REPUBLIQUE DU BENIN
***
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
***
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Année : 2020 – 2021 N° : ____

MEMOIRE

Soutenu le 11 Novembre 2021 pour l'obtention du

Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Psychiatrie d'Adultes

Psychopathie : aspects diagnostiques, thérapeutiques et médico-légaux

Par :
Docteur **Franciscain R. Narech KEOUDA**, né le 30 Mai 1988

Directrice de Mémoire
Professeur **Josiane EZIN HOUNGBE**

Co-directeur de Mémoire
Docteur **Guy-Gérard AZA-GNANDJI**

Présidente du jury
Professeur Josiane EZIN HOUNGBE (Psychiatrie d'adultes)

Rapporteurs
1- Professeur Emilie FIOSSI KPADONOU (Pédopsychiatrie)
2- Professeur Magloire Grégoire GANSOU (Psychiatrie d'Adultes)
3- Docteur Guy-Gérard AZA-GNANDJI (Psychiatrie d'Adultes)

MEMOIRE

Soutenu le 11 Novembre 2021 pour l'obtention du

Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Psychiatrie d'Adultes

Psychopathie : aspects diagnostiques, thérapeutiques et médico-légaux

Par :
Docteur **Franciscain R. Narech KEOUDA**, né le 30 Mai 1988

Directrice de Mémoire
Professeur **Josiane EZIN HOUNGBE**

Co-directeur de Mémoire
Docteur **Guy-Gérard AZA-GNANDJI**

Présidente du jury
Professeur Josiane EZIN HOUNGBE (Psychiatrie d'adultes)

Rapporteurs
1- Professeur Emilie FIOSSI KPADONOU (Pédopsychiatrie)
2- Professeur Magloire Grégoire GANSOU (Psychiatrie d'Adultes)
3- Docteur Guy-Gérard AZA-GNANDJI (Psychiatrie d'Adultes)

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

DECEMBRE 2020

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYENNE U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYENNE U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYEN /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version décembre 2020)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
9.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
10.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
11.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
12.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
13.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
14.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
15.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
16.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
17.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
18.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
19.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
21.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
22.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
23.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
24.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
26.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
27.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
28.	Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith S	Pédiatrie et Génétique Médicale
29.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
31.	Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
32.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
33.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

REVUE 2020

34. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
35. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
36. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
37. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
38. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
39. Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
40. Dr GNONLONFOUN Dieudonné	Neurologie
41. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
42. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
43. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
4. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
5. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
6. Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
7. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
8. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
9. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
10. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
11. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
12. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
14. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
15. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
16. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
17. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
18. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
20. Dr KEREKOU Célestine Annelie.	Endocrinologie
21. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
22. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

Université d'Abomey - Calavi
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
LE DOYEN

PREMIERE 2020

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
3. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
4. Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
6. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
7. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
8. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
9. Dr DJOSSOU Médéssè David(Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
10. Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
11. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
12. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
13. Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie
16. Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
17. Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BADOU Agnès Sylvie.....	Ethnologie
21. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
22. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
23. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
24. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
25. Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
26. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
27. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
28. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
29. Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
30. Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
31. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
32. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
33. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
34. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
35. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
36. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
37. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

REVUE 2020

38. Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
40. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
41. Dr MIKPONHOUE Rose Christelle	Médecine du Travail
42. Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
43. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné).....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5. Dr SOSSA Jean	Urologie
6. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
7. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
8. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
9. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
10. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épseTCHIAKPE.....	Pédiatrie
11. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
12. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
13. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique
14. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
15. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
16. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
17. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
18. Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
19. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
21. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2020

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

DECEMBRE 2020

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Edgard-Marius.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)

DECEMBRE 2020

5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Damienne Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

DECEMBRE 2020

11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

DECEMBRE 2020

40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
55- Dr de SOUZA PélagieLéchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

DECEMBRE 2020

65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Delphin K. MEHINTO

DECEMBRE 2020

Dans la Bible, Caïn est à l'évidence le premier des psychopathes. Envieux de son frère Abel, il le tue. Peu après, il ne se montre nullement intimidé devant Dieu lui-même ! Quand l'Eternel lui demande où se trouve son frère, Caïn répond : « Je ne sais pas. Suis-je le gardien de mon frère ? », avec l'assurance du vrai psychopathe.

François Lelord, Christophe André

Dédicace

Au Docteur Francis TOGNON TCHEGNONSI, Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de l'Université de Parakou (Bénin). Le mardi 9 décembre 2014, vous disiez lors de notre soutenance de thèse de Doctorat en Médecine, que nous ferions un bon Psychiatre. Au travers de ce mémoire, nous tenons à vous informer de notre avancée dans cette carrière que vous aviez pressentie pour nous.

Hommages

Aux maitres et membres du jury, du temps consacré pour notre formation.

- Au Professeur Josiane EZIN HOUNGBE, d'avoir permis que ce rêve se réalise. Partout où ce Diplôme nous conduira, sachez que nous saurons vous rendre fière.
- Au Professeur Emilie FIOSSI KPADONOU, de nous avoir insufflé l'envie d'aller de l'avant. A votre manière, vous avez réussi à faire ressortir des qualités en nous.
- Au Professeur Magloire Grégoire GANSOU, du temps consenti et sacrifié. Une de vos expressions nous restera à jamais : « Mes DES ». Jamais, nous ne vous fournirons l'occasion de nous désavouer.

Remerciements

A tous ceux qui occupent une place particulière dans notre vie.

- A notre famille, du soutien indéfectible.
- Au Professeur André TABO, de ces deux années d'enseignement. Où que vous soyez, sachez que nous ne vous oublierons jamais.
- Au Docteur Elvyre KLIKPO, de votre concision, et de votre rigueur.
- Au Docteur Lucrèce ANAGONOU, de votre simplicité.
- Au Docteur Guy-Gérard AZA-GNANDJI, de tout l'enseignement. En l'espace de quelques semaines, vous avez réussi à nous manquer. Nous partons joyeux, car nous vous savons disponibles pour les promotions futures de DES en psychiatrie.
- Au Docteur Joseph TRAORE, de l'accompagnement. Nous ne regrettons pas votre influence sur notre pratique.
- Au Docteur Aïchatou Nana ABDOU ABDOU, de toutes ces années. Nous resterons « jumeaux » pour l'éternité.
- Au Docteur Stéphanie M. F. AHOUANNOU, de ta gentillesse. Que la bonne fortune nous accompagne dans nos projets.
- A tous les collègues DES de l'année en cours, de tous ces souvenirs. Pensée toute particulière à la « team bidon » ; courage à vous pour la suite.
- A vous autres, collègues, confrères, et magistrats, qui avez contribué d'une façon ou d'une autre à l'élaboration de notre travail.

Sommaire

Introduction 1
1. Généralités 4
1.1. Définitions de concepts 4
1.2. Classification des personnalités 6
1.3. Psychopathie, sociopathie, personnalité dyssociale, personnalité antisociale 11
2. Cadre et méthode de travail 31
2.1. Cadre du travail 31
2.2. Méthodes d'étude 33
3. Résultats : Vignette clinique 35
3.1. Biographie de Joker 35
3.2. Antécédents de Joker 37
3.3. Résumé de l'expertise psychiatrique 38
3.4. Evolution de Joker après l'expertise psychiatrique 40
3.5. Résultat de la PCL-R de Hare 41
4. Discussion 45
4.1. Joker, un psychopathe prototypique 45
4.2. Qu'en est-il de la prise en charge de Joker ? 55
4.3. Intrications médicolégales de la psychopathie de Joker 63
4.4. Psychopathie et médecine traditionnelle au Bénin 66
Conclusion et suggestions 72
Références 74
Annexes 78

Liste des abréviations

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

APA : American Psychiatric Association (Association américaine de psychiatrie)

CIM : Classification internationale des maladies

OMS : Organisation mondiale de la santé

UMD : Unités pour malades difficiles

PCL-R: Psychopathy Check-List Revised

CNHUP-C : Centre national hospitalier universitaire de psychiatrie de Cotonou

CNHU-HKM : Centre national hospitalier universitaire Huber Koutoukou Maga

CEF : Centre éducatif fermé

Liste des tableaux

Tableau I : classification des personnalités selon Hippocrate (370 av. JC)

Tableau II : classification des personnalités selon Ernst Kretschmer (1925)

Tableau III : signes du Fa et personnalités selon Hippocrate

Tableau IV : cotation des différents items de la PCL-R de Hare pour Joker

Introduction

Être médecin, c'est faire le choix de se vouer corps et âme, pour l'autre. C'est un choix de profession noble et respecté. Par contre, choisir de devenir psychiatre, est un choix courageux et pas des plus communs. C'est un projet de vie que beaucoup ne comprennent pas. En effet, qui choisirait de se vouer corps et âmes à soigner des « fous », s'il n'en est pas lui-même un ? Voici le genre de commentaire qui ne se fait pas rare dans notre entourage. « Désolé, je ne peux pas venir dans ton hôpital ; je n'ai pas envie de me faire agresser par tes patients… Mais non, nos patients sont statistiquement plus victimes d'agressions, qu'ils n'en sont les auteurs (1,2) » ; voilà un autre exemple d'échange entre nos proches et nous. Derrière cette réplique rassurante que nous faisons, se cache tout un savoir-faire en matière de gestion des troubles du comportement, de l'agitation, de la dangerosité, et surtout de la personnalité.

La personnalité, du latin *persona* qui signifie masque de l'acteur, est synonyme dans le langage courant de « caractère » ; c'est-à-dire les manières habituelles de réagir à une situation donnée (3). Tout psychiatre apprend au cours de sa formation qu'on ne saurait prendre en charge un patient sans prendre en compte sa personnalité. Dans sa quatrième édition, du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-4), l'association américaine de psychiatrie (APA) met bien en exergue l'importance de prendre en compte la personnalité ; elle propose une évaluation multiaxiale des patients. La personnalité y est évaluée à l'axe II (4). Dans sa cinquième édition (DSM-5), l'APA adopte une présentation non axiale du diagnostic, non pas parce que ce n'est plus important mais simplement parce que « la distinction entre les troubles des axes I, II et III ne signifie pas qu'il existe entre eux des différences de conceptualisation fondamentales, ni que les troubles mentaux ne sont pas liés à des facteurs ou à des processus physiques ou biologiques » (5).

S’il est de consensus que prendre en compte la personnalité d’un patient pouvait faciliter sa prise en charge, il convient aussi de rappeler que certaines personnalités rendent la tâche plus difficile au psychiatre. C’est le cas des personnalités à tendance borderline, de par leur instabilité et imprévisibilité. Les personnalités à tendance histrionique pourront déconcerter plus d’un de par leur attitude à séduire. Diagnostiquées que rarement en psychiatrie d’adultes au Bénin, les personnalités psychopathiques sont pourtant aussi fréquentes que le sont les affections comme la schizophrénie et le trouble bipolaire ; de même que les personnalités à tendance psychopathique (3). Comment pouvons-nous expliquer cet écart statistique ? Plusieurs hypothèses nous apparaissent plausibles : l’absence d’une « vraie » psychiatrie forensique ; le manque de formation en matière de test psychométrique, et parfois le fait que nous n’y pensons pas dans nos hypothèses diagnostiques. En effet, contrairement aux autres troubles psychiatriques qui entrainent une rupture dans le fonctionnement antérieur, l’expression des troubles de la personnalité est intégrée dans la façon d’être du sujet et donc difficilement identifiable.

La rencontre avec ces personnalités du registre de la psychopathie, représente à notre égard, l’une des plus grandes difficultés qu’un psychiatre pourrait observer dans sa carrière. Cette difficulté tient de la dangerosité intrinsèque de ces personnalités dites « difficiles », de l’absence de traitement pharmacologique spécifique, et aussi de la difficulté diagnostique devant de telles personnalités.

La littérature internationale foisonne d’écrits sur la psychopathie. Nous proposons dans ce travail, au travers d’une vignette clinique, de faire un point des connaissances actuelles sur cette personnalité difficile. Nos objectifs poursuivis sont déclinés ci-dessous.

Objectif général

Etudier les aspects diagnostiques, thérapeutiques et médico-légaux de la psychopathie.

Objectifs spécifiques

1. Décrire l'outil de référence de diagnostic de la psychopathie.
2. Montrer la nécessité de la mise en place d'unités spécialisées de prise en charge pour les patients ayant une personnalité psychopathique.
3. Proposer une grille de prise en charge des personnes présentant une dangerosité, dans les unités psychiatriques traditionnelles.

Pour atteindre ces objectifs, après cette introduction, nous développerons les généralités sur la psychopathie ; nous présenterons ensuite le cadre et les méthodes de travail puis présenterons nos résultats. Nous finirons ensuite par la discussion, la conclusion et les suggestions.

1. Généralités

1.1.Définitions de concepts

1.1.1. Personnalité

La personnalité est synonyme de ce que l'on appelle dans le langage courant le « caractère », c'est-à-dire les manières habituelles de réagir à une situation donnée (3).

La personnalité désigne ce qu'il y a de stable et unique dans le fonctionnement psychologique d'un individu : c'est la signature psychologique d'un individu. Elle résulte de l'intégration de facteurs cognitifs et émotionnels (6).

Les traits de personnalité sont relativement stables dans le temps, et définissent un fonctionnement psychologique, une perception de l'environnement et une façon de gérer ses relations interpersonnelles.

La personnalité associe le tempérament et le caractère.

1.1.2. Tempérament

Le tempérament fait référence aux aspects biologiques, innés et stables de la personnalité (6).

Le tempérament est l'expression des facteurs biologiques de la personnalité. Il est inné et constitue les dispositions physiologiques en rapport avec des traits constitutionnels et biotypologiques (7).

1.1.3. Caractère

Le caractère désigne les dimensions de la personnalité déterminées par les expériences de la vie et de l'apprentissage social. Il est susceptible de varier au cours du temps (6).

Le caractère constitue les arêtes et la marque extérieures, visibles, de la personnalité d'un sujet, ce qui le rend socialement repérable par rapport à tout autre individu.

Le caractère contient l'ensemble des traits psychologiques fixés et répétitifs de la personnalité (8).

Le caractère désigne l'ensemble des traits observables d'un individu. Il est constitué par l'empreinte de l'environnement et des interactions sur la personnalité ; il est acquis (7).

1.1.4. Normal, normalité, normativité, anormal

Normal vient du latin *norma* : équerre, et *normalis* : perpendiculaire ; donc normal qui suit la règle, qui est conforme à la rectitude ou à la règle. Le normal est une règle de vie, de pensée, d'action etc.

La normalité représente une obligation à laquelle on doit se conformer mais aussi un idéal vers lequel on doit tendre. On distingue la normalité statistique, la normalité idéale, la normalité liée à l'âge, la normalité liée à l'époque, la normalité liée au sexe et la normalité géographique.

La normativité est la capacité de l'individu normal à créer de nouvelles normes quand la situation le réclame.

L'anormal serait alors ce qui ne suit pas la règle.

1.1.5. Personnalité normale

La personnalité « normale » est souple et adaptable, elle utilise des modalités de fonctionnement variées. Elle évolue au gré des expériences de la vie (6).

1.1.6. Trouble de la personnalité

Le trouble de la personnalité ou personnalité pathologique désigne des traits de personnalité particulièrement marqués, rigides, et associés à une altération du fonctionnement social et une incapacité à s'adapter aux différentes situations de la vie (6).

Pour l'APA, 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 (5).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu non directement imputables à une maladie, une lésion ou une autre atteinte cérébrale, ou à un trouble psychiatrique. Ces perturbations concernent habituellement plusieurs secteurs de la personnalité ; elles s'accompagnent en général d'un bouleversement durant l'enfance ou l'adolescence et persistent pendant tout l'âge adulte (9).

1.1.7. Psychopathie, sociopathie, personnalité dyssociale, personnalité antisociale

La définition de ces différents concepts ne fait pas l'unanimité. Nous ne saurions les définir sans parler de l'historique de la « psychopathie ». Nous apporterons une approche de définition dans la suite de notre travail.

Cependant, On regroupe généralement sous le terme de personnalité psychopathique un ensemble d'anomalies du caractère et des conduites caractérisées par l'impulsivité, une instabilité affective et professionnelle ainsi que des tendances antisociales (10).

Selon Jacques POSTEL, la psychopathie est un trouble permanant de la personnalité n'étant ni du domaine de la névrose ni de celui de la psychose et se caractérisant essentiellement par des conduites antisociales impulsives dont le sujet ne ressent pas habituellement de culpabilité (11).

1.1.8. Dangerosité

La dangerosité peut être définie comme le potentiel à exercer la violence ; elle est psychiatrique lorsqu'elle est sous-tendue par un trouble mental évolutif, et criminologique lorsqu'elle est sous-tendue par la psychopathie.

La définition la plus claire de la dangerosité est celle de Bénézech et al. (12,13) : « État, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction »

1.2. Classification des personnalités

1.2.1. Classification catégorielle

Le souci de regrouper les hommes par catégorie remonte à l'antiquité ; et plusieurs auteurs s'y sont essayés. Actuellement deux systèmes de classification sont reconnus et utilisés : le DSM-5 de l'APA et la 10ème version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les classifications catégorielles aboutissent à des descriptions assez évocatrices de types humains que l'on peut reconnaître quand on les rencontre. Elles ont aussi l'avantage d'apporter une information claire et facile à communiquer (3,8).

1.2.1.1. Classification d'Hippocrate (370 av. JC)

A l'époque on pensait que le caractère de chacun dépendait surtout du type de fluide qui prédominait dans son organisme. Ayant observé ce qui coulait des blessures et des vomissements, les anciens grecs différenciaient ainsi le sang, la lymphe, la bile noire et la bile jaune. Hippocrate aboutit à la classification décrite dans le tableau I.

Tableau I : classification des personnalités selon Hippocrate (370 av. JC)

Fluide prédominant	Type de personnalité	Caractéristiques
Sang	Sanguin	Vif, émotif
Lymphe	Lymphatique	Lent, froid
Bile jaune	Bilieux	Coléreux, amer
Bile noire	Mélancolique	Sombre, pessimiste

Cette classification a conservé une influence dans le langage courant, puisque l'on entend toujours dire, qu'une personne est « sanguine » ou « mélancolique ».
Avec cette forme de classification, Hippocrate était déjà en avance sur son temps ; en effet, c'était là une tentative de mettre en rapport une caractéristique biologique et un trait de personnalité (3).

1.2.1.2. Classification d'Ernst Kretschmer (1925)

Si Hippocrate mettait en rapport les caractéristiques biologiques et les traits de personnalité, d'autres auteurs ont tenté de mettre en rapport les caractéristiques physiques et les traits de personnalité ; ceci parce que la majorité des gens ne rentraient pas dans les cases du tableau d'Hippocrate.

C'est en 1925 qu'Ernst Kretschmer, associe le fait d'être plutôt grand et mince à une personnalité froide et renfermée, tandis que le petit et rond est émotif, instable et sociable. Il ajoute deux autres catégories, l'athlétique et le dysplasique,

aboutissant à quatre grands types de personnalité. Ces personnalités sont regroupées dans le tableau II.

