

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/384286978>

Validité conceptuelle et psychométrique du trouble de la personnalité psychopathique au travers de différentes mesures structurées

Thesis · October 2023

CITATIONS

0

READS

66

1 author:



Denis Delannoy

University of Mons

41 PUBLICATIONS 24 CITATIONS

SEE PROFILE

UNIVERSITE DE MONS

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation



**Validité conceptuelle et psychométrique du
trouble de la personnalité psychopathique au
travers de différentes mesures structurées**

Denis Delannoy

Thèse défendue les 4 et 20 octobre 2023 pour l'obtention du diplôme de
Docteur en Sciences Psychologiques et de l'Éducation

Composition du jury

Prof. Thierry H. Pham	Université de Mons	<i>Promoteur</i>
Prof. Laurent Lefebvre	Université de Mons	<i>Président</i>
Prof. Véronique Delvaux	Université de Mons	<i>Secrétaire</i>
Prof. Bernard Harmegnies	Université de Mons	<i>Membre</i>
Prof. Jean-Pierre Guay	Université de Montréal	<i>Membre</i>
Prof. Robert Courtois	Université de Tours	<i>Membre</i>

*« Le plus grand plaisir de la vie consiste à réaliser
ce que les autres vous pensent incapable de faire. »*

Walter Bagehot

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mon promoteur, le Professeur Pham, pour tous ses conseils et la confiance qu'il m'a accordée tout au long de ce projet ambitieux. Plus qu'un promoteur, vous avez été un mentor pour moi.

Je remercie mes collègues du Centre de Recherche en Défense Sociale qui ont supporté les bonnes et les moins bonnes phases du processus de thèse. Un merci tout particulier à Xavier qui, malgré son emploi du temps chargé, m'a soutenu et guidé dans les moments difficiles. À Caroline Lecoq, pour sa disponibilité durant les relectures de dernière minute.

Je remercie également la région wallonne pour le soutien apporté dans la réalisation des recherches qui composent cette thèse.

J'exprime également toute ma gratitude envers l'équipe du Service de Psychopathologie Légale de l'UMONS pour leurs conseils bienveillants et constructifs. À Luca A. Tiberi et Emilie Telle, pour leur écoute et leur aide dans les tâches administratives. À Audrey Vicenzutto, pour le partage de son expérience de recherche, son aide pour les analyses statistiques et ses conseils toujours pertinents.

Aux membres du comité d'accompagnement, je vous témoigne toute ma reconnaissance pour toutes vos idées qui ont permis de me structurer et à cette thèse d'évoluer au-delà de ce que j'aurais pu imaginer.

Je remercie le Professeur David Cooke pour sa bienveillance, les conseils concernant l'article et les présentations ainsi que la formation sur le modèle CAPP. Il m'a permis d'avoir une meilleure compréhension de son modèle.

J'adresse mes remerciements au Professeur David Kosson pour tous les conseils qu'il m'a fournis lors des nombreuses entrevues.

Je tiens également à remercier les psychiatres, les psychologues et le personnel soignant de chaque pavillon du C.R.P. « Les Marronniers » pour leur aide lors des passations. Merci à Christelle Delescluse qui a donné de son temps pour les évaluations inter-juges. Je n'oublie pas les nombreux participants de cette étude sans qui tout ce travail n'aurait pas été possible.

Enfin, je remercie ma famille qui m'a soutenu et qui a cru en moi durant toutes ces années. À mes parents sans lesquels je ne serais pas arrivé là où je suis. À ma meilleure amie, Sophie Van Malderen, pour ces années de complicité et de soutien mutuel. Plus qu'une simple amie, tu resteras à jamais ma jumelle. À mes filleuls, Nicolas et Naïa, qui m'apportent de la joie chaque jour qui passe. À ma cousine, Véronique Rousseau, qui m'a également soutenu dans d'autres projets qui m'ont permis de trouver ma voie.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	13
CHAPITRE 1 : DEFINITION ET EVALUATIONS DE LA PSYCHOPATHIE AU TRAVERS DE MESURES STRUCTUREES ET OPERATIONNELLES	16
<i>Psychopathie et son évaluation</i>	17
Points essentiels	19
Résumé	19
Introduction	20
PARTIE I : LES OUTILS STRUCTURES POUR L'EVALUATION DE LA PSYCHOPATHIE	21
1.1. <i>Les origines anglosaxones de la psychopathie</i>	21
1.2. <i>L'échelle de psychopathie de Hare [2,9]</i>	22
Passation et cotation	24
1.2.1. Données descriptives relatives aux scores et prévalence de psychopathie	24
1.2.2. Les différents profils psychopathiques	26
Applications et propositions cliniques	28
1.3. <i>L'échelle de psychopathie auto-rapportée de Hare, version 3 (Self-Report Psychopathy Scale, SRP-III)</i>	28
Description	29
Passation et cotation	29
Qualités psychométriques	29
Applications et propositions cliniques	29
1.4. <i>L'évaluation complète du trouble de la personnalité psychopathique (Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality, Institutional Rating Scale ; CAPP-IRS) [5]</i>	30
Description	30
Qualité psychométrique	30
Développement de l'échelle	30
Passation et cotation	31
Validité du modèle CAPP	31
a) La validité prototypique	31
b) La validité convergente	33
Applications et propositions cliniques	34
1.5. <i>La mesure interpersonnelle de la psychopathie (Interpersonal Measure of Psychopathy ; IM-P) [6]</i>	34
Description	34
Passation et cotation	35
Développement de l'échelle	35
Qualités psychométriques	36
Applications et propositions cliniques	36
PARTIE II : IMPLICATIONS DE L'EVALUATION DE LA PSYCHOPATHIE	36
2.1. <i>Psychopathie et efficacité thérapeutique</i>	36
2.2. <i>Psychopathie et apports de l'évaluation neuropsychologique</i>	39
Conclusion	41
Références	42
CHAPITRE 2 : LA VALIDITE PROTOTYPIQUE DU CONCEPT DE PSYCHOPATHIE	50
<i>L'apport de l'analyse prototypique dans le concept de psychopathie</i>	51
Résumé	51
1. <i>Introduction</i>	52
1.1 La théorie du prototype	52
1.2 L'analyse prototypique	52
1.3 L'apport de l'analyse prototypique	52
1.4 Le modèle de Cooke	53
2. <i>Méthodologie</i>	53
2.1 Participants	54
2.2 Procédure	54
2.3 Analyses de données	54
3. <i>Résultats</i>	55
4. <i>Discussion</i>	57
5. <i>Conclusion</i>	57
Références:	59
<i>Prototypical validity and factor structure of the French version of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) model</i>	62
Abstract	63
Introduction	64
Towards the Inclusion of the Specificities Concerning the Concept of Psychopathy	64
Development of the CAPP Model	65

Findings of Prior Prototypical Studies	68
Objectives	68
Method.....	69
Participants	69
Belgian Translation of the CAPP.....	69
Procedure.....	69
Data Analysis.....	70
Results	71
Descriptive Analyses (Table 2)	71
Intercultural Groups: Cohen's <i>d</i> effect sizes and Pearson's Correlation of Prototypicality Ratings (Figure 1; Table 2)	73
Confirmatory Factor Analysis (Table 3).....	74
Discussion.....	77
Prototypicality of the CAPP Model	77
Factor Structure of the CAPP Model	80
Limitations.....	81
Conclusion.....	82
Acknowledgement	82
Declaration of interests	82
References	83
<i>Conclusion du chapitre</i>	92
Références	96

CHAPITRE 3 : LA VALIDITE CONVERGENTE ENTRE PLUSIEURS INSTRUMENTS EVALUANT LA PSYCHOPATHIE 98

<i>Deux mesures de psychopathie chez les patients médicolégaux</i>	99
1. Introduction.....	99
2. Méthode	99
3. Résultats	100
4. Conclusions.....	102
Références	103
<i>Validité convergente entre trois échelles de psychopathie : Psychopathy Checklist – Revised, Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale et Interpersonal Measure of Psychopathy</i> 104	
Introduction	104
Historique	104
Validité empirique de la Psychopathy Checklist - Revised.....	106
Limites et évaluations complémentaires des échelles de psychopathie.....	107
Objectif.....	108
Méthodologie.....	109
Participants	109
Instruments	114
Qualités psychométriques de la PCL-R	114
Qualités psychométriques de la CAPP-IRS.....	115
Qualités psychométriques de l'IM-P	116
Procédure.....	116
Déroulement des entretiens	117
Cotation.....	117
Analyses de données.....	118
Résultats	120
Fiabilité	120
PCL-R.....	120
CAPP-IRS	120
IM-P	120
Corrélations	123
PCL-R et CAPP-IRS	123
Corrélations globales.....	123
Corrélations partielles	123
PCL-R et IM-P	124
Corrélations globales.....	124
Corrélations partielles	124
CAPP-IRS et IM-P	125
Corrélations globales.....	125
Régressions linéaires	126
Comparaison de groupes.....	131
Discussion.....	134
Fiabilité	134
Relations entre les échelles	136
PCL-R et CAPP-IRS	136
PCL-R et IM-P	137

CAPP-IRS et IM-P	138
Comparaisons de groupes	139
Conclusion	141
Perspectives	142
Références	144

CHAPITRE 4 : FONCTIONNEMENT COGNITIF ET PSYCHOPATHIE : APPROCHE EXPLORATOIRE 154

<i>Introduction</i>	154
<i>Objectif</i>	156
<i>Méthodologie</i>	156
Participants	156
Instruments	157
Évaluation de la psychopathie	157
Évaluation intellectuelle et cognitive	158
Procédure	159
Analyse des données	160
Résultats	162
Corrélations globales Spearman (Tableau 1.)	162
Corrélations partielles de Pearson (Tableau 2.)	164
Comparaisons de groupes	165
Discussion	167
Corrélations	167
Comparaisons	170
Conclusion	171
Perspectives et limites	171
Références	172

CHAPITRE 5 : ETAT DE L'ART SUR LE PARCOURS DES PERSONNES AVEC UN TPP 176

<i>Psychopathie et institutionnalisation</i>	177
Informations essentielles	177
1. <i>La psychopathie</i>	178
1.1 Définition	178
1.2 Les profils de la psychopathie	179
2. <i>Psychopathie et comorbidité psychiatrique</i>	180
2.1 La prévalence en milieux carcéral et médico-légal	180
2.2 Psychopathie et troubles de la personnalité	180
2.3 Psychopathie et troubles mentaux	181
3. <i>Psychopathie, taux de récurrence et niveau de risque de récurrence</i>	182
3.1 Psychopathie et taux de récurrence	182
3.2 Inclusion de la psychopathie dans l'évaluation du risque de récurrence	182
3.3 Ouverture sur la partie relative au traitement	183
4. <i>Les perspectives de prise en charge</i>	183
4.1 Le modèle RBR	183
4.2 Efficacité des programmes de traitement	185
5. <i>Conclusion</i>	186
6. <i>Orientations futures</i>	187
Références	189

DISCUSSION GENERALE..... 192

L'ÉVALUATION DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE PSYCHOPATHIQUE	192
1. La représentation du trouble de la personnalité psychopathique des professionnels de la santé mentale est-elle proche de la prototypicité ? En va-t-il de même pour des personnes n'ayant pas de formation en santé mentale ?	193
2. Les versions francophones des échelles de psychopathie hétéro-rapportées sont-elles valides et fiables ? Quelles sont les implications cliniques les plus importantes ?	194
3. Y-a-t-il un lien entre le trouble de la personnalité psychopathique et des compétences cognitives relatives au concept d'intelligence ?	197
4. Quel est l'état des lieux de la prise en charge des personnes avec un trouble de la personnalité psychopathique ? Quelle méthodologie faut-il appliquer ?	198
5. Modèle heuristique de l'évaluation de la psychopathie en milieux carcéral et médico-légal	201
CONCLUSION GENERALE	208
Références	210

Table des illustrations

TABLEAU 1 : CATEGORISATION DES 16 CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA PSYCHOPATHIE DE CLECKLEY SELON PATRICK [8].....	21
TABLEAU 2 : MODELE QUADRI-FACTORIEL DE LA PSYCHOPATHY CHECKLIST REVISED 2 ND [2]	23
TABLEAU 3 : DONNEES DESCRIPTIVES RELATIVES AUX SCORES DE LA PCL-R	25
FIGURE 1 : LES DIFFERENTS PROFILS PSYCHOPATHIQUES [28].....	27
TABLEAU 4 : MODELE TRI-FACTORIEL DE L'INTERPERSONAL MEASURE OF PSYCHOPATHY [55].....	35
TABLEAU 1	56
ANALYSE DESCRIPTIVES INTERCULTURELLES	56
TABLE 1. ENGLISH AND FRENCH VERSIONS OF THE CAPP MODEL.....	66
TABLE 2. DESCRIPTIVE ANALYSES AND EFFECT SIZES OF THE CAPP SYMPTOMS.....	72
FIGURE 1. COMPARISON BETWEEN ENGLISH AND FRENCH CAPP SYMPTOMS	73
TABLE 3. CONFIRMATORY FACTOR ANALYSIS (CFA).....	75
TABLE 4. EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS (EFA)	76
FIGURE 2. SCREE PLOT OF THE EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS	77
TABLEAU 1	94
COMPARAISONS ENTRE LES ETUDIANTS ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE MENTALE FRANCOPHONES.....	94
TABLEAU 1 : CORRÉLATIONS BRUTES ET PARTIELLES ENTRE LA PCL-R ET LA CAPP-IRS	101
TABLEAU 1	109
DONNEES DESCRIPTIVES AUX ECHELLES DE PSYCHOPATHIE AUPRES D'UNE POPULATION INTERNEE EN BELGIQUE.....	109
TABLEAU 2	111
PREVALENCE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DES DIFFERENTS SOUS-GROUPES	111
TABLEAU 3	112
PREVALENCE DIAGNOSTIQUE DES DIFFERENTS SOUS-GROUPES	112
TABLEAU 4.....	113
PREVALENCE DES TYPES DE DELITS ACTUELS AU SEIN DES DIFFERENTS SOUS-GROUPES	113
FIGURE 1	119
CORRÉLATION PARTIELLE ENTRE LA FACETTE INTERPERSONNELLE ET LE DOMAINE DE LA DOMINANCE.....	119
TABLEAU 6.....	121
CORRELATIONS GLOBALES (R DE PEARSON) ENTRE LA PCL-R, LA CAPP-IRS ET L'IM-P	121
TABLEAU 7	122
CORRELATIONS PARTIELLES (R DE PEARSON) ENTRE LA PCL-R, LA CAPP-IRS ET L'IM-P (CONTROLE PCL).....	122
TABLEAU 8	126
REGRESSIONS ENTRE LE SCORE TOTAL DE LA PCL-R ET LES DIFFERENTES ECHELLES DE LA PSYCHOPATHIE	126
TABLEAU 9	127
REGRESSIONS ENTRE LE FACTEUR INTERPERSONNEL DE LA PCL-R ET LES DIFFERENTES ECHELLES DE LA PSYCHOPATHIE	127
TABLEAU 10	128
REGRESSIONS ENTRE LE FACTEUR DEVIANCE SOCIALE DE LA PCL-R ET LES DIFFERENTES ECHELLES DE LA PSYCHOPATHIE	128
TABLEAU 11	128
REGRESSIONS ENTRE LA FACETTE INTERPERSONNELLE DE LA PCL-R ET LES DIFFERENTES ECHELLES DE LA PSYCHOPATHIE.....	128
TABLEAU 12	129
REGRESSIONS ENTRE LA FACETTE AFFECTIVE DE LA PCL-R ET LES DIFFERENTES ECHELLES DE LA PSYCHOPATHIE	129
TABLEAU 13	129
REGRESSIONS ENTRE LA FACETTE STYLE DE VIE DE LA PCL-R ET LES DIFFERENTES ECHELLES DE LA PSYCHOPATHIE...	129
TABLEAU 14.....	130
REGRESSIONS ENTRE LA FACETTE ANTISOCIALE DE LA PCL-R ET LES DIFFERENTES ECHELLES DE LA PSYCHOPATHIE ..	130
TABLEAU 15	131
COMPARAISONS DES ECHELLES CAPP-IRS ET IM-P AU SEIN DES SOUS-GROUPES PCL (CUT-OFF 25).....	131
TABLEAU 16.....	133
COMPARAISONS DES ECHELLES CAPP-IRS ET IM-P AU SEIN DES SOUS-GROUPES PCL (CUT-OFF 28).....	133
TABLEAU 1	162
CORRELATIONS GLOBALES (P SPEARMAN) ENTRE LA WAIS-IV ET LES MESURES DE PSYCHOPATHIES	162
TABLEAU 2	164
CORRELATIONS PARTIELLES ENTRE LA WAIS-IV ET LES MESURES DE PSYCHOPATHIES	164
TABLEAU 3	165
COMPARAISONS DES INDICES DE LA WAIS-IV AU SEIN DES SOUS-GROUPES PCL (CUT-OFF 25).....	165
TABLEAU 4.....	166
COMPARAISONS DES INDICES DE LA WAIS-IV AU SEIN DES SOUS-GROUPES PCL-R (CUT-OFF 28).....	166
TABLEAU 5	166

COMPARAISONS DES INDICES DE LA WAIS-IV AU SEIN DES SOUS-GROUPES CAPP.....	166
TABLEAU 6.....	167
COMPARAISONS DES INDICES DE LA WAIS-IV ENTRE LES GROUPES A L'IM-P.....	167
TABLEAU 1. LA PCL-R VUE SELON LA PSYCHOLOGIE DES CONDUITES CRIMINELLES.....	184
TABLEAU 1.....	203
PRINCIPES D'EFFICACITE RELATIFS A L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE AUPRES DES PERSONNES AVEC UN TPP (LÖSEL, 1998).....	203
FIGURE 1.....	
MODELE HEURISTIQUE DE L'EVALUATION DE LA PSYCHOPATHIE EN MILIEUX CARCERAL ET MEDICOLEGAL.....	

Liste des abréviations et acronymes

AICS	<i>Auteurs d'Infractions à Caractère sexuel</i>
CAPP	<i>Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality</i>
CAPP-IRS	<i>Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale</i>
COWAT	<i>Controlled Oral Word Association Test</i>
CPS	<i>Chambre de Protection Sociale</i>
Cfr.	<i>Confer</i>
CRDS	<i>Centre de Recherche en Défense Sociale</i>
CRP	<i>Centre Régional Psychiatrique</i>
DMG	<i>Dossier Médical Global</i>
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
e.g.	<i>Exempli gratia</i>
Etc.	<i>Et cetera</i>
Facet.	<i>Facette</i>
Fact.	<i>Facteur</i>
FPSE	<i>Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation</i>
HAS	<i>Haute Autorité de Santé</i>
HCR-20	<i>Historical-Clinical-Risk Management-20</i>
HCR-20v3	<i>Historical-Clinical-Risk Management-20 version 3</i>
HPS	<i>Hôpital Psychiatrique Sécurisé</i>
IAG	<i>Indice d'Aptitude Générale</i>
ICU	<i>Inventory of Callous and Unemotional Traits</i>
ICV	<i>Indice de Compréhension Verbale</i>
i.e.	<i>Id est</i>
IGT	<i>Iowa Gambliig Task</i>
IM-P	<i>Interpersonal Measure of Psychopathy</i>
IMT	<i>Indice de Mémoire de Travail</i>
IRP	<i>Indice de Raisonnement Perceptif</i>
IVT	<i>Indice de Vitesse de Traitement</i>
LSI-R	<i>Level of Service Inventory-Revised</i>

MHP	<i>Mental Health Professionals</i>
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
OF	<i>Orbitofrontal</i>
PCL-R	<i>Psychopathy Checklist - Revised</i>
PCL :SV	<i>Psychopathy Checklist : Screening Version</i>
PCL :YV	<i>Psychopathy Checklist : Youth Version</i>
RBR	<i>Risque-Besoin-Réceptivité</i>
RSVP	<i>Risk for Sexual Violence Protocol</i>
SARA-V3	<i>Spousal Assault Risk Assessment version 3</i>
SASRQ	<i>Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire</i>
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>
SORAG	<i>Sex Offenders Risk Appraisal Guide</i>
SPS	<i>Service Psycho-Social</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRP-III	<i>Self-Report of Psychopathy Scale – III</i>
SRP 4	<i>Self-Report of Psychopathy Scale 4th Edition</i>
SVR-20	<i>Sexual Violence Risk-20 Items</i>
TAS-20	<i>Toronto Alexithymia Scale</i>
TEIQue	<i>Trait Emotional Intelligence Questionnaire</i>
TPP	<i>Trouble de la Personnalité Psychopathique</i>
TSI	<i>Trajet de Soins Internés</i>
UMONS	<i>Université de Mons</i>
VRAG	<i>Violence Risk Appraisal Guide</i>
VRAG-R	<i>Violence Risk Appraisal Guide-Revised</i>
VRS	<i>Violence Risk Scale</i>
VRS-SO	<i>Violence Risk Scale-Sexual Offender</i>
WAI	<i>Working Alliance Inventory</i>
WAIS	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i>
WAIS-III	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale-III</i>
WAIS-IV	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale-IV</i>
WASI	<i>Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence</i>

Liste des symboles statistiques

<i>D</i>	<i>Cohen's d</i>
CFA	<i>Confirmatory factor analysis</i>
CFI	<i>Comparative fit index</i>
<i>ICC</i>	<i>Intraclass correlation coefficient</i>
Ddl	degree of liberty
EFA	Exploratory factor analysis
<i>p</i>	<i>Significativité (p-value)</i>
<i>M</i>	<i>Moyenne (Mean)</i>
MANOVA	<i>Multivariate analysis of variance</i>
<i>Max.</i>	<i>Maximum</i>
<i>MI</i>	<i>Modification indices</i>
<i>Min.</i>	<i>Minimum</i>
<i>N</i>	<i>Effectif total de l'échantillon</i>
<i>n</i>	<i>Effectif du groupe</i>
<i>U</i>	<i>Test du U de Mann-Whitney (Mann-Whitney U test)</i>
<i>R</i>	<i>Taille d'effet (effect size)</i>
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
R²	R-carré
TLI	Tucker-Lewis Index
<i>α</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
<i>β</i>	<i>Coefficient (Beta) non standardisé</i>
T	t de student
<i>ρ</i>	<i>Coefficient de corrélation (rho) de Spearman</i>
<i>σ (ET ; SD)</i>	<i>Ecart-type (Standard Deviation)</i>
<i>χ²</i>	<i>Chi-carré</i>
%	Pourcentage

Introduction générale

Le Trouble de la Personnalité Psychopathique (TPP) suscite un intérêt constant et grandissant au niveau de la communauté scientifique. Il en va aussi des croyances populaires véhiculées par différents canaux médiatiques tels que le cinéma. Ces derniers canaux véhiculent souvent une représentation « romancée » et trompeuse (Leistedt, 2022 ; Leistedt et al., 2014). Or, les personnages psychopathes réalistes de fiction existent, mais ils sont minoritaires. Nous comptons parmi eux la figure d'Anton Chigurh dans le film « Non, ce pays n'est pas pour le vieil homme » en 2007 ou encore celle de Joaquin Phoenix dans le film « Joker » en 2019. En effet, les personnages de fictions étiquetés comme psychopathes sont plus souvent décrits comme insensibles, résistant à toute forme d'émotion ou d'humanité, intelligents, isolés, meurtriers, entendant des voix et d'autres caractéristiques amenant à une stigmatisation des troubles mentaux en général. Ce trouble est sujet à deux attitudes au sein de la société, la fascination et le manque de compréhension (Leistedt, 2022; Leistedt & Linkowski, 2014 ; Skeem et al., 2011).

Au plan scientifique, en France, la Haute Autorité de la Santé française (2006) a émis un rapport concernant la prise en charge des personnes avec un TPP. Leur revue de littérature et l'audition d'experts font ressortir un manque de données scientifiques validées. Un manque de validation des échelles mesurant le TPP mène à la remise en cause de l'existence du concept.

Néanmoins, depuis 2015, Google Scholar, plus généraliste que les bases de données spécifiques, a recensé plus de 20 000 publications articles relatifs à la psychopathie parus dans diverses revues internationales. Ceux-ci se focalisent sur un nombre diversifié de thèmes tels que des états de l'art, l'efficacité thérapeutique ou encore les caractéristiques psychologiques co-occurentes au TPP (Hare, 2003 ; Salekin et al., 1996 ; Brook et al., 2013 ; Guy et al., 2005 ; Hare, 2016 ; Marques et al., 2021 ; Patrick, 2018 ; Skeem et al., 2004 ; Skeem et al., 2011). Malgré ce nombre élevé de publications, alors que l'évaluation du TPP présente des enjeux majeurs en milieux francophones dans les champs de la clinique, de la recherche et de la société, peu d'entre-elles ont été menées auprès de populations francophones européennes.

