



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences sociales et politiques
Institut de Psychologie

La psychopathie et ses différents enjeux : terminologie, sémiologie, facteurs étiologiques et traitements

De la clinique à la fiction

Session d'été 2018

Mémoire de :

Maîtrise universitaire ès Sciences en psychologie clinique et psychopathologie

Présenté par : **Sara Araujo Gonçalves**

Directeur : **Bruno Gravier**

Expert : **Pascal Roman**

Remerciements

J'adresse mes remerciements et ma reconnaissance la plus sincère à M. Bruno Gravier, Professeur à l'Université de Lausanne et Médecin Chef au Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaire à Cery, qui m'a offert le privilège d'effectuer le présent travail de Master sous sa direction. Sa bienveillance et ses précieuses suggestions m'ont permis de mieux orienter mon travail. Je remercie également M. Pascal Roman, Professeur à l'Université de Lausanne, d'avoir accepté le rôle d'expert dans l'évaluation de ce mémoire.

Toute ma gratitude va à Mme Aude Eggimann, psychologue associée au Centre d'Expertises à Cery, qui m'a amplement encouragée et m'a guidée dans mes recherches. Son intérêt pour mon sujet de travail, ses suggestions et ses corrections m'ont été d'une aide précieuse dans la rédaction de ce mémoire, ainsi que la sympathie et la disponibilité dont elle a fait preuve tout du long.

Finalement, une pluie de remerciements à ma famille et mes amis pour avoir été d'un grand réconfort avec leur soutien unique, leurs rires et leur encouragement dans la rédaction de ce travail laborieux. Une pensée particulière à Seyda Demircan qui a effectué une relecture de ce travail de manière consciencieuse. Enfin, un énorme merci à mon conjoint pour sa patience inconditionnelle, son aide précieuse et pour son optimisme porteur qu'il a su me transmettre tout au long de ce travail.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 2 |
| TABLE DES MATIÈRES | 3 |
| INTRODUCTION | 4 |
| 1. LES DIFFÉRENTES TERMINOLOGIES | 7 |
| 1.1 BREF HISTORIQUE | 7 |
| 1.2 TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ DYSSOCIALE – CIM-10 (1993) | 8 |
| 1.3 TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ANTISOCIALE – DSM-5 (2013) | 9 |
| 1.4 COMPARAISON | 9 |
| 1.5 LA PSYCHOPATHIE SELON CLECKLEY | 13 |
| 1.6 LA PSYCHOPATHIE SELON HARE – PCL-R..... | 13 |
| 1.7 LA PSYCHOPATHIE SELON DES AUTEURS D'ORIENTATION PSYCHODYNAMIQUE | 17 |
| 1.8 SOCIOPATHIE..... | 20 |
| 1.9 UNE ENTITÉ UNIQUE ?..... | 21 |
| 2. LES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES DE LA PSYCHOPATHIE | 23 |
| 2.1 D'UN POINT DE VUE BIOLOGIQUE | 23 |
| 2.2 D'UN POINT DE VUE DÉVELOPPEMENTAL..... | 24 |
| 2.3 D'UN POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE | 29 |
| 2.4 D'UN POINT DE VUE NEUROPSYCHOLOGIQUE | 35 |
| 2.5 D'UN POINT DE VUE SOCIAL..... | 36 |
| 3. LES NOTIONS D'ÉMOTION, D'EMPATHIE ET DE SOUFFRANCE | 37 |
| 3.1 L'ÉMOTION | 37 |
| 3.2 L'EMPATHIE | 37 |
| 3.3 LA SOUFFRANCE | 39 |
| 4. ANALYSE CLINIQUE DE CAS | 40 |
| 4.1 LES CAS DE RICHARD HICKOCK ET PERRY SMITH..... | 41 |
| 4.2 LE CAS DE JEAN-CLAUDE ROMAND | 44 |
| 4.3 DISCUSSION | 47 |
| 4.4 ENTRE FICTION ET RÉALITÉ..... | 53 |
| 5. TRAITEMENTS EN MILIEU CARCÉRAL | 57 |
| 5.1 LES PSYCHOTHÉRAPIES | 58 |
| 5.2 LA RÉHABILITATION..... | 62 |
| 5.3 LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX | 62 |
| 6. CONCLUSION | 64 |
| 7. BIBLIOGRAPHIE | 71 |
| 8. ANNEXES | 76 |
| ANNEXE 1 – TABLEAU DE COMPARAISON ENTRE LE DSM-5 ET LA CIM-10..... | 76 |
| ANNEXE 2 – TABLEAU PSYCHOGÉNÉTIQUE..... | 77 |
| ANNEXE 3 – DICK ET PERRY : DÉROULEMENT DES FAITS..... | 78 |
| ANNEXE 4 – EXPERTISE PSYCHIATRIQUE DE DICK..... | 80 |
| ANNEXE 5 – EXPERTISE PSYCHIATRIQUE DE PERRY..... | 82 |
| ANNEXE 6 – ROMAND : DÉROULEMENT DES FAITS | 84 |
| ANNEXE 7 – ROMAND : EXPERTISE ET ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES | 85 |
| ANNEXE 8 – ART. 59 DU CODE PÉNAL SUISSE | 86 |
| ANNEXE 9 – ART. 63 DU CODE PÉNAL SUISSE | 87 |

Introduction

Si l'on suit la définition qu'en donne Antoine Porot en 1969 dans son *Manuel alphabétique de psychiatrie*, la psychopathie désigne « les affections morbides de l'esprit en général » (p.483), définition courte pour un si vaste sujet. Rétrospectivement et à la lecture des écrits sur le sujet, on constate qu'il semble compliqué de donner une définition claire, nette et précise de ce trouble, et ce depuis qu'en sont recensées les premières manifestations. Notamment au Moyen-âge, Gilles de Rais, un baron de Nantes qui combattit au côté de Jeanne d'Arc, fut condamné à la pendaison et au bûcher en 1440 pour avoir sodomisé et tué environ cent-quarante enfants. Il est considéré aujourd'hui comme un tueur en série et comme un pervers au sens psychanalytique du terme (Bataille, 1977). D'autres tueries de ce type sembleraient également avoir existé dans l'Antiquité¹.

La psychopathie a donné lieu à de nombreux débats et écrits ainsi qu'à des « appellations allant du déséquilibre psychique à la sociopathie, en passant par la perversion instinctive et la folie morale » (Balier, 2005, p. 141). De plus, « contrairement à la croyance populaire et à ce que véhiculent souvent les médias, tous les psychopathes ne sont pas de grands criminels dans le sens littéral du terme, et encore moins des tueurs en série » (Leistedt & al., 2009, p.579).

A l'heure actuelle, on ne trouve pas le terme de psychopathie en tant que diagnostic à part entière dans les deux principaux manuels psychiatriques en vigueur. En effet, il se retrouve en équivalence au trouble de la personnalité dyssociale pour la CIM-10 (Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement) et au trouble de la personnalité antisociale pour le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux). Mais qu'est-ce que le trouble de personnalité de type dyssocial/antisocial ? En se penchant sur les caractéristiques propres aux entités psychopathologiques définies sous les termes de personnalité dyssociale/antisociale, de psychopathe ou encore de sociopathe, on observe qu'elles se ressemblent de par une similarité de symptômes psychologiques et comportementaux comme l'impulsivité, la faible tolérance à la frustration, l'absence de remords, l'incapacité pour la personne à assumer ses actes ou encore le mépris pour les lois, pour les conventions sociales et pour autrui.

¹ <http://www.tueursenserie.org/le-meurtre-en-serie-est-il-un-phenomene-moderne/>

Pourrait-on alors supposer que la psychopathie et la sociopathie soient deux « sous-catégories » du trouble de la personnalité dyssociale/antisociale ? Et par ailleurs, la psychopathie et la sociopathie représentent-elles le même trouble ?

Afin de répondre à ces questions, nous commencerons par expliquer la manière dont le terme de psychopathe a recouvert diverses entités cliniques au fil de son évolution. Puis, nous définirons la personnalité dyssociale en tant que trouble spécifique de la personnalité selon la CIM-10 et ferons la comparaison avec le trouble de la personnalité antisociale du DSM-5. Nous ferons également mention de la définition de la psychopathie selon Cleckley, Hare, et quelques auteurs d'orientation psychodynamique. Par ailleurs, nous évoquerons comment la sociopathie est définie et perçue, pour terminer avec une remise en question de l'entité unique du terme de la psychopathie.

La seconde partie sera l'occasion de nous interroger sur une origine qui serait particulière à l'acte déviant du sujet psychopathe. Pour tenter d'identifier d'éventuels facteurs spécifiques à l'étiologie de la psychopathie nous reprendrons les théories de quelques auteurs ayant abordé les facteurs psychologiques sous l'angle psychanalytique avec Freud, Klein, Bergeret et d'autres spécialistes dans le domaine, et évoquerons également les facteurs biologiques, neuropsychologiques et sociaux, sans oublier les facteurs développementaux qui pointent parallèlement l'importance de déceler d'éventuels troubles présents durant l'enfance et l'adolescence, l'un des aspects que l'on retrouve chez le psychopathe.

Les psychopathes étant caractérisés par leur manque d'empathie, peut-on postuler l'existence d'un dysfonctionnement cérébral ou neurologique permettant d'expliquer ces éléments ? Ou faudrait-il plutôt invoquer la notion de souffrance en lien avec des blessures vécues pendant l'enfance et/ou l'adolescence et qui permettrait éventuellement de mieux comprendre le passage à l'acte ? Ces questions seront abordées dans la troisième partie avec la description des notions d'émotion, d'empathie et de souffrance qui peuvent paraître claires au premier abord, mais qui sont en définitive complexes.

La quatrième partie sera consacrée à un essai d'analyse clinique de deux situations différentes de criminels inculpés de meurtre. Notamment, Jean-Claude Romand, un mythomane et pervers narcissique ayant tué en 1993 des membres de sa famille, ainsi que Richard Dick et Perry Smith qui tuèrent en 1959 une famille de fermier du Kansas pour ne laisser aucun témoin derrière eux. Nous tenterons de remplir l'échelle de la PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised*) de Hare, et ce, de manière

hypothétique, avec les informations que nous aurons trouvées sur ces trois délinquants afin de les diagnostiquer ou non psychopathe, mais également d'en déceler leur différence et les limites d'un tel diagnostic.

Enfin, si les psychopathes ne sont pas nombreux dans la population générale, pour Majois et al. (2011) ils représentent la majorité au sein d'une population carcérale, avis qu'il est néanmoins important de nuancer dans la mesure où la psychopathie semble englobée dans les troubles de la personnalité en général et en particulier dans le trouble de la personnalité dyssociale/antisociale. Dans ce sens, Fazel et Danesh (2002) ont trouvé que parmi 18'530 hommes incarcérés, 65% étaient diagnostiqués comme ayant un trouble de la personnalité, dont 47 % un trouble de la personnalité antisociale, ce qui pose la question des divers modes de traitements permettant de prendre en charge ce trouble et de soigner ces personnes, qu'ils soient médicamenteux et/ou psychothérapeutiques, avec la spécificité qu'il s'agit le plus souvent d'une population incarcérée. Si l'on suit Blatier, « les psychopathes sont responsables de plus de crimes que des criminels non psychopathes, ils commettent des actes plus violents et plus agressifs et récidivent plus généralement. Ils montrent une inaptitude à apprendre d'une punition là où, pour les non-psychopathes, la peur de la punition suffit généralement à inhiber l'agressivité » (2014, p.24). Mais, sachant qu'ils existent, qu'en est-il spécifiquement des traitements qui leur sont donnés en milieu carcéral ? Nous répondrons ainsi à ces dernières questions en décrivant les différents types d'interventions appliquées à la psychopathie en prison. Pour les psychothérapies, nous avons choisi de les catégoriser selon différentes approches en psychologie.

Nous concluons en éclairant les questions posées dans cette introduction par le biais de la revue de littérature exposée dans ce travail.

1. Les différentes terminologies

1.1 Bref historique

Au départ, la psychopathie qui vient du grec ancien *psyche* (esprit, âme) et *pathos* (souffrance) était définie comme une maladie mentale, un trouble du psychisme dans un sens très large. Historiquement, en 1801 Pinel parlait de sujets atteints de « manie sans délire » pour parler de patients aux comportements impulsifs et autodestructeurs. Son élève Esquirol s'inspire de son observation pour parler de sujets atteints, quant à eux, de « monomanie instinctive » qui se caractérise par un trouble dans la volonté, « trouble qui conduit à des actions délictueuses et même criminelles » (Esquirol, cité par Postel et Postel, 1988, p.182). Il va même plus loin en parlant de « monomanie homicide », disant que les personnes tuent par une sorte d'impulsivité et lorsqu'elles recourent à l'acte, le font sans en avoir conscience, sans être délirantes et même sans motifs. Grâce à cette notion de « monomanie homicide », Esquirol a permis l'émergence de la psychiatrie médico-légale, ainsi que l'entrée des actes déviants dans la pathologie. « En effet, ces criminels homicides sont des malades en état de démence au moment de leur crime, on ne doit plus les condamner » (Postel et Postel, 1988, p.183). Autrement, en 1895, Magnan utilise le terme de « déséquilibré » pour parler de sujets ne souffrant ni de psychose ni de déficience mentale significative, mais qui menaient une vie non conforme aux normes sociétales (Blatier, 2014 ; Englebert, 2013 ; Majois & al., 2011).

Au cours du XX^{ème} siècle une nouvelle science sociale vit le jour : la sociologie. Elle introduit le terme de sociopathie pour remplacer celui de psychopathie, dû à l'importance que cette discipline accorde au rôle de l'environnement social dans le développement des comportements. D'ailleurs, Birnbaum, estimant que le problème était généré par la société, évoqua le terme de personnalité sociopathique en 1914 (Corbobesse, 2012). Il semblerait qu'à l'époque, comme c'est toujours le cas à l'heure actuelle d'ailleurs, il était difficile pour tout un chacun de trouver une explication au « pourquoi » de certains comportements déviants et de donner une appellation aux personnes présentant ce type de trouble.

Siefert est le premier, en 1901, à utiliser le terme de psychopathe avec la notion du « psychopathe instable » mettant déjà l'accent sur la dimension comportementale. C'est Kraepelin ensuite, en 1933, qui introduit le terme de psychopathie dans sa nosographie et qui en donne les caractéristiques qui existent encore aujourd'hui. Grâce à lui, les psychopathes sont différenciés des « simples délinquants ou

perturbateurs » et la psychopathie est séparée des psychoses schizophréniques (Chartier, 2007 ; Corbobbese, 2012 ; Senon, 2013). En 1934, Schneider, élève de Kraepelin, est le premier à donner une définition assez précise de la personnalité psychopathe et la définit comme se caractérisant par des perturbations caractérielles et des manifestations antisociales exprimant chez l'individu une certaine recherche de son identité. Il relate d'ailleurs une conduite « sociopathe » (cité par Majois & al., 2011, p.1) chez le sujet psychopathe en ce qu'il s'oppose fermement aux règles sociales dès son plus jeune âge (Englebert, 2013 ; Majois & al., 2011 ; Senon, 2013). Il convient de remarquer qu'il s'agit de la même lecture que Birnbaum, qui met aussi en avant les causes sociales.

En 1941, Cleckley publie *The Mask Of Sanity*, ouvrage dont la plupart des auteurs se sont inspirés pour décrire et comprendre les psychopathes. Il a regroupé plusieurs descriptions de cas cliniques afin d'élaborer un portrait des sujets psychopathes en seize caractéristiques qui seront exposées dans ce travail.

Avant cela, commençons par prendre les termes qui existent aujourd'hui dans les deux ouvrages de référence décrivant et classifiant les troubles mentaux utilisées actuellement en psychiatrie. Après avoir passé en revue la définition du trouble de la personnalité de manière générale et des troubles de la personnalité dyssociale/antisociale plus spécifiquement, nous prendrons chacune des caractéristiques diagnostiques de ces deux troubles que nous disposerons dans un tableau (cf. annexe 1), afin d'en déceler les différences et les similitudes.

1.2 Trouble de la personnalité dyssociale – CIM-10 (1993)

1.2.1 Le trouble de la personnalité

Il s'agit selon la CIM-10 (publiée sous trois volumes en 1993, 1995 et 1996) d'« états et types de comportement cliniquement significatifs (...) et qui sont l'expression caractéristique de la manière de vivre de l'individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Certains de ces états et types de comportement apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tardivement au cours de la vie » (p.180).

Selon cette nosographie, les troubles de la personnalité, considérés de manière générale, se caractérisent par des comportements « profondément enracinés et durables » qui sont « clairement inadaptés » (p.181-182) dans des situations

personnelles et sociales. Ils « apparaissent au cours du développement, dans l'enfance ou l'adolescence, et se poursuivent à l'âge adulte » (p.180).

Afin de poser un diagnostic à partir de ce manuel, le clinicien doit « prendre en compte tous les aspects du fonctionnement personnel » (p.180), encore que le diagnostic « se réfère exclusivement à des dimensions ou à des traits atteignant un seuil de sévérité déterminé » (p.180), ceci dans un but d'efficacité. En parallèle, l'évaluation de l'individu « doit se fonder sur le plus grand nombre possible de sources d'informations » (p.180) pour que puisse être posé le diagnostic de trouble de la personnalité.

1.2.2 Le trouble de la personnalité dyssociale (F60.2)

De manière globale, il s'agit d'un « trouble de la personnalité habituellement repéré en raison de l'écart considérable qui existe entre le comportement et les normes sociales établies » (p.183).

1.3 Trouble de la personnalité antisociale – DSM-5 (2013)

1.3.1 Le trouble de la personnalité

Selon le DSM-5, « un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, 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 » (p.759). Les troubles de la personnalité sont divisés en trois groupes : Le groupe A composé des troubles la personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique, le groupe B composé des troubles de la personnalité antisociale, borderline, histrionique et narcissique, et le groupe C composé des troubles de la personnalité évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive. Le groupe B, dans lequel a été classé le trouble de la personnalité antisociale regroupe les troubles dits « théâtral, émotif et capricieux » (p.760).

1.3.2 Le trouble de la personnalité antisociale (301.7)

Ce trouble est défini dans le DSM-5 de la manière suivante : « La caractéristique essentielle de la personnalité antisociale est un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte » (p.775).

1.4 Comparaison

Dans le tableau se trouvant à l'annexe 1, dont il faut se référer tout au long de cette partie pour avoir les caractéristiques diagnostiques sous les yeux, nous avons

volontairement choisi de déplacer les critères diagnostiques de la CIM-10 en fonction de ceux du DSM-5, ces derniers étant plus précis et nombreux ; il nous a semblé plus clair de tenter de faire une comparaison terme à terme en mettant en correspondance les caractéristiques qui nous paraissent similaires.

Pour commencer, nous remarquons que les critères diagnostiques sont des catégories de comportements observables pour les deux manuels. Selon Blatier (2014, p.19), « il est difficile de mesurer les traits de personnalité et il est plus facile de caractériser un comportement que ses causes », raison pour laquelle peut-être, et entre autres raisons, les ouvrages de référence ont mis l'accent sur des éléments comportementaux plutôt que sur la personnalité. La CIM-10 a été conçue pour permettre une analyse systématique de données de morbidité recueillies dans différentes régions et à des époques différentes. Quant au DSM-5, il utilise des items censés être le moins subjectifs possibles en vue de permettre aux cliniciens et aux chercheurs de s'entendre en recourant à une même terminologie pour des mêmes maladies (Schulz, 2016).

La CIM-10, pose, entre autres, le critère d'une « incapacité à maintenir des relations durables, même si établir une relation n'est pas un problème » pour les personnes ayant ce trouble (pt. c) alors que le DSM-5 ne donne pas de critères d'ordre relationnel. Ce dernier retient en revanche comme critère celui de l'« incapacité à assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières » (pt. 6) et prend également celui de l'« incapacité à planifier à l'avance » (pt. 3), alors que la CIM-10 ne mentionne pas de tels critères diagnostiques. Dès lors, nous pourrions admettre que la CIM-10 aurait davantage de critères relationnels et point de critères d'ordre professionnels et organisationnels.

Nous relevons également que le DSM-5 pose comme critère celui de « mépris pour sa sécurité ou celle d'autrui » (pt. 5). Dans la CIM-10, on retrouve, à notre sens, ce mépris autrement formulé sous le critère d'« une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de la violence » (pt. d) qui pourrait notamment être retournée contre autrui ou contre soi. Nous notons qu'il s'avère plus difficile selon nous de trouver une correspondance dans la CIM-10 en ce qui concerne le « mépris pour sa propre sécurité » notifié dans le DSM-5, élément que nous trouvons intéressant car cela nous amène à nous demander à quel point il s'agit d'un critère important pour le DSM-5, sachant qu'il n'est pas mentionné de manière explicite dans la CIM-10. Il nous semble qu'il y ait ici une divergence, et non des moindres, dans le sens que mépriser sa propre sécurité

impliquerait ne pas s'en soucier, et ne pas se soucier de sa propre sécurité pourrait revenir à ne pas se soucier de soi. Pourtant le narcissisme est un point central de l'organisation des psychopathes, comme nous le verrons plus bas. Nous supposons néanmoins que le critère de l'« attitude irresponsable manifeste et persistante » (pt. b) de la CIM-10 pour être l'équivalence de ce mépris pour sa propre sécurité avec l'explication d'une conduite ordalique de la part du psychopathe. En effet, Lamothe relate que « le psychopathe a volontiers recours à des conduites « ordaliques » où il fait appel à la chance, à Dieu, à la loi ou à un objet de bonne volonté pour que les choses changent dans un passage à l'acte dont les tentatives de suicide par automutilation paraissent être un exemple très courant. Il s'agit d'un moyen d'agir sur l'autre en agissant sur soi-même dans la relation d'emprise, en même temps qu'un moyen de décharger les tensions d'un éprouvé douloureux par un stimuli d'une intensité plus grande et plus concret, plus localisable que le conflit intrapsychique » (Lamothe, cité dans HAS, 2005, p.116). Il nous semble également important de souligner que des discordances entre le DSM-5 et la CIM-10 peuvent s'expliquer par les dix-neuf années d'écart qui les séparent (Schulz, 2016).

Sinon, afin de poser le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale, le DSM-5 pose quatre points de critères obligatoires (A, B, C, D), dont trois critères minimum parmi les sept sous-critères du point A. Quant à la CIM-10, elle donne six critères définissant le diagnostic du trouble de la personnalité dyssoziale qui « doit habituellement avoir constaté la présence indiscutable d'au moins trois des caractéristiques ou comportements indiqués dans la description du trouble » (p. 182).

S'agissant de l'âge minimum à partir duquel il est possible de porter le diagnostic de trouble de la personnalité selon ces deux classifications psychiatriques, il est « rarement approprié avant l'âge de 16 ou 17 ans » pour la CIM-10 et de 18 ans pour le DSM-5. Nous sommes amenés à nous demander si cette condition n'est pas possiblement lourde de conséquences : en effet, Balier (2005) mentionne « la crainte de figer un sujet dans son évolution en le catégorisant une fois pour toutes » (p.155), surtout que les avancées scientifiques montrent que le cerveau arrive à maturation à 25 ans uniquement (Holzer, Halfon et Thoua, 2011) et que Bergeret indique qu'une structure de la personnalité peut changer lors de la période de l'adolescence.

Le point C du DSM-5 mentionne un trouble des conduites se manifestant avant l'âge de 15 ans comme critère obligatoire, alors que pour la CIM-10 il est précisé

qu'un trouble des conduites pendant l'enfance ou l'adolescence pourrait « renforcer » le diagnostic de personnalité dyssociale, et n'est pas toujours retrouvé. De plus, si nous reprenons la description des troubles de la personnalité en général dans ce manuel, il est mentionné que « les troubles de la personnalité apparaissent au cours du développement, dans l'enfance ou l'adolescence, et se poursuivent à l'âge adulte » (p.180), sans parler de trouble des conduites. Nous pouvons supposer que le trouble des conduites qui se caractérise selon la CIM-10 chez l'enfant par des actes dyssociaux, agressifs et transgressifs de nature persistante, signeraient en cela des modes de comportements pathologiques répétitifs, en voie de devenir des caractéristiques organisatrices du fonctionnement, et, de ce fait, susceptibles d'évoluer vers un trouble de la personnalité dyssociale dont les manifestations chez l'adulte revêtent beaucoup de similitudes.

A noter que lorsque l'on fait une recherche du terme de psychopathie, à la fin de la CIM-10, on tombe sur la « psychopathie autistique » et sur la « psychopathie de privation affective » qui sont des troubles de l'enfance, alors que pour le DSM-5, il n'y a pas d'entrée pour la « psychopathie ».

Ces deux manuels se rejoignent dans le fait qu'ils incluent chacun le trouble de l'autre à leur diagnostic respectif, y compris la psychopathie et la sociopathie. La CIM-10 inclut en plus la personnalité amoral et asociale.

Pour finir, il n'existe pas de comorbidités pour ces troubles. Certains auteurs parlent néanmoins d'alcoolisme ou de toxicomanie qui toutefois seraient plutôt des conséquences du trouble de la personnalité dyssociale/antisociale lorsque celui-ci est diagnostiqué, qu'une affection primaire. En effet, comme l'indique Corbobbese (2012, p.4), « il est habituel pour le psychopathe de recourir de manière aiguë ou chronique à des produits divers tels que l'alcool et les drogues, à la fois comme source d'apaisement mais aussi comme lutte contre l'ennui ».