Tableau II : classification des personnalités selon Ernst Kretschmer (1925)

Physique	Type de personnalité	Caractéristiques
Petit et rond	Pycnique	Expansif, gai, spontané, réaliste
Grand et mince	Leptosome	Réservé, froid, rêveur
Large carrure et musclé	Athlétique	Impulsif, coléreux
Mal développé, anomalies	Dysplasique	Asthénique, se sent inférieur

1.2.1.3. Classifications actuelles : DSM-5 versus CIM-10

Les deux classifications ne font référence à aucune théorie en particulier ; les troubles de la personnalité qui y sont décrits, sont dérivés des conceptions de Kurt Schneider. Cet auteur a décrit, en 1923, dix types de personnalités anormales qualifiées de « personnalités psychopathiques », déviations purement quantitatives de la personnalité normale. Le profil caractériel de ces personnalités est statistiquement rare (référence à une normalité « statistique ») ; leurs attitudes et leurs comportements sont rigides et mal adaptés, source de détresse et de souffrance, soit pour eux-mêmes (référence à une normalité « fonctionnelle »), soit pour leur entourage et, plus généralement, pour la société (référence à une normalité « idéale ») (10).

Les définitions qu'elles donnent des troubles de la personnalité sont similaires, avec comme lignes directrices :

- l'apparition du trouble au début de l'adolescence ou de l'âge adulte ;
- la permanence et la stabilité du trouble ;
- les conséquences du trouble : souffrance personnelle et altération du fonctionnement social ;

- la référence aux normes dans la culture de l'individu (5,8,9).

Le DSM-5 regroupe les troubles de la personnalité en trois groupes fondés sur des similitudes descriptives. Le groupe A inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques. Les individus qui ont ces personnalités paraissent souvent bizarres ou excentriques. Le groupe B inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques. Ces sujets apparaissent souvent sous un jour théâtral, émotif et capricieux. Le groupe C inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles compulsives. Les individus ayant ces troubles semblent souvent anxieux et craintifs.

La CIM-10 individualise huit types de troubles de la personnalité : les personnalités paranoïaques, schizoïdes, dyssociales, émotionnellement labiles (impulsives et borderline), histrioniques, anankastiques ou obsessionnelles, anxieuses ou évitantes et les personnalités dépendantes.

Les personnalités narcissique et schizotypique ne figurent pas dans la CIM-10. La personnalité schizotypique y est considérée comme une forme mineure d'une pathologie appartenant au spectre de la schizophrénie. Il existe plusieurs autres différences entre les deux systèmes diagnostiques. L'une concerne la personnalité borderline : trouble de la personnalité spécifique pour le DSM-5, forme clinique de la personnalité émotionnellement labile pour la CIM-10, à côté de la personnalité impulsive. Enfin, les dix formes cliniques des troubles de la personnalité du DSM-5 font l'objet d'un regroupement en trois clusters distincts ; un tel regroupement ne figure pas dans la CIM-10.

1.2.2. Classification dimensionnelle

La classification catégorielle a plusieurs inconvénients. Elle ne permet aucun classement des nombreux sujets qui ont des traits de personnalité « sous le seuil diagnostique » ; elle comprend par ailleurs des groupes diagnostiques disparates

sans qu'il puisse s'agir d'une véritable classification nosographique. Enfin, cette classification n'a guère d'intérêt pour la thérapeutique. Le traitement des troubles de la personnalité dépend en effet beaucoup plus d'autres variables que de celle du diagnostic de sous-type clinique concerné, comme, par exemple, le désir de changement ou les possibilités d'aménagement des mécanismes de défense contre l'angoisse.

Les chercheurs ont alors envisagé de ne plus essayer de classer les personnalités par catégories, mais par dimensions. Cette approche dimensionnelle permet d'établir pour chaque sujet un profil correspondant à un éventail de traits normaux ou pathologiques par leur intensité.

Les principaux modèles de description des dimensions de la personnalité retiennent soit trois dimensions comme H. Eysenck, soit cinq dimensions comme P.T. Costa et R.R. McCrae dans le modèle des Big Five, soit sept dimensions comme R. Cloninger dans le modèle distinguant quatre dimensions héritables de tempérament et trois dimensions.

De ce désir de classification dimensionnelle de la personnalité, est née la psychométrie. La psychométrie étant la discipline scientifique qui propose une mesure quantitative de la personnalité par des tests psychologiques validés par des statistiques, et dont les résultats paraissent dans des articles plutôt ardus (3,8,10).

Un des pionniers des classifications dimensionnelles fut le psychologue américain R. B. Cattell, qui appliqua la statistique à l'étude de la psychologie. Cattell commença par étudier tous les mots de la langue anglaise utilisés pour décrire le caractère : il en dénombra quatre mille cinq cents ! En regroupant les synonymes, il parvint à ne garder qu'environ deux cents qualificatifs. Puis, en évaluant des milliers de sujets à l'aide de ces adjectifs, et en étudiant statistiquement les résultats, il remarqua que certains des adjectifs étaient toujours associés dans les

évaluations, c'est-à-dire qu'ils évaluaient la même dimension du caractère. On pouvait encore réduire le nombre de qualificatifs évaluant la personnalité. A la suite de plusieurs années d'étude, Cattell et son équipe de psychologue et de statisticiens parvinrent à isoler seize traits de personnalité, qu'un test, le 16PF, permet de mesurer pour chaque individu. Mise au point dans les années 1950, ce test (Annexe 1) est encore utilisé de nos jours.

Plusieurs tests psychométriques sont utilisés dans le monde ; celui probablement le plus utilisé au monde par les professionnels de santé est le MMPI, ou Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Il fut élaboré dans les années 1930 par Hathaway et Mckinley, et révisé ensuite. Il explore dix composantes de la personnalité à l'aide de plus de cinq cents questions sur soi-même auxquelles le sujet répond vrai, faux ou je ne sais pas (3).

1.3.Psychopathie, sociopathie, personnalités dyssociales et antisociales

La terminologie de personnalité antisociale du DSM ou de personnalité dyssociale de la CIM est l'objet de controverses car elle se polarise sur les comportements délinquants au détriment des perturbations psychologiques du trouble. Les termes plus anciens de psychopathie ou celui de névrose de caractère sont certes moins spécifiques mais préservent le niveau subjectif d'analyse du comportement (7).

La différence entre psychopathe et sociopathe est l'objet de débats entre spécialistes. Mais pour F. Lelord et C. André, toutes les personnalités antisociales ne sont pas des psychopathes : elles n'auraient pas le charme et le talent manipulateur des précédents, elles peuvent être plus émotives que les psychopathes dont les émotions sont superficielles. A l'inverse, tous les psychopathes ne seraient pas des sociopathes, car malgré leur peu de soucis de la morale, certains veillent à ne pas (trop) enfreindre la loi et ne sont pas violents physiquement ; ce serait le cas des « psychopathes à succès » ou les personnalités « à tendance psychopathique ».

1.3.1. Approche de définition

Selon l'APA, ces différents thèmes sont des synonymes ; elle définit la personnalité antisociale comme un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui apparaissant dans l'enfance ou au début de l'adolescence et se poursuivant à l'âge adulte (5).

L'OMS définit la personnalité dyssociale comme un trouble de la personnalité caractérisé par un mépris des obligations sociales et une indifférence froide pour autrui (9).

Le terme de personnalité antisociale ayant été retenu par la classification américaine depuis sa 3e édition, de nombreux travaux de recherche ont intégré ce terme qui s'est ainsi progressivement substitué à celui de personnalité psychopathique (10).

1.3.2. Histoire (14)

Tout au long de l'histoire, les troubles de la personnalité ont donné lieu à des controverses avec des conceptualisations très hétérogènes. Certaines descriptions dérivent d'une gamme de traits psychopathologiques normaux, d'autres sont issues d'une théorie de la personnalité ou d'une doctrine psychologique, d'autres enfin proviennent de la description des névroses. L'histoire de la littérature concernant les personnalités psychopathiques n'échappe pas à ces désaccords, les diverses dénominations de ce groupe ayant suivi l'évolution des idées sur les maladies mentales depuis le début du XIXe siècle (10).

Pinel, en 1801, évoque la notion de manie sans délire, reprise par les psychiatres américains Rush puis Ray qui préféreront parler de « manie morale ». Pinel pose alors comme postulat fondateur de cette entité la partition des fonctions mentales entre fonctions de l'entendement , intactes et fonctions morales ou affectives,

pathologiques. Il introduit ainsi, selon Arveiller en 2001, un clivage interne au sujet qui définit une folie partielle où une partie du sujet est folle et l'autre non.

Esquirol définit en 1838 la monomanie raisonnante qui englobe certains troubles de la personnalité, mais aussi des aspects qui ressortaient de troubles maniacodépressifs. Plus tard, il distinguera la monomanie instinctive dont une variante sera décrite comme monomanie homicide où sont classés les sujets appelés maintenant psychopathes. Dans cette logique, vigoureusement critiquée par Foucault, un même comportement déviant peut être considéré à la fois comme « infraction, symptôme, syndrome ou maladie et comme cause ».

Pritchard, en 1835, parlera de l'aliénation morale (moral insanity), qu'il décrit comme une « perversion des sentiments naturels, des affections inclinations, humeurs, habitudes, dispositions morales et impulsions naturelles, sans trouble ni déficit marqué de l'intellect ou des facultés de connaissance et de raisonnement ». À la différence des auteurs français qui en font une pathologie spécifique, Pritchard définit cette folie morale comme état intermédiaire entre normalité et folie.

Dans la suite des travaux de Morel sur la dégénérescence, Magnan et Legrain évoquent des états de « folie lucide » qui caractérisent les criminels dégénérés. Maudsley reprend cette perspective en soutenant l'idée d'un déficit congénital et héréditaire chez les criminels d'habitude. Il soutient aussi, comme Pritchard l'idée d'un état intermédiaire entre folie et santé mentale.

Kraepelin parlera de « folie morale » puis « d'états psychopathiques » dont certaines formes se caractérisent par un manque de moralité et de sens des responsabilités. Magnan puis Dupré, en 1925, introduiront la notion de « déséquilibre constitutionnel » et définissent la perversion instinctive comme origine du fonctionnement antisocial. Ils voyaient dans le déséquilibre

psychopathique une des preuves de la théorie de la dégénérescence en constatant que le milieu comme l'hérédité y sont déterminants.

Arveiller propose une lecture particulièrement féconde de l'opposition entre l'école anglaise qui présente la folie morale sur un mode quantitatif, (on est ici dans la continuité entre normalité et folie avec tous les intermédiaires possibles) et la vision française plus localisatrice (une partie du sujet est folle l'autre pas). La question, pour les deux écoles, reste de savoir si la psychopathie constitue une entité spécifique.

Clekley en 1976, franchit une étape dans ce sens en définissant une « vraie » psychopathie caractérisée par un jugement intact mais rendu inutile par l'incapacité du psychopathe à s'en servir, une introspection surprenante mais détachée de toute réaction affective, un défaut de permanence affective et d'émotivité sociale rendant incapable d'émotions vraies et durables.

1.3.3. Epidémiologie

Dans les études épidémiologiques menées en population générale, les taux de personnalité antisociale varient entre 0,14 %, à Taiwan, et 4,1 % pour une des études américaines, mais la majorité des enquêtes aboutissent à des résultats se situant entre 2 et 3 % (7,10,15).

Une étude menée dans une communauté rurale à Parakou, au nord du Bénin en 2013, retrouvait pour les personnalités antisociale, une prévalence de 5,47% (16).

Pour les études menées dans les structures de soins psychiatriques, les taux de prévalence oscillent entre 1 et 3 %. Ataïgba rapportait, en 2017 une prévalence de 1,80 % chez les usagers du service de psychiatrie du centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou au Bénin (17).

Toutes les études montrent une nette prédominance masculine. Dans l'étude ECA citée par Guelfi (1991), le taux de prévalence est maximum dans le groupe des 25–44 ans et diminue ensuite de façon très nette. Dans cette même étude, le taux de personnalité antisociale est deux fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural.

La National Comorbidity Survey (1994) donne des indications précises sur les relations avec le niveau éducatif : le taux de personnalité antisociale est 14 fois plus élevé chez les personnes qui cessent leur scolarité à l'âge de 11 ans ; il est trois fois plus élevé chez ceux qui arrêtent leur scolarité à l'âge de 15 ans (10).

1.3.4. Etiopathogénie – Facteurs de risque (7,10)

La personnalité n'est pas une donnée biologique, héréditairement transmise. Elle est une construction, fruit d'une interaction constante entre l'individu et son environnement. Cette construction est en devenir permanent et susceptible de bouleversements et de désorganisations sous l'effet de traumatismes provenant de l'intérieur du sujet lui-même ou du monde extérieur (18).

1.3.4.1. Facteurs génétiques

En 1999, P. Moran conclut une revue de la littérature sur le sujet, en soulignant que les données sont en faveur d'une héritabilité partielle mais surtout qu'il existe d'importantes interactions entre environnement et génotype dans la genèse de la personnalité antisociale.

1.3.4.2. Antécédents infantiles de troubles des conduites

De nombreux travaux rétrospectifs et prospectifs ont mis en évidence la valeur prédictive des troubles des conduites pour la psychopathie, suggérant alors l'importance de les repérer précocement chez l'enfant afin d'envisager des stratégies thérapeutiques préventives.

Cependant, la diversité des comportements antisociaux semble être un meilleur facteur prédictif de personnalité antisociale à l'âge adulte qu'un comportement isolé quelconque : l'absence de conduite hétéro agressive n'est pas corrélée à un meilleur pronostic quand les autres conduites pathologiques sont nombreuses et quand il existe des symptômes d'hyperactivité associés.

1.3.4.3. Syndrome d'hyperactivité

Les résultats des études prospectives de suivi d'enfants hyperactifs montrent des taux importants d'évolution vers une personnalité antisociale à l'âge adulte. D.R. Lynam (1996) qualifie les sujets présentant l'association symptômes d'hyperactivité et troubles des conduites dans l'enfance de « psychopathes en herbe ».

1.3.4.4. Sévices ou abandon dans l'enfance

J. Oliver (1998) a souligné les liens qui peuvent exister entre sévices subis dans l'enfance et développement d'une personnalité antisociale. Un travail de C.S. Widom (1989), portant sur 908 enfants suivis en moyenne sur 15 ans et évalués avec une méthodologie rigoureuse, aboutit à cette conclusion que le fait d'être victime de sévices et/ou d'abandon dans l'enfance est un facteur prédictif de comportements antisociaux sévères à l'âge adulte.

1.3.4.5. Atteintes neurologiques précoces

Les travaux les plus aboutis concernant l'implication de certaines zones cérébrales (cortex préfrontal essentiellement) dans le comportement psychopathique sont ceux d'Antonio Damasio avec les célèbres cas Gage et Elliot.

Le cas Gage est un des cas neuropsychologiques les plus célèbres des annales médicales. En 1848, ce travailleur des chemins de fer américains survécut au passage d'une barre à mine à travers la partie frontale de son cerveau mais

développa au décours de l'accident un fonctionnement de personnalité de type psychopathique. Cent quarante ans plus tard, l'équipe de Damasio reconstruit la lésion de Gage localisée au niveau du cortex préfrontal ventro-médian droit et la corrèle avec l'apparition, après l'accident, de ses traits psychopathiques. La lésion de Gage était strictement similaire à celles que Damasio observait chez des patients frontaux dont le profil neuropsychologique était comparable : une intelligence conservée mais des difficultés sévères d'interactions sociales et de prises de décision.

Le cas Elliot a fait également l'objet d'une étude neuropsychologique très détaillée. Il s'agit d'un patient qui a développé des comportements antisociaux dans les suites de l'ablation d'un méningiome situé dans la région orbitofrontale. Comme pour Gage, le bilan conclut chez lui à une absence de déficit cognitif mais à un déficit d'ordre émotionnel « avec une perte de la motivation spontanée à agir ».

1.3.4.6. Facteurs psychodynamiques

Un travail de O. Giovanelli sur l'impact de l'adversité familiale durant l'enfance sur le développement de la personnalité psychopathique met en évidence quatre variables d'adversité présentant un effet prédictif significatif sur la psychopathie. Il s'agit de l'antipathie paternelle, de la négligence, du manque de supervision et de la discorde au sein du foyer.

1.3.5. Clinique (7,10)

1.3.5.1. Biographie du psychopathe

Ses caractéristiques essentielles sont l'instabilité, l'inadaptabilité et l'impulsivité.

Les premières manifestations caractérielles (colères, agressivité, oppositions, désobéissances) sont objectivées dès l'enfance et interfèrent rapidement avec les possibilités d'adaptation scolaire.

L'adolescence marque un tournant évolutif défavorable avec apparition des actes de délinquance caractérisée, des conduites toxicomaniaques, et des conduites à risque, notamment dans le domaine de la sexualité. L'instabilité, caractéristique de la personnalité psychopathique, empêche les possibilités de formation professionnelle et les emplois fixes.

La vie adulte du sujet va poursuivre la même progression chaotique marquée du sceau de l'instabilité dans le domaine professionnel, social et affectif, même si avec l'âge, les actes de déviance antisociale peuvent sensiblement s'amender.

1.3.5.2. Personnalité du psychopathe

Les traits de personnalité apparaissent en général assez clairement lors des entretiens cliniques.

- Le contact est superficiel même si le psychopathe se présente souvent de façon aimable et charmeuse.
- Les tendances égocentriques et manipulatrices caractérisent les relations interpersonnelles. Comme dans le cas des personnalités narcissiques, l'interlocuteur n'est reconnu qu'à travers l'utilisation qui peut être faite de lui. On note une incapacité à percevoir l'impact de son comportement sur autrui de même qu'un manque d'empathie à l'égard de l'autre.
- L’impulsivité génère des troubles du comportement : bagarres, fugues, crises clastiques, délits mineurs ou majeurs. Le psychopathe réagit à la moindre frustration et se montre incapable de retarder l'accomplissement de ses désirs immédiats. Par ailleurs, il existe chez lui une incapacité à prévoir les conséquences de ses actes et à tirer profit des expériences passées.
- L'agressivité est fréquente, en particulier dans les contextes de frustration. Cette agressivité peut revêtir un aspect pervers lorsqu'elle s'accompagne d'un véritable plaisir à faire le mal ou à le faire faire par d'autres.

- Le manque d'anxiété a été classiquement décrit comme un trait caractéristique, le passage à l'acte prenant le relais de toute ébauche d'anxiété. Cependant, bien souvent les aléas d'un parcours existentiel instable amènent des décompensations anxieuses, parfois suraiguës, pouvant conduire à une demande de soins en urgence.
- La thymie est instable. Les passages à l'acte auto agressifs sont souvent sous-tendus par des décompensations dépressives brutales marquées par l'intensité des affects dépressifs.
- La prise d'alcool ou de toxiques peut être le support de la demande de prise en charge en urgence par le patient qui expérimente ces décompensations anxieuses ou dysphoriques aiguës, mais altère alors souvent les possibilités de réponse thérapeutique appropriée, du fait de l'aggravation des troubles du comportement.
- Il existe fréquemment des troubles des conduites sexuelles avec instabilité, conduites à risque (partenaires multiples, relations sexuelles non protégées). Les authentiques perversions à caractère stable et répétitif sont beaucoup plus rares.

1.3.5.3. Evolution

Certains auteurs ont évoqué la possibilité d'évolutions favorables pour les manifestations antisociales dans la seconde partie de vie, se référant à un phénomène d'épuisement qui pourrait être lié à l'âge, à l'accumulation d'événements de vie adverses et/ ou de sanctions judiciaires. Selon R.D. Hare, cette rémission apparemment spontanée est plus le fait de l'apprentissage de nouvelles voies pour échapper aux autorités qu'une réelle amélioration : il montre que le facteur I de la PCL, qui représente les traits de personnalité considérés comme centraux, varie peu avec l'âge. Les scores du facteur II, qui se réfèrent plus aux comportements sociaux déviants, diminuent en revanche avec l'âge.

