

Violences psychopathiques

C. MASSOUBRE

Pour Bergeret, la violence correspond à une tendance instinctuelle innée destinée à être intégrée progressivement dans d'autres finalités humaines, au fur et à mesure que le sujet accède à un libre et efficient exercice de ses capacités amoureuses et créatrices. Il ne faut pas confondre la violence fondamentale, naturelle et universelle, réaction élémentaire de défense nécessaire même à la survie avec la véritable agressivité qui apparaît plus tardivement chez l'être humain et concerne toujours un objet nettement identifié (1).

La psychopathie est un phénomène clinique et socioculturel en expansion. Ce concept a évolué depuis le début du 19^e jusqu'à nos jours. Avant l'ère psychanalytique, l'accent est mis sur la notion d'instinct et de sens moral ainsi que sur une fragilité particulière, constitutionnelle qui prédisposerait à différentes affections mentales : Pinel en 1801 introduit la notion de « *folie sans délire* » de certains patients impulsifs et autodestructeurs avec une capacité de raisonnement. Morel en 1857 parle de « *dégénérescence* », puis Magnan de déséquilibre mental, et Dupré de « *déséquilibre constitutionnel* ». En 1835, Pritchard en Angleterre individualise la « *folie morale* », Rusch aux États-Unis identifie ce groupe selon des critères moraux et en Allemagne, Kraepelin regroupe dans les « *personnalités psychopathiques* » « les criminels nés, les agités, les menteurs, les bluffeurs et les pseudo-quérulents ».

La deuxième période à partir du premier quart du 20^e siècle (et qui reste d'actualité) est la lecture psychanalytique de la structure du psychopathe et du sens donné aux troubles du comportement empreints de violence par Anna

Correspondance : Service d'Urgences psychiatriques, CHU de Saint-Étienne, Pavillon 18U, Hôpital Bellevue, 42055 Saint-Étienne cedex 2. E-mail : catherine.massoubre@chu-st-etienne.fr.
Tél. : 04 77 12 05 84. Fax : 04 77 12 05 79.

Freud, Mélanie Klein, Mahler ou Glover, ainsi que les travaux d'Alexander sur les « *névroses de caractère* ».

Actuellement dans la troisième période des auteurs américains estiment que la psychopathie serait due à une prédisposition psychogénétique associée à des expériences d'objets primaires vécues comme déficientes et conflictuelles.

Ainsi pour certains auteurs, la psychopathie constitue en soi une entité, maladie autonome, avec à la limite des critères de définition biologique et génétique, pour d'autres le terme de psychopathie renvoie à une description sémiologique sans préjuger de son étiologie, ni de sa psychopathologie, d'autres y voient un type précis d'organisation psychopathologique.

La distinction entre ces différentes entités : personnalité psychopathique ou antisociale, déséquilibre, névrose de caractère semble plus liée aux origines des concepts qu'à une réelle différenciation clinique.

Si la psychopathie semble avoir disparu des classifications internationales, elle représente un des diagnostics les plus fréquemment posés aux urgences générales dans des situations à composante sociale. Les classifications internationales considèrent la psychopathie comme un trouble de la personnalité et insistent sur les **tendances antisociales** en tentant de résoudre les questions nosographiques ainsi :

– La CIM-10 distingue la personnalité dyssociale de la personnalité émotionnellement instable (caractérisée par des actes impulsifs et une instabilité affective), cette dernière ayant elle-même deux sous-types, impulsif et borderline (**tableau 1**) (2).

– Dans le DSM-IV, les personnalités antisociale et borderline appartiennent au même groupe B (**tableau 2**) (3).

La présentation qui suit met l'accent sur le trouble de la personnalité antisociale, mais il est utile de rappeler que pour certains auteurs ce trouble ne résume pas à lui seul toute la psychopathie (4).

1. Caractéristiques cliniques du trouble de la personnalité antisociale

Depuis Dupré, la description de la biographie du psychopathe fait partie intégrante de la clinique de ce type de personnalité : instabilité, inadaptabilité, impulsivité, **pauvreté de la verbalisation**.