1.5 La psychopathie selon Cleckley

Afin de revenir sur l'intitulé de cette revue littéraire, prenons la définition que fait Cleckley (1941) de la psychopathie, dont la plupart des auteurs se sont inspirés. En effet, en 1964, Cleckley expose dans *The Mask of Sanity* (1941) les cas de plusieurs prisonniers et définit la psychopathie selon 16 caractéristiques essentielles :

| | |
|--|---|
| 1. Charme superficiel | 11. Incapacité d'introspection |
| 2. Absence de délire ou de tout autre signe de pensée irrationnelle | 12. Incapacité de répondre adéquatement aux manifestations générales qui marquent les relations interpersonnelles (considération, gentillesse, confiance, etc.) |
| 3. Absence de « nervosité » ou de manifestations psycho-névrotiques | 13. Comportement fantaisiste et peu engageant sous l'effet de l'alcool, voire sans l'effet de l'alcool |
| 4. Manque de fiabilité | 14. Rarement porté au suicide |
| 5. Fausseté et hypocrisie | 15. Vie sexuelle impersonnelle, banale, intégrée |
| 6. Absence de remords et de honte | 16. Incapacité à se plier à un projet d'existence |
| 7. Comportement antisocial non motivé | |
| 8. Pauvreté de jugement et incapacité d'apprendre de ses expériences | |
| 9. Egocentrisme pathologique et incapacité d'aimer | |
| 10. Réactions affectives pauvres | |

Selon la description de Cleckley (1976, cité dans Englebert, 2013, p.6), le psychopathe est « un individu qui se caractérise par son charme superficiel et une bonne intelligence, qui ne présente ni délire ni pensée délirante ». Nous sommes loin d'une description comportementale telle qu'on vient de voir ci-dessus avec les manuels diagnostiques listant une série de comportements antisociaux observables. L'ensemble de ces critères forment ce « masque de normalité » dont Cleckley parle dans son ouvrage *The Mask of Sanity* (1941). Le psychopathe utilise ce « masque de normalité » afin de se conformer à des codes de vie en société dans le but de gagner la confiance des personnes qui l'entourent. C'est notamment avec les apports de Cleckley (1982, cité dans Leistedt & al., 2009) que la psychopathie arrêta d'être assimilée nécessairement à un type criminel. Selon lui, le psychopathe souffre d'une maladie mentale, d'un déficit affectif profond.

Hare (2006) s'est notamment inspiré de l'ouvrage de Cleckley, afin d'élaborer une échelle permettant d'évaluer les symptômes de la psychopathie et de la diagnostiquer, ce dont il va être question au point suivant.

1.6 La psychopathie selon Hare – PCL-R

Nombreux chercheurs, et notamment Hare (2006), ont remarqué qu'une importante population atteinte de troubles mentaux graves correspondaient sur le plan sémiologique avec le trouble de la personnalité antisociale du DSM. C'est pour

cette raison que Hare (2006) proposa le diagnostic de psychopathie en s'appuyant sur les critères de Cleckley, créant ainsi une échelle actuarielle d'évaluation des symptômes psychopathiques, la PCL-R, pour *Psychopathy Checklist Revised* (Blatier, 2014). Il a développé cet instrument de diagnostic, en étudiant une population anglo-saxonne incarcérée, qui est un outil de référence aujourd'hui dans le domaine de la psychiatrie médico-légale (HAS, 2006 ; Leistedt & al., 2009). La PCL-R est notamment considérée comme un bon prédicteur des comportements délictueux, du risque de récidive en général et de la violence (Majois & al., 2011).

Pour Majois et al. (2011, p.2), la meilleure définition de la psychopathie est justement celle de la PCL-R qui définit la psychopathie selon des « caractéristiques interpersonnelles, affectives et comportementales comprenant l'égoцентриté, la manipulation, l'insensibilité aux autres, l'irresponsabilité, l'instabilité relationnelle, l'impulsivité, le manque d'empathie, d'anxiété, de remords ou de culpabilité » et un manque de contrôle comportemental se manifestant par la mise en place de comportements antisociaux, non nécessairement criminels. Selon cette définition, ainsi que pour les auteurs, la psychopathie ne doit pas être associée à la personnalité antisociale du DSM-5 ni avec la personnalité dyssociale de la CIM-10 et encore moins avec la personnalité borderline. En effet, cette échelle de dépistage inclut les comportements observables que décrivent ces deux manuels mais y ajoute des caractéristiques interpersonnelles et affectives qui font la différence. Ainsi, « un sujet psychopathe aurait nécessairement une personnalité antisociale, alors que le sujet présentant une personnalité antisociale ne serait pas nécessairement psychopathe » (Majois & al., 2011, p.2).

Description de l'échelle

L'échelle de Hare, révisée en 1991, est constituée de 20 items (Balier, 2005 ; Corbobbesse, 2012) :

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

Un entretien semi-structuré est pratiqué afin d'évaluer chaque item de l'échelle présentée ci-dessus, en plus d'une étude approfondie des aspects biographiques du sujet (Wilmes, 2014). Chaque item est coté de la manière suivante : 0 = description ne caractérise pas le sujet ; 1 = s'il y a un doute ; 2 = description caractérise le sujet

Sur un total de 40 points, le diagnostic de psychopathie est posé lorsque le sujet obtient plus de 30 points, tandis qu'en dessous de 20, le diagnostic n'est pas retenu et que « entre 20 et 30, on parle de problématique mixte » (Balier, 2005, p.143).

Cet instrument permet de cerner le fonctionnement psychopathique sous l'angle de deux facteurs : le premier facteur regroupe les items 1,2 et 4 à 8 qui caractérisent les affects, les relations interpersonnelles et le narcissisme ; les items 3 ainsi que 9 à 20 correspondent au deuxième facteur qui est lié aux caractéristiques impulsives et aux tendances antisociales (Leistedt & al., 2009). Le premier facteur « caractérise la psychopathie » selon Pham et Côté (2000, cité par Balier, 2005, p.144) dans le sens que, d'après ces auteurs, les psychopathes seraient plutôt définis par leur apparence rassurante pouvant évoquer un « masque de normalité » pour reprendre la formulation de Cleckley (cité dans Blatier, 2014, p.22) en plus d'avoir des comportements antisociaux regroupés dans le deuxième facteur, qui se retrouvent également dans les deux classifications psychiatriques usuelles.

Carveth (2007) souligne l'importance de ne pas confondre trouble de la personnalité dyssociale, psychopathie et criminalité. En effet, beaucoup d'individus peuvent afficher des traits psychopathiques sans commettre d'acte criminel et sans remplir les conditions pour qu'un diagnostic psychiatrique de trouble de la personnalité dyssociale puisse être retenu. Afin de rendre compte de l'existence de ces psychopathes non délinquants, Cleckley (1982, cité dans Leistedt & al., 2009, p.682) décrit les psychopathes « sociaux » qui ne commettent pas d'actes antisociaux les mettant en contact avec le système judiciaire tout en remplissant cependant les critères du premier facteur de l'échelle de Hare. Ils commettraient plutôt des actes amoraux pour la société tels que la duperie, le mensonge et la manipulation par exemple. Selon certains auteurs, la commission de tels actes leur permettrait de « progresser dans leur irrésistible ascension sociale et leur conquête de pouvoir et de reconnaissance », et parfois de se retrouver au sommet d'une hiérarchie dans de grandes entreprises. A ce propos, une étude faite en 1996 en Angleterre par le *Financial Times* et citée par Delley (1996) a montré que 6% des dirigeants d'entreprises pourraient être considérés comme des psychopathes, contre 1% dans la population générale (cité dans Archer, 2001). Toujours sur le plan de la

prévalence et à titre anecdotique, mentionnons Dutton qui établit une liste de « psychopathes adaptés »² dans son ouvrage *The Wisdom of Psychopaths* paru en 2012, mettant ainsi les PDG et les avocats en tête de liste des professions qui auraient le taux le plus élevé de psychopathes, les chirurgiens se trouvant au cinquième rang et les policiers au septième. A contrario, les thérapeutes sont au troisième rang des professionnels qui auraient le plus faible taux de psychopathes en leur sein (la première place est occupée par les aides-soignants).

Limites de l'échelle

Divers auteurs relatent certaines limites relatives aux échelles actuarielles, dont la PCL-R fait partie, qui évaluent la dangerosité d'un criminel et le risque qu'il récidive selon une probabilité statistique, comme Gravier, Moulin et Senon (2012). Selon ces auteurs (2012, p.603), ces instruments sont « une aide incomparable dans l'accompagnement clinique des patients violents tout autant que dans l'évaluation pronostique », mais ils regrettent néanmoins leurs utilisations « à tort et à travers ». En effet, ces échelles semblent avoir un certain poids sur la balance quant au devenir du criminel, car non seulement elles risquent de stigmatiser ce dernier, mais en plus elles sont susceptibles d'influencer les décisions judiciaires en lien avec son acte déviant, ainsi que son éventuelle prise en charge. A titre d'exemple, si un sujet possède un score permettant de poser le diagnostic de psychopathie sur la base de la PCL-R, le système judiciaire pourrait être influencé, tant pour le type de peine qui condamnera le délinquant, que s'agissant de son accès à un traitement. En somme, « l'acte n'est plus sanctionné en soi mais c'est sa potentialité de survenue qui est mise en équation et qui sert d'axe majeur dans la construction du devenir du délinquant » (Gravier, Moulin et Senon, 2012, p.602). En outre, et de manière générale, la précision des résultats aux tests actuariels diminue lorsque ces derniers sont appliqués à des populations différentes à partir desquelles elles ont été étalonnées (Coid, Ullrich et Kallis, 2013). A noter que la PCL-R, justement, est critiquée de par une validation de son échelle faite en milieu carcéral, dont la prévalence d'individus dangereux est effectivement élevée. Son utilisation en dehors d'une population carcérale devrait être évitée, tant qu'aucune recherche n'a été effectuée afin de démontrer sa validation dans la population générale (HAS, 2006).

Mullen (2007, cité dans Wilmes, 2014) quant à lui, critique la PCL-R en ce qu'elle reposerait selon lui sur des jugements de valeur du clinicien, ce dernier tentant de

² « functional psychopaths », Dutton, 2012, traduction libre

se mettre à la place du sujet examiné, lequel est supposé insensible et incapable d'exprimer quoi que ce soit au sujet de ses comportements déviants. Coid, Ullrich et Kallis (2013) invitent justement les cliniciens qui effectuent des tests actuariels, à considérer leurs limites, d'autant plus que la capacité à mentir et à manipuler des personnes avec des traits psychopathiques, peut empêcher une mesure exacte, et ce, même avec le plus expérimenté des cliniciens. Il faudrait créer, selon eux, de nouveaux outils actuariels excluant les dimensions nécessitant le jugement subjectif de l'examineur.

1.7 La psychopathie selon des auteurs d'orientation psychodynamique

Nous avons vu jusqu'à maintenant dans ce travail, que la psychopathie peut être définie par des caractéristiques listées dans des manuels psychiatriques ou dans une échelle actuarielle, sans qu'il y ait une unanimité quant à la définition de la psychopathie. Mais qu'en pensent les auteurs d'orientation psychodynamique ? Commençons par Bergeret (1982). Il dit que « les fameux psychopathes, qu'on a souvent du mal à classer, se situent incontestablement au niveau des hésitations identificatoires du tronc commun des états limites » (cité par Balier, 2002, p.35). Les états limites se trouvent entre une structure qu'ils n'arrivent pas à atteindre, la névrose, et une structure qu'ils ont réussi à dépasser, la psychose (Bergeret, 1974, cf. annexe 2). Bergeret (1974, p.223) fait mention d'un type de psychopathie en état non pathologique qui correspond à ce qu'il appelle le *caractère psychopathique*. Ce dernier est caractérisé par « une économie narcissique vivant au grand jour la partie agressive de son anaclitisme ». Ses traits antisociaux sont, selon Bergeret, un moyen d'attirer l'attention de l'objet anaclitique « dont il s'estime oublié, frustré, mal aimé » et se retrouvent dans des passages à l'acte hétéro-agressifs, mais aussi auto-agressifs avec automutilations et tentatives de suicide. En ce qui concerne la psychopathie en état pathologique, Bergeret (1974) la nomme *perversion du caractère*. Selon lui, les *pervers du caractère* se caractérisent par leur tension agressive, leur agressivité, leur irritabilité, leur inaffectivité, leur amoralité, leur sournoiserie, leur violence, leur hypocrisie, etc. Mais également par leur insensibilité tant à l'amour qu'à l'attachement, au respect, et à la douleur personnelle, ainsi qu'à celle d'autrui. Les *pervers du caractère* auraient pour but la recherche de maîtrise d'une situation fantasmatique dangereuse (Bergeret, 1974). Arlow (1969, cité dans Bergeret, 1974, p.282) qualifie le *pervers du caractère* de « farceurs et de mystificateurs, toujours en train de falsifier la vérité sous des allures peu culpabilisantes. Ce serait soit un besoin de créer une angoisse chez l'autre ou

une façon de prendre pouvoir sur lui, ou encore le plaisir de lui montrer qu'on l'a possédé ». Quoi qu'il en soit, ces deux types d'aménagements état limite se ressemblent de par l'absence de souffrance et de culpabilité du sujet ainsi que sur le plan de la faiblesse du contrôle du *Moi* face aux pulsions qui passent par l'agir (Bergeret, 1974).

Toujours sur un plan structurel, Lebovici et ses collègues (1969, cité par Balier, 2002, p.34) mentionnent que la « psychopathie est plus proche de la psychose que de la perversion. La répétition du passage à l'acte aurait pour fonction de protéger le sujet de la désorganisation psychotique ». D'autres auteurs différencient également le psychopathe des personnalités perverses, notamment Mormont (1990) qui indique que le psychopathe jouit de l'accès à l'objet et de l'exécution de l'acte, et ce contrairement au pervers qui a un intérêt dans l'exercice d'emprise sur autrui. Selon cet auteur, les personnalités perverses sont très curieuses et se mettent au courant de tout à des fins de chantage. Elles sont souvent dans la séduction et paraissent sincères, tout comme les psychopathes. Cela étant, Mormont (1990) précise que le pervers agit de la sorte pour chercher à piéger autrui et en jouir, tandis que pour le psychopathe ce type d'attitudes lui permet de réaliser un désir de plaire ou de tirer un avantage d'ordre utilitaire. Cette différence dans les motivations se remarque selon Mormont (1990) notamment dans le rapport à la loi, le psychopathe la transgressant à des fins utilitaires alors que le pervers ressent du plaisir dans l'acte de transgression.

S'agissant de ce débat entre la notion de pervers narcissique et de psychopathie, Chartier (2003) pense que leur distinction n'a pas lieu d'être. Selon lui, il s'agit là simplement d'une divergence entre cliniciens se référant soit à une approche symptomatique soit à une approche structurale pour parler de la même chose. Il considère que la métaphore du cristal dont Freud (1932)³ parle est plus appropriée pour parler de toute psychopathologie confondue. Alors que pour Racamier (1987, pp.15-16), il existe probablement un rapport entre perversion narcissique et psychopathie, mais ce rapport est selon lui complexe. « Le pervers narcissique est un narcissique en ce qu'il entend ne rien devoir à personne ; et c'est un pervers en ce qu'il (...) jouit de se valoriser au détriment d'autrui ». Et « sans public, la perversion narcissique n'est rien ». Le pervers narcissique est fait d'actions et de conduites, et selon Racamier (1987, p.17 et 19) il attaque le *Moi* de l'autre au profit

³ « Si nous jetons un cristal à terre, il se brise, mais pas arbitrairement, il se casse alors suivant ses plans de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée à l'avance par la structure du cristal. De telles structures fissurées et éclatées, c'est aussi ce que sont les malades mentaux »

de son propre narcissisme, mouvement qu'il appelle « prédation morale » et qui fait de l'objet de cette prédation une proie. De plus, cet objet est un ustensile, une marionnette que le pervers narcissique peut changer à sa guise, « c'est un objet dont l'autonomie narcissique est activement déniée (...) un objet – non – objet ».

D'autres auteurs parlent de personnalité narcissique pour parler de psychopathie. Selon Meloy (2001), ce qui distingue le psychopathe du narcissique c'est que ce dernier peut dénigrer l'autre sans forcément lui infliger une souffrance émotionnelle ou physique, contrairement au psychopathe. De plus « la capacité des patients narcissiques à éprouver de l'anxiété et de l'attachement en fait de bien meilleurs candidats au traitement » (Gacano, Meloy & Berg, cités dans Meloy, 2001, p.569). Selon Bursten (1973), les personnalités narcissiques peuvent s'organiser selon un type manipulateur et « pervers », et ce type de personnalité tend à influencer autrui, le manipule et en jouit lorsqu'il réussit son emprise. A la différence des narcissiques qui ne sont pas organisés autour de l'axe pervers, ils n'ont aucun attachement à l'autre, leur but étant de restaurer leur toute-puissance par le biais de l'emprise sur autrui (Widlöcher, 2005).

Toujours en lien avec le narcissisme, pour Kernberg (1975, cité dans Chartier, 2003, p.3) les psychopathes sont « une variante des personnalités narcissiques qui souffrent d'un excès d'agressivité et sont incapables d'établir des relations objectales ». Il décrit une variante du narcissisme pathologique qu'il nomme « narcissisme malin », ainsi traduit par Bergeret et Reid (1986, p.152) mais également traduit par « narcissisme malfaisant » (avec davantage de connotation morale) pour décrire les personnalités narcissiques qui ont un manque de contrôle pulsionnel et un manque de tolérance à l'angoisse. Ils sont peu impliqués avec autrui, même distants, et peuvent être submergés par une crise de rage soudaine et dépressive lorsque leur « grandiosité pathologique » est mise en cause ou lorsqu'ils se sentent humiliés, la mégalomanie étant considérée comme une importante facette de ce type de personnalité. Enfin, les risques suicidaires sont envisagés comme étant d'autant plus grands si une personne souffre de « narcissisme malin » avec des traits antisociaux associés (Kernberg, 1976, cité dans Bergeret et Reid, 1986, pp.152-153). Carveth (2007) relate qu'il est possible d'être malfaisant, sans être forcément psychopathe ou narcissique, bien que le narcissisme malin soit un trait caractéristique de la psychopathie sévère.

Quant à Meloy (1988, 2001, 2007a, 2007b, cité dans Carveth, 2007), il a développé ce qu'il appelle une vision psychanalytique de la psychopathie, et ce, malgré ses

réserve quant aux théories des auteurs qui surestiment tant cette approche que celles mettant en jeu les facteurs environnementaux, et surtout celles qui ne font pas mention des déterminants biologiques chez les psychopathes. Dans *Psychopathic Mind* (1988, cité dans Carveth, 2007), Meloy aborde la question de la causalité chez les psychopathes à partir de multiples perspectives mettant l'accent sur le narcissisme pathologique sévère du psychopathe et du trouble de l'attachement qui le sous-tend. Dans sa conception de la psychopathie, Meloy mentionne qu'un psychopathe peut avoir un indice de gravité différent d'un autre psychopathe, et que selon Dietz et al. (1990, cité dans Meloy, 2001), plus une personne est psychopathe, plus les actes agressifs lui procureront du plaisir, car moins ils seront inhibés par un conflit et plus ils risqueront d'augmenter en sadisme.

Enfin, Senon (cité dans HAS, 2005) décrit les *personnalités états limites à expression psychopathique* comme faisant clairement partie des troubles de la personnalité, à distinguer d'une maladie mentale. L'histoire et la clinique que l'on observe chez le psychopathe sont conservées dans la notion d'*états limites à expression psychopathique*, tout en limitant ainsi une connotation stigmatisante et péjorative du trouble. Avec les mêmes arguments, la commission d'audition de la Haute Autorité de la Santé (2006, p.9 et 15) recommande d'utiliser le terme d'*organisation de la personnalité à expression psychopathique* plutôt que psychopathie.

1.8 Sociopathie

Il est remarquable de constater le nombre d'auteurs qui ont tenté de trouver une définition et une explication à la psychopathie. Nous allons voir que ce fut moins le cas en ce qui concerne la sociopathie.

En effet, Pemment (2013) a remarqué que les termes de psychopathie et de sociopathie sont souvent utilisés de manière interchangeable, ce qui est également apparu au fil de nos recherches de revues de littérature. Cet auteur considère que la sociopathie devrait avoir son entité propre. Il explique cela par le fait que les recherches concernant la psychopathie sont plus riches que celles qui concernent la sociopathie, d'où une moindre utilisation de ce terme à part entière ou employé de manière équivalente à la psychopathie, alors qu'il fait l'objet d'une méconnaissance. Pemment note que certains chercheurs préfèrent utiliser le terme de sociopathie lorsque le comportement social a comme étiologie une lésion cérébrale entraînant un comportement antisocial. Notamment, Hare et Babieck

(2006, cités dans Pemment, p.460) parlent de « sociopathie acquise »⁴ et donnent l'exemple du célèbre cas de « Phineas Gage » pour illustrer un cas de sociopathie engendrée par une lésion cérébrale due à un accident. Ces derniers reconnaissent l'existence d'une différence entre psychopathie et sociopathie, relatant que le sociopathe possède un sens de la morale développé, sans que le sens du bien et du mal ne semble être celui qui est communément admis, alors que la psychopathie, pour eux, est synonyme de manque d'empathie et de moralité.

Pour Lykken (1995, cité dans Paquette, 2010) la psychopathie est à différencier de la sociopathie. En effet, selon lui ce sont deux troubles bien distincts de par leur étiopathogénie et constituent deux sous-groupes de la personnalité antisociale. La sociopathie expliquerait les comportements antisociaux d'un sujet par une cause environnementale et inhérente aux carences du milieu familial, en l'occurrence comme le résultat d'une incompetence parentale qui ferait que l'enfant n'assimile pas les éléments de socialisation et qui de ce fait est incapable de se conformer à des règles, comme il en sera fait mention plus loin dans le développement moral selon Piaget. Quant à la psychopathie, pour cet auteur il existerait un tempérament inné qui rendrait le psychopathe inapte à la socialisation, indépendamment des lacunes dans l'éducation parentale. Enfin, les psychopathes seraient, selon Lykken, caractérisés par une tendance à la prise de risques de manière incontrôlable et dénués de sentiment de culpabilité.

1.9 Une entité unique ?

Dès lors, et après avoir passé en revue ses différentes terminologies et définitions de la psychopathie, nous remarquons que cette dernière a beaucoup changé au fil des années dans ses contours et dans ses composantes. Comme le relate Gravier (cité dans HAS, 2005, p.120) une « entité en soi » de la psychopathie reste une question ouverte. Il relate également que, « les cliniciens semblent perdus » entre les caractéristiques de la psychopathie définies dans les nomenclatures actuelles et celles contenues dans la PCL-R, sans oublier que la notion de psychopathie qui varie entre des « patients incasables et antisociaux » ou des « criminels les plus redoutables », tels que représentés par les médias (Gravier, 2013, p.257). De plus, nous remarquons également la pluridisciplinarité qu'engage cette pathologie, notamment par le fait qu'elle se retrouve dans des domaines psychiatriques, criminologiques, et sociologiques. Nous verrons également plus loin dans ce travail

⁴ « acquired sociopathy », Pemment, 2013, traduction libre

que la psychopathie est envisagée comme ayant des étiologies diverses, sans avoir forcément de lien entre elles, ce qui pose la question de l'unicité de la pathologie.

D'ailleurs, en parlant d'unicité, Lesourd (cité dans HAS, 2005) n'est pas pour le fait d'utiliser le terme de psychopathie au singulier, car, pour lui, il existerait plusieurs formes de psychopathies qui ont été définies de manière subjectives par plusieurs auteurs et approches différents. Et, bien que la PCL-R soit destinée à classer la psychopathie en tant qu'entité unique, il est important de ne pas oublier, d'une part que la définition de la psychopathie selon Hare découle d'un score (Gravier, 2013), et d'autre part, selon Skeem et al. (2011, p.97), que la psychopathie n'est pas monolithique, mais représente une multitude de traits, qui peuvent inclure, à des degrés divers, le modèle triarchique qu'ils proposent, à savoir l'audace, la méchanceté et la désinhibition⁵. Ces auteurs se demandent si la psychopathie pourrait être un concept « caméléon », notamment en raison des différentes définitions existantes et des différents types de personnalités qu'elle pourrait représenter, comme le délinquant, le tueur en série, l'escroc ou encore le corporatif qui se trouve souvent au sein de postes de direction.

D'autres auteurs ont fait part de leur inquiétude quant au terme de psychopathie qui est plus jugeant que véritablement un diagnostic clinique (Blackburn, 1988, cité dans Skeem & al., 2011), surtout utilisé par les médias avec une connotation de danger et de mal, voire péjorative (Lykken, 2006, cité dans Skeem & al., 2011).