Les personnalités antisociales ont un risque accru par rapport à la population générale de décéder prématurément avec une augmentation significative de décès par causes non naturelles (suicides, accidents, homicides).

1.3.5.4. Trouble associé

Près de 80 % de tous ceux qui ont une personnalité antisociale présentent une conduite addictive associée.

Nous pouvons retrouver d'autres troubles de la personnalité associés.

1.3.6. Evaluation : la Psychopathy Check-list de Hare (PCL-R)

Le modèle psychopathique de Hare n'est pas le seul utilisé ; mais il est le plus utilisé actuellement. D'autres modèles plus complexes, ne se limitant pas aux facteurs statistiques sont en cours de validation.

1.3.6.1. Description de la PCL-R

Influencée par les travaux d'Hervé Cleckley en 1976, comme de nombreux autres outils, la PCL-R est, dans sa première version (1991), constituée de 20 items répartis principalement en deux grands facteurs : le facteur 1, relatif aux caractéristiques interpersonnelles, affectives et narcissiques de la psychopathie et le facteur 2, définissant les caractéristiques liées au style de vie impulsif/parasite et la tendance antisociale chronique. Cette structure bifactorielle a ensuite été scindée en quatre facettes, dans la seconde version du même manuel parue en 2003. Le premier facteur (F1) comprend les facettes relatives aux relations interpersonnelles et à la froideur émotionnelle du sujet psychopathe, le deuxième (F2) comprend les facettes relatives au style de vie impulsif et au comportement antisocial du psychopathe.

La PCL-R a été étalonné uniquement chez le sujet de sexe masculin.

Les 20 items (définis en annexe 2) composant cette échelle sont les suivants :

Item1 : Loquacité et charme superficiel (F1)

Item 2 : Surestimation de soi (F1)

Item 3 : Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer (F2)

Item 4 : Tendance au mensonge pathologique (F1)

Item 5 : Duperie et manipulation (F1)

Item 6 : Absence de remords et de culpabilité (F1)

Item 7 : Affect superficiel (FI)

Item 8 : Insensibilité et manque d'empathie (F1)

Item 9 : Tendance au parasitisme (F2)

Item 10 : Faible maîtrise de soi (F2)

Item 11 : Promiscuité sexuelle (F1+F2)

Item 12 : Apparition précoce de problème de comportement (F2)

Item 13 : Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste (F2)

Item 14 : Impulsivité (F2)

Item 15 : Irresponsabilité (F2)

Item 16 : Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes (F1)

Item 17 : Nombreuses cohabitations de courte durée (F1+F2)

Item 18 : Délinquance juvénile (F2)

Item 19 : Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle (F2)

Item 20 : Diversité des types de délits commis par le sujet (F2)

Le premier facteur regroupe les items 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, et 16. Le deuxième facteur regroupe les items 3, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19 et 20. Les items 11 et 17 ne sont spécifiques à aucun des facteurs.

Les symptômes du premier facteur (F1) sont réputés incurables ; alors que ceux du deuxième (F2), même en l'absence d'actions thérapeutiques peuvent s'améliorer avec le temps (amélioration accélérée avec une prise en charge spécifique).

Le premier facteur caractérise la « psychopathie », car les psychopathes seraient plutôt définis par leur apparence rassurante pouvant évoquer un « masque de normalité » en plus d'avoir des comportements antisociaux regroupés dans le deuxième facteur, qui se retrouvent également dans les deux classifications psychiatriques usuelles (19).

1.3.6.2. Passation et Cotation

La passation doit obligatoirement être réalisée par un clinicien ou un chercheur, le plus souvent psychologue, ou psychiatre formé préalablement. Chaque item de la PCL-R est évalué sur une échelle à trois points selon que l'item s'applique ou non. Un score de 0 lorsque l'item ne s'applique pas ; un score de 1 quand l'item s'applique au sujet dans une certaine mesure ; et un score de 2 lorsque l'item s'applique complètement.

Le score obtenu varie entre un score minimum de zéro (0) point et un score maximum de quarante (40) points. Il est important de préciser les sous-score des facteurs 1 et 2 ; et il est important de rapporter les symptômes cotés à 2.

Hare (en 2003) et ses collaborateurs ont proposé un point de coupure de 30/40. Dans cette approche catégorielle, le diagnostic de psychopathie (psychopathie prototypique constituée) peut clairement être posé pour un score de 30/40 et exclu pour un score inférieur ou équivalent à 20/40. Pour un score compris entre 20 et 30 (exclu) on parle de traits psychopathiques.

Le seuil est fixé en Europe à 25/40 pour la psychopathie prototypique.

1.3.6.3. Outils d'évaluation dérivés de la PCL-R

i. La PCL-Short Version (version abrégée de la PCL-R)

Description : la PCL-SV est une version abrégée de la PCL-R (Hart, 1995) constituée de 12 items répartis dans deux facteurs, inclus dans la version complète

de l'échelle d'évaluation de psychopathie de Hare. Le facteur I mesure les caractéristiques interpersonnelles et affectives et le facteur II mesure le comportement socialement déviant et la criminalité passée.

Passation et cotation : les procédures de passation et de cotation des items de la PCL-SV sont identiques à ceux de la PCL-R. Cependant, le score total s'étend ici de zéro à 24 points avec un point de coupure supérieur ou égal à 18 pour pouvoir établir un diagnostic de psychopathie (Walters et al., 1999).

ii. La PCL-Young Version (Échelle d'évaluation de la psychopathie chez les adolescents)

Description : la PCL-YV est destinée à évaluer les traits de psychopathie chez des adolescents d'au moins 13 ans et comporte 20 items, évalués sur base d'entrevues semi structurées et d'informations collatérales contenues dans divers dossiers et rapports officiels (administratifs, judiciaires, psychologiques, psychiatriques, etc.) (Forth, 2003). Une formation est nécessaire pour l'évaluation de cet outil en raison de la complexité de son administration.

L'interview couvre différents domaines : l'adaptation scolaire, l'adaptation professionnelle, les objectifs de carrière, l'histoire psychiatrique, la santé, la vie familiale, les relations interpersonnelles, la consommation de drogue, l'enfance et les comportements antisociaux.

Les 20 items sont comparables à ceux de la PCL-R à l'exception de trois d'entre eux : la faible maîtrise de la colère, le manque de buts, les relations interpersonnelles instables.

Passation et cotation : cet instrument est scoré sur une échelle à 3 points comme la PCL-R et les résultats varient également sur un continuum de 0 à 40. Le diagnostic de psychopathie, selon Hare, est posé à partir d'un score de 30 ou plus. Bien que ce point de coupure soit reconnu par l'ensemble de la communauté

scientifique, il fait cependant l'objet de discussions relatives notamment aux variations interculturelles. Une étude menée sur un échantillon belge par Pham (2003), met en évidence des scores plus faibles au facteur I et au facteur II que ceux obtenus pour les échantillons nord-américains (Hare, 1991) et préconise un point de coupure de 25.

1.3.7. Diagnostic

1.3.7.1. Diagnostic positif

i. La personnalité antisociale dans le DSM-5

L'APA retient 4 critères pour poser le diagnostic de personnalité antisociale (A, B, C et D).

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

1. Incapacité 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.
3. Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance.
4. Irritabilité et agressivité, comme en témoigne 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 trouble bipolaire.

ii. La personnalité dyssociale dans la CIM-10

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

- une indifférence froide envers les sentiments d'autrui ;
- une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales ;
- une incapacité à maintenir durablement des relations, alors même qu'il n'existe pas de difficulté à établir les relations ;
- une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de la violence ;
- une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions ;
- une tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société.

Le trouble peut s'accompagner d'une irritabilité persistante. La présence d'un trouble des conduites pendant l'enfance ou l'adolescence renforce le diagnostic, mais un tel trouble n'est pas toujours retrouvé.

1.3.7.2. Diagnostic différentiel

Le diagnostic de personnalité antisociale n'est pas posé avant 18 ans et n'est, d'autre part, porté que s'il existe des antécédents d'au moins quelques symptômes de trouble des conduites avant l'âge de 15 ans.

i. Trouble de l'usage d'une substance

Lorsque le comportement antisocial d'un adulte est associé à un trouble de l'usage d'une substance, le diagnostic de personnalité antisociale n'est porté que si des signes de ce trouble étaient déjà présents dans l'enfance et ont persisté à l'âge adulte. Si l'utilisation de substances et le comportement antisocial ont tous deux débuté dans l'enfance pour se poursuivre à l'âge adulte, les diagnostics de trouble de l'usage d'une substance et de personnalité antisociale doivent être portés conjointement si les critères sont remplis, même si certains actes antisociaux peuvent être la conséquence des troubles de l'usage d'une substance.

ii. Schizophrénie et trouble bipolaire

Un comportement antisocial qui survient exclusivement au cours de l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire ne justifie pas un diagnostic de personnalité antisociale.

iii. Autres troubles de la personnalité

À la fois dans la personnalité antisociale et dans la personnalité narcissique, le sujet tend à être entêté, séducteur, superficiel, à exploiter autrui et à manquer d'empathie. Toutefois, il n'y a pas, dans les caractéristiques de la personnalité narcissique, la tendance à être impulsif, agressif et à tromper. De plus, il n'y a pas dans la personnalité antisociale le même besoin d'être admiré et envié par les autres et il n'y a habituellement pas dans la personnalité narcissique d'antécédents de trouble des conduites dans l'enfance ou de conduite criminelle à l'âge adulte.

Il y a, à la fois dans la personnalité antisociale et dans la personnalité histrionique, une tendance à être impulsif, superficiel, à chercher l'excitation, à être téméraire, séducteur et manipulateur. Toutefois, les sujets qui ont une personnalité histrionique ont plus tendance à exagérer leurs émotions et, typiquement ne s'engagent pas dans des comportements antisociaux.

Dans la personnalité histrionique et dans la personnalité borderline, il existe une manipulation d'autrui dans le but d'être pris en charge mais celle-ci vise, dans la personnalité antisociale, à obtenir un profit, du pouvoir ou un autre avantage matériel et les sujets qui ont une personnalité antisociale tendent à être moins instables émotionnellement et plus agressifs que ceux qui ont une personnalité borderline.

Des comportements antisociaux peuvent être observés dans la personnalité paranoïaque mais ils sont habituellement davantage motivés par un désir de vengeance que par celui d'un gain personnel ou d'exploiter les autres comme c'est le cas dans la personnalité antisociale.

iv. Comportement criminel non associé à un trouble de la personnalité

La personnalité antisociale doit être distinguée d'un comportement criminel visant à obtenir un gain et non accompagné des traits de personnalité caractéristiques de ce trouble. Ce n'est que lorsque les traits de personnalité antisociale sont rigides, inadaptés et persistants et qu'ils causent une souffrance subjective ou une altération significative du fonctionnement qu'ils constituent une personnalité antisociale.

1.3.8. Traitement

1.3.8.1. Prise en charge des troubles des conduites chez l'adolescent

Elle est double, médicale et judiciaire. Elle peut être considérée comme le volet préventif.

i. **Prise en charge médicale** (6)

Elle est multimodale, coordonnée par un médecin référent de soin.

Le traitement pharmacologique a pour but de limiter l'impulsivité et l'agressivité. Les molécules les plus utilisées sont la Rispéridone (dès 5 ans), et la Cyamémazine (dès 3 ans). Le traitement médical est utilisé en deuxième intention, couplé à une prise en charge psychothérapeutique, ou en première intention dans le cadre d'une urgence.

Le traitement non pharmacologique comprend : les psychothérapies, des aides socioéducatives, et un réaménagement de la scolarité.

Les psychothérapies sont obligatoires. Elles peuvent consister en des interventions auprès des parents (entrainement aux habiletés parentales), ou auprès de l'enfant (entrainement aux compétences sociales), ou encore auprès des deux (thérapie familiale systémique).

Les aides socioéducatives interviennent à la demande des parents, mais peuvent également être imposées suite à une information préoccupante (signalement) ; il s'agit en général d'un placement en foyer d'accueil.

Le réaménagement scolaire consiste à faire de l'information auprès des équipes pédagogiques, et à mettre en place des dispositifs d'aménagements scolaires. Il peut s'agir de projet d'accueil individualisé (PAI), si l'enfant a besoin de prendre un traitement pharmacologique sur le temps scolaire. Il s'agira surtout d'être vigilant à leur intégration sociale dans les groupes d'enfants prosociaux, plutôt que problématiques.

ii. Prise en charge judiciaire

Il s'agit de mesures éducatives (placement en foyer, stage d'intérêt général) et de réparation (consistant pour un mineur délinquant à réparer le tort causé à la victime ou à la collectivité du fait de son acte). Elles sont prononcées par le juge des mineurs.

1.3.8.2. Psychothérapie

Les thérapies individuelles impliquant régularité et réponse différée aux exigences immédiates n'apportent que des résultats limités compte tenu des caractéristiques psychopathologiques fondamentales de ce type de personnalité.

Indépendamment de l'approche théorique utilisée, il existe un certain consensus concernant l'attitude thérapeutique à adopter : les cliniciens doivent fixer des objectifs « réalistes » en ciblant l'action thérapeutique sur des aspects qui peuvent être reconnus comme problématiques par le sujet lui-même. Les règles de collaboration doivent être structurantes voire directives. La plupart des programmes de traitement adoptent comme critères d'inclusion que le patient ne nie pas de manière catégorique la réalité de ses délits.

1.3.8.3. Hospitalisation

Les indications d'hospitalisation doivent être soigneusement pesées, en fonction des caractéristiques de la décompensation qui amène le sujet à l'hôpital, le plus souvent en urgence. Il importe de fixer des objectifs précis : traitement d'un épisode dépressif, cure de sevrage, et de limiter la durée des hospitalisations aux strictes nécessités de ces objectifs.

Les hospitalisations se font préférentiellement dans des unités pour malades difficiles (UMD).

1.3.8.4. Traitement médicamenteux

Les chimiothérapies sont essentiellement symptomatiques et prescrites en fonction des caractéristiques cliniques de l'épisode qui amène le sujet à consulter. Les benzodiazépines sont à éviter en dehors d'une prescription ponctuelle, dans le cadre d'un sevrage alcoolique.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, le lithium, les anticonvulsivants (type carbamazépine ou valproate), et certains neuroleptiques ou antipsychotiques sédatifs ont été préconisés en fonction de leur action anti-impulsive ou anti agressive. L'instabilité entraîne cependant très souvent des arrêts à court terme.

1.4.Psychopathie et médecine traditionnelle au Bénin

1.4.1. Fa

Fa, géomancie la plus utilisée au Bénin, est à la fois une technique divinatoire, une voie de connaissance, une doctrine initiatique.

Les éléments constitutifs de cette géomancie béninoise sont les « maisons » et les « signes » géomantiques. Il existe seize principaux signes et seize maisons géomantiques. La combinaison et la fusion, entre ces signes et maisons géomantiques, aboutissent à un total de 256 signes se décomposant en seize signes-mères appelés « Dougan » ou « Doumedji ». Il existe aussi 240 signes secondaires appelés « Vikando » ou « Douvi ».

Fa considère que le monde et notre vie terrestre sont une combinaison de quatre éléments représentés par : « le feu, l'air, l'eau et la terre ». Ces différents éléments vont se retrouver d'une manière variable dans toutes les espèces de la vie. Une combinaison et une fusion donnée représentent un signe du Fa. Cette combinaison tiendra compte de l'ordre, de la disposition et du nombre de chacun des éléments. Cette forme de combinaison donnera à chaque signe une particularité, une valeur propre et un état spécifique et permanent. Fa, compris comme art divinatoire a ainsi pour but d'étudier les divers éléments dont la combinaison donne et régit la vie

1.4.2. Fa et les traits de caractère

Les seize signes du Fa sont classés en fonction de l'élément prédominant. Ainsi, il est décrit les signes de feu, ceux d'air, d'eau et enfin ceux de terre. Nous avons

trouvé une similitude entre cette classification des signes du Fa et la classification des personnalités faite par Hippocrate dans l'antiquité. Dans le tableau III, nous présentons cette similitude entre les signes du Fa et les personnalités selon Hippocrate.

Tableau III : signes du Fa et personnalités selon Hippocrate

Fluide prédominant (Hippocrate)	Caractéristiques Communes	Elément prédominant (Fa)
Sang	Vif, émotif	Air
Lymphe	Lent, froid	Eau
Bile jaune	Coléreux, amer	Feu
Bile noire	Sombre, pessimiste	Terre

2. Cadre et méthode de travail

2.1. Cadre du travail

Notre travail s'est déroulé sur nos différents lieux de stages. Le centre national hospitalier universitaire de psychiatrie de Cotonou, ex Jacquot (CNHUP-C), et le centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU HKM), dans son service de psychiatrie.

2.1.1. Centre national hospitalier universitaire de psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)

Le CNHUP-C est créé par décret N° 90-348 du 14 Novembre 1990 portant attribution, organisation et fonctionnement, classé comme organisme public spécialisé à caractère social jouissant de la personnalité juridique et de la semi-autonomie financière. Il est érigé par décret Nº 2014-527 du 25 Août 2014 en Centre Hospitalier Universitaire sous l'appellation de Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou.

Ledit centre est implanté sur une superficie de plus de deux hectares, et dispose de cent vingt lits d'hospitalisation tous occupés avec un taux d'occupation de 140 % du fait des raflés et autres indigents des rues de la ville qui abondent le centre.

Dans la dynamique d'une meilleure organisation, le centre a été subdivisé en deux unités de soin à savoir : l'unité de soins d'urgence psychiatrique (USUP), et l'unité de soins aux toxicomanes (UST). On y dénombre cinq blocs d'hospitalisation et des bureaux administratifs. Notifions que les blocs d'hospitalisation sont administrés par des Médecins en spécialisation, des majors infirmiers et psychologues, des techniciens supérieurs en santé mentale (TSSM) expérimentés. L'effectif du personnel s'élève à cinquante-deux agents toute catégorie confondue : personnel médical et paramédical (médecins psychiatres,

médecin généraliste, TSSM, infirmier diplômé d'état, infirmier breveté, technicien de laboratoire, psychologue, aide-soignant) et de personnel administratif (administrateur, comptable, secrétaire, assistante sociale, aide pharmacie, aide cuisine, agent d'entretien et chauffeur).

L'hôpital assure les activités de consultation, d'hospitalisation, de soins ambulatoires, et pédagogiques pour étudiants (médecine, psychologie, soins infirmiers, assistance sociale), et médecins en spécialisation.

2.1.2. Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU HKM)

Le CNHU HKM est l'hôpital général de référence du Bénin. Il est situé au Sud de la ville de Cotonou. Il est limité au Nord et à l'Est par le Camp GUEZO, au Sud par la Présidence de la République, à l'Ouest par l'Institut National Médico Sanitaire (INMeS), l'Église catholique de la cité médicale. Le CNHU a été créé en 1962 par la loi N° 62-32 du 30 octobre 1962, sous l'appellation « Hôpital 350 lits » ; il devint l'hôpital autonome de Cotonou en 1963. Par décret N°490 du 21 décembre 1966, il a changé de statut et est devenu le Centre National Hospitalier. Avec la création de l'Université Nationale du Bénin (UNB), il a été érigé par décret N°73/008 du 10 janvier 1973, en Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), afin de permettre aux étudiants en médecine, d'y faire leur stage pratique. Le décret N°91-007 du 13 mai 1991 lui a conféré le statut d'office à caractère social et scientifique. Il sera rebaptisé Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) le 3 décembre 2001.