Dès l'enfance, il existe des manifestations caractérielles (colères, opposition aux parents, agressivité envers les autres enfants). La scolarité est émaillée de bagarres, de refus de la discipline, de fugues, de larcins et d'une instabilité permanente. Les changements d'école et d'orientation sont fréquents. À l'adolescence, les troubles du comportement s'aggravent : conduites toxicomaniaques,

Tableau 1 – La personnalité dyssociale dans la classification internationale des maladies (2)

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

- a) Une **indifférence froide envers les sentiments d'autrui** ;
- b) Une **attitude irresponsable manifeste et persistante**, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales.
- c) Une incapacité à maintenir durablement des relations, alors même qu'il n'existe pas de difficulté à établir les relations ;
- d) Une **très faible tolérance à la frustration** et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de violence ;
- e) Une **incapacité à éprouver de la culpabilité** ou à **tirer un enseignement des expériences**, notamment des sanctions ;
- 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.

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.

Tableau 2 – Critères diagnostiques de la personnalité antisociale dans le DSM IV (3)

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent trois manifestations suivantes :

- 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 par profit ou par plaisir**, indiquée par des **mensonges répétés**, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries.
- 3) Impulsivité ou **incapacité à planifier à l'avance**.
- 4) Irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions.
- 5) Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui.
- 6) **Irresponsabilité persistante**, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières.
- 7) Absence de remords, indiquée par le **fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui**.

B. Âge au moins égal à 18 ans.

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 épisode maniaque.

délinquance caractérisée, sexualité précoce avec des conduites à risque. L'instabilité entrave toute possibilité de formation professionnelle (5).

Le psychopathe est dyssocial. Ce n'est pas un asocial : il connaît les règles de la société et les rejette. La sémiologie repose avant tout sur le passage à l'acte : **l'action domine la pensée**. *L'impulsivité et l'agressivité* se manifestent par des passages à l'acte répétés, brusques et soudains. L'intolérance à la frustration, le moindre obstacle s'opposant au désir du sujet peut entraîner une décharge impulsive violente. Les conduites agressives sont le plus souvent à caractère anti-

social (bagarre, détérioration de matériel, violence sexuelle, vol,...). Mais une **autoagressivité** peut se manifester par des tentatives de suicide, des automutilations, des **conduites dangereuses** ou des accidents. Le sujet ne prévoit pas les conséquences de ses actes et ne sait pas tirer profit des expériences passées, ce qui conduit souvent à des comportements récidivants de délinquance. Il n'y a **pas de sentiment de culpabilité, ni d'angoisse par rapport aux gestes impulsifs**.

Un aspect, parfois pervers, peut être noté quand il s'accompagne d'un plaisir à faire le mal ou à le faire faire par les autres.

L'instabilité est comportementale, affective, sociale, professionnelle ou scolaire (fugues, errances ou seulement le besoin de bouger). L'absentéisme scolaire ou professionnel est important. L'instabilité sentimentale, sous-tendue par une quête affective toujours insatisfaite, est caractérisée par une affectivité diminuée, un égocentrisme, de la manipulation et de la mythomanie. Au plan moteur, on note une maladresse gestuelle, une inattention motrice, toute tâche est bâclée afin qu'elle soit terminée le plus vite possible.

L'humeur est labile et peut aller d'effondrements massifs à une humeur expansive entraînant en général un **passage à l'acte, seule possibilité pour faire baisser la tension psychique**.

Les relations humaines sont superficielles, irrégulières avec un besoin impérieux d'une satisfaction immédiate. Le contact est facile, le charme apparent, la conversation facilement engagée, guidée par l'intérêt et le bénéfice immédiat.