Gravier (2013, p.257), évoque le risque « de faire de la psychopathie une catégorie « fourre-tout » qui rend compte avant tout « d'un symptôme social » ». Il n'est d'ailleurs pas le seul auteur à parler de « fourre-tout », puisque Morel et Mucchielli (cité dans HAS, 2005, p.19) par exemple, utilisent le même qualificatif pour rendre compte de la notion large qu'est la psychopathie, qui permet d'y faire « entrer à peu près tous les types de désordres mentaux ». Citons également Lamothe (cité dans HAS, 2005, p.115) qui parle d'un « fourre-tout commode » pour les psychiatres, alors que le patient peut « en faire les frais ou porter la responsabilité par son comportement ».

Enfin, si l'on souhaite s'intéresser à l'origine de la psychopathie, comme pour n'importe quel trouble envisagé, il convient d'abord de se poser la question de son existence et d'en définir les contours et caractéristiques en vue de pouvoir circonscrire ce que ce concept désigne et mettre en lumière son caractère

⁵ « boldness, meanness and disinhibition », Skeem et al., 2011, traduction libre

pathologique. La plupart des pathologies étant, entre autres critères, étudiées sous l'angle de leur(s) étiologie(s), il serait dès lors intéressant de se pencher sur l'existence de facteurs étiologiques spécifiques à la psychopathie.

2. Les facteurs étiologiques de la psychopathie

Bien que le sujet soit très compliqué, beaucoup d'auteurs se sont penchés sur la recherche du ou des facteur(s) à l'origine de la psychopathie. Selon l'un ou l'autre des ouvrages, il existerait des facteurs héréditaires, biologiques, développementaux, psychologiques, neuropsychologiques et sociaux qui sont explicités ci-après.

2.1 D'un point de vue biologique

Morel (1857), directeur dans le courant du XIX^{ème} siècle de ce que l'on appelait à l'époque un asile d'aliénés, est connu pour son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Il y pointe le rôle de l'hérédité dans les causes des maladies notamment mentales, avant d'invoquer le rôle de l'alcoolisme et des drogues. En 1876, Lombroso publie *L'Homme criminel* dans lequel il parle du « criminel né » sous un angle davantage criminologique que psychiatrique, évoquant les prédispositions criminelles tant chez les anthropophages que chez l'enfant. Il brosse un portrait du « criminel né » en évoquant « la folie morale » tout comme le rôle de l'épilepsie ou de l'atavisme. Si sa théorie se fonde en partie sur la notion de déterminisme biologique dans le crime et du caractère inné de la déviance criminelle, elle est dominée par son approche anthropométrique qui permettait, selon lui, et à partir de l'étude des caractéristiques anatomiques présentées par les criminels, de les reconnaître et ainsi de prévenir les crimes. Ainsi Lombroso a pu considérer que les criminels sont repérables en fonction d'une base héréditaire leur conférant une apparence physique particulière ; plus précisément, il considère que la criminalité est innée dans environ un tiers des cas dans la population criminelle (cité dans HAS, 2005).

Meloy (2001, cité dans Carveth, 2007) a eu, quant à lui, pour objectif de souligner les rôles de facteurs biologiques dans la psychopathie, trouvant qu'il y a une surestimation du rôle des facteurs psychodynamiques chez la plupart des auteurs mentionnés plus haut. Malgré de grandes ambitions en vue de trouver un facteur biologique spécifique à la psychopathie, aucune recherche, à notre connaissance, n'a pu le démontrer.

2.2 D'un point de vue développemental

La place du traumatisme dans le vécu infantile des psychopathes est relevée par la majorité des auteurs, que ce traumatisme soit de l'ordre des carences, notamment familiales et affectives précoces ou encore de la défaillance du support social, il peut y avoir d'importantes répercussions quant au devenir d'une personne. Lebovici (1980, cité par Balier, 2005, p.145) évoque « l'insuffisance d'apport narcissique maternel responsable de la faiblesse d'organisation d'un Soi, thèse défendue par plusieurs auteurs ». De nombreux auteurs ont également insisté « sur la qualité médiocre du lien parent/enfant et le manque de communication verbale » (Corbobesse, 2012, p.6). Par ailleurs, Meloy (2001) axe sa compréhension de la psychopathie sur un défaut d'attachement : le jeune enfant étant confronté dans la réalité à une mère qui alterne, sur le plan comportemental, entre implication excessive et attitude de désengagement. Ce processus va entraîner chez l'enfant un développement déviant spécifique caractérisé par la prédominance de l'agressivité pulsionnelle et par des difficultés à nouer des liens affectifs de qualité (Meloy, 2007b, cité dans Carveth, 2007).

Balier (2005, p.152) souligne avoir toujours eu une impression de devoir soulever une « chape de plomb » afin d'avoir un accès à un traumatisme à l'origine des comportements psychopathiques, indiquant par là que le modèle de l'investigation psychanalytique, au-delà des comportements et des symptômes observables, porte un intérêt sur les processus psychiques inconscients qui les déterminent, ainsi que sur leur construction au cours du développement de l'individu (Balier, 2002). Dans ce sens, Corbobesse (2012, p.4) écrit qu'« il n'y a pas de psychopathe sans une histoire ! (...) La psychopathie naît du traumatisme, de la carence et de la désorganisation précoce : deuils, abandons, accidents... ». Ces phénomènes seront décrits au travers des théories de l'attachement de Bowlby, de la tendance antisociale de Winnicott, ainsi que du développement du jugement moral de Piaget. Mais également sous l'angle de la période critique de l'adolescence où remaniements et crises rendent vulnérable au développement de symptômes à caractère psychopathiques d'un sujet.

Bowlby

La théorie de l'attachement développée par Bowlby (1969, 1973, 1980) montre que le jeune enfant a besoin d'établir un lien stable et sécurisant avec une figure maternelle, pouvant être la mère elle-même ou une autre figure substitutive avec qui l'enfant entretient des liens privilégiés. Cette figure maternelle, « une fois

intériorisée au cours de l'enfance deviendrait un modèle pour toutes les relations intimes et sociales de l'individu » (Blatier, 2014, p.171). En d'autres termes, elle permet à l'enfant de développer son *Self* et d'explorer son environnement.

Il existe trois types d'attachement, à savoir l'attachement de type sécure, l'attachement de type anxieux et l'attachement de type détaché/évitant, ce dernier étant, selon Blatier (2014, p.172) « très significativement lié au caractère persistant des conduites délinquantes ». Ce type d'attachement provoque ce que Bowlby (1980) appelle l'exclusion défensive, c'est-à-dire qu'une personne ayant un attachement de type évitant tend à l'autonomie totale en écartant tout soutien social et en réprimant toute émotion qui pourrait le déstabiliser, comme la tristesse, la honte, la culpabilité (Shaver & Mikulincer, 2007). Avec un passé parsemé de rejets ou de négligences lors de situations de détresse, la personne ayant un attachement de type évitant a intériorisé le fait que rechercher la proximité à chaque moment de détresse le conduira à expérimenter à nouveau le rejet ou la négligence.

Par ailleurs, selon une étude de Eisenberg et Morris (2001) il existerait un lien entre le développement de l'empathie chez l'enfant et un attachement de type sécure (cité dans Barthassat et Gentaz, 2013). Pour Decety (2010, p.142), cet attachement de type sécure a un effet sur la capacité de « réguler les émotions négatives et de ressentir de la sympathie envers les autres ». Nous pourrions supposer qu'un attachement de type évitant provoquerait un manque d'empathie et de sympathie, caractéristique du psychopathe sur laquelle nous reviendrons.

Winnicott

Les recours à l'agir sont caractéristiques de la psychopathie. Winnicott (1956) s'y intéressa notamment en étudiant la *tendance antisociale* chez les enfants et les adolescents, afin de comprendre d'où elle pourrait provenir. Il explique l'importance de donner un cadre à l'enfant, car sans cela il se sent angoissé et non pas libre comme certains peuvent le penser. Il décrit comme une protestation envers la mère, ce qu'il nomme la *tendance antisociale*, consistant au fait que l'enfant cherche un cadre autre que sa famille. Selon Winnicott, cette *tendance antisociale* témoigne de l'organisation d'un *Moi* capable de faire valoir ses besoins, alors que d'autres auteurs situeraient le *Moi* à un niveau plus archaïque (Balier, 2002). Winnicott voit la *tendance antisociale* comme une difficulté au niveau du développement affectif qui est à comprendre comme un symptôme de détresse, une sorte de réaction à une privation affective (cité dans Caïtucoli, 2003). Winnicott (1956, cité dans Blatier, 2014, p.4) « a vu dans la *tendance antisociale* la recherche

d'un environnement stable susceptible de contenir la personne ». Ce qui sera intéressant de mettre en lien avec l'aspect « cadrant » de l'incarcération dans le chapitre concernant les traitements en milieu carcéral.

Balier (2002), souligne le fait qu'une réaction antisociale fait partie du développement normal chez l'enfant et l'adolescent, mais si la mère ne se montre pas attentive et ne comprend pas ces réactions, les comportements destructeurs, notamment par le recours à l'agir, se répéteront.

Piaget

Comme nous avons pu le voir plus haut, le psychopathe est décrit comme étant dénué de remords, de sentiments de culpabilité ainsi que d'empathie, et comme incapable d'assumer la responsabilité de ses actes ; de plus, les descriptions faites de lui le dépeignent comme ne se préoccupant pas de la justice et de l'aspect moral de ses actes ni de la sanction que ceux-ci pourraient occasionner. Il nous a paru indiqué de faire alors une petite incursion dans l'œuvre de Piaget (1973) dont les recherches sur les enfants ont notamment tourné autour du développement du jugement et du sens moral, ainsi que de la construction des étapes du mensonge et son évolution.

Selon Piaget (1973, p.1), « toute morale consiste en un système de règles et l'essence de toute moralité est à chercher dans le respect que l'individu acquiert pour ces règles ». Il distingue chez les enfants deux types de morales : *La morale de la contrainte* et *la morale de la coopération* (ou de l'autonomie). Dans la morale du premier type, « la contrainte adulte développe les notions de responsabilités objectives » (Piaget, 1973, p.200), c'est-à-dire que l'enfant juge les actes d'autrui selon leur résultat matériel. Par exemple (en nous inspirant des récits d'enfants se trouvant dans l'ouvrage de Piaget), un enfant jugera plus vilaine une personne ayant fait une grosse tache sur une chemise qu'une personne ayant fait une petite tache, et peu importe la raison et les circonstances de l'action. *La morale de la contrainte* est donc le « produit de la contrainte morale exercée par l'adulte » (Piaget, 1973, p.101) qui impose ses règles à l'enfant, qui conçoit ces règles comme obligatoires. Dans le deuxième type, la responsabilité est jugée de manière subjective pour l'enfant. En effet, l'enfant commence à savoir tenir compte de l'intention d'une personne qui commet un acte. Pour reprendre l'exemple de la tache, l'enfant jugera davantage « vilaine » une personne ayant fait une tache de manière volontaire qu'une personne ne l'ayant pas fait exprès. Ce type de morale se constitue, comme son nom l'indique, grâce à la coopération entre un adulte et un enfant. Cette morale

fait naître « à l'intérieur même des esprits, la conscience des normes idéales commandant à toutes les règles » (Piaget, 1973, p.320).

Prenons l'exemple d'un devoir moral : « il ne faut pas mentir ». Piaget (1973, p.129) relate que lorsqu'un enfant ment pour la première fois, notamment lorsqu'il a commis une faute et afin d'éviter une punition, ses parents lui font comprendre que c'est une faute grave et lui « inculquent le respect de la véracité ». Bovet (cité dans Piaget, 1973, p.129) admet que des « consignes imposées à l'enfant par des personnes envers lesquelles il a du respect (...) suffisent à déclencher dans l'esprit de l'enfant des obligations de conscience, c'est-à-dire le sentiment de devoirs précis, comme celui de ne plus mentir ». La conscience du mensonge s'intériorise peu à peu en avançant dans l'âge. En effet, au départ, le mensonge est pour le petit enfant quelque chose de « vilain parce qu'on le punit » (Piaget, 1973, p.131). Puis, la conscience du mensonge s'intériorise et devient pour les plus grands quelque chose de « vilain parce que s'opposant à la confiance et à l'affection mutuelles » (Piaget, 1973, p.134). Pour Piaget (1973, p.155), il s'agit là du résultat de l'influence de la coopération et du respect mutuel entre l'enfant et l'adulte, tendant ainsi vers une autonomie morale de l'enfant. « L'autonomie n'apparaît ainsi qu'avec la réciprocité, lorsque le respect mutuel est assez fort pour que l'individu éprouve du dedans le besoin de traiter autrui comme il voudrait être traité ». A noter que Haesevoets (2011, p.89) mentionne qu'en plus d'un problème dans le système éducatif, des déficiences dans la structure psychique d'un adolescent peuvent induire le « mensonge pathologique » qui peut être retrouvé plus tard à l'âge adulte et notamment dans la psychopathie.

En ce qui concerne le sens de la justice chez l'enfant, Piaget (1973, p.255) relate qu'il ne se constitue pas uniquement par l'autorité parentale, bien que cette dernière soit « nécessaire dans l'évolution morale de l'enfant ». Le sens de la justice se développe tout d'abord par la coopération et le respect mutuel entre enfants, puis entre enfants et adultes. De plus, s'agissant d'une justice égalitaire avec des préoccupations d'équité, elle se construit lors du développement de *la morale de la coopération*, mais avec une solidarité partagée par des enfants âgés de 11-12 ans qui a été remarquée par Piaget dans son étude.

Une des choses importantes à retenir sur ce sujet chez Piaget (1973, p.290), c'est que « l'esprit de la discipline (...) constitue le point de départ de toute vie morale. Il faut (...) de règles revêtues d'autorité suffisante. C'est à ce prix que se développe la personnalité, nul ne saurait le contester sérieusement ».

L'adolescence

Les remaniements de l'adolescence s'expriment par des troubles du comportement, notamment l'un des critères de la psychopathie vue plus haut. Cela dit, avec un environnement suffisamment stable et aidant pour l'adolescent, ces remaniements n'auront été qu'une période de « crise » permettant ainsi une construction du narcissisme du sujet (Balier, 2002, p.25).

Flavigny (1977, cité dans HAS, 2005, p.12) apporte les bases théoriques psychodynamiques de la psychopathie en étudiant des adolescents. Il existe pour lui deux types de symptômes, les essentiels et les secondaires. Les premiers se caractérisent par « le passage à l'acte, la répétitivité des conduites, la passivité, l'oisiveté, la dépendance aux autres, associée à des exigences mégalomaniaques et la recherche de satisfactions immédiates ». Les deuxièmes quant à eux se présentent plutôt sous « l'instabilité, le manque d'intérêt, le besoin d'évasion, l'instabilité relationnelle et les plaintes somatiques ». Ce même auteur (1996, cité dans HAS, 2006, p.35) évoque une angoisse permanente et des frustrations affectives, notamment sous la forme d'expériences multiples d'abandons retrouvée chez l'adolescent qu'il reproduit de manière continue dans ses relations précoces afin de « se protéger du danger d'abandon ».

Selon Jeammet (1985, cité par Balier, 2002, p. 25) la « dépression chez l'adolescent [est] masquée assez souvent par des troubles du comportement pouvant aller jusqu'au comportement psychopathique ». La dépression décrite par ce dernier se traduit par un évitement de l'adolescent qui refuse une réalité décevante et qui se renferme sur des positions fantasmatiques infantiles. En d'autres termes, l'adolescent garde une représentation des imagos parentales archaïques, c'est-à-dire envahissantes et intrusives. L'adolescent se trouve ainsi dans l'impasse que représente la « recherche des imagos toutes-puissantes et la peur du danger qu'elles représentent » (Balier, 2002, p.25). « Un moyen de défense peu coûteux se présente alors sous la forme de l'identification à l'agresseur » (Bergeret, 1985, cité par Balier, 2002, p.25).

En effet, « ce sont les défaillances narcissiques qui priment chez l'adolescent, entravant la capacité de vivre les mouvements dépressifs nécessaires à la construction psychique » (Balier, 2005, p.155). L'environnement joue également son importance pendant cette période, car le recours à l'acte pour un adolescent donne une certaine illusion de combler un tant soit peu le narcissisme. Selon Alecian (cité dans HAS, 2005, p.78), l'adolescent est « confronté de manière plus

aiguë à la nécessité de se différencier pour s'affirmer et exister tout en prenant conscience de sa dépendance et de son besoin de l'autre. Les mouvements de violence apparaissent là, comme une tentative d'affirmation et de prise de distance par rapport aux parents ou adultes référents. (...) Le sujet, au lieu de se construire avec l'objet, s'est construit contre l'objet. Ce qui se traduit, entre autres, par une image dévalorisée de lui-même et une image persécutrice de l'autre ».

2.3 D'un point de vue psychologique

La psychopathie est une pathologie liée à la personnalité, et qui dit personnalité, dit construction psychique. Avant d'entamer une description de la psychopathie sous l'angle psychanalytique, commençons par un bref rappel des instances qui constituent, pour Freud (1932), la personnalité : le *Ça*, le *Moi* et le *Surmoi*. Le *Ça* est inconscient, il est le réservoir de l'énergie pulsionnelle, indépendant de toute cohérence. A l'inverse, le *Moi est conscient*, il est comme un médiateur entre la réalité extérieure, les normes sociales et les désirs inconscients. Le *Moi* est situé entre le *Ça* et le *Surmoi*, qui domine le *Moi*. Partiellement inconscient, le rôle du *Surmoi* peut être assimilé à celui d'un juge envers le *Moi*, mais il a également pour fonction la formation d'idéaux, des facultés d'auto-observation, du *Moi-idéal* et de l'*Idéal du Moi* (Laplanche & Pontalis, 1967 ; Porot, 1969). Autrement dit, c'est le support de tous les interdits, de toutes les contraintes sociales, il est comme une instance de la conscience morale.

Défaillances dans la construction psychique

Le psychopathe, « avant d'être en marge de la société, est en marge de lui-même » (Neyraut, 1963, cité par Morel dans HAS, 2005, p.38), ce qui est expliqué par une défaillance précoce du narcissisme et des carences identificatoires.

Tout d'abord, l'identité étant desservie par un narcissisme pathologique, la construction d'un *Surmoi* semble impossible. Selon Klein, c'est pendant le stade oral que se forme le *Surmoi*, par introjection des objets bons et mauvais. Un objet introjecté comme mauvais sera projeté à l'extérieur dans le cadre d'une angoisse persécutrice au sein d'une phase schizo-paranoïde (1934, cité dans Carveth, 2007 ; Lucas, 2006). Klein est l'une des premières psychanalystes à tenter de comprendre la psychopathie. Pour elle, la psychopathie n'est « pas un déficit du *Surmoi*, mais plutôt un *Surmoi* archaïque et sadique » (1934, cité dans Corbobesse, 2012, p.5). Les tendances criminelles naturelles des enfants, selon Klein, sont expliquées par une projection d'un *Surmoi* intériorisé sur l'objet, et les agressions commises par un criminel seraient le résultat d'une réaction à un *Surmoi* écrasant. L'une des

défenses chez les criminels est l'introjection d'un objet idéalisé, qui selon elle, permet au sujet un sentiment de toute-puissance (1927, cité dans Balier, 2002).

Freud évoque de son côté l'idée d'une criminalité par sentiment de culpabilité inconscient, le passage à l'acte étant une manière d'y répondre (Balier, 2002). Il « considérait que le *Surmoi* des criminels était trop fort » (Blatier, 2014, p.4), ce qui va dans le même sens que Klein. En effet, selon elle, le *Surmoi* sadique est trop intense pour le sujet, et est projeté à l'extérieur (1927, Balier, 2002). Nous pouvons conclure qu'une défaillance du *Surmoi* provoque des mécanismes de défense par l'agir. Ce qui cause « des lacunes du *Surmoi* »⁶, selon Johnson (1959, cité dans Carveth, 2007, p.4), ce sont les comportements immoraux et antisociaux qui auraient été transmis par la génération précédente et de manière inconsciente.

Selon Meloy (2002, cité dans Corbobesse, 2012), le *Moi* démuni est pris dans un conflit avec un *Surmoi* sadique et un *Idéal du Moi* protecteur. « Le psychopathe se montre prêt à tout pour obtenir ce qu'il veut mais ne peut s'empêcher de gaspiller, de détruire, se retrouvant au bout du compte encore plus avide. En dévalorisant tout objet, en barrant tout risque dépressif, la structure grandiose du psychopathe dénie la réalité à l'objet et perpétue le vide » (Corbobesse, 2012, p.6).

Nous soulignons d'ores et déjà que ces différentes théories psychanalytiques concernant le *Surmoi* semblent toutes converger vers une défaillance produite pendant l'enfance ou l'adolescence, ce qui pourrait être intéressant de mettre en lien avec les facteurs développementaux. Intéressons-nous maintenant aux défaillances narcissiques. Il est à souligner que les narcissiques recherchent, tout au long de leur vie, leur gloire à travers les représentations des autres, c'est-à-dire qu'ils ont besoin de combler leur défaillance narcissique par le regard de l'autre, par le narcissisme de l'autre (Widlöcher, 2005). Bergeret (1974) parle notamment d'un *Moi* anaclitique dans la mesure où le sujet a besoin de l'autre, ou plus exactement de l'autre en tant que « spectateur » pour se sentir narcissiquement complété.

Les *organisations de la personnalité à expression psychopathique*, ainsi nommées par plusieurs auteurs ayant été auditionnés par la Haute Autorité de santé (2005) présentent une défaillance du narcissisme, notamment caractérisé par un sentiment d'insécurité. L'origine du trouble étant liée à une problématique abandonnique, les personnalités de ce type ont souvent une attitude de rejet face à autrui ou face à l'environnement. Cette description de la défaillance du narcissisme se retrouve chez

⁶ « superego lacunae », Johnson, 1959, traduction libre

Senon. En effet, pour lui (cité dans HAS, 2005), les *personnalités états limites à expression psychopathiques* sont caractérisées selon trois registres de défaillances, à savoir celles de la maîtrise comportementale, celles du contrôle émotionnel et celles du narcissisme. La première engendre l'impulsivité, l'irritabilité, le passage à l'acte ; la seconde provoque des déficits de compréhension et du vécu des émotions ; quant à la troisième elle est à l'origine d'un sentiment d'insécurité.

Balier (cité dans HAS, 2005, p.13) attache une importance particulière à la « clinique du vide » qu'il relie à la défaillance du narcissisme, décrivant chez ces sujets un sentiment de vide intérieur insoutenable qui peut engendrer des passages à l'acte violents ou des gestes suicidaires. Dans ce contexte, l'agressivité se retrouve ainsi comme ayant une fonction de protection, non pas contre l'angoisse de perte d'objet habituellement mentionnée pour les narcissiques, mais contre un risque plus archaïque, celui du morcellement. Mais commençons par comprendre ce qu'est l'angoisse de perte d'objet pour un psychopathe.

Angoisse de perte d'objet

Pour Balier (2002, p.34), « l'angoisse de perte d'objet serait (...) à l'arrière-plan des comportements psychopathiques ». Donc, la construction interne d'une relation objectale pendant l'enfance est primordiale pour pouvoir développer une sécurité interne permettant à un sujet d'être en relation avec le monde extérieur. Sinon, une angoisse de perte d'objet peut amener le sujet adulte à se sentir désemparé, voire abandonné, et ce, dès lors que cet objet lui semble faire défaut. D'un point de vue psychanalytique, et selon Balier (2002, p.34), « la relation singulière que le psychopathe entretient avec l'objet est destinée à le protéger d'une désorganisation de son *Moi* », ce qui explique le rapport à la perversité dont parle Bergeret en 1982 (cité dans Balier, 2002).

Selon Senon (cité dans HAS, 2005), l'angoisse de perte d'objet apparaît à partir du moment où le sujet imagine que son objet lui fera défaut. La crainte de l'abandon et un sentiment de vide profond sont présents de manière permanente chez les *personnalités états limites à expression psychopathique*. Ces angoisses se manifestent dans le rapport à l'autre et ce type de personnalité peut sombrer dans la dépression, alors que pour Meloy (2001), cet affect n'existe pas chez les psychopathes.

Les mécanismes de défense présentés ci-dessous permettent une compréhension de comment les psychopathes luttent contre l'angoisse de perte d'objet, voire même de morcellement.

Mécanismes de défense

Selon Bergeret (1974), les mécanismes de défense utilisés de manière inconsciente par les psychopathes servent à lutter contre l'angoisse de perte d'objet, car sans ce dernier, l'état limite, organisation dans laquelle Bergeret range les *caractères psychopathiques* et les *pervers de caractère*, pourrait sombrer dans la dépression⁷. « Cette dépression est souvent niée car elle ne peut apparaître tant elle est terrifiante » (Gravier, 2013, p.260). Les psychopathes font appel à des mécanismes de défense archaïques, peu efficaces et peu coûteux, dans le sens qu'ils mobilisent une moindre énergie psychique en comparaison avec les individus se trouvant dans une structure de type névrotique ou psychotique (Bergeret, 1974). Ils sont cependant proches de ceux qu'emploient les psychotiques. Il s'agit notamment du déni, du clivage de l'objet (et non du *Moi* pour Bergeret), de la forclusion, de l'introjection, de la projection, de l'évitement (Bergeret, 1974).