Le service de psychiatrie du CNHU HKM fait partie du département de médecine et spécialités médicales. Créé en 1979, il comporte un pavillon d'hospitalisation et un second administratif ; celui-ci héberge en plus des salles réservées aux personnels, deux salles de consultation et 3 salles d'hospitalisations pour un total

de 5 lits. Le pavillon d'hospitalisation a récemment été réquisitionné au profit des soins pour les personnes souffrant de l'infection à coronavirus (Covid-19).

Le personnel du service de psychiatrie se compose d'un chef service (professeur titulaire de psychiatrie d'adultes), une surveillante de pavillon (technicienne supérieure en santé mentale), six infirmiers diplômés d'état (dont deux autres techniciens supérieurs en santé mentale), sept agents de service hospitalier et une secrétaire.

Le service assure les activités de consultation, d'hospitalisation, de psychiatrie de liaison, et pédagogiques pour étudiants (médecine et psychologie), et médecins en spécialisation.

2.2.Méthode d'étude

2.2.1. Période d'étude

Notre travail s'est déroulé sur une période de neuf mois, allant du 1er février 2021 au 30 septembre 2021.

2.2.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et d'une étude de vignette clinique. La nature des données était rétrospective et prospective.

2.2.3. Population d'études

Il s'agissait, pendant la période retenue, de patients prévenus, et faisant l'objet d'une expertise psychiatrique. Nous avons inclus les sujets pour qui le diagnostic de personnalité antisociale (selon le DSM-5) avait été évoqué. Ont été exclus de l'étude, tous les prévenus pour qui le diagnostic de personnalité antisociale ne faisait pas l'unanimité des médecins.

2.2.4. Echantillonnage

Nous avions procédé à un recensement exhaustif des prévenus faisant l'objet d'une expertise psychiatrique. Ils étaient au nombre de 4. Nous avions évoqué la personnalité antisociale chez deux des prévenus ; mais un seul faisait l'unanimité chez les médecins. Nous avons retenu une vignette clinique.

2.2.5. Variables

La variable dépendante était la psychopathie.

Les autres variables que nous avons recueillies étaient en rapport avec :

- le diagnostic de la psychopathie ;
- la prise en charge de la psychopathie ;
- les aspects médico-légaux de la psychopathie.

2.2.6. Collecte des données

La méthode a consisté en l'exploitation du dossier médical du patient retenu, ainsi que de ses rapports d'expertise et de réquisition. Nous avons également procédé à un entretien individuel semi structuré au cours duquel nous avons fait passer au patient la PCL-R de Hare.

L'outil de collecte était le guide de rédaction de l'observation psychiatrique, que nous avons modifié en y ajoutant les éléments de la PCL-R de Hare.

2.2.7. Traitement des données

Les publications scientifiques ont été collectées à l'aide du logiciel Zotero (version 5.0.96.3). Les diagnostics ont été libellés selon le DSM 5.

A l'aide de Microsoft office professionnel plus (version 2019), nous avons saisi le texte, puis réalisé les tableaux.

2.2.8. Considérations éthiques

L'accord de la coordinatrice du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de psychiatrie, et des autorités du CNHUP-C, a été requise. La règle de l'anonymat et la confidentialité des informations avaient prévalue.

Les différentes publications scientifiques ont été acquises via la bibliothèque numérique de l'Université de Lorraine en France.

3. Résultats : Vignette clinique

Pendant la période retenue, de tous les quatre patients prévenus, et faisant l'objet d'une expertise psychiatrique, nous avions évoqué un trouble de la personnalité antisociale chez un seul.

Joker (nom d'emprunt) avait 42 ans quand nous l'avons rencontré, la première fois, dans le cadre d'une expertise psychiatrique.

3.1. Biographie de Joker

Joker est l'ainé d'une fratrie de quatre enfants, dont deux filles. Son père âgé de 67 ans et sa mère de 64 ans, sont en séparation de corps depuis plus de 15 ans.

Joker n'était pas désiré de sa mère. Cette dernière était employée de maison auprès d'un expatrié quand elle est tombée enceinte. Afin de ne pas perdre son emploi, elle aurait alors fait plusieurs manœuvres abortives, non abouties. L'accouchement de Joker se serait bien déroulé, sans notion de réanimation à la naissance. Il aurait grandi sans notion d'anomalie du développement psychomoteur.

Joker a évolué dans sa famille restreinte jusqu'à l'âge de 11 ans, année d'entrée en classe de 6ème. Dès la classe de CM2 (dernière année des études primaires), Joker aimait les altercations physiques contre d'autres écoliers. Il disait : « j'aimais trop la bagarre. On s'organisait en groupe pour faire des règlements de compte entre écoles. On allait chercher la bagarre aux collégiens. C'était la voyoucratie ». Pour le remettre sur « le droit chemin », ses parents l'auraient confié à un beau-frère qui vivait au nord du pays. Son beau-frère était un agent de l'ordre : chef brigadier. Il déclarait : « mon beau-frère n'a pas eu une bonne influence sur moi ; en tout cas, pas celle que mes parents attendaient de lui. Je l'accompagnais quand il participait à des concours de consommation de bière artisanale (Tchoukoutou) ». Sous l'influence de son beau-frère, Joker aurait

débuté sa consommation d'alcool dès la classe de 6ème ; le beau-frère souffrirait d'un trouble de l'usage de l'alcool avec dépendance. Il a poursuivi ses études avant de décrocher en classe de 2nd. Il déclarait : « j'étais très brillant, mais j'aimais beaucoup l'argent ; j'ai donc arrêté l'école pour en chercher ». C'est à ce moment qu'il est retourné auprès de ses parents.

Dans sa 18ème année, Joker a suivi une formation en déclaration de douane, communément appelé « transitaire ». Après sa formation, ce travail le faisait voyager dans les pays de la sous-région. Il sortait des voitures du port autonome de Cotonou, et les livrait jusqu'au Sénégal.

Dès l'âge de 20 ans, Joker s'adonnait à la cybercriminalité. Il aurait fait beaucoup de victimes dont des enfants d'hommes politiques au Sénégal. Concernant ces activités, il déclarait : « on le faisait sans état d'âme. De toute façon l'argent qu'on leur prenait n'était que de l'argent détourné ».

Joker a entretenu, depuis son adolescence, plusieurs relations « sexuelles », sans lendemain. Il a eu deux enfants avec une de ses compagnes ; l'ainé aurait 14 ans et le dernier 11ans. La mère de ses enfants l'aurait quitté depuis la naissance du dernier enfant. Il ne serait pas en contact avec ses enfants. Il entretient depuis sa rupture plusieurs relations sans lendemain.

Joker se décrit comme très ambitieux, très envieux « de ceux qui sont riches » ; il déclarait aussi : « je suis du genre calme, gentil, j'aime semer l'ambiance, j'aime les filles, draguer les filles, les amener manger, faire la vie. Mon défaut est que je m'énerve très vite ». Les parents de Joker le décrivent comme « très têtu, très irrespectueux ».

Joker n'aurait pas d'amis proches, et la relation avec sa famille serait conflictuelle. Joker présentait un trouble de l'usage de l'alcool, depuis qu'il avait 11 ans. Il a déjà « essayé » du cannabis.

Joker aime les soirées festives, bien « arrosées ». Comme évènement marquant positif, il évoquait la période où il avait beaucoup d'argent.

Concernant les évènements marquants négatifs, il rapportait une notion de vindicte populaire quand il avait 40 ans. En effet, il se serait rendu dans un restaurant, aurait mangé sans possibilité de payer la facture. L'agent de sécurité l'aurait alors pris pour les jeunes délinquants du quartier. Il s'en serait suivi une violente dispute au cours de laquelle il aurait reçu un coup de machette sur la tête.

3.2. Antécédents de Joker

Le premier contact de Joker avec la psychiatrie était en 1998, à l'âge de 19 ans. Dans un contexte de frustration, il aurait commis un acte incendiaire. Il aurait été pris en charge dans un établissement psychiatrique privé. Nous n'avons aucune information documentée sur cette prise en charge. Déjà à cette époque, dans leur quête de réponses, les parents auraient pensé à une cause mystique de ces troubles du comportement.

Le deuxième contact avec la psychiatrie était en 2000, à l'âge de 21 ans. Toujours dans un contexte de frustration et en plus, d'intoxication aiguë alcoolique, il aurait été auteur de coups et blessures volontaires. Cet épisode fut l'occasion de sa première prise en charge au CNHUP-C. Le diagnostic posé à l'époque était une intoxication aiguë alcoolique. Au cours de cette hospitalisation, il aurait violemment agressé une infirmière du centre. Après sa sortie d'hospitalisation, il aurait arrêté le suivi et n'aurait plus fait de récidive pendant les 10 années qui ont suivi.

En 2006, à l'âge de 27 ans, Joker fut incarcéré pendant vingt-un (21) jours, à la prison civile de Ouidah. Il était inculpé de complicité de vol. Nous n'avons aucune information documentée sur ce chapitre de son casier judiciaire.

Le troisième contact avec la psychiatrie était en 2010, à l'âge de 31 ans. Au cours de cette prise en charge, le diagnostic de trouble bipolaire type I épisode maniaque a été retenu. Depuis cet épisode jusqu'au jour de notre première rencontre avec Joker, il déclarait avoir fait chaque année, entre août et septembre, une crise.

A la question « décrivez-nous comment les crises survenaient », il répondait : « il y a une voix qui me disait de sortir de chez moi, et d'aller en discothèque ou dans un restaurant de renom, alors que je n'avais pas d'argent. Quand je résistais, la voix me dérangeait jusqu'à ce que j'obéisse ». Quand il était temps de payer les factures il aurait eu des épisodes d'hétéro-agressivité verbale et physique ; une fois les agents de l'ordre sur place pour l'interpeller, il clamait à chaque fois qu'il était un malade mental et qu'il était suivi au CNHUP-C. Les forces de l'ordre ou dans certaines situations une personne de bonne volonté, le conduisait alors dans ledit centre.

Nous n'avons retrouvé aucun antécédent psychiatrique dans sa famille.

3.3. Résumé de l'expertise psychiatrique

Joker était hospitalisé d'office au CNHUP-C, une fois encore, depuis 4 mois exactement, quand nous le rencontrions pour la première fois.

Sous la direction d'un psychiatre, Professeur titulaire de Psychiatrie à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou (Bénin), diplômé en criminologie appliquée à l'expertise mentale, et expert près les Juridictions du Bénin, nous avions procédé à l'expertise psychiatrique de Joker qui était inculpé de « filouterie d'aliment, violences et voies de fait ». L'expert était commis par le juge et président du parquet général de la république trois mois après l'hospitalisation de Joker.

En effet, une semaine avant la nouvelle hospitalisation de Joker, une voix lui aurait ordonné d'aller dans un restaurant. Il aurait fait appel à une jeune femme qu'il courtisait. Joker déclarait qu'il n'avait pas d'argent ce jour-là. Ils se seraient

rendus dans une cafétéria, où ils auraient consommé pour une forte somme d'argent. Joker serait resté dans cette cafétéria jusqu'à 05 heures du matin, après avoir fait raccompagner la jeune femme chez elle par un conducteur de taxi-moto. Dans l'incapacité de solder sa facture, il se serait montré agressif envers ses créanciers. Il aurait été conduit au commissariat à sa demande. Il fut inculpé de « filouterie d'aliment, violences et voies de fait », et déféré à la prison civile de Cotonou. Au cours de son incarcération, il présentait une agressivité physique et verbale envers les surveillants pénitenciers et les autres détenus. Il justifiait ce comportement par une intolérance à la hiérarchie et aux autres détenus qui « voulaient jouer aux boss ». Il aurait donc été conduit au CNHUP-C une semaine après pour une meilleure prise en charge.

Joker s'était présenté aux agents de l'ordre et au tribunal sous une fausse identité (nom d'un supposé ami) ; il avait aussi donné de fausses informations concernant l'identité de ses parents. Pourquoi avoir donné le nom de son ami alors qu'il pourrait lui porter préjudice ? Joker répondait : « non docteur ! C'est à cause de la maladie que j'ai donné son nom ». Concernant les fausses informations sur ses parents, il disait : « je ne m'en rappelle pas ; je ne savais pas ce que je disais ».

Après examen l'expert faisait la conclusion suivante : « Joker ne présente pas au moment de notre expertise des éléments en faveur d'un trouble psychotique ayant altéré ou aboli son jugement au moment des faits qui lui sont reprochés. Il présente une personnalité pathologique de type antisociale. Cette personnalité est à la base de tous les actes médicolégaux qu'il pose. Il présente une dangerosité criminologique avec un fort risque de récidive. Le sujet est accessible à une sanction pénale ».

3.4.Evolution de Joker après l'expertise psychiatrique

Quelques semaines après que l'expert ait transmis son rapport d'expertise, nous avons reçu une note du juge d'instruction. Cette note nous notifiait la relaxe de Joker.

L'hospitalisation d'office de Joker fut alors levée. A sa sortie son traitement pharmacologique était composé d'un neuroleptique injectable à action retardée, un thymorégulateur per os, et un anti psychotique per os.

Joker opposa, pendant plusieurs jours, un refus de quitter l'enceinte du CNHUP-C. Il avait demandé à sa mère une forte somme d'argent, afin de solder les frais d'hospitalisation. Rappelons, que Joker ayant été hospitalisé d'office, ses frais d'hospitalisation était pris en charge par l'état. Joker n'avait aucun solde à payer ! Pendant ce temps, Joker était à l'origine de plusieurs rixes entre les autres patients du CNHUP-C. Il fournissait des substances psychoactives aux patients qui étaient en cure de désintoxication. Quand il était pris sur le fait, il trouvait toujours une explication pour se dédouaner.

Joker finit par quitter le centre sept mois après son hospitalisation d'office ; celle-ci étant levée deux mois plutôt.

Quatre mois après sa sortie d'hospitalisation, Joker fut réintégré après un trouble sévère à l'ordre publique. Dans un contexte de frustration et de litige familial, il aurait « bloqué » en pleine circulation le volant de la voiture de son beau-frère ; il était passager à bord du véhicule. Ayant bloqué la circulation, occasionnant un embouteillage, il fut interpellé par les agents de l'ordre. Il aurait alors déclaré qu'il était un patient du CNHUP-C, et qu'il aurait raté ses injections mensuelles de neuroleptique ; il clamait alors qu'il était « en crise ». Joker fut hospitalisé à sa demande, à nouveau, au CNHUP-C.

Le jour même de son admission, Joker avait agressé une autre patiente qui était en état d'agitation ; il avait aussi agressé sexuellement une employée du CNHUP-C. Joker a été, alors, placé en chambre d'isolement. Il y est resté pendant quatre semaines environs. Pendant ce temps, il proférait des injures, se montrait provoquant, et avait présenté des bizarreries comportementales : il lançait ses matières fécales sur la personne chargée de nettoyer la chambre d'isolement. La posologie de ses traitements pharmacologiques a été doublée.

Nous l'avons revu après amélioration de son comportement afin de revenir sur les faits et de lui administrer le test de la PCL-R de Hare. Il ne se souvenait pas avoir agressé sexuellement une employée du CNHUP-C. Concernant la patiente qu'il avait agressée, il déclare qu'il voulait lui montrer la discipline. Au cours de notre entretien, Joker était cohérent, il avait une bonne présentation, le contact était syntone sans familiarité. Il répondait de façon adaptée aux questions, était calme pendant l'entretien. Il n'avait pas d'activité hallucinatoire ni de production délirante. Il se projetait dans l'avenir et aimerait retrouver un travail. Il ne présentait pas de distorsion globale de la pensée. L'humeur était normale, et Joker était bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Nous avions appris qu'avant son admission récente, il s'était rendu à la fête d'anniversaire du fils de l'actuel président de la république du Bénin ; il était parti le menacer de mort.

Le comportement de Joker s'étant amélioré, une sortie d'essai, de la chambre d'isolement, fut décidée deux jours après notre entretien. Ce jour même, Joker fugua du CNHUP-C.

3.5.Résultat de la PCL-R de Hare

Au cours de nos différents entretiens semi structurés avec Joker et pendant son suivi en hospitalisation, nous avions fait les constatations suivantes :

Joker s'était montré loquace ; s'exprimant avec facilité, et une répartie facile. Les histoires que Joker nous racontait de manière convaincante, étaient improbable et le mettaient en valeur. Il savait se faire apprécier des nouveaux patients hospitalisés, surtout ceux qui étaient assez stables, et les patients souffrant de toxicomanie. Joker était sûr de lui ; il avait un penchant pour le théâtralisme. Il se pose facilement en victime ; et il espérait reprendre sa vie en main, en quittant le pays afin de se reconstruire ailleurs. Joker avait pris des risques tout au long de son histoire. Le long terme était absent de ses réalisations (école, travail, relation). Il consommait des substances psychoactives, et principalement l'alcool et le tabac.

Joker avait une facilité à mentir. Il inventait plusieurs versions de son passé, sans gêne. Il trouvait une excuse pour tout quand nous le confrontions aux incohérences de son récit. Joker avait pendant longtemps tromper et frauder pour manipuler ou soutirer de l'argent aux autres. Il avait pendant longtemps fait de l'escroquerie en réseau organisé. Il ne se souciait pas des répercussions pour les victimes. Joker n'avait aucun remord, ni culpabilité pour les différents actes médico-légaux. Il était incapable de percevoir la gravité des délits ; et il se positionnait systématiquement en victime. Il avait un manque évident de profondeur dans les émotions que Joker manifestait.

Egoïste, il méprisait le bien-être et les droits d'autrui, et faisait preuve d'indifférence. Joker avait une tendance à utiliser les rares personnes qui restaient autour de lui : sa mère. Il vivait aux crochets de celle-ci. Il se présente à nous comme démuni. Joker était impulsif ; il passait à l'acte devant toute frustration, et même quand on lui réclamait une certaine discipline. Les troubles du comportement de Joker était augmentés sous l'effet de l'alcool. Il oubliait assez rapidement ses actes. Joker avait plusieurs relations sexuelles sans lendemain, de même que plusieurs relations simultanées. Il avait agressé sexuellement une employée du CNHUP-C. Avant ses 12 ans, Joker avait déjà des troubles du

comportement : mensonge, tricherie, indiscipline en classe, violences, brutalité, consommation d'alcool.

Joker était incapable de réaliser des objectifs et projets à longue échéance. Il a dépensé tout son argent dans l'achat de voiture de luxe, qu'il a dû revendre pour dépenser en discothèque. Il avait acheté plusieurs parcelles qu'il a fini par revendre. Joker espérait quitter le pays pour aller se reconstruire dans les pays de l'occident. Joker ne prenait pas le temps de peser le pour et le contre de ses décisions ou d'en envisager les éventuelles conséquences. Joker ne respectait pas ses obligations ou engagements vis-à-vis d'autrui. Joker n'assumait pas la responsabilité de ses actes ou de leurs conséquences. Il trouvait des moyens d'excuser en rationalisant ou en rejetant la faute sur « l'esprit qui déclenche ses crises ». Il ne reconnaissait pas les accusations dont il faisait l'objet. Joker n'avait pas à son actif de nombreuses cohabitations de courte durée.

