 2004, 300 p.

GLENN, A. L., & RAINE, A. The neurobiology of psychopathy. *Psychiatric Clinics of North America,* 2008, 31(3), 463-475.

GOTTFREDSON, M. R., & HIRSCHI, T. *A general theory of crime*. Stanford, CT: Stanford University Press, 1990. In: COOKE, D. J., MICHIE, C., HART, S. D., & CLARK, D. Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorders,* 2004, 18(4), 337-357.

GOULET, J. Les troubles de la personnalité. In : LALONDE, P., AUBUT, J., GRUNBERG, F. (sous la direction de). *Psychiatrie Clinique. Une approche bio-psychosociale. Tome I : Introduction et syndromes cliniques*. Montréal, Paris : Gaëtan Morin éditeur, 1999, 832 p.

GRAVIER, B., & LUSTENBERGER, Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Annales Medico Psychologiques,* 2005, 163, 668-680.

GRAY, N. S., HILL, C., MCGLEISH, A., TIMMONS, D., MACCULLOCH, M. J., & SNOWDEN, R.J. Prediction of violence and self-arm in mentally disordered offenders: A prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R, and Psychiatric Symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71, 443-451.

GREGOIRE, J. Comparison of three short forms of the Wechsler Intelligence Scale of Children - Third Edition (WISC-III). *European Review of Applied Psychology,* 2001, 4, 437-41.

GREENSON, R. Loving, hating and indifference toward the patient. *International Review of Psycho-Analysis*, 1974, 1, 259-266. In : MELOY, J.R. *Les psychopathes, Essai de psychopathologie dynamique*. Paris : Frison-Roche, 2000, 394 p.

GRETTON, H. M., MCBRIDE, M., HARE, R. D., O'SHAUGHNESSY, R., & KUMKA, G. Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. *Criminal Justice and Behavior,* 2001, 28, 427-449.

GUNDERSON, J. G. *Borderline personality disorder: a clinical guide.* American Psychiatric Press, Washington DC, 2001. In : GUELFI, J. D., & ROUILLON, F. *Manuel de Psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 777 p.

GUNDERSON, J. G., & PHILLIPS, K. A. A current view of the interface between personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry,* 1991, 148, 947-975.

HALE, L.R., GOLDSTEIN, D.S., ABRAMOWITZ, C.S., CALAMARI, J.E., & KOSSON, D.S. Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity. *Behavior Research and Therapy,* 2003, 42(6), 697-710.

HALL, H. V. Predicting dangerousness of the courts. *American Journal Forensic Psychiatry.* 1984, 5(2), 77- 96. In : GRAVIER, B., & LUSTENBERGER, Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Annales Medico Psychologiques,* 2005, 163, 668-680.

HALL, J. R., & BENNING, S. D. The "Sucessful" Psychopath: Adaptative and Subclinical Manifestations of Psychopathy in the General Population. In : PATRICK, C.J. (Eds) *Handbook of Psychopathy*, New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

HALLE, P., & HODGINS, S. Perspectives actuelles sur la psychopathie: données neuropsychologiques et hypothèses neurobiologiques. *Revue de Neuropsychologie,* 1996, 6(4), 471-504.

HALLE, P., HODGINS, S., & ROUSSY, S. Revue critique des études expérimentales auprès de détenus adultes : Précision du syndrome de la psychopathie et hypothèses développementales. In : PHAM, T. H., & COTE, G. (Eds), *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2000, 236 p.

HARE, R. D. Comparison of the procedures for the assessment of psychopathy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1985, 53, 7-13.

HARE, R. D. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi-Health System, 1991.

HARE, R. D. Psychopathy a clinical concept whose time has come. *Criminal Justice and behaviour,* 1996, 23, 25-54.

HARE, R. D. Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric Quaterly,* 1999, 70(3), 181-197.

HARE, R. D. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Multi-Health System, 2003.

HARE, R. D. Psychopathy : A Clinical and Forensic Overview. *Psychiatric Clinics of North America,* 2006, 29(3), 709-724.

HARE, R. D. Psychopathy, affect, and behaviour. In : COOKE, D. J., FORTH A. E., & HARE, R. D. (Eds.). *Psychopathy : theory, research, and implications for society* (pp. 104-137). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer, 1998. In : PATRICK, C.J. (Eds) *Handbook of Psychopathy*, New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

HARE, R. D., Clark, D., GRANN, M., & THORNTON, D. Psychopathy and the predictive validity of PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences and the Law,* 2000, 18, 623-645.

HARE, R. D., HART, S. D., & HARPUR, T. J. Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology,* 1991, 100, 391-398.

HARE, R. D., FORTH, A. E., & STRACHAN, K. E. Psychopathy and crime across the life-span. In: PETERS, R., MCMAHON, R.J. & QUINSEY, V.L., (Eds), *Aggression and violence throughout the life span*, Sage, Newbury Park : CA, 1992. In : LALUMIERE, M. L., HARRIS, G. T., & RICE, L. E. Psychopathy and developmental instability. *Evolution and Human Behavior,* 2001, 22(2), 75-92.

HARE, R. D., & MCPHERSON, L. M. Violent and aggressive behaviour by criminal psychopaths. *International Journal of Law and Psychiatry,* 1984, 7, 35-50.

HARE, R. D., & NEUMANN, C. S. The PCL-R Assessment of Psychopathy. Development, structural poperties, and New Directions. In : PATRICK, C.J. (Eds) *Handbook of Psychopathy*, New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

HARE, R. D., & SCHALLING, D. *Psychopathic Behavior. Approaches to Research.* Chichester. United Kingdom : Wiley, 1978.

HARPER, C. C., & MCLANAHAN, S. S. Father absence and youth incarceration. Paper presented at the 1998 annual meetings of the American Sociological Association, San Francisco, 1998. In: PATRICK, C.J. (Eds) *Handbook of Psychopathy*, New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

HARPER, C. C., & MCLANAHAN, S. S. Father absence and youth incarceration. *Journal of Research on Adolescence,* 1998, 14(3), 369-397.