Le clivage de l'objet agit, selon Bergeret (1984, cité dans Balier, 2002), comme une défense efficace contre le dédoublement décrit dans le clivage du *Moi*. C'est-à-dire que le clivage des représentations objectales permet d'éviter de déraper vers un clivage du *Moi*, défense plus archaïque provoquant un dédoublement du *Moi* qu'on retrouve plus souvent chez les psychotiques. En effet, le clivage du *Moi* est une dissociation entre une attitude qui tient compte de la réalité extérieure et une attitude qui dénie cette réalité en mettant une production du désir à la place. En somme, et pour Balier (cité dans Zagury, 2001), le clivage du *Moi* permet au pervers narcissique d'éviter d'entrer dans la psychose

Meloy (2002, cité dans Corbobesse, 2012) relate, que le *Moi* se trouve dans un conflit entre un *Surmoi* sadique et un *Idéal du Moi* protecteur. Selon Corbobesse (2012, p.6), « Le psychopathe se montre prêt à tout pour obtenir ce qu'il veut mais ne peut s'empêcher de gaspiller, de détruire, se trouvant au bout du compte encore plus avide. En dévalorisant tout objet, en barrant tout risque dépressif, la structure grandiose du psychopathe dénie la réalité à l'objet et perpétue le vide ». La création des limites d'un *Moi* par l'identification projective de contenus violents montre qu'il y a un manque d'introjection d'un objet aimé (Balier, 2005). Ainsi, selon nous, le psychopathe n'a pas créé son *Moi* par un cadre suffisant venant de l'objet, ce dernier n'étant pas internalisé.

⁷ Non mélancolique car l'objet n'a pas pu être introjecté. L'introjection de l'objet idéalisé est un mécanisme de défense qui permet au sujet de ressentir un sentiment de toute-puissance selon Balier (2002).

Le déni est un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante » (Laplanche & Pontalis, 1967, p.115). Autrement dit, c'est un mode de défense relatif au clivage qui est d'ordre structural (Balier, 2002). Les *pervers de caractère* dans lequel Bergeret (1974) range les psychopathes pathologiques, dénie à autrui le droit de posséder son propre narcissisme et, pour eux, les objets ne peuvent posséder d'individualité, d'intérêts propres, non centrés sur eux-mêmes. Les autres sont utilisés pour compenser le narcissisme défaillant du *pervers du caractère* et ceci, au prix de leur propre narcissisme. D'ailleurs, Meloy (2001) replace le déni, mécanisme usuellement rattaché au fonctionnement psychotique, sur un continuum et l'envisage comme pouvant être à l'œuvre dans la psychose et dans des organisations psychogénétiquement plus évoluées. Il suit en cela d'autres auteurs qui mettent l'accent sur la présence de mécanismes de défenses archaïques comme le clivage et l'identification projective chez le psychopathe, malgré son rattachement à l'organisation de type état-limite. Ces mécanismes de défenses archaïques restaurent le narcissisme du psychopathe et lui évitent une décompensation psychotique sur le mode de l'omnipotence (Kohut, cité dans Chartier, 2003).

Racamier (1986, p.1308) parle, de plus, d'un « processus d'extradition » faisant partie d'une défense du *Moi* dont le pervers narcissique use. Par ce processus, « il se débarasse des désillusions et des deuils qui le blessent (...) il les extrade » (p.1308) vers autrui. En d'autres termes donnés par Zagury (2001, p.594) le pervers narcissique expulse ses failles narcissiques sur l'« objet-victime ».

Le recours à l'agir

L'agir chez les psychopathes est leur façon de protéger leur psyché. Le passage à l'acte leur permet de décharger toute tension psychique par « la voie motrice » (Freud, 1956, cité par Chartier, 2003, p.3). L'agir est alors compris comme un soulagement pour le psychopathe (Morel, cité dans HAS, 2005).

Certains agirs « témoignent de la proximité du délire, d'une émotion, qui s'expulsent à travers des mécanismes psychotiques, et indiquent combien la violence met le sujet au risque du morcellement » (Gravier, 2013, p.260). Par extension à une explication d'ordre psychotique du passage à l'acte, ce dernier peut être compris « comme perception soudaine d'un vide intérieur effroyable, recherche de maîtrise explosive des limites, refus de l'insupportable, de l'incomplétude narcissique (Balier, 2005) où le sujet bascule brutalement pour fuir tout ce qui pourrait rappeler un vécu abandonnique » (Gravier, 2013, p.260). Dans la Haute

Autorité de Santé (2006, p.35), il est évoqué pour la *personnalité à expression psychopathique* que son « évolution vers un positionnement relationnel paranoïaque n'est pas rare. Confrontée à une réalité perçue comme insoutenable, la personne souffrant de troubles de type psychopathique pourra avoir tendance à activer des mécanismes défensifs inconscients projectifs », tels que le clivage afin de ne pas tomber dans un « effondrement dépressif ». A noter que l'agir psychopathique peut être auto-agressif avec notamment des automutilations et des tentatives de suicide (HAS, 2005)

Les auteurs se mettent d'accord avec la notion de désunion (ou désintrinsication) des pulsions, responsable d'une agressivité rendue libre qui crée une décharge. La désunion est la séparation de deux sortes de pulsions, celle de vie et celle de mort qui poursuivent chacune leur but de manière indépendante. En parlant de désunion, Freud (1920, cité dans Laplanche & Pontalis, 1967) désigne le lien rompu avec la sexualité par l'agressivité. L'agressivité, selon lui, provoque une dissolution des rapports, c'est-à-dire que « plus l'agressivité l'emporte, plus l'union pulsionnelle tend à se désintégrer », donc se désunir (Laplanche & Pontalis, 1967, p.508). Par ailleurs, Anna Freud (1968) explique que « si la fusion n'est pas rétablie par un renforcement du processus libidinal et des attachements à de nouveaux objets, les tendances destructrices deviennent une cause majeure de délinquance et de criminalité » (cité par Balier, 2002, p.41). La fusion ici fait référence à l'union des pulsions qu'il y a entre chaque stade que décrit Freud.

Diatkine et Lebovici (1985, cité dans Balier, 2002) distinguent l'agressivité de l'agression. Alors que la première est liée au narcissisme et aux difficultés d'un investissement objectal, la deuxième est une production du *Moi*, visant à maîtriser l'objet. Pour Kernberg (1979, cité dans Balier, 2002), ce sont les troubles du narcissisme qui sont responsables d'une absence de contrôle des pulsions. Meloy (2000, cité dans Gravier, 2013) distingue, quant à lui, l'agressivité affective et l'agressivité prédatrice. La première mettrait en jeu une émotion qui ne peut être exprimée par le sujet par crainte de l'envahissement psychotique, et la deuxième serait totalement dépourvue d'émotions. Meloy (2001) relate que selon Dietz et al. (1990), plus une personne est psychopathe, plus les actes agressifs lui procureront du plaisir.

Chartier (2003, p.4) ajoute que, de son point de vue, si le psychopathe n'a pu se fabriquer une représentation de l'autre en tant qu'autre et non en tant que « chose », c'est qu'ils n'ont pas pu construire une image positive d'eux-mêmes. Il précise que

l'incorporation (selon la conception piagétienne) ne fonctionnerait pas chez les psychopathes, ce qui les empêche de mettre en place des « identifications humanisantes et sociales ».

Les facteurs psychologiques, et psychodynamiques en particulier, sont très complexes, comme il a été démontré ici. Ceci ne facilite pas la compréhension de la psychopathie, surtout que les auteurs divergent quant aux défaillances psychiques pouvant la caractériser. Les avancées scientifiques en neurologie auront peut-être plus de réponses quant à l'étiologie de la psychopathie.

2.4 D'un point de vue neuropsychologique

Les connaissances du cerveau et de la neuro-imagerie, permettent de recueillir des données en ce qui concerne d'éventuels déficits ou anomalies touchant le fonctionnement cérébral des psychopathes (Holzer, Halfon et Thoua, 2011). En 1995 déjà, l'équipe de Damasio observe des similitudes entre les symptômes des patients souffrant de lésions du cortex préfrontal et les caractéristiques de la psychopathie, comme il en a déjà été fait mention plus haut. Volle et Levy (2014, p.179) relatent que des dysfonctionnements au niveau du cortex préfrontal peuvent avoir des répercussions tant au niveau cognitif (fonctions exécutives susmentionnées), qu'au niveau comportemental touchant des aspects plutôt « affectifs et motivationnels du comportement » comme des troubles de conduites, des interactions sociales ou encore de l'humeur. Ainsi, les déficiences structurelles et fonctionnelles dans le cortex préfrontal pourraient apporter quelques pistes explicatives de la psychopathie (Wilmes, 2014).

Raine et al. (2000, cités par Leistedt & al., 2009) ont démontré qu'une réduction de 22% de cellules grises dans le cortex préfrontal d'un groupe présentant une personnalité psychopathique pourrait apparemment être en relation avec l'impulsivité et avec les comportements violents et délictueux. Ils ont également fait une étude en 2004 sur l'hippocampe de sujets psychopathes et ont trouvé une asymétrie importante dans sa structure (en faveur de la partie droite). Cette anomalie aurait comme effet de perturber la régulation émotionnelle et ainsi d'engendrer des comportements impulsifs, désinhibés et antisociaux. Leistedt et al. (2009, p.582) concluent qu'étant donné que l'hippocampe est impliqué « dans le conditionnement de la peur, il est possible que cette asymétrie explique le manque de sensibilité aux indices précédant les punitions », ceci pourrait expliquer leur indifférence face à la justice lorsqu'ils sont arrêtés. Cette dysfonction du conditionnement de la peur est également remarqué par Patrick et al. (1993 cités

dans Decety, 2010), ainsi que par Blair (2007). Par ailleurs, Tarquis (2006) émet l'hypothèse que le stress lié aux mauvais traitements dans l'enfance aurait des conséquences sur l'amygdale, qui empêche le développement du conditionnement de la peur, provoquant ainsi le déficit émotionnel caractéristique des conduites psychopathiques.

Raine et al (2003, cité dans Leistedt & al., 2009) ont également remarqué augmentation du volume de matière blanche de 23% dans le corps calleux chez les psychopathes, ce qui pourrait expliquer les déficits affectifs et interpersonnels.

De manière générale, un nombre important de chercheurs s'est attaché à démontrer qu'une lésion au niveau du cortex préfrontal et de l'amygdale pouvait causer des problèmes dans le comportement interpersonnel, au niveau du conditionnement de la peur, et sur le plan de l'empathie et la sympathie (deux termes qui seront discutés au point 3). Selon la plupart de ces auteurs, les explications neuropsychologiques sont encore trop incertaines et méritent des recherches plus approfondies.

2.5 D'un point de vue social

Il n'est pas fréquent d'entendre parler de facteurs sociaux expliquant à eux seuls l'émergence de la psychopathie, bien qu'ils puissent influencer cette dernière. Lagache décrit le criminel comme étant le résultat de difficultés sociales et pas uniquement de phénomènes inconscients (Blatier, 2014).

Il est intéressant de constater que certains auteurs se sont penchés sur la question de l'influence du statut socio-économique (SSE). Selon Silverthorn et Frick (1999) la psychopathie apparaîtrait moins chez les personnes ayant un SSE élevé. Le manque de moyens financiers pour les personnes avec un SSE bas pourrait être vu comme un facteur qui risque de faire émerger des comportements antisociaux chez les psychopathes (Blair, 2007). Une étude de Shaw (2003) sur trois générations d'individus présentant des troubles du comportement confirment également que les attitudes psychopathiques sont liées à un SSE bas. Cette explication rejoint Mucchielli (cité dans HAS, 2005, p.23) qui remarque également que les caractéristiques socio-économiques pourraient avoir un rapport avec des comportements déviants, mais il tente de distinguer les personnes à tendances psychopathiques qui sont des personnes qui n'ont plus « rien à perdre dans leur vie : pas de situation, pas de fortune, pas de couple et pas d'enfant, (...) », des personnes qui sont révoltées contre la société et « dont la violence est à la mesure de la frustration et des sentiments d'injustice, d'exclusion » en lien avec leur SSE bas.

3. Les notions d'émotion, d'empathie et de souffrance

3.1 L'émotion

Dans les descriptions classiques (Cleckley, Hare et Schneider, cité dans Englebert, 2013), la psychopathie est toujours caractérisée par un déficit émotionnel. Selon Cleckley (1976, cité par Majois & al., 2011), les psychopathes seraient incapables de comprendre leurs propres émotions, lesquelles découlent de pensées ou d'expériences qu'ils ont vécues au cours de leur vie. Mais commençons par définir l'émotion : Selon *Larousse* (2016), elle est un « trouble subit », une « agitation passagère causée par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, etc. », « une réaction affective transitoire d'assez grande intensité ». Englebert (2013, p.6), définit l'émotion comme le sens et la signification « que vont lui attribuer ses différents interprètes (...) l'essentiel ne se situe pas dans la signification de l'émotion, mais plutôt dans son principe de significativité ».

Une étude de Pham, Ducro et Luminet (2010, cités dans Englebert, 2013, p.10) montre que les psychopathes n'ont pas de déficit émotionnel et qu'« ils « manifestent plutôt une haute habileté à percevoir et réguler leurs états émotionnels ». Englebert (2013) suggère alors que le psychopathe est capable de comprendre l'autre sur un plan émotionnel tout en parvenant à le « chosifier ». Ce terme peut s'expliquer par l'« objet – non – objet », l'objet « ustensile » dont nous parle Racamier (1987, p.19), objet utile et interchangeable qui permet la valorisation du narcissisme du psychopathe et une facilitation du passage à l'acte, autrui étant déshumanisé. Pour Majois et al. (2011, p.7), « les psychopathes manifestent une habileté à percevoir et réguler leurs états émotionnels. Ils sont capables d'exprimer des émotions, sans pour autant les ressentir ». Les psychopathes apprennent à s'exprimer dans le sens attendu par leurs interlocuteurs, et ils le font pour déjouer un sentiment d'ennui et de vide intérieur envahissant qui pourrait leur causer une crainte d'être abandonné (Blatier, 2014). Voici les *verbatim* d'un sujet psychopathe cité par Englebert (2013, p.7) : « je peux dire que je comprends bien les autres, je sais comment ils réagissent... En fonction de leurs regards et de leurs attitudes, je sais comment je dois réagir ». Dans cette optique, il y aurait alors une dimension purement cognitive de l'émotion chez le psychopathe, qui serait intacte et dont on verra plus en détail l'empathie.

3.2 L'empathie

Elle se définit par la « capacité à reconnaître, percevoir et ressentir les émotions des autres » (Barthassat et Gentaz, 2013, p.356), définition qui se rapproche de la

capacité de mentalisation nécessaire à une psychothérapie psychanalytique. La capacité de mentalisation se réfère à la capacité à percevoir et à interpréter son propre comportement et celui d'autrui en relation avec des états mentaux tels que des pensées, des sentiments, des besoins, des désirs ou des intentions. En d'autres termes, on peut schématiser en indiquant que le sujet se voit de l'extérieur et par ce truchement peut réguler ses émotions. Mais il peut également voire autrui de l'intérieur en essayant de le comprendre ou d'émettre une hypothèse sur ce qu'il ressent, ce qui lui permet ainsi de mieux entrer en relation (Allen & al., 2008). La capacité de mentalisation implique une dimension cognitive et affective (Urfer & al., 2014), tandis que l'empathie peut être spécifiée au moyen de ces deux dimensions. En effet, il existerait deux types d'empathie : l'empathie affective qui serait innée, et l'empathie cognitive qui serait davantage apprise par la relation (Narme & al., 2010). Cette distinction se retrouve dans l'article d'Englebert (2013, p.14) qui définit l'empathie comme étant « un mécanisme par lequel l'individu parvient à se représenter l'éprouvé, la souffrance d'autrui (...). Elle peut être différenciée de la sympathie qui a plutôt pour objet le bien-être d'autrui ». D'ailleurs Decety (2010) accorde une certaine importance à ce que la distinction entre empathie et sympathie soit bien comprise. Selon lui, l'empathie découle de notre capacité à partager et comprendre les états émotionnels, alors que la sympathie découle de notre capacité à ressentir une motivation orientée vers le bien-être des autres. Il est possible d'éprouver de la sympathie envers autrui sans forcément ressentir de l'empathie, celle-ci n'engendrant « pas systématiquement de sympathie ni de comportements altruistes associés à la promotion du bien-être d'autrui » (Decety, 2010, p.134). A titre d'exemple, Englebert (2013, pp.14-15) cite une phrase d'un sujet psychopathe incarcéré pour viol : « Je comprends bien lorsque les autres veulent me manifester leurs sentiments mais je n'en ai rien à faire. Ce que ressentent les autres n'a pas d'importance pour moi (...) Honnêtement, mes victimes, je ne les comprends pas, moi à leur place, j'oublierais et j'arrêteraient de m'acharner sur ce que je leur ai fait ». Est bien manifeste la froideur dans ces propos, qui correspondrait à un manque de sympathie, et ce malgré la compréhension qu'a ce psychopathe de la souffrance de ses victimes qui correspondrait alors à de l'empathie. En continuité, on peut comprendre l'empathie comme la faculté que l'on possède pour se représenter le vécu d'autrui au niveau émotionnel et/ou cognitif. Ainsi, le psychopathe aurait alors, selon nous, une empathie cognitive.

Decety (2010, p.142) conclut tout de même que l'empathie peut entraîner diverses réponses émotionnelles, pouvant notamment provoquer de la sympathie, une détresse personnelle, une indifférence totale envers autrui « ou même le plaisir de voir son ennemi souffrir ». Est-ce que l'opinion publique serait prête à accepter que le psychopathe est, tout compte fait, empathique ?

3.3 La souffrance

Il a été fait mention que les psychopathes ont la capacité de décrire et se représenter la souffrance d'autrui, sans pour autant la ressentir. Selon Blatier (2014, p.7), « l'indifférence affective » est l'insensibilité à la souffrance de la victime dont découle une absence de sentiments de culpabilité et qui permet ainsi au criminel d'éviter une confrontation au mal qu'il occasionne à sa victime. Plus précisément chez les psychopathes, il s'agirait en fait du « ressenti de la douleur » qui serait en cause (Balier, 2005, p.149). Balier (2005) évoque que le rythme cardiaque augmente à l'annonce d'une décharge électrique, alors qu'il y a une absence de peur (mesurée par l'activité électrodermale qui montre une absence de sudation), donc un lien ne peut être fait entre souffrance et l'annonce d'un stimulus négatif, mais plutôt un conditionnement à la peur comme nous l'avons vu plus haut dans ce travail.

Mais qu'en est-il de leur propre souffrance ? Balier (2005) donne l'exemple d'une étude faite par Kinable (2000) qui compare la mélancolie à la psychopathie, et ce afin de comprendre la souffrance. Il en retient que c'est le deuil mélancolique, donc la souffrance, qui est refusé par les psychopathes car ils risquent de plonger dans une angoisse d'anéantissement. Si le psychopathe refuse ce deuil et n'a pas accès à la dépression, ce serait notamment parce que l'objet n'a pas pu être internalisé. La douleur qui accompagne alors le deuil n'est pas possible, bien que « souffrir est la voie nécessaire d'accès à la mentalisation, à la représentation » selon Balier (2005, p153). Nous avons vu plus haut que la capacité de mentalisation englobe une dimension affective et cognitive. Elle se construit notamment grâce à la relation d'attachement pendant l'enfance (Urfer & al., 2014), ce qui nous renvoie à l'importance du facteur développemental décrit par Bowlby et postulé comme pouvant être à l'origine de la psychopathie. Nous pourrions émettre l'hypothèse que la carence de mentalisation chez les psychopathes adultes découle de cette carence affective dont nous avons parlé plus haut, alors qu'elle semble nécessaire au bon déroulement d'une thérapie psychanalytique.

4. Analyse clinique de cas

Dans cette partie, nous allons aborder deux situations de meurtres ayant fait l'objet d'un roman *non fiction* appartenant au genre littéraire du *true crime*, la première racontée par Capote (1966), la seconde par Carrère (2000). En se fondant sur les cas rapportés dans leurs ouvrages respectifs, nous allons tenter, de manière hypothétique de poser un diagnostic sur la base de la PCL-R, ceci sous réserve des limites inhérentes à ce type d'exercice rétrospectif et sans examen clinique direct. Ceci nous permettra de mettre en évidence, sur le plan psychopathologique et par une analyse comparative, les différences entre trois criminels possiblement considérés, sur le plan descriptif, comme psychopathes.

Pour les cas rapportés dans l'ouvrage *De sang-froid* paru en 1966, Capote s'inspire d'un terrible fait divers relaté dans le journal : le quadruple meurtre, sans mobile apparent des assassins (si ce n'est être riches), d'une famille de fermiers, avec froideur, sans émotion ou remords, d'où le titre du livre. Ils ont été condamnés à la pendaison en 1965. Capote va enquêter lui-même sur l'affaire, et notamment porter un intérêt particulier à la psychologie des deux criminels. Il est intéressant de mentionner que nous disposons des rapports d'expertise psychiatrique des deux protagonistes, consignés par Capote (1966) dans son livre (cf. annexes 4 et 5), en considérant les limites selon lesquelles il s'agit d'expertises établies dans le cadre psychiatrique et judiciaire américain en vigueur aux alentours de 1960 et d'anamnèses retranscrites par l'auteur.

En ce qui concerne l'ouvrage de Carrère (2000) intitulé *L'Adversaire*, il relate une affaire criminelle française qui implique Jean-Claude Romand qui a tué en 1993 cinq membres de sa famille. L'enquête a montré qu'il avait menti durant 18 ans à son entourage sur sa vie réelle et qu'au moment du drame, il était à court de ressources financières. Étant alors sur le point d'être démasqué par son entourage, il prit comme échappatoire leur meurtre, avant qu'ils découvrent la vérité. Il a été condamné à la réclusion criminelle à perpétuité avec une période de sûreté de 22 ans.

Les faits qui concernent ces deux situations sont relatés de manière plus précise en annexe (cf. annexe 3 et 6), avec quelques éléments anamnestiques (cf. annexe 7) qui pourraient être pertinents pour l'analyse qui sera faite ci-dessous.

4.1 Les cas de Richard Hickock et Perry Smith

Capote (1966) a pour principaux personnages (les « héros » du récit), les criminels Richard Hickock (« Dick ») et Perry Smith. Il s'agit de deux trentenaires condamnés à la pendaison le 14 avril 1965 pour le meurtre de quatre membres de la famille Clutter, une famille aisée de fermiers du Kansas qu'ils avaient tenté de voler (cf. annexe 3).

4.1.1 Dick

Sur la base de l'échelle de Hare (PCL-R) et de l'expertise de Dick (cf. annexe 4), nous constatons que ce dernier remplit la majorité des items du facteur 2 qui caractérise les comportements antisociaux. Selon nous, il satisfait à l'item « tendance au parasitisme » (9), vivant de fait encore aux crochets de ses parents. Il remplit également les items de la « faible maîtrise de soi » (10), de l'« impulsivité » (14) et de l'« irresponsabilité » (15), le Dr Jones disant de Dick qu'il « agit impulsivement », qu'il fait « des choses sans penser aux conséquences » et qu'il est incapable de « tolérer le moindre sentiment de frustration ». Dick est décrit de manière plus générale dans le roman de Capote (1966) sous la forme d'un homme qui accumulait des dettes pour subvenir aux besoins de sa femme et de ses trois enfants, ce qui selon nous correspondrait au critère de l'« incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste » des objectifs et projets (13).

Le critère de la « délinquance juvénile » (18) est également caractéristique de Dick puisqu'il a été arrêté pour la première fois suite à un cambriolage lorsqu'il avait environ 18 ans. D'autre part, comme nous savons qu'il a récidivé avec le cas des Clutter, Dick satisfait alors l'item qui concerne la « violation des conditions de mise en liberté conditionnelle » (19), le nombre de délits pouvant en outre, selon notre recherche, être quantifiés entre 2 et 4 (20). Nous pourrions ajouter également la « « promiscuité » sexuelle » (11) en se fondant sur les dires de Perry ayant empêché le viol de la fille de M. Clutter par Dick (Capote, 1966, p.301). Ce penchant qu'a Dick pour les jeunes filles se retrouve d'ailleurs dans la biographie qu'il rédige à la demande du Dr Jones selon le roman de Capote (1966, p.413), Dick écrivant : « Je sais que c'est mal (...) ça semble être une impulsion (...) Je pense que la raison principale pour laquelle j'y suis allé n'était pas pour voler mais pour violer la fille », ce dont il a dit avoir honte.

En revanche, nous ne pensons pas que Dick satisfait le facteur 1 de la PCL-R, hormis possiblement l'item 5 qui concerne la « duperie/manipulation » et que pourraient caractériser ses escroqueries au moyen de faux chèques.

A relever encore que le Dr Jones évoque la nécessité de procéder à des investigations plus fouillées pour écarter la présence d'un dysfonctionnement cérébral organique consécutif à un accident subi en 1950 (Dick avait alors 18 ou 19 ans) et ayant entraîné une commotion cérébrale. L'hypothèse de la présence de séquelles cérébrales lésionnelles, si elle avait été confirmée, aurait permis au Dr Jones d'envisager qu'« une importante partie de son comportement antisocial (i.e. celui de Dick) » qui s'est produit dans les suites de l'accident pourrait relever d'une altération de la personnalité et du comportement dont l'étiologie serait organique. Celle-ci aurait renforcé une tendance aux troubles antisociaux préexistants et pourrait alors expliquer, selon l'expert psychiatre, que Dick ait continué à agir bien qu'il sache ce qu'il faisait (Capote, 1966, p.436).