Avant 18 ans, Joker n'a pas fait l'objet d'une condamnation officielle pour délinquance juvénile. Tous les comportements antisociaux étaient rapportés par lui-même ou par sa famille. Après sa sortie de prison à 27 ans, Joker a commis de nouvelles infractions sans condamnation. Joker avait à son actif plusieurs types de délits : drogue, voies de fait, agression sexuelle, fraude, acte incendiaire, filouterie d'aliment, violence.

Le score final de Joker après cotation de la PCL-R de Hare était de 32/40.
Le sous-score pour le facteur 1 (F1) était de 14/16.
Le sous-score pour le facteur 2 (F2) était de 16/20.

La cotation des différents items est résumée dans le tableau suivant :

Tableau IV : cotation des items de la PCL-R de Hare pour Joker

Item 1 (F1) : 2	Item 11 (F1/F2) : 2
Item 2 (F1) : 2	Item 12 (F2) : 2
Item 3 (F2) : 1	Item 13 (F2) : 2
Item 4 (F1) : 2	Item 14 (F2) : 2
Item 5 (F1) : 2	Item 15 (F2) : 2
Item 6 (F1) : 2	Item 16 (F1) : 2
Item 7 (FI) : 1	Item 17 (F1/F2) : 0
Item 8 (F1) : 1	Item 18 (F2) : 0
Item 9 (F2) : 2	Item 19 (F2) : 1
Item 10 (F2) : 2	Item 20 (F2) : 2
Total : 32/40	

4. Discussion

4.1. Joker, un psychopathe prototypique

4.1.1. Facteurs étiopathogéniques retrouvés chez Joker

La personnalité n'est pas une donnée biologique, héréditairement transmise. Elle est une construction, fruit d'une interaction constante entre l'individu et son environnement. Cette construction est en devenir permanent et susceptible de bouleversements et de désorganisations sous l'effet de traumatismes provenant de l'intérieur du sujet lui-même ou du monde extérieur (18).

4.1.1.1. Délinquance infantile

Dès l'âge de 11 ans, Joker s'adonnait à des actes de violence ; il provoquait, en bande organisée, des bagarres. On pouvait le qualifier de « jeune délinquant » ou de « jeune voyou ». Quand ses parents devaient le décrire, ils employaient les thèmes « têtu », et « irrespectueux ». Ces troubles des conduites infantiles ont d'après Guelfi et de nombreux auteurs, une valeur prédictive de la psychopathie à l'âge adulte (10).

4.1.1.2. Abandon et sévices

Plusieurs études ont montré les liens entre abandon ou sévices subis dans l'enfance, et le développement d'une psychopathie à l'âge adulte. Joker semble correspondre à ces constatations.

Il était un « jeune délinquant ». Pendant longtemps au Bénin, et malheureusement encore de nos jours, les sévices corporels étaient un moyen commun d'éducation. Les sévices corporels continuent d'ailleurs d'être l'objet de débat entre « pro et anti-sévices ». Les parents de Joker ont fini par le confier à un beau-frère, celui-ci étant un brigadier. De manière générale les agents de l'ordre, communément appelés « chef » au Bénin, sont réputés pour être sanguins et bilieux (se référant aux personnalités selon Hippocrate). Ces caractères associés au trouble de l'usage

de l'alcool chez ce beau-frère, devaient certainement faire le lit d'une maltraitance, durant les années que Joker passa chez lui.

Nous estimons que l'on n'est pas suffisamment mature, à 11 ans, pour comprendre les liens avec une belle-famille. Joker a certainement vécu ce passage de sa vie comme un abandon. En effet, il déclarait n'avoir jamais manqué de rien quand il vivait avec ses parents ; ceux-ci pourvoyaient à tous ses besoins. Il n'avait pas alors à se soucier de l'argent. La vie avec son beau-frère a précocement nourri en lui l'attrait de l'argent, afin de combler le vide laissé par l'abandon de ses parents. C'est ainsi que Joker devint un décrocheur scolaire à 15 ans.

Cependant, au Bénin, il n'y aurait pas toujours une corrélation entre sévices et/ou abandon dans l'enfance et développement d'une psychopathie à l'âge adulte. En effet, beaucoup sont ces pratiques, qui sont assimilées à des sévices. L'une d'elles regroupe en elle seule, abandon et sévices ; il s'agit du phénomène des « Vidomingons » (appellation en langue fon, qui signifie littéralement enfant placé). Par le biais de cette pratique, les enfants sont envoyés dans des familles d'accueil qui sont tenues de leur assurer une éducation et un avenir meilleur que ce qu'ils auraient s'ils étaient restés chez leurs parents biologiques. L'enfant en retour, doit apporter son aide dans les tâches quotidiennes de la maison. Cette pratique n'est pas sans inconvénients sur la vie des enfants car dans certaines familles, ces enfants sont maltraités (mal nourris, mal habillés et mal soignés), déscolarisés. Pour d'autres, ce sont les violences physiques et sexuelles. Néanmoins, il faut reconnaître que certaines familles en prennent soin comme si c'était leurs propres enfants. L'organisation non gouvernementale Famille Patriote faisait les constatations suivantes : certains de ces enfants ont pu s'en sortir parce qu'ils ont eu la possibilité d'être placés, alors que d'autres restaient traumatisés à vie (20).

4.1.1.3. Enfant non désiré et anomalie du développement

Joker n'était pas désiré de sa mère ; celle-ci avait tenté plusieurs manœuvres abortives, en vain. Quels rôles, ont bien pu jouer ce non désir de Joker par sa mère et ces différentes manœuvres dans le développement des troubles du comportement chez lui ?

Jean Pliya avait remarqué dans le comportement de certains enfants, une brutale opposition aux parents, des conduites toxicomaniaques et l'alcoolisme. Il s'agit des enfants conçus accidentellement par suite d'un viol ; ceux dont la grossesse avait été refusée ou avait subi des manœuvres abortives, les enfants rejetés à la naissance ou mis en garde en vue d'une adoption (21).

Dans son ouvrage « Le fruit de tes entrailles », Hidalgo disait d'un enfant ayant fait l'objet de rejet pendant la vie utérine qu'il réagissait avec violence (22). On le rejette, et il va rejeter à son tour. D'abord il va refuser de naitre, car il se sent menacé. Il naitra avec le cordon ombilical autour du cou ; seul le savoir-faire et la dextérité du gynécologue parviendra à le sauver. Après sa naissance, il ne rendra pas la vie facile à son entourage ; Joker aura réussi à rendre la vie infernale à ses parents. De par ses transgressions, il manifesterait son mal-être. C'est aussi un moyen pour lui de trouver qui il est ; mais ce faisant hélas, il se construit une identité à travers les infractions.

Raine, cité par Toivonen et al, démontrait un lien entre la psychopathie et la présence d'un *cavum septum pellucidum* (23). Le *septum pellucidum* est situé sur la ligne médiane du cerveau, entre les deux hémisphères cérébraux. Il est attaché en haut au corps calleux, et à l'ensemble des fibres nerveuses qui connectent les deux hémisphères. En arrière il est en rapport avec la partie antérieure du fornix, et de part et d'autre on trouve la face médiane des deux ventricules latéraux (24). Ce septum est formé de deux couches ; durant le développement fœtal, il existe un espace entre elles, appelé « *cavum septum pellucidum* », qui va disparaître dans

90 % des cas au cours de l'enfance. Dans certaines situations (usage d'alcool pendant la grossesse, prématurité) ce *cavum septum pellucidum* pourrait persister au-delà de 6 mois post natal (25). Nous n'avons aucune notion sur les méthodes abortives dont a fait usage la mère de Joker. L'alcool étant fréquemment utilisé au cours des manœuvres abortives clandestines, nous pouvons supposer que Joker était né avec un *cavum septum pellucidum*, qui ne s'est pas refermé après la naissance. Toivonen et al, dans leur étude concluaient que la présence d'un *cavum septum pellucidum* n'était pas un facteur de risque exclusif des comportements violents.

4.1.1.4. Traumatisme crânien et encéphalique

A 40 ans, Joker a subi un traumatisme crânien. Victime d'une vindicte populaire, il aurait reçu un coup de machette sur la tête. Il aurait bénéficié de plusieurs points de suture. Il ne signale aucune perte de connaissance au moment de l'impact. Il n'aurait pas réalisé une imagerie cérébrale. Les travaux les plus aboutis ont montré l'implication de l'atteinte du cortex préfrontal dans le comportement psychopathique (10). Quand bien même Joker aurait eu un traumatisme crânien encéphalique avec une atteinte du cortex préfrontal, ses troubles des conduites remontaient à son enfance. In fine, ce traumatisme n'aurait fait qu'exacerber une symptomatologie ancienne.

4.1.1.5. Carence éducative

Plusieurs auteurs mettaient en évidence, au travers de quatre variables, l'impact de l'adversité familiale durant l'enfance sur le développement de la psychopathie. Il s'agit de l'antipathie paternelle, de la négligence, du manque de supervision et de la discorde au sein du foyer (10,26,27). Nous n'avons pas obtenu des informations sur la relation entre Joker et son père, mais nous savons qu'il a manqué de supervision dès sa puberté. Giovagnoli montrait que cette variable avait l'impact le plus massif, et que cet impact était significatif sur le facteur 1

(F1) de la PCL-R de Hare (26). En effet, Joker totalisait un score de 14/16 pour le facteur 1 (F1).

4.1.2. Traits de caractères de Joker

Dès son enfance, Joker avait présenté des manifestations caractérielles ; ses parents disaient de lui qu'il était têtu et irrespectueux. Au Bénin, pour qu'un parent en arrive à dire de son enfant, que celui-ci était irrespectueux et têtu, c'est que l'enfant a dû lui en faire "voir de toutes les couleurs". La délinquance de Joker a débuté dès l'adolescence, de même que ses conduites sexuelles à risque et toxicomaniaques.

Il avait décroché de l'école, certainement du fait de son instabilité ; même s'il mettait en avant l'attrait de l'argent. Il n'avait pas d'emploi fixe. Sa vie depuis qu'il est majeur était marquée du sceau de cette instabilité dans les domaines social, professionnel et affectif.

Lors de notre première rencontre avec Joker, il nous était apparu très aimable. Sa relation à nous était égocentrique et tintée de manipulation. En effet, Joker comprenait l'objectif de notre mission d'expertise. Son comportement au cours des différents entretiens, et quand il nous savait dans les parages, était, on ne peut plus irréprochable.

Nous avions noté son incapacité franche à percevoir l'impact de son comportement sur autrui. Dans son histoire, et même en hospitalisation, il a très souvent réagi à la moindre frustration. Joker répétait sans cesse les mêmes infractions, comme s'il était incapable de tirer une leçon des expériences passées. Il était très agressif surtout envers les personnes sans intérêt pour lui ; c'est dire à quel point Joker sait se montrer superficiel dans ses relations avec certaines personnes, dont il se servait à des fins égoïstes.

Nous n'avons jamais vu Joker inquiet, voire anxieux, de ce qui l'attendait du point de vue juridique. C'est comme s'il savait qu'il allait bénéficier d'une relaxe après notre expertise. En effet, cela faisait 10 ans qu'on lui avait diagnostiqué un trouble bipolaire. Toutes les fois où les représentants de l'état ont décidé d'une hospitalisation d'office, il avait toujours été maintenu au CNHUP-C. Il s'est toujours présenté aux victimes de ses infractions comme étant un malade mental ; « je suis un malade de jacquot (CNHUP-C) ; je suis un fou », leur disait-il. Et aux personnels soignants, il disait : « c'est l'esprit qui me dérange ». Joker est un vrai manipulateur.

Il est fréquemment agressif, en particulier dans des contextes de frustration. Son agressivité avait un aspect pervers ; en effet, il prenait plaisir à monter des patients non stabilisés, les uns contre les autres. Il déclenchait souvent des conflits entre patients au CNHUP-C ; une fois que la rixe éclatait, il accourrait à nous pour dénoncer l'inconduite des autres. Les différentes demandes de prise en charge de Joker avaient pour support, une intoxication aiguë alcoolique.

Joker est selon nous une bonne parodie du malade mental modèle. Il déclare à tous qu'il est malade, mais seulement quand on le prend en flagrant délit d'infraction. Il ne se présente jamais aux soins quand il ressent des prodromes d'un épisode aigu, mais il déclare toujours aux soignants que « l'esprit » s'était emparé de lui au moment précis où il était pris en flagrant délit. A. Sylla et al disaient que la limite entre les troubles des conduites et une « folie pure », était difficile à préciser. S'inspirant des définitions de Pinel et Guérinel, ces auteurs disaient : « le vrai fou vit reclus dans son monde imaginaire et ne dérange personne, alors que le psychopathe vit et interagit avec le groupe social, qui très souvent pâtit de ses agissements » (28). Nous retrouvons en Joker, les descriptions de A. Sylla et al.

Qu'est ce qui pourrait bien sous-tendre ces différents comportements, observés chez joker ? Pour les cognitivistes, la plupart de nos attitudes et de nos comportements reposent avant tout sur notre vision du monde (3). Cette vision du monde est composée de croyances, souvent inconscientes, qui vont concerner soi-même (par exemple : « je suis faible et vulnérable », ou au contraire « je suis un être exceptionnel »), les autres personnes (« les gens sont plus forts et plus compétents que moi », ou « il ne faut faire confiance à personne »), ou le monde en général (« il peut exister un danger derrière toute situation anodine »). Ces croyances sont généralement apprises durant l'enfance, au contact de nos proches ou à la suite d'évènements de vie ; et elles finissent par passer inaperçues à nos yeux. Les cognitivistes ont montré que ces croyances étaient regroupées en « constellations », comme par exemple l'association « je suis vulnérable » et « les autres sont forts et capables ». Les constellations vont ensuite pousser les individus à se construire des règles de vie qui auront pour but de faciliter leur adaptation au monde tel qu'ils le perçoivent. Pour les psychopathes, et donc pour Joker, on pourrait retrouver, selon Lelord et André (3) les éléments suivants :

- constellations : « dans la vie, il y a les forts, je préfère me trouver du côté des forts », « pas vu, pas pris », et « les règles sont faites pour être transgressées » ;
- règles personnelles : « je préfère prendre qu'attendre », et « je me fiche des problèmes des autres, chacun pour soi ».

4.1.3. Qui est Joker ?

4.1.3.1. Selon les classifications actuelles (DSM-5 et CIM-10)

Dès notre première rencontre avec Joker, nous avons éliminé tous troubles de l'humeur, et psychotiques. Nous avions retenu, conformément aux critères du DSM-5, un trouble de la personnalité antisociale. En se référant à la CIM-10, Joker répondait également aux critères de la personnalité dyssociale.

Joker remplissait les quatre critères (A, B, C et D) du trouble de la personnalité antisociale décrit dans le DSM-5. Concernant le critère A, il totalisait les sept manifestations qui y sont décrites. Le critère D a été source de discussion. En effet, Joker était suivi au CNHUP-C pour un accès maniaque qui s'inscrirait aujourd'hui dans un trouble bipolaire type 1.

Au moment de l'expertise psychiatrique de Joker, nous l'avions interviewé deux fois à trois jours d'intervalle. Au premier entretien il était resté évasif sur les faits. « Une voix » lui aurait demandé de se rendre dans un café bar ; il se serait alors fait accompagner d'une connaissance. Au deuxième entretien, il apportait plus de précision sur le déroulement des faits ; il ne faisait plus allusion à « la voix ». Il déclarait vouloir faire plaisir à son amie qui l'avait rejoint à son domicile. En raccompagnant la connaissance, celle-ci avait faim et lui aurait donc proposé d'aller dans une cafétéria. Sur place, ils seraient restés ensemble jusqu'aux environs de minuit. Se qualifiant de « personne responsable », il aurait donc fait raccompagner son amie par un conducteur de taxi moto. Nous savons que les actes médicolégaux sous tendus par une décompensation psychotique s'accompagnent, souvent d'amnésie portant sur les faits. Joker avait un très bon souvenir de ce qui lui était reproché. Nous n'avions pas retrouvé d'élément en faveur d'une dépersonnalisation psychotique. Concernant l'hypothèse d'accès maniaque, nous n'avions pas retrouvé les éléments d'un syndrome maniaque constitué. Quand bien même, il eut présenté certains éléments inhérents à ce syndrome (prise de toxique, conduites sexuelles à risque, dépenses inconsidérées), ceux-ci ne s'inscrivaient pas dans une rupture d'avec un fonctionnement antérieur. D'aussi loin que nous puissions remonter dans sa biographie, Joker avait toujours fonctionné de la sorte. Au cours de nos différents entretiens, et même en per critique, il n'avait jamais présenté certaines manifestations classiques des accès maniaques (ludisme, hyper familiarité, insomnie sans fatigabilité, exaltation de l'humeur, accélération de la pensée, distractibilité). Les faits qui avaient été mis

sur le compte d'idées mégalomaniaques par le passé, se sont avérés vrais par la suite (achat de deux véhicules de luxe, de plusieurs parcelles de terrain). Fait important, Joker a toujours eu un très bon insight ; ce qui ne correspond pas à l'altération ou absence de conscience du trouble en cas d'accès maniaque (6).

4.1.3.2. Selon Hare

La PCL-R de Hare a été administrée à Joker, au cours de sa dernière hospitalisation. Bien que conçue en milieu carcéral, sa validité a progressivement été établie par plusieurs études, au fil des années dans d'autres populations (29–32). Elle n'est cependant étalonnée que chez le sujet de sexe masculin. Son administration nécessite un clinicien dûment formé, avec une lecture préalable des différents dossiers de la personne concernée.

Le seuil pour parler de la psychopathie est de 30/40 aux Etats-Unis ; il est par contre fixé à 25/40 en Europe, du fait de la variation du facteur antisocial qui y est moins prononcé (33). Nous comprenons qu'aux Etats-Unis où les comportements antisociaux sont plus courants, que le seuil soit fixé à 30/40. Cités par Ndiaye, Cooke et al donnaient une explication à cette variance interculturelle. Pour eux, les cultures individualistes, telles qu'en Amérique du nord, favoriseraient davantage l'émergence de traits psychopathiques, car elles encouragent, entre autres, la compétition, l'égocentrisme et la superficialité ; à l'inverse, les cultures collectivistes encourageraient davantage des valeurs incompatibles avec la psychopathie, telles que l'harmonie sociale, la responsabilité et le respect de l'autorité (34). La culture au Bénin étant collectiviste, nous nous permettons, sans étude préalable, de déduire que le seuil de la psychopathie à l'échelle de Hare y serait de 25/30. Même si ce seuil était de 30/40, Joker avait totalisé 32/40 au score de la PCL-R de Hare. Cependant, le manque de contextualisation de la PCL-R de Hare constitue une limite à notre étude.

Joker est un psychopathe constitué selon la définition de Hare. En remontant le temps 10 ans en arrière, le diagnostic d'accès maniaque retenu pourrait correspondre à la définition que Pinel donnait de la psychopathie : manie sans délire.

On pourrait s'étonner de certains scores obtenus par Joker aux items 8, 17 et 18.