Au niveau de la clinique, il est essentiel de nuancer le pessimisme thérapeutique au sein de la littérature. Ce pessimisme repose en partie sur le manque de sensibilité aux changements des traits « statiques » de personnalité définis pour l'évaluation à l'échelle de psychopathie (PCL-R). Des mesures validées sensibles aux changements semblent indispensables si on veut mesurer l'évolution clinique du TPP. A cette fin, une mesure telle que la Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale (CAPP-IRS) a été développée (Sandvik et al., 2012). Il existe

également une mesure complémentaire à la PCL-R telle que l'Interpersonal Measure of Psychopathy (IM-P) pour évaluer les comportements verbaux et non verbaux du TPP (Kosson et al., 1997).

Au niveau de la recherche fondamentale, les études de validation et de fiabilité des mesures de la psychopathie sont une étape nécessaire afin de circonscrire le concept et ainsi définir des critères diagnostiques précis. Sur cette base, des recherches, visant à mieux comprendre le fonctionnement du TPP, permettent d'explorer les caractéristiques psychologiques, neurologiques, cognitives ou encore émotionnelles.

Au niveau de la société, la réussite de la réintégration des délinquants dépend de facteurs multiples. Une partie de cette réussite est influencée par la représentation que la population a de ces personnes. Les personnes présentant un TPP n'y échappent pas ! En effet, le diagnostic de TPP peut avoir une influence sur le parcours judiciaire suite aux décisions prises par des jurés populaires (Edens et al., 2005). Dans ce cadre, il est important de lutter contre les idées reçues sur le TPP. De plus, la littérature internationale a mis en avant qu'il existait plusieurs profils psychopathiques. Les diagnostics doivent toujours être remis dans leur contexte et sont à interpréter avec nuance afin de rendre compte de la complexité des profils (Hare, 2016; Krstic et al., 2018).

Ces différents enjeux encouragent la réalisation de cette thèse qui porte sur la validité du concept de psychopathie. Pour ce faire, nous avons fixé plusieurs objectifs.

Le premier objectif est de dresser un état de l'art sur l'évaluation de la psychopathie au travers des modèles de la Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R ; Hare, 2003), la Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale (CAPP-IRS ; Cooke et al., 2004), l'Interpersonal Measure of Psychopathy (IM-P ; Kosson et al., 1997) et la Self-Report of Psychopathy Scale – III (SRP – III ; Paulhus et al., 2009) ainsi que de ses implications de terrain. Le premier chapitre développe la prévalence du TPP au sein de milieux médico-légaux et carcéraux. Il passe ensuite en revue les qualités psychométriques de ces échelles. Il propose également des applications et propositions d'utilisations cliniques. Finalement, il examine les enjeux en termes d'efficacité thérapeutique ainsi que de l'évaluation des compétences cognitives au travers d'un état de l'art centré sur ces thématiques.

Le second objectif est d'examiner la validité du concept de TPP à l'aide d'analyses prototypiques du modèle de la CAPP. Cet objectif est réalisé à travers le deuxième chapitre qui s'attache à évaluer la représentation de ce trouble auprès d'une population d'étudiants et de professionnels de la santé mentale au travers du modèle CAPP dans deux articles distincts (Cooke et al., 2004). Au niveau de la population estudiantine, nous effectuerons des analyses prototypiques au travers de statistiques descriptives. Cet article s'attache également à évaluer qualitativement les scores moyens aux

symptômes avec ceux d'une population norvégienne. Au niveau des professionnels de la santé mentale, nous analyserons la prototypicité de leur représentation du TPP. Ensuite, nous étudierons la taille d'effet des scores moyens aux symptômes entre des professionnels francophones et anglophones. Les analyses examineront également la structure factorielle de ce modèle. Ce chapitre met également en exergue une analyse qualitative des différences entre les représentations des étudiants et des professionnels de la santé mentale.

Le troisième objectif est d'analyser les caractéristiques psychométriques des versions francophones de la PCL-R, de la CAPP-IRS et de l'IM-P. Le chapitre appliquera différentes analyses de validité au sein d'une population de patients internés. Dans un premier temps, nous effectuerons des analyses psychométriques telles que la consistance interne et la fidélité inter-juges. Ensuite, nous analyserons la validité convergente entre ces trois échelles via des corrélations globales et partielles. Puis, nous effectuerons des régressions linéaires avec la PCL-R comme variable dépendante. Enfin, nous comparerons des groupes pour évaluer la validité discriminante des mesures du TPP. Les résultats seront mis en lien avec la littérature internationale. À notre connaissance, il s'agit de la première étude de validité francophone incluant simultanément ces trois échelles.


Le quatrième objectif est d'explorer le lien entre le TPP et les compétences cognitives relatives au concept d'intelligence. Dans ce cadre, le quatrième chapitre étudie, de manière exploratoire, le fonctionnement cognitif et intellectuel, évalué à l'aide de la Wechsler Adult Intelligence Scale-IV (WAIS-IV ; Wechsler, 2008), auprès d'internés évalués avec les trois échelles de psychopathie précédemment citées. Tout d'abord, nous examinerons les relations entre les différentes composantes de ces échelles au travers d'analyses corrélationnelles globales et partielles. Ensuite, nous effectuerons des comparaisons de moyennes sur base des scores aux indices de la WAIS-IV. Les résultats seront examinés au regard de la littérature internationale.

Le cinquième et dernier objectif est de dresser un état de l'art sur les facteurs potentiels liés à l'institutionnalisation des personnes avec un TPP. En premier lieu, Le chapitre redéfinira brièvement le TPP et soulignera l'importance des profils. En second lieu, il passera en revue la littérature internationale sur les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes avec le TPP. Troisièmement, il sondera la littérature sur les liens entre le TPP et le risque de récidive. Enfin, il mettra en avant l'application de la PCL-R dans le modèle de prise en charge du Risque/Besoin/Réceptivité (RBR ; Bonta & Andrews, 2017).

Au regard de la grande complexité du TPP, la discussion approfondit la réflexion clinique et empirique au travers des résultats rapportés dans les différentes études. Elle expose des applications concrètes dans l'utilisation contextuelle, temporelle et pluridisciplinaire des échelles d'évaluations de la psychopathie.

Chapitre 1 : Définition et évaluations de la psychopathie au travers de mesures structurées et opérationnelles

Article : Delannoy, D., Saloppé, X., Vicenzutto, A., Majois, V., Ducro, C., & Pham, T. H. (2018). Psychopathie et son évaluation. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie*, 15(2), 1-11[37-320-A-45]. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(17\)81445-0](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(17)81445-0)

■ 37-320-A-45

Psychopathie et son évaluation

D. Delannoy, X. Saloppé, A. Vicenzutto, V. Majois, C. Ducro, T.-H. Pham

L'évaluation de la psychopathie reste incontournable tant dans le domaine de l'expertise, de l'orientation, du traitement, que de l'évaluation et la gestion du risque. Le profil psychopathique et le niveau de risque de récidive associé constituent des indicateurs pertinents pour les professionnels de terrain. Cet article se propose de compléter le premier datant de 2011 en apportant des connaissances supplémentaires relatives aux modèles d'évaluation de la psychopathie ainsi qu'un éclairage optimiste sur l'efficacité des traitements auprès d'adultes délinquants. Il décrit, d'une part, les instruments d'évaluation de la psychopathie avec une attention particulière portée aux applications et propositions d'implémentation. D'autre part, il décrit l'importance de spécifier les profils psychopathiques dans l'évaluation des traitements psychologiques auprès de personnes présentant un trouble de la personnalité psychopathique. Enfin, il aborde l'évaluation neuropsychologique auprès de ce type de population.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Psychopathie ; Évaluation ; Efficacité thérapeutique ; Évaluation neuropsychologique

Plan

■ Introduction	1
■ Outils structurés pour l'évaluation de la psychopathie	1
Origines anglosaxonnes de la psychopathie	1
Échelle de psychopathie de Hare	2
Échelle de psychopathie autorapportée de Hare, version 3 (« Self-Report Psychopathy Scale »)	4
Évaluation complète du trouble de la personnalité psychopathique (« Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale »)	4
Mesure interpersonnelle de la psychopathie (« Interpersonal Measure of Psychopathy »)	6
■ Implications de l'évaluation de la psychopathie	6
Psychopathie et efficacité thérapeutique	6
Psychopathie et apports de l'évaluation neuropsychologique	7
■ Conclusion	8

■ Introduction

Le trouble de la personnalité psychopathique (TPP) présente des enjeux importants dans le domaine de l'expertise, de la prise en charge et de l'évaluation du risque. Cet article a pour objectif de mettre à jour les connaissances sur l'évaluation du trouble^[1]. Il se focalise sur l'évaluation de l'adulte et non pas de l'adolescent. Ce qui nécessiterait un article à part entière.

Dans la première partie de l'article, après un bref historique de la conception anglosaxonne de la psychopathie, nous examinons l'évaluation clinique structurée de la psychopathie selon la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)^[2] qui a fait l'objet d'abondantes recherches^[3]. Nous abordons ensuite l'échelle de psychopathie autorapportée de Hare, version 3 (Self-Report Psychopathy Scale (SRP-III))^[3,4]. Les études de validation francophone sont développées. Nous abordons également le

modèle de l'évaluation complète du trouble de la personnalité psychopathique (Comprehensive Assessment Personality Psychopathy (CAPP-IRS))^[5] ainsi que la mesure interpersonnelle de la psychopathie (Interpersonal Measure of Psychopathy (IM-P))^[6]. L'évaluation de la psychopathie convoque aussi l'intérêt de la complémentarité des approches catégorielle (PCL-R) et dimensionnelle (PCL-R, SRP-III, CAPP-IRS et IM-P). Ce point est discuté en regard aux besoins liés au cadre et à la condition d'exercice des professionnels de terrain.

Dans une seconde partie, l'article souligne l'importance de spécifier les profils psychopathiques dans l'évaluation des traitements psychologiques. Enfin, l'intérêt de l'évaluation neuropsychologique concernant ces profils est abordé.

■ Outils structurés pour l'évaluation de la psychopathie

Origines anglosaxonnes de la psychopathie

L'ensemble des outils d'évaluation de la psychopathie suivant a, notamment, été influencé par les travaux d'Hervé Cleckley^[7] qui décrit le prototype de psychopathie à partir de seize critères. Ceux-ci ainsi que les hypothèses étiologiques sont issus de la pratique clinique (Tableau 1). Ces critères ont ensuite été classés en trois grandes catégories par Patrick^[8].

Hare s'est appuyé sur ces travaux pour définir la psychopathie comme étant « associée à des relations interpersonnelles instables, des occupations sociales souvent instables et des risques à être impliqué dans des activités criminelles. Sur le plan interpersonnel, les personnes présentant un TPP se montrent plutôt exubérantes, égocentriques, manipulatrices, voire insensibles aux autres. Sur le plan affectif, leurs émotions sont superficielles et labiles. Elles établissent peu de contacts durables avec les autres et manifestent un manque d'empathie, d'anxiété, de remords ou de culpabilité réels. »^[9].

EMC - Psychiatrie
Volume 0 > n°0 > xxx 2017
[http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072\(17\)81445-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(17)81445-0)

1

Psychopathie et son évaluation¹

Denis DELANNOY

Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Belgique

Rue Despars, 96, 7500 Tournai

Denis.delannoy@crds.be

Université UMONS, Service de Psychologie Légale, Belgique

Service de Psychologie Légale, Place du Parc, 18, 7000 Mons

Xavier SALOPPÉ

Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, Tournai, Belgique

Rue Despars, 96, 7500 Tournai

xavier.saloppe@crds.be

Université de Lille, Laboratoire SCALab CNRS UMR 9193, France

Université Lille 3, SCALab UMR CNRS 9193, BP 60149

59653 Villeneuve d'ascq Cedex

Service de psychiatrie, Hôpital de Saint-Amand-les-Eaux, France

19 rue des anciens d'AFN, 59230 Saint-Amand-les-Eaux

Audrey VICENZUTTO

Université UMONS, Service de Psychologie Légale, Belgique

Service de Psychologie Légale, Place du Parc, 18, 7000 Mons

Audrey.VICENZUTTO@umons.ac.be

¹ Article réalisé avec le soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé et Affaires Sociales et Egalité des Chances.
Correspondance : Thierry Pham, 0032.69.64.65.70, thierry.pham@crds.be.

Vanessa MAJOIS

Centre Régional Psychiatrique « Les Marronniers », Belgique

vanessa.majois@marronniers.be

Claire DUCRO

Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, Tournai, Belgique

Rue Despars, 96, 7500 Tournai

claire.ducro@crds.be

Université de Lille, Laboratoire SCALab CNRS UMR 9193, France

Université Lille 3, SCALab UMR CNRS 9193, BP 60149

59653 Villeneuve d'ascq Cedex

Thierry H. PHAM

Université UMONS, Service de Psychologie Légale, Belgique

Service de Psychologie Légale, Place du Parc, 18, 7000 Mons

Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Belgique

Rue Despars, 96, 7500 Tournai

Centre de Recherche de l'Institut Philippe Pinel, Montréal, Canada

10905 Boul Henri-Bourassa E, Montréal, QC H1C 1H1, Canada

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Points essentiels

- Les modèles PCL-R, CAPP-IRS et IM-P sont complémentaires pour l'évaluation clinique de la psychopathie ;
- Le modèle PCL-R est une mesure catégorielle et donc utile pour établir un diagnostic de psychopathie grâce à son point de coupure adapté à la culture ;
- Le modèle CAPP, de par son construit dimensionnel, est susceptible d'apprécier les changements cliniques et thérapeutiques ;
- L'échelle auto-rapportée de la psychopathie (SRP-III) ainsi que la mesure interpersonnelle de la psychopathie (IM-P) peuvent être appliquées à une population subclinique ;
- Les recherches sur l'efficacité des traitements auprès de personnes présentant un trouble de personnalité psychopathique mettent en perspective un certain optimisme thérapeutique ;
- L'évaluation neuropsychologique dans le cadre de la psychopathie peut être intégrée parmi les perspectives de traitement.

Résumé

L'évaluation de la psychopathie reste incontournable tant dans le domaine de l'expertise, de l'orientation, du traitement, que de l'évaluation et la gestion du risque. Le profil psychopathique et le niveau de risque de récidive associé constituent des indicateurs pertinents pour les professionnels de terrain. Cet article se propose de compléter le premier datant de 2011 en apportant des connaissances supplémentaires relatives aux modèles d'évaluation de la psychopathie ainsi qu'un éclairage optimiste sur l'efficacité des traitements auprès d'adultes délinquants. Il décrit, d'une part, les instruments d'évaluation de la psychopathie avec une attention particulière portée aux applications et propositions d'implémentation. D'autre part, il décrit l'importance de spécifier les profils psychopathiques dans l'évaluation des traitements psychologiques auprès de personnes présentant un trouble de la personnalité psychopathique (TPP). Enfin, il abordera l'évaluation neuropsychologique auprès de ce type de population.

Mots-clés : Psychopathie, Evaluation, Efficacité thérapeutique, Evaluation neuropsychologique

Introduction

Le Trouble de la Personnalité Psychopathique (TPP) présente des enjeux importants dans le domaine de l'expertise, de la prise en charge et de l'évaluation du risque. Cet article a pour objectif de mettre à jour les connaissances sur l'évaluation du trouble [1]. Il se focalise sur l'évaluation de l'adulte et non pas de l'adolescent. Ce qui nécessiterait un article à part entière.

Dans la première partie de l'article, après un bref historique de la conception anglosaxonne de la psychopathie, nous examinerons l'évaluation clinique structurée de la psychopathie selon la PCL-R [2] qui a fait l'objet d'abondantes recherches (Psychopathy Checklist-Revised ; PCL-R) [2]. Nous aborderons ensuite l'échelle de psychopathie auto-rapportée de Hare, version 3 (Self-Report Psychopathy Scale ; SRP-III) [3,4]. Les études de validation francophone seront développées. Nous aborderons également le modèle de l'évaluation complète du trouble de la personnalité psychopathique (Comprehensive Assessment Personality Psychopathy ; CAPP-IRS) [5] ainsi que la mesure interpersonnelle de la psychopathie (Interpersonal Measure of Psychopathy ; IM-P) [6]. L'évaluation de la psychopathie convoque aussi l'intérêt de la complémentarité des approches catégorielle (PCL-R) et dimensionnelle (PCL-R, SRP-III, CAPP-IRS et IM-P). Ce point sera discuté en regard aux besoins liés au cadre et à la condition d'exercice des professionnels de terrain.

Dans une seconde partie, l'article soulignera l'importance de spécifier les profils psychopathiques dans l'évaluation des traitements psychologiques. Enfin, l'intérêt de l'évaluation neuropsychologique concernant ces profils sera abordé.

Partie I : Les outils structurés pour l'évaluation de la psychopathie

1.1. Les origines anglosaxones de la psychopathie

L'ensemble des outils d'évaluation de la psychopathie suivant ont, notamment, été influencés par les travaux d'Hervé Cleckley [7] qui a décrit le prototype de psychopathie à partir de seize critères. Ceux-ci ainsi que les hypothèses étiologiques sont issues de la pratique clinique (Tableau 1). Ces critères ont ensuite été classés en trois grandes catégories par Patrick [8].

Tableau 1 : Catégorisation des 16 critères diagnostiques de la psychopathie de Cleckley selon Patrick [8]

Catégories	Numéro de l'item et sa dénomination
Ajustement positif	1. Charme superficiel et bonne intelligence 2. Absence de trouble de la pensée ou autres signes de pensées irrationnelles 3. Absence d'anxiété ou de manifestations psychonévrotiques 14. Menace de suicide rarement exécutée
Déviance comportementale Chronique	7. Comportement antisocial inadéquat 8. Pauvreté du jugement et incapacité d'apprendre de ses expériences 4. Manque de fiabilité 13. Conduite fantaisiste et peu attirante 15. Vie sexuelle impersonnelle, superficielle et peu intégrée 16. Incapacité à suivre un projet de vie
Déficit émotionnel – Interpersonnel	5. Instabilité, mensonge et manque de sincérité 6. Absence de remords ou de honte 9. Egocentricité pathologique et incapacité d'aimer 10. Pauvreté générale dans les relations affectives 11. Incapacité d'introspection 12. Relations interpersonnelles défailtantes

Hare s'est appuyé sur ces travaux pour définir la psychopathie comme étant « associée à des relations interpersonnelles instables, des occupations sociales souvent instables et des risques à être impliqué dans des activités criminelles. Sur le plan interpersonnel, les personnes présentant un TPP se montrent plutôt exubérantes, égocentriques, manipulatrices, voire insensibles aux autres. Sur le plan affectif, leurs émotions sont superficielles et labiles. Elles établissent peu de contacts durables avec les autres et manifestent un manque d'empathie, d'anxiété, de remords ou de culpabilité réels. » [9].

1.2. L'échelle de psychopathie de Hare [2,9]

Actuellement, l'évaluation la plus soutenue sur le plan empirique est assurément l'échelle PCL-R [2]. Elle distingue les composantes affectives, interpersonnelles, narcissiques (Facteur Interpersonnel) et comportementales (Facteur Déviance sociale). Depuis une quinzaine d'années, la structure factorielle finale de la PCL-R fait l'objet d'intenses débats avec une version composée de 13 critères s'organisant autour de trois facteurs : (a) interpersonnel, (b) affectif et (c) impulsif et comportement irresponsable [10,11] ou une version qui maintient les 20 critères originaux s'organisant autour de 4 facettes : (a) Interpersonnelle (Facteur Interpersonnel), (b) Affective (Facteur Interpersonnel), (c) Style de vie (Facteur Déviance sociale) et (d) Antisociale (Facteur Déviance sociale) [2,12]. La différence entre les deux versions repose sur la place accordée aux critères mesurant le comportement antisocial. Cooke et ses collègues considèrent que ces dernières constituent des symptômes « secondaires » et « consécutifs » par rapport aux symptômes premiers décrivant la personnalité psychopathique [13]. Cependant, les études récentes, incluant ou non un modèle hiérarchique, indiquent que le modèle à quatre facettes reflète mieux le concept de psychopathie selon la PCL-R [12,14–16].

Description de la PCL-R

Au final, la PCL-R est composée de vingt items répartis selon les deux facteurs et quatre facettes (Tableau 2). Deux items ne sont inclus dans aucun facteur. Il s'agit des items 11 « promiscuité sexuelle » et 17 « nombreuses cohabitations de courte durée » qui renvoient tant à une dimension interpersonnelle que comportementale.

Tableau 2 : Modèle quadri-factoriel de la Psychopathy Checklist Revised 2nd [2]

Facteur Interpersonnel		Facteur Déviance sociale	
Facette	Facette	Facette	Facette
Interpersonnelle	Affective	Style de vie	Antisociale
1. Loquacité/charme superficiel	6. Absence de remords ou de culpabilité	3. Besoin de stimulation	10. Faible maîtrise de soi
2. Surestimation de soi	7. Affect superficiel	9. Tendance au parasitisme	12. Apparition précoce de problèmes de comportements
4. Tendance au mensonge pathologique	8. Insensibilité/manque d'empathie	13. Incapacité à planifier sur le long terme et de façon réaliste	18. Délinquance juvénile
5. Duperie/manipulation	16. Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes	14. Impulsivité	19. Violation des conditions de libération conditionnelle
		15. Irresponsabilité	20. Diversité des types de délits

Passation et cotation

L'évaluation de cette échelle doit être réalisée par un clinicien ou un chercheur, le plus souvent psychologue, ou psychiatre dûment formé. La PCL-R nécessite plusieurs entretiens semi-structurés ainsi que sur le recueil de données issues des dossiers judiciaires, sociaux, psychologiques et psychiatriques [2]. 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 est octroyé au sujet pour qui l'item ne s'applique pas ; un score de 1 est octroyé lorsque l'item s'applique au sujet dans une certaine mesure ; et un score de 2 est octroyé au sujet pour qui l'item s'applique complètement. Au total, le sujet peut présenter un score minimum de zéro point, et un score maximum de quarante points. Hare [2] ainsi que ses collègues ont proposé un point de coupure de 30/40 lorsque le score de psychopathie à la PCL-R est abordé de manière catégorielle. Dans cette approche, le diagnostic de psychopathie peut clairement être posé pour un score de 30/40, a contrario, il peut être exclu pour un score inférieur ou équivalent à 20/40. Un score de 30 correspond, selon ces auteurs, au prototype de la psychopathie : traits hautement narcissiques, froideur émotionnelle, style de vie impulsif, et comportements antisociaux chroniques.

Cooke et Michie [17] ont mis en avant des variations interculturelles qui influencent le point de coupure permettant d'établir le diagnostic de psychopathie.

Si un point de coupure à 30 permet d'établir ce diagnostic auprès d'une population carcérale nord-américaine, un point de coupure à 25 a permis d'établir ce même diagnostic auprès d'une population carcérale écossaise [17]. Il existe une validation française de la PCL-R qui reprend le point de coupure à 25 [18]. De plus, Pham et Saloppé [19] ont comparé la prévalence de troubles mentaux auprès de patients médico-légaux en considérant les points de coupures de la PCL-R à 30 et à 26 [20,21]. Les principaux troubles considérés dans cette dernière étude sont les troubles psychotiques, de l'humeur, anxieux, liés aux substances et les troubles de la personnalité appartenant aux clusters A, B et C du DSM. Les résultats ont démontré que les patients avec un score de 26 ou plus ne présentaient pas davantage de comorbidité comparativement aux patients présentant un score égal ou supérieur à 30.

1.2.1. Données descriptives relatives aux scores et prévalence de psychopathie

Au-delà des bonnes qualités psychométriques de la PCL-R [1], il importe de rapporter des données descriptives relatives à une population psychiatrique sécurisée et carcérale afin de situer les scores et les prévalences de psychopathie selon une population de référence.

Tableau 3 : Données descriptives relatives aux scores de la PCL-R

	Score total		Facteur Interpersonnel		Facteur Déviance sociale		Facette Interpersonnelle		Facette Affective		Facette Style de vie		Facette Antisociale		
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	
Milieu carcéral	Hare [2] (N=5408)	22.1	7.9	8.5	3.8	11.6	4.7	3.6	2.2	4.8	2.1	5.8	2.6	5.7	2.8
	Storey et al. [22] (N=375)	20.1	8.7	7.9	4.2	10.5	5.2	2.8	2.3	5.1	2.8	5.3	2.7	5.1	3.1
	Jeandarme et al. [22] (N=69)	21.4	8.7	8.5	3.6	10.3	4.0	2.7	2.2	5.5	2.2	6.1	2.5	4.8	2.7
Milieu psychiatrique sécurisé	Hare [2] (N=1246)	21.5	6.9	8.0	3.5	11.9	4.0	3.1	2.1	4.9	2.1	6.1	2.2	5.9	2.6
	Hildebrand et al. [25] (N=98)	21.4	8.7	9.3	3.8	9.3	5.0	/	/	/	/	/	/	/	/
	Krstic et al. [24] (N=958)	15.3	6.8	/	/	/	/	2.0	1.9	3.5	2.0	3.9	2.3	3.6	2.6
	Pham et al. [19] (N=84)	19.6	8.4	7.8	4.0	9.6	4.5	2.9	2.4	4.8	2.1	5.5	2.6	4.6	3.3
	Jeandarme et al. [22] (N=180)	21.4	6.2	8.7	3.3	10.5	3.7	3.2	2.1	5.7	1.8	6.1	2.4	5.7	2.5

Concernant la prévalence en milieu carcéral, 15,9% des détenus belges néerlandophones présentent un score égal ou supérieur à 30 à la PCL-R [22]. En Angleterre et au Pays de Galles, cette prévalence (N = 496) est de 7,7% [24].