4.1.2 Perry

S'agissant de l'évaluation de Perry selon l'échelle de Hare, il nous semble qu'il remplit davantage d'items que Dick puisqu'il satisfait aussi aux items du facteur 1, et ce contrairement à Dick. En effet, pour le facteur 1 qui concerne les traits de personnalité, Perry semble avoir les critères suivant : « loquacité/charme superficiel » (1) et « surestimation de soi » (2), dimension qui peut être remarquée lorsque Perry dit : « Il se trouve que j'ai un brillant esprit. Au cas où tu ne le saurais pas (...) et du talent en plus » (Capote, 1966, p.277). Il remplit aussi, selon nous, les items « manipulation » (5), « absence de remords ou de culpabilité » (6), « affect superficiel » (7), « insensibilité/manque d'empathie » (8) et « incapacité d'assumer les responsabilités de ses faits et gestes ». Ce dernier élément est constaté lorsqu'au moment de son arrestation il nie avoir tué les deux femmes, et ce même s'il avouera ces meurtres en prison, voulant possiblement minimiser sa sentence. Les items 1, 5 et 7 se retrouvent dans les déclarations de la sœur de Perry qui indique avoir changé de nom pour ne pas qu'il la retrouve car elle avait peur de lui, ou encore lorsqu'elle indique que Perry « peut avoir l'air tellement chaleureux et sympathique. Doux. Il pleure facilement (...) Oh ! il sait comment vous avoir. Il sait si bien se faire prendre en pitié... » (Capote, 1966, pp.272-273). Les items 6 et 8 sont retrouvés lorsque Perry dit à Dick : « Achève-le. Ça te fera du bien » (Capote, 1966, p.363) en parlant de M. Clutter, mais également lorsque Perry raconte les meurtres à son ami de l'armée : « Est-ce que j'ai des regrets ? (...), non. Je ne ressens rien (...) ça me laisse complètement froid (...). C'était comme casser des pipes dans un stand de tir » (Capote, 1966, pp.430-431), ou encore dans le descriptif du Dr Jones qui retient que Perry a « peu d'égards pour les autres » et « attache peu d'importance réelle à la vie

humaine ». En plus de ces caractéristiques, le diagnostic est renforcé par des actes de délinquance juvénile (Capote, 1966, pp.276-277).

En ce qui concerne le facteur 2 en lien avec les comportements, Perry remplit presque tous les items, notamment ceux en lien avec l'«incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste » (13) et avec l'« irresponsabilité » (15) qui sont, selon nous, décrits dans l'acte criminel commis avec Dick mais également en raison de son passé où son caractère antisocial était déjà remarqué, que ce soit à l'armée (selon une lettre qu'il a reçue en prison de la part d'un collègue soldat (Capote, 1966, p.386) ou que ce soit selon la biographie qu'il a écrite à la demande de Dr Jones, comme pour Dick (Capote, 1966, p.409).

Les autres dimensions, comme la « faible maîtrise de soi » (10) et l'« impulsivité » (14) sont notamment décrits par le Dr Jones comme « une rage constante et difficilement maîtrisée » lorsque Perry a le sentiment d'être dupé par autrui et que ces rages « montent en lui », selon les dires de Perry lui-même. Ce dernier satisfait également au critère de « violation des conditions de mise en liberté conditionnelle » (19) car il commet une nouvelle infraction avec Dick suite à sa libération de prison qui datait de quelques mois, mais également à celui sur la « diversité des types de délits » (20), sachant que Perry fut condamné à 5 ans d'emprisonnement pour « vol qualifié, cambriolage et évasion » (Capote, 1966, p.409), ce qui nous fait déjà 3 délits variés, meurtre des Clutter compris. Quant au critère sur la « délinquance juvénile » (18), nous savons que Perry a eu une enfance carencée sur laquelle nous reviendrons, qui est marquée par des délits commis précocement, ce qui nous amène à penser qu'il remplit ce critère.

En ce qui concerne celui se rapportant à de « nombreuses cohabitations de courte durée » (17), il nous semble difficile de se prononcer quant à la durée et à l'engagement de ses cohabitations, mais nous savons que Perry a probablement souvent changé de lieu de résidence (étant jeune, il a vécu avec toute sa famille en Californie, puis à la séparation de ses parents il a vécu avec sa mère à San Francisco, ensuite il a été placé en maison de correction pour vol, s'est engagé dans la marine marchande à 16 ans puis dans l'armée, notamment au Japon et en Corée). Quelques autres informations anamnestiques tirées du livre indiquent également qu'il a vécu à Las Vegas, au Kansas, et qu'il a pris des chambres d'hôtel, mais ces données sont insuffisantes pour pouvoir déterminer s'il s'agit d'expériences de cohabitation impliquant un certain degré d'engagement. Enfin, nous ne nous avancerons pas quant aux critères en lien avec le « besoin de stimulation/tendance à s'ennuyer »

(3), la « tendance au parasitisme » (9) et l'« irresponsabilité » (15) pour lesquels nous n'avons pas assez d'informations, tout comme pour l'item concernant la « promiscuité sexuelle » (11).

L'enfance de Perry est décrite par le Dr Jones comme étant « marquée par la brutalité et le manque d'intérêt dont ont fait preuve son père et sa mère » et il a grandi « sans avoir jamais acquis le sens réel des valeurs morales ». Perry quant à lui dit n'avoir jamais eu « ni règlements, ni discipline, ni personne pour [lui] enseigner ce qui était bien et ce qui était mal » (Capote, 1966, p.407). Ces aspects semblent correspondre avec le point de vue développemental décrit par Bowlby et Piaget et présentés plus haut, ainsi qu'avec le critère des deux nomenclatures en lien avec une enfance et/ou adolescence marquées par des carences et des troubles de conduites. La mère de Perry était alcoolique, trompait son mari et est décédée sous l'emprise de l'alcool. Quant à son père, il était violent envers son épouse et envers la fratrie, le frère et la sœur de Perry s'étant par ailleurs suicidés. Sur le plan des troubles des conduites, on sait par Capote (1966) que Perry, instable, a des antécédents de cambriolages qui le mèneront à être placé dans un couvent catholique dans lequel il sera humilié et battu.

4.2 Le cas de Jean-Claude Romand

Même si Romand ne semble pas avoir de caractéristiques antisociales, on pourrait supposer que ses comportements de manipulation et de duperie à des fins d'escroquerie financière envers ses proches sont de l'ordre de l'amoralité. Parallèlement au diagnostic de « pervers narcissique grave avec mythomanie et froideur affective » posé selon le modèle psychodynamique par Settelen et Toutenu (2003, cités dans Vergnes, 2015), nous remarquons que Romand remplit entièrement tous les critères du facteur 1 de la PCL-R correspondant aux aspects interpersonnels et affectifs, donc à une forme de psychopathie sans comportement antisocial ou sans agissements ayant été judiciairisés. Plus précisément, nous constatons que les items du facteur 1 pris dans leur ensemble pourraient, selon nous, décrire les traits psychopathiques de Romand. En effet, il semblerait qu'il ait usé de son « charme superficiel » (1) afin de « paraître », comme le dit Racamier (1987) sous l'image d'un homme haut placé au sein de l'OMS en tant que médecin et, par extension, nous pouvons envisager que ce personnage prestigieux qu'il s'est approprié satisfait à l'item de la « surestimation de soi » (2), autant que le rôle de médecin qu'il s'est attribué auprès de ses co-détenus. La « tendance au mensonge pathologique » (4) ainsi que la « duperie/manipulation » (5) sont évidemment

caractéristiques de Romand, avec la succession de mensonges sur lui et sur sa vie qu'il énonça depuis qu'il échoua sa deuxième année de médecine, mais également en lien avec toutes les personnes de son entourage qu'il a réussi à escroquer pendant plusieurs années pour obtenir de l'argent. Cette escroquerie nous semble être « dénuée de remords ou de culpabilité » (6) dans la mesure où Romand ne paraît pas s'être soucié des conséquences de ses tromperies sur ses victimes, d'autant plus qu'il s'agissait de son entourage proche de lui. A noter que la dimension de manipulation ressort peu du livre, alors que Romand va esquiver les questions des psychiatres, digresser dans des considérations philosophiques, amenant Toutenu et Settelen (2003, cité dans Vergnes, 2015) à indiquer : « Le risque de la fascination nous guettait et nous nous sommes rapidement rendu compte de la capacité de Romand à nous "embrouiller" avec ses propos souvent flous et contradictoires ».

Romand ayant mené une double vie et tué cinq membres de sa famille proche, nous amène à penser qu'il ne peut éprouver des émotions affectives, et donc qu'il use d'un « affect superficiel » (7) comme lorsqu'il réagit de manière apparemment théâtrale au tribunal au moment de parler des meurtres qu'il a commis, et ce, même s'il dit que son « côté affectif était vrai » alors que son côté social était faux (Carrère, 2000, p.90). De plus, il parlera de lui et de l'affaire, selon les experts, « avec une grande froideur affective, plus professionnel, plus externe, plus rationnel, plus technique, plus distancié, plus expert que les experts » (2003, cités dans Vergnes, 2015). Néanmoins, l'un des experts expliquera qu'« on peut dès lors penser que la rage narcissique exprimée dans sa folie meurtrière a été à la hauteur de la souffrance qu'a engendrée l'indifférence dans laquelle il a vécu » puisqu'il a « souvent pris le risque d'être découvert (...) c'était une forme d'appels à l'aide, une manière de dire: «Regardez-moi, je vous mens! », [et que] le plus étonnant c'est que personne n'a jamais vraiment cherché à savoir » (Capvert, 1996).

Par ailleurs, Romand semble remplir le critère d'« insensibilité/manque d'empathie » (8) en lien avec le bien-être de son entourage et de sa famille qu'il a tuée avec préméditation. Il est « incapable d'assumer les responsabilités de ses faits et gestes » (16) et notamment de son crime, même s'il demande le pardon de sa famille, partie dans l'au-delà. La preuve en est qu'en sortant du coma il nia son crime afin de, peut-être, minimiser les risques de ses actes. Dans ce sens, on peut relever que Romand va auprès des experts se positionner en victime, se distancier de ses actes en renversant la situation et en les minimisant. Enfin, Romand ne

remplit, selon nous, aucun des critères du facteur 2 liés aux comportements antisociaux.

Lors de son procès, les psychiatres relèveront que Romand a toujours eu peur de décevoir ses parents, peur de perdre sa future femme et de ne pas susciter l'estime de ses amis (Capvert, 1996). En effet, enfant unique, Romand relate avoir souffert durant son enfance, sans pouvoir en parler à ses parents, ces derniers risquant d'être « déçus » et n'a jamais confié ses émotions, sauf à son chien, dit-il (Carrère, 2000, p.57). Lors de notre lecture de ce roman, nous avons effectivement ressenti comme une impression de solitude tout au long de sa vie, sans évocation d'attaches réellement fortes ni d'événements particuliers, tant négatifs que positifs, si ce n'est ses mensonges.

Très bon élève, Romand semble avoir fait la fierté de ses parents et, après avoir passé son baccalauréat avec une année d'avance, il entre en faculté de médecine où il réussit sa première année, mais échoue aux examens de l'année suivante. Il déclarera alors faussement être passé en troisième année, créant alors le mensonge « d'origine », d'où va découler toute l'affaire. Sa mythomanie va prendre la forme d'une suite de mensonges, Romand faisant croire qu'il était toujours étudiant et qu'il réussissait ses examens. Enfermé dans sa mythomanie, il dira lui-même que « quand on est pris dans cet engrenage de ne pas vouloir décevoir, le premier mensonge en appelle un autre, et c'est toute une vie » (Carrère, 2000, p.57). Selon Bourdin (2004), son échec académique représente une rupture de « l'illusion de toute-puissance » qu'avait Romand en entrant en faculté de médecine.

Settelen et Toutenu, évoquent qu'« à un certain niveau archaïque de fonctionnement, Jean-Claude Romand ne faisait plus bien la différence entre lui et ses objets d'amour : il faisait partie d'eux et eux de lui dans un système cosmogonique totalisant, indifférencié et clos. A ce niveau d'indifférenciation, il n'y a plus beaucoup de différence entre suicide et homicide » (cité par Vergnes, 2015). Cette appréciation renvoie à Meloy (cité dans Zagury, 2001) qui relate que la victime est un prolongement du Soi grandiose du criminel. Romand savait que la « conclusion logique de son histoire était le suicide » (Carrère, 2000, p.135), mais son suicide s'est alors traduit par un homicide, comme l'expliquent les experts psychiatres. Romand d'ailleurs dira à Settelen (2016) : « j'ai tué tous ceux que j'aime mais je suis enfin moi ».

4.3 Discussion

Dick et Perry obtiennent, à notre sens, une cotation élevée pour le facteur 2 de la PCL-R qui correspond aux comportements antisociaux des psychopathes. Toutefois et à la différence de Dick, Perry pourrait également remplir les critères du facteur 1 regroupant les items interpersonnels et affectifs. Dans ce sens, Perry pourrait correspondre au psychopathe type, tel que défini par Hare (1980), ce qui peut être mis en lien avec les facteurs traumatiques auxquels a dû faire face Perry au cours de son développement : en effet, tandis qu'à notre connaissance et par l'entremise de ce qu'en dit Capote (1966), Dick a des antécédents de petite délinquance mais ne semble pas avoir vécu d'événements traumatiques ou s'être retrouvé face à des carences dans son environnement, Perry a quant à lui vécu une enfance et une adolescence extrêmement carencés et traumatiques. Nous pouvons également faire l'hypothèse que les caractères antisociaux de Dick, comme mentionné plus haut, pourraient être en lien avec des déficiences au niveau neurologique consécutifs à son accident de moto. Toutefois, il semblerait que certains aspects antisociaux existaient préalablement à l'accident, lequel les aurait alors renforcés. En ce qui concerne Romand, qui a été diagnostiqué comme « pervers narcissique » avec mythomanie, nous relevons qu'il cote très fortement pour le facteur 1 de l'échelle de Hare et pas du tout pour le facteur 2, en précisant qu'il possède tout de même des comportements considérés comme amoraux mais qui n'ont jamais entraîné de judiciarisation. Dès lors, nous pouvons, selon nous, conclure pour Romand à un diagnostic de psychopathe « social » comme l'entend Cleckley (1982, cité dans Leistedt & al., 2009), mais également de *caractère psychopathique* (Bergeret, 1974) ou encore de pervers narcissique au sens de Racamier (1987), et dont nous avons parlé plus haut dans ce travail. Ce type de psychopathe n'a en effet aucune caractéristique antisociale au sens pénal du terme tout en pouvant néanmoins commettre des actes considérés comme amoraux pour la société, ainsi en usant du mensonge, de la manipulation et de la duperie comme Romand l'a fait de manière récurrente et sur de longues années.

Sur le plan des classifications psychiatriques usuelles et sous réserve de la présence de co-morbidité qui n'ont pas pu être établies par le Dr Jones mais qu'il estimait nécessiter des investigations plus poussées, il semblerait qu'ils remplissent tous les deux les critères du trouble de la personnalité antisociale du DMS-5 et de la personnalité dyssociale du CIM-10, et ce contrairement à Romand. Cependant, il s'agit de rester prudent en ce qui concerne Perry, qui pourrait, si l'on croit le Dr

Jones, être plus gravement atteint sur le plan psychique, l'expert relevant d'une part de nombreux éléments appartenant au registre paranoïaque et d'autre part des troubles du cours de la pensée, des accès de violence qualifiés de « démesurée » ainsi qu'un détachement émotionnel qui l'amènent à évoquer, pour Perry, une réaction paranoïaque et également schizophrénique (Capote, 1966, p. 440).

Avec un éclairage psychodynamique, nous pourrions, à notre sens, replacer et comprendre les troubles du comportement de Perry dans le cadre d'un fonctionnement psychotique, en l'occurrence comme des accès d'agressivité dans le cadre d'une angoisse de persécution, ceci en raison de la description d'une rage « déclenchée par tout sentiment d'être dupé, humilié ou considéré comme inférieur par les autres » (Capote, 1966, p.440). Si l'on reprend le rapport d'expertise le concernant, le Dr Jones relève qu'il est plus gravement atteint que son complice sur le plan psychique, ce qui amènera l'expert à estimer qu'il ne peut pas se prononcer sur la conscience qu'avait ou non Perry du bien et du mal au moment de la commission des crimes.

Toujours au sujet de Perry et en raison de la nature de son parcours personnel (sur le plan des facteurs traumatiques notamment) et de sa personnalité, on peut faire l'hypothèse que son premier meurtre (celui de M. Clutter) entre dans le cadre d'un « meurtre immotivé » ainsi que l'a théorisé Maleval (1986, p.101) et qu'il est survenu dans le contexte d'une « pleine éclipse mentale » (Capote, 1966, p. 446). Ce tableau clinique invite à se demander si Perry était véritablement, et le Dr Jones n'a pu se déterminer sur la question, en capacité de distinguer le bien du mal. Nous noterons en effet, sans développer cette idée dans le cadre de notre travail, que Maleval (1986, p.102) a abordé l'analyse des meurtres immotivés (en apparence tout du moins et pouvant ressembler à des crimes gratuits) en expliquant qu'ils relèvent de mobiles inconscients. Il indique que le passage à l'acte sans motif peut se rencontrer dans la schizophrénie et que ce type de crime, lorsqu'il est commis par un psychotique, comprend quelques caractéristiques que l'on pourrait retrouver dans l'acte de Perry, notamment « l'absence de raisons, de préméditation (...) la brusquerie de l'attaque (...) la férocité inutile de l'exécution (...) le manque de remords ». Ces observations rappellent ce qu'a décrit Maleval (1986, p.101) lorsqu'il mentionne qu'un meurtre immotivé se manifeste sans que l'auteur sache « ce qui a déterminé son acte » et que même s'il paraît « immotivé », il ne serait pas sans cause. Selon Maleval (1986, p.114), même si cette cause n'apparaît pas discernable, « elle tient à une structure », à savoir la psychose, et l'acte criminel

aurait en l'occurrence comme fonction « une tentative de guérison » (p.119). Dans ce sens, on peut comprendre l'incertitude qu'a manifestée le Dr Jones lors de son audition au tribunal, à savoir qu'il n'est pas exclu que l'état psychotique de Perry entravait dans sa capacité à discerner le bien du mal. Par ailleurs, également à la différence de Dick qui ne va pas émettre de doutes quant à sa « normalité » et à son impunité après les actes, Perry va de son côté se questionner sur la violence de son crime et sur sa santé mentale, et s'inquiéter de la possibilité que ses agissements puissent rester sans conséquences ; il paraît n'avoir comme explication à son geste que l'hypothèse que les Clutter « devaient payer pour les autres » (Capote, 1966, p.447), c'est-à-dire qu'il a infligé de la violence en regard de celle qu'il avait subie lors de son enfance et de son adolescence, comme une forme de revanche.

Toujours est-il que le procès ne va pas épuiser les questions sur ces meurtres sans mobile apparent (si ce n'est peut-être celui de ne pas laisser de témoins) et sur les déterminants psychiques à l'œuvre dans la commission des crimes, la justice sanctionnant ce qui lui a paru être une exécution perpétrée froidement. A ce propos, il est important de souligner qu'à la lecture du roman de Capote (1966), nous sommes comme pris de « compassion » pour les deux personnages principaux, ce qui semblait être le but de l'auteur. En effet, nous pouvons nous demander si le *De sang-froid* du titre choisi par Capote (1966) s'applique, en plus de Perry et Dick pour l'absence d'émotions et de remords au moment où les crimes ont été perpétrés, à la Justice américaine et à ses méthodes d'exécution de l'époque des années 60.

De plus, si l'on replace les expertises de Dick et Perry, ainsi que leur jugement dans le contexte historique des Etats-Unis sur le plan pénal et psychiatrique, on relève que le terme de « psychopathie » a été utilisé par l'américain Cleckley presque vingt ans auparavant (1941 *versus* 1959-1960 pour l'établissement des expertises et le jugement), mais qu'il n'est utilisé ni par le Dr Jones, ni par Capote (1966).

En ce qui concerne Romand et toujours dans le cadre d'un modèle de compréhension psychodynamique, le tableau qu'il présente pourrait s'inscrire comme une réaction à une atteinte narcissique, Balier (1988, cité par Senon dans Laroque, 2005, p.12) indiquant qu'il existe « des troubles graves du narcissisme, responsables de l'absence de maîtrise pulsionnelle ». Dans ce sens, il apparaît justement que Romand présentait une mythomanie qui « est [également] le signe d'atteintes narcissiques graves et de modalités de défenses archaïques que l'on retrouve justement dans la perversion narcissique ». Comme nous avons pu le voir avec la description du pervers narcissique selon Racamier (1987, p.20), « la vérité

importe pas (...). Ce qui compte pour lui n'est pas d'être ni même d'avoir, c'est de paraître. De là vient ce profond cachet d'inauthenticité (...) qui s'attache à la perversion narcissique. De là viennent également les rapports étroits de la mythomanie, tout comme de l'imposture, avec la perversion narcissique : elle les relie, les chapeaute et les englobe ». En effet, Romand s'est enfermé dans un mensonge visant à le faire « paraître » comme un docteur digne de ce nom et respecté par tous, escamotant de ce fait l'atteinte narcissique subie lorsqu'il a échoué à la faculté de médecine. Il avait besoin que son narcissisme soit flatté par autrui pour conserver une image de réussite acceptable de lui-même, sachant que pour les pervers narcissiques « un mensonge qui est réussi compte comme une vérité. D'où les surprenantes aptitudes de ces perversifs pour la falsification, l'imposture et l'inauthenticité » (Racamier, 1986, p.1308).

De plus, « le recours au mensonge est, pour le mythomane, le seul moyen de fuir une réalité qu'il ne peut accepter ou affronter sans souffrir » (Vergnes, 2015). Si on part de l'hypothèse que la mythomanie de Romand a effectivement commencé lors de son échec en deuxième année de ses études de médecine, nous pouvons émettre l'hypothèse que le recours au mensonge a été pour lui un moyen de fuir cet échec. Romand évoque également une angoisse, une tristesse et une solitude vécues pendant son enfance. Ceci pourrait également constituer une explication de sa mythomanie qui lui permettrait de fuir une souffrance de l'enfance.

Enfin, toujours sur le plan psychodynamique, il nous semble que nous pourrions parler pour son cas de clivage, mécanisme qui lui permet de recourir avec succès à la dissimulation et à la tromperie, dans le sens que ses voisins, les professeurs d'école de ses enfants, son meilleur ami, etc. disent de Romand qu'il est « l'homme le plus droit que vous connaissez » (Carrère, 2000, p.17), qu'il est « un type profondément gentil » (Carrère, 2000, p.187), comme s'il portait ce « masque de normalité » dont parle Cleckley (1982, cité dans Leistedt & al., 2009), à savoir qu'il se conforme à des codes de vie dans la société et use de son charme superficiel et de son intelligence pour cela.

Parallèlement à toutes ces explications, nous nous sommes penchés sur une compréhension différente émanant de Zagury (2001). Lorsque ce dernier demandait à des criminels incarcérés pour viol et meurtre pourquoi ils avaient tué leur victime, ils répondaient « parce que c'était pas bien ». « La fonction du meurtre est d'effacer la trace du viol », ce qui serait alors aussi valable selon Zagury (2001, p.599) pour Romand qui souhaitait effacer la trace de son mensonge « au-delà de la motivation

utilitaire et rationnelle de ne pas être appréhendé par la police ». D'ailleurs, il nous semble pertinent de mentionner que Romand a couvert chacune de ses victimes d'un drap, comme s'il voulait cacher son acte. Zagury (2001, p.599) mentionne également que les violeurs parlent avec crudité de leur acte sexuel alors qu'ils restent perplexes face à leur meurtre qu'ils ne revendiquent pas car le mobile leur échappe, à « eux qui ont horreur de la perte d'emprise ». La situation paraît similaire pour Romand qui parle de sa mythomanie sans manifester de signes trahissant une anxiété, mais lorsqu'il s'agit de la manière dont il a exécuté ses enfants puis ses parents, il est pris de convulsions, comme si le mécanisme de défense du clivage « cédait ». A noter, par ailleurs, que l'on apprend dans le livre de Carrère (2000), des pertes de mémoire en rapport avec les moments précis des meurtres, comme lorsqu'il indiquera au procès qu'il ne se souvient plus de la manière dont il a tué son épouse.

Pour terminer, il est important de souligner quelques limites en ce qui concerne les deux situations que nous venons d'analyser. La première limite importante est que cette analyse de cas se base sur des romans dit de *non fiction*. Même si Capote (1966) et Carrère (2000) se basent sur des faits réels et possèdent des *verbatim* des protagonistes qu'ils citent dans leur ouvrage, il ne faut pas oublier que leur rédaction a été faite sous forme romancée et amène par conséquent quelques modifications au niveau des faits réels, afin que le lecteur soit captivé par la narration. De plus, nous ne disposons pas des rapports d'expertises complets sur le plan de la clinique.