L'item 8 évalue l'insensibilité et le manque d'empathie. Joker méprisait le bien-être et les droits d'autrui, et faisait preuve d'indifférence. Mais il ne manquait pas d'empathie. Des études ont d'ailleurs montré que le concept d'empathie posait problème dans la psychopathie. Pour De Page et al, un trouble de l'empathie, définie comme la faculté de se représenter le vécu émotionnel d'autrui, est plutôt à identifier chez une personne souffrant de schizophrénie ; mais en réalité pas chez un psychopathe faisant plutôt preuve d'un manque de sympathie, définie comme la réponse émotionnelle et cognitive qui est donnée à la représentation empathique (29). De Page et al terminaient sur cette idée en disant, qu'un psychopathe pouvait par exemple généralement décrire la souffrance de ses victimes (faisant preuve d'empathie), tout en expliquant que cela lui importait peu (n'éprouvant aucune sympathie). Nous retrouvons bien Joker dans ce manque de sympathie. Conformément aux critères de cotation de la PCL-R de Hare, il a donc obtenu un score de 1 pour cet item.

L'item 17 évalue les nombreuses cohabitations de courte durée, c'est-à-dire les relations de vie commune exigeant un certain degré d'engagement. Joker n'avait pas à son actif de nombreuses cohabitations de courte durée. Au Bénin, les enfants sont rarement expulsés de la maison parentale à leur majorité, et même en cas de délinquance. Au contraire, les délinquants choisissent de quitter, (voire fuguer de) la maison pour échapper à l'autorité parentale. Chaque fois que Joker avait besoin d'un toit où loger, il retournait toujours au domicile de ses parents. Il n'a alors pas eu besoin de cohabiter avec une tierce personne, devant exiger un certain degré

d'engagement. Conformément aux critères de cotation de la PCL-R de Hare, il a donc obtenu un score de 0 pour cet item.

L'item 18 évalue la délinquance juvénile, c'est-à-dire tout comportement antisocial grave avant l'âge de 18 ans, ayant fait l'objet d'un jugement, et donc inscrit sur le casier judiciaire. Au Bénin, les jeunes délinquants sont rarement conduits devant la justice ; la sanction est presque toujours prononcée par toute personne ayant autorité sur l'enfant. On comprend pourquoi avant ses 18 ans, Joker n'avait pas fait l'objet d'une condamnation pour les différentes infractions qu'il avait commises. Il a donc obtenu un score de 0 pour cet item.

4.2.Qu'en est-il de la prise en charge de Joker ?

4.2.1. Joker, l'échec d'une prise en charge traditionnelle

Dès ses premières années d'exploration et d'autonomisation, l'enfant au Bénin mais aussi dans la plupart des pays, est investi d'une lourde mission : « ne pas salir l'honneur de sa famille ». La famille passe avant tout, et donc le social avant l'individu. A. Sylla et al rapportaient que les travaux anthropologiques menés en Afrique ont toujours mis l'accent sur la primauté du groupe social par rapport à l'individu en tant que tel (28). L'individu, de par ses comportements doit privilégier la satisfaction de son groupe d'appartenance et non ses propres intérêts.

L'éducation d'un enfant au Bénin était assurée par la société. Les écarts de conduite étaient réprimandés, non seulement par les parents mais également par toute personne âgée. Un manquement, par un enfant aux règles établies par la société, était sanctionné par l'adulte directement témoin de ce manquement. Cet adulte conduisait ensuite l'enfant auprès de ses parents ; ces derniers sanctionnaient à leur tour l'enfant. Cette double sanction pouvait revêtir plusieurs significations :

- l'étranger qui sanctionnait l'enfant s'approprie le rôle d'éducateur des parents « défaillants » ;

- les parents qui sanctionnaient à leur tour, remerciaient l'étranger, à leur façon, pour avoir rappelé le bon respect des règles par leur enfant ;
- ces mêmes parents évacuaient leur frustration sur l'enfant qui ne leur avait pas fait « honneur ».

Quand un enfant récidivait et devenait "ingérable", le système social en Afrique avait prévu une autre réponse. L'enfant était alors confié à une figure parentale plus autoritaire, crainte de tous. Au Bénin, l'enfant était confié à un oncle ou une tante, voire même une personne sans lien de sang. L'espoir que l'enfant revienne sur le "droit chemin", était alors porté par ce nouvel acteur de l'éducation. C'est ainsi que Joker, dès ses 11 ans, fut confié à un beau-frère afin de parfaire son éducation. Ces différentes voies de recours existent, ailleurs en Afrique, et étaient rapportées par A. Sylla et al, au Sénégal (28). En général, cette séparation d'avec la famille restreinte portait ses fruits. Collomb cité par A. Sylla et al, avait noté une moindre agressivité chez les africains éduqués en milieu traditionnel. Il disait que cette rareté des conduites agressives était en rapport avec le système éducatif qui ne privilégiait pas l'individuation (28). Dans le cas de Joker, cet éloignement d'avec ses parents, n'a fait qu'envenimer la situation. A 11 ans, il participait à des compétitions de consommation d'alcool ; il en a développé un trouble de l'usage. Le long terme a laissé la place au principe de plaisir. Joker décrocha alors de l'école pour se lancer dans la recherche active d'argent. Il s'en suit alors une succession d'évènements : consommation de drogues, conduites sexuelles à risque, arnaque, violence physique.

Avant le premier contact de Joker avec la psychiatrie, en 1998, ses parents l'avait conduit chez un guérisseur traditionnel. Ce dernier leur aurait dit que Joker était sous l'emprise d'un "esprit". L'échec de la prise en charge du guérisseur traditionnel a poussé les parents de Joker à s'orienter vers la médecine moderne.

4.2.2. Joker, l'échec d'une prise en charge moderne

4.2.2.1. Pouvons-nous prévenir la psychopathie au Bénin ?

En France, lorsqu'un mineur commet une infraction, il est interpellé par la police ou la gendarmerie qui informe immédiatement le procureur de la république. Le procureur peut classer sans suite ou sous condition (indemnisation de la victime), ou saisir le juge des mineurs. Le juge des mineurs le met en examen, l'interroge sur la réalité des faits reprochés, et il fait des investigations sur sa personnalité et ses conditions de vie. Le juge peut alors proposer une mesure de réparation ou ordonner une mise en détention provisoire en attendant le jugement. Après le jugement, le juge propose en priorité des mesures éducatives. Pour les affaires graves, il peut prononcer une peine (amende, emprisonnement avec ou sans sursis).

Au Bénin, lorsqu'un mineur commet une infraction, il arrive que les parents le conduisent personnellement au commissariat ; non pas pour qu'il soit présenté au procureur, mais plutôt pour qu'il y soit "fessé" à coups de matraque. Aucune donnée n'existe sur l'évaluation de telles pratiques au Bénin, mais les études foisonnent sur les conséquences psychologiques de tels sévices.

Joker n'a jamais été confronté à la justice, quand il était adolescent, malgré tous les troubles des conduites dont il était l'auteur. Aucun signalement n'a été fait quand il participait aux concours de consommation d'alcool avec son beau-frère. Quand bien même, il aurait été présenté au juge des mineurs, une question aurait demeuré : « faut-il éduquer ou doit-on punir, et le cas échéant, qui ? ». Beaucoup d'éducateurs spécialisés se sont heurtés à cette problématique ; les résultats de l'une ou l'autre des méthodes, variant d'un individu à l'autre. Tous les auteurs s'accordent à dire que la priorité concerne la prise en charge de la primo délinquance.

Plusieurs dispositifs ayant fait leur preuve d'efficacité, existent dans les pays développés (35). La Suède, l'Autriche et la Finlande sont les trois pays de

l'Europe géographique qui ont le moins de délinquance. Ces pays ont compris l'importance de réagir à la transgression : « on signale, on porte plainte et on poursuit ». Les mineurs de plus de 15 ans, auteurs de délits graves sont placés dans des centres éducatifs fermés (CEF). La démarche est thérapeutique, mais c'est le délit qui détermine la durée du placement.

Au Bénin, nous avons le centre national de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence qui est une institution relevant du ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de l'homme (MJLDH). Il a été créé par décret n° 316/PR/MJL/ du 9 septembre 1967. Fermé pendant longtemps pour diverses raisons, il n'a été rouvert que le 5 avril 1995. Le centre reçoit deux catégories de mineurs de 13 à 18 ans. Il s'agit : des enfants en conflit avec la loi (ceux ayant commis une infraction et placés au centre sur ordonnance du juge des enfants) ; des enfants en danger moral ou en situation difficile (ceux des parents en situation de relâchement des liens conjugaux et les abandons physiques). Les enfants admis au centre sont soit soumis au régime d'internat, soit placés en milieu ouvert selon le cas. Les actions du centre s'inscrivent dans un projet social d'éducation, de formation et d'insertion sociale des enfants dont il a la charge. Ces actions sont axées sur le triptyque suivant : le savoir, le savoir-faire, le savoir-être. L'un des objectifs du centre est d'assurer une formation complète de l'enfant à travers un enseignement scolaire respectant le programme national, et assuré par un personnel enseignant permanent au centre. Le niveau initial de l'enfant importe peu (36). Pour qu'un tel dispositif soit efficient, il faudrait déjà que les mineurs auteurs de primo délinquance soient conduits devant la justice ; ce qui hélas n'est pas souvent le cas.

D'autres pays comme la Grande-Bretagne, ont opté pour la responsabilisation des parents. Cette méthode porte sur deux axes : l'un, préventif, présentant des programmes de formation à la compétence parentale, l'autre insistant sur la responsabilisation civile et pénale des parents qui peuvent être contraints à suivre

des sessions de formation pour apprendre à contrôler leurs enfants (lutter contre l'absentéisme scolaire, surveiller les sorties, apprendre à refuser…). En cas de non-respect de ces obligations, les parents contrevenants sont passibles d'amendes. Les parents de Joker avaient opté pour la "démission", en laissant leur responsabilité à une "tierce personne". Il est en effet plus facile de dire de son enfant qu'il est têtu et irrespectueux, alors qu'il sera difficile voire impossible pour un parent de se remettre en cause dans l'éducation apportée à son enfant. Fort malheureusement, il n'y a pas de formule toute faite. Chaque parent essaie de faire de son mieux avec les bonnes intentions qui sont les siennes.

L'Etat béninois doit-il se mêler de l'éducation des enfants comme cela se fait dans les pays développés ? Nous ne saurons répondre à cette question ; les mesures prises dans ces pays développés n'ayant pas toujours les résultats espérés. Mais nous pensons que l'Etat peut mettre en place systématiquement des programmes obligatoires, de service civique (voire militaire) afin d'apprendre la discipline et le respect des règles dès le début de la puberté.

L'enfant relève-t-il de la responsabilité de ses parents, de l'Etat, ou des deux ? Nous prenons position en disant que l'enfant relève de la responsabilité de ses parents, et il est du devoir de l'Etat de veiller à ce que les parents ne se dérobent pas à cette responsabilité.

4.2.2.2. Que faire pour une psychopathie constituée ?

A l'âge adulte, au moment de son premier contact avec le milieu psychiatrique, le diagnostic posé chez Joker n'avait pris en compte que l'épisode aigu. Le traitement institué alors était voué à l'échec ; non pas parce que les molécules pharmacologiques n'avaient pas leur intérêt, mais plutôt parce que le traitement non pharmacologique n'était pas adapté.

Quand nous avions rencontré Joker, il bénéficiait de neuroleptique à action retardée par voie injectable, d'un thymorégulateur et d'un antipsychotique par voie orale. La plupart des auteurs évoquent l'utilité de ces molécules dans la prise en charge des psychopathes ; la cible principale des médicaments utilisés étant l'impulsivité (15,37,38). Les doses évoquées semblent en accord avec celles prescrites à Joker ; cependant, il n'existe aucun consensus sur l'utilisation chronique de ces neuroleptiques. Les auteurs s'accordent à dire que l'appétence du psychopathe aux psychotropes, doit rendre leur prescription prudente. En effet, Joker ne s'est jamais plaint de son traitement, quand il était en hospitalisation. Nous n'avions aucun moyen de vérifier l'observance des médicaments en ambulatoire. Mercuel et al précisent quant à eux que les neuroleptiques étaient rejetés par ce type de patient et que leur efficacité posait la question de la composante psychotique des psychopathes (15). En d'autres termes, si son traitement était efficace, on pouvait s'interroger sur une probable comorbidité psychotique chez Joker.

Certains auteurs préconisent l'emploi de neuroleptiques à action prolongée, en particulier la Fluphénazine (100 mg/mois) ou le Zuclopenthixol décanoate (400 à 800 mg/mois). Avant sa dernière hospitalisation, Joker bénéficiait de 50 mg/mois de Fluphénazine ; la dose avait été réhaussée à 75 mg/mois, avant sa fugue. Certains auteurs évoquent l'utilisation de produits non psychotropes. C'est le cas de la Cyprotérone indiquée dans les cas d'agressivité sexuelle à visée de castration chimique. Son emploi reste sujet à discussion et soulève des questions éthiques, pour l'instant sans réponse consensuelle. Cette éventualité a d'ailleurs été sujette à discussion, concernant Joker.

Dès ses premières années de prise en charge au CNHUP-C, Joker s'était montré très difficile comme patient. Toutes les fois où il était hospitalisé, le traitement avait consisté en l'administration systématique de psychotropes. Nous n'avons trouvé aucune trace écrite d'une prise en charge psychothérapeutique, dont il

aurait pu bénéficier. La dangerosité de Joker n'a pas vu le jour après son expertise psychiatrique. Cela faisait déjà quelques années qu'il cristallisait de la crainte chez le personnel soignant. Dès lors, plus aucun psychologue n'allait se dévouer pour l'accompagnement de Joker. Quand bien même, l'on serait disposé pour une psychothérapie individuelle, les auteurs s'accordent à dire que les différentes techniques ne permettent pas un accrochage durable des psychopathes.

La psychothérapie de soutien permettrait d'utiliser des techniques mieux adaptées à ce type de personnalité : recadrage permanent, réponses aux questions posées, aide à la verbalisation, rappel des contraintes imposées (injonction voire obligation de soins). La thérapie cognitive et comportementale dont la théorie est fondée sur le principe des schémas inadaptés, offre au sujet la possibilité de reconstruire sa biographie à la lumière des conséquences de ses actes. Cependant, l'absence de culpabilité et le mépris de l'autre limitent sérieusement ce type de thérapie individuelle. Ces deux techniques sont utilisées par Lelord et al quand ils font une proposition d'attitudes à adopter devant un psychopathe (3) :

- reconnaitre le psychopathe, afin de s'éviter beaucoup de déconvenues ;
- ne pas lui faciliter les choses en rappelant ce qu'on attend de lui et ce qu'on n'accepte pas ;
- rester discret sur soi-même pour ne pas le rendre envieux ;
- le confronter systématiquement à toute infraction, et selon le cas faire recours à la force publique, afin d'éviter l'escalade ;
- critiquer son comportement, mais ne pas dévaloriser sa personne ;
- ne pas se laisser attendrir ou charmer ;
- ne pas lui faire de leçon de morale, pour éviter de le mettre en colère.

Pendant de nombreuses années, la psychopathie n'était pas retenue chez Joker. Et dès lors que cette hypothèse fût évoquée, sa prise en charge a pris une autre tournure. Il n'était plus vu comme un patient en souffrance, mais plutôt comme un délinquant qui faisait souffrir en profitant de l'impuissance de l'équipe

soignante. Tout le personnel du CNHUP-C avait pris conscience de sa dangerosité. De plus, ledit centre n'était pas adapté pour la prise en charge de la psychopathie. En dehors de l'unité de soins aux toxicomanes, qui reste isolée, les salles d'hospitalisation, dudit centre communiquent entre elles. Joker était libre de ses mouvements, et pouvait à sa guise semer le trouble chez les autres patients. Il lui arrivait de faire le mur pour aller se ravitailler en substances psychoactives. De retour dans le centre il en fournissait aux patients en sevrage, et même à ceux de l'unité de soins aux toxicomanes. De ce que nous avons pu observer, il agissait sans crainte, car il inspirait de la peur auprès du personnel paramédical.

Dans les pays développés, il existe des unités pour malades difficiles (UMD) ; ces unités hautement sécurisées, sont destinées à l'accueil de patients dangereux, et auteurs d'actes médico-légaux graves ayant été jugés irresponsables. Une telle unité conviendrait mieux à la prise en charge de Joker. Dans les UMD, les personnels sont formés à la gestion de la dangerosité, et ils ont un physique imposant, pouvant servir de moyens de dissuasion.

Lorsque Joker fût relaxé, l'équipe soignante s'était empressée de le faire sortir (tant bien que mal), sans vraiment se soucier de son projet thérapeutique. Toute l'équipe soignante était d'accord pour dire que Joker était tout, sauf « malade ». Cela dit, le trouble de la personnalité antisociale n'est-il pas une pathologie au même titre que les autres troubles de la personnalité, ou même une schizophrénie ? La réponse n'est pas si simple. Pour la justice, dans les pays développés, les troubles de la personnalité, bien que décrits dans les manuels de psychiatrie, ne sont pas des circonstances atténuantes, et l'alcool, bien qu'il altère le jugement et le contrôle de soi, est une circonstance aggravante. Selon Lelord et al, si l'alcool était une circonstance atténuante, nombreux seraient ceux qui prendraient la précaution de vider une bouteille avant de commettre un crime ou un délit (3). Par analogie, Joker prenait la précaution de revendiquer son statut de

malade pour justifier tous ses écarts de conduites. S'il était informé de sa psychopathie, le revendiquerait-il après ses actes médicolégaux ?

Concernant l'évolution et la répétition des actes médico-légaux, nous pensons que le pronostic de Joker n'est pas favorable. L'évolution se fait en général vers une mort prématurée du fait des conduites à risques, ou voire par suicide (6,7). Nous savons aussi que les items du facteur 1 de l'échelle de la PCL-R de Hare sont très peu influencés par des mesures thérapeutiques. Joker totalisant 14/16 pour le facteur 1, l'évolution ne sera guère que défavorable. Les items du facteur 2 quant à eux peuvent s'améliorer, même en l'absence de prise en charge. Mais hélas, l'absence d'un cadre de prise en charge approprié ne permettra pas d'agir efficacement sur ce facteur.

4.3. Intrications médicolégales de la psychopathie de Joker

Joker présente une dangerosité criminologique. La dangerosité est définie comme le potentiel à exercer la violence ; elle est psychiatrique lorsqu'elle est sous-tendue par un trouble mental évolutif, et criminologique lorsqu'elle est sous-tendue par la psychopathie.

Au cours de sa première hospitalisation au CNHUP-C, Joker aurait violemment agressé une infirmière. Selon cette dernière, elle n'aurait pas bénéficié d'un accompagnement psychologique de sa hiérarchie ; on lui aurait signifié que cela faisait partie des risques du métier. Quand bien même Joker n'aurait pas été un psychopathe, la maladie mentale n'excuse pas tout. En France, les services d'hospitalisation et même de soins ambulatoires disposent de règlement intérieur. Ce règlement, disponible dans un livret d'accueil destiné à tous les usagers, précise que toute agression du personnel soignant par un patient ou ses accompagnateurs est passible de poursuites judiciaires.