Les prévalences en milieu psychiatrique sécurisé auprès de patients belges francophones et néerlandophones sont respectivement de 14% et 7,2%. L'étude de Krstic, Neumann, Roy, Robertson, Knight et Hare [24], rapporte une prévalence de 2% en comparaison à 10% de la population référencée par Hare [2] et de 21,4% dans l'étude de Hildebrand et de Ruiter [25].

La variation des prévalences peut s'expliquer par des facteurs multiples. Il y a d'une part, les variations culturelles selon le degré d'expressivité des traits égocentriques [17]. D'autre part, les éventuels biais méthodologiques concernant l'accès aux données judiciaires ou au cloisonnement d'informations. Ensuite, les critères d'inclusion à travers les différents types d'infractions (violente ou non), de détention (préventive), d'institutionnalisation (prison, hôpital). Enfin, les traditions évaluatives donnant ou non la priorité au discours du sujet par rapport aux données de dossiers socio-judiciaires notamment.

1.2.2. Les différents profils psychopathiques

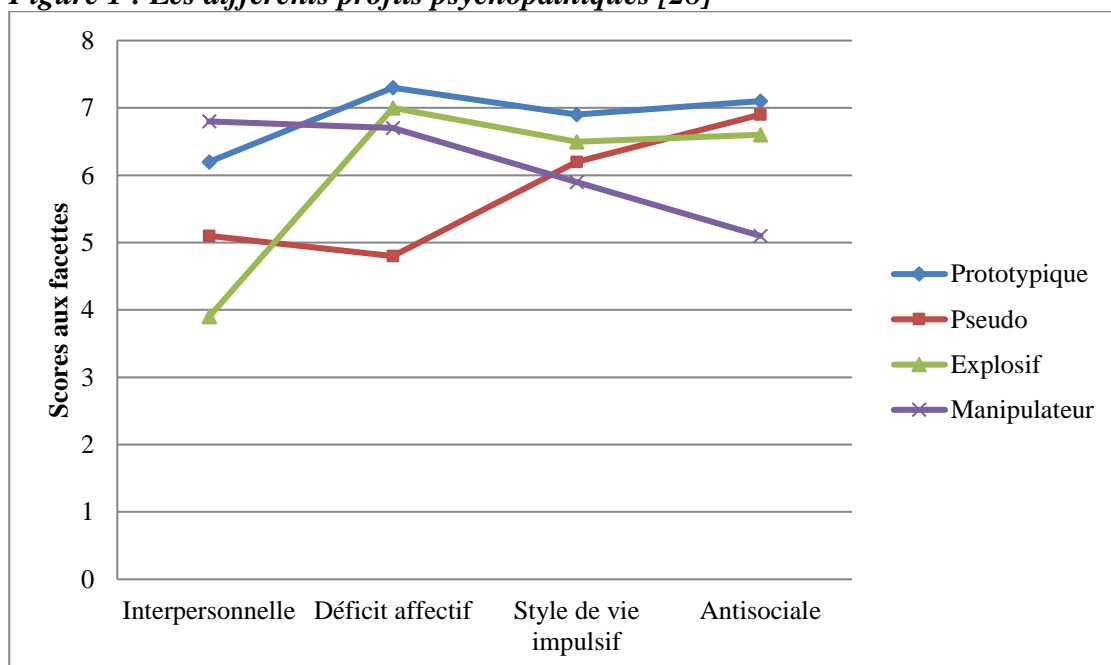
Au-delà de la structure factorielle, il existe de multiples classifications, théoriques et empiriques, de la personnalité psychopathique [26]. Le modèle le plus répandu se compose de deux profils : les psychopathes « primaires » et les psychopathes « secondaires » [27]. Nous nous focaliserons sur le modèle à la fois plus récent et complet, proposé par Hervé et Hare [28] incluant ces deux profils [11,29]. Dans cette perspective, une étude incluant la structure quadri-factorielle de la PCL-R a extrait quatre différents profils grâce à des analyses en cluster auprès d'un large échantillon de personnes issues tant du milieu médico-légal que correctionnel [2,28] (FIG. 1) :

- 1) Le profil « primaire », « prototypique » ou « classique » est le profil permettant de poser le diagnostic de trouble de la personnalité psychopathique (TPP). Ces individus ont un score élevé aux quatre facettes. Ils sont manipulateurs, froids affectivement, présentent un style de vie impulsif et de nombreux comportements antisociaux.
- 2) Le profil « secondaire » ou « pseudo-psychopathe » est le plus fréquent en milieu carcéral. Il s'agit d'individus présentant un style de vie impulsif et ont de fréquents comportements antisociaux. Le terme « pseudo » signifie que le score aux facettes Interpersonnelle et Affective est peu élevé.
- 3) Le profil « manipulateur » se caractérise par des tendances élevées à la manipulation ainsi qu'un déficit affectif profond. Ils sont moins enclins au passage à l'acte impulsif et antisocial. Ils représentent plutôt les personnes qui commettent des fraudes financières.

- 4) Le profil « macho » correspond à des individus moins charmeurs et manipulateurs et plus enclins à l'usage de la force et de l'intimidation. Ils présentent des scores élevés aux facettes Affective, Style de vie et Antisociale [28,29]. Toutefois, Hervé [30] préfère employer le terme « *explosif* » pour catégoriser ces individus.

En 2004, Hervé et Hare [28] ont analysé le lien entre le type de profil et les délits commis. Les résultats ont mis en avant que les psychopathes « prototypiques » et « pseudo » ont commis un plus grand nombre de délits et de comportements violents que les autres profils. A l'inverse, les psychopathes « manipulateurs » présentent un passé délictueux axé sur les fraudes avec peu de violences interpersonnelles. Les psychopathes « macho », quant à eux, commettent un plus grand nombre d'infractions liées aux stupéfiants associées à de la violence interpersonnelle.

Figure 1 : Les différents profils psychopathiques [28]



Récemment, une étude semblable auprès d'une population médico-légale a dégagé quatre profils dont trois correspondent aux études de Hervé [24]. Tout d'abord, le profil « psychopathe » dont la correspondance ne fait aucun doute avec les études précédentes sur le profil « prototypique ». Ensuite, le profil « contrevenant insensible et trompeur » correspondant au profil « manipulateur » de Hervé. Puis, le profil « sociopathe » qui correspond au profil « explosif » de Hervé. Enfin, le profil du « contrevenant en général » ne correspond à aucun des profils établis au sein des études d'Hervé. En effet, ces délinquants présentent des problématiques modérées au niveau des émotions et du style de vie.

Au fil des années, Hare s'est montré plus précis par rapport au diagnostic de psychopathie. Il considère les profils « manipulateurs » et « explosifs » comme des variantes de la psychopathie (primaire). Le profil « secondaire » constitue davantage un sous-type de contrevenant et plus comme

un sous-type de psychopathe [31]. L'analyse des différents profils suscite un intérêt très actuel [31,32].

Applications et propositions cliniques

Même si la PCL-R [2] n'a pas été initialement développée pour évaluer le niveau de risque de récidive, elle présente néanmoins une validité prédictive modérée auprès de diverses populations délinquantes incluses au sein de méta-analyses [33,34] ainsi qu'auprès de populations médico-légales [22,33,35,36]. En outre, de manière plus spécifique, la dimension antisociale et comportementale (Facteur Déviance sociale de la PCL-R) présente une validité prédictive de la récidive violente [36] et de la récidive générale [22] plus élevée que la dimension interpersonnelle et affective (Facteur Interpersonnel de la PCL-R). En corollaire, le Facteur Interpersonnel de la PCL-R n'est pas repris dans les échelles de risque de comportement violent car la Facette Interpersonnelle et Affective ne sont pas significativement corrélées au risque de violence. Ce qui est largement démontré dans les méta-analyses.

Le champ d'application de cette évaluation s'élargit au fil des années. En effet, tant dans le domaine de l'expertise que de l'orientation ou de la prise en charge, le profil psychopathique et le niveau de risque associé constituent un indicateur pertinent pour les professionnels de terrain [37,38]. L'analyse des profils psychopathiques rend davantage compte de la complexité psychopathologique de ce trouble. En effet, la diversité des profils psychopathiques favorise la prise en compte des caractéristiques propres à chaque contrevenant et Hare [39] réserve le diagnostic de psychopathe au profil prototypique.

1.3. L'échelle de psychopathie auto-rapportée de Hare, version 3 (Self-Report Psychopathy Scale, SRP-III) [3,4]

Plusieurs échelles auto-rapportées de la psychopathie ont été développées en rapport aux exigences inhérentes au format de la PCL-R comme l'accès aux dossiers médico-légaux. Il y a lieu d'évaluer la psychopathie auprès des populations cliniques ou générales non délinquantes (pour lesquelles les données relatives au dossier peuvent être indisponibles). Ces échelles peuvent être plus économiques, systématiques sans nécessiter la présence d'un observateur actif [40]. Elles permettent d'approcher les populations non cliniques sans néanmoins poser un diagnostic définitif. Il est ainsi possible d'approcher des personnes parvenant à atteindre une position sociale élevée sans commettre d'actes antisociaux, au travers de la manipulation, du mensonge, ou de l'égoïsme pathologique pourtant condamnés par la morale [41,42]. Parmi ces mesures auto-rapportées, la SRP-III évalue le concept de psychopathie tel que défini par la PCL-R [2].

Description

La SRP-III comporte quarante items répartis en quatre facettes : Froideur affective, Manipulation interpersonnelle, Recherche impulsive de sensations fortes et Comportement antisocial. Les deux premières facettes constituent le Facteur 1 (personnalité) et les deux dernières facettes forment le Facteur 2 (comportement) ; le score total reflète le concept de psychopathie général. Chacune de ces facettes comprend dix items.

Passation et cotation

Les participants répondent selon une échelle de type Likert en sept points allant de « Fortement en désaccord » à « Fortement en accord » (le plus haut score est de 280 et le plus bas de 40). Plus le score est élevé plus l'individu présente des caractéristiques psychopathiques.

Qualités psychométriques

La SRP-III [3] présente une bonne validité convergente et discriminante [43,44]. Auprès d'une population francophone, le facteur Comportement de la SRP-III est associé aux dimensions comportementales, impulsives et agressives mesurées par différentes échelles. Les résultats mettent en évidence que le SRP-III distingue davantage une population psychiatrique d'une population non psychiatrique [45]. La déclinaison de la SRP-III en 64 items a fait, récemment, l'objet d'une validation auprès de 1510 individus issus de la population générale. La SRP-III disposerait d'une consistance interne élevée à .90. Pour chaque facette prise séparément, un coefficient de consistance de .82 a été mesuré pour la facette Manipulation Interpersonnelle, de .75 pour la facette relative à la Froideur Affective, de .78 pour la facette Recherche impulsive de sensations fortes, et de .69 pour la facette Comportement Antisocial [46].

Applications et propositions cliniques

La SRP évalue des caractéristiques subcliniques psychopathiques plutôt que des niveaux de psychopathie, et ce pour deux raisons principales. La première est qu'il n'existe pas de point de coupure permettant de poser un diagnostic de psychopathie. Il s'agit plutôt d'une approche dimensionnelle. La deuxième raison repose sur le format auto-rapporté qui requiert la sincérité du répondant et peut donc ainsi être sensible au mensonge, à la manipulation, aux affects superficiels et à l'absence de remord et de culpabilité [2]. Il paraît préférable de coupler cette évaluation auto-rapportée à une évaluation effectuée par une personne connaissant bien le répondant, à l'instar du modèle d'évaluation de l'Inventaire des Traits de Dureté et d'Insensibilité (Inventory of Callous and Unemotional Traits, ICU) [47].

1.4. L'évaluation complète du trouble de la personnalité psychopathique (Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality, Institutional Rating Scale ; CAPP-IRS) [5]

Description

Le concept de psychopathie tel que défini par le modèle CAPP est fondé lexicalement. L'ensemble des termes utilisés pour décrire ce trouble de la personnalité sont issus du langage commun. L'échelle d'évaluation institutionnelle (CAPP-IRS) est traduite en langue française. Le modèle comprend 33 symptômes dont chacun est décrit par 3 adjectifs caractéristiques. Ces symptômes se répartissent en 6 domaines : Attachement, Comportemental, Cognitif, Dominance, Emotionnel et Soi [5].

Qualité psychométrique

Concernant la consistance interne, le coefficient Alpha (α) de Cronbach est de .95 pour le score total. Ce coefficient est respectivement de .86, .78, .72, .87, .75 et .90 pour les domaines de l'Attachement, Comportemental, Cognitif, de la Dominance, Emotionnel et de Soi [48].

La fidélité inter-juges varie de « bonne » à « excellente » avec un ICC (coefficient intra classe) de .97 pour le score total. Elle est respectivement de .89, .72, .75, .93, .88 et .88 pour les domaines de l'Attachement, Comportemental, Cognitif, de la Dominance, Emotionnel et de Soi [48].

Développement de l'échelle

Afin de développer leur modèle, Cooke, Hart, Logan et Michie [49] ont suivi 6 principes directeurs :

- 1) Les symptômes d'un trouble de la personnalité devraient refléter une déviance personnelle et un dysfonctionnement social ou culturel. Il s'agit davantage de décrire le trouble de la personnalité sur base de traits pathologiques et non sur base des comportements antisociaux.
- 2) Les symptômes d'un trouble de la personnalité devraient être définis en termes atomiques. Cela signifie qu'un terme devrait être spécifié par plusieurs autres afin d'en déterminer la complexité sémantique.
- 3) Les symptômes d'un trouble de la personnalité devraient être définis par des termes issus du langage commun. Il s'agit de décrire la personnalité sans utiliser un langage technique et spécifique au domaine de la santé mentale.
- 4) Les symptômes d'un trouble de la personnalité devraient être définis à l'aide de termes reflétant leur nature dynamique. Bien que la personnalité soit un trait et non un état, des

fluctuations sont possibles tout au long de la vie de l'individu en fonction des contextes et des événements vécus.

- 5) Les symptômes d'un trouble de la personnalité devraient être organisés de manière hiérarchique selon leur degré d'importance dans le modèle. Les symptômes secondaires peuvent être regroupés en supra-catégories.
- 6) Les symptômes primaires au sein des modèles descriptifs d'un trouble de la personnalité devraient être compréhensibles et exhaustifs.

En considérant ces six principes et à la suite d'une revue de la littérature spécifique, les auteurs ont dégagé une liste de symptômes primaires relatifs au TPP qui a été envoyée à un collège d'experts, cliniciens et chercheurs, en Europe et en Amérique du Nord. Finalement, les symptômes ont été identifiés, définis et regroupés en six domaines [49].

Passation et cotation

La CAPP-IRS est évaluée sur base d'une lecture du dossier, d'un entretien et d'informations collatérales issues de l'équipe de soin. L'évaluateur principal doit être de formation psychologique ou psychiatrique et être dûment formé. Chaque symptôme est évalué sur une échelle de type Likert en 7 points (0-6) et chaque adjectif sur une échelle allant de 0 à 3. L'étendue des scores, calculée à partir des scores aux symptômes, se situe donc entre 0 et 198. À l'heure actuelle, il n'existe aucun point de coupure recommandé permettant de déterminer la présence d'un fonctionnement psychopathique. L'évaluation se base sur les 6 derniers mois. Afin de respecter cette période, une ligne du temps est établie avec la personne évaluée. Ensuite, l'évaluateur consulte le dossier afin de prendre connaissance des problèmes d'adaptation de la personne évaluée. Les entretiens peuvent ensuite avoir lieu. Il est indéniable que les individus présentant un TPP ont une tendance à la tromperie et au mensonge. Il paraît nécessaire, à la suite des entretiens, de croiser les informations récoltées avec des informations collatérales issues de l'équipe soignante [5].

Validité du modèle CAPP

Il existe deux types d'études : la validité prototypique et la validité convergente.

a) La validité prototypique

Les recherches sur la validité prototypique sont nombreuses et leurs méthodologies diversifiées. De manière générale, ces études tendent à montrer le degré de prototypicalité des symptômes composant le modèle à partir d'une échelle allant de 1 (faiblement prototypique) à 7 (hautement prototypique). Nous mentionnerons, ici, les résultats de recherches ayant la même méthodologie basée sur l'utilisation d'un questionnaire comportant les items relatifs au modèle et des distracteurs (dépendant, timide, consciencieux,...) [50-52]. Ces trois recherches incluant aussi des comparaisons

entre différents corps de métier, ont été menées dans des langues différentes (e.g. Anglais, Espagnol, Norvégien).

Tout d'abord, Kreis et al. [50] ont réalisé une étude sur base du modèle anglophone auprès de 132 professionnels de la santé mentale internationaux. La méthodologie consiste à répondre à un questionnaire comprenant les 33 symptômes du modèle CAPP et 9 distracteurs (e.g. Dépendant, Timide, Précautionneux, Prévenant, ...). Les résultats montrent que 25 des 33 symptômes sont évalués comme hautement prototypiques. Dix d'entre-eux étaient évalués comme hautement à très hautement prototypiques (e.g. Manque de remords, Manque d'empathie, Egocentrisme, Manipulation, Manque de profondeur émotionnelle, Fausseté/mensonge, Manque de sincérité, Auto-Glorification, Dominateur, Agressif, Manque d'anxiété, ...). Les distracteurs ont tous été évalués comme non caractéristiques de la psychopathie. En effectuant un regroupement des scores aux symptômes par domaine, les auteurs ont relevé un ordre de prototypicalité de ces derniers. Notons que les participants classent, hiérarchiquement, les domaines de l'Attachement, de la Dominance, du Soi, Comportemental, Emotionnel, et Cognitif comme étant les plus prototypiques.

Hoff et al. [52] ont ensuite mené une étude similaire auprès d'une population norvégienne. Cette dernière est composée de trois sous-groupes : 211 professionnels de la santé mentale en milieu médico-légal, 32 agents correctionnels et 553 personnes issues de la population générale. De manière générale, la majorité des symptômes du modèle CAPP sont modérément à hautement prototypiques auprès des trois populations. Auprès des professionnels de la santé mentale, une majeure partie des symptômes relatifs au modèle CAPP (e.g., Manque d'empathie, Manipulation, Manque de remords, Egocentrisme, Manque de profondeur émotionnelle, Fausseté/mensonge, Manque de sincérité, Auto-Glorification, Dominateur, Agressif, ...) est évaluée comme étant modérément prototypique. Il en est de même pour les agents correctionnels. Une majorité de distracteur a été évaluée comme non caractéristiques de la psychopathie. Concernant les domaines, les participants classent, hiérarchiquement, les domaines de l'Attachement, du Soi, de la Dominance, Emotionnel, Cognitif et Comportemental comme étant les plus prototypiques.

Enfin, Florez et al. [51] ont mené une étude prototypique auprès d'une population hispanique. Cette population se divise en trois sous-groupes : 187 experts en santé mentale, 143 professionnels de la santé et 282 personnes issues de la population générale. Les résultats concernant les symptômes sont basés sur la comparaison de l'évaluation prototypique inter-groupes. Au niveau du domaine de l'Attachement, les quatre symptômes ont été évalués comme hautement prototypiques par les trois groupes. Pour le domaine Comportemental, seul le symptôme « Agressif » a été évalué comme hautement prototypique par les trois groupes. Les autres symptômes ont été évalués comme modérément prototypiques. Concernant le domaine Cognitif, les symptômes « Inflexible » et

« Intolérant » ont été évalués comme hautement prototypiques par les trois groupes. Concernant le domaine de la Dominance, quatre symptômes ont été évalués comme hautement prototypiques (Dominateur, Manque de sincérité, Manipulation et Fausseté/Mensonge) par les trois groupes. Concernant le domaine Emotionnel, les symptômes « Manque de profondeur émotionnelle » et « Manque de remords » ont été évalués comme hautement prototypiques par les trois groupes. Enfin, le domaine du Soi présente cinq symptômes évalués comme hautement prototypiques (Auto-justification, Sentiment d'être unique/exceptionnel, Sentiment d'être invulnérable, Sentiment d'ayant droit et Egocentrisme) par les trois groupes. Les participants classent, hiérarchiquement, les domaines de l'Attachement, de la Dominance, du Soi, Emotionnel, Comportemental et Cognitif comme étant les plus prototypiques.

En résumé, il ressort que les domaines de l'Attachement, de la Dominance et du Soi sont systématiquement classés comme étant les plus prototypiques. Viennent ensuite les domaines Emotionnel, Comportemental et Cognitif. Les moyennes des domaines varient mais sont toujours évaluées au-dessus de moyennement prototypique.

b) La validité convergente

Les études de validité convergente entre la CAPP-IRS et la PCL-R sont peu nombreuses [48,53], néanmoins, leurs résultats sont intéressants. L'étude de Sandvik et al., menée auprès de 80 détenus en Norvège, indique une forte corrélation positive entre les scores totaux de ces deux échelles. Plus précisément, les corrélations les plus fortes, par domaine, se situent entre le domaine de l'Attachement et la Facette Affective, entre le domaine de la Comportemental et la facette Style de vie, entre le domaine Cognitif et la facette Style de vie, entre le domaine de la Dominance et la Facette Interpersonnelle, entre le domaine Emotionnel et la facette Affective, et enfin entre le domaine du Soi et la facette Affective.

Auprès d'une population médico-légale [53], des corrélations partielles ont été calculées entre la CAPP-IRS et la PCL-R. On observe une corrélation positive et forte entre le score total de la CAPP-IRS et le Facteur Interpersonnel. On observe aussi une corrélation positive et modérée entre le domaine de la Dominance et le Facteur Interpersonnel. Les corrélations entre le Facteur Interpersonnel et le domaine de l'Attachement, Comportemental, Emotionnel sont positives et modérées.

Concernant les corrélations partielles avec la Facette Interpersonnelle, la force des corrélations est positive et modérée au niveau du score total de la CAPP-IRS, du domaine de l'Attachement, de la Dominance et de Soi. Par contre, les domaines Comportemental et Emotionnel ne sont pas corrélés.

Les Facettes Affective et Style de vie ne sont pas corrélées avec les scores de la CAPP-IRS. Enfin, il n'y a aucune corrélation significative entre la Facette Antisociale et les scores de la CAPP-IRS.

Les études sur la validité prototypique reposent sur une méthodologie empirique. Elles sont fondées sur des comparaisons de groupes d'experts, de professionnels de la santé mentale et de participants issus de la population générale. Cependant, la méthodologie centrale recourt au questionnaire utilisant les symptômes sans définition établie. Il serait intéressant d'ajouter un glossaire afin de cadrer la compréhension des termes, évitant ainsi les biais sémantiques.

Par ailleurs, les études sur la validité convergente utilisent des méthodologies analogues. Cependant, elles reposent sur des populations soit carcérale soit médico-légale. Il serait intéressant de pouvoir comparer ces derniers au sein d'une même étude. De plus, l'évaluation d'adolescents et de femmes pourrait aussi apporter des éléments de généralisation de la CAPP-IRS. Ces études contribueraient à la compréhension de la psychopathie dans une perspective développementale et différentielle.

Applications et propositions cliniques

La PCL-R est un instrument d'évaluation statique du niveau de psychopathie portant sur l'ensemble du parcours de vie de l'individu. Elle permet de poser un diagnostic [2]. La CAPP-IRS constitue une échelle clinique structurée sensible à l'évolution du trouble lors notamment d'un suivi psychothérapeutique. En effet, l'évaluation basée sur les 6 derniers mois et l'étendue plus large de la cotation constituent des facteurs permettant l'évaluation des changements de la personnalité psychopathique. Ces deux échelles permettent une complémentarité dans l'évaluation et la prise en charge de l'individu.

1.5. La mesure interpersonnelle de la psychopathie (Interpersonal Measure of Psychopathy ; IM-P) [6]

Description

L'IM-P est une échelle du comportement interpersonnel spécifique à la psychopathie [6]. Cette mesure se base sur l'observation des interactions interpersonnelles et des comportements verbaux et non verbaux. L'IM-P ne remplace pas la PCL-R, mais elle apporte une complémentarité sur la perception du comportement dans la sphère interpersonnelle. Cette échelle n'a pas une visée diagnostique, elle ne comprend pas de point de coupure. Quelques années après son développement initial, l'échelle a été revue et les items reclassés en différents facteurs [54]. Cette étude met en évidence une structure en trois facteurs composés des 17 items de l'IM-P (Tableau 3).