HARPUR, T. J., & HARE, R. D. Assesment of Psychopathy as a Function of Age. *Journal of Abnormal Psychology,* 1994, 103(4), 604-609.

HARPUR, T. J., HARE, R. D., & HAKSTIAN, A. R. Two-factor conceptualisation of psychopathy: Concept validity and assessment implications. *Psychological assessment: A Journal of Consulting and Clinical psychology,* 1989, 1, 6-17.

HARRIS, G. T., & RICE, M. E. Psychopathy research at hight Oak Ridge: Skepticism Overcome. In : HERVE, H. & YUILLE, J. C. (Eds), *The Psychopath : Theory, Research, and Practice.* Mahwah, New Jersey : Lawrence, Erlbaum associates, 2007, 578 p.

HARRIS, G. T., RICE, M. E., & CORMIER, C. A. Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human behavior,* 1991, 15, 625-637.

HARRIS, G. T., RICE, M. E., & QUINSEY, V. L. Psychopathy as a taxon : Evidence that psychopaths are a discrete class. *Journal of consultind and Clinical Psychology,* 1994, 62, 387-397.

HART, S. D. The role of psychopathy in assessing risk for violence: conceptual and methodological issues. *Legal and Criminalogical Psychology,* 1998, 3, 121-137.

HART, S. D., & HARE, R. D. Association between psychopathy and narcissism: Theoretical views and empirical evidence, in Disorders of Narcissism: Theoretical, Empirical and Clinical Implications. Ronningstam E. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997. In: MURPHY, C., & VESS, J. Subtypes of psychopathy: proposed differences between narcissistic, borderline, sadistic and antisocial psychopaths. *Psychiatric Quarterly,* 2003, 74(1), 11-29.

HART, S. D., & HARE, R. D. Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment,* 1989, 1, 211-218.

HEILBRUN, A. B. Jr. Cognitive models of criminal violence based on intelligence and psychopathy levels. *Journal of Consulting and Clinical psychology,* 1982, 50(4), 546-557.

HEILBRUN, A. B. Jr., & HEILBRUN, M. R. Psychopathy and dangerousness: Comparison, integration, and extension of two psychopathic typologies. *British Journal of Clinical Psychology,* 1985, 24(3), 181-195.

HEMPHILL, J. F., HARE, R. D., & WONG, S. Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology,* 1998, 3, 139-170.

HERVE, H. F., LING, J. Y. H., & HARE, R. D. *Criminal Psychopathy and its subtypes.* Paper presented at the American Psychology Law-Society, Division 41 of the American Psychological Association, New-Orléans, LA, 2000, March. In: HERVE, H. & YUILLE, J. C. (Eds), *The Psychopath : Theory, Research, and Practice.* Mahwah, New Jersey : Lawrence, Erlbaum associates, 2007, 578 p.

HICKS, B. M., MARKON, K. E., PATRICK, C. J., KRUEGER, R. F., & NEWMAN, J.P. Identifying psychopathy subtypes on the basis of personality structure. *Psychological Assessment,* 2004, 16(3), 276-288.

HILDEBRAND, M., & DE RUITER, C. PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry,* 2004, 27, 233-248.

HOLDWICK, D. J., HILSENROTH, M. J., CASTELBURY, F. D., & BLAIS, M. A. Identifying the unique and common characteristics among DSM-IV antisocial, borderline and narcissistic personality disorders. *Comparative Psychiatry,* 1998, 39(5), 277-286.

HUCHZERMEIER, C., BRUB, E., GODT, N., & ALDENHOFF, J. Kiel psychotherapyproject for violent offenders Towards empirically based forensic psychotherapy-disturbanced profiles and risk of recidivism among incarcerated offenders in German prison. *Journal of Clinical Forensic Medicine,* 2006, 13(2), 72-79.

HUCHZERMEIER, C., GEIGER, F., KOHLER, D., BRUB, E., GODT, N., HINRICHS, G., & ALDENHOFF, J. B. Are there age related effects in antisocial personality disorders and psychopathy? *Journal of Forensic and Legal Medicine,* 2008, 15, 213-218.

HUSAIN, O. Is the Rorschach of psychopaths the same on both sides of the Atlantic ? *Rorschachiana,* 1995, 20, 134-147.

JACOBWITZ, S., & EGAN, V. The dark triad and normal personality traits. *Personality and Individual Differences,* 2006, 40, 331-339.

KARPMAN, B. On the need for separating psychopathy into two distinct clinical type: Symptomatic and Idiopathic. *Journal of Clinical Psychopathology,* 1941, 3, 112-137.

KERNBERG, O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson, 1975, 361 p.

KERNBERG, O. Narcissisme normal et narcissisme pathologique. *Nouvelle Revue de Psychanalyse,* 1976, 13, 181-204.

KERNBERG, O. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT : Yale University Press, 1984.

KERNBERG, O. *Les troubles graves de la personnalité: Strategies Psychotherapiques*. Paris : PUF, 1989, 528 p.

KERNBERG, O. *La personnalité Narcissique*. Paris : Dunod, 1997, 191 p.

KERNBERG, O. *Les troubles limites de personnalité*. Paris : Dunod, 2001, 286 p.

KOSSON, D. S., LORENZ, A. R., & NEWMAN, J. P. Effects of Comorbid Psychopathy on Criminals Offending and Emotion Processing in Male Offenders With Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology,* 2006, 115(4), 798-806.

KRAUS, G., & REYNOLDS, D.J. The “a-b-c’s” of the cluster b personality disorders. *Clinical Psychology Review,* 2001, 21(3), 345-373.

KULLGRENN, G., GRAAN, M., & HOLMBERG, G. The swedish forensic concept of severe mental disorder as related to personality disorders. *International Journal of Law and Psychiatry,* 1996, 19, 191-200.