D'autre part, nous avons remarqué que la PCL-R permettait un diagnostic de différents types de psychopathie. En effet, nous avons vu que pour Dick, elle cotait principalement pour les caractéristiques de comportements antisociaux sans les caractéristiques interpersonnelles et affectives, ce qui ne va pas dans le sens d'une psychopathie telle que Hare l'entend, mais qui selon nous pourrait entrer dans le cadre d'un trouble de la personnalité dyssociale/antisociale en terme de diagnostic psychiatrique. Pour Romand, on se trouve dans la situation inverse puisqu'il cote uniquement pour les facteurs interpersonnels et affectifs et non pour les comportements antisociaux, ce qui indique une psychopathie « sociale » au sens de Cleckley (1982, cité dans Leistedt & al., 2009) mais montre également qu'une personne peut avoir des traits psychopathiques selon l'échelle de Hare sans forcément recourir à des actes violents et transgressifs, et ce bien que Romand ait tué sa famille, mais pour des raisons liées à une pathologie narcissique. Enfin, Perry semble remplir l'échelle de Hare pour ses deux facteurs et pourrait alors être

considéré comme un psychopathe au sens d'un score élevé à la PCL-R. Néanmoins, ce diagnostic ne rend pas compte des réticences du Dr Jones qui a expertisé Perry et probablement décelé en toile de fond une personnalité à traits paranoïaques et également proches de la schizophrénie.

En conclusion, nous constatons que la PCL-R est une échelle qui n'échappe pas au risque d'être réductrice dans le sens qu'elle a été construite à des fins diagnostiques pour isoler la psychopathie mais qu'elle ne permet pas d'éclairer le fonctionnement psychique du sujet et donc n'envisage pas la fonction et le rôle des attitudes, des modalités relationnelles et des comportements psychopathiques dans le cadre du fonctionnement individuel du sujet qui les présente. C'est d'ailleurs ce que l'on peut envisager pour les trois cas que nous avons analysés puisque nous relevons en effet que ces sujets ayant commis un acte similaire ne l'ont pas forcément fait pour les mêmes motivations inconscientes et que l'acte, pour en comprendre le sens et cas échéant pour débiter une psychothérapie, doit être replacé dans l'organisation psychique particulière qui le détermine. Par ailleurs, tous les trois récoltent des points pour la psychopathie mais de manière différente selon les deux facteurs de la PCL-R, ce qui pose la question de l'existence de différents « types » de psychopathie et de l'homogénéité de ce concept. De plus, au terme de psychopathie est souvent associée une teinte péjorative, mais la clinique, appréhendée selon le modèle psychodynamique, pourrait permettre de se dégager de ce biais en ce que cette théorie replace l'individu dans un parcours de vie et en regard de son développement psychogénétique, et qu'elle tente de donner un sens aux actes en fonction du fonctionnement psychique sous-jacent qui les détermine. Dans ce sens, le recours au modèle psychodynamique permet d'envisager les actions et réactions du sujet comme un reflet de son monde intérieur. D'autre part, il est certes nécessaire en psychopathologie de catégoriser les sujets mais cette classification se fait pour la psychopathie à partir de ce qui est directement observable, et à cet égard il nous semblerait plus fructueux, outre d'aborder cette notion sous l'angle des dimensions structurales, dynamiques et développementales, d'envisager la psychopathie comme un continuum au sein duquel les degrés de sévérité s'opposeraient à la distinction tranchée psychopathe versus non psychopathe.

4.4 Entre fiction et réalité

Capote (1996) et Carrère (2000) ont découvert le fait divers dans le journal et se sont intéressés à ces crimes horribles. Tous deux ont décidé, dans le cadre d'un long travail d'investigation journalistique, de prendre contact avec les assassins dans l'intention de comprendre ce qui s'est passé et d'en tirer un livre, d'assister aux procès, ainsi que de relever des témoignages de voisins ou de proches. Dans cette optique, ils vont tous les deux faire des recherches sur le passé des meurtriers en vue de faire un portrait précis des protagonistes et de tenter de comprendre les déterminants psychosociaux ayant conduit au massacre de deux familles entières. Ils essaieront tous les deux de donner sens à ces crimes en reconstituant les étapes de celui-ci, et ce dans le cadre du genre littéraire dit du roman de *non fiction* qui mêle faits réels et éléments narratifs romancés. Dans l'ouvrage de Capote (1996), la représentation que cet auteur fait de Perry comme étant un personnage plutôt sympathique a suscité des controverses mais a permis de rationaliser l'apparence monstrueuse et incompréhensible d'un tel acte commis de sang froid (Bentham, 2014). De manière générale, dans les ouvrages dits de *non fiction*, la subjectivité de l'auteur tient une place importante dans le choix qu'il va opérer entre aspects fictifs et informations factuelles véridiques, choix opéré en fonction de sa vision personnelle des choses ainsi de ce qu'il entend mettre en exergue comme aspects et qui va influencer la narration qu'il propose aux lecteurs. Selon Bentham (2014), les auteurs de films ou de romans ont recours à des techniques narratives dites empathiques afin de susciter chez le lecteur une certaine identification à un personnage méchant dont il accepte les caractéristiques. Il est vrai qu'en tant que lecteur, nous sommes amenés à éprouver de l'empathie, ou plutôt de la sympathie envers les « héros » des romans de Capote (1966) et de Carrère (2000). Pour Bentham (2014), l'immersion d'un lecteur dans un récit romanesque amène ce dernier à fusionner avec le personnage fictif mais également à penser et ressentir comme lui au fil de ses actes. C'est un effet valable pour n'importe quel type de personnage de roman mais, selon elle, lorsqu'il s'agit d'un personnage psychopathe, donc de quelqu'un aux actes moralement répréhensibles, cette immersion peut paradoxalement être plus importante du fait de son ambivalence qui peut déconcerter le lecteur.

S'agissant plus spécifiquement de la figure du psychopathe, telle qu'elle apparaît dans les films et romans, elle connaît un certain succès et a contribué à ce que le terme de psychopathie passe dans le langage courant, et ce même si sa

représentation est souvent assez grossière, réduite à l'image du meurtrier sadique et manipulateur, comme Hannibal Lecter. Le succès du psychopathe lorsqu'il est mis en scène au travers d'œuvres fictives ou fondées sur des faits réels pourrait être expliqué en effet par l'ambivalence qu'il crée chez le lecteur ou le spectateur : en effet, il s'agit en quelque sorte d'un être hybride, exceptionnellement dangereux, repoussant et inhumain mais néanmoins semblable à tous les hommes en ce qu'il est constitué de pulsions violentes qui sommeillent en chacun et que l'on préférerait occulter. Aristote déjà formulait l'idée que l'art avait pour but de purifier ou de purger les passions du spectateur qui, en assistant à leur représentation sur scène, était soulagé, notamment de ses « désirs de meurtre (...) en voyant des tragédies » lorsqu'il les voyait figurés en dehors de lui. Des forces inconscientes nous gouvernent à notre insu, et dans ce sens on peut voir dans la séduction qu'exercent les créations artistiques donnant à voir des psychopathes effrayants, une tentative pour apprivoiser nos angoisses et essayer de les contrôler.

De manière générale, la société est parfois sensible et charmée face à la psychopathie, tout en la rejetant. En effet, Caroli (1979, cité dans HAS, 2005, p.15) remarque que « la psychopathie peut prendre l'allure momentanée d'un héros factice ». Selon Ochner (2003, p.254), la frontière entre réalité et fiction tend à devenir de plus en plus floue pour des films et livres parlant de meurtriers. En effet, de nos jours, ces derniers racontent des histoires de la vie quotidienne de « nouveaux héros populaire » (Ochner, 2003, p.247), ceux qui souffrent en même temps qu'ils suscitent une souffrance, parlant ainsi de criminels qui possèdent des problématiques de la vie auxquelles on s'identifie facilement. Notre regard, en tant que lecteur d'ouvrage et spectateur cinématographique « reste capté entre fascination et répulsion ». Prenons l'exemple du film *Seven* où l'un des enquêteurs est sensibilisé par un tueur en série des plus horribles qu'il interroge, en faisant mention qu'il est un être humain avant tout. « C'est là au plus tard que le spectateur se rend compte de la fragilité et perméabilité de la frontière entre la normalité et l'anomalie » (Ochner, 2003, p.261). Nussbaum (1990, cité par Maibom, Harold & Hugon, 2010, p.156) relate que lorsqu'on est pris dans la lecture, dans les émotions et l'histoire des personnages, nous nous identifions à eux, « et en nous laissant surprendre, nous devenons attentifs aux événements de notre propre vie, plus désireux d'observer la vie et d'en être émus ».

Selon Zarifian (2006, p.40), l'art cinématographique et romanesque a une influence sur le regard que porte la société notamment sur les pathologies psychiatriques. En

effet, le cinéma comme le roman créent « des représentations sociales qui nous touchent et nous influencent », qu'elles soient terrifiantes, fascinantes ou encore informatives. Au fond, la représentation au cinéma ou dans les romans de la maladie mentale, dont la psychopathie, n'a pas comme objectif d'offrir une réalité clinique mais plutôt de « constituer une métaphore des drames de l'existence humaine » (Zarifian, 2006, p.41). La fiction va ainsi, dans certaines œuvres, chercher à mettre en relief la partie dite « humaine » du sujet psychopathe et va forcer sur les traits caractéristiques du trouble sans chercher à montrer une réalité clinique, avis partagé par Bentham (2014, p.274) qui indique que « le psychopathe fictif est devenu progressivement moins un monstre et plus un membre reconnaissable de la société »⁸. Le personnage de la série *Dexter* est un bon exemple car malgré son caractère repoussant, il représente un type de psychopathe que le spectateur peut apprécier, voire comprendre et soutenir en raison de son côté moral, personnage que l'on pourrait définir comme « un justicier qui tue les méchants ». En effet, il se fond parfaitement parmi les autres personnages de la série avec un « masque de normalité » qui lui permet de paraître aimable et de susciter une certaine empathie de la part du spectateur qui ne réussit finalement pas à le rejeter malgré les actes horribles qu'il commet.

En parallèle, une étude de Leistedt et Linkowski (2013) montre que des personnages de psychopathes fictifs mais réalistes du point de vue psychiatrique n'existent que pour une minorité de films, entre 10% et 20% des 126 films retenus pour leur étude. Ces auteurs avancent que malgré l'aspect fictif des œuvres cinématographiques, les films représentant le mieux des personnages à caractère psychopathique pourraient être utilisés à des fins d'enseignement. Par extension, nous pouvons également nous demander si certains des personnages de psychopathes présents dans les romans ou dans les films, et selon la manière dont ils sont figurés, pourraient nuancer la vision portée à la psychopathie par un public qui en a une connaissance assez sommaire et plutôt péjorative. Car selon Zarifian (2006), c'est notamment cette fonction caricaturale de l'art romanesque ou cinématographique qui fait naître la réflexion sur la dialectique entre le normal et le pathologique. Finalement, cette frontière fine entre fiction et réalité ainsi que notre aptitude à pouvoir nous identifier à ces

⁸ « The fictional psychopath gradually became less of a monster and more a recognisable member of society », Bentham, 2014, traduction libre

« nouveaux héros populaires » dont parle Ochner (2003) éclaire la frontière floue entre le normal et le pathologique.

Si quantité d'œuvres ont été consacrées avec succès au psychopathe, c'est peut-être qu'elles interrogent la présence en chacun de nous de traits psychopathiques et qu'elles permettent au lecteur ou au spectateur d'établir une démarcation, peut-être arbitraire et illusoire mais claire, entre le non psychopathe et le psychopathe. Par ailleurs, l'homme se retrouve démuné face à ses peurs, et l'instrument que fournit la création artistique peut lui permettre, sinon de les dompter, en tout cas de les rendre un tant soit peu plus familières justement en se faisant peur, c'est-à-dire en provoquant délibérément des émotions fortes pour tenter de s'en rendre maître. La purgation des sentiments de crainte telle que l'envisage Aristote par leur représentation sous forme de mises en scène de personnages pourrait libérer, certes transitoirement, l'être humain de ses angoisses.

5. Traitements en milieu carcéral

Des mesures thérapeutiques institutionnelles sont prévues dans le Code Pénal Suisse sous l'art. 59 (cf. annexe 8), ayant comme prérequis deux conditions cumulatives : tout d'abord l'auteur doit avoir commis un crime ou un délit en relation avec un grave trouble mental et il doit ensuite être possible de prévoir que cette mesure de traitement sera susceptible de le détourner d'une récidive en relation avec ce trouble. Cette mesure est en règle générale ordonnée en plus d'une peine, et sa durée dépend du but poursuivi ; en principe, son exécution se déroule le temps que le risque de la commission d'infractions de même nature soit écarté. L'article 63 du Code Pénal (cf. annexe 9) prévoit également la possibilité d'ordonner un traitement ambulatoire au lieu d'un traitement institutionnel, et ce pour autant que l'auteur de l'infraction se montre motivé.

Actuellement, la psychopathie est considérée comme incurable par Hare et Neumann (2006), et de nombreux auteurs se disent pessimistes quant à la prise en charge thérapeutique de ce type de population (Archer, 2001 ; Corbobesse, 2012 ; Leistedt & al., 2009 ; Pham, 1998 & Patrick, 2006, cités dans Englebert, 2013). Lösel (1998, cité par Majois & al., 2011, p.8) souligne que « les psychopathes ne vivent pas leur enfermement comme quelque chose d'aversif, coercitif et dissuasif. Ceci constituerait un des éléments explicatifs de leurs difficultés de prise en charge et leurs multiples récidives ». Blair, Mitchell et Blair (2005, cités dans Wilmes, 2014) se disent du même avis, indiquant que les psychopathes sont conscients de leurs actes et dénués de toute compassion, mais également peu réceptifs au caractère dissuasif de la punition qui leur est donnée.

Les thérapeutes sont modestes quant à leurs méthodes et à leur efficacité, et ne tentent pas de « guérir » la psychopathie. En effet, il leur paraît difficile de faire disparaître les comportements décrits dans la CIM-10 pour le trouble de la personnalité dyssociale ou ne serait-ce même que de modifier ce type de personnalité. De plus, les psychothérapeutes sont soumis à plusieurs contraintes institutionnelles : en effet, la prise en charge s'effectue dans un but préventif de récidive et en vue de protéger la société. Par ailleurs, elle est dépendante de l'institution judiciaire car ordonnée, donc le thérapeute n'a pas réellement le libre choix du cadre, de la durée, ou parfois même de la méthode. Enfin, le patient ne peut choisir librement son thérapeute ni donner son avis quant à une prise en charge, qu'il la souhaite ou qu'il ne la souhaite pas. Ces contraintes peuvent perturber l'accès à un véritable processus thérapeutique (Archer, 2001), sans compter que le

thérapeute n'a manifestement pas la même autonomie que lors d'une thérapie classique. De fait, les soins psychiatriques sans consentement des délinquants se déroulent dans un cadre institutionnel (prison, hôpital, etc.) et peuvent dès lors entraver le suivi psychothérapeutique voire être contre-productifs.

Beaucoup d'auteurs sont d'accord pour dire que le travail en équipe est indispensable (Balier, 2005) vu la spécificité du cadre institutionnel. Comme on l'a vu à la description de la *tendance antisociale* par Winnicott, l'enfant ou l'adolescent avec des conduites antisociales est à la recherche d'un cadre stable pouvant le contenir, d'un cadre affectif qu'il n'a pu avoir dans la prime enfance. Le travail en équipe, tant socio-éducatif que thérapeutique, pourrait selon, Archer (2001), justement contribuer à cette contenance stable et sécurisante qui était absente pendant la prime enfance.

5.1 Les psychothérapies

Avant de parler des différentes approches psychothérapeutiques existantes, Chartier (2007, p.69) précise que le psychopathe n'exprime aucune demande d'aide au niveau psychologique, donc il est nécessaire d'« essayer de le convaincre, progressivement, que les sédiments de son passé continuent de jouer un rôle dynamique sur le terrain de ses difficultés présentes ». Par ailleurs, Meloy (2000, cité par Chartier, 2007, p.67) établit une liste de contre-indications au traitement thérapeutique du psychopathe, à savoir « l'existence d'un comportement agressif sadique, l'absence de remords et de regrets, une intelligence supérieure ou inférieure à la moyenne de façon significative, l'incapacité totale à nouer un lien émotionnel à une autre personne », rendant Chartier circonspect, se demandant alors, selon lui et en toute légitimité, comment soigner les psychopathes. En effet, les psychopathes sont décrits comme ayant une carence de mentalisation, faculté dépeinte comme indispensable pour la mise en place d'un travail thérapeutique « puisque l'essence même de ce travail est de relier des émotions à des mots et des images pour apprivoiser les souffrances enfouies et donner un sens à des conflits évacués, déniés » (Gravier, 2013, p.261).

Quelle que soit l'approche ou le type d'intervention thérapeutique, le mensonge pathologique et la manipulation vont à l'encontre même de l'établissement d'une relation de confiance liant le patient au thérapeute. De plus, Rice, Harris et Cormier (1994 cité dans Chartier, 2007) signalent que les traitements thérapeutiques peuvent avoir un effet négatif sur des sujets psychopathes car une prise en charge leur permettrait de renforcer leur narcissisme et leur tendance à manipuler et duper

autrui. « De plus, le manque de culpabilité et le sens grandiose du Moi sont peu compatibles avec un véritable désir de changement » (Leistedt & al., 2009, p.585).

Zagury (2001, p.595) ajoute néanmoins que « la solide pare-excitation que constitue la prison leur permet d'organiser tranquillement leur quotidienneté. (...) Les murs de la prison jouent un rôle de contenant, d'organisateur. En dehors de ce cadre, ils explosent ». Nous supposons alors que ce type de patient se contiennent au niveau de leur impulsivité dans un espace cadré telle que la prison.

Toutefois, et malgré ces réserves ainsi qu'un cadre médico-légal rendant le thérapeute moins autonome, la psychothérapie est, selon quelques auteurs, possible en institution. Notamment, pour Balier (cité dans HAS, 2005, p.12), « l'avenir du psychopathe n'est pas irrémédiablement fixé » et un travail thérapeutique en équipe est parfois possible »

5.1.1 Thérapie psychanalytique/psychodynamique

Dans le cadre d'une approche psychanalytique des thérapies, « les buts théoriques sont de pouvoir reprendre une continuité là où il n'y avait que rupture, remettre des mots là où il n'y a que des actes » (Corbobesse, 2012, p. 7). C'est-à-dire que le travail thérapeutique doit prendre en compte les actes délictueux du sujet, faire émerger un objet perdu au sens analytique du terme et « rendre possible des mobilisations internes de représentations » (Corbobesse, 2012, p.7). Selon Balier (2005, p.154), « la voie thérapeutique est effectivement de permettre une « rencontre », au sens fort du terme, avec un objet capable de recréer une dynamique de la construction psychique ».

Cependant, d'autres auteurs semblent moins optimistes quant à ce type de thérapie. Tout d'abord, Fillieux et Godfroid (2001) indiquent que la psychopathie est une contre-indication à la thérapie psychanalytique à cause des difficultés d'introjection des psychopathes. Wilmes (2014, p.3) est d'accord avec cet avis, relatant que l'approche psychodynamique utilisée dans les thérapies serait inefficace à cause du « soi grandiose », d'un sentiment d'omnipotence, du charme superficiel, du mensonge pathologique, de l'absence de remords et d'autres éléments présents chez les psychopathes qui vont à l'encontre d'une introspection exigée par ce type de thérapie (Wilmes, 2014). Les psychopathes seraient peu disposés à traverser un état de dépression, estimé pourtant selon certains auteurs comme primordial lors de la première étape au changement dans la vie d'une personne (Gabbard, 2005, cité dans Leistedt & al., 2009). Balier (2002, p.30) quant à lui considère que « le passage à

l'acte court-circuite la mentalisation et prive le psychanalyste de la possibilité de travailler sur des représentations. Il est évident que la cure classique ne peut être utilisée avec ces patients ». Il ajoute (Balier, 2005, p.151) que le psychopathe « ne supporte pas la communication des affects qui lui est pourtant nécessaire pour accéder à un vrai travail de mentalisation. Le thérapeute ne peut transmettre que des affects filtrés par une totale maîtrise de la situation, tant transférentielle et contre-transférentielle que matérielle. Malgré l'apparente inaffectivité du patient classiquement décrite, les émotions réprimées sont vives ».

5.1.2 Thérapie cognitivo-comportementale

L'objectif des thérapies cognitivo-comportementales est d'agir sur les comportements problématiques et de pouvoir entre autres les gérer par des techniques spécifiques (Fillieux & Godfroid, 2001). Corbobesse (2012) mentionne que ce type de thérapie est utile au sujet car elle apporte des techniques de contrôle de l'impulsivité, de formation aux aptitudes sociales ou encore de gestion de la colère. Les recherches de Novaco (1976) ont également suggéré que ce type d'approche pouvait s'avérer utile dans la gestion de la colère (cité dans Leistedt & al., 2009). Enfin, Izzo et Ross (1990, cités dans Archer, 2001) ont montré que certaines méthodes de traitement cognitive-comportemental ont un effet positif sur la récidive, et notamment les thérapies d'apprentissages sociaux, les jeux de rôle, le développement à l'assertivité, etc.

Néanmoins, une étude menée par McMurrin et Theodosi en 2007 signale que si le patient délinquant (sans précision du type de délinquant) interrompt son traitement cognitivo-comportemental avant la fin, il présenterait un risque plus élevé de récidiver qu'un patient achevant sa thérapie.

5.1.3 L'acting contre-transférentiel

Selon Chartier (2007), l'acting contre-transférentiel est le recours à l'acte de la part du thérapeute vis-à-vis de son patient, ce dernier utilisant l'identification projective comme mécanisme de défense que le thérapeute acceptera et utilisera pour mener sa thérapie. En d'autres termes, le thérapeute agit à partir de ce mécanisme de défense et des émotions du patient, perdant ainsi sa neutralité. Chartier (2007, p.72) explique l'acting du thérapeute après avoir pris en charge, à son compte, un jeune psychopathe de 15 ans pendant 10 ans. En effet, Chartier s'éloigne un peu de la méthode psychanalytique pure en ayant aménagé un cadre adapté à la problématique de ce jeune, tout en travaillant avec une approche psychanalytique, mais en agissant. Il relate qu'« au risque de scandaliser ceux qui s'imaginent

pouvoir guérir le psychopathe avec des paroles, qu'une thérapeutique de l'agir psychopathique ne saurait fonctionner efficacement sans le recours aux actes du thérapeute ». En effet, ce dernier se met « au risque d'une rencontre brutale et déstabilisante, entre identification à une figure archaïque perdue, hostile et persécutoire, recherche sans espoir d'un autre apaisant ou consolant » (Gravier, 2013, p. 263). Avec cette proposition de l'acting contre-transférentiel de Chartier (2007), ce dernier conclut que le mécanisme essentiel pour aider ces sujets est l'identification au soignant. Cette dernière est possible du moment que le thérapeute accepte de jouer un rôle d'*Idéal du Moi* et de pare-excitation qui ont fait défaut au psychopathe lors de sa prime enfance.

5.1.4 *Thérapie communautaire*

Pour Fillieux et Godfroid (2001), la thérapie communautaire serait l'approche la plus adéquate pour ce type de patient, à la condition que ce dernier veuille collaborer de son plein gré. Il s'agit d'un type de thérapie en groupe qui accueille chaque sujet avec sa problématique individuelle. Les sujets du groupe entrent en interaction afin de trouver des solutions adéquates à certaines difficultés. D'autres auteurs estiment qu'elle est inefficace, à moins que la collaboration du patient ne soit acquise (Fillieux & Godfroid, 2001).

5.1.5 *Prise en charge précoce ?*

Subsistent aujourd'hui des réticences à nommer à une pathologie psychique, de manière générale mais d'autant plus dans le domaine pédopsychiatrique où poser un diagnostic psychiatrique peut être perçu comme une manière de stigmatiser l'enfant. De plus, s'agissant spécifiquement d'un trouble de la personnalité, il n'est pas possible de le diagnostiquer selon les principales nomenclatures avant l'âge adulte. Cependant, il s'avère important de se questionner sur les facteurs développementaux à l'origine dans l'enfance de possibles manifestations qui pourraient potentiellement se cristalliser à l'âge adulte et entraîner des comportements psychopathiques, en vue de protéger les futurs adultes de ces comportements (Moyano, 2007) et également en vue de prendre en charge la souffrance des enfants qui en sont corrélatives. Pour Archer (2001, p.675), « l'offre de soins devrait partir du dépistage et du diagnostic précoces de la psychopathie », afin de soulager la souffrance psychique et de diminuer les actes violents, pour avoir une possibilité d'établir des liens affectifs hors de l'emprise, reconstruire le narcissisme et renforcer une conscience morale.

Comme il a été vu plus haut, Winnicott s'est penché sur la tendance antisociale des jeunes, se demandant quel serait le suivi le plus adéquat pour eux, et indiquant que la psychanalyse ne serait utile que dans un deuxième temps pour établir une unité du Moi. Selon Winnicott (1956, cité par Caïtucoli, 2003, p.45), le placement de ces jeunes dans une institution cadrante est nécessaire « afin de permettre aux enfants de retrouver un environnement porteur et contenant qui leur a fait défaut (...) comme espace transitionnel entre un dedans et le monde extérieur ».