Derrière ces conduites bruyantes, *des conduites de retrait* sont assez fréquentes d'autant plus que le sujet est encore adolescent. **La passivité, l'oisiveté, l'ennui et le manque d'intérêt sont habituels**. Quand il existe un investissement dans une activité, il reste très léger et temporaire **nécessitant des bénéfices immédiats**. Pour les adolescents, il n'existe pas de réelle autonomie par rapport à la famille ou à la bande de copains. Le sujet ne peut rien entreprendre seul. Cette passivité et cette dépendance accentuent le sentiment de dévalorisation de l'individu, ce qui peut provoquer des réactions de ruptures. Des épisodes dépressifs peuvent alors apparaître marqués par un **sentiment de persécution venant des autres** (5, 6).

1.1. Le psychopathe dans son environnement

La famille du psychopathe est marquée par une histoire lourde : un père peu présent ou fortement dévalorisé, parfois totalement absent, jamais porteur de l'autorité ou de la loi. La mère passe de la passivité ou la soumission à l'agressivité et au rejet, du débordement d'affection à la froideur, de la rigueur morale extrême à la laxité, voire à la complicité. À côté des **histoires carenciales, chaotiques ou abandonniques**, quelques adolescents moins nombreux sont issus de familles où l'enfant n'a **jamais été confronté à la moindre limite ou frustration**, où il n'a pas connu l'expérience structurante du manque, de l'attente et de l'élaboration du désir.

La seule structure sociale capable d'accueillir l'adolescent psychopathe est la bande, même s'il n'y est jamais meneur et que son insertion y reste précaire (5).

2. Caractéristiques épidémiologiques du trouble de la personnalité antisociale

Chez l'adolescent, la prévalence des troubles des conduites est comprise entre 6 et 16 % chez les garçons et 2 à 9 % chez les filles (7).

Les taux de personnalité antisociale varient entre 0,14 % et 3,7 % (8-10), la majorité des enquêtes aboutissant à des résultats se situant entre 2 et 3 %. La personnalité antisociale est retrouvée dans toutes les cultures avec une prédominance masculine, comme dans l'étude ECA (Epidemiological Catchment Area Study) où le ratio homme/femme est de 6/1. Le taux de prévalence le plus élevé se situe dans le groupe 25-44 ans, avec une diminution très nette entre 45 et 64 ans (11, 12).

Il existe un biais dans les enquêtes sur la vie entière car le taux de prévalence diminue avec l'âge en raison d'une surmortalité liée au suicide, aux conduites à risque, aux conduites toxicomaniaques ou alcooliques associées.

Le taux de prévalence de la personnalité antisociale est en général plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural et chez les individus dont les niveaux de scolarité sont les plus bas (10, 13).

Dans l'enfance, on retrouve des Troubles Oppositionnels avec Provocation (TOP), des troubles des conduites (14) et des Troubles Déficitaires de l'Attention-Hyperactivité (TDAH) (15, 16).

Fréquence et nature des actes de violences émaillant l'histoire naturelle du trouble. Comorbidités et évolution dans le temps.

Les sujets porteurs d'une personnalité antisociale ont un risque accru par rapport à la population générale de décéder prématurément de mort violente (suicide, accident, homicide) (17). Dyck et al évaluent le risque relatif de décès par suicide pour les personnalités antisociales à 4 (18). Des troubles dépressifs peuvent marquer l'évolution des sujets avec une personnalité antisociale.

Les conduites addictives (substances illicites, alcool) chez les sujets avec une personnalité antisociale sont fréquentes (10, 19, 20).

Plusieurs auteurs ont décrit chez les schizophrènes une personnalité antisociale prémorbide, particulièrement dans l'héboïdophrénie (21).

L'évolution de la personnalité antisociale est chronique, mais peut s'atténuer quand la personne avance en âge, notamment après 30 ans. Cette rémission est plus nette dans le domaine des activités criminelles, mais peut concerner aussi les comportements antisociaux et toxicomaniaques.