LALONDE, P., AUBUT, J., & GRUNBERG, F. (sous la direction de) *Psychiatrie Clinique. Une approche bio-psychosociale. Tome I : Introduction et syndromes cliniques*. Montréal, Paris : Gaëtan Morin éditeur, 1999, 832 p.

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

LAURELL, J., & DÅDERMAN, A.M. Recidivism is related to psychopathy (PCL-R) in a group of men convicted of homicide. *International Journal of Law and Psychiatry,* 2005, 28, 255-268.

LAZARUS, R.S., & FOLKMAN, S. *Stress, apraisal and coping*, New-York: Springer, 1984, 456 p. In: PAULHAN, I., & BOURGEOIS, M. *Stress et coping: les strategies d’ajustement à l’adversité*. Paris: PUF, 1998, 128 p.

LAZARUS, R., & LAUNIER, R. Stress related transactions between person and environment. In: PERVIN, L.A., & LEWIS, M. *Perspectives in interactional Psychology*. New-York: Plenum, 1978, 335 p. In: PAULHAN, I., & BOURGEOIS, M. *Stress et coping: les strategies d’ajustement à l’adversité*. Paris: PUF, 1998, 128 p.

LECRUBIER Y., WEILLER, E., HERGUETA, T., AMORIN, P., BONORA, L. I., & LEPINE, J. P. MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview. In: French Version 5.0.0. Paris: Hôpital de la Salpêtrière, Inserm U302, 1998.

LILIENFIELD, S. O. Conceptual problems in the assessment of psychopathy. *Clinical Psychology Review,* 1994, 14, 17-38.

LILIENFIELD, S. O. Methodological advances and developments in the assessment of psychopathy. *Behaviour Research and Therapy,* 1998, 36, 99-125.

LILIENFIELD, S. O., WALDMAN, I. D., & ISRAEL, A. C. A critical examination of the use of the term "comorbidity" in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and practice,* 1994, 1, 71-83.

LINEHAN, M.M. *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford, 1993, 584 p.

LINEHAN, M.M. *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Genève: éditions Médecine et Hygiène, 2000, 624 p.

LION, J. Outpatient treatment of psychopaths. In Reid W, Eds. The Psychopath: A Comprehensive Study of Antisocial Disorders and Behaviors. New York: Brunnet/ Mazel, 1978, 365 p.

LOOPER K. J., & PARIS, J. What dimensions underlie cluster B personality disorders? *Comprehensive Psychiatry,* 2000, 41(6), 432-437.

LOVELACE, L., & GANNON, L. Psychopathy and depression: mutually exclusive constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1999, 30, 169-176.

LOZA, W. Predicting violent and non violent recidivism of incarcerated male offenders. *Aggression and Violent Behavior,* 2003, 8, 175–203.

LYKKEN, D. T. *The antisocial personalities*. Hillsdale, New-Jersey: Lawrence Erlbaum, 1995, 272 p.

LYKKEN, D. T. (2006). Psychopathic Personality. The Scope of the Problem. In: PATRICK, C.J. (Eds), *Handbook of Psychopathy*, New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

MACKAY, J. R. Psychopathy and pathological narcissism: a descriptive and psychodynamic formulation on the antisocial personality disorder. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation,* 1986, 11, 77-92.

MCCAN, R. A., COMTOIS, K. A., & BALL, E. M. Dialectical Behavior Therapy. In: ROTGERS, F. & MANIACCI, M. (Eds). *Antisocial Personality Disorder: A practicioner's guide to comparative treatments*. New York : Springer Publishing Company, 2006, 224 p.

MAHMUT, M. K., HOMEWOOD, J., & STEVENSON, R. J. The Characteristics of non-criminals with high psychopathy traits: Are they similar to criminal psychopaths ? *Journal of Research in Personality,* 2008, 43(2), 679-692.

MELOY, J.R. *Les psychopathes, Essai de psychopathologie dynamique*. Trad. A. Andronikof, (The psychopathic mind : Origins, dynamics, and treatment. Northvale, 1988, N.J. Aronson). Paris : Frison-Roche, 2000, 351 p.

MELOY, J.R. Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *Evolution Psychiatrique,* 2001, 66, 563-586.

MELOY, J.R., & GACONO, C.B. A borderline psychopath: "I was basically maladjusted…". *Journal of Personality Assessment*, 1993, 61(2), 358-373.

MELOY, J.R., & GACONO, C.B. The internal world of the psychopath. In: MILLON, T., SIMONSEN, E., BIRKET-SMITH, M., & DAVIS R. (Eds.), *Psychopathy, Antisocial, Criminal, and violent behaviour*. New-York: Guilford, 1998, 476 p.

MILLON, T. *Disorders of personality : DSM-III : Axis II*. New York : Wiley, 1981. In : COOKE, D. J., FORTH, A. E., & HARE, R. D. (Eds) *Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society.* Netherlands : Kluwer Academic Publishers, 1998, 440 p.

MILLON, T., & DAVIS, R. D. (1996). *Disorders of personality : DSM-IV and beyond* (2nd ed.) New-York : Wiley. In : KRAUS, G., & REYNOLDS, D.J. The "a-b-c's" of the cluster b personality disorders. *Clinical Psychology Review,* 2001, 21(3), 345-373.

MINISTERE DE LA JUSTICE http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_inTERnet_janv09.pdf

MONAHAN, J. *The clinical prediction of violent behaviour*. Washington DC : Government Printing Office, 1981. In : CORNET, J. P., GIOVANNANGELI, D., & MORMONT, Ch. *Les délinquants sexuels, théories, évaluation et traitements.* Paris : Frison Roche, 2003, 211 p.