Tableau 4 : Modèle tri-factoriel de l'Interpersonal Measure of Psychopathy [55]

Facteur 1 : Dominance	Facteur 2 : Grandiosité	Facteur 3 : Violation des frontières
1. Interrompt	10. Aisance ou décontraction inappropriée	3. Ignore la distance professionnelle
2. Refuse de tolérer les interruptions	13. Supériorité morale	4. Ignore la distance personnelle
8. A tendance à s'écarter du sujet	14. Manifeste des traits de personnalité narcissique	5. Met l'interviewer à l'épreuve
9. Remplit les silences	17. Sens de la mise en scène	6. Fait des commentaires personnels
12. Persévérance/Obstination	20. Se dit être un dur (supériorité physique)	15. Intègre l'interviewer dans ses histoires personnelles
		16. Cherche à tisser une alliance
		21. Contact visuel intense

Passation et cotation

Elle est composée de 21 items qui s'évaluent sur une échelle de type Likert en 4 points (0-3). Selon les auteurs, l'utilisation de l'IM-P ne nécessite pas de formation. En effet, cette échelle s'appuie essentiellement sur des observations [6].

Développement de l'échelle

L'IM-P a été développée afin d'améliorer l'évaluation des composantes interpersonnelles du TPP. Chaque item a été élaboré à l'aide de trois sources d'informations : une revue de la littérature théorique et empirique, des observations cliniques développées durant des entrevues avec des détenus et un questionnaire informel auprès de chercheurs nord-américains [6].

Qualités psychométriques

Selon Kosson et al. [6], l'IM-P présente une consistance interne élevée de .91. La fidélité inter-juges est jugée comme forte avec un coefficient intraclasse de .83. Une autre étude montre également une consistance interne élevée à .89 [55]. La fidélité inter-juges présente un coefficient intraclasse de .77. Enfin, le score total de l'IM-P est corrélé à .56 au Facteur Interpersonnel de la PCL-R et à .24 au Facteur Déviance sociale de la PCL-R [56].

Les recherches sur l'IM-P sont fondées empiriquement. Ces études portant soit sur une population carcérale soit médico-légale pourraient être étayées par des travaux de recherches favorisant leur comparaison. Ainsi, des patterns de comportements non verbaux pourraient être isolés et ce dans des contextes aussi différents. Il y a lieu d'apporter une diversité dans le type de population évaluée (femme, adolescent, ...) afin de repérer leurs éventuelles spécificités interpersonnelles.

Applications et propositions cliniques

Les observations ne doivent pas faire l'objet d'inférences ou d'interprétations qui dénatureraient l'esprit de l'échelle. Même si cette échelle a peu fait l'objet de recherches, elle permet de standardiser les observations dans certains contextes évaluatifs (e.g. expertises pénales). Elle permet également d'identifier les comportements interpersonnels problématiques qui pourront être intégrés dans la thérapie.

Partie II : Implications de l'évaluation de la psychopathie

2.1. Psychopathie et efficacité thérapeutique

Un pessimisme thérapeutique a, pendant longtemps, été dominant dans la pratique clinique relative au TPP. Son point de départ se situe dans l'étude empirique de Harris, Rice et Cormier [57] qui ont montré un effet paradoxal des communautés thérapeutiques sur les individus psychopathiques tels que définis par la PCL-R [2]. Dans cette étude, le pourcentage de récurrence violente était supérieur chez les individus traités comparativement aux individus non traités. Cet effet négatif sur l'évolution des individus présentant un TPP tient notamment au fait que la recherche était informelle, non professionnelle et collégiale. Le fait de flatter l'estime de soi chez des sujets préalablement narcissiques, nourrissait ainsi leur penchant à la récurrence violente. L'étude Mac Arthur de Monahan [58] n'a cependant pas confirmé ce résultat lorsque le traitement était pratiqué de manière intensive avec plusieurs séances par mois. En contraste avec les approches communautaires thérapeutiques, cette dernière étude peut être considérée comme le point d'orgue à la mise en place d'une nouvelle série d'études relatives à l'efficacité des traitements qui ont conclu de manière plus optimiste [59].

Le modèle *RBR* d'Andrews et Bonta [60] structure la prise en charge des délinquants, en ce compris les individus psychopathiques, autour de ces principes. Le principe *Risque* repose sur l'intensité de la thérapie variant selon le niveau de risque statique. Le principe *Besoin* se centre sur les besoins criminogènes (facteurs de risque dynamiques) et non criminogènes. Les besoins criminogènes reposent sur des facteurs de risque dynamiques avec l'idée qu'assouvir ces besoins pourrait avoir une incidence directe sur la réduction du risque de récidive. Les besoins non criminogènes, quant à eux, n'entraîneraient pas spécifiquement une réduction de la récidive mais, apporteraient un mieux-être. Enfin, le principe *Réceptivité* repose sur l'idée d'adapter la thérapie aux caractéristiques psychologiques des individus comme par exemple, le niveau d'anxiété. Andrews et Bonta [60] ont, par ailleurs, classifié les items de la PCL-R selon ces trois grands principes :

- Principe *Risque/Histoire criminelle statique* (Tendance au parasitisme, Apparition précoce de problèmes de comportement, Nombreuses cohabitations de courtes durées, Délinquance juvénile, Violation des conditions de libération conditionnelle, Diversité des types de délits) ;

- Principe *Besoin/Besoin criminogène dynamique* (Tendance au mensonge pathologique, Duperie/Manipulation, Absence de remords ou de culpabilité, Faible maîtrise de soi, Promiscuité sexuelle, Incapacité à planifier sur le long terme et de façon réaliste, Impulsivité, Irresponsabilité, Incapacité d'assumer la responsabilité de ses actes) ;

- Principe *Réceptivité* (Loquacité/Charme superficiel, Surestimation de soi, Besoin de stimulation, Affect superficiel).

L'importance du caractère intensif et structuré selon les principes du modèle *Risque Besoin Réceptivité (RBR)* d'Andrews et Bonta [60] des programmes de traitement est aujourd'hui reconnue [61,62].

Concernant le sous-groupe des AICS, la prévalence de psychopathie, évaluée à la PCL-R, est beaucoup plus faible chez les AICS sur enfants (aux environs de 10-15%) que pour les AICS Violateurs ou Mixtes (Hare : 40-50% ; Porter, Fairweather, Drugge, Hervé, Birt et Boer : 64%) [63,64]. Les agressions sexuelles commises par les individus à haut niveau de psychopathie sont considérées comme une extension du tableau général de leur histoire criminelle et présentent, le plus souvent, une violence surajoutée à leurs infractions sexuelles.

Or, pendant longtemps, les individus présentant un TPP (point de coupure à 30) ont été exclus des programmes de traitement cognitivo-comportementaux pour AICS, car ils étaient considérés comme limités dans leurs capacités de changement [65]. Barbaree [66] a effectué une étude auprès de 212 participants AICS en considérant le niveau de psychopathie (faible, élevé/ point de coupure à 30) et la réceptivité thérapeutique sur une période de suivi allant de 3 à 6 ans. Cette réceptivité a été

évaluée sur base de la Grille d'Evaluation de la Réponse Thérapeutique [67]. Celle-ci évalue le comportement dans le groupe (Conduites perturbatrices, Interactions inappropriées, Assiduité, Amabilité/serviable avec les autres, Niveau de participation) et des changements thérapeutiques des participants (Changement de l'empathie pour sa victime, Compréhension du délit, Qualité du plan de prévention de la rechute). Les résultats ont montré que les individus psychopathiques présentant un haut niveau de réceptivité ne récidivent pas davantage que les autres AICS pour une période de suivi inférieure à 5 ans. Ce qui n'est plus le cas au-delà de ce nombre d'années. Par contre, Langton, Barberee, Harkins et Peacok [68] rapportent également un effet favorable de la réceptivité thérapeutique auprès de 476 AICS en considérant un point de coupure à 25 et ce pour une période de suivi de 5 ans.

Au-delà de la réceptivité thérapeutique, il importe de considérer d'autres variables telles que la capacité à suivre dans sa globalité le traitement. Sur une période de suivi de 10 ans, Olver et Wong [69] ont mis en évidence que les individus présentant un TPP (point de coupure à 25), arrêtant prématurément le suivi, présentaient des taux de récidive violente supérieurs aux individus ayant terminé leur traitement. Ce résultat n'est pas retrouvé pour la récidive sexuelle. Il faut également préciser que le taux d'abandon n'est pas très élevé pour les individus psychopathiques dans cette étude (27%). Ceci entre en contradiction avec la pensée, communément admise, selon laquelle la majorité des personnes présentant un TPP abandonnent leur suivi avant la dernière séance [69].

Par contre les AICS présentant un haut niveau de psychopathie (point de coupure à 26) associé à une déviance sexuelle (item 1 SVR-20) [70] récidivent plus vite et plus souvent, sur une période de suivi de 11,8 ans, comparativement aux groupes « Déviance sexuelle sans psychopathie », « Psychopathie sans déviance sexuelle » et « Sans psychopathie/Sans Déviance sexuelle » [71]. Ce résultat a été confirmé dans la méta-analyse de Hawes, Boccaccini et Murrie [72] pour des périodes de suivi se situant entre 5 ans et 9,9 ans et un point de coupure à la PCL-R à 25. Cependant, Harris, Boccaccini et Rice [73] ont récemment remis en cause ce lien en recommandant la poursuite des études de terrain, une opérationnalisation poussée des mesures de déviance sexuelle, la vérification des évaluations relatives à la psychopathie et la déviance sexuelle effectuées sur le terrain et l'importance de considérer le taux de base de récidive.

Pour évaluer l'efficacité des traitements, le niveau via le score total de psychopathie est une condition nécessaire, mais pas suffisante. En effet, ce dernier doit davantage être considéré comme un syndrome décrit par un profil multi-dimensionnel que comme un score diagnostique unique. La réponse thérapeutique peut varier selon le profil [61,74]. En effet, l'effet thérapeutique, évalué à la Violence Risk Scale-Sexual Offender (VRS-SO) relative au manque d'insight, à des attitudes et pensées qui soutiennent l'activité criminelle et à la non compliance au traitement, est

significativement corrélée au Facteur Interpersonnel ainsi qu'aux facettes Affective et Interpersonnelle de la PCL-R. Le Facteur Criminel de la VRS-SO est, quant à lui, largement corrélé positivement au Facteur Déviance sociale de la PCL-R.

Si l'hostilité, la manipulation, l'arrogance ont souvent été décrites comme autant de freins à la mise en place d'une alliance thérapeutique, les recherches relatives à la mise en place de programmes intensifs sont de plus en plus nombreux et laissent entrevoir un relatif optimisme thérapeutique [75]. En effet, une association négative entre le niveau de psychopathie et l'alliance thérapeutique n'a pas été vérifiée au sein d'études empiriques [76,77]. On ne peut pas dire aujourd'hui que les individus présentant une personnalité psychopathique ont plus de difficultés à s'inscrire dans un lien thérapeutique évalué à la Working Alliance Inventory (WAI) [78]. Par ailleurs, dans leur programme intensif de traitement « High Risk Personality Programme », Wilson et Tamatea [75] ont, d'une part, montré une diminution des facteurs dynamiques de risque de violence (VRS) [79] et, d'autre part, insisté sur l'importance de considérer les particularités de chaque individu selon leur capacité à changer au-delà du critère relatif au niveau de psychopathie.

Dans cet esprit, les caractéristiques neuropsychologiques sont à considérer afin de mieux préciser les caractéristiques de fonctionnement des individus présentant une personnalité psychopathique.

2.2. Psychopathie et apports de l'évaluation neuropsychologique

L'objectif de l'approche neuropsychologique est d'apporter une meilleure connaissance des mécanismes cognitifs sous-jacents à la prise de décision et à l'autorégulation du comportement au sein des populations psychopathiques. L'ensemble des travaux rapportés ci-dessous utilise la PCL-R comme critère d'inclusion auprès de populations carcérales. Les individus présentant un TPP sont impulsifs, s'ennuient facilement, sont rapidement frustrés et recherchent une gratification immédiate [80]. Depuis longtemps, les auteurs ont établi le lien entre un dysfonctionnement cognitif et la psychopathie [34,80–83]. De manière générale, les études portant sur les fonctions cognitives n'ont montré aucun déficit global, mais bien des déficits spécifiques tant au niveau exécutif qu'au niveau attentionnel [84]. En effet, les recherches mettent en évidence un déficit d'attention sélective [83,85] et de faibles capacités d'inhibition [86,87]. Ainsi, une fois qu'ils ont focalisé leur attention, il leur est plus complexe de considérer les informations périphériques [88]. Au niveau fonctionnel, cela se traduit par une difficulté à modifier un comportement orienté vers un but, notamment par la difficulté de traiter les informations contextuelles inattendues [89].

Au sein de la littérature, les fonctions exécutives, nécessaires pour réaliser des tâches complexes et interagir avec son environnement, sont abordées selon une approche « localisationiste » en neuro-anatomie. Ces fonctions exécutives sont notamment régulées par les lobes frontaux [90]. Les résultats

semblent indiquer que les individus présentant une personnalité psychopathique ne présentent pas de déficit au niveau du cortex préfrontal dorsolatéral, évalué au Wisconsin Card Sorting Test ou au COWAT (Controlled Oral Word Association Test), mesurant la flexibilité. Les performances de ces sujets ne sont pas déficitaires au regard des performances de populations antisociales non-psychopathiques ou de sujets contrôles [82,91]. A l'inverse, les auteurs avancent l'hypothèse d'un déficit au cortex orbitofrontal (OF). Ainsi, plusieurs études employant des tests liés au cortex OF, tels que les Labyrinthes de Porteus qui évaluent la planification, font état de performances moindres des individus présentant un TPP comparativement aux groupes contrôles [82,89]. Cette hypothèse est confortée par la similarité des déficits de performances des individus présentant un TPP à celle de patients souffrant de lésions du OF [80].

Le cortex orbitofrontal est une des structures majeures régulant le mécanisme de prise de décision [92], en coordination avec d'autres structures comme l'amygdale et le cortex ventromédian [93]. Une des caractéristiques des individus présentant un TPP est leur comportement à risque [80] et leur tendance à faire des choix désavantageux dans leur vie personnelle, ce qui influe notamment sur leurs relations sociales [93]. L'Iowa Gambling Task (IGT) est la tâche la plus fréquemment employée pour évaluer la prise de décisions. Les résultats des études sont actuellement très variables, certains rapportant des performances déficitaires, d'autres pas [94]. Toutefois, dans leur étude, Hughes et al. [94] rapportent des différences de performances à l'IGT au regard de la structure factorielle de la PCL-R envisagée. De manière contre-intuitive, un score élevé à la facette Antisociale de la PCL-R prédit une meilleure prise de décision à cette tâche. Cette performance cognitive peut contribuer au caractère adaptatif de la psychopathie [95].

En conclusion, certaines études mettent en évidence que les personnes présentant un TPP ont un déficit attentionnel ou exécutif, d'autres études n'indiquent aucune différence de performance avec la population générale, d'autres encore, semblent montrer des meilleures compétences cognitives chez les individus TPP. De ce fait, au vu de cette inconsistance de résultats, du manque de recherches systématiques et de la variabilité des méthodologies employées [84,88], il paraît difficile de conclure à un déficit neuropsychologique global chez les personnes présentant une personnalité psychopathique [91,94].

Les développements futurs devront considérer la psychopathie comme un concept multifactoriel et non plus unitaire [91,94] et donc favoriser les études ayant comme critère d'inclusion la PCL-R ou une de ces variantes afin de mieux définir les caractéristiques du fonctionnement cognitif sous-jacent. Le recours au modèle quadri-factoriel permettrait de définir les différences de performances selon les types de profils psychopathiques [94]. Cette inconsistance de résultats suggère des méthodologies d'évaluation neuropsychologiques à la fois plus discriminantes et précises (en ce compris la mesure

des performances, des temps de réaction, des temps de réalisation, ...) [96], tels que la batterie d'évaluation des Tâches de Miyake pour les fonctions de flexibilité, de shifting et d'inhibition ou de l'Iowa Gambling Task pour la prise de décision. Le recours à ces batteries permet de cerner avec plus de finesse la performance cognitive. Enfin, les recherches neuropsychologiques doivent également permettre de mieux cerner les impacts écologiques des spécificités cognitives, et donc de leur prise en charge éventuelle [84].

Conclusion

L'évaluation de la psychopathie reste incontournable tant dans le domaine de l'expertise que de l'orientation ou de la prise en charge. Le profil psychopathique et le niveau de risque associé constitue un indicateur pertinent pour les professionnels de terrain [37,38]. Ce sont les objectifs que les professionnels de la santé ou de la justice se fixent qui doivent guider l'utilisation soit du modèle PCL-R, qui s'inscrit dans une perspective catégorielle, soit du modèle CAPP-IRS, reposant davantage sur un construit dimensionnel. Les qualités diagnostiques de la CAPP-IRS, présentant l'avantage d'être sensibles aux changements thérapeutiques et institutionnels, complètent très bien celles de la PCL-R. La SRP-III ainsi que l'IM-P, quant à elles, peuvent être appliquées au sein d'une population subclinique. Il est important de poursuivre les études relatives à l'IM-P auprès d'une population clinique et générale. Nous pensons que la diversité des différentes échelles favorise une meilleure compréhension du TPP dans ces différentes expressions selon la population à laquelle nous nous adressons, à savoir clinique, carcérale ou générale. L'évolution des programmes thérapeutiques, construits selon les principes de Lösel [97,98], révèle un optimisme modéré pour un meilleur traitement et une meilleure gestion des personnes présentant un TPP. Une intervention intensive intégrée et structurée selon le modèle RBR permettrait de considérer des spécificités cognitives avec comme principal objectif le développement de relations pro-sociales.

Références

- [1] Majois V, Saloppé X, Ducro C, Pham TH. Psychopathie et son évaluation. EMC Elsevier Masson SAS Paris Psychiatr 2011;37-320-A-45:1–10.
- [2] Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist - Revised (2nd ed.). Toronto: Multi-Health System.; 2003.
- [3] Paulhus DL, Hemphill JD, Hare RD. Manual for the Self-Report Psychopathy Scale (SRP-III). 2009.
- [4] Williams KM, Paulhus DL, Hare RD. Capturing the four-factor structure of psychopathy in college students via self-report. *J Pers Assess* 2007;88:205–19.
- [5] Cooke D, Hart S, Logan C, Michie C. Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality-institutional rating scale (CAPP-IRS). Unpubl Manusc 2004.
- [6] Kosson DS, Steuerwald BL, Forth AE, Kirkhart KJ. A new method for assessing the interpersonal behavior of psychopathic individuals: preliminary validation studies. *Psychol Assess* 1997;9:89–101.
- [7] Cleckley H. The mask of sanity (Rev. ed.). St Louis Mosby 1982.
- [8] Patrick CJ. Back to the Future: Cleckley as a Guide to the Next Generation of Psychopathy Research. *Handb. Psychopathy*. In Patrick, Christopher J. (Eds.), New York, NY, US: Guilford Press; 2006, p. 605–17.
- [9] Hare RD. The Hare psychopathy checklist-Revised. Toronto: Multi-Health System.; 1991.
- [10] Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark DA. Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *J Personal Disord* 2004;18:337–57.
- [11] Cooke DJ, Michie C. Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychol Assess* 2001;13:171–88.
- [12] Hare RD, Neumann CS. Structural models of psychopathy. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:57–64.
- [13] Cooke DJ, Michie C, Skeem J. Understanding the structure of the Psychopathy Checklist–Revised. *Br J Psychiatry* 2007;190:s39–50.
- [14] Hare RD, Neumann CS. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:217–46.

- [15] Neumann CS, Hare RD, Newman JP. The super-ordinate nature of the Psychopathy Checklist-Revised. *J Personal Disord* 2007;21:102–17.
- [16] Neumann CS, Kosson DS, Salekin RT. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis of the Psychopathy Construct: Methodological and Conceptual Issues. 2007.
- [17] Cooke DJ, Michie C. Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *J Abnorm Psychol* 1999;108:58–68.
- [18] Pham TH. Évaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *Encéphale* 1998;24:435–41.
- [19] Pham TH, Saloppé X. PCL-R Psychopathy and its Relation to DSM Axis I and II Disorders in a Sample of Male Forensic Patients in a Belgian Security Hospital. *Int J Forensic Ment Health* 2010;9:205–14.
- [20] Grann M, Langstrom N, Tengstrom A, Stalenheim EG. Reliability of file-based retrospective ratings of psychopathy with the PCL-R. *J Pers Assess* 1998;70:416–26.
- [21] Rasmussen K, Storsæter O, Levander S. Personality disorders, psychopathy, and crime in a Norwegian prison population. *Int J Law Psychiatry* 1999;22:91–7.
- [22] Jeandarme I, Edens JF, Habets P, Bruckers L, Oei K, Bogaerts S. PCL-R field validity in prison and hospital settings. *Law Hum Behav* 2017;41:29–43.
- [23] Coid J, Yang M, Ullrich S, Roberts A, Moran P, Bebbington P, et al. Psychopathy among prisoners in England and Wales. *Int J Law Psychiatry* 2009;32:134–41.
- [24] Krstic S, Neumann CS, Roy S, Robertson C, Knight RA, Hare RD. Using Latent Variable - and Person - C entered Approaches to Examine the Role of Psychopathic Traits in Sex Offenders. *Personal Disord Theory Res Treat* 2017. doi:DOI: 10.1037/per0000249.
- [25] Hildebrand M, de Ruiter C. PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *Int J Law Psychiatry* 2004;27:233–48.
- [26] Alterman AI, McDermott PA, Cacciola JS, Rutherford MJ, Boardman CR, McKay JR, et al. A typology of antisociality in methadone patients. *J Abnorm Psychol* 1998;107:412–22.
- [27] Levenson MR, Kiehl KA, Fitzpatrick CM. Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *J Pers Soc Psychol* 1995;68:151–8.
- [28] Herve H, Hare R. Psychopathic subtypes and their crimes: A validation study, 2004, p. 3–7.
- [29] Herve H, Hare R. Criminal psychopathy and its subtypes: Reliability and generalizability,

2002.

- [30] Hervé H. Psychopathic subtypes: Historical and contemporary perspectives. *Psychopath Theory Res Pract* 2007;431–60.
- [31] Neumann CS, Vitacco MJ, Mokros AS. Using both variable-centered and person-centered approaches to understanding psychopathic personality. *Clin Forensic Assess Psychopathy Pract Guide* 2016:14–31.
- [32] Mokros A, Hare RD, Neumann CS, Santtila P, Habermeyer E, Nitschke J. Variants of psychopathy in adult male offenders: A latent profile analysis. *J Abnorm Psychol* 2015;124:372–86.
- [33] Singh JP, Grann M, Fazel S. A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clin Psychol Rev* 2011;31:499–513.
- [34] Yang Y, Raine A. Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2009;174:81–8.
- [35] Pham TH, Ducro C, Marghem B, Réveillère C. Evaluation du risque de recidive au sein d'une population de delinquants incarceres ou internes en Belgique francophone. vol. 163, Elsevier; 2005, p. 842–5.
- [36] Yang M, Wong SC, Coid J. The efficacy of violence prediction: a meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychol Bull* 2010;136:740–67.
- [37] DeMatteo D, Edens JF, Galloway M, Cox J, Smith ST, Formon D. The role and reliability of the Psychopathy Checklist—Revised in US sexually violent predator evaluations: A case law survey. *Law Hum Behav* 2014;38:248–55.
- [38] Pham TH, Ducro C, Desmarais SL, Hurducas C, Arbach-Lucioni K, Condemarin C, et al. Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence: présentation des données belges. vol. 174, Elsevier; 2016, p. 539–43.
- [39] Hare RD. Psychopathy, the PCL-R, and criminal justice: Some new findings and current issues. *Can Psychol Can* 2016;57:21–34.
- [40] Lilienfeld SO, Fowler KA, Patrick C. The self-report assessment of psychopathy. *Handb Psychopathy* 2007:107–32.
- [41] Babiak P. Psychopathic manipulation in organizations: Pawns, patrons, and patsies. *Issues Criminol Leg Psychol* 1996;24:12–7.