Facteurs prédictifs de violence lors de la prise en charge de ce type de patient en urgence en évoquant les pièges à éviter et les principes utiles à la prévention des passages à l'acte auto ou hétéro agressifs. Préciser la

place des différents intervenants : force de l'ordre, service de sécurité, urgentiste, psychiatre.

Selon Braitman (22), les facteurs de risque de violence sont le sexe masculin, un âge inférieur à 30 ans, un faible statut socioéconomique, un trouble des conduites dans l'enfance, des antécédents personnels de violence, des antécédents judiciaires, un abus d'alcool ou de drogues, une élaboration psychique défailante, une faible introspection, une faible tolérance à la frustration et une difficulté à supporter la critique.

Les signes avant-coureurs de violence sont le refus de communiquer, la réticence, des signes de tension psychique tels qu'une agitation, des déambulations, des vociférations et actes impulsifs (portes claquées, coups de poing sur les murs), des menaces verbales, une hostilité, un comportement violent récent. Ajoutons le patient amené de force aux urgences, la tentative de fugue du service d'urgences et le patient armé.

Les aspects relationnels de la prévention de la violence : rester calme (ou du moins tenter d'apparaître calme), assuré, respectueux et rassurant, maîtriser le ton de la voix. Éviter les démonstrations de désespoir, ne pas répondre aux provocations, savoir arrêter une entrevue quand la tension psychique du patient est telle qu'il risque de ne plus pouvoir contenir son agressivité.

Encourager le patient à parler, à verbaliser ses attentes et lui répondre afin de désamorcer la crise tout en respectant une distance physique suffisante pour ne pas empiéter sur l'espace personnel du sujet.

Proscrire les fausses promesses ou les propositions paradoxales, signifier les comportements interdits à l'hôpital et quelles mesures de contrôles seront appliquées (si besoin) sans défier la personne, proposer un substitut à la frustration : boire, manger, un brancard pour se reposer, un médicament pour s'apaiser, sans pour autant modifier l'indication de soins.

Un effort important doit être fait pour la formation et la sensibilisation des équipes d'urgence à la gestion du risque de violence (23). Le repérage des sujets à risque et des signes précurseurs de passage à l'acte nécessitent une intervention prioritaire. Quelques éléments de sécurité sont à connaître : l'examen du sujet doit être réalisé dans un endroit calme, aisément accessible aux secours et sans objet dangereux, équipé d'un système d'alerte, une sortie rapide doit être possible pour le médecin et pour le patient. La porte est ouverte ou fermée en fonction du risque, le médecin urgentiste peut demander à un ou plusieurs soignants d'être présents devant la porte ou même dans la pièce d'examen. En cas de risque imminent pour le patient ou pour autrui, la contention physique peut être utilisée sur prescription médicale si les autres tentatives de désamorçage ont échoué ou étaient inappropriées.

En cas de risque de violence, l'urgentiste doit privilégier le dialogue avec le patient et proposer rapidement un traitement médicamenteux symptomatique par neuroleptique sédatif et/ou benzodiazépine.

Un membre de l'équipe doit veiller aux autres patients et à la famille. La disponibilité rapide d'agents de sécurité peut être un élément dissuasif, notamment pour les violences émanant d'accompagnants de patients. Le psychiatre peut aider au dialogue, notamment avec l'entourage et juger en collaboration avec l'urgentiste la nécessité ou non de séparer temporairement des tiers perturbateurs impliqués dans le conflit ou alors d'introduire des tiers rassurants qui feront baisser la tension interne du patient. Le psychiatre peut aussi être amené à évaluer le patient s'il présente des propos dépressifs voire suicidaires ou si des symptômes de la lignée psychotique sont évoqués.

L'hospitalisation en psychiatrie reste l'exception chez les patients avec une personnalité antisociale, sauf en cas de risque suicidaire ou de psychose associée.

Quant aux forces de l'ordre, elles ont pu être à l'origine de l'arrivée du patient à l'hôpital en raison de comportements violents à l'extérieur. Elles peuvent aussi être appelées en cas de perturbations occasionnées par l'entourage ou de patient armé. Si le patient est déclaré sortant (après l'examen) et qu'il refuse de quitter le service d'urgence, les forces de l'ordre peuvent être sollicitées pour l'obliger à évacuer les lieux.