MONAHAN, J., & STEADMAN, H. J. *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press, 1994. In: CORNET, J. P., GIOVANNANGELI, D., & MORMONT, Ch. *Les délinquants sexuels, théories, évaluation et traitements.* Paris : Frison Roche, 2003, 211 p.

MORAN, P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 1999, 34(5), 231-242.

MURPHY, C., & VESS, J. Subtypes of psychopathy: proposed differences between narcissistic, borderline, sadistic and antisocial psychopaths. *Psychiatric Quarterly,* 2003, 74(1), 11-29.

NEUMANN, C. S., VITACCO, M. J., HARE, R. D., & WUPPERMAN, P. Reconstruying the "reconstruction" of psychopathy: a comment on Cooke, Michie, Hart, and Clark. *Journal of Personality Disorders,* 2005, 19(6), 624-640.

NEWMAN, D. L., MOFFITT, T.E., CASPI, A., & SILVA, P.A. Comorbid mental disorders: Implication for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998, 107, 305-311.

NIOCHE, A., PHAM, T. H., DUCRO, C., de BEAUREPAIRE, C., CHUDZIK, L., COURTOIS, R., & REVEILLERE, C. Psychopathie et Troubles de la personnalité associés : Recherche d'un effet particulier au trouble Borderline ? Accepté sous réserve de modifications.

PAINCHAUD, G., & MONTGRAIN, N. Limites et états Limites. In : BERGERET, J., & REID, W. *Narcissisme et états-limites*. Montréal : Dunod & Presses Universitaires de Montréal, 1986, 244 p.

PARIS, J. Antisocial and Borderline personality disorders : Two separate diagnoses or two aspects of the same pathology ? *Comprehensive Psychiatry,* 1997, 38(4), 237-242.

PATRICK, C. J. Emotion and psychopathy: Starting new insights. *Psychophysiology,* 1994, 31, 319-330.

PATRICK, C.J., & ZEMPOLICH, K.A. Emotion and aggression in the psychopathic personality. .*Agression and Violent Behavior,* 1998, 3(4), 303-338.

PEDINIELLI, J. L., & BENONY, H. La psychologie clinique. *Encyclopédie Mécico-Chirurgicale,* 37032-A-10, 2001. In : PEDINIELLI, J. L., & FERNANDEZ, L. *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin, 2005, 126 p.

PEDINIELLI, J. L., & FERNANDEZ, L. *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin, 2005, 126 p.

PHAM, T.H. Evaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *L'Encéphale,* 1998a, 24, 435-441.

PHAM, T.H. Le traitement psychologique des sujets psychopathiques et des personnalités antisociales. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive,* 1998b, 3(1), 1-6.

PHAM, T.H. Le traitement psychologique des psychopathes. In: PHAM, T. H., & COTE, G. (Eds), *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2000, 236 p.

PHAM, T. H., CHEVRIER, I., NIOCHE, A, DUCRO, C., & REVEILLERE, C. Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge. *Annales Médico Psychologiques,* 2005, 163, 878-881.

PHAM, T. H., CLAIX, A., & REMY, S. Assessment of the historical, clinical and risk-20 (HCR-20) items in a Belgium prison sample. *European Psychiatry,* 2000, 15, 82-83.

PHAM, T. H., & COTE, G. (Eds), *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2000, 236 p.

PHAM, T. H., DUCRO, C., MARGHEM, B., & REVEILLERE, C. Evaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Annales Medico Psychologiques*, 2005, 163, 842-845.

PHAM, T. H., MALINGREY, F., DUCRO, C., & SALOPPE, X. Psychopathie et troubles mentaux graves chez des patients internés. *Annales Medico Psychologiques,* 2007, 165, 511-516.

PHAM, T. H., SALOPPE, X., BONGAERTS, X., & HOEBANX, J.-L. L'Expertise dans le cadre de la loi de Défense Sociale en Belgique : repères diagnostiques et recommandations. *Annales Médico Psychologiques,* 2007, 165, 49-55.

PHAM, T. H., VANDERSTUKKEN, O., PHILIPPOT, P., & VANDERLINDEN, M. Selective Attention and Executive Functions Deficits Among Criminal Psychopaths. *Agressive Behavior,* 2003, 29, 393-405.

PHAM-SCOTTEZ, A. Trouble de la personnalité Borderline. In : GUELFI, J. D., & ROUILLON, F. (Eds), *Manuel de Psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007, 777 p.

PHAM-SCOTTEZ, A. & GUELFI, J.D. Troubles de la personnalité : aspects cliniques et limites diagnostiques. *Annales Médico-Psychologiques,* 2003, 161, 727-732.

PICHOT, D. Les personnalités pathologiques. *Bulletin de Psychologie,* 1965, 18. In : PHAM-SCOTTEZ, A. & GUELFI, J.D. Troubles de la personnalité : aspects cliniques et limites diagnostiques. *Annales Médico-Psychologiques,* 2003, 161, 727-732.

PORTER, S., & WOODWORTH, M. Psychopathy and Aggression. In : PATRICK, C.J. (Eds), *Handbook of Psychopathy*, New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

QUINSEY, V. L., RICE, M. E., & HARRIS, G. T. Actuarial Prediction of Sexual Recidivism. *Journal of Interpersonal Violence,* 1995, 10(1), 85-105.

RASMUSSEN, K., STORSAETER, O., & LEVANDER, S. Personality Disorders, Psychopathy, and Crime in a Norwegian Prison Population. *International Journal of Law and Psychiatry,* 1999, 22(1), 91-97.

REICH, A. On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis,* 1951, 32, 25-31.

REID, W. H., & GACONO, C. Treatment of Antisocial Personality, Psychopathy and other Caracterologic Antisocial Syndromes. *Behavioral Sciences and The Law,* 2000, 18, 647-662.