Face aux actes délictueux d'un patient, le soignant peut s'interroger sur l'opportunité de porter plainte ou de dénoncer les faits. Un coup de poing, une menace de mort, un vol, la destruction d'un véhicule sur le parking, des insultes répétées doivent-ils, peuvent-ils être signalés à la justice et par qui ? Commis en dehors d'un lieu de soins, ces actes seraient vraisemblablement dénoncés à la police. En psychiatrie, c'est beaucoup plus rare. Cela s'explique par plusieurs raisons qui, à force d'habitude, finissent par mettre la personne victime dans une situation délicate. Parfois il est dit de la victime qu'elle a manqué de professionnalisme, ou comme le cas de l'infirmière victime de Joker, que cela fait partie des risques du métier. Le non-dépôt de plainte n'est pas anodin puisqu'il conduit à placer le temps du soin en marge du droit commun et à accorder unilatéralement une forme d'irresponsabilité pénale, et même civile aux patients (39).

Parmi les antécédents de Joker, on retrouve plusieurs passages à l'acte violent. Il s'agit là du meilleur prédicteur de violence (12,40,41). Déjà à cette époque on devait inscrire Joker sur une "liste de patients à fort risque de récidive", et prendre les dispositions idoines. Le score élevé à l'échelle de psychopathie de Hare a été associé, dans de nombreuses études, au risque de récidive générale et de récidive violente (33). Les antécédents de violence de Joker, son score à la PCL-R de Hare, pouvaient prédire une escalade des actes violents. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé lors de sa dernière hospitalisation, quand Joker a agressé sexuellement un personnel du CNHUP-C. Aucune plainte n'a d'ailleurs pas été déposée.

Après cette escalade de violence, la prise en charge de Joker au CNHUP-C a priorisé la sanction. En effet, il a été maintenu en chambre d'isolement pendant un mois, avant qu'il ne fugue du centre. Les soins sans consentement n'étant pas encadrés par la loi au Bénin, les conditions de maintien en chambre d'isolement y sont donc arbitraires. D'un autre point de vue, Joker étant dangereux, il ne pouvait être qu'isolé, afin de protéger les autres patients et le personnel. L'absence

de structures appropriées nous a contraint, dans le cas de Joker, à faire une prise en charge presque carcérale.

On pourrait aussi s'étonner de la relaxe de Joker, prononcée par le juge, après l'expertise psychiatrique. Pourquoi ne pas décider d'un emprisonnement ferme, ou même d'un sursis ? Nous n'aurons pas la prétention de supposer des motivations du juge, mais nous pensons que la justice elle-même ne savait plus quoi faire de Joker, et ne maitrise pas non plus tous les contours médico-légaux de la psychopathie.

En effet, cela faisait plusieurs avis contradictoires sur son état mental ; ces avis provenant tous du même hôpital. Les prisons au Bénin ne disposent pas d'un dispositif de prise en charge interne des troubles mentaux. Que feraient les surveillants pénitenciers quand Joker allait de nouveau présenter des troubles du comportement, qui dans la représentation de beaucoup, sont en lien avec un problème psychiatrique. Récemment mise en place, la prise en charge psychiatrique des détenus incombe à « l'agence pénitenciere du Bénin ». Cette prise en charge au sein des établissements pénitenciers ne se limite qu'à une prise en charge psychologique ; celle-ci n'aboutissant pas à de bons résultats en cas de psychopathie.

Les psychiatres ne sont pas les seuls à rencontrer des difficultés dans la prise en charge des psychopathes au Bénin. Après avoir échangé avec un magistrat en activité, il ressort un certain nombre de problématiques et difficultés.

- Les psychopathes ne sont pas bien définis chez les magistrats ; pour eux les psychopathes sont classés en trois sous-groupes : « ceux qui sont réellement malades, ceux qui font semblant et ceux dont on ne peut vérifier la véracité des propos ».
- Dans leur pratique les magistrats rencontreraient beaucoup de cas de troubles factices. Il nous signale cependant qu'au quotidien, très rares sont

les prévenus qui signalent d'eux-mêmes qu'ils souffrent d'une pathologie mentale.

- Il soulève aussi le fait que d'habitude, les experts ne seraient pas formels dans leur conclusion, concernant la question de l'abolition ou non des facultés mentales du prévenu. La loi prévoit qu'en cas d'irresponsabilité, le sujet reste accessible à une peine.
- Concernant les injonctions de soins, ils sont confrontés à un problème crucial : « qui va prendre en charge les frais ? ». Faute de moyen ils ne prononcent pas souvent de peines alternatives, car les frais reviendraient à la charge du parquet.
- Les conclusions des experts font parfois l'objet d'incompréhension ; par exemple : « l'expert concluant à un trouble mental évolutif, alors que le prévenu ne présenterait visiblement aucune anomalie à l'audience ».

4.4.Psychopathie et médecine traditionnelle au Bénin

Au travers de notre vignette clinique, nous avons montré que la psychopathie, bien qu'étant au cœur des débats depuis l'antiquité, représente toujours au XXIe siècle une entité nosographique difficile à prendre en charge.

Au Bénin, le Professeur Renée Gualbet AHYI s'est interrogé sur les comportements psychopathiques dans les années 80. Considéré comme le père de la psychiatrie dudit pays, et accompagné du Professeur Thérèse AGOSSOU, ils ont interrogé le riche patrimoine que constitue la médecine traditionnelle africaine. Ensemble, ils définissaient la médecine traditionnelle comme : « l'ensemble des moyens explicables ou non qui utilisent les éléments du règne animal, végétal ou minéral et transmis souvent oralement de génération en génération pour préserver ou restaurer la santé physique, mentale et sociale ».

Leur intérêt pour la médecine traditionnelle partait du même constat que nous avons fait : l'échec de la prise en charge des psychopathes au niveau des structures

psychiatriques classiques. Ahyi et al soulignaient déjà que le psychopathe faisait l'objet d'un rejet de la société, mais aussi de l'équipe soignante, de par sa dangerosité et son aptitude à mettre en échec les stratégies thérapeutiques.

N'ayant pas trouvé de correspondance nosographique spécifique à la psychopathie dans le milieu traditionnel, ils ont axé leur recherche sur la géomancie : le « Fa » au Bénin. Ils ont collaboré avec Rémy T. HOUWANOU, qui est un prête du Fa "lettré". L'enseignement et l'apprentissage du Fa sont régis par des rituels et des initiations ; n'étant pas initiés, nous nous contenterons de faire un résumé des observations de Ahyi et al (41).

4.4.1. Fa et la psychopathie

4.4.1.1. Fa, une aide au diagnostic précoce de la psychopathie

Le thérapeute traditionnel peut de deux façons aider au diagnostic de la psychopathie.

Il peut parce que devin, devant participer à une des différentes phases du baptême et de la reconnaissance d'un nouveau-né dans une famille, notamment chez les « Fons », être amené en établissant l'arcane de destinée à se retrouver devant un enfant dont les signes indiquent l'évolution ultérieure vers la psychopathie.

Dans d'autres cas, l'arcane de destinée n'ayant pas pu être fait à la naissance, c'est devant des comportements psychopathiques qu'il sera envisagé. Une fois établie, l'arcane de destinée confirmera le diagnostic, sans toutefois employer le thème de psychopathie. C'est ce que les parents de Joker ont diligenté en 1998 avant son premier contact avec la psychiatrie moderne.

Cependant, il est important de souligner le fait que pour le Fa, la personnalité est prédestinée ; elle ne serait donc pas une construction, fruit d'une interaction constante entre l'individu et son environnement.

4.4.1.2. Les signes et maisons géomantiques de la psychopathie

i. Le signe « Ka » et la maison « Kamedji »

Le onzième signe Ka : résultat d'une combinaison à prédominance « feu ». Les porteurs de ce signe auraient beaucoup de qualités, mais mal employées dans le but de détruire ; ce qui les transforme en défaut. Ces individus sont caractérisés par l'agressivité, l'impétuosité, la colère, la désobéissance et l'indiscipline. On parle aussi de violence, impulsivité, emballement et passion ; des heurts fréquents avec l'entourage. Intellectuellement, ils ont un esprit rusé et critique. Ils ont une habileté au maniement de tout ce qui est tranchant. Leur esprit serait désintéressé, mais tourné vers le mal.

La onzième maison Kamedji : c'est le siège de la violence, de la révolte, de l'impulsivité fâcheuse et de l'agressivité. Elle est aussi la maison du mépris, et prédispose ces individus à la vanité, l'égoïsme et à la jalousie. Sur le plan matériel et financier, elle les expose à une situation instable et à des difficultés dues à l'incapacité à prévoir. Cette maison indique une mort violente, accidentelle ou brusque.

ii. Le signe « Tche » et la maison « Tchemedji »

Le quinzième signe Tche : résultat d'une combinaison à prédominance « air ». Les porteurs de ce signe ont un tempérament impulsif ; ils sont vaniteux. Ils sont régis par le principe du plaisir, sont volages et inconstants notamment dans les sentiments. Les autres traits retrouvés sont le découragement, la négligence, la prodigalité, la duplicité, le mensonge, les tromperies et une certaine audace dans le mal. Intellectuellement, ces individus ont un esprit brouillon, dissipateur. Ils auraient une attirance pour les personnes inférieures.

La quinzième maison Tchemedji : c'est le siège de la perte, car elle exposerait à une série d'épreuves contre lesquelles il est difficile de lutter. Les individus

dispersent leur force dans des projets inutiles. C'est également le siège de l'instabilité, de la déception, de l'inconstance et de la tromperie.

4.4.2. Que recommande « Fa » en cas de psychopathie

L'idée maitresse qui guide l'action du thérapeute traditionnel, c'est que le psychopathe, c'est-à-dire l'individu qui est sous les signes Ka et Tche, serait un être sous l'emprise d'une influence extérieure : « un esprit ». Nous comprenons d'où vient la conviction de Joker, quand il déclare à répétition, que c'était à cause de « l'esprit ».

Le premier acte thérapeutique, comparable à la prévention secondaire de la médecine moderne, commence le jour du baptême traditionnel. Le devin informe toute la famille des signes de l'enfant, de son caractère, et il exhorte les uns et les autres à plus de tolérance, de compréhension. Il pratique une éducation thérapeutique. Ces recommandations sont similaires à celles de Lelord et André, quand ceux-ci invitaient à l'acceptation des personnalités difficiles, pour ensuite en favoriser un changement (3). Cependant, ce n'est pas chose aisée. Nous pouvons accepter et comprendre une personnalité schizoïde, ou anxieuse par exemple ; mais pouvons-nous accepter et comprendre les psychopathes ?

Après ce premier acte thérapeutique, le devin recommande cependant des méthodes éducatives coercitives ; celles-ci ont pour mission de faire comprendre au « futur psychopathe » qu'il n'existe pas deux « mondes », il n'en existe qu'un, le seul pour tous, avec des lois valables pour tous. Le Fa recommande aussi de « fuir l'esprit mauvais caché » dans le psychopathe. Il s'agit là en fait de conduites d'évitement qui arrêtent peut-être l'escalade des actes de plus en plus violents. Cette recommandation est similaire à celle de Lelord et André quand ils préconisent de « reconnaitre le psychopathe, afin de s'éviter beaucoup de déconvenues » (3).

Le psychopathe est caractérisé selon le Fa par les signes Ka et Tche, ceux-ci résultant d'une combinaison à prédominance de feu et d'air. Le psychopathe est donc sous l'influence de deux éléments inharmoniques, à l'inverse d'éléments plus harmonieux que sont la terre et l'eau. Il est donc prescrit au psychopathe et à sa famille de faire des sacrifices surtout aux « divinités de l'eau », ou alors des rituels qui donnent la primauté à l'eau. La force de l'élément eau, servant ainsi à neutraliser l'élément feu.

Toutes les prescriptions du devin ont une seule finalité : adoucir le psychopathe et lui éviter une mort violente et brutale, mais aussi éviter qu'il donne la mort à autrui. Cette évolution est reconnue de tous dans la médecine moderne.

Conclusion et suggestions

La psychopathie fait l'objet de plusieurs études dans le monde, car ses implications médicolégales sont importantes. Le psychiatre voit son champ d'action s'étendre au domaine de la justice, avec le développement de la psychiatrie forensique. Pouvoir reconnaitre et diagnostiquer la psychopathie devient une obligation. En général, dans cette pratique, le psychiatre n'est pas en première ligne ; il intervient en tant qu'expert et passe ensuite la main aux magistrats. Quand il rencontre dans sa pratique hospitalière un psychopathe, il se retrouve alors seul devant cette entité nosographique qui continue d'être l'objet de nombreux débats scientifiques. Le psychiatre doit savoir repérer les traits psychopathiques chez ses patients, afin de prendre les précautions idoines, nécessaires à sa protection.

Au travers d'une vignette clinique, nous avons décrit la PCL-R de Hare, outil de référence du diagnostic de la psychopathie. Partant des difficultés rencontrées lors de la prise en charge du sujet enquêté, nous avons montré l'intérêt d'infrastructures spécialisées de prise en charge des psychopathes au Bénin.

Au Bénin, les infrastructures sanitaires en psychiatrie ne sont pas adaptées pour la prise en charge des psychopathes. A l'endroit des autorités sanitaires et législatives, nous formulons donc les suggestions suivantes :

- financer la construction d'un centre spécifique de prise en charge de patients difficiles ;
- légiférer sur la protection des personnels de santé, en cas d'agression par un malade ;
- légiférer sur un mode spécifique d'admission en soins sans consentement pour les patients à haut risque de récidive de violence.

La passation de la PCL-R de Hare doit obligatoirement être réalisée par un clinicien ou un chercheur, le plus souvent psychologue, ou psychiatre formé préalablement ; elle est comparable à cet égard à la pratique du « Fa ». Cet outil actuariel de diagnostic de la psychopathie étant enseigné seulement lors de formations complémentaires onéreuses, nous faisons à l'endroit des responsables pédagogiques les suggestions suivantes :

- intégrer la PCL-R de Hare dans les modules d'enseignement de gestion des troubles des conduites ;
- diligenter une étude en double aveugle afin d'évaluer l'utilité du « Fa » dans le diagnostic de la psychopathie.

En attendant la mise en place d'unités spécifiques de prise en charge, devant tous patients difficiles et ceux stabilisés ayant des antécédents de violences ou de troubles des conduites, nous suggérons à l'endroit des différents acteurs de la santé mentale le protocole de prise en charge suivant :

- évaluation systématique du risque de récidive par administration de la PCL-R de Hare ;
- si score supérieur ou égale à 25/40, alors risque de récidive élevé, et évoquer le diagnostic de psychopathie ;
- mener des réflexions institutionnelles sur un signalement systématique au procureur, comme pour les maladies à déclaration obligatoire ;
- contractualiser la relation thérapeutique :
    - respect du cadre de soin ;
    - respect du personnel soignant et des autres usagers ;
    - toute infraction fera l'objet d'une plainte et sera dénoncée ;
    - prioriser la sédation au détriment du confort du patient (dose élevée de psychotropes);
    - pour un score de 25 et plus à la PCL-R de Hare, mise en chambre d'isolement systématique dès la première agressivité, et pour toute la durée d'hospitalisation.

Références

1. Prigent A. Les malades mentaux, victimes avant tout [Internet]. [Cité 9 oct 2021]. Disponible sur : https://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/07/02/22558-malades-mentaux-victimes-avant-tout
2. Schizo-Oui. La violence envers les personnes atteintes de troubles psychiques [Internet]. [Cité 9 oct 2021]. Disponible sur : https://www.schizo-oui.com/politique-de-sante-mentale/la-violence-envers-les-personnes-atteintes-de-troubles-mentaux/%20
3. Lelord F, André C. Les Nouvelles personnalités difficiles : Comment les comprendre, les accepter, les gérer. Paris : Odile Jacob ; 2021. 480 p.
4. Guelfi J-D. DSM-IV TR - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4e édition. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2003. 1120 p.
5. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015. 1176 p.
6. CNUP. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2e édition. Tours : Presses Universitaires François-Rabelais ; 2016. 583 p.
7. Gasman I, Allilaire J-F. Psychiatrie - De l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. 2e édition. Paris : Elsevier Masson ; 2009. 464 p.
8. Lempérière T, Féline A, Adès J, Hardy P, Rouillon F. Psychiatrie de l'adulte. 2e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2006. 576 p.
9. OMS. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève Paris Milan Barcelone : Editions Masson ; 1992. 328 p.
10. Guelfi J-D, Rouillon F, Guilabert C. Manuel de psychiatrie. 3e édition. Elsevier Masson ; 2017. 928 p.
11. Postel J. Dictionnaire de la Psychiatrie. Paris : Larousse ; 2011. 544 p.
12. Senon J-L, Jonas DC, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013. 504 p.