- [42] Babiak P, Neumann CS, Hare RD. Corporate psychopathy: Talking the walk. *Behav Sci Law* 2010;28:174–93.
- [43] Jones DN, Paulhus DL. Different provocations trigger aggression in narcissists and psychopaths. *Soc Psychol Personal Sci* 2010;1:12–8.
- [44] Williams KM, Nathanson C, Paulhus DL. Identifying and profiling scholastic cheaters: their personality, cognitive ability, and motivation. *J Exp Psychol Appl* 2010;16:293–307.
- [45] Ducro C, Saloppé X, Pham TH. Validity of the French-language version of Hare’s Self-Report Psychopathy Scale (SRP-III) in community, forensic and clinical samples. *Acta Psychiatr Belg* 2016;116:29–40.
- [46] Gordts S, Uzieblo K, Neumann C, Van den Bussche E, Rossi G. Validity of the Self-Report Psychopathy Scales (SRP-III full and short versions) in a community sample. *Assessment* 2017;24:308–25.
- [47] Frick PJ, Cornell AH, Barry CT, Bodin SD, Dane HE. Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *J Abnorm Child Psychol* 2003;31:457–70.
- [48] Sandvik AM, Hansen AL, Kristensen MV, Johnsen BH, Logan C, Thornton D. Assessment of psychopathy: Inter-correlations between Psychopathy Checklist Revised, Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality–Institutional Rating Scale, and Self-Report of Psychopathy Scale–III. *Int J Forensic Ment Health* 2012;11:280–8.
- [49] Cooke DJ, Hart SD, Logan C, Michie C. Explicating the construct of psychopathy: Development and validation of a conceptual model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *Int J Forensic Ment Health* 2012;11:242–52.
- [50] Kreis MK, Cooke DJ, Michie C, Hoff HA, Logan C. The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): content validation using prototypical analysis. *J Personal Disord* 2012;26:402–13.
- [51] Flórez G, Casas A, Kreis MK, Forti L, Martínez J, Fernández J, et al. A prototypicality validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) model Spanish version. *J Personal Disord* 2015;29:707–18.
- [52] Hoff HA, Rypdal K, Mykletun A, Cooke DJ. A prototypicality validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality model (CAPP). *J Personal Disord* 2012;26:414–27.
- [53] Delannoy D, Saloppé X, Tiberi LA, Delescluse C, Pham TH. Deux mesures de psychopathie

chez les patients médicolégaux. vol. 175, Elsevier; 2017, p. 297–9.

- [54] Vitacco MJ, Kosson DS. Understanding psychopathy through an evaluation of interpersonal behavior: testing the factor structure of the interpersonal measure of psychopathy in a large sample of jail detainees. *Psychol Assess* 2010;22:638-49.
- [55] Zolondek S, Lilienfeld SO, Patrick CJ, Fowler KA. The interpersonal measure of psychopathy: Construct and incremental validity in male prisoners. *Assessment* 2006;13:470–82.
- [56] Vassileva J, Kosson DS, Abramowitz C, Conrod P. Psychopathy versus psychopathies in classifying criminal offenders. *Leg Criminol Psychol* 2005;10:27–43.
- [57] Harris G, Rice M, Cormier C. Psychopaths: Is the therapeutic community therapeutic? *Ther Communities* 1994;15:283–283.
- [58] Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford University Press; 2001.
- [59] Salekin RT. Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clin Psychol Rev* 2002;22:79–112.
- [60] Andrews DA, Bonta J. The psychology of criminal conduct. Routledge; 2010.
- [61] Olver ME, Lewis K, Wong SC. Risk reduction treatment of high-risk psychopathic offenders: The relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personal Disord Theory Res Treat* 2013;4:160–7.
- [62] Olver ME. Treatment of psychopathic offenders: Evidence, issues, and controversies. *J Community Saf Well-Being* 2016;1:75–82.
- [63] Hare RD. Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatr Q* 1999;70:181–97.
- [64] Porter S, Fairweather D, Drugge J, Hervé H, Birt A, Boer DP. Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. *Crim Justice Behav* 2000;27:216–33.
- [65] Beech A, Oliver C, Fisher D, Beckett R. STEP 4: The Sex Offender Treatment Programme in prison: Addressing the offending behaviour of rapists and sexual murderers. Lond HM Prison Retrieved Novemb 2005;20:2009.
- [66] Barbaree HE. Psychopathy, treatment behavior, and recidivism: An extended follow-up of Seto and Barbaree. *J Interpers Violence* 2005;20:1115–31.
- [67] Seto MC, Barbaree HE. Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *J Interpers Violence* 1999;14:1235–48.

- [68] Langton CM, Barbaree HE, Harkins L, Peacock EJ. Sex offenders' response to treatment and its association with recidivism as a function of psychopathy. *Sex Abuse J Res Treat* 2006;18:99–120.
- [69] Olver ME, Wong SC. Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:328–36.
- [70] Boer DP. *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence* 1997.
- [71] Hildebrand M, De Ruiter C, De Vogel V. Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sex Abuse J Res Treat* 2004;16:1–24.
- [72] Hawes SW, Boccaccini MT, Murrie DC. Psychopathy and the combination of psychopathy and sexual deviance as predictors of sexual recidivism: Meta-analytic findings using the Psychopathy Checklist—Revised. *Psychol Assess* 2013;25:233–43.
- [73] Harris PB, Boccaccini MT, Rice AK. Field measures of psychopathy and sexual deviance as predictors of recidivism among sexual offenders. *Psychol Assess* 2017;29:639–51.
- [74] Looman J, Abracen J, Serin R, Marquis P. Psychopathy, treatment change, and recidivism in high-risk, high-need sexual offenders. *J Interpers Violence* 2005;20:549–68.
- [75] Wilson NJ, Tamatea A. Challenging the 'urban myth' of psychopathy untreatability: the High-Risk Personality Programme. *Psychol Crime Law* 2013;19:493–510.
- [76] Polaschek DL, Ross EC. Do early therapeutic alliance, motivation, and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners? *Crim Behav Ment Health* 2010;20:100–11.
- [77] Walton A, Jeglic EL, Blasko BL. The role of psychopathic traits in the development of the therapeutic alliance among sexual offenders. *Sex Abuse* 2016;1079063216637859.
- [78] Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol* 1989;36:223–33.
- [79] Wong S, Gordon A. The violence risk scale. *Reg Psychiatr Cent Univ Sask Saskat Sask Can* 2000.
- [80] Perez PR. The etiology of psychopathy: A neuropsychological perspective. *Aggress Violent Behav* 2012;17:519–22.
- [81] Bagshaw R, Gray NS, Snowden RJ. Executive function in psychopathy: the tower of London, Brixton spatial anticipation and the Hayling sentence completion tests. *Psychiatry Res* 2014;220:483–9.

- [82] Blair K, Newman C, Mitchell DG, Richell R, Leonard A, Morton J, et al. Differentiating among prefrontal substrates in psychopathy: neuropsychological test findings. *Neuropsychology* 2006;20:153–65.
- [83] Pham TH, Vanderstukken O, Philippot P, Vanderlinden M. Selective attention and executive functions deficits among criminal psychopaths. *Aggress Behav* 2003;29:393–405.
- [84] Mayer AR, Kosson DS, Bedrick EJ. Neuropsychological implications of selective attentional functioning in psychopathic offenders. *Neuropsychology* 2006;20:614–24.
- [85] Sadeh N, Verona E. Psychopathic personality traits associated with abnormal selective attention and impaired cognitive control. *Neuropsychology* 2008;22:669–80.
- [86] Arnett PA, Smith SS, Newman JP. Approach and avoidance motivation in psychopathic criminal offenders during passive avoidance. *J Pers Soc Psychol* 1997;72:1413–28.
- [87] Newman JP, Wallace JF, Schmitt WA, Arnett PA. Behavioral inhibition system functioning in anxious, impulsive and psychopathic individuals. *Personal Individ Differ* 1997;23:583–92.
- [88] Hiatt KD, Schmitt WA, Newman JP. Stroop tasks reveal abnormal selective attention among psychopathic offenders. *Neuropsychology* 2004;18:50–9.
- [89] Kosson DS, Miller SK, Byrnes KA, Leveroni CL. Testing neuropsychological hypotheses for cognitive deficits in psychopathic criminals: A study of global–local processing. *J Int Neuropsychol Soc* 2007;13:267–76.
- [90] Otero TM, Barker LA. The frontal lobes and executive functioning. *Handb. Exec. Funct.* In Goldstein, S., Naglieri, J. A. (Eds.), Springer Science & Business Media.; 2013, p. 29–44.
- [91] Jurjako M, Malatesti L. Psychopathy, Executive Functions, and Neuropsychological Data: a Response to Sifferd and Hirstein. *Neuroethics* 2016:1–11.
- [92] Bechara A, Damasio H, Damasio AR. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex* 2000;10:295–307.
- [93] Beszterczey S, Nestor PG, Shirai A, Harding S. Neuropsychology of decision making and psychopathy in high-risk ex-offenders. *Neuropsychology* 2013;27:491–7.
- [94] Hughes MA, Dolan MC, Trueblood JS, Stout JC. Psychopathic personality traits and Iowa gambling task performance in incarcerated offenders. *Psychiatry Psychol Law* 2015;22:134–44.
- [95] Glenn AL, Raine A, Schug RA. The neural correlates of moral decision-making in psychopathy. *Molecular Psychiatry* 2009:5–9.
- [96] Vicenzutto A, Saloppé X, Devivier T, Arkhipova, O, Maurage P, Pham TH. Executive

function assessment in psychopathic forensic sample - Implementation of Miyake task: an exploratory research. 2016.

[97] Dolan M, Doyle M. Psychopathy: Diagnosis and implications for treatment. *Psychiatry* 2007;6:404–8.

[98] Lösel F. Treatment and management of psychopaths. *Psychopathy Theory Res. Implic. Soc.*, Springer; 1998, p. 303–54.

Chapitre 2 : La validité prototypique du concept de psychopathie

Ce chapitre se compose de deux recherches à la méthodologie similaire. La validité prototypique a été évaluée à l'aide de la « Universal protocol for conducting prototypicality studies with the CAPP ». Le premier article, publié, se centre sur l'évaluation prototypique du modèle CAPP auprès d'une population étudiante. Le second article, sous presse, se centre sur l'analyse prototypique ainsi que sur la validité factorielle du modèle CAPP auprès de professionnels de la santé mentale. Ces articles reprennent la théorie de l'approche prototypique, son application auprès du modèle CAPP au sein de deux populations francophones différentes et ses implications pour la compréhension de ce trouble de la personnalité au sein de la société.

Article AMP : Delannoy, D., & Pham, T. H. (2019, November). L'apport de l'analyse prototypique dans le concept de psychopathie. In *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 177, No. 9, pp. 911-915). Elsevier Masson.

Annales Médico-Psychologiques 177 (2019) 911-915



ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France



www.em-consulte.com



Communication

L'apport de l'analyse prototypique dans le concept de psychopathie[☆]

The contribution of prototypical analysis in the concept of psychopathy

Denis Delannoy^{a,*,b}, Thierry H. Pham^{a,b,c}

^a Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, Rue Despars, 96, 7500 Tournai, Belgique
^b Service de Psychopathologie Légale, UMONS, Mons, Belgique
^c Institut Philippe-Pinel, Montréal, Canada

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 11 septembre 2019

Mots clés :
Échelle d'évaluation
Psychopathie
Psychopathologie

Keywords:
Assessment scale
Psychopathy
Psychopathology

RÉSUMÉ

L'analyse prototypique se base sur une évaluation dimensionnelle. Son avantage prototypique est de pouvoir mesurer le degré de concordance d'un élément à l'aide d'une échelle graduelle en plusieurs points. L'objectif de cette étude est de comparer la moyenne du degré de prototypicité des symptômes du modèle de la *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP)* évalué par des populations non spécialisées dans le domaine de la psychopathie. Les participants actuels sont des étudiants universitaires de première année (n = 139). Ces derniers sont comparés à des participants tout venant d'une étude norvégienne (Hoff et al., 2012). En résumé, neuf symptômes sont hautement prototypiques (>5), seize symptômes moyennement prototypiques (entre 4 et 4,99), six symptômes faiblement prototypiques (entre 3 et 3,99), deux symptômes très faiblement prototypiques (<3). La majorité des symptômes évalués par les étudiants sont inférieurs à ceux évalués par la population norvégienne. La population étudiante a une vision différente de la population générale norvégienne. Les résultats mettent en exergue de possibles différences interculturelles. Cela montre l'importance de l'évaluation prototypique au sein de différentes cultures.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – The aim of the study is to analyze mean degree of prototypicality of the symptoms composing the *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP)* model evaluated by non-specialized populations in the field of psychopathy. The other aim is to compare these degrees with another study among Norwegian participants (Hoff et al., 2012). This model is atheoretical. It is composed by 33 symptoms regrouped into six domains (Attachment, Behavioral, Cognitive, Dominance, Emotional, Self). This comparison is qualitative.

Method. – In this study, students were interviewed with a French survey composed of demographic variables and 42 symptoms (33 CAPP symptoms and 9 foils) among undergraduated students (n = 139). These students are largely from psychological sciences faculty in Belgium. The mean age is 19 years (SD = 1.37; Min–Max = 18–28). Participants are majority female (77.7%; n = 108). A large part is Belgian (81.2%). We provided a glossary describing the symptoms of the CAPP and foils. Students were asked to assess the prototypicality of the 42 symptoms relative to the best example of a psychopathic client with a 7-point Likert scale (1 = Low prototypical; 7 = Highly prototypical). We performed descriptive analyses to extract the mean of the symptoms. In order to analyze them, we create categories based on previous research on the CAPP (Cooke et al., 2012). The categories are highly prototypical (>5); moderately prototypical (between 4 and 4.99); low prototypical (between 3 and 3.99); very low prototypical (<3). We used these categories in order to compare previous international study among Norwegian participants (Hoff et al., 2012).

[☆] Article réalisé avec le soutien du ministère de la Région wallonne, Santé et Affaires sociales et Égalité des chances.
^{*} Auteur correspondant.
Adresse e-mail : denis.delannoy@crds.be (D. Delannoy).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.003>
0003-4487/© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'apport de l'analyse prototypique dans le concept de psychopathie

Denis Delannoy

Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, Tournai, Belgium; Service de Psychopathologie
Légale, UMONS, Belgium

Thierry H. Pham

Service de Psychopathologie Légale, UMONS, Belgium; Centre de Recherche en Défense Sociale,
CRDS, Tournai, Belgium; Institut Philippe-Pinel, Montreal, Canada

Résumé

L'analyse prototypique se base sur une évaluation dimensionnelle. Son avantage prototypique est de pouvoir mesurer le degré de concordance d'un élément à l'aide d'une échelle graduelle en plusieurs points. L'objectif de cette étude est de comparer la moyenne du degré de prototypicalité des symptômes du modèle de la Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) évalué par des populations non spécialisées dans le domaine de la psychopathie. Les participants actuels sont des étudiants universitaires de première année ($n = 139$). Ces derniers sont comparés à des participants tout venant d'une étude norvégienne (Hoff et al., 2012). En résumé, neuf symptômes sont hautement prototypiques (>5), seize symptômes moyennement prototypiques (entre 4 et 4,99), six symptômes faiblement prototypiques (entre 3 et 3,99), deux symptômes très faiblement prototypiques (<3). La majorité des symptômes évalués par les étudiants sont inférieurs à ceux évalués par la population norvégienne. La population étudiante a une vision différente de la population générale norvégienne. Les résultats mettent en exergue de possibles différences interculturelles. Cela montre l'importance de l'évaluation prototypique au sein de différentes cultures.

1. Introduction

1.1 La théorie du prototype

Selon Rosch [22], le prototype est un exemple le plus évocateur d'une catégorie. Cet exemple regroupe des membres d'une même famille. Certains membres de la catégorie sont considérés comme plus représentatifs que d'autres [23]. Cette théorie se base sur un modèle de catégorisation graduelle. Cela signifie que plus on rencontre d'éléments descriptifs d'une catégorie, plus on se rapproche du prototype. Par exemple, le prototype d'un oiseau se caractérise par la présence d'ailes, de plumes et la capacité de voler.

Plus concrètement, un rouge-gorge est un bon exemple de l'oiseau prototype. Par contre, une autruche possède des plumes, des ailes mais ne peut pas voler. Elle fait donc partie de la catégorie des oiseaux mais n'est pas considérée comme un prototype [16]. Cependant, le prototype n'existe pas « naturellement ». Il s'agit d'une construction grammaticale fictive, un construit cognitif [23]. L'individu utilise ce construit pour évaluer un membre d'une catégorie pour la pertinence de son adhésion à cette dernière. Il s'agit d'une méthode cognitive qui facilite la compréhension de l'environnement dans lequel l'individu se trouve.

1.2 L'analyse prototypique

L'analyse prototypique est issue de la théorie du prototype [17]. En résumé, Il s'agit d'évaluer le degré de représentativité des critères d'un construit de personnalité. Ce type d'analyse est utilisé pour la psychiatrie générale avec les critères de personnalité du DSM-III ou plus spécifiquement avec le trouble de personnalité borderline [14,18]. Dans le cadre de la psychiatrie légale, ces analyses ont été mises en place pour les troubles de la personnalité [2,16,18]. En effet, des recherches antérieures ont déjà investigué la prototypicalité de la personnalité antisociale et de différents modèles du concept de psychopathie [7,10,12,13,17,19–21,24,25].

1.3 L'apport de l'analyse prototypique

L'analyse prototypique se base sur une évaluation dimensionnelle. Son avantage est de pouvoir mesurer le degré de concordance d'un élément à l'aide d'une échelle graduelle en plusieurs points (e.g. Echelle de Likert). Inversement, l'évaluation catégorielle se base surtout sur une classification dichotomique (présence/absence). Ces deux approches sont complémentaires. Il est possible de déterminer quels sont les critères présents à l'aide d'une évaluation dichotomique. Ensuite, l'évaluation du degré de prototypicalité permet de les « grader ». En fonction de cette gradation, certains critères pourraient être moins prototypiques, en restant inclus dans le fonctionnement de

personnalité de certains individus. Cette méthode permet de développer des profils de fonctionnement multimodaux tels les profils de psychopathie développés par Hare [11].

Ce type d'analyse permet de réunir l'avis de plusieurs spécialistes dans le domaine de la santé mentale. Il s'agit notamment d'experts dans le domaine et de praticiens d'orientations théoriques diverses ayant rencontré de nombreux cas cliniques [5]. En effet, le regroupement de ces avis permet d'avoir une vision d'ensemble quelle que soit l'orientation théorique sous-jacente. De plus, les troubles peuvent varier en fonction de la culture, de l'âge et du genre. Cet effet est appelé « pathoplasticité » [1,5,6]. Lorsque les analyses prototypiques se basent sur un même modèle, les comparaisons interculturelles permettent de vérifier la variabilité de la manifestation d'un trouble de personnalité au sein de cultures différentes.

1.4 Le modèle de Cooke

La Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) [5] est un modèle hiérarchique du trouble de la personnalité psychopathique. Ce modèle a été construit à l'aide des analyses prototypiques. Il a été développé sur base de plusieurs sources [4] :

- La sélection de symptômes en effectuant des revues de littérature clinique (The Mask of sanity) [3] ;
- La revue de littérature théorique et empirique ;
- L'interview d'experts dans le domaine de la psychopathie.

Selon une approche bottom-up, les symptômes sont définis de manière assez large et exhaustive dans un premier temps. Le modèle CAPP a été développé avec une approche lexicale en utilisant des descriptions basées sur le langage naturel (et pas à valence psychologique). Basé sur la représentation d'une multitude d'experts, la déconstruction des symptômes dans un langage naturel mène à un modèle athéorique. L'issue finale est de 33 symptômes répartis en six domaines (Attachement, Comportemental, Cognitif, Dominance, Émotionnel, Soi). Contrairement au modèle prédominant de Hare [9], le modèle de Cooke met l'accent sur les traits de personnalité plutôt que sur les comportements antisociaux.

2. Méthodologie

Au regard de ces éléments, l'objectif de cette étude est double. Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse prototypique de la psychopathie auprès d'une population belge. Ensuite, afin d'observer d'éventuelles différences culturelles, nous avons comparé nos résultats à ceux d'une étude norvégienne [13].

2.1 Participants

La population est composée d'étudiants en première année d'enseignement supérieur universitaire (N = 139). Les étudiants sont issus de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, de la Faculté de Médecine et Pharmacie et de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales. L'âge moyen est de 19 ans (ET = 1,37 ; Min - Max = 18 – 28). Les participants sont majoritairement de sexe féminin (77,7 % ; n = 108). Une majorité est de nationalité belge (81,2%). De plus, 14,5 % sont de nationalité française et 4,3% sont d'une autre nationalité mais francophone.

Les participants de l'étude de Hoff et al. [17] sont issus de la population générale norvégienne (N = 553). La majorité se situe entre 18 et 35 ans et dispose d'un diplôme de bachelier (66,4%).

2.2 Procédure

Nous avons utilisé le « Universal protocol for conducting prototypicality studies with the CAPP » [16] auquel nous avons adjoint des variables démographiques (âge, nationalité...). Ce protocole reprend 42 symptômes (33 symptômes de la CAPP et 9 distracteurs). Ceux-ci sont regroupés selon les six domaines du modèle CAPP. Les distracteurs sont issus d'autres troubles de la personnalité. Un glossaire décrivant les symptômes était fourni avec le protocole. Au regard de leur représentation d'un « psychopathe », les participants ont été invités à évaluer la prototypicalité de ces symptômes selon une échelle Likert allant de 1 à 7 (1 = faiblement prototype ; 7 = hautement prototypique). Les participants ont rempli un formulaire de consentement.

2.3 Analyses de données

L'analyse du score moyen pour chaque symptôme se fait de manière qualitative. Afin de faciliter l'interprétation des résultats, nous avons créé des catégories basées sur des études antérieures [4,13,17] :

- Hautement prototypique (>5) ;
- Moyennement prototypique (entre 4 et 4,99) ;
- Faiblement prototypique (entre 3 et 3,99) ;
- Très faiblement prototypique (<3).

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une comparaison qualitative avec les résultats de l'étude de Hoff et al. [13].

3. Résultats

L'ensemble des résultats sont repris dans le tableau 1 où les scores moyens sont colorés en fonction de leur degré de prototypicalité.

De manière générale, les différents domaines de la psychopathie sont définis selon un à trois symptômes centraux.

Pour le domaine de l'Attachement, le « Manque d'empathie » est central pour les deux populations. Le symptôme « Indifférent » ne fait pas l'unanimité quant à son degré d'appartenance à ce domaine.

Concernant le domaine Comportemental, les deux populations identifient le symptôme « Agressif » comme primordial. L'avis des deux populations concorde à propos de la faible appartenance du « Manque de persévérance » à ce domaine.

Les résultats relatifs au domaine Cognitif indiquent que les symptômes « Soupçonneux », « Intolérance » et « Inflexible » sont essentiels uniquement pour la population norvégienne. Par contre, les deux populations estiment que le symptôme « Manque de planification » est accessoire.

En ce qui concerne le domaine de la Dominance, les symptômes « Dominateur », « Fausseté/mensonge » et « Manipulation » sont incontournables. Pour les étudiants belges, le symptôme « Loquacité » n'est pas capital afin de définir ce domaine.

Quant au domaine Emotionnel, le « Manque de profondeur émotionnelle », le « Manque de stabilité émotionnelle » ainsi que le « Manque de remords » sont considérés comme primordiaux afin de le définir. Inversement, le « Manque de plaisir » n'est pas essentiel.

Enfin, pour le domaine du Soi, le symptôme « Egocentrisme » est fondamental pour les deux populations. Les symptômes « Autoglorification », « Sentiment d'être unique/exceptionnel », « Sentiment d'ayant droit », « Sentiment d'être invulnérable », « Auto-justification » sont capitaux selon la population norvégienne.

Concernant les distracteurs, les étudiants belges trouvent que les symptômes « Perfectionniste » et « Etrange » s'apparentent au trouble de la personnalité psychopathique. A l'inverse, la population générale norvégienne considère que ces symptômes ne s'y réfèrent pas.

En résumé, neuf symptômes sont hautement prototypiques (> 5), seize moyennement prototypiques (entre 4 et 4,99), six faiblement prototypiques (entre 3 et 3,99) et deux très faiblement prototypiques (< 3). Pour la majorité des symptômes, les étudiants belges présentent des scores moyens inférieurs à ceux de la population norvégienne. Par contre, les distracteurs évalués par les étudiants présentent des moyennes plus élevées que ceux évalués par la population norvégienne.