REVEILLERE, C., PHAM, T., DANNEELS, M., DELESCLUSES, C., LARGILIERE, M., & WILLOCQ, L. Etude comparative des caractéristiques psychopathiques narcissiques et de détachement émotionnel au sein d'une population de délinquants à partir de la PCL-R de Hare et du Rorschach (Système Intégré d'Exner), *Revue Européenne de Psychologie Appliquée,* 2003, 53(2), 107-116.

ROSS, S. R., BYE K., WROBEL, T. A., & HORTON, R. S. Primary and secondary psychopathic characteristics and the schedule for non-adaptive and adaptive personality (SNAP). *Personality and Individual Differences*, 2008, 45(3), 249-254.

SALEKIN, R. T. Psychopathy and therapeutic pessimism : Clinical lore or clinical reality ? *Clinical Psychology Review,* 2002, 2, 419-422.

SALEKIN, R. T., ROGERS, R., & SEWELL, K. W. A review and meta-analysis of the Psychopathy checklist and Psychopathy checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 1996, 3, 203-215.

SCHMITT, S. S., & NEWMAN, J. P. Are all psychopathic individuals low-anxious? *Journal of Abnormal Psychology,* 1999, 108, 353-358.

SCHNEIDER, K. *Les personnalités psychopathiques*, 1923, Paris : PUF. In: PHAM, T. H., & COTE, G. (Eds), *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2000, 236 p.

SCHNEIDER, K. *Psychopathic personalities* (9ème ed., M. Hamilton, trans.), 1958, London, England : Cassell. (Original work published in 1950) In : HERVE, H. & YUILLE, J. C. (Eds), *The Psychopath : Theory, Research, and Practice.* Mahwah, New Jersey : Lawrence, Erlbaum associates, 2007, 578 p.

SCOTT, P. Assessing dangerousness in criminals. *British Journal of Psychiatry,* 1977, 131, 127-142. In: CORNET, J. P., GIOVANNANGELI, D., & MORMONT, Ch. *Les délinquants sexuels, théories, évaluation et traitements.* Paris : Frison Roche, 2003, 211 p.

SENON, J. L. Psychiatrie et prison: toujours dans le champ de l'actualité. *Annales Médico Psychologiques,* 2004, 162, 646-652.

SENAT Bienvenue au Sénat français (7 mars 2008) http://www.senat.fr/rap/r05-420/r05-420.html

SENON J. L. HAS www.has-sante.fr/portail/jcms/c_269699/psychopathie-rapport-d-orientationpdf Prise en charge de la psychopathie. Haute Autorité de Santé, Audition publique 15 et 16 décembre 2005, Paris (Ministère de la Santé et des Solidarités).

SERIN, R. C. The clinical application of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in a prison population. *Journal of Clinical Psychology,* 1992, 48(5), 637-642.

SERIN, R. C., & AMOS, N. L. The role of psychopathy in the assessment of dangerousness. *International Journal of Law and Psychiatry,* 1995, 18(2), 231-238.

SETO, M. C., & BARBAREE, H. E. Psychopathy, treatment behavior and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence,* 1999, 14(12), 1235-1248.

SHAH, S. A. Dangerosité : quelques considérations sur le plan légal, politique et de la santé mentale. *Déviance et société,* 1981, 5(4), 371-382. In: CORNET, J. P., GIOVANNANGELI, D., & MORMONT, Ch. *Les délinquants sexuels, théories, évaluation et traitements.* Paris : Frison Roche, 2003, 211 p.

SILVERSTEIN, A. B. Two- and four-subtest short forms of the WAIS-R: A closer look at validity and reliability. *Journal of Clinical Psychology,* 1985, 41, 95–97

SKEEM, J. L., JOHANSONN, P., ANDERSHED, H., KERR, M., & LOUDEN, J. E. Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology,* 2007, 116 (2), 395-409.

SKEEM, J. L., POYTHRESS, N., EDENS, J. F., LILIENFIELD, S. O., & CALE, E. M. Psychopatic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Agression and Violent Behavior,* 2003, 8, 513-546.

STÅLENHEIM, E. G., & VON KNORRING, L. Personnality traits and psychopathy in a forensic psychiatric population. *European Journal of Psychiatry,* 1998, 12, 83-94.

STEADMAN, H. J., MULVEY, E. P., MONAHAN, J., ROBINS, P. C., APPLEBAUM, P. S., GRISSO, T., ROTH, L. H., & SILVER, E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Archives of General psychiatry,* 1998, 55, 393-401.

STEIN, D. J., HOLLANDER, E., & SKODOL, A. E. Anxiety disorders and personality disorders: a review. *Journal of personality Disorders,* 1993, 7(2), 87-104.

SULLIVAN, E. A., & KOSSON, D. S. Ethnic and Cultural Variations in Psychopathy. In : PATRICK, C.J. (Eds), *Handbook of Psychopathy*, New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

SULTAN, S. *Le diagnostique psychologique: théorie, éthique, pratique*. Frison Roche : Psychologie vivante, 2004, 300 p.

SWANSON, M. C., BLAND, R. C., & NEWMAN, S. C. Antisocial personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 1994, 89, 63-70.

TIMMERMAN, I.G.H., & EMMELKAMP, P.M.G. The prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II pathology in a group of forensic patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,* 2001, 45, 198-213.

VESS, J., MURPHY, C., & ARKOVITZ, S. Clinical and demographic differences between sexually violent predators and other commitment types in a state forensic hospital. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology,* 2004, 15(4), 669-681.

VILLERBU, L.M. La psychopathie au risque de la clinique. Epistémologie et considérations psychopathologiques sur la question des représentations et de l'acte dans la psychopathie dite grave. *Evolution Psychiatrique*, 2001, 66, 678-690.

WEBSTER, C. D., DOUGLAS, K. S., EAVES, D., & HART, S. D. *HCR-20: Assessing Risk for Violence.* Simon Fraser University: Mental Health, Law and Policy Institute, 1997.

WECHSLER, D. Wechsler Adult Intelligence Scare-Revised Manual. New York: Psychological Corporation, 1981.