13. Mercuel A, Guedj M-J, Rampa S, Gallois E, Gauillard J, Caroli F. Conduites psychopathiques. Encycl Méd-Chirugicale. 2021 ;37 :320-30.
14. Tognon-Tchégnonsi F, Adoukonou T, Djidonou A, Iréti EA, Gandaho P. Prévalence des troubles mentaux dans une communauté rurale à Parakou au nord Bénin. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 nov 2020 ;178(9) : 908-12.
15. Ataïgba IE. Dépistage des Troubles de la Personnalité : Étude Expérimentale dans le Service de Psychiatrie du CNHUHKM de Cotonou. Mémoire : DES Psychiatrie : Université d'Abomey-Calavi ; 2017.
16. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psychologie médicale. 2e édition. Paris : Masson ; 1996. 416 p.
17. Gonçalves SA. La psychopathie et ses différents enjeux : terminologie, sémiologie, facteurs étiologiques et traitements - De la clinique à la fiction. Mémoire : Master psychologie clinique et psychopathologie : Université de Lausanne ; 2018.
18. Famille Patriote. Le phénomène des « VIDOMINGON » : impacts et approches de solutions [Internet]. 2016 [cité 12 oct 2021]. Disponible sur : http://famillepatriote.org/le-phenomene-des-vidomingon-impacts-et-approches-de-solutions/
19. Pliya J. Des ténèbres à la lumière... : Osez prier pour la délivrance. 3e édition. Saint-Paul Editions Religieuses ; 2006. 375 p.
20. Hidalgo NA. Le fruit de tes entrailles - la guérison des blessures reçues dans le sein maternel. Paris : Saint-Paul Editions Religieuses ; 2002. 174 p.
21. Toivonen P, Könönen M, Niskanen E, Vaurio O, Repo-Tiihonen E, Seppänen A, et al. Cavum septum pellucidum and psychopathy. Br J Psychiatry. Août 2013 ; 203(2) : 152-3.
22. Gouazé A, Laffont J, Santini J-J. Neuroanatomie clinique. 4e édition. Paris : Expansion Scientifique Française ; 2000. 144 p.
23. M Das J, Dossani RH. Cavum Septum Pellucidum. 2021 [cité 12 oct 2021]. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537048/

24. Giovagnoli O, Ducro C, Pham TH, Woitchik P. Impact de l'adversité familiale durant l'enfance sur le développement de la personnalité psychopathique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2013 ;171(7):509-11.
25. Moreira D, Moreira DS, Oliveira S, Ribeiro FN, Barbosa F, Fávero M, et al. Relationship between adverse childhood experiences and psychopathy: A systematic review. Aggress Violent Behav. juill 2020;53:101452.
26. Sylla A, Ndoye O, Gueye M. Importance du contexte socioculturel dans la psychopathie en Afrique : une observation clinique. LÉvolution Psychiatr. 1 oct 2001 ;66(4):647-54.
27. De Page L, Matteucci M, Englebert J. Les limites de la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) dans une population médico-légale souffrant de schizophrénie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2018 ;176(10):954-8.
28. Pham TH, Malingrey F, Ducro C, Saloppé X. Psychopathie et troubles mentaux graves chez des patients internés. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. sept 2007;165(7):511-6.
29. Cooke DJ, Michie C, Skeem J. Understanding the structure of the Psychopathy Checklist – Revised: An exploration of methodological confusion. Br J Psychiatry. mai 2007;190(S49):s39-50.
30. Davis KM, Frederick A, Corcoran A. Using the Psychopathy Checklist to examine cinematic portrayals of psychopaths. Aggress Violent Behav. mai 2020;52:101424.
31. Voyer M, Senon J-L. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. Inf Psychiatr. 2012;88(6):445.
32. Ndiaye A. Validité et fidélité de la PCL-R aux plans interculturel et interethnique. Thèse: Psychologie: Université du Québec; 2011.
33. Finkelstein-Rossi J. Face à la délinquance juvénile, les dispositifs européens. J Psychol. 2007;n° 245(2):53-7.
34. Santos A. Expériences en matière de lutte contre la délinquance juvénile au Bénin [Internet]. 2009 [cité 14 oct 2021]. Disponible sur:

https://www.cairn.info/regards-d-afrique-sur-la-maltraitance--9782845860346-page-265.htm

35. Fillieux T, Godfroid IO. Le point sur le traitement des psychopathes. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2001;159(4):285-93.
36. Benarous X, Guedj M-J. Conduites psychopathiques. 22 févr 2018 [cité 25 août 2021]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/1198117/resultatrecherche/1
37. Péchillon E. Porter plainte contre un patient [Internet]. 2017 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: https://www.santementale.fr/2017/01/porter-plainte-contre-un-patient/
38. Senon J-L, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et expertaux. Inf Psychiatr. 2009;85(8):719.
39. Millaud F, Dubreucq J-L. Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2005;163(10):846-51.
40. Bénézech M. Dangerosité psychiatrique et responsabilité pénale atténuée : à propos de la condamnation à la réclusion à perpétuité d'un schizophrène auteur d'un homicide sexuel sadique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. janv 2020 [cité 21 juin 2020]; Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448720300238
41. Ahyi RG, Agossou T, Houwanou RT. Le thérapeute traditionnel face au comportement d'allure psychopathique. Journées de psychiatrie et de psychologie médicale; Novembre 1985; Abidjan, Côte d'Ivoire

Annexes

Annexe 1 : Les dimensions du 16PF

En retrait	Sociable
Moins intelligent	Plus intelligent
Instable émotionnellement	Stable
Emotionnellement soumis	Dominant
Réservé	Enthousiaste
Opportuniste	Consciencieux
Timide	Sans inhibition
Endurant	Délicat
Confiant	Méfiant
Pratique	Imaginatif
Franc	Sournois
Placide	Appréhensif
Conservateur	Radical
Dépendant	Indépendant
Manque de contrôle	Maître de soi
Décontracté	Tendu

Sur chaque dimension, le sujet obtient une note intermédiaire entre les deux caractéristiques extrêmes.

Annexe 2 : Définition des items de l'échelle de la PCL-R de Hare

Item 1 : Loquacité et charme superficiel (FI)

Loquace, volubile, s'exprime avec facilité, charme superficiel, dépourvu de sincérité, répartie facile, raconte des histoires improbables de manière convaincante qui le mettent en valeur, sait se présenter sous un jour favorable et se faire apprécier, donne l'impression d'avoir des connaissances.

Item 2 : Surestimation de soi (F1)

Perception franchement exagérée de ses capacités ou de sa valeur personnelle, sûr de lui, arrêté dans ses opinions, suffisant, se comporte comme s'il se produisait en spectacle ou donnait une conférence de presse, ni gêné ni blessé par sa situation actuelle pour laquelle il fait une hétéro-attribution (justice, manque de chance, trahison, victime etc.), se pose en victime, veut poursuivre une carrière qui lui assurera une position sociale reconnue.

Item 3 : Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer (F2)

Besoin chronique et excessif d'une stimulation excitante, tendance à s'ennuyer, prise de risques, consommation de drogues diverses, le long terme est ressenti comme ennuyeux ou fastidieux (école, travail, relations), se lasse rapidement.

Item 4 : Tendance au mensonge pathologique (F1)

Mensonge, tromperie, invente des versions alambiquées de son passé, ment avec facilité et absence de gêne apparente, explication ou excuse pour tout quand il est confronté aux incohérences de son récit, tromper autrui peut avoir pour lui une certaine valeur intrinsèque. Il ne s'agit pas de mensonge défensif mais de la propension chronique à mentir délibérément et gratuitement.

Item 5 : Duperie et manipulation (F1)

Tromperie, supercherie pour tricher, frauder et soutirer de l'argent ou manipuler les autres, combines, escroqueries et arnaques entreprises sans se soucier des répercussions pour la victime, culot, confiance en soi et sang-froid dans l'exécution.

Item 6 : Absence de remords ou de culpabilité (F1) (tout ou rien dans l'évaluation)

Se soucie généralement fort peu des conséquences négatives de ses actes criminels et non criminels sur autrui, préoccupé par les effets de ses actes sur sa propre

personne, peu d'émotion, ne se sent pas coupable, ne regrette pas ; s'il exprime remords et culpabilité, son attitude n'y ressemble pas, incapacité à percevoir la gravité du délit, projection du blâme.

Item 7 : Affect superficiel (F1)

Incapable d'éprouver une gamme normale et intense d'émotions ; froideur, manifestations d'émotions spectaculaires, superficielles et brèves, donnant l'impression d'un jeu théâtral et ayant un manque de profondeur évident.

Item 8 : Insensibilité et manque d'empathie (F1)

Manque d'empathie et insensibilité à l'endroit des sentiments, des droits et du bien-être d'autrui, ne se préoccupe que de sa personne, égoïste et cynique, évaluation abstraite et intellectuelle de la douleur, de l'angoisse ou du malaise d'autrui, épris, indifférence, solitaire par choix, ressent les émotions comme une faiblesse.

Item 9 : Tendance au parasitisme (F2)

Vit intentionnellement et délibérément aux crochets des autres, se présente soit comme un être démuni qui mérite le soutien et la compassion, soit recourt aux menaces et à la contrainte en exploitant les faiblesses des victimes, tendance persistante à utiliser les autres.

Item 10 : Faible maîtrise de soi (F2)

Difficulté à maitriser ses comportements, mauvais caractère, réagit par des comportements, des menaces ou des excès verbaux ou des passages à l'acte face à la frustration, l'échec, la discipline ou la critique ; s'offusque facilement, se met hors de lui pour des peccadilles ; comportements incongrus compte tenu des circonstances ; réactions de courte durée et vite oubliées ; augmentées sous l'effet de l'alcool.

Item 11 : Promiscuité sexuelle (F1/F2)

Relations sexuelles avec autrui interpersonnelles, non sélectives et désinvoltes, fréquentes relations sans lendemain, plusieurs relations simultanées, contrainte sexuelle, condamnations pour agressions sexuelles.

Item 12 : Apparition précoce de problèmes de comportement (F2)

Graves problèmes de comportement dans l'enfance (12 ans ou moins) par exemple : mensonge récurrent, tricherie, vol, pyromanie, école buissonnière, indiscipline en classe, abus de substances nocives (alcool, colle), vandalisme, violence, brutalité, fugue, activités sexuelles précoces. (Critère souvent omis à cause du peu d'accès aux informations).

Item 13 : Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste (F2)

Incapacité ou absence de désir à formuler et à réaliser des objectifs et projets à longue échéance. Vit au jour le jour et modifie fréquemment ses projets. Objectifs habituellement peu réalistes compte tenu de la situation (avocat, pilote de ligne…).

Item 14 : Impulsivité (F2)

Comportement impulsif, irréfléchi. Agit sous le coup de l'impulsion parce qu'il en a envie et que l'occasion se présente. Ne prend pas le temps de peser le pour et le contre d'une décision ou d'en envisager les éventuelles conséquences. Caprices. Le principe de plaisir prend le dessus.

Item 15 : Irresponsabilité (F2)

Ne respecte généralement pas ses obligations ou ses engagements vis-à-vis d'autrui (financiers, relationnels, professionnels, commerciaux, familiaux).

Item 16 : Incapacité d'assumer les responsabilités de ses faits et gestes (F1)
N'assume pas la responsabilité personnelle de ses propres actes ou de leurs conséquences, trouve des moyens d'excuser en rationalisant ou en rejetant la faute sur d'autres. Peut nier les accusations. Quand accepte la responsabilité, le fait de façon superficielle, pour ensuite minimiser, voir nier.

Item 17 : Nombreuses cohabitations de courte durée (F1/F2)
Accumule les expériences de cohabitation (relation de vie commune exigent un certain degré d'engagement).
Ne compter que les cohabitations et mises en ménage de 1 mois à 1 an continu.

- Moins de 30 ans : zéro ou une cohabitation coter 0 ; deux cohabitations coter 1 ; trois ou plus de cohabitations coter 2.
- Plus de 30 ans : zéro à 2 cohabitations coter 0 ; trois cohabitations coter 1 ; quatre ou plus de cohabitations coter 2.

Item 18 : Délinquance juvénile (F2)
Comportement antisocial grave avant l'âge de 18 ans. Attention il ne s'agit que de la délinquance officielle et non auto-rapportée !
Aucun délit coter 0 ; délits mineurs coter 1 ; délits majeurs coter 2.

Item 19 : Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle(F2)
Adulte, n'a pas respecté les conditions de sa libération conditionnelle (alcool, drogue, nouvelles infractions) ou s'est évadé d'un établissement pénitentiaire.
Absence de problème coter 0.
Suspension de la libération conditionnelle (nouveau délit sans nouvelle condamnation, défaut de comparution, irrégularité dans les contacts avec les services, etc.) coter 1.
Révocation de libération conditionnelle (nouveau délit, non-respect des conditions, fuite) coter 2.

Item 20 : Diversité des types de délits commis par le sujet (F2)

Types de délits très variés (vol, vol qualifié, drogue, voies de fait, meurtre, armes, délits sexuels, négligence criminelle, fraude, évasion, enlèvement, incendie, entrave à la justice, crime contre l'état).

Un à trois types de délits différents coter 0.

Quatre à cinq types de délits différents coter 1.

Au moins six types de délits différents coter 2.

Table des matières

Dédicace i

Hommages ii

Remerciements iii

Liste des abréviations v

Liste des tableaux vi

Introduction 1

1. Généralités 4

1.1. Définitions de concepts 4

1.1.1. Personnalité 4

1.1.2. Tempérament 4

1.1.3. Caractère 4

1.1.4. Normal, anormal 5

1.1.5. Personnalité normale 5

1.1.6. Trouble de la personnalité 6

1.1.7. Psychopathie, sociopathie, personnalité dyssociale, personnalité antisociale 6

1.1.8. Dangerosité 7

1.2. Classification des personnalités 7

1.2.1. Classification catégorielle 7

1.2.1.1. Classification d'Hippocrate (370 av. JC) 8

1.2.1.2. Classification d'Ernst Kretschmer (1925) 8

1.2.1.3. Classifications actuelles : DSM-5 versus CIM-10 9

1.2.2. Classification dimensionnelle 10

1.3. Psychopathie, sociopathie, personnalités dyssociales et antisociales . 12
1.3.1. Approche de définition 13
1.3.2. Histoire (14) 13
1.3.3. Epidémiologie 15
1.3.4. Etiopathogénie – Facteurs de risque (7,10) 16
1.3.4.1. Facteurs génétiques 16
1.3.4.2. Antécédents infantiles de troubles des conduites 16
1.3.4.3. Syndrome d'hyperactivité 17
1.3.4.4. Sévices ou abandon dans l'enfance 17
1.3.4.5. Atteintes neurologiques précoces 17
1.3.4.6. Facteurs psychodynamiques 18
1.3.5. Clinique (7,10) 18
1.3.5.1. Biographie du psychopathe 18
1.3.5.2. Personnalité du psychopathe 19
1.3.5.3. Evolution 20
1.3.5.4. Trouble associé 21
1.3.6. Evaluation : la Psychopathy Check-list de Hare (PCL-R) 21
1.3.6.1. Description de la PCL-R 21
1.3.6.2. Passation et Cotation 23
1.3.6.3. Outils d'évaluation dérivés de la PCL-R 23
1.3.7. Diagnostic 25
1.3.7.1. Diagnostic positif 25
1.3.7.2. Diagnostic différentiel 26
1.3.8. Traitement 28

1.3.8.1. Prise en charge des troubles des conduites chez l'adolescent . 28
1.3.8.2. Psychothérapie 30
1.3.8.3. Hospitalisation..... 30
1.3.8.4. Traitement médicamenteux..... 30
1.4. Psychopathie et médecine traditionnelle au Bénin..... 31
1.4.1. Fa 31
1.4.2. Fa et les traits de caractère 31
2. Cadre et méthode de travail..... 33
2.1. Cadre du travail 33
2.1.1. Centre national hospitalier universitaire de psychiatrie de Cotonou (CNHUP-C)..... 33
2.1.2. Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU HKM)..... 34
2.2. Méthode d'étude..... 35
2.2.1. Période d'étude..... 35
2.2.2. Type d'étude..... 35
2.2.3. Population d'études..... 35
2.2.4. Echantillonnage..... 36
2.2.5. Variables..... 36
2.2.6. Collecte des données..... 36
2.2.7. Traitement des données..... 36
2.2.8. Considérations éthiques 37
3. Résultats : Vignette clinique 38
3.1. Biographie de Joker..... 38

3.2. Antécédents de Joker 40
3.3. Résumé de l'expertise psychiatrique 41
3.4. Evolution de Joker après l'expertise psychiatrique 43
3.5. Résultat de la PCL-R de Hare 44
4. Discussion 48
4.1. Joker, un psychopathe prototypique 48
4.1.1. Facteurs étiopathogéniques retrouvés chez Joker 48
4.1.1.1. Délinquance infantile 48
4.1.1.2. Abandon et sévices 48
4.1.1.3. Enfant non désiré et anomalie du développement 50
4.1.1.4. Traumatisme crânien et encéphalique 51
4.1.1.5. Carence éducative 51
4.1.2. Traits de caractères de Joker 52
4.1.3. Qui est Joker ? 54
4.1.3.1. Selon les classifications actuelles (DSM-5 et CIM-10) 54
4.1.3.2. Selon Hare 56
4.2. Qu'en est-il de la prise en charge de Joker ? 58
4.2.1. Joker, l'échec d'une prise en charge traditionnelle 58
4.2.2. Joker, l'échec d'une prise en charge moderne 60
4.2.2.1. Pouvons-nous prévenir la psychopathie au Bénin ? 60
4.2.2.2. Que faire pour une psychopathie constituée ? 62
4.3. Intrications médicolégales de la psychopathie de Joker 66
4.4. Psychopathie et médecine traditionnelle au Bénin 69
4.4.1. Fa et la psychopathie 70

4.4.1.1. Fa, une aide au diagnostic précoce de la psychopathie..... 70

4.4.1.2. Les signes et maisons géomantiques de la psychopathie..... 71

4.4.2. Que recommande « Fa » en cas de psychopathie 72

Conclusion et suggestions 74

Références 76

Annexes 80

Imprimé à Cotonou (Bénin)
Novembre 2021

RESUME

Introduction : les personnalités du registre de la psychopathie représentent à notre égard, l'une des plus grandes difficultés qu'un psychiatre pourrait rencontrer dans sa carrière. Cette difficulté tient de la dangerosité intrinsèque de ces personnalités dites « difficiles », de l'absence de traitement pharmacologique spécifique, et aussi de la difficulté diagnostique devant de telles personnalités. Dans ce travail, nous faisons le point sur les aspects diagnostiques, thérapeutiques et médico-légaux de la psychopathie.

Cadre et méthodes d'étude : il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et d'une étude de vignette clinique. La nature des données était rétrospective et prospective. Il s'agissait, pendant la période retenue, de patients prévenus, et faisant l'objet d'une expertise psychiatrique. Nous avons inclus le seul sujet pour qui le diagnostic de personnalité antisociale (selon le DSM-5) avait été évoqué.

Résultats : le sujet retenu était âgé de 42 ans. Son enfance était marquée par des sévices, un manque de supervision et un abandon des parents. Il présentait des troubles des conduites graves dès l'âge de 11 ans. La vie du sujet, depuis qu'il est majeur était marquée du sceau de l'instabilité. Il était très agressif, et avait une incapacité franche à percevoir l'impact de son comportement sur autrui. Il était auteur de plusieurs infractions, et récemment d'une agression sexuelle sur personnel de l'hôpital. Il remplissait les quatre critères (A, B, C et D) du trouble de la personnalité antisociale décrit dans le DSM-5. Il avait totalisé 32/40 au score de la PCL-R de Hare ; il était un psychopathe selon Hare. Tous les types de prise en charge du sujet ont été un échec, du fait de l'inadéquation entre les moyens de prise en charge disponibles et la psychopathie.

Conclusion : avec le développement de la psychiatrie forensique, pouvoir reconnaitre et diagnostiquer la psychopathie devient une obligation pour les psychiatres. Au travers d'une vignette clinique, nous avons décrit la PCL-R de Hare, outil de référence du diagnostic de la psychopathie. Partant des difficultés rencontrées lors de la prise en charge de Joker, nous avons montré l'intérêt d'infrastructures spécialisées de prise en charge des psychopathes au Bénin

Mots-clés : Psychopathe, diagnostic, PCL-R de Hare, Traitement, Bénin.

ABSTRACT

Introduction: psychopathic personalities represent, in our opinion, one of the greatest difficulties that a psychiatrist may encounter in his or her career. This difficulty is due to the intrinsic dangerousness of these so-called "difficult" personalities, to the absence of specific pharmacological treatment, and also to the diagnostic difficulty in dealing with such personalities. In this work, we review the diagnostic, therapeutic and medico-legal aspects of psychopathy.

Study methods: this was a descriptive, cross-sectional, clinical vignette study. The nature of the data was retrospective and prospective. The patients included in the study were those who were undergoing psychiatric assessment. We included the only subject for whom the diagnosis of antisocial personality (according to the DSM-5) had been evoked.

Results: the subject was 42 years old. His childhood was marked by abuse, lack of supervision and parental abandonment. He had severe conduct disorder from the age of 11. The subject's life, since he came of age, was marked by instability. He was very aggressive, and had a frank inability to perceive the impact of his behaviour on others. He was a perpetrator of several offences, most recently a sexual assault on hospital staff. He met all four criteria (A, B, C and D) for antisocial personality disorder as described in the DSM-5. He scored 32/40 on the Hare PCL-R and was a psychopath according to Hare. All types of treatment for the subject were unsuccessful, due to the mismatch between the available treatment options and the psychopathy.

Conclusion: With the development of forensic psychiatry, being able to recognize and diagnose psychopathy is becoming an obligation for psychiatrists. Through a clinical vignette, we described the Hare PCL-R, a reference tool for the diagnosis of psychopathy. Based on the difficulties encountered during the treatment of the subject under investigation, we have shown the interest of specialised infrastructures for the treatment of psychopaths in Benin.

Key words: psychopath, diagnosis, Hare's PCL-R, treatment, Benin.