Tableau 1
Analyse descriptives interculturelles

Domaine/Symptôme	Delannoy et al., 2019		Hoff et al., 2012	
	M	ET	M	ET
Attachement	4,67	1,10	5,25	1,13
A1 – Détaché	4,59	1,55	4,98	1,68
A2 – Manque d’engagement	3,66	1,78	4,92	1,58
A3 – Manque d’empathie	5,72	1,57	6,06	1,38
A4 – Indifférent	4,71	1,76	5,07	1,61
Comportemental	3,92	1,02	4,00	1,04
B1 – Manque de persévérance	2,30	1,29	2,71	1,60
B2 – Manque de fiabilité	4,30	1,72	4,62	1,76
B3 – Imprudent	3,73	1,76	3,49	1,77
B4 – Impatience/Agitation	4,14	1,73	3,81	1,75
B5 - Perturbateur	3,89	1,61	4,03	1,69
B6 - Agressif	5,15	1,49	5,33	1,49
Cognitif	3,85	0,87	4,36	0,91
C1 – Soupçonneux	4,48	1,65	5,39	0,91
C2 – Manque de concentration	3,12	1,60	3,21	1,74
C3 – Intolérance	4,35	1,56	5,17	1,50
C4 – Inflexible	4,92	1,57	5,27	1,47
C5 – Manque de planification	2,38	1,42	2,75	1,67
Dominance	4,85	1,00	5,40	0,88
D1 – Antagoniste	4,38	1,59	4,78	1,59
D2 – Dominateur	5,06	1,58	5,95	1,33
D3 – Fausseté/Mensonge	5,36	1,48	5,58	1,41
D4 – Manipulation	5,90	1,33	6,37	1,11
D5 – Manque de sincérité	4,81	1,63	4,99	1,67
D6 – Loquacité	3,58	1,57	4,74	1,74
Emotionnel	4,97	1,03	4,99	0,88
E1 – Manque d’anxiété	4,15	1,66	4,46	1,77
E2 – Manque de plaisir	3,96	1,81	3,31	1,73
E3 – Manque de profondeur émotionnelle	5,34	1,71	5,43	1,72
E4 – Manque de stabilité émotionnelle	5,82	1,40	5,73	1,38
E5 – Manque de remords	5,61	1,76	6,02	1,37
Soi	4,55	0,94	5,38	0,87
S1 – Egocentrisme	5,03	1,46	6,07	1,25
S2 – Autoglorification (Surestimation)	4,57	1,67	5,22	1,59
S3 – Sentiment d’être unique/exceptionnel	4,42	1,61	5,55	1,55
S4 – Sentiment d’ayant droit	4,82	1,47	5,34	1,53
S5 – Sentiment d’être invulnérable	4,64	1,66	5,19	1,57
S6 – Auto-justification	4,33	1,68	5,66	1,52
S7 – Idée de soi instable	4,07	1,71	4,66	1,79
Distracteurs				
Dépendant	3,33	1,96	2,81	1,76
Perfectionniste	5,25	1,51	4,92	1,64
Conscientieux	4,15	1,94	2,31	1,55
Prévenant	2,80	1,64	2,31	1,54
Etrange	5,20	1,53	4,04	1,84
Réservé	4,48	1,49	3,69	1,82
Timide	3,63	1,56	2,69	1,64
Précautionneux	4,83	1,53	2,32	1,52
Complexé	3,97	1,79	2,73	1,66

Hautement prototypique (> 5) ; Moyennement prototypique (entre 4 et 4,99) ; Faiblement prototypique (entre 3 et 3,99) ; Très faiblement prototypique (< 3)

4. Discussion

L'objectif premier de cette étude est l'analyse prototypique du concept de psychopathie auprès d'une population belge. Les résultats ont permis de mettre en évidence que certains symptômes sont hautement prototypiques. De manière générale, ils se répartissent selon deux grands aspects de la psychopathie : les aspects interpersonnels (Dominateur, Fausseté/mensonge, Manipulation et Egocentrisme) et les aspects émotionnels (Manque d'empathie, Manque de profondeur émotionnelle, Manque de stabilité émotionnelle et Manque de remords). Il est intéressant de noter que les traits de personnalité sont davantage mis en évidence par rapport aux aspects comportementaux. De même, le distracteur « Perfectionniste », renvoyant à un aspect de personnalité, est également hautement prototypique. Les symptômes les plus prototypiques sont ceux qui pourraient être identifiés comme les plus communs à la personnalité psychopathique. Dès lors, il est possible que la représentation du « psychopathe » soit biaisée par l'influence de certains médias [15].

Dans un second temps, cette étude visait à évaluer des différences interculturelles quant à la prototypicalité de la psychopathie selon le modèle CAPP. Les résultats ont mis en exergue des possibles différences interculturelles. En effet, la population norvégienne a évalué un nombre plus important de symptômes comme étant hautement prototypique. Inversement, ils ont évalué les distracteurs comme étant moins prototypiques. Cela souligne que la population norvégienne a une représentation plus prototypique de la psychopathie selon le modèle de la CAPP comparativement à la population belge.

Toutefois, ces résultats sont à considérer avec précaution au regard du faible effectif de l'échantillon belge. D'autres populations générales francophones doivent être questionnées afin de confirmer ou infirmer ces résultats.

5. Conclusion

L'analyse prototypique démontre tout son intérêt afin de mieux définir la personnalité psychopathique au-delà des modèles conceptuels sous-jacents. Dès lors, il serait intéressant de poursuivre ce type d'étude afin d'aider à une meilleure compréhension de ce trouble de la personnalité. Cette démarche permettrait de déterminer si certains symptômes sont plus nécessaires que d'autres afin d'établir un diagnostic. Ainsi, il serait intéressant d'établir des sous-catégories dans le cas où une personne n'entre pas dans ce prototype. Un peu comme l'autruche qui est un oiseau, mais sans toutes les caractéristiques prototypiques. Cette démarche permettrait d'affiner le diagnostic afin de nuancer la prise en charge thérapeutique. L'analyse des différences interculturelles renforce la nécessité d'une homogénéisation du concept. Cela pose la question d'implémenter l'approche prototypique auprès

d'autres de troubles mentaux et de personnalité. Les études convergentes entre plusieurs modèles aussi contribuent à renforcer cette démarche [8].

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références:

- [1] Alarcon RD, Foulks EF, Vakkur M. Personality disorders and culture: Clinical and conceptual interactions. John Wiley. New York; 1998.
- [2] Blashfield RK, Livesley WJ. Metaphorical Analysis of Psychiatric Classification as a Psychological Test. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(3):262–70.
- [3] Cleckley HM. The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality (Rev. Ed.). Mosby Medi. St. Louis; 1982.
- [4] Cooke DJ, Hart SD, Logan C, Michie C. Explicating the Construct of Psychopathy: Development and Validation of a Conceptual Model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *Int J Forensic Ment Health.* 2012;11(4):242–52.
- [5] Cooke DJ, Hart SD, Michie C. Cross-national differences in the assessment of psychopathy: Do they reflect variations in raters' perceptions of symptoms? *Psychol Assess.* 2004;16(3):335.
- [6] Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark D. Searching for the pan-cultural core of psychopathic personality disorder. *Pers Individ Dif.* 2005;39(2):283–95.
- [7] Cruise KR, Colwell LH, Lyons PM, Baker MD. Prototypical Analysis of Adolescent Psychopathy: Investigating the Juvenile Justice Perspective. *Behav Sci Law.* 2003;21(6):829–46.
- [8] Delannoy D, Saloppé X, Tiberi LA, Delescluse C, Pham TH. Deux mesures de psychopathie chez les patients médicolégaux. *Ann Med Psychol (Paris).* 2017;175(3):297–9.
- [9] Delannoy D, Saloppé X, Vicenzutto A, Majois V, Ducro C, Pham TH. Psychopathie et son évaluation. *EMC - Psychiatr.* 2013;15(2):1–11.
- [10] Flórez G, Casas A, Kreis MKF, Forti L, Martínez J, Fernández J, et al. A Prototypicality Validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) Model Spanish Version. *J Pers Disord.* 2015;29(5):707–18.
- [11] Hare RD. Psychopathy, the PCL-R, and Criminal Justice: Some New Findings and Current Issues. *Can Psychol.* 2016;57(1):21–34.
- [12] Hoff HA, Rypdal K, Hystad SW, Hart SD, Mykletun A, Kreis MKF, et al. Cross-language consistency of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) model. *Personal Disord Theory, Res Treat.* 2014;5(4):356.
- [13] Hoff HA, Rypdal K, Mykletun A, Cooke DJ. A prototypicality validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality model (CAPP). *J Pers Disord.* 2012;26(3):414–27.

- [14] Hörz S, Stern B, Caligor E, Critchfield K, Kernberg OF, Mertens W, et al. A prototypical profile of borderline personality organization using the structured interview of personality organization (STIPO). *J Am Psychoanal Assoc.* 2009;57(6):1464–8.
- [15] Keesler ME, DeMatteo D. How Media Exposure Relates to Laypersons' Understanding of Psychopathy. *J Forensic Sci.* 2017;62(6):1522–33.
- [16] Kreis M. Universal Protocol for Conducting Prototypicality Studies with the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). Caledonian. Glasgow; 2008.
- [17] Kreis MKF, Cooke DJ, Michie C, Hoff HA, Logan C. The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): Content Validation Using Prototypical Analysis. *J Pers Disord.* 2012;26(3):402–13.
- [18] Livesley WJ, Reiffer LI, Sheldon AER, West M. Prototypicality Ratings of DSM-III Criteria for Personality Disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1987;175(7):395–401.
- [19] Pauli M, Essemyr K, Sörman K, Howner K, Gustavsson P, Liljeberg J. Gendered Expressions of Psychopathy: Correctional Staffs' Perceptions of the CAPP and CABP Models. *Int J Forensic Ment Health.* 2018;17(2):97–110.
- [20] Rogers R, Duncan JC, Lynett E, Sewell KW. Prototypical analysis of antisocial personality disorder - DSM-IV and beyond. *Law Hum Behav.* 1994;18(4):471–84.
- [21] Rogers R, Salekin RT, Sewell KW, Cruise KR. Prototypical analysis of antisocial personality disorder: A study of inmate samples. *Crim Justice Behav.* 2000;27(2):234–55.
- [22] Rosch EH. Natural categories. *Cogn Psychol.* 1973;4(3):328–50.
- [23] Rosch EH. Principles of Categorization. In: Rosch EH, Lloyd BB, editors. *Cognition and categorization.* Lawrence E. Hillsdale, NJ; 1978. p. 27–48.
- [24] Salekin RT, Rogers R, Machin D. Psychopathy in youth: Pursuing diagnostic clarity. *J Youth Adolesc.* 2001;30(2):173–95.
- [25] Sea J. Cross-cultural generalizability of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in South Korea. Simon Fraser University; 2018.

Article IJFMH : Delannoy, D., Saloppé, X., Cooke, D. J., & Pham, T. H. (2023). Prototypical Validity and Factor Structure of the French Version of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) Model. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/14999013.2023.2225454>

INTERNATIONAL JOURNAL OF FORENSIC MENTAL HEALTH
<https://doi.org/10.1080/14999013.2023.2225454>

 **Routledge**
Taylor & Francis Group



Prototypical Validity and Factor Structure of the French Version of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) Model

Denis Delannoy^{a,b}, Xavier Saloppé^{a,c,d}, David J. Cooke^e, and Thierry H. Pham^{a,b,f}

^aCentre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Belgium; ^bService de Psychopathologie Légale, Université de Mons, Mons, Belgium; ^cCNRS, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, Université de Lille, Lille, France; ^dService de psychiatrie, Hôpital de Saint-Amand-les-Eaux, Saint-Amand-les-Eaux, France; ^ePsychology, Australian Catholic University, Fitzroy, Australia; ^fInstitut Philippe-Pinel, Montreal, Canada

ABSTRACT

In a study undertaken to examine the content validity of the French-language version of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP), a lexically-based conceptual model and clinical assessment of psychopathy, 204 French-speaking mental health professionals rated the symptoms covered by the CAPP for prototypicality. The majority of the symptoms were deemed to be “moderately” to “highly” prototypical of psychopathy. Of the model’s six domains, *Dominance*, *Attachment* and *Self* were considered more prototypical than *Emotional*, *Behavioral* and *Cognitive*. Results were consistent with those of other prototypicality studies. Descriptives analyses suggested that the ratings of English-speaking mental health professionals were higher than their French-speaking counterparts. However, the effect sizes were small according to the Cohen’s *d* analyses. Confirmatory factor analysis revealed that *Attachment* was the only unidimensional domain. Finally, exploratory factor analysis yielded three factors—*Egotism*, *Interpersonal rigidity*, and *Lack of responsibility*. These factors were primarily underpinned by symptoms that entailed interpersonal and social cognitive traits.

KEYWORDS

Psychopathy; CAPP; prototypical analysis; conceptual model; interpersonal

Psychopathy is a complex clinical construct defined by a combination of interpersonal, affective, and behavioral characteristics, including egocentricity, manipulativeness, callousness, irresponsibility, relational instability, impulsiveness, lack of empathy, anxiety, remorse or guilt, and poor self-control (Hare, 2003). The most widespread measure of the concept of psychopathy is the Psychopathy Checklist-R (PCL-R). This measure is frequently described as being underpinned by two main factors and four facets (But see Cooke & Michie, 2001; Cooke et al., 2007). Factor 1 encapsulates affective, interpersonal, and narcissistic elements and breaks down into Facet 1, *Interpersonal*, and Facet 2, *Affective*. Factor 2 encapsulates the propensity for chronic antisocial behavior and breaks down into Facet 3, *Lifestyle*, and Facet 4, *Antisocial*. This measure represents a useful but imperfect approximation of the psychopathy construct (Cooke, 2018). In this regard, behind Hare’s definition of psychopathy (Hare, 2003) lies many cognitive-emotional (Burley et al., 2019; Patrick, 2018) and behavioral specificities (Douglas et al., 2018). It is necessary

to pay particular attention to “the constellations of psychopathic personality trait dimensions and richly describe individuals accordingly as opposed to discussing psychopathy in unitary terms” (Sellbom et al., 2022, p. 160).

Toward the inclusion of the specificities concerning the concept of psychopathy

Most of the research on the emotion recognition deficit associated with psychopathic traits evaluated with the PCL-R (Hare, 2003) and focused on facial expressions has yielded contradictory results that may potentially reflect these cognitive-emotional specificities. Some studies found impaired recognition of fear and/or sadness (Hastings et al., 2008; Marsh & Blair, 2008). Others found no impaired recognition of fear (Glass & Newman, 2006; Hansen et al., 2008) and/or sadness (Glass & Newman, 2006; Hansen et al., 2008). In addition, some studies found psychopathic traits to be associated with deficits in the recognition of other emotions, namely, disgust (Hansen et al., 2008;

CONTACT Denis Delannoy  denis.delannoy@crds.be  Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Belgium.
© 2023 International Association of Forensic Mental Health Services

Prototypical validity and factor structure of the French version of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) model

Denis Delannoy

Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, Tournai, Belgium; Service de Psychopathologie
Légale, UMONS, Belgium

Xavier Saloppé

Centre de Recherche en Défense Sociale, CRDS, Tournai, Belgium; Univ. Lille, CNRS, UMR 9193
- SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, F-59000 Lille, France; Service de
psychiatrie, Hôpital de Saint-Amand-les-Eaux, France

David J. Cooke

Australian Catholic University.

Thierry H. Pham

Service de Psychopathologie Légale, UMONS, Belgium; Centre de Recherche en Défense Sociale,
CRDS, Tournai, Belgium; Institut Philippe-Pinel, Montreal, Canada

Abstract

In a study undertaken to examine the content validity of the French-language version of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP), a lexically-based conceptual model and clinical assessment of psychopathy, 204 French-speaking mental health professionals rated the symptoms covered by the CAPP for prototypicality. The majority of the symptoms were deemed to be “moderately” to “highly” prototypical of psychopathy. Of the model’s six domains, *Dominance*, *Attachment* and *Self* were considered more prototypical than *Emotional*, *Behavioral* and *Cognitive*. Results were consistent with those of other prototypicality studies. Descriptives analyses suggested that the ratings of English-speaking mental health professionals were higher than their French-speaking counterparts. However, the effect sizes were small according to the Cohen’s *d* analyses. Confirmatory factor analysis revealed that *Attachment* was the only unidimensional domain. Finally, exploratory factor analysis yielded three factors—*Egotism*, *Interpersonal rigidity*, and *Lack of responsibility*. These factors were primarily underpinned by symptoms that entailed interpersonal and social cognitive traits.

Keywords: Psychopathy; CAPP; prototypical analysis; conceptual model; interpersonal.

Introduction

Psychopathy is a complex clinical construct defined by a combination of interpersonal, affective, and behavioral characteristics, including egocentricity, manipulativeness, callousness, irresponsibility, relational instability, impulsiveness, lack of empathy, anxiety, remorse or guilt, and poor self-control (Hare, 2003). The most widespread measure of the concept of psychopathy is the Psychopathy Checklist–R (PCL-R). This measure is frequently described as being underpinned by two main factors and four facets (But see Cooke & Michie, 2001, Cooke, Michie, & Skeem, 2007). Factor 1 encapsulates affective, interpersonal, and narcissistic elements and breaks down into Facet 1, *Interpersonal*, and Facet 2, *Affective*. Factor 2 encapsulates the propensity for chronic antisocial behavior and breaks down into Facet 3, *Lifestyle*, and Facet 4, *Antisocial*. This measure represents a useful but imperfect approximation of the psychopathy construct (Cooke, 2018). In this regard, behind Hare’s definition of psychopathy (Hare, 2003) lies many cognitive-emotional (Burley et al., 2019; Patrick, 2018) and behavioral specificities (Douglas et al., 2018). It is necessary to pay particular attention to “the constellations of psychopathic personality trait dimensions and richly describe individuals accordingly as opposed to discussing psychopathy in unitary terms” (Sellbom et al., 2022, p. 160).

Towards the Inclusion of the Specificities Concerning the Concept of Psychopathy

Most of the research on the emotion recognition deficit associated with psychopathic traits evaluated with the PCL-R (Hare, 2003) and focused on facial expressions has yielded contradictory results that may potentially reflect these cognitive-emotional specificities. Some studies found impaired recognition of fear and/or sadness (Hastings et al., 2008; Marsh & Blair, 2008). Others found no impaired recognition of fear (Glass & Newman, 2006; Hansen et al., 2008) and/or sadness (Glass & Newman, 2006; Hansen et al., 2008). In addition, some studies found psychopathic traits to be associated with deficits in the recognition of other emotions, namely, disgust (Hansen et al., 2008; Kosson et al., 2002) and happiness (Hastings et al., 2008), which calls into question the specificity of the deficit regarding fear and sadness. Indeed, psychopathy was long associated with significantly poorer recognition of fear, happiness, sadness and surprise, but not of anger or disgust (Dawel et al., 2012). What is more, some researchers found psychopathy to be unrelated to the ability to recognize most emotions in an offender sample (Beussink et al., 2020; Pham & Philippot, 2010). These incongruous results may be due to a lack of consideration for other functions such as cognitive abilities (Brook et al., 2013). For example, in a large cohort of inmates with a personality disorder and a history of serious violent or sexual offences, those with more affective and antisocial

characteristics of psychopathy showed low accuracy in fear and disgust recognition. However, these associations diminished when researchers controlled for cognitive ability (Igoumenou et al., 2017) as measured with the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (Wechsler, 1999). Similarly, attentional processes have been found to moderate the fear deficits common among people with psychopathic traits (Newman et al., 2010). In sum, determining the emotional functioning of these people requires identifying other domains, as we have just seen with cognitive functioning.

These specificities in terms of cognitive-emotional and behavioral functioning have led to the development of psychopathic subtypes (Hare, 2016; Hicks & Drislane, 2018; Krstic et al., 2018). The research in this regard indicates that psychopathy is more complex than and not limited to the binary perception of primary/secondary psychopathy (e.g., manipulative or sociopathic subtype; Krstic et al., 2018; Levenson et al., 1995). However, subtypes have emerged as a function of sample type (e.g., correctional, treatment or community), selection criteria (e.g., unselected samples vs. extreme manifestations of psychopathy), and statistical methods used (Hicks & Drislane, 2018; Mokros et al., 2015). In short, research highlights the importance of specifying selection criteria and psychopathic functioning according to clinical, legal and methodological context. It is in this context that the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) was developed (Cooke, Hart, & Logan, 2004; Cooke et al., 2012).

Development of the CAPP Model

The CAPP (Cooke, Hart, & Logan 2004) is a hierarchical model of psychopathic personality disorder based on a bottom-up approach and the lexical hypothesis. Thirty-three symptoms were initially defined in a fairly broad and exhaustive manner (Cooke et al., 2012) and were grouped into six domains: Attachment, Behavioral, Cognitive, Dominance, Emotional, and Self² (Table 1). The *Attachment* domain reflects difficulties with interpersonal affiliation. It focuses on the intimacy and acceptance by others that people attempt to achieve in interpersonal exchanges. The *Behavioral* domain reflects problems organizing goal-directed activities. It focuses on the regulation of behavior, including the inability to establish adaptive strategies to cope with life events. The *Cognitive* domain reflects problems with mental flexibility and adaptability. It focuses on mental actions, attentional processes, information processing, and problem solving. The *Dominance* domain reflects difficulties with interpersonal agency. It focuses on the degree of power or control that people seek to gain in interpersonal exchanges. The *Emotional* domain reflects problems with mood regulation. It focuses on the tone, depth, and appropriateness of people's affective responses. The *Self* domain reflects problems with identities. It is concerned with people's accurate consciousness of their own

² For more information on how the CAPP model was developed, see Cooke et al. (2012) and Cooke (2018).

personality (traits, salient abilities, qualities and desires). Moreover, the self influences social roles and relations with others (Cooke et al., 2012).

Table 1. English and French versions of the CAPP Model

Domain/Symptoms	
English-speaking	French-speaking
Attachment	Attachement
A1 - Detached	A1 - Détaché
A2 - Uncommitted	A2 – Manque d’engagement
A3 - Unempathic	A3 – Manque d’empathie
A4 - Uncaring	A4 - Indifférent
Behavioural	Behavioural
B1 - Lacks perseverance	B1 – Manque de persévérance
B2 - Unreliable	B2 – Manque de fiabilité
B3 - Reckless	B3 - Imprudent
B4 - Restless	B4 – Impatient/Agitation
B5 - Disruptive	B5 - Perturbateur
B6 - Aggressive	B6 - Agressif
Cognitive	Cognitif
C1 - Suspicious	C1 - Soupçonneux
C2 - Lacks concentration	C2 - Manque de concentration
C3 - Intolerant	C3 - Intolérance
C4 - Inflexible	C4 - Inflexible
C5 - Lacks planfulness	C5 – Manque de planification
Dominance	Dominance
D1 - Antagonistic	D1 - Antagonististe
D2 - Domineering	D2 - Dominateur
D3 - Deceitful	D3 - Fausseté/Mensonge
D4 - Manipulative	D4 - Manipulation
D5 - Insincere	D5 - Manque de sincérité
D6 - Garrulous	D6 - Loquacité
Emotional	Émotionnel
E1 - Lacks anxiety	E1 – Manque d’anxiété
E2 - Lacks pleasure	E2 – Manque de plaisir
E3 - Lacks emotional depth	E3 – Manque de profondeur émotionnel
E4 - Lacks emotional stability	E4 – Manque de stabilité émotionnel
E5 - Lacks remorse	E5 – Manque de remords
Self	Soi
S1 - Self-centered	S1 - Egocentrisme
S2 - Self-aggrandizing	S2 - Autoglorification/Surestimation
S3 - Sense of uniqueness	S3 - Sentiment d’être unique/exceptionnel
S4 - Sense of entitlement	S4 – Sentiment d’ayant droit
S5 - Sense of invulnerability	S5 – Sentiment d’être invulnérable
S6 - Self-justifying	S6 – Autojustification
S7 - Unstable self-concept	S7 – Idée de soi instable
Foils	Distracteurs
Dependent	Dépendant
Perfectionistic	Perfectionniste
Conscientious	Consciencieux
Considerate	Prévenant
Strange	Étrange
Restrained	Réservé
Shy	Timide
Cautious	Précautionneux
Self-conscious	Complexé

The symptoms are described using natural language. Compared with the PCL model, the most influential measure of psychopathy, the CAPP describes the characteristics of psychopathy in simpler and more nuanced terms.

Evaluation of content validity is an important first step in the evaluation of the CAPP model and its translations. Content validity refers to the goodness of fit between a diagnosis, or its symptoms, and their targeted construct (Blashfield & Livesley, 1991; Broughton, 1990). It is the most important step in the construct validation of a new measure. Failure to carry out this step significantly limit construct validity (Haynes et al., 1995).

Prototypical analysis is one way to evaluate content validity (e.g., Kreis et al., 2012). Derived from prototype theory, this approach serves to determine the degree of representativeness of the symptoms of a personality construct (Rosch, 1973). Some symptoms will be clearly diagnostic, other symptoms less so. Under this theory, a prototype is the most redolent example of a category. This example involves members of the same category. Some members of the category are considered more representative than others (Rosch, 1978). The theory is based on a model of graded categorization. This means that the more a category has descriptive elements, the closer one gets to the prototype. It is a cognitive construct (Rosch, 1978) used to evaluate the members of a category in terms of the relevance of their membership in that category. It is a cognitive method that facilitates one's understanding of the environment where one finds oneself. For example, a robin is a good prototypical example of the concept bird. An ostrich, however, is not. It has feathers and wings but cannot fly. Though it belongs to the category of birds, it is not considered as a prototype (Kreis, 2008).

By relying on the representations of a multitude of experts, the deconstruction of CAPP symptoms in natural language is, in theory, lexically-based. Basically, CAPP evaluates the specific symptoms of psychopathy based on a prototypical approach and assesses major domains of personality in a dimensional construct (Cooke, Hart, & Logan, 2004). Moreover, prototypical analysis is a better way to define psychopathic personality beyond underlying conceptual models (Delannoy & Pham, 2019). Prototypical analysis can gather the opinions of a variety of experts in the field of mental health orientations who encounter clinical cases of interest (Cooke, Hart, & Michie, 2004). Pooling these opinions makes it possible to gain an overview regardless of the underlying theoretical orientation of the experts. Given that disorders can vary by language, culture, age and gender, an effect referred to as pathoplasticity (Alarcón et al., 1998; Cooke et al., 2005) it is important to evaluate new translations and new context. For example, when prototypical analyses are based on the same model, intercultural comparisons make it possible to examine the variability of the manifestation of a personality disorder within different cultures.