WECHSLER, D. WAIS-III : Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Adultes - Troisième édition, Paris, ECPA, 2000.

WIDIGER, T. A. Psychopathy and DSM-IV psychopathology. In : PATRICK, C. J. (Eds), *Handbook of Psychopathy*, New-York, London : The Guilford Press, 2006, 651 p.

WIDIGER, T. A., CADORET, R., HARE, R., ROBINS, L., RUTHERFORD, M., ZANARINI, M., ALTERMAN, A., APPLE, M., CORBITT, E., FORTH, A., HART, S., KULTERMANN, J., WOODY, G., & FRANCES, A. DSM-IV Antisocial Personality Disorder Field Trial. *Journal of Abnormal Psychology,* 1996, 105(1), 3-16.

WIDIGER, T. A., & CLARK, L. A. Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin,* 2000, 126, 946-963.

WINNICOTT, D. W. *Déprivation et Délinquance*. Paris : Payot et Rivages, 1994, 314 p. (Titre original : *Deprivation and delinquency*, Londres : Tavistock Publications, Ltd, 1984).

WINNICOTT, D. W. Elaboration de la capacité de sollicitude. Conférence à la Société Psychanalytique de Topeka, le 12 octobre 1962. Première publication dans The Bulletin of the Menninger Clinic, 1963, 27, 167-176. In : WINNICOTT, D. W., *Processus de maturation chez l'enfant : Développement affectif et environnement*. Paris : Payot, 1970, 259 p.

WINNICOTT, D. W. « L'absence de sentiment de culpabilité » Conférence préparée à l'intention de la Devon and Exeter Association for mental health, 1966. Chap. XII

WALKER, N. *Dangerous people*. London: Blackstone , 1996. In: CORNET, J. P., GIOVANNANGELI, D., & MORMONT, Ch. (Eds), *Les délinquants sexuels, théories, évaluation et traitements.* Paris : Frison Roche, 2003, 211 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Manual of the international classification of diseases, injuries and causes of death* (10th ed.). Geneva, Switzerland: Author, 1992.

WONG, S. C. P., & BURT, G. The Heterogeneity of Incarcerated Psychopaths: Differences in Risk, Need, Recidivism, and Management Approaches. In : HERVE, H. & YUILLE, J. C. (Eds), *The Psychopath : Theory, Research, and Practice.* Mahwah, New Jersey : Lawrence, Erlbaum associates, 2007, 578 p.

WOOD, J., & NEWTON, A. K. The role of personality and blame attribution in prisoner's experiences of anger. *Personality and Individual Differences,* 2003, 34, 1453-1465.

WOODWORTH, M., & PORTER, S. In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal psychology,* 2002, 111, 436-445.

ZANARINI, M. C. Borderline personality as an impulsive spectrum disorder. In : PARIS, J. (Eds), *Borderline personality disorder : Etiology and Treatment*. Washington, D. C.: American Psychiatric press, 1993. In : LOOPER K. J., & PARIS, J. What dimensions underlie cluster B personality disorders? *Comprehensive Psychiatry,* 2000, 41(6), 432-437.

ZANARINI, M. C., GUNDERSON, J. G., FRANKENBURG, F. R., & CHAUNCEY, D. L. The revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders,* 1989, 3(1), 10-18.

ZANARINI, M.C., FRANKENBURG, F.R., DUBO, E. D., SICKEL, A. E., TRIKHA, A., LEVIN, A., & REYNOLDS, V. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry,* 1998, 155, 1733-1739.

Annexes

Annexe 1 Description des troubles de l'Axe II

Tableau 33. Classification des Troubles de la personnalité selon le DSM-IV (1996).

Cluster	**Personnalité**	**Caractéristiques**
A « Personnalités Bizarres ou Excentriques »	- Paranoïaque	- Méfiance exagérée envers autrui ; Leurs intentions sont interprétées comme étant malveillantes. Projection
	- Schizoïde	- Détachement des relations sociales ; Restriction de la variété des expressions émotionnelles.
	- Schizotypique	- Bizarreries et étrangeté au niveau de la pensée, des perceptions et du comportement. Gêne aiguë dans les relations proches. Conduites excentriques. Distorsion et déni psychotique.
B « Personnalités Dramatiques et Emotives »	- Histrionique	- Réponses émotionnelles et Quête d'attention excessives et envahissantes.
	- Narcissique	- Grandiosité ; Besoin d'être admiré ; Manque d'empathie. Tendance au clivage.
	- Borderline	- Instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, clivage, identification projective.
	- Antisociale (ou dyssociale)	- Mépris et violation des droits d'autrui ; tromperie, manipulation.
C « Personnalités Evitantes (ou Anxieuses) »	- Evitante	- Inhibition sociale, sentiment de ne pas être à la hauteur, hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.
	- Dépendante	- Comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.
	- Obsessionnelle-compulsive (ou anankastique)	- Pensées obsédantes, comportements compulsifs. Préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle mental et interpersonnel. Isolation, formation réactionnelle.

Personnalités non spécifiés, à l'étude dans le DSM-IV	- Dépressive - Négativiste (ou passive agressive)	- Mode envahissant de cognition et comportements dépressifs (abattement, morosité, ennui, amertume). Sentiment chronique de malheur et de tristesse. Grand pessimisme. - Mode envahissant d'attitudes négativistes et de résistance passive.

Annexe 2 Corrélations entre les scores à la PCL-R et les troubles de l'Axe II

Tableau 34. Corrélations entre la PCL-R, Facteurs 1 et 2 et les troubles de l'Axe II (N=80).