5.2 La réhabilitation

Corbobesse (2012) parle d'un but de réhabilitation sociale, qui lui paraissant réaliste en vue d'une adaptation sociale ou d'une réinsertion socioprofessionnelle minimale. A relever qu'à l'occasion de la rénovation et de l'extension de l'hôpital de Cery⁹, sera créé parmi d'autres nouvelles unités, un établissement de réhabilitation sécurisé (ERS) qui proposera des soins à des adultes placés sous mesures de traitement psychiatrique décidées par la justice. Meloy (2001) note tout de même que « les patients présentant une personnalité antisociale répondent (...) moins bien aux programmes de réhabilitation en cas d'alcoolisme » (p.567), ce qui n'est pas négligeable.

5.3 Les traitements médicamenteux

A ce jour, aucune substance active n'existe spécifiquement pour ce type de trouble. Néanmoins, certains médicaments psychotropes peuvent être prescrits afin de diminuer l'impulsivité, mais nécessitent d'être attentif au risque de dépendance. Corbobesse (2012) relate qu'un neuroleptique prescrit à faibles doses et de manière prolongée peut apporter une stabilité au patient psychopathe. L'étude de Tardiff (1992, cité par Fillieux & Godfroid, 2001) va dans le même sens tout en faisant remarquer qu'aucune étude n'a jusqu'à présent démontré l'efficacité des neuroleptiques dans la prise en charge des patients psychopathes.

Selon quelques auteurs, les benzodiazépines joueraient un rôle important dans la gestion d'actes violents chroniques, avec toutefois un risque de dépendance et de désinhibition des comportements, ce qui implique de rester prudent dans la prescription de ce genre de médicaments (Fillieux & Godfroid, 2001).

Les antidépresseurs sérotoninergiques auraient de leur côté un rôle dans l'impulsivité, atténuant les comportements agressifs et impulsifs présents dans diverses pathologies. Néanmoins, certaines études ont démontré un effet inverse de

⁹ <http://www.chuv.ch/fr/cits/cits-home/poles/pole-de-psychiatrie/>

ce type de médication chez les personnes ayant une dépression avec l'apparition d'idées et comportements suicidaires. Dans ce sens, Fillieux et Godfroid (2001) indiquent que des études plus approfondies mériteraient d'être effectuées afin de mieux cerner le rôle de la sérotonine dans la psychopathie. Toujours concernant les actes violents, le lithium a montré son efficacité quant à leur réduction, mais qui n'est pas démontrée chez les psychopathes.

Enfin, une étude de Dierick et al. (1999, cités dans Fillieux & Godfroid, 2001) a montré un lien entre les comportements agressifs et un taux élevé de testostérone. Cet élément explique que la castration chimique peut être utilisée, même si éthiquement cette pratique est discutée, d'autant plus que selon Fillieux et Godfroid (2001) son efficacité n'aurait à l'heure actuelle pas été réellement prouvée.

6. Conclusion

Le terme de psychopathie, apparu il y a plus d'un siècle, reste très connu et est passé dans le langage commun. Malgré les nouvelles dénominations équivalentes existantes dans la CIM-10 et le DSM-5, on ne peut que constater l'usage fréquent de ce terme bien qu'il ait disparu en tant que tel dans ces deux nomenclatures et qu'il soit inclus dans les critères du trouble de la personnalité dyssociale et antisociale. Cela étant, et pour répondre à l'une des questions de notre problématique, nous pouvons émettre l'hypothèse que la psychopathie et/ou la sociopathie sont comme des « sous-catégories » du trouble de la personnalité dyssociale/antisociale. Comme nous avons pu le montrer dans ce travail, un psychopathe a forcément des comportements antisociaux, mais une personnalité antisociale n'est pas forcément psychopathe, laissant présager que le psychopathe est une sous-catégorie du trouble de la personnalité dyssociale/antisociale et pas l'inverse. Ce dernier pourrait exister indépendamment du premier, alors que tous les psychopathes présenteraient une personnalité antisociale » (Pham, 2013, cité par Blatier, 2014, p.17). D'ailleurs cela rejoindrait l'hypothèse de Meloy (2001) qui différencie lui-même une personne atteinte d'un trouble de la personnalité dyssociale/antisociale ne présentant pas de psychopathie, avec celle qui présente une psychopathie.

A notre question de savoir si la sociopathie et la psychopathie décrivent le même type de trouble ou si elles sont différentes l'une de l'autre, nous avons relevé que quelques auteurs, tels que Birnbaum, Schneider et Lykken différencient les deux termes selon leur étiologie. Selon eux, la sociopathie serait liée à des problèmes engendrés par la société, à un problème développemental ou lié à une absence d'intégration des normes sociétales. Alors que la psychopathie pour Lykken, serait un tempérament inné, indépendamment des aspects sociaux et pour Schneider qui parle de conduite « sociopathe », cette dernière serait un complément à la psychopathie. Toutefois la majeure partie des auteurs cités dans ce travail semblent se rejoindre dans le fait qu'il s'agit du même trouble dont seule la dénomination change du fait d'un désaccord entre les sociologues et les psychologues, chaque groupe de professionnels donnant plus d'importance à leur domaine respectif, sans pour autant écarter l'autre. Comme le dit Dubret (2001), on ne peut être psychopathe seul, on l'est en relation avec un système social. Afin d'éviter toute confusion entre ces termes, nous nous demandons alors si les deux termes

pourraient être assemblés pour n'en former qu'un, sous l'appellation de *psychosociopathie*, s'il n'existe point encore.

Nous pouvons alors nous questionner sur la raison pour laquelle la psychopathie n'a pas une place à part entière ni dans le DSM-5 ni dans la CIM-10. Selon Wilmes (2014), les exigences d'une plus grande précision scientifique de la psychopathie et d'une preuve de l'efficacité des interventions justifieraient son absence des nosographies psychiatriques usuelles, à quoi nous ajoutons que l'aspect changeant de la notion de psychopathie ne plaide pas, selon nous, en faveur de la reconnaissance de la validité de ce concept. Selon Dubret (2001, p.665), ajouter la psychopathie aux nomenclatures pourrait également être un risque « d'alimenter un fourre-tout nosographique commode » et cataloguer ainsi par une connotation péjorative un sujet qui devrait au travers de ce diagnostic en « faire les frais » (Lamothe, cité dans HAS, 2005, p.115). Comme Dubret (2001), Gravier (2013), Lamothe, ainsi que Morel et Mucchielli (cités dans HAS, 2005) l'indiquent, il semble important de faire attention à l'aspect « fourre-tout » du terme de psychopathie. Nous trouvons qu'il serait davantage fructueux, ainsi que le proposent Gravier et Lamothe, de parler d' « indice de psychopathie » lorsqu'on se base sur les résultats obtenus à la PCL-R, plutôt que d'utiliser cette échelle pour établir le diagnostic de psychopathie. D'ailleurs, Meloy (2001) souligne qu'un psychopathe peut avoir un indice de gravité différent d'un autre psychopathe et que les manifestations d'une psychopathie peuvent revêtir des intensités différentes, précisant qu'elle peut être distinguée selon des degrés allant de léger (10-19) à modéré (20-29) puis à grave (30 ou plus) sur l'échelle de Hare (PCL-R). Les variations en terme de degré de sévérité offriraient ainsi un portrait psychopathologique plus nuancé de la personne et des traits psychopathiques qui posent problème dans son fonctionnement adaptatif, Meloy (2001, cité dans Gravier, 2013, p.262) donnant en exemple que « plus la pathologie psychopathique est sévère (...) plus l'on doit s'attendre à ce que la dévaluation agressive d'autrui soit l'attitude choisie (...) pour étayer des vécus de grandiosité ». Enfin, à notre sens, il serait enrichissant de lier la conception qu'a Meloy de la psychopathie envisagée en termes d'indice à la théorie psychodynamique, Lamothe (cité dans HAS, 2005, P.115) soulignant par exemple que l'abord psychodynamique est intéressant en ce qu'il « permet d'éviter la fausse clinique des classifications qui développent une polysémie » de la psychopathie.

Pour notre part, nous pensons que la distinction entre la psychopathie selon Hare et Cleckley *versus* les troubles de la personnalité dyssociale/antisociale des manuels diagnostiques psychiatriques est nécessaire, sans que le terme de psychopathie ne renvoie forcément à une entité diagnostique circonscrite, car nous estimons à la suite de Pham (2013, cité par Blatier, 2014, p.17) que « la psychopathie est définie à partir du noyau affectif et d'éléments de relations interpersonnelles superficielles, tandis que la personnalité antisociale est surtout définie à partir de comportements ». Nous constatons cela avec l'analyse de trois cas de criminels différents les uns des autres mais qui peuvent pourtant être décrits comme étant des psychopathes avec des caractéristiques bien différentes pour chacun. Cette analyse de cas nous a permis d'une part de constater les divergences entre une psychiatrie fondée sur l'examen clinique et une psychiatrie qui se base sur l'évaluation par une méthode actuarielle, et d'autre part de remettre en question le concept de psychopathie en tant qu'entité aux caractéristiques et limites bien définies ainsi que sa position pas forcément établie dans un continuum allant du normal au pathologique. En effet, au travers de l'analyse clinique tirée du cas de Romand nous avons pu montrer qu'il existe des psychopathes qui ne commettent pas de délits (du moins pas judiciairisés durant une partie de leur vie) et qui sont parfaitement intégrés dans la société grâce à leur « masque de normalité ».

D'autre part et parallèlement à ces réflexions et controverses nosologiques à propos de la notion de psychopathie comme diagnostic à part entière et autonome, nous nous sommes demandés si la psychopathie pouvait être considérée comme une pathologie. A ce propos, d'une part Chartier (2007, p.62) mentionne que l'étymologie – celui qui souffre de sa psyché – vient appuyer la dimension de souffrance, et d'autre part la psychopathie n'est pas totalement absente des classifications internationales en ce qu'elle est une équivalence des troubles de la personnalité dyssociale et antisociale. Par extension, nous pourrions nous demander si les critères pour conclure à une psychopathie suffisent à considérer cette entité comme entrant dans le cadre d'une maladie mentale, pour autant que l'on puisse être d'accord sur ce qu'est une maladie mentale. En effet, les critères de la psychopathie sont évalués par des aspects sociaux et pénaux, notamment avec des passages à l'acte contre autrui et contre les règles sociales. Ainsi, les conduites psychopathiques sont décrites, en partie, par les conduites antisociales. La psychopathie serait alors, selon nous, à cheval sur la criminologie et la sociologie dans le sens que les troubles du comportement liés à ce trouble sont dirigés envers la société, qu'ils manquent de moralité, etc. On peut d'ailleurs trouver une similarité

entre la notion de psychopathie qui est un champ d'études dont le périmètre peut englober différentes disciplines et la criminologie dont le statut en tant que corpus autonome n'est pas franchement défini et est matière à contestations, se retrouvant au carrefour du droit pénal, de la sociologie, de la biologie et de la psychiatrie, comme la psychopathie.

En ce qui concerne les facteurs étiologiques de ce trouble, nous émettons l'hypothèse que les théories psychologiques de modèle psychanalytique peuvent être liées aux théories développementales. En effet, les théories de l'attachement et les remaniements à l'adolescence rejoignent les déficits du narcissisme et du *Surmoi* postulés par les auteurs d'orientation psychanalytique, et qui conduisent le psychopathe à avoir recours à des actes agressifs. Les mécanismes de défense utilisés par le psychopathe, tels que le clivage de l'objet et le déni s'inscriraient dans le cadre d'une angoisse de perte d'objet, que nous supposons justement liés à des carences affectives pendant la prime enfance. Certains auteurs postulent que les aménagements état limites n'empêchent pas une possibilité de dérapage psychotique. Concernant les facteurs neuropsychologiques, de nombreux chercheurs ont relevé un déficit du cortex préfrontal, de l'amygdale et de l'hippocampe. Beaucoup des données empiriques que nous avons pu citer n'indiquent pas de dysfonctions claires liées aux problématiques de la psychopathie, mais plutôt des différences statistiques, telles qu'une « intensité de ses émotions inférieure à la moyenne, ses aptitudes à reconnaître certaines expressions faciales paraissent affaiblies, ses raisonnements moraux semblent moins performants (...). Les travaux de Blair, centrés sur le système amygdalien et les déficiences relatives aux apprentissages émotionnels du psychopathe, sont peut-être plus proches de la définition d'une véritable dysfonction » (Wilmes, 2014, pp.10-11). Ces recherches sont une réelle avancée et pourraient, à terme, aider à expliquer les causes sous-jacentes à la symptomatologie du psychopathe. Néanmoins, elles ne nous paraissent encore pas suffisamment contributives. Il en va de même selon nous pour les facteurs biologiques et génétiques qui nous semblent encore peu approfondis.

Les facteurs développementaux sont peut-être, à l'heure actuelle, les plus contributifs à une explication du comportement psychopathique à l'âge adulte et, dans ce sens, pourraient être précieux en terme de prévention. L'approche développementale de la psychopathie « décrit des trajectoires de l'enfance à l'âge adulte qui se révèlent utiles pour la prévention des conduites sociales. (...) mieux

comprendre pour mieux prévenir » (Blatier, 2014, p.X). Parler en terme de développement infantile nous amène à l'une de nos questions posées dans notre problématique, à savoir s'il est possible de parler de souffrance pendant la prime enfance, alors que les psychopathes adultes sont décrits comme dénués d'empathie selon les critères définissant la psychopathie, donc ne reconnaissant pas la souffrance d'autrui d'un point de vue émotionnel (et non uniquement cognitif comme nous avons pu le constater). Nous supposons que des sentiments de souffrance existent réellement pendant l'enfance du futur psychopathe mais qu'elle n'a pas été reconnue par les parents (ou autre figure d'attachement) à une certaine période de son développement. Ces éléments conduiraient ainsi à des mécanismes de défense véhiculés par l'agir pour ne pas sombrer dans un vide intérieur et surtout dans un vécu abandonnique. Concernant l'empathie, nous avons tenté de mettre en évidence qu'il s'agit d'une faculté que chaque individu possède pour se représenter le vécu d'autrui au niveau émotionnel et/ou cognitif. Le psychopathe quant à lui pourrait comprendre les émotions d'un point de vue cognitif mais sans réussir à les ressentir, donc sans traduction émotionnelle. L'absence d'empathie décrite comme caractéristique chez les psychopathes serait-elle alors mal définie ou devrait-elle être précisée ? Et faudrait-il parler plutôt de manque de sympathie comme nous avons pu le voir plus haut, avec le handicap que cela nécessiterait de revoir et revisiter les critères de Hare et Cleckley pour une définition plus représentative de ce trouble ?

Pour répondre à la question de savoir si un acte criminel pourrait être compris dans l'un ou l'autre des facteurs à l'origine de la psychopathie, nous retiendrons De Greef (1931, cité dans Blatier, 2014, p.8) pour qui l'injustice subie par une personnalité criminelle au sens général du terme pourrait « justifier » son acte criminel. Et Gassin (2003, cité dans Blatier, 2014, p.8) ajoute que ce sentiment d'injustice aide un criminel à passer à l'acte sans culpabilité. Mais en dépit de la volonté manifestée par une partie de la société à comprendre pourquoi le psychopathe criminel agit de la sorte, malgré les raisons « moralement bonnes qui s'y opposaient, il ne saurait répondre de ses fautes par l'excuse, la justification ou la confession » (Wilmes, 2014, p.9).

Donc, si nous remarquons un véritable effort des auteurs pour trouver une étiologie de la psychopathie, pour l'instant les succès ne sont que partiels. Peut-être s'agirait-il de ne pas considérer les facteurs comme mutuellement exclusifs mais de les combiner dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale ? Nous commençons à

entrevoir la richesse qui réside, dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie à combiner les explications émanant de différents domaines et disciplines et d'envisager les pathologies sous leurs différents aspects dans le cadre d'une approche multifactorielle. Celle-ci s'est par exemple révélée féconde pour mieux comprendre et de manière plus complète la schizophrénie, et ainsi en permettre une meilleure prise en charge.

Quant à la prise en charge des psychopathes, « l'absence de traitement spécifique découle en partie de notre ignorance quant à l'étiologie de la psychopathie », disent Fillieux et Godfroid (2001, p.291). Nous avons cependant remarqué qu'il existe différents traitements psychothérapeutiques et médicamenteux donnés en milieu carcéral, sans que l'un ou l'autre ne soit en effet spécifique à la psychopathie. Dans ce cadre, nous avons noté que les thérapies cognitivo-comportementales semblent être une solution adéquate et temporaire à la gestion de comportements violents et à l'impulsivité. Le modèle de la réhabilitation sociale semble également être une bonne option à des fins de réinsertion sociale. Dans ce sens, certains auteurs proposent justement de se pencher sur des accompagnements socio-éducatifs en y ajoutant même une guidance sociale dans le milieu carcéral pour des délinquants psychopathes (Archer, 2001). A retenir encore qu'il semble apparemment exister, selon Majois et al. (2011), indépendamment de toute prise en charge, une diminution des conduites délictueuses chez les psychopathes au fil de l'âge, mais celle-ci serait liée à leur comportement antisocial uniquement, la tendance manipulateur et la froideur émotionnelle de ces derniers demeurant. Cette explication de la psychopathie qui se voit moins à un âge avancé s'explique par le manque de recherche les concernant. Aussi, et selon Lamothe (cité dans HAS, 2005, p.116), « le psychopathe s'est calmé par un épuisement pulsionnel et finalement par apprentissage relationnel et cognitif, soit il est mort ».

Il convient encore de ne pas oublier de prendre en considération que ces prises en charge se heurtent à diverses contraintes médico-légales lors de leur application, telles que l'absence de demande de soins par la personne et l'injonction judiciaire à un traitement, les spécificités d'un suivi se déroulant dans le milieu carcéral qui lui-même peut être pathogène, les modalités liées à la relation du thérapeute et à sa contre-attitude avec un patient qui est un détenu auteur d'actes de délinquance et chez qui sont présentes des carences des capacités de mentalisation et d'élaboration. Par ailleurs, peu importe que les thérapeutes exerçant en institution pénitentiaire cherchent un soin particulier pour ces personnalités déviantes qui deviennent leurs

patients, l'enjeu principal sur le plan de l'opinion publique et surtout politique est d'abord de protéger la société de ces sujets potentiellement dangereux (Dubret, 2001). De plus, celui qui pose le diagnostic de psychopathie se retrouve confronté à d'importantes responsabilités puisque « l'étiquette de la psychopathie collera définitivement à la peau de celui qui la porte, que le diagnostic ait été correctement posé ou non ! » (Leistedt & al., 2009, p.580). Il peut donc s'agir d'un acte lourd de conséquences au niveau pénal, pouvant être puni jusqu'à la peine de mort dans certains pays.

Certains auteurs sont plus réservés que d'autres, à l'image de Leistedt et al., (2009, p.585) qui estiment que « puisque ce trouble semble résistant à toute forme de thérapie, le bon sens clinique (...) invite à identifier les signes précurseurs de la psychopathie afin d'y remédier sur le plan thérapeutique ». Certaines études suggèrent que les enfants présentant des troubles des conduites et une hyperactivité auraient des risques d'évoluer vers des attitudes antisociales à l'adolescence ou à l'âge adulte (Miller & al., 2008, cités dans Leistedt & al., 2009). Selon certaines données de Tardiff (1992, cité dans Fillieux & Godfroid, 2001), il semblerait que 26% des enfants ayant été diagnostiqués avec un trouble des conduites deviendraient à l'âge adulte des personnalités antisociales. Chartier (2007) fait part de son expérience avec un jeune psychopathe, allant dans le sens qu'un suivi précoce et de longue durée, surtout avec une technique de thérapie de l'agir contre-transférentiel, est un espoir.

En conclusion, il semble important, pour nous, de souligner qu'un dépistage précoce de troubles sévères du comportement survenant pendant l'enfance pourrait être le « meilleur moyen de prédire le développement et l'évolution chez l'adulte d'un trouble psychopathique » (Black & al., 1997, cités dans Fillieux & Godfroid, 2001, p.291). En effet, et selon l'adage « prévenir vaut mieux que guérir », il nous semble important de suivre la piste d'un repérage précoce des symptômes pouvant être significatifs, d'autant plus s'agissant de la psychopathie pour laquelle l'efficacité des traitements, ainsi que la notion de guérison, semblent encore incertaines. Ce qui rejoint l'idée de Leistedt et al. (2009, p.586), selon laquelle de futures recherches devraient se pencher sur les signes précurseurs de la psychopathie présentés par certains jeunes pour ainsi développer une prise en charge adéquate de ces derniers avant qu'ils ne soient en voie de « psychopathisation ».

7. Bibliographie

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Archer, E. (2001). Quelques réflexions sur la prise en charge des psychopathes incarcérés. *L'Évolution psychiatrique*, 66(4), 669-677.
- Balier, C. (2005). II–Psychopathie. In *La violence en abyme*, 141-157. Presses Universitaires de France.
- Balier, C. (2002). *Psychanalyse des comportements violents*. Presses universitaires de France.
- Barthassat, J., & Gentaz, E. (2013). Le développement de l'empathie au cours de l'enfance: le point de vue psychologique. *Médecine et enfance*, 356-359.
- Bataille, G. (1977). *Le procès de Gilles de Rais*. Fayard/Pauvert.
- Belgacem, D. (2009). Le développement moral. *Les Cahiers Dynamiques*, (3), 29-33.
- Bentham, A. A. (2014). *Empathy for the devil: The poetics of identification in psychopath fiction* (Doctoral dissertation, University of Salford).
- Bergeret, J. (1970). Les états limites. *Rev Fr Psychanal*, 34, 601-633.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique* (p. 1996). Paris: Dunod.
- Bergeret, J., & Reid, W. (1986). *Narcissisme et états-limites*. Paris: Dunod.
- Blair, R. J. R. (2007). The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. *Trends in cognitive sciences*, 11(9), 387-392.
- Blatier, C. (2014). *Les personnalités criminelles: évaluation et prévention*. Dunod.
- Bourdin, D. (2004). L'affaire Romand : le narcissisme criminel. Approche psychologique. *Disponible sur : <http://www.spp.asso.fr>*.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, volume 3: loss; sadness and depression*.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2*.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (vol. 1)*.
- Cañucoli, D. (2003). Winnicott: voler, détruire, l'appel au secours de la tendance antisociale. *Le Coq-héron*, (2), 31-48.
- Capote, T. (1966). *De sang-froid*. Gallimard.

- Capvert, C. (1996). Un monstre pour ses amis, un demi-fou pour les psy. *Disponible sur : <https://www.humanite.fr/node/134559>*.
- Carrère, E. (2000). *L'adversaire*. POL éditeur.
- Carveth, D. (2007). Degrees of Psychopathy vs. "The Psychopath." *Comments on]. Reid Meloy's "A psychoanalytic view of the psychopath."* [Presented at the 18th Annual Day in Psychoanalysis, Toronto.
- Chartier, J. P. (2007). Peut-on guérir le psychopathe?. *Topique*, (2), 61-78.
- Chartier, J. P. (2003). Psychopathes ou pervers: le faux débat. *J Psychol*, 211, 27-30.
- Cleckley, H. (1941). The mask of sanity; an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality.
- Coid, J. W., Ullrich, S., & Kallis, C. (2013). Predicting future violence among individuals with psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 203(5), 387-388.
- Corbobesse, E. (2012). Chapitre 43. Psychopathie. In *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, 791-804. Presses Universitaires de France.
- Decety, J. (2010). Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Revue de neuropsychologie*, 2(2), 133-144.
- Dubret, G. (2001). Quel cadre de soin pour les psychopathes?. *L'Évolution psychiatrique*, 66(4), 665-668.
- Dufresne, D. (1996). Cinq vies rayées pour effacer une double vie. *Disponible sur : www.liberation.fr*.
- Dutton, K. (2012). *The wisdom of psychopaths: Lessons in life from saints, spies and serial killers*. Random House.
- Englebert, J. (2013). Quelques éléments en faveur d'une réflexion psychopathologique sur la psychopathie: première partie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 171, No. 3, 141-146. Elsevier Masson.
- Englebert, J. (2013). Quelques éléments en faveur d'une réflexion psychopathologique sur la psychopathie: seconde partie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 171, No. 3, 147-153. Elsevier Masson.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *THE LANCET*, 359, 545-50.