Findings of Prior Prototypical Studies

Prototypical analysis has a long history in the study of personality disorders (Blashfield & Livesley, 1991; Kreis, 2008; Livesley et al., 1987). Previous research has already investigated the prototypicality of antisocial personality disorder and various models of psychopathic personality disorder (Cruise et al., 2003; Flórez et al., 2015; Hoff et al., 2012, 2014; Kreis et al., 2012; Pauli et al., 2018; Rogers et al., 1994, 2000; Salekin et al., 2001; Sea, 2018). In a recent prototypical study of the PCL-R model (Verschuere & Te Kaat, 2020), forensic professionals ranked the interpersonal and affective traits of psychopathy as more important. Where the CAPP and CAPP-Basic model (Hannibal et al., 2020) are concerned, the research has indicated that, regardless of sample type, practitioners deemed the typical symptoms of psychopathy to be more important than the foil symptoms, which are symptoms of personality disorders theoretically unrelated to psychopathic personality disorder (Flórez et al., 2015; Hannibal, Fuller, et al., 2021; Hoff et al., 2012; Kreis et al., 2012; Sea, 2018). Moreover, consistently across studies certain symptoms are considered more prototypical than others (e.g., Manipulative, Unempathic, Self-centered, Lacks remorse, Deceitful, Domineering, Aggressive, Uncommitted, Antagonistic). Studies have also examined the typicality of CAPP domains and have found some to be more typical than others. All have been rated high in terms of typicality but three have always topped the ranking: *Attachment*, *Dominance* and *Self*. These results are very interesting in that they prioritize the interpersonal characteristics in the perceptions of mental health professionals (MHP), rather than the affective traits of psychopathy. With both the CAPP model and the PCL-R model, research has shown that MHP focus more on personality characteristics than on antisocial behaviors.

To date, the CAPP model has been translated into a number of languages, including Danish, Norwegian, Swedish, Lithuanian, Russian, Persian, Italian, Spanish, Korean, Sino-Tibetan, and Hebrew (Cooke, 2018). To our knowledge, the French version of the CAPP model had never been studied before among French-speaking MHP. Yet, it is recognized that societal, clinical and cultural differences, not to mention the particularities of different judicial systems (Fanti et al., 2018), can influence how MHP perceive psychopathy concepts.

Objectives

The aims of our study were threefold. First, we sought to conduct a prototypical analysis of how international French-speaking MHP perceived psychopathy. This section also analyzed the effect size between the French-speaking MHP perception with the original English MHP perception. Second, in order to evaluate the conceptual structure of the CAPP model, a confirmatory factor analysis (CFA) was carried out on the data gathered from French-speaking MHP. Third, an

exploratory factor analysis (EFA) of these data was carried out to investigate other potential configurations of the symptoms.

Method

The study was registered and approved by the ethical committee of the Faculty of Psychology and Education of the University of Mons (Registration no.: 17-11-2017-DD).

Participants

The sample ($N = 204$) was composed of French-speaking MHP from Belgium ($n = 88$; 43.1%), France ($n = 81$; 39.7%), Switzerland ($n = 16$; 7.8%), Quebec ($n = 13$; 6.4%) and others ($n = 5$; 3.0%). They were for the most part psychologists ($n = 70$; 34.3%), nurses ($n = 48$; 23.5%) and psychiatrists ($n = 31$; 15.2%) but included also a number of practitioners (criminologists, educators). The majority were women ($n = 125$; 61.3%). The mean age of the sample was 38.59 years ($SD = 12.02$; Min – Max = 21 – 69) and their mean number of years of experience was 10.52 ($SD = 9.73$; Min – Max = 0 – 42).

Belgian Translation of the CAPP

The CAPP model was translated in two stages. First, the team at the Social Defense Research Center translated the symptoms and adjectives. Second, this draft was reviewed and refined by a bilingual translator. This version was used in the study.

Procedure

For the purposes of our study, we followed the *Universal protocol for conducting prototypicality studies with the CAPP* (Kreis, 2008; Kreis et al., 2012). A survey, hardcopy and online, was sent out to a large panel of MHP. In all, 995 professionals were contacted either at the start of a psychopathy assessment training activity or by mail through professional association, psychiatric institutions and private practices. The survey covered 42 symptoms, of which 33 were CAPP symptoms and 9 were foils; that is symptoms of personality disorder that are not generally regarded as being symptoms of psychopathic personality disorder (e.g. Strange, Shy, Perfectionistic, and so on). We also included a glossary providing a description of each symptom along with three related adjectives. Demographic information was collected from the participants, including age, years of experience in forensic field, nationality and gender.

The aim of our study was to assess the prototypicality in relation to an individual with psychopathic personality disorder. Participants were asked to rate the CAPP symptoms and foils in terms of prototypicality on a Likert scale of 1 to 7 (1 = Low typicality; 7 = High typicality). All

participants were recruited on a voluntary basis and consented to take part in the research in accordance with the ethical principles of the Helsinki declaration and the right to the protection of privacy as stipulated under the Belgian law of July 30, 2018, concerning the processing of personal data.

Data Analysis

First, descriptive analyses were conducted to assess the degree of prototypicality of each symptom. In order to facilitate the understanding of the results, score categories were defined based on the existing literature (Hoff et al., 2012; Kreis et al., 2012; Rogers et al., 1992). Scores less than or equal to 3.99 were low, those from 4 to 4.99 were moderate, and those equal to or greater than 5 were considered high. Second, using the descriptive statistics (M , SD) from the study by Kreis et al. (2012), we computed the effect size between the mean ratings of the English- and French-speaking groups. For the purpose, we used Cohen's d (Cohen, 1992) and considered effect sizes to be small at 0.2, medium at 0.5, and large at 0.8. The Kreis et al. (2012) was chosen because their sampling strategy was similar to ours. Next, we used MPlus to run a confirmatory factor analysis (CFA) to evaluate the unidimensionality of each domain in order to replicate the theoretical CAPP model (Kreis et al., 2012). According to MacCallum et al. (1999), such an analysis can be undertaken with a minimum sample size of 200 participants. For a valid theoretical factor model, the chi-square (χ^2) must be nonsignificant. However, it can be significant in the case of large samples. The comparative fit index (CFI) and the Tucker-Lewis Index (TLI) can be acceptable (.90) or good (.95) (Tabachnick et al., 2019). According to MacCallum et al. (1996), the root mean square error of approximation (RMSEA) can be categorized as mediocre (.08), good (.05) or excellent (.01). These three complementary indicators are necessary to confirm factorization fitness. In order to go beyond the replication of the model, we carried out an exploratory factor analysis (EFA) using SPSS 20 software. The extraction method used was principal component analysis. The rotation method used was the Oblimin with Kaiser normalization. For this type of analysis, a sample of 200 participants is considered fair (Comrey & Lee, 2013). Our correlation matrix presented correlations greater than 0.5. The Kaiser-Meyer-Olkin Index (KMO) of .867 that we obtained was considered excellent or meritorious. Bartlett's sphericity test proved significant ($\chi^2 = 3710.723$; $p < .001$). We therefore rejected the null hypothesis to the effect that our data came from a population for which the matrix was an identity matrix. These three indices indicated that symptoms could be factorized further.

Results

Descriptive Analyses (Table 2)

Variability in typicality rating was found across symptoms (Table 2). The majority of the 33 CAPP symptoms were rated moderate to high. Fourteen were rated high and sixteen were rated moderate. Regarding foils, none of the symptoms of other personality disorders were considered typical by the MHP in order to define the concept of psychopathy.

Table 2. Descriptive analyses and effect sizes of the CAPP symptoms

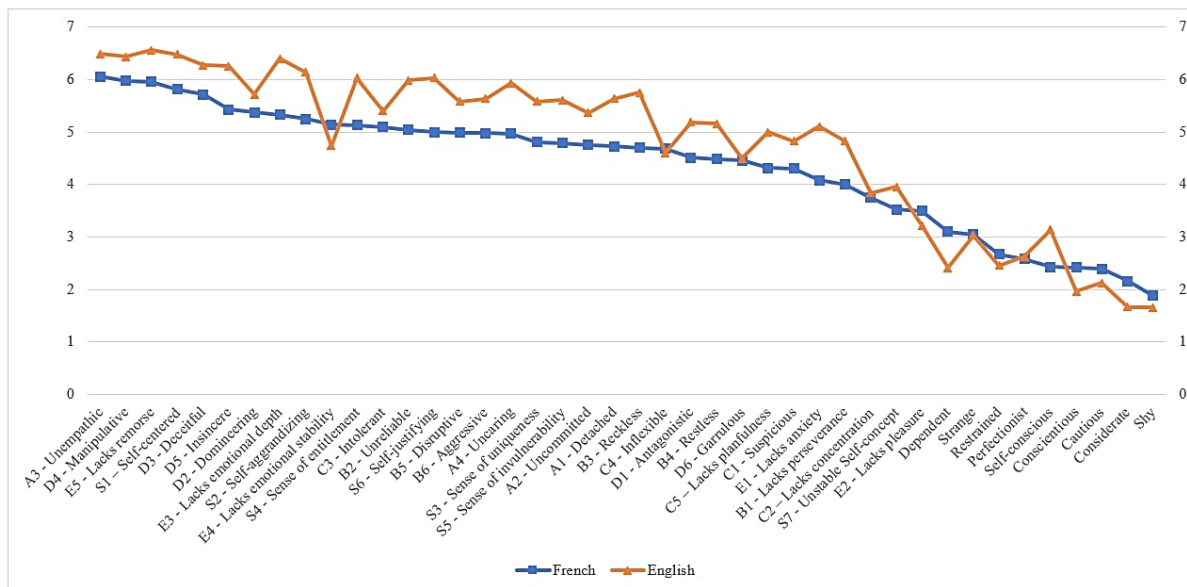
Domain/Symptoms	French-speaking MHP (N = 204)		English-speaking MHP (N = 132)		Effect size
	M	S.D.	M	S.D.	Cohen's <i>d</i>
Attachment	5.13	1.18	/	/	
A1 - Detached	4.73	1.64	5.64	1.32	.611
A2 - Uncommitted	4.76	1.55	5.37	1.35	.420
A3 - Unempathic	6.06	1.34	6.49	0.85	.383
A4 - Uncaring	4.97	1.56	5.93	0.98	.615
Behavioural	4.70	1.05	/	/	
B1 - Lacks perseverance	4.00	1.53	4.83	1.39	.542
B2 - Unreliable	5.04	1.51	5.99	1.19	.629
B3 - Reckless	4.70	1.61	5.75	1.07	.652
B4 - Restless	4.49	1.61	5.16	1.42	.416
B5 - Disruptive	4.99	1.51	5.58	1.04	.391
B6 - Aggressive	4.98	1.41	5.64	1.10	.461
Cognitive	4.43	1.07	/	/	
C1 - Suspicious	4.31	1.58	4.83	1.33	.329
C2 - Lacks concentration	3.75	1.56	3.84	1.48	.057
C3 - Intolerant	5.10	1.47	5.40	1.18	.204
C4 - Inflexible	4.68	1.55	4.60	1.49	.051
C5 - Lacks planfulness	4.32	1.73	5.00	1.46	.393
Dominance	5.24	1.15	/	/	
D1 - Antagonistic	4.51	1.61	5.19	1.35	.422
D2 - Domineering	5.38	1.53	5.72	1.13	.222
D3 - Deceitful	5.72	1.46	6.27	0.73	.376
D4 - Manipulative	5.98	1.31	6.44	0.74	.351
D5 - Insincere	5.43	1.51	6.26	0.83	.549
D6 - Garrulous	4.46	1.69	4.50	1.51	.023
Emotional	4.80	0.93	/	/	
E1 - Lacks anxiety	4.08	1.78	5.11	1.55	.578
E2 - Lacks pleasure	3.50	1.63	3.22	1.59	.171
E3 - Lacks emotional depth	5.33	1.61	6.40	0.82	.664
E4 - Lacks emotional stability	5.14	1.41	4.74	1.72	.283
E5 - Lacks remorse	5.96	1.39	6.56	0.72	.431
Self	4.90	1.00	/	/	
S1 - Self-centered	5.82	1.31	6.48	0.69	.503
S2 - Self-aggrandizing	5.25	1.56	6.14	0.84	.570
S3 - Sense of uniqueness	4.81	1.61	5.58	1.18	.478
S4 - Sense of entitlement	5.13	1.57	6.03	1.29	.573
S5 - Sense of invulnerability	4.79	1.50	5.61	1.08	.546
S6 - Self-justifying	5.00	1.67	6.03	1.03	.616
S7 - Unstable self-concept	3.53	1.56	3.96	1.69	.275
Foils	/	/	/	/	
Dependent	3.10	1.83	2.41	1.41	.377
Perfectionistic	2.58	1.42	2.63	1.50	.035
Conscientious	2.42	1.41	1.96	1.52	.326
Considerate	2.16	1.36	1.67	1.25	.360
Strange	3.05	1.72	3.03	1.47	.011
Restrained	2.67	1.48	2.46	1.48	.141
Shy	1.88	1.18	1.66	1.13	.186
Cautious	2.39	1.50	2.12	1.31	.180
Self-conscious	2.43	1.57	3.14	2.01	.452

High typical (≥ 5); Moderately typical (between 4 and 4.99); Low typical (≤ 3.99)

Intercultural Groups: Cohen's *d* effect sizes and Pearson's Correlation of Prototypicality Ratings (Figure 1; Table 2)

Overall, the ratings of the English-speaking sample were a little higher than those of the French-speaking sample. In the *Attachment* domain, the effect size was small for *Uncommitted* and *Unempathic* and medium for *Detached* and *Uncaring*. In the *Behavioral* domain, the effect size was small for *Restless*, *Disruptive* and *Aggressive* and medium for *Lacks perseverance*, *Unreliable* and *Reckless*. In the *Cognitive* domain, the effect size was small for all the symptoms: *Suspicious*, *Lacks concentration*, *Intolerant*, *Inflexible* and *Lacks planfulness*. In the *Dominance* domain, the effect size was small for a majority of the symptoms (*Antagonistic*, *Domineering*, *Deceitful*, *Manipulative* and *Garrulous*) but medium for *Insincere*. In the *Emotional* domain, the effect size was small for *Lacks pleasure*, *Lacks emotional stability* and *Lacks remorse* and medium for *Lacks anxiety* and *Lacks emotional depth*. In the *Self* domain, the effect size was small for *Sense of uniqueness* and *Unstable self-concept* and medium for *Sense of entitlement*, *Sense of invulnerability*, *Self-centered*, *Self-aggrandizing* and *Self-justifying*. Finally, the effect size for all the foil symptoms was small. Pearson's coefficient between the group means was large, $r = .965$, $p = .000$.

Figure 1. Comparison between English and French CAPP symptoms



Confirmatory Factor Analysis (Table 3)

By default, MPlus suggests improvements to a model only when the modification indices (MI) for correlated errors are greater than 10. For the *Dominance* and *Attachment* domains, as no MI exceeded this threshold, the question whether to make changes to the model on this basis did not arise. For all the other domains, the first or second correlated error had an MI greater than 15 and the fit indices were not satisfactory or the chi-square was significant. The χ_2 for the *Attachment* domain was not significant, the CFI and TLI indices were both good, and the RMSEA was acceptable. Evidence suggested that the empirical model fit the theoretical model very well. After correlating errors to control the shared variance, the χ_2 for the *Behavioral* domain proved significant, though the CFI was still good and the TLI and the RMSEA were acceptable. Still, the empirical model did not match the theoretical model perfectly. After correlating errors in the *Cognitive* domain where the χ_2 was significant, results indicated a good CFI, an unacceptable TLI, and a mediocre RMSEA. Consequently, again, the empirical model did not match the theoretical model. The χ_2 for the *Dominance* domain was significant as well though results indicated a good CFI and TLI and an acceptable RMSEA. However, because of the significant χ_2 , the empirical model did not match the theoretical model perfectly. The χ_2 for the *Emotional* domain was significant, too. Moreover, the CFI and TLI values were both unacceptable and the RMSEA was mediocre, which meant that the empirical model did not match the theoretical model. After removing symptom S7 (*Unstable self-concept*) on account of a negligible estimated R-squared (.003), the χ_2 was still significant, though the other fit indices improved. Results indicated a good CFI and TLI and an acceptable RMSEA. However, because of the significant χ_2 , the empirical model did not match the theoretical model perfectly.

Table 3. Confirmatory Factor Analysis (CFA)

Domains	χ^2	ddl	CFI	TLI	RMSEA
Attachment	4.8ns	2	.98	.95	.08
Behavioural	47.4***	9	.86	.76	.15
Behavioural B1xB2	30.24***	8	.92	.85	.12
Behavioural B5xB6	19.38***	7	.95	.90	.09
Cognitive	45.7***	5	.80	.59	.20
Cognitive C2xC5	15.11**	4	.95	.86	.12
Dominance	20.37*	9	.97	.95	.08
Emotional	35.57***	5	.71	.42	.09
Soi	46.27***	14	.93	.89	.11
Soi - S7	20.25**	15	.97	.95	.08

*** $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. Note : ddl = degree of liberty, CFI = Comparative Fit Index, TLI = Tucker-Lewis Index, RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation**

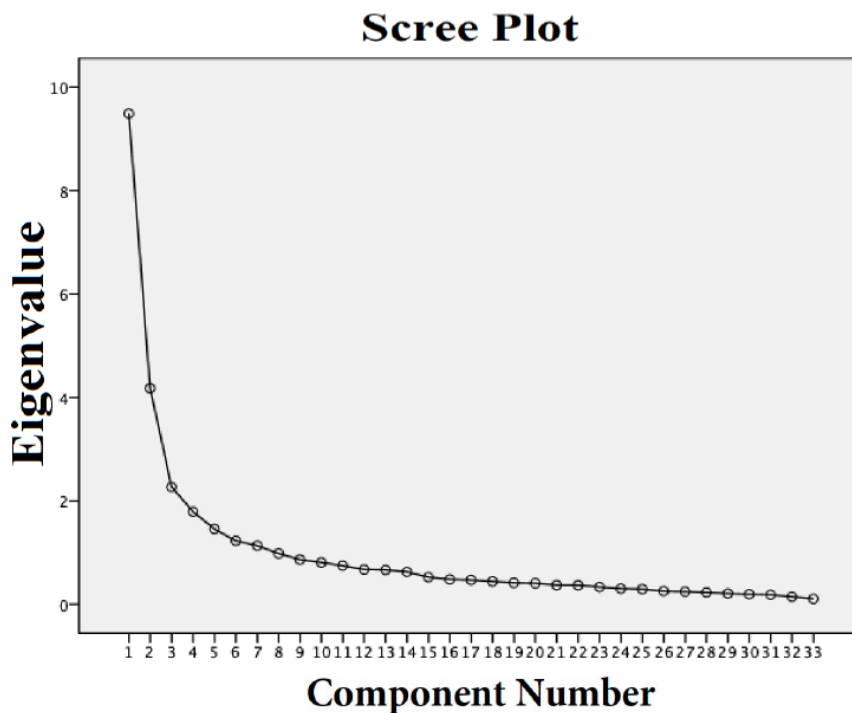
Exploratory Factor Analysis (Table 4, Figure 2)

Factor extraction was performed using a symptom saturation threshold of .40 in order to limit symptom overlapping between factors. We therefore applied the Kaiser rule for eigenvalues greater than 1. The model obtained comprised seven factors and explained 65.35% of the total variance. It retained 25 of the 33 symptoms of the CAPP model. The model was composed of all factors: *Egotism*, *Interpersonal rigidity*, *Lack of responsibility*, *Agitator*, *Detachment*, *Dominance*, and *Emotional deficit*). Eight symptoms were excluded because of two-factor overlap or saturation below .40: A2 *Uncommitted*, B4 *Restless*, D3 *Deceitful*, D4 *Manipulative*, D5 *Insincere*, E4 *Lacks emotional stability*, E5 *Lacks remorse*, and S6 *Self-justifying*. However, the Scree test retained only three factors: *Egotism*, *Interpersonal rigidity*, and *Lack of responsibility*. This procedure resulted in a significant loss of the model's symptoms and a much smaller explained variance.

Table 4. Exploratory Factor Analysis (EFA)

Factors	Egotism	Interpersonal rigidity	Lack of responsibility	Agitator	Detachment (Superficial Relationships)	Dominance	Emotional deficit
Explained variance (%)	28,76	12,67	6,88	5,44	4,42	3,73	3,44
Eigen values	9,492	4,179	2,271	1,794	1,460	1,232	1,137
Symptoms (overload)	S4 - Sense of entitlement (.910) S3 – Sense of uniqueness (.795) S2 - Self-aggrandizing (.717) S5 – Sense of invulnerability (.699) S1 – Self-centered (.528)	C4 - Inflexible (.810) C1 - Suspicious (.653) C3 - Intolerant (.599)	B1 - Lacks perseverance (.756) C5 - Lacks planfulness (.700) C2 - Lacks concentration (.615)	B5 - Disruptive (-.808) B6 - Aggressive (-.714) B3 - Reckless (-.549)	A4 - Indifferent (.756) A1 - Detached (.703) A3 - Unempathic (.529) B2 - Unreliable (.467)	D6 - Garrulous (.851) E1 - Lacks anxiety (.582) D2 – Domineering (.473) D1 - Antagonistic (.445)	S7 - Unstable Self-concept (.784) E2 - Lacks pleasure (.639) E3 - Lacks emotional depth (.414)

Figure 2. Scree plot of the Exploratory Factor Analysis



Discussion

Prototypicality of the CAPP Model

The primary objective of our study was to undertake a prototypical analysis of the concept of psychopathy in an international population of French-speaking MHP. Results show that the *Dominance*, *Attachment* and *Self* domains were perceived as the most important in describing this personality disorder. Professionals focused more on the interpersonal characteristics associated with the symptoms in these domains (e.g., *Unempathic*, *Manipulative*, *Sense of entitlement*). However, the *Emotional*, *Behavioral* and *Cognitive* domains were prototypical, too, though less representative in the eyes of the MHPs.

These results are consistent with those of previous studies to the effect that personality traits are key cores symptoms in the concept of psychopathy (Flórez et al., 2015; Hoff et al., 2012, 2014; Kreis et al., 2012; Skeem & Cooke, 2010; Smith et al., 2014). While the domains cover an overall expression of the concept of psychopathy, symptoms further specify the psychopathic characteristics of people. Generally speaking, the symptoms can be re-arranged into two main groups: interpersonal (*Intolerant*, *Domineering*, *Deceitful*, *Manipulative*, *Insincere*, *Self-centered*, *Self-aggrandizing* and *Self-justifying*) and emotional (*Unempathic*, *Lacks Emotional Depth*, *Lacks Emotional Stability* and *Lacks Remorse*).

In French-speaking European countries, not many professionals are familiar with the CAPP model and the use of structured assessments is not widespread whether for psychopathy or for risk assessment, in general. It is therefore interesting to note that even here MHP focus more on personality traits than on behavioral aspects, which is what multi-method studies using prototypicality ratings, IRT and network analysis tend to demonstrate (Cooke et al., 2021; McCuish et al., 2019; Sellbom et al., 2021). It is also interesting to note that foils were not seen as part of psychopathic functioning as was the case in other international studies (Hoff et al., 2012; Sea, 2018). For practitioners, the interpersonal and emotional characteristics of the CAPP model are enough to describe this functioning.

Prototypical symptoms are those most commonly associated with a psychopathic personality. Though the general symptoms are few in number, not all are considered prototypical by MHP. In the *Cognitive* domain, for example, the definition of *Lacks planfulness* is closely related to executive functions in terms of social cognition. Moreover, the *Cognitive* domain is the least prototypical of the CAPP model. In the absence of a global deficit, the literature hypothesizes that criminal people with psychopathic personality disorder have specific deficits related to executive functions (Bagshaw et al., 2014; Blair et al., 2006; Pham et al., 2003). However, this association does not seem to be enough for these symptoms to be considered among the most representative of the disorder. It is possible that the cognitive component is encompassed in a more general interpersonal perspective of the descriptive adjectives of the CAPP symptoms.

In the *Emotional* domain, *Lacks pleasure* was less prototypical than other symptoms. According to the CAPP glossary (Cooke, Hart, & Logan, 2004), this symptom is defined by three adjectives: *Pessimistic*, *Gloomy* and *Unenthusiastic*. French-speaking individuals might associate it with the concept of anhedonia initially described in the French clinical literature by Ribot (1896). Anhedonia is characterized by “a loss of pleasure” and, more recently, by reward circuit regulation problems (Gaillard et al., 2013). Moreover, several studies have outlined the negative relationship between depression diagnosis and psychopathy (Price et al., 2013; Willemsen et al., 2011). This may explain why MHP have trouble seeing *Lacks pleasure* as a prototypical symptom.