Axe II	PCL-R	Facteur 1	Facteur 2
Evitante	-0,067	-0,037	-0,069
	0,554	0,746	0,541
	80	80	80
Dépendante	-0,131	-0,128	-0,071
	0,249	0,257	0,53
	80	80	80
Obsessionnelle-compulsive	0,120	0,130	0,105
	0,291	0,251	0,354
	80	80	80
Négativiste	0,047	-0,012	0,084
	0,680	0,916	0,457
	80	80	80
Dépressive	0,019	-0,067	0,097
	0,868	0,554	0,394
	80	80	80
Paranoïaque	**0,448****	**0,320****	**0,474****
	0,000	0,004	0,000
	80	80	80
Schizotypique	-0,213	-0,183	-0,203
	0,058	0,105	0,071
	80	80	80
Schizoïde	-0,006	-0,012	0,043
	0,955	0,916	0,705
	80	80	80
Histrionique	0,206	0,170	**0,236***
	0,066	0,132	0,035
	80	80	80
Narcissique	**0,405****	**0,361****	**0,358****
	0,000	0,001	0,001
	80	80	80
Borderline	**0,241***	0,124	**0,299****
	0,031	0,275	0,007
	80	80	80
Antisociale	**0,587****	**0,419****	**0,632****
	0,000	0,000	0,000
	80	80	80

**p <.01 ; *p <.05

Annexe 3 Corrélations entre les scores à la PCL-R et les troubles de l'Axe II et les délits violents et non violents

1- Troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et délits violents

► PCL-R et délits violents

Tableau 35- Corrélations entre la PCL-R et les délits violents.

	Délits Violents	nombre de DV
PCL-R sans item 20	0,153	**0,369****
	0,176	0,001
	80	80
Facteur 1	0,134	**0,291****
	0,235	0,009
	80	80
Facteur 2	0,144	**0,342****
	0,204	0,002
	80	80

**p <.01

Tableau 36- Corrélations entre les scores à la PCL-R et les types de délits violents.

	PCL-R		
	Total sans item 20	Facteur 1	Facteur 2
Délits violents			
Vols qualifiés, violents	**0,355****	**0,285***	**0,403****
	0,001	0,010	0,000
	80	80	80
Voies de fait	0,12	0,095	0,168
	0,289	0,404	0,137
	80	80	80
Meurtres	0,120	0,089	0,138
	0,288	0,430	0,224
	80	80	80
Possession armes	**0,338****	**0,254***	**0,312****
	0,002	0,023	0,005
	80	80	80
Délits sexuels	-0,219	-0,142	**-0,359****
	0,051	0,210	0,001
	80	80	80
Enlèvement	0,208	0,104	0,213
	0,064	0,360	0,058
	80	80	80

**p <.01 ; *p <.05

► Troubles de l'Axe II et délits violents

Tableau 37- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les délits violents (DV).

	DV	nombre de DV
Paranoïaque	0,020	0,181
	0,863	0,108
	80	80
Narcissique	-0,073	0,194
	0,522	0,084
	80	80
Borderline	0,039	**0,322****
	0,731	0,004
	80	80
Antisociale	0,067	**0,398****
	0,554	0,000
	80	80

**p <.01

Tableau 38- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les types de délits violents.

	Paranoïaque	Narcissique	Borderline	Antisociale
Délits violents				
Vols qualifiés, violents	0,116	0,086	**0,232***	**0,386****
	0,305	0,450	0,039	0,000
	80	80	80	80
Voies de fait	0,190	0,129	**0,283***	**0,229***
	0,092	0,252	0,011	0,041
	80	80	80	80
Meurtres	-0,02	-0,007	0,174	0,069
	0,863	0,951	0,123	0,544
	80	80	80	80
Possession armes	0,194t	0,141	0,067	**0,359****
	0,085	0,212	0,553	0,001
	80	80	80	80
Délits sexuels	-0,112	-0,03	-0,119	**-.241***
	0,324	0,792	0,294	0,031
	80	80	80	80
Enlèvement	0,092	**0,287***	**0,218***	0,149
	0,415	0,010	0,052	0,189
	80	80	80	80

**p <.01 ; *p <.05

2- Troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et délits non violents

►PCL-R et délits non violents (DNV)

Tableau 39- Corrélations entre les scores à la PCL-R et les délits non violents (DNV).

	Délits non Violents	nombre de DNV
PCL-R sans item 20	0,172	0,017
	0,128	0,879
	80	80
Facteur 1	0,132	-0,036
	0,241	0,754
	80	80
Facteur 2	**0,221***	0,106
	0,049	0,350
	80	80

*p <.05

Tableau 40- Corrélations entre les scores à la PCL-R et les types de délits non violents (DNV).

	PCL-R		
	Total sans item 20	Facteur 1	Facteur 2
Délits non violents			
Vols	0,137	0,069	0,216
	0,226	0,543	0,054
	80	80	80
Drogue	-0,144	-0,121	-0,011
	0,203	0,287	0,926
	80	80	80
Code de la route	-0,026	-0,075	-0,012
	0,821	0,508	0,918
	80	80	80
Fraudes	-0,019	-0,035	-0,073
	0,870	0,756	0,522
	80	80	80
Incendie volontaire	-0,045	0,006	0,018
	0,690	0,961	0,871
	80	80	80
Obstruction	0,103	0,042	0,090
	0,365	0,711	0,427
	80	80	80
Délits mineurs	-0,070	-0,094	-0,031
	0,536	0,408	0,788
	80	80	80
Evasion	0,215	0,186	0,186
	0,055	0,098	0,098
	80	80	80

2- Troubles de l'Axe II et délits non violents (DNV)

Tableau 41- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les délits non violents (DNV).

Axe II	DNV	nombre de DNV
Paranoïaque	0,168	0,067
	0,137	0,552
	80	80
Narcissique	0,212	0,172
	0,059	0,126
	80	80
Borderline	0,136	**0,255***
	0,230	0,023
	80	80
Antisociale	0,133	0,213
	0,239	0,058
	80	80

*p <.05

Tableau 42- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les types de délits non violents (DNV).