- Fillieux, T., & Godfroid, I. O. (2001). Le point sur le traitement des psychopathes. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 159, No. 4, 285-293. Elsevier Masson.
- Giffard, B., & Lechevalier, B. (2006). Neurosciences et affects. *Champ psychosomatique*, (1), 11-27.
- Gravier, B., Moulin, V., & Senon, J. L. (2012). L'évaluation actuarielle de la dangerosité: impasses éthiques et dérives sociétales. *L'information psychiatrique*, 88(8), 599-604.
- Gravier B. (2013). Chapitre 39. Violences et psychopathologie. In *Psychiatrie légale et criminologie clinique*, 257-264. Elsevier Masson.
- Haesevoets, Y. H. L. (2011). L'analyse psychologique du mensonge chez l'enfant: un défi pour l'expertise psycholégale de crédibilité. *Enfances & Psy*, (4), 87-99.
- Hare, R.D. and Neumann, C.S. (2006). The PCL-R assessment of psychopathy: development, structural properties, and new directions. In *Handbook of Psychopathy* (Patrick, C.J., ed.), 58– 90, The Guildford Press
- Holzer, L., Halfon, O., & Thoua, V. (2011). La maturation cérébrale à l'adolescence. *Archives de pédiatrie*, 18(5), 579-588.
- Larousse, É. (2016). Larousse. fr: encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne. *Disponible sur: <http://www.larousse.fr>*.
- Leistedt, S. J. J., Braun, S., Coumans, N., & Linkowski, P. (2009). La psychopathie: depuis "The Mask of Sanity" aux neurosciences sociales. *Revue médicale de Bruxelles*, 30(6), 577.
- Leistedt, S. J., & Linkowski, P. (2014). Psychopathy and the cinema: fact or fiction?. *Journal of forensic sciences*, 59(1), 167-174.
- Lucas, G. (2006). Relation d'objet et psychanalyse de l'enfant. *Revue française de psychanalyse*, 70(5), 1435-1473.
- Maibom, H. L., Harold, J., & Hugon, J. C. (2010). Sans goût: l'art et le psychopathe. *Nouvelle revue d'esthétique*, (2), 151-163.
- Majois, V., Saloppé, X., Ducro, C., & Pham, T. H. (2011). Psychopathie et son évaluation. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie*, 37-320.
- Maleval, J. C. (1986). Les meurtres immotivés ne sont pas sans causes. *Synapse*, 28, 101-123.
- McMurrin, M., & Theodosi, E. (2007). Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment?. *Psychology, Crime & Law*, 13(4), 333-343.

- Meloy, J. R. (2001). Entre le personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *L'Evolution psychiatrique*, 66(4), 563-586.
- Merceron, C., Perron, F., Rossel, F., & Viloux, D. (1978). Du vécu des personnalités dites psychopathiques à travers le Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 339(32), 283-289.
- Merceron, C., Ponce, L., & Rossel, F. (1983). Aménagement particulier des états-limites: les troubles du comportement à caractère délictueux. *Psychologie française*.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mormont, C. (1990). La personnalité perverse. *Acta Psychiatrica Belgica*, 90(5-6), 278-88.
- Moyano, O. (2007). Prendre en charge la psychopathie. *Les Cahiers Dynamiques*, (1), 80-83.
- Narme, P., Mouras, H., Loas, G., Krystkowiak, P., Roussel, M., Boucart, M., & Godefroy, O. (2010). Vers une approche neuropsychologique de l'empathie. *Revue de neuropsychologie*, 2(4), 292-298.
- Ochner, B. (2003). Le serial killer-Un nouveau héros populaire et médiatique?. *Ull critic, L'*, (8), 247-261.
- Paquette, E. (2010). Des pensées criminelles et des traits de personnalité de fraudeurs incarcérés, sous l'angle de la psychopathie.
- Pemment, J. (2013). Psychopathy versus sociopathy: Why the distinction has become crucial. *Aggression and Violent Behavior*, 18(5), 458-461.
- Pham, T. H., Chevrier, I., Nioche, A., Ducro, C., & Réveillère, C. (2005). Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 163, No. 10, 878-881. Elsevier Masson.
- Piaget, J. (1973). Le jugement moral chez l'enfant.
- Porot, A. (1969). Manuel de psychiatrie clinique et thérapeutique.
- Postel, J., & Postel, M. (1988). Esquirol et la monomanie homicide. *Histoire des sciences médicales*, 22(2), 181-186.
- Racamier, P. C. (1987). De la perversion narcissique. *Gruppo. Revue de psychanalyse groupale*, n° 3, 11-27.
- Racamier, P. C. (1986). Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique. *Revue française de psychanalyse*, 50(5), 1299-1309.

- de la Santé, H. A. (2005). Prise en charge de la psychopathie. *site Internet de la has* (www.has-santé.fr).
- de la Santé, O. M. (1993). CIM-10. *Classification internationale des troubles mentaux et du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*. Genève: Division de la Santé Mentale.
- Schulz, P. (2016). *Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10* (Vol. 3). De Boeck Supérieur.
- Senon, J. L. (2013). de santé sur la psychopathie. *Troubles de la personnalité: Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, 22.
- Settelen, D. (2016). L'expert qui a fait juger Jean-Claude Romand. *Disponible sur : <http://www.revuesangfroid.fr/>*.
- Silverthorn, P. and Frick, P.J. (1999) Developmental pathways to antisocial behavior: the delayed-onset pathway in girls. *Dev. Psychopathol.* 11, 101-126.
- Skeem, J. L., Polaschek, D. L., Patrick, C. J., & Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 12(3), 95-162.
- Tarquis, N. (2006). Hypothèses neurobiologiques concernant les liens entre psychopathie et maltraitance infantile. *L'Encéphale*, 32(3), 377-384.
- Urfer, F. M., Achim, J., Terradas, M. M., & Ensink, K. (2014). Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques: perspectives théorique et clinique. *Devenir*, 26(3), 227-251.
- Vergnes, Ph. (2015). Lie to me (suite) : De mythomanie en perversion narcissique. *Disponible sur <https://perversionnarcissiqueetpsychopathie.com> (consulté le 26/06/2018)*.
- Widlöcher, D. (2005). Narcissisme et identification. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, (1), 77-89.
- Wilmes, A. (2014). Le concept de psychopathie est-il cohérent ? Bases cérébrales et responsabilité morale. *PSN*, 12(1), 31-49.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Vol. 1969, 285-291. Payot Paris.
- Zagury, D. (2001). Du malaise psychopathique dans la civilisation au tueur en série. *L'Evolution psychiatrique*, 66(4), 587-601.

8. Annexes

Annexe 1 – Tableau de comparaison entre le DSM-5 et la CIM-10

| Trouble de la personnalité antisociale | Trouble de la personnalité dyssociale |
|--|--|
| 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 : | (b) Une attitudes irresponsable manifeste et persistante, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales |
| 1. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation | |
| 2. Tendance à tromper pour un profit personnel ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries | (f) Une tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société |
| 3. Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance | |
| 4. Irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarres ou d'agressions | (d) Une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de la violence |
| 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 | (a) Une indifférence froide envers les sentiments d'autrui |
| | (e) Une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions |
| | (c) Une incapacité à maintenir durablement des relations, alors même qu'il n'existe pas de difficultés à établir des relations |
| B. Âge au moins égal à 18 ans | Le trouble peut s'accompagner d'une irritabilité persistante. La présence d'un trouble des conduites pendant l'enfance ou l'adolescence renforce le diagnostic, mais un tel trouble n'est pas toujours retrouvé. |
| C. Manifestations 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 trouble bipolaire | |

Annexe 2 – Tableau psychogénétique

| | | Stades | Instance et conflit | Angoisse | Relation | | Imagos |
|------|---|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--|---|
| 30 % | N N | général | SURMOI / ÇA | castration | génitale | culpabilité | différenciées rôles différenciés et complémentaires |
| 40 % | E "névrose" d'abandon L "névrose" d'échec S faux-self u personnalité narcissique p masochisme "moral" | narcissique phallique | Idéal du MOI / réalité / ÇA | perte d'objet préserver | anaclitique miroir étayage | honte (au niveau de la représentation) | "père" = prolongement |
| | -----névrose de caractère----- E perversions (narcissiques, masochiques, alimentaires etc...) L I n pathologie du caractère f psychopathe | anal | MOI idéal / réalité / ÇA | narcissisme / toute-puissance | fétichisme emprise utilitaire | honte (au niveau concret physique) | narcissique de la "mère" |
| 30 % | Prépsychose / caract. psychotique P s (psychose maniaque) y paranoïa c schizo-paranoïa h schizo paranoïde o schizo simple t hétérophrénie i psychose infantile (autisme?) q u e s | oral | ÇA / réalité | morcellement anéantissement | symbiotique fusionnelle | persécution fatalité (destinée) | indifférenciées combinées |

Annexe 3 – Dick et Perry : Déroulement des faits

Dick et Perry, les deux protagonistes aux antécédents de délinquance, se sont rencontrés en prison et en sont sorti en 1959 à quelques mois d'intervalle. Dick eut l'idée, pendant son emprisonnement, de cambrioler les Clutter après que son compagnon de cellule lui avait vanté la richesse de cette famille dont l'argent se trouverait dans un coffre-fort situé dans le bureau de M. Clutter. Dick écrit alors à Perry afin de lui faire part de son plan et de lui proposer de l'accompagner dans ce cambriolage, et après la seconde lettre Perry accepte de le revoir. Quelques temps plus tard, les deux hommes se retrouvent et prennent la route pour le Kansas avec un fusil, un couteau et une lampe de poche emportés par Dick. Ce dernier n'avait qu'une condition : « pas de témoins » et qu'il fallait être « prêt à tuer » pour que le plan fonctionne (Capote, 1966, pp.346-347).

Le 14 novembre 1959, Dick et Perry se rendent dans la maison des Clutter et se dirigent directement dans le bureau du propriétaire afin de voler les biens dans le coffre-fort mais ne le trouve pas. Après cet échec, Dick décide de réveiller M. Clutter et de le menacer au moyen de son couteau dans le but qu'il lui dise où se trouve son coffre-fort qui en fait n'existait pas. Ils passent quelques heures à fouiller chacun leur tour la maison pour trouver d'autres choses à dérober tout en ligotant chaque membre de la famille, M. Clutter et son fils à la cave, la fille dans sa chambre et Mme Clutter dans la salle de bain. Au terme d'une fouille acharnée, les deux délinquants se retrouvèrent à la cave, Dick pointant le fusil de son père sur M. Clutter mais sans parvenir à tirer. Perry, perdant semble-t-il patience, trancha alors la gorge de M. Clutter puis prit le fusil des mains de Dick et tira dans la tête de M. Clutter puis dans celle de son fils. Ensuite, ils montèrent à l'étage et Perry tua la fille et la femme de M. Clutter tandis que Dick ramassait les douilles.

Finalement, le butin de leur cambriolage se soldera par un gain minime de 40 dollars et par le vol d'une paire de jumelles et d'une station radio, objets que Perry trouvait beaux. Les deux complices ont ensuite beaucoup roulé de ville en ville pour partir le plus loin possible, établissant de faux chèques pour acheter de quoi se nourrir. C'est finalement un ancien compagnon de cellule, entendant à la radio l'histoire tragique des Clutter, qui pensa de suite à Dick et Perry. Une récompense étant promise à quiconque donnerait des informations sur ce quadruple meurtre, il les dénonça. La police se mis alors à leur recherche, alla d'abord à leur domicile, trouva le fusil correspondant aux meurtres des Clutter dans la maison de famille de Dick et interrogea la famille.

Dick et Perry se sont fait attraper par la police le 30 décembre 1959 à Las Vegas grâce au vendeur d'une station-service qui avait porté plainte contre eux pour des faux chèques et qui avait relevé les plaques d'immatriculation. Lors de leurs interrogatoires respectifs, il apparut que Perry et Dick pensaient qu'ils étaient arrêtés pour les faux chèques, confusion dont la police profita pour ne pas les détromper, sachant que les policiers ne disposaient pas de suffisamment de preuves pour les incriminer pour le meurtre de la famille Clutter, à part deux empreintes de chaussures bien précises, le calibre du fusil et le témoignage du compagnon de cellule. Après de longues heures d'interrogatoires et l'introduction de questions à propos des meurtres, c'est Dick qui a cédé le premier en admettant avoir voulu voler de l'argent mais en niant avoir commis une telle horreur et en indiquant que c'était Perry qui avait tué la famille entière. S'agissant du mobile, les deux indiquèrent qu'ils avaient décidé de faire ce cambriolage sans laisser de témoins. Dans un premier temps, Perry avoua uniquement le meurtre des deux hommes, rejetant celui des deux femmes en accusant Dick. Il a fini par avouer tous les meurtres avant de signer sa déposition mais alors qu'il était déjà incarcéré. Dick a par ailleurs indiqué plus tard au psychiatre qu'il savait, en allant cambrioler la famille Clutter, qu'il y avait une jeune fille, et que cette présence l'avait également motivé, en plus de trouver de l'argent.

Après être passés au tribunal avec chacun un avocat commis d'office et avoir été expertisés par un psychiatre, lequel a été limité dans ses réponses durant les débats oraux au tribunal par la règle en vigueur et dont le rapport écrit n'a pas été pris en compte pendant le procès, le jury a prononcé « la peine de mort » pour tous les deux, après un discours manifestement moralisateur de la part du juge qui semblait avoir un avis définitif sur l'affaire. Un peu moins de 6 ans plus tard, ils furent pendus, Perry à 36 ans et Dick à 33 ans.

Annexe 4 – Expertise psychiatrique de Dick

Par le Dr Jones (Capote, 1966, pp.435-437).

« Richard Hickock est d'une intelligence supérieure à la moyenne, saisit facilement les idées neuves et possède un fonds de connaissances étendu. Il a l'esprit éveillé à ce qui se passe autour de lui, et il ne montre aucun signe de confusion mentale ou de désorientation. Sa pensée est bien ordonnée et logique, et il semble avoir une bonne prise sur le réel. Bien que je n'aie pas trouvé les signes habituels de lésion cérébrale organique – perte de mémoire, déficience dans la structuration perceptive, affaiblissement intellectuel – ceci ne saurait être complètement écarté. Il a subi de graves blessures à la tête accompagnées d'une commotion cérébrale et d'un évanouissement de plusieurs heures en 1950 – j'ai vérifié la chose en examinant les registres de l'hôpital. Il dit qu'il a eu des syncopes, des périodes d'amnésie et des migraines depuis cette époque, et une importante partie de son comportement antisocial s'est produite depuis lors. Il n'a jamais subi les examens médicaux qui prouveraient définitivement l'existence ou l'inexistence d'un résidu de lésion cérébrale. Des examens médicaux définitifs sont donc indiqués avant que l'on puisse parler d'une expertise complète... Hickock donne effectivement des signes d'anomalie émotive. La démonstration la plus nette de ce fait est peut-être qu'il savait ce qu'il faisait et qu'il a néanmoins continué à le faire. C'est une personne qui agit impulsivement, susceptible de faire des choses sans penser aux conséquences ou à l'inconfort éventuel qui en semble pas être capable de tirer parti de son expérience, et il offre un exemple inhabituel de périodes intermittentes d'activité féconde suivies d'actes de manifestation irresponsables... Il ne peut tolérer le moindre sentiment de frustration comme peut le faire une personne plus normale, et il ne lui est pas facile de se débarrasser de ses sentiments sauf par une activité antisociale... Il se tient en très piètre estime, et il se sent secrètement inférieur aux autres et sexuellement insuffisant. Ces sentiments semblent être grandement compensés par des rêves de richesse et de puissance, une tendance à se vanter de ses exploits, des excès de prodigalité quand il a de l'argent, et une insatisfaction du seul avancement normal et lent qu'il peut attendre de son emploi... Il est mal à l'aise dans ses rapports avec les autres et il souffre d'une impuissance pathologique à former et à garder des attaches personnelles durables. Bien qu'il déclare obéir aux normes morales habituelles, il semble manifestement peu influencé par elles dans ses actes. Pour récapituler, il présente des signes assez

caractéristiques de ce qu'on pourrait appeler en psychiatrie un sérieux désordre caractériel. Il est important que des mesures soient prises pour éliminer la possibilité d'une lésion cérébrale organique, puisque, si cette dernière existait, elle aurait pu influencer de manière non négligeable son comportement au cours de plusieurs années passées et au moment du crime ».

Annexe 5 – Expertise psychiatrique de Perry

Par le Dr Jones (Capote, 1966, pp.439-441).

« Perry Smith présente des signes définitifs de grave maladie mentale. D'après son récit, que confirment des extraits des archives de la prison, son enfance a été marquée par la brutalité et le manque d'intérêt dont ont fait preuve son père et sa mère. Il semble avoir grandi sans direction, sans amour et sans avoir jamais acquis le sens réel des valeurs morales... Il est bien orienté, extrêmement éveillé à tout ce qui se passe autour de lui et ne montre pas de signes de confusion. Il est d'une intelligence supérieure à la moyenne et possède des connaissances assez étendues, compte tenu du peu d'instruction qu'il a reçu... Deux traits constitutifs de sa personnalité apparaissent particulièrement pathologiques. Le premier est son attitude paranoïaque envers le monde. Il soupçonne les autres et de méfie d'eux ; il a tendance à croire que les autres agissent contre lui, qu'ils sont injustes à son égard et ne le comprennent pas. Il est hypersensible aux critiques que les autres lui adressent et ne peut supporter d'être ridiculisé. Il voit facilement un affront ou une insulte dans ce que disent les autres, et peut fréquemment mal interpréter des paroles bien intentionnées. Il ressent un grand besoin d'amitié et de compréhension, mais il hésite à se confier aux autres, et, quand il le fait, il s'attend à être incompris ou même trahi. En estimant les intentions et les sentiments des autres, il arrive très difficilement à séparer la situation réelle de ses propres projections mentales. Il lui arrive souvent de mettre tous les gens dans le même sac, croyant qu'ils sont hypocrites, hostiles et qu'ils méritent tout ce qu'il peut leur faire. Le deuxième trait est apparenté au premier : une rage constante et difficilement maîtrisée, facilement déclenchée par tout sentiment d'être dupé, humilié ou considéré inférieur. La plupart du temps, dans le passé, ses emportements ont été dirigés contre les représentants de l'autorité : père, frère, adjudant, officier de remise en liberté conditionnelle, et ont abouti à un comportement violemment agressif à plusieurs reprises. Ses proches ainsi que lui-même se sont rendu compte de ces rages, dont il dit qu'elles « montent en lui », et du peu de contrôle qu'il exerce sur elles. Lorsque sa colère se retourne contre lui-même, elle amène des idées de suicide. La violence démesurée de sa colère et son impuissance à la maîtriser ou à la canaliser reflètent une faiblesse essentielle dans la structure de sa personnalité... En plus de ces traits, le sujet présente des signes modérés mais précoces de désordre dans le cheminement de sa pensée. Il a beaucoup de difficultés à organiser sa pensée ; il

semble incapable d'en faire le tour ou de la résumer, se laissant entraîner dans les détails et s'y perdant parfois ; une partie de sa pensée reflète une qualité « magique », un mépris réel... Il a eu peur de liens affectifs étroits avec d'autres personnes, et ils se sont avérés incapables de résister à des crises mineures. Il a peu d'égards pour les autres, à l'exception d'un cercle d'amis très restreint, et il attache peu d'importance réelle à la vie humaine. Ce détachement émotif et cette douceur dans certains domaines sont une autre preuve de son anomalie mentale. Un examen plus approfondi serait nécessaire pour arriver à un diagnostic psychiatrique exact, mais la structure actuelle de sa personnalité est très voisine d'une réaction paranoïaque et schizophrénique ».

Annexe 6 – Romand : Déroulement des faits

Carrère (2000), après être entré en relation avec Jean-Claude Romand pendant sa détention, a écrit un ouvrage retraçant la double vie que Romand a menée pendant 18 ans en bernant sa famille et ses amis, notamment en se faisant passer pour un médecin haut placé au sein de l’OMS, et ce alors qu’il était sans travail et sans diplôme de médecine. Pour subvenir aux besoins de sa famille et pour maintenir un train de vie correspondant à ce qu’il prétendait être, Romand a trompé son entourage en prétendant pouvoir placer de manière fructueuse de l’argent en Suisse et « emprunta », ou plutôt extorqua, de l’argent à ses proches. Il les escroquera aussi en vendant des médicaments prétendument miracles contre le cancer. Ses journées de « travail », Romand les passait dans un parking près du lac Léman ou dans des cafés, du moment que l’endroit était le plus loin possible de son domicile de France, et il lisait des ouvrages spécialisés. Il dira lors de son procès qu’il a menti à propos de ses études pour ne pas décevoir ses proches ou « par péché d’orgueil (...) c’est le début de mon imposture. Je ne pouvais pas imaginer jusqu’où elle m’entraînerait » (Dufresne, 1996). Il semble qu’au moment du drame, ses proches étaient sur le point de découvrir la vérité sur sa supercherie et qu’il avait épuisé tout l’argent dont il disposait. Acculé, Romand prit alors une semaine pour préparer les meurtres de sa famille ainsi que le sien. Il assassina sa femme Florence en lui fracturant le crâne au moyen d’un rouleau à pâtisserie, puis ses enfants, Caroline et Antoine, âgés de 7 et 5 ans avec une arme à feu munie d’un silencieux. Après la tuerie, Romand range la maison, sort acheter des journaux et passe l’après-midi à regarder la télévision. Le lendemain, il tue ses parents après avoir mangé avec eux, avec la même arme, ainsi que leur chien car il pensait « qu’il fallait que Caroline l’ait avec elle. Elle l’adorait » (Carrère, 2000, p.167). Il rejoint ensuite sa maîtresse à Paris, donc à plus de 400 km environ de chez lui, pour l’emmener manger chez Bernard Kouchner qu’il dit connaître et tente de la tuer en l’étranglant, mais il lui laissera finalement la vie sauve et prétextera avoir une maladie mentale grave pour se justifier auprès d’elle. Il retourne chez lui, commence à mettre le feu à sa maison pendant la nuit et décide d’avaler des comprimés périmés. L’incendie s’est propagé à l’heure habituelle du passage des éboueurs dans son quartier, qui appellent les pompiers. Romand, qui avait ouvert la fenêtre de sa chambre car il n’arrivait plus à respirer, est remarqué par les pompiers et est alors sauvé en premier. Il a été transporté à l’hôpital de Genève dans le coma et les gendarmes découvriront dans sa BMW de location le message qu’il avait écrit de sa main : « Un banal accident et une injustice peuvent provoquer la folie. Pardon Corinne, pardon mes amis,

pardon aux braves gens de l'association Saint-Vincent qui voulaient me casser la gueule » (Carrère, 2000, p.21).

Annexe 7 – Romand : Expertise et éléments anamnestiques

Six experts psychiatres analysèrent le cas Romand et les deux derniers, Settelen et Toutenu, relatent que « l'examen psychiatrique concernant Monsieur Jean-Claude Romand met en évidence une pathologie narcissique grave avec mythomanie, froideur affective, investissement massif des apparences au détriment de la profondeur. Cette pathologie narcissique est particulièrement invalidante en ce sens que, corrélativement, elle empêche une prise en compte de la différence entre soi et l'autre, et empêche d'appréhender l'autre dans son originalité et sa différence. Dans l'affaire actuelle et à un certain niveau archaïque de fonctionnement, Jean-Claude Romand ne faisait plus bien la différence entre lui et ses objets d'amour : il faisait partie d'eux et eux de lui dans un système cosmogonique totalisant, indifférencié et clos. A ce niveau d'indifférenciation, il n'y a plus beaucoup de différence entre suicide et homicide » (cités par Vergnes, 2015).

Annexe 8 – Art. 59 du Code pénal suisse

1. Lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement institutionnel aux conditions suivantes :
 - a. l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble;
 - b. il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble
2. Le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures.
3. Le traitement s'effectue dans un établissement fermé tant qu'il y a lieu de craindre que l'auteur ne s'enfuie ou ne commette de nouvelles infractions. Il peut aussi être effectué dans un établissement pénitentiaire au sens de l'art. 76, al. 2, dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié.
4. La privation de liberté entraînée par le traitement institutionnel ne peut en règle générale excéder cinq ans. Si les conditions d'une libération conditionnelle ne sont pas réunies après cinq ans et qu'il est à prévoir que le maintien de la mesure détournera l'auteur de nouveaux crimes ou de nouveaux délits en relation avec son trouble mental, le juge peut, à la requête de l'autorité d'exécution, ordonner la prolongation de la mesure de cinq ans au plus à chaque fois.

Annexe 9 – Art. 63 du Code pénal suisse

1. Lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, est toxico-dépendant ou qu'il souffre d'une autre addiction, le juge peut ordonner un traitement ambulatoire au lieu d'un traitement institutionnel, aux conditions suivantes:
 - a. l'auteur a commis un acte punissable en relation avec son état;
 - b. il est à prévoir que ce traitement le détournera de nouvelles infractions en relation avec son état.
2. Si la peine n'est pas compatible avec le traitement, le juge peut suspendre, au profit d'un traitement ambulatoire, l'exécution d'une peine privative de liberté ferme prononcée en même temps que le traitement, l'exécution d'une peine privative de liberté devenue exécutoire à la suite de la révocation du sursis et l'exécution du solde de la peine devenu exécutoire en raison d'une décision de réintégration. Il peut ordonner une assistance de probation et imposer des règles de conduite pendant la durée du traitement.
3. L'autorité compétente peut ordonner que l'auteur soit momentanément soumis à un traitement institutionnel initial temporaire si cette mesure permet de passer ensuite à un traitement ambulatoire. Le traitement institutionnel ne peut excéder deux mois au total.
4. Le traitement ambulatoire ne peut en règle générale excéder cinq ans. Si, à l'expiration de la durée maximale, il paraît nécessaire de le poursuivre pour détourner l'auteur d'autres crimes ou délits en relation avec son trouble mental, le juge peut, à la requête de l'autorité d'exécution, le prolonger de un à cinq ans à chaque fois.