Finally, *Unstable self-concept* in the *Self* domain was not regarded as a prototypical symptom. The authors of the CAPP considered it perhaps to be peripheral to the disorder, but evidence was needed to confirm this (Cooke, et al., 2012). As it happens, this symptom corresponds more to one of the criteria of borderline personality as defined in the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). The *Self* domain symptoms of psychopathic personality area are more akin to grandiosity and self-centeredness (Viljoen et al., 2015).

The two non-prototypical characteristics—*Lacks pleasure* and *Unstable self-concept*—may indeed be more congruent with the diagnoses of depression and borderline personality (Hoff et al., 2012). However, these disorders are common comorbidities with antisocial personality (Black et al., 2010) or even the sociopathic subtype of psychopathy (Krstic et al., 2018).

The CAPP model can be conceptualized as a developmental process similar to models of personality development where, according to MHP, the attachment, interpersonal, and self-perception domains should be priority therapeutic targets in order to reduce the risk of developing negative cognitive, emotional, and behavioral consequences. It would be interesting to develop research to test this developmental process aspect of psychopathic personality disorder. The majority of studies to date have focused on treatment of criminal behaviors (Looman et al., 2005; Olver, 2016; Olver et al., 2013). However, if the cognitive and behavioral components of psychopathy are consequences of interpersonal attitudes, perhaps treatment should also target its narcissistic traits.

Our inter-sample comparison with Kreis et al. (2012) revealed that English-speaking MHP rated a large part of the symptoms a little higher than their French-speaking counterparts did. However, the Cohen's *d* effect size was small for most of these. The effect size for a few symptoms was medium, but this could be explained by sampling differences between the studies or cultural and justice-system differences across countries. Indeed, the MHP across studies practice in different countries where the justice systems have developed differently with particularities of their own (Fanti et al., 2018). For example, there may be a positive relation between a more cold-blooded representation of the psychopathic personality (Detached, Uncaring, Unreliable, Reckless, Lacks emotional depth and Self-justifying) in United States of America and the higher criminal penalties, up to and including capital sentences (Edens et al., 2005). This situation contrasts with European countries where capital sentences have been abolished.

This context might influence how the concept of psychopathy is perceived. Nevertheless, the following symptoms are generally considered to be more prototypical of psychopathy by both French- and English-speaking MHP: *Unempathic*, *Deceitful*, *Domineering*, *Aggressive*, *Uncommitted*, *Antagonistic*, and *Lacks pleasure* (Hannibal, Fuller, et al., 2021; Kreis et al., 2012; Sea, 2018). In the end, what counts above all is that research participants have the same or a very similar perception of the concept of psychopathy. The correlation between mean ratings supports this conclusion.

Factor Structure of the CAPP Model

Our second objective was to evaluate the conceptual structure of the CAPP through a CFA. The model was originally developed through a hierarchical process (Cooke et al., 2012) where the opinions of experts from different backgrounds were collected. The symptoms identified were then categorized into six theoretical domains. Unlike other prototypicality studies (Hoff et al., 2012; Kreis et al., 2012), ours did not fully confirm the structure of the model. Some of the domains (e.g., *Lacks Concentration* from the *Cognitive* domain; Hoff et al., 2012) turned out to be unidimensional after some symptoms were removed and corrections did not improve the fit indices. Perhaps the theoretical representation that MHP have of the concept of psychopathy is at odds the CAPP model itself. Indeed, the generalization of responses from professionals with different backgrounds (e.g., psychodynamics) may be remote from a very specific and focused model such as the CAPP (Cooke et al., 2012). Moreover, MHP come from different fields of practice (e.g., clinical psychology, nursing, psychiatry) and do not necessarily receive the same education and training (Training vs. Awareness psychopathic assessment) regarding personality disorders.

The third and final objective of our study was to examine the data expression through an EFA. The analysis yielded a different structure that includes factors that describe the psychopathic personality from a broader perspective. The symptoms in this new structure come from different CAPP domains. If we keep the factors based on the Scree test, the symptoms are related mostly to interpersonal and social cognitive traits. The *Egotism* factor is composed of symptoms related to self-perception: *Sense of entitlement*, *Sense of uniqueness*, *Self-aggrandizing*, *Sense of invulnerability* and *Self-centered*. This composition indicates that these symptoms are associated with interpersonal interaction. In this model, *Egotism* is the stronger factor. This characteristic seems to be a central component of psychopathy. Depending on the measure used, narcissistic personality is often strongly associated with psychopathy (Lynam, 2011). The *Interpersonal rigidity* factor is composed of symptoms related to social cognition: *Inflexible*, *Suspicious* and *Intolerant*. This factor explains the cognitive adjustment operated in social interactions. People with *Egotism* are not receptive to the opinions of others. Moreover, the cognitive rigidity of psychopaths is not limited to interpersonal behaviors. Studies have demonstrated its presence also in intolerant attitudes against people (Curry et al., 2011; Jones, 2013). Finally, the *Lack of responsibility* factor is composed of symptoms related to skills required to function adequately in social contexts: *Lacks perseverance*, *Lacks planfulness*, and *Lacks concentration*. This factor is comparable in part to the *disinhibition* factor that emerged from a construct validity study conducted with a large international community cohort (Sellbom et al., 2015). This set of symptoms reflects the difficulty of people with psychopathic personality to be socially adapted in different contexts. In this regard, Blickle and Schütte (2017) demonstrated how

individuals with psychopathic personality are socially dysfunctional in their workplace. The *Detachment* factor seems less central in the French version of the CAPP model (Sellbom et al., 2015). Other studies of the model exist but they focused on different population types (i.e., students, forensic patients, incarcerated offenders), which makes their results difficult to compare with ours (Cooke et al., 2021; Hannibal, Hohn, et al., 2021a, 2021b). However, these methodological approaches are necessary for the development of the CAPP model.

In sum, MHP consider psychopathy to be a personality disorder that alters interpersonal relationships through characteristics related to Egotism, Interpersonal rigidity and Lack of responsibility. It may be that this factor model fits better with their clinical practice.

Limitations

There are a number of limitations to our study and the generally positive results should be viewed in that light. First, the French translation of the CAPP did not go through the back-translation process. However, the method applied took full account of cultural aspects in the French language. Despite this, some symptoms may have been associated with a symptom different from the one defined by the authors of the CAPP. For example, *Lacks pleasure* and *Unstable self-concept* overlap with different diagnoses. Second, MHP were provided with a glossary of symptoms but may not have used it to best effect. However, low prototypicality does not automatically lead to ejection from the model (Rosch, 1978). Prototype theory makes it possible to grasp several members within a same category. If we apply this to psychopathic personality disorder, we can exemplify it with the different subtypes of psychopathic functioning from Hare's model (Hare, 2003, 2016). Third, as mentioned by Flórez et al. (2015), one limitation in this type of study may be the strong representation of Hare's model among professionals. Psychiatrists and psychologists are taught the PCL-R model explicitly and trained in the use of the instrument, and other care professionals may also be impacted by the model in their workplace. Fourth, the medium size of our sample and its heterogeneity in terms of professional background and locations of the French-speaking participants, constitutes other limitations of our study. This may restrict how much we can generalize the results to the entire population of French-speaking MHP. Fifth, measuring the correlation between means is not the most effective procedure to understand the relationship between populations from different cultures. A correlational analysis between the raw data of each population would have provided clearer results. Sixth, the symptoms were not presented in a random order. The CAPP model is neither widespread and nor well known among the French-speaking populations. Therefore, it is unlikely that the order of the symptoms presentation affected the results. Moreover, a large panel of studies analyzing the factor structure of the PCL-R does not change the order of the items in the test (Weizmann-Henelius et al., 2010). Finally, given that sociodemographic characteristics vary across studies (e.g., mean age

or age groups, years of experience in the forensic profession or years of practice with psychopathic individuals, prevalence of different MHP or psychologists only, gender), it would be worthwhile in future to consider the weight of these variables in the results.

Conclusion

In sum, French-speaking MHP consider most of the CAPP symptoms to be prototypical and focus most on the interpersonal characteristics of psychopathy. Moreover, effect sizes indicate that French-speaking and English-speaking MHP demonstrate strong similarities. It will be interesting to compare our sample empirically against others with different cultural and linguistic backgrounds (e.g., Asian languages, other Romance languages, German, North Germanic languages). Finally, the factor structure extracted from the data by way of EFA could be useful in a clinical context.

Acknowledgement

This article was produced thanks to the support of the Ministry of the Walloon Region for Health and Social Affairs and Equal Opportunities for the Centre de Recherche en Défense Sociale. The authors thank Marie-Christine Stafford for her help with CFA. We also thank all the participants who took the time to complete the protocol.

Declaration of interests

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

References

- Alarcón, R. D., Foulks, E. F., & Vakkur, M. (1998). *Personality disorders and culture: Clinical and conceptual interactions*. John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publishing.
- Bagshaw, R., Gray, N. S., & Snowden, R. J. (2014). Executive function in psychopathy: The Tower of London, Brixton spatial anticipation and the Hayling sentence completion tests. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 483–489. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.031>
- Beussink, C. N., Chi, T., Walsh, Z., Riser, N. R., & Kosson, D. S. (2020). Employing matched tests to assess facial affect recognition anomalies in offenders high in psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 160, 109945. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109945>
- Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., & Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2), 113-20. PMID: 20445838
- Blair, K. S., Newman, C., Mitchell, D. G., Richell, R. A., Leonard, A., Morton, J., & Blair, R. J. R. (2006). Differentiating among prefrontal substrates in psychopathy: Neuropsychological test findings. *Neuropsychology*, 20(2), 153–165. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.20.2.153>
- Blashfield, R. K., & Livesley, W. J. (1991). Metaphorical analysis of psychiatric classification as a psychological test. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 262–270. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.262>
- Blickle, G., & Schütte, N. (2017). Trait psychopathy, task performance, and counterproductive work behavior directed toward the organization. *Personality and Individual Differences*, 109, 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.006>
- Brook, M., Brieman, C. L., & Kosson, D. S. (2013). Emotion processing in Psychopathy Checklist—Assessed psychopathy: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 979–995. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.008>
- Broughton, R. (1990). The prototype concept in personality assessment. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 31(1), 26–37. <https://doi.org/10.1037/h0078928>
- Burley, D. T., Gray, N. S., & Snowden, R. J. (2019). Emotional modulation of the pupil response in psychopathy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(4), 365–375. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000313>

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (2013). *A first course in factor analysis*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315827506>
- Cooke, D. J. (2018). Psychopathic personality disorder: Capturing an elusive concept. *European Journal of Analytic Philosophy*, *14*(1), 15–32. <https://doi.org/10.31820/ejap.14.1.1>
- Cooke, D. J., Hart, S. D., & Logan, C. (2004). *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality - Institutional Rating Scale (CAPP-IRS)*. Unpublished manual.
- Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C. (2012). Explicating the construct of psychopathy: Development and validation of a conceptual model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*, *11*(4), 242–252. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746759>
- Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C. (2021). Evaluating the test validity of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality Symptom Rating Scale (CAPP SRS). *Journal of Personality Assessment*, *104*(6), 711–722. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1998082>
- Cooke, D. J., Hart, S. D., & Michie, C. (2004). Cross-national differences in the assessment of psychopathy: Do they reflect variations in raters' perceptions of symptoms? *Psychological Assessment*, *16*(3), 335–339. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.3.335>
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, *13*(2), 171–188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.171>
- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D., & Clark, D. (2005). Assessing psychopathy in the UK: Concerns about cross-cultural generalisability. *The British Journal of Psychiatry*, *186*(4), 335–341. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.335>
- Cooke, D. J., Michie, C., & Skeem, J. (2007). Understanding the structure of the Psychopathy Checklist—Revised: An exploration of methodological confusion. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(Suppl. 49), s39–s50. <https://doi.org/10.1192/bjp.190.5.s39>
- Cruise, K. R., Colwell, L. H., Lyons, P. M., Jr., & Baker, M. D. (2003). Prototypical analysis of adolescent psychopathy: Investigating the juvenile justice perspective. *Behavioral Sciences & the Law*, *21*(6), 829–846. <https://doi.org/10.1002/bsl.560>

- Curry, O., Chesters, M. J., & Viding, E. (2011). The psychopath's dilemma: The effects of psychopathic personality traits in one-shot games. *Personality and Individual Differences, 50*(6), 804–809. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.12.036>
- Dawel, A., O'Kearney, R., McKone, E., & Palermo, R. (2012). Not just fear and sadness: Meta-analytic evidence of pervasive emotion recognition deficits for facial and vocal expressions in psychopathy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 36*(10), 2288–2304. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.08.006>
- Delannoy, D., & Pham, T. H. (2019). L'apport de l'analyse prototypique dans le concept de psychopathie [The contribution of prototypical analysis to the concept of psychopathy]. *Annales Médico-Psychologiques, Revue psychiatrique, 177*(9), 911–915. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.003>
- Douglas, K. S., Vincent, G. M., & Edens, J. F. (2018). Risk for criminal recidivism: The role of psychopathy. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 682–709). The Guilford Press.
- Edens, J. F., Colwell, L. H., Desforges, D. M., & Fernandez, K. (2005). The impact of mental health evidence on support for capital punishment: Are defendants labeled psychopathic considered more deserving of death?. *Behavioral Sciences & the Law, 23*(5), 603–625. <https://doi.org/10.1002/bsl.660>
- Fanti, K. A., Lordos, A., Sullivan, E. A., & Kosson, D. S. (2018). *Cultural and ethnic variations in psychopathy*. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 529–569). The Guilford Press.
- Flórez, G., Casas, A., Kreis, M. K., Forti, L., Martínez, J., Fernández, J., Conde, M., Vázquez-Noguero, R., Blanco, T., Hoff, H. A., & Cooke, D. J. (2015). A prototypicality validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) model Spanish version. *Journal of Personality Disorders, 29*(5), 707–718. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_167
- Gaillard, R., Gourion, D., & Llorca, P. M. (2013). L'anhédonie dans la dépression [Anhedonia in depression]. *L'Encéphale, 39*(4), 296–305. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.07.001>
- Glass, S. J., & Newman, J. P. (2006). Recognition of facial affect in psychopathic offenders. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 815–820. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.115.4.815>
- Hanniball, K. B., Fuller, E. K., & Douglas, K. S. (2021). Content validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality–Basic Version (CAPP-Basic) using prototypical analysis. *Journal of Personality Disorders, 35*(Suppl. C), 75–96. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_529

- Hanniball, K. B., Hohn, R., Fuller, E. K., & Douglas, K. S. (2021a). Increasing the utility of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality–Lexical Rating Scale (CAPP-LRS): Instrument adaptation and simplification. *Assessment*, 10731911211040108. <https://doi.org/10.1177%2F10731911211040108>
- Hanniball, K. B., Hohn, R. E., Fuller, E. K., & Douglas, K. (2020). *Increasing the utility of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality—Lexical Rating Scale (CAPP- LRS): Instrument adaptation and simplification* [Manuscript submitted for publication]. Department of Psychology, Simon Fraser University.
- Hanniball, K. B., Hohn, R. E., Fuller, E. K., & Douglas, K. S. (2021b). Construct validity of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): Examining the internal structure and generalizability of CAPP self-ratings across gender and ethnicity. *Assessment*, 28(2), 518–536. <https://doi.org/10.1177%2F1073191120922621>
- Hansen, A. L., Johnsen, B. H., Hart, S., Waage, L., & Thayer, J. F. (2008). Brief communication: Psychopathy and recognition of facial expressions of emotion. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 639–644. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.6.639>
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed.)*. Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2016). Psychopathy, the PCL-R, and criminal justice: Some new findings and current issues. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 57(1), 21–34. <https://doi.org/10.1037/cap0000041>
- Hastings, M. E., Tangney, J. P., & Stuewig, J. (2008). Psychopathy and identification of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1474–1483. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.004>
- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7(3), 238–247. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>
- Hicks, B. M., & Drislane, L. E. (2018). Variants (“subtypes”) of psychopathy. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 297–334). The Guilford Press.
- Hoff, H. A., Rypdal, K., Hystad, S. W., Hart, S. D., Mykletun, A., Kreis, M. K., & Cooke, D. J. (2014). Cross-language consistency of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 356–368. <https://doi.org/10.1037/per0000069>

- Hoff, H. A., Rypdal, K., Mykletun, A., & Cooke, D. J. (2012). A prototypicality validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality model (CAPP). *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 414–427. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.414>
- Igoumenou, A., Harmer, C. J., Yang, M., Coid, J. W., & Rogers, R. D. (2017). Faces and facets: The variability of emotion recognition in psychopathy reflects its affective and antisocial features. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(8), 1066–1076. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000293>
- Jones, D. N. (2013). Psychopathy and Machiavellianism predict differences in racially motivated attitudes and their affiliations. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(52), E367–E378. <https://doi.org/10.1111/jasp.12035>
- Kosson, D. S., Suchy, Y., Mayer, A. R., & Libby, J. (2002). Facial affect recognition in criminal psychopaths. *Emotion*, 2(4), 398–411. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1528-3542.2.4.398>
- Kreis, M. K. (2008). *Universal protocol for conducting prototypicality studies with the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP)*. Unpublished manuscript.
- Kreis, M. K., Cooke, D. J., Michie, C., Hoff, H. A., & Logan, C. (2012). The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): Content validation using prototypical analysis. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 402–413. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.402>
- Krstic, S., Neumann, C. S., Roy, S., Robertson, C. A., Knight, R. A., & Hare, R. D. (2018). Using latent variable- and person-centered approaches to examine the role of psychopathic traits in sex offenders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(3), 207–216. <https://doi.org/10.1037/per0000249>
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 151–158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.1.151>
- Livesley, W. J., Reiffer, L. I., Sheldon, A. E., & West, M. (1987). Prototypicality ratings of DSM-III criteria for personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(7), 395–401. <https://doi.org/10.1097/00005053-198707000-00002>
- Looman, J., Abracen, J., Serin, R., & Marquis, P. (2005). Psychopathy, treatment change, and recidivism in high-risk, high-need sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(5), 549–568. <https://doi.org/10.1177/0886260504271583>

- Lynam, D. R. (2011). Psychopathy and narcissism. In W. K. Campbell & J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder* (pp. 272–282). John Wiley & Sons, Inc.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods, 1*(2), 130–149. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130>
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods, 4*(1), 84–99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>
- Marsh, A. A., & Blair, R. J. R. (2008). Deficits in facial affect recognition among antisocial populations: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 32*(3), 454–465. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.08.003>
- McCuish, E., Bouchard, M., Beauregard, E., & Corrado, R. (2019). A network approach to understanding the structure of core symptoms of psychopathic personality disturbance in adolescent offenders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(9), 1467–1482. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00530-9>
- Mokros, A., Hare, R. D., Neumann, C. S., Santtila, P., Habermeyer, E., & Nitschke, J. (2015). Variants of psychopathy in adult male offenders: A latent profile analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(2), 372–386. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/abn0000042>
- Newman, J. P., Curtin, J. J., Bertsch, J. D., & Baskin-Sommers, A. R. (2010). Attention moderates the fearlessness of psychopathic offenders. *Biological Psychiatry, 67*(1), 66–70. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.07.035>
- Olver, M. E. (2016). Treatment of psychopathic offenders: Evidence, issues, and controversies. *Journal of Community Safety and Well-Being, 1*(3), 75–82. <https://doi.org/10.35502/jcswb.25>
- Olver, M. E., Lewis, K., & Wong, S. C. (2013). Risk reduction treatment of high-risk psychopathic offenders: The relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(2), 160–167. <https://doi.org/10.1037/a0029769>
- Patrick, C. J. (Ed.). (2018). *Handbook of psychopathy*. Guilford Publications.
- Pauli, M., Essemyr, K., Sörman, K., Howner, K., Gustavsson, P., & Liljeberg, J. (2018). Gendered expressions of psychopathy: Correctional staffs' perceptions of the CAPP and CABP models. *International Journal of Forensic Mental Health, 17*(2), 97–110. <https://doi.org/10.1080/14999013.2018.1431337>

- Pham, T. H., & Philippot, P. (2010). Decoding of facial expression of emotion in criminal psychopaths. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 445–459. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/pedi.2010.24.4.445>
- Pham, T. H., Vanderstukken, O., Philippot, P., & Vanderlinden, M. (2003). Selective attention and executive functions deficits among criminal psychopaths. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 29(5), 393–405. <https://doi.org/10.1002/ab.10051>
- Price, S. D., Salekin, R. T., Klinger, M. R. & Barker, E. D. (2013). Psychopathy and depression as predictors of psychosocial difficulties in a sample of court evaluated adolescents. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 4(3), 261–269. <https://doi.org/10.1037/per0000011>
- Ribot, T. (1896). *La psychologie des sentiments* [The psychology of feelings]. Félix Alcan.
- Rogers, R., Dion, K. L., & Lynett, E. (1992). Diagnostic validity of antisocial personality disorder – A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 16(6), 677–689. <https://doi.org/10.1007/BF01884023>
- Rogers, R., Duncan, J. C., Lynett, E., & Sewell, K. W. (1994). Prototypical analysis of antisocial personality disorder. *Law and Human Behavior*, 18(4), 471–484. <https://doi.org/10.1007/BF01499051>
- Rogers, R., Salekin, R. T., Sewell, K. W., & Cruise, K. R. (2000). Prototypical analysis of antisocial personality disorder: A study of inmate samples. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 234–255. <https://doi.org/10.1177/0093854800027002006>
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. In E. Rosch & B. B. Lloyd (Eds.). *Cognition and categorization* (pp. 27–48). Lawrence Erlbaum.
- Rosch, E. H. (1973). Natural categories. *Cognitive Psychology*, 4(3), 328–350. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(73\)90017-0](https://doi.org/10.1016/0010-0285(73)90017-0)
- Salekin, R. T., Rogers, R., & Machin, D. (2001). Psychopathy in youth: Pursuing diagnostic clarity. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(2), 173–195. <https://doi.org/10.1023/A:1010393708227>
- Sea, J. (2018). *Cross-cultural generalizability of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in South Korea* (Unpublished doctoral dissertation). Simon Fraser University.

- Sellbom, M., Cooke, D. J., & Hart, S. D. (2015). Construct validity of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) concept map: Getting closer to the core of psychopathy. *International Journal of Forensic Mental Health*, 14(3), 172–180. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1998082>
- Sellbom, M., Liggins, C., Laurinaitytė, I., & Cooke, D. J. (2021). Factor structure of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality–Self-Report (CAPP-SR) in community and offender samples. *Psychological Assessment*, 33(10), 927–939. <https://doi.org/10.1037/pas0001029>
- Sellbom, M., Lilienfeld, S. O., Litzman, R. D., & Wygant, D. B. (2022). Assessment of psychopathy: Addressing myths, misconceptions, and fallacies. In L. Malatesti, J. McMillan, & P. Šustar (Eds.), *Psychopathy: Its uses, validity and status* (pp. 143–168). Springer, Cham.
- Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433–445. <https://doi.org/10.1037/a0008512>
- Smith, S. T., Edens, J. F., Clark, J., & Rulseh, A. (2014). “So, what is a psychopath?” Venireperson perceptions, beliefs, and attitudes about psychopathic personality. *Law and Human Behavior*, 38(5), 490–500. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/lhb0000091>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2019). *Using multivariate statistics* (Vol. 5, pp. 544-561). Pearson.
- Verschuere, B., & Te Kaat, L. (2020). What are the core features of psychopathy? A prototypicality analysis using the Psychopathy Checklist–Revised (PCL-R). *Journal of Personality Disorders*, 34(3), 410–419. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_396
- Viljoen, S., Cook, A. N., Lim, Y. L., Layden, B. K., Bousfield, N. K., & Hart, S. D. (2015). Are psychopathic and borderline personality disorder distinct, or differently gendered expressions of the same disorder? An exploration using concept maps. *International Journal of Forensic Mental Health*, 14(4), 267-279. <https://doi.org/10.1080/14999013.2015.1114535>
- Wechsler, D. (1999). *The Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*. The Psychological Corporation.
- Weizmann-Henelius, G., Putkonen, H., Grönroos, M., Lindberg, N., Eronen, M., & Häkkänen-Nyholm, H. (2010). Examination of psychopathy in female homicide offenders—Confirmatory factor analysis of the PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(3), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.03.008>

Willemsen, J., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2011). Psychopathy and lifetime experiences of depression. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(4), 279–294.
<https://doi.org/10.1002/cbm.812>

Conclusion du chapitre

Pris séparément, les résultats des deux études montrent un pattern similaire. Au sein des populations estudiantines et des professionnels de santé mentale, les caractéristiques interpersonnelles et émotionnelles ressortent comme les plus prototypiques. Au niveau des caractéristiques interpersonnelles, quatre symptômes