	Paranoïaque	Narcissique	Borderline	Antisociale
Délits non violents				
Vols	0,072	0,102	0,071	0,152
	0,525	0,367	0,533	0,177
	80	80	80	80
Drogue	-0,104	-0,019	**0,295****	0,020
	0,36	0,865	0,008	0,864
	80	80	80	80
Code de la route	0,114	0,207	0,007	0,163
	0,314	0,066	0,952	0,148
	80	80	80	80
Fraudes	0,089	-0,023	0,135	-0,071
	0,43	0,841	0,231	0,53
	80	80	80	80
Incendie volontaire	-0,114	-0,11	-0,145	0,051
	0,314	0,331	0,2	0,652
	80	80	80	80
Obstruction	0,132	0,142	0,192	0,213
	0,242	0,211	0,087	0,058
	80	80	80	80
Délits mineurs	-0,096	0,108	**0,280***	0,142
	0,396	0,342	0,012	0,209
	80	80	80	80
Evasion	**0,277***	**0,287***	0,050	0,149
	0,013	0,010	0,657	0,189
	80	80	80	80

**p <.01 ; *p <.05

Annexe 4 Corrélations ente les Troubles de la personnalité (PCL-R et Axe II) et HCR-20

1- Corrélations entre les scores à la PCL-R et à la HCR-20

Tableau 43- Corrélations entre les scores à la PCL-R et ceux à la HCR-20.

	HCR sans H7	Facteur H sans H7	Facteur C	Facteur R
PCL-R total	**0,825****	**0,673****	**0,827****	**0,753****
	0,000	0,000	0,000	0,000
	80	80	80	80
Facteur 1	**0,695****	**0,486****	**0,802****	**0,662****
	0,000	0,000	0,000	0,000
	80	80	80	80
Facteur 2	**0,816****	**0,734****	**0,743****	**0,734****
	0,000	0,000	0,000	0,000
	80	80	80	80

**p <.01

2- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les scores à la HCR-20

Tableau 44- Corrélations entre les troubles de l'Axe II et les scores à la HCR-20.

Axe II	HCR total	Facteur H	Facteur C	Facteur R
Evitante	-0,103	-0,074	-0,102	-0,106
	0,364	0,514	0,369	0,349
	80	80	80	80
Dépendante	-0,130	-0,109	-0,135	-0,136
	0,249	0,337	0,233	0,228
	80	80	80	80
Obsessionnelle-compulsive	-0,078	-0,072	-0,012	-0,145
	0,494	0,528	0,919	0,200
	80	80	80	80
Négativiste	-0,053	0,005	-0,095	-0,090
	0,643	0,963	0,4	0,427
	80	80	80	80
Dépressive	0,080	0,176	-0,115	0,015
	0,482	0,119	0,309	0,894
	80	80	80	80
Paranoïaque	**0,482****	**0,509****	**0,290****	**0,413****
	0,000	0,000	0,009	0,000
	80	80	80	80
Schizotypique	-0,089	-0,017	-0,151	-0,121
	0,431	0,879	0,180	0,286
	80	80	80	80
Schizoïde	-0,039	-0,047	-0,036	-0,008
	0,732	0,677	0,754	0,943
	80	80	80	80
Histrionique	0,110	0,074	0,144	0,046
	0,333	0,513	0,202	0,683
	80	80	80	80
Narcissique	**0,403****	**0,416****	**0,322****	**0,292****
	0,000	0,000	0,004	0,009
	80	80	80	80
Borderline	**0,325****	**0,408****	0,151	**0,186**
	0,003	0,000	0,181	0,099
	80	80	80	80
Antisociale	**0,589****	**0,630****	**0,450****	**0,423****
	0,000	0,000	0,000	0,000
	80	80	80	80

**p <.01 ; *p <.05

Angélique NIOCHE

Psychopathie et troubles de la personnalité associés : recherche d'un effet particulier au trouble Borderline – Impact sur le risque de récidive.

Résumé

Cette étude évalue d'une part, les relations entre la psychopathie (PCL-R) et les troubles de la personnalité (Axe II du DSM) et d'autre part avec le risque de récidive. Un regard particulier est porté sur le trouble Borderline vu son implication en terme de prise en charge (certaines caractéristiques borderline seraient d'un meilleur pronostic). Les résultats montrent qu'il existe un lien entre la psychopathie et la présence des troubles Narcissique, Antisocial, Borderline et Paranoïaque. Contrairement à nos attentes, le trouble Borderline n'atténue pas le niveau de psychopathie (poids des comportements impulsifs). Ces troubles sont aussi associés au risque de récidive et au nombre de délits violents (mais pas au type de délits violents *versus* non violents). Ces résultats suggèrent qu'impulsions, caractéristiques antisociales, narcissiques et paranoïaques sont essentielles à repérer. Ils soulignent également l'importance de l'évaluation de type clinique et empirique dans la recherche mais aussi dans la pratique clinique à des fins de précision diagnostique et pronostique.

Mots clé : Psychopathie, Troubles de l'Axe II, Borderline, Risque de récidive.

Résumé en anglais

This study assesses firstly, the relations between psychopathy and personality disorders (DSM Axis II) and secondly with the risk for recidivism. A particular interest is related to the Bordeline disorder considering his implication in the treatment (some borderline characteristics would be of a better forecast). The results show a link exists between psychopathy and the presence of Narcissistic, Antisocial, Borderline and Paranoid disorders. Contrary to expected, the Borderline disorder does not reduce the level of psychopathy (importance of the impulsive behaviours). These disorders are also associated with the risk for recidivism and the number of violent offences (but not with the type of offences violent *versus* non violent). The results suggest that impulses, antisocial, narcissistic and paranoid characteristics are essential to find. The importance of clinical and empirical assessment in research but also in clinical practice for diagnostic and prognostic precision is underlined.

Key words: Psychopathy, Axis II disorders, Borderline, Risk for recidivism.