En conclusion, la prise en charge des patients psychopathes présente un risque de violence important. Il est nécessaire de travailler à un niveau institutionnel pour favoriser l'anticipation et la réponse aux passages à l'acte. Un indispensable travail de liaison doit exister entre les différents intervenants. Au niveau individuel, il faut aider le patient à la mise en mots et à la mentalisation afin de tenter au maximum de désamorcer la crise.

Références bibliographiques

1. Bergeret J. Violence et évolution affective humaine. In : Psychopathologie théorique et clinique, Paris, Masson, 9^e édition, 2004 ; 97-103.
2. Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, CIM-10, 1992. Traduction française CB PULL et al, Paris, Masson, 1993.
3. American Psychiatric Association DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Traduction française par Guelfi J-D et al, Ed Masson, Paris, 1996.
4. Ogloff JR. Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. Aust N Z J Psychiatry 2006 ; 40 (6-7) : 519-28.
5. Marcelli D, Braconnier A, Humeau M. Les conduites psychopathiques ou troubles des conduites. In : Adolescence et psychopathologie, Paris, Masson, 7^e édition, 2008 ; 355-78.
6. Petitjean F. La personnalité antisociale (dyssoziale). In Feline A, Guelfi JD, Hardy P. Les troubles de la personnalité, Paris, Ed Flammarion, 2002 ; 171-84.
7. Kutcher S, Aman M, Brooks S et al. International consensus statement on attention – deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorder (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. Eur Neuropsychopharmacol 2004 ; 14 : 11-28.

8. Kessler RC, McGonagle KA, Zao et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994 ; 51 : 8-19.
9. Chen C, Wong J, Lee N, Chan-Ho MW, Lau JT, Fung M. The Shatin Community Mental Health Survey in Hong-Kong. II: Major findings. *Arch Gen Psychiatry* 1993 ; 50 : 125-33.
10. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America. The ECA study*, New York, Free Press, 1991.
11. Swanson MCJ, Bland RC, Newman SC. Antisocial personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994 ; 376 : 63-70.
12. Murphy JM. Psychiatric labelling in cross-cultural perspective. *Science* 1976 ; 191 : 1019-28.
13. Levav I, Kohn R, Dohrenwend BP et al. An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel. *Psychol Med* 1993 ; 23 : 691-707.
14. Robins LN. Sturdy Childhood predictors of adult antisocial behaviour: replications from longitudinal studies. *Psychol Med* 1978 ; 8 : 611-22.
15. Biederman J, Faraone SV, Milberger S et al. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 1996 ; 38 : 468-76.
16. Lynam DR. Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin* 1996 ; 120 : 209-34.
17. Martin RL, Cloninger CR, Guze SB, Clayton PJ. Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients. II: Cause-specific mortality. *Arch Gen Psychiatry* 1985 ; 42 : 58-66.
18. Dyck RJ, Bland RC, Newman SC, Om H. Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand*, 1988, suppl 338 : 64-71.
19. Laventure M, Dery M, Pauze R. Consommation de psychotropes et persistance du trouble des conduites chez les adolescents. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (3) : 223-30.
20. Mulder RT. Alcoholism and personality. *Aust N Z J Psychiatry* 2002 ; 36 (1) : 44-52.
21. Cuesta MJ, Peralta V, Caro F. Premorbid personality in psychosis. *Schizophr Bull* 1999 ; 25 : 801-11.
22. Braitman A. Danger pour autrui. In : Guedj-Bourdiau MJ, *Urgences psychiatriques*, Paris, Ed Masson 2008 ; 355-66.
23. Duchateau FX, Bajolet-Laplante MF, Chollet C, Ricard-Hibon A, Marty J. Exposure of French emergency medical personnel to violence. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002 ; 21 (10) : 775-8.