

Le jeune et la délinquance. Vers une approche anthropologique et psychopathologique de la personnalité antisociale

Youth and delinquency. Towards an anthropological and psychopathological approach to antisocial personality

الدكتور السعيد بوعون*

مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي

تاريخ النشر: 2018/06/30

تاريخ الاستلام: 2017/07/03

Résumé:

Evoquer la personnalité antisociale c'est d'emblée parler d'un phénomène où s'emmêlent deux dimensions importantes «le **clinique** et le **social**». Les violences que la société algérienne déplore, sont en plein expansion et elles n'épargnent personnes. Un observateur averti peut se poser multitudes de questions concernant le comportement d'une écrasante majorité de nos concitoyens (dans la rue, dans les administrations, dans les stades, et sur les routes). La violence est présente de partout et elle se banalise. Devant les actes les plus ignobles, nous nous retrouvons face à un sujet irresponsable, froid et sans aucun remord... Comprendre le social passe quelque fois par la Clinique et le pathologique.

* المؤلف المرسل

Mots clés ; trouble de la personnalité antisociale, violence, Psychopathie, Personnalité Dyssociale.

Abstract:

To evoke the antisocial personality is from the outset to speak of a phenomenon in which two important dimensions «the clinical and the social» are entangled. The violence that Algerian society deplores, is expanding and they spare no one. An informed observer can ask himself a multitude of questions concerning the behaviour of an overwhelming majority of our fellow citizens (in the streets, in the administrations, in the stadiums, and on the roads). Violence is everywhere and it becomes commonplace. In the face of the most despicable acts, we find ourselves faced with an irresponsible subject, cold and without any remorse... Understanding the social sometimes goes through the Clinic and the pathological.

Key words:

Antisocial personality disorder, violence, psychopathy, dyssocial personality.

Introduction

La violence est un phénomène clinique et socioculturel en expansion pas qu'en Algérie mais dans toutes les sociétés humaines. Elle est présente dans notre quotidien, dans la rue, les stades, les administrations et notamment sur les routes... Ceci dit, il ne faut pas confondre cette forme de violence dirigée vers «la société» avec la violence fondamentale, naturelle et universelle qui est une réaction élémentaire de défense et nécessaire à la survie de l'être humain.

Au niveau clinique, ce concept a évolué depuis le début du 19ème jusqu'à nos jours. Avant la psychanalyse, les psychiatres mettaient plus l'accent sur la notion d'instinct et de sens moral ainsi que sur une fragilité particulière, constitutionnelle qui prédisposerait à différentes affections mentales : Pinel en 1801 introduit la notion de «*folie sans délire*» de certains patients impulsifs et autodestructeurs avec une capacité de raisonnement. Morel en 1857 parle de «*dégénérescence*», puis Magnan de déséquilibre mental, et Dupré de «*déséquilibre constitutionnel*». En 1835, Pritchard en Angleterre individualise la «*folie morale*», Rusch aux États-Unis identifie ce groupe selon des critères moraux et en Allemagne, Kraepelin regroupe dans les «*personnalités psychopathiques*» « les

criminels nés, les agités, les menteurs, les bluffeurs et les pseudo-quérulents».

Avec l'avènement de la psychanalyse un nouveau concept «*névroses de caractère*» est apparu pour désigner ces troubles de comportements empreints de violence. Pour Bergeret, la violence correspond à une tendance instinctuelle innée destinée à être intégrée progressivement dans d'autres finalités humaines, au fur et à mesure que le sujet accède à un libre et efficient exercice de ses capacités amoureuses et créatrices (1).

- Définition de la personnalité antisociale

Un individu ayant une personnalité antisociale est impulsif et intolérant aux frustrations : il est incapable de différer l'accomplissement de ses désirs, d'anticiper les conséquences de ses actes, que ce soit pour lui-même ou pour les autres. Il ne tire aucun enseignement de ses expériences passées, et cherche à résoudre les conflits en passant à l'acte plutôt qu'en réfléchissant pour trouver une solution adaptée. Il transgresse régulièrement les lois, ainsi que les règles sociales et morales, et n'en éprouve ni honte ni remords.

Paradoxalement, il se pose en victime de la société, en rejetant la responsabilité et la culpabilité sur les autres, en les accusant de faire obstacle à la réalisation immédiate de son plaisir. Son comportement agressif

verbal et physique prend ses sources dans le mépris qu'il éprouve pour les autres. Il ne ressent aucune émotion et fait preuve d'un égoïsme manifeste : son comportement et ses actes visent à la recherche de sa satisfaction immédiate.

Il est aujourd'hui avéré que toutes ces manifestations sont présentes dès l'enfance, et que cela se manifeste par de grosses colères, une agressivité envers les autres enfants et les animaux, et une opposition précoce aux parents. Ces comportements antisociaux sont souvent renforcés au moment de l'adolescence, par des bagarres multiples, des fugues, voire un refus affiché de toute discipline. La scolarité est difficile, malgré un niveau intellectuel normal. À l'âge adulte, l'instabilité se manifeste en premier lieu dans le domaine professionnel.

- Personnalité Antisociale et nosologie internationale

Les classifications internationales considèrent la conduite antisociale comme un trouble de la personnalité et insistent sur certains critères en tentant de résoudre les questions nosographiques ainsi :

– La **CIM-10** (1992) distingue la personnalité dyssociale de la personnalité émotionnellement instable (caractérisée par des actes impulsifs et une instabilité

affective), cette dernière ayant elle-même deux sous-types, impulsif et borderline (**tableau 1**).

– Dans le **DSM-5**, (2013) le trouble de la personnalité Antisociale est essentiellement caractérisé par la violation des droits des autres (p.645). Il est intégré dans le cluster B avec la personnalité Borderline et la personnalité Histrionique ainsi que la personnalité narcissique (**tableau 2**).

Tableau 1 –

La personnalité dyssociale dans la classification internationale des maladies CIM-10 (2)

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

- a) Une indifférence froide envers les sentiments d'autrui ;
- b) Une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales.
- c) Une incapacité à maintenir durablement des relations, alors même qu'il n'existe pas de difficulté à établir les relations ;

d) Une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de violence ;

e) Une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions ;

f) Une tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société.

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

Tableau 2 –

Critères diagnostiques de la personnalité antisociale dans le DSM-5
(3)

A. A pervasive pattern of disregard for and violation of the rights of others, occurring since age 15 years, as indicated by three (or more) of the following:

1. Failure to conform to social norms with respect to lawful behaviors, as indicated by repeatedly performing acts that are grounds for arrest.

2. Deceitfulness, as indicated by repeated lying, use of aliases, or conning others for personal profit or pleasure.

3. Impulsivity or failure to plan ahead.

4. Irritability and aggressiveness, as indicated by repeated physical fights or assaults.

5. Reckless disregard for safety of self or others.

6. Consistent irresponsibility, as indicated by repeated failure to sustain consistent work behavior or honor financial obligations.

7. Lack of remorse, as indicated by being indifferent to or rationalizing having hurt, mistreated, or stolen from another.

B. The individual is at least age 18 years.

C. There is evidence of conduct disorder with onset before age 15 years.

D. The occurrence of antisocial behavior is not exclusively during the course of schizophrenia or bipolar disorder.

- Caractéristiques cliniques du trouble de la personnalité antisociale

Il est essentiel de rappeler que la description de la biographie d'une personnalité antisociale fait partie intégrante de la clinique de ce type de personnalité : instabilité, inadaptabilité, impulsivité, pauvreté de la verbalisation. Nous allons résumer dans notre propos les principales caractéristiques d'une personnalité antisociale.

Dans l'enfance, de nombreux signes caractérisés sont présents (opposition aux parents, agressivité envers les autres enfants, brutalité avec les animaux...). La scolarité est caractérisée par les fréquences des bagarres, le refus de la discipline, les fugues, des larcins et d'une instabilité permanente.

À l'adolescence, les troubles du comportement s'aggravent : conduites toxicomaniaques, délinquance caractérisée, sexualité précoce avec des conduites à risque. L'instabilité entrave toute possibilité d'intégration sociale ou professionnelle (4).

La personnalité antisociale est dyssociale. Ce n'est pas une asociale : elle connaît les règles de la société et les rejette. La sémiologie repose avant tout sur le passage à l'acte : l'action domine la pensée.

Le passage à l'acte, brusque et soudain est la caractéristique essentielles par laquelle se manifeste ***L'impulsivité et l'agressivité*** de l'antisocial. L'intolérance à la frustration, le moindre obstacle s'opposant au désir du sujet peut entraîner une décharge impulsive violente. Les conduites agressives sont le plus souvent à caractère antisocial (bagarre, détérioration de matériel, violence sexuelle, vol,...). Mais une auto-agressivité peut se manifester par des conduites à risque et des tentatives de suicide, des automutilations et une utilisation dangereuse de la route. Le sujet ne prévoit pas les conséquences de ses actes et ne sait pas tirer profit des expériences passées, ce qui conduit souvent à des comportements récidivants de délinquance. Il n'y a pas de sentiment de culpabilité, ni d'angoisse par rapport aux gestes impulsifs.

L'instabilité touche souvent l'ensemble des aspects (comportementaux, affectifs, sociaux, professionnels ou scolaire. L'absentéisme scolaire ou professionnel est important. ***La vie sentimentale et affective*** est souvent instable, faite d'une suite d'aventures sans lendemain. Elle est sous-tendue par une quête affective toujours insatisfaite, est caractérisée par une affectivité diminuée, un égocentrisme, de la manipulation et de la mythomanie. Au ***plan moteur***, on note une maladresse gestuelle, une inattention motrice, toute tâche est bâclée afin qu'elle soit terminée le plus vite possible.

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

Le caractère superficiel et irrégulier domine « **Les relations humaines** » avec un besoin impérieux d'une satisfaction immédiate. Guidé par l'intérêt et le bénéfice immédiat, le contact est facile, le charme apparent et la conversation est facilement engagée.

Paradoxalement, on peut remarquer chez l'antisocial **des conduites de retrait** qui sont assez fréquentes d'autant plus que le sujet est encore adolescent. La passivité, l'oisiveté, l'ennui et le manque d'intérêt sont habituels. Quand il existe un investissement dans une activité, il reste très léger et temporaire nécessitant des bénéfices immédiats. Pour les adolescents, il n'existe pas de réelle autonomie par rapport à la famille ou à la bande de copains. Le sujet ne peut rien entreprendre seul. Cette passivité et cette dépendance accentuent le sentiment de dévalorisation de l'individu, ce qui peut provoquer des réactions de ruptures (4, 5).

- L'environnement de l'antisocial.

En général sa famille est marquée par une histoire lourde : un père peu présent ou fortement dévalorisé, parfois totalement absent, jamais porteur de l'autorité ou

de la loi. La mère passe de la passivité ou la soumission à l'agressivité et au rejet, du débordement d'affection à la froideur, de la rigueur morale extrême à la laxité, voire à la complicité. À côté des histoires carencielles, chaotiques ou abandonniques, quelques adolescents moins nombreux sont issus de familles où l'enfant n'a jamais été confronté à la moindre limite ou frustration, où il n'a pas connu l'expérience structurante du manque, de l'attente et de l'élaboration du désir.

La seule structure sociale capable d'accueillir l'adolescent psychopathe est la bande, même s'il n'y est jamais meneur et que son insertion y reste précaire (4).

- Caractéristiques anthropologiques et épidémiologiques du trouble de la personnalité antisociale

Malheureusement nous manquons cruellement de données épidémiologiques propres à la société algérienne. Nous contenterons des données mondiaux qui pourraient refléter d'une certaine manière quelques aspects concernant la réalité algérienne. Chez l'adolescent, la prévalence des troubles des conduites est comprise entre 6 et 16 % chez les garçons et 2 à 9 % chez les filles (6).

Les taux de personnalité antisociale varient entre 0,14 % et 3,7 % (7), la majorité des enquêtes aboutissant à des résultats se situant entre 2 et 3 %.

Au niveau anthropologique, la personnalité antisociale est retrouvée dans toutes les cultures avec une prédominance masculine, comme dans l'étude ECA (Epidemiological Catchment Area Study) où le ratio homme/femme est de 6/1. Le taux de prévalence le plus élevé se situe dans le groupe 25-44 ans, avec une diminution très nette entre 45 et 64 ans (8, 9).

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

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

Dans l'enfance, on retrouve des Troubles Oppositionnels avec Provocation (TOP), des troubles des conduites (10) et des Troubles Déficitaires de l'Attention-Hyperactivité (TDAH) (11, 12).

- Comorbidités et évolution du trouble.

Les sujets porteurs d'une personnalité antisociale ont un risque accru par rapport à la population générale de décéder prématurément de mort violente (suicide, accident, homicide). Dyck et al, évaluent le risque relatif de décès par suicide pour les personnalités antisociales à 4 (13). Des troubles dépressifs voire psychotiques peuvent marquer l'évolution des sujets avec une personnalité antisociale.

Les conduites addictives (substances illicites, alcool) chez les sujets avec une personnalité antisociale sont fréquentes (14).

Plusieurs auteurs ont décrit chez les schizophrènes une personnalité antisociale prémorbide, particulièrement dans l'héboïdophrénie (15).

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

- Facteurs de risque

Selon Braitman (16), *les facteurs de risque de violence* sont ;

- le sexe masculin,

- un âge inférieur à 30 ans,
- un faible statut socioéconomique,
- un trouble des conduites dans l'enfance,
- des antécédents personnels de violence,
- des antécédents judiciaires,
- un abus d'alcool ou de drogues,
- une élaboration psychique défailante,
- une faible introspection,
- une faible tolérance à la frustration et une difficulté à supporter la critique.

- Les signes avant-coureurs de violence

- le refus de communiquer,
- la réticence,
- des signes de tension psychique tels qu'une agitation,
- des déambulations, des vociférations et actes impulsifs (portes claquées, coups de poing sur les murs),
- des menaces verbales, une hostilité, un comportement violent récent.

- Comment se comporter face à un sujet antisocial

Pour les praticiens, (psychiatres et psychologues...) il existe quelques conduites à prendre en présence d'un sujet antisocial.

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

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

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

- Conclusion

L'anthropologie clinique et la psychopathologie peuvent-elles nous aider à comprendre un phénomène

socioculturel qui est celui de la violence. Notre espace public en Algérie est émaillé de conduites dyssociales et la violence agrmente chaque moment de notre quotidien. Des explications diverses et variées sont données aux phénomènes. Même si on considère que ce phénomène est multifactoriel, l'anthropologie, couplée à la clinique et la psychopathologie peut contribuer à mettre de la lumière sur un épiphénomène devenu une hantise de toute une société.

Références bibliographiques

1. Bergeret J. *Violence et évolution affective humaine*. In : Psychopathologie théorique et clinique, Paris, Masson, 9 e édition, 2004 ; 97-103.
2. *Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, CIM-10*, 1992. Traduction française CB PULL et al, Paris, Masson, 1993.
3. American Psychiatric Association *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders..*
4. Marcelli D, Braconnier A, Humeau M. *Les conduites psychopathiques ou troubles des conduites*. In : Adolescence et psychopathologie, Paris, Masson, 7^e édition, 2008 ; 355-78.
5. Petitjean F. *La personnalité antisociale (dyssociale)*. In Feline A, Guelfi JD, Hardy P. Les troubles de la personnalité, Paris, Ed Flammarion, 2002 ; 171-84.

6. Kutcher S, Aman M, Brooks S et al. *International consensus statement on attention – deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorder (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions*. Eur Neuropsychopharmacol 2004 ; 14 : 11-28.
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zao et al. *Lifetime and 12 month prevalence of DSMIII-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry 1994 ; 51 : 8-19.
8. Swanson MCJ, Bland RC, Newman SC. *Antisocial personality disorders*. Acta Psychiatr Scand 1994 ; 376 : 63-70.
9. Murphy JM. *Psychiatric labelling in cross-cultural perspective*. Science 1976 ; 191 : 1019-28.
10. Robins LN. *Sturdy Childhood predictors of adult antisocial behaviour: replications from longitudinal studies*. Psychol Med 1978 ; 8 : 611-22.
11. Biederman J, Faraone SV, Milberger S et al. *Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year followup study of children with ADHD*. J Am Acad Child Adoles Psychiatry 1996 ; 38 : 468-76.
12. Lynam DR. *Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath?* Psychological Bulletin 1996 ; 120 : 209-34.
13. Dyck RJ, Bland RC, Newman SC, Om H. *Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton*. Acta Psychiatr Scand, 1988, suppl 338 : 64-71.
14. Laventure M, Dery M, Pauze R. *Consommation de psychotropes et persistance du trouble des conduites chez les*

adolescents. *Alcoolologie et Addictologie* 2006 ; 28 (3) : 223-30.

15. Cuesta MJ, Peralta V, Caro F. *Premorbid personality in psychosis*. *Schizophr Bull* 1999 ; 25 : 801-11.

16. Braitman A. *Danger pour autrui*. In : Guedj-Bourdiau MJ, *Urgences psychiatriques*, Paris, Ed Masson 2008 ; 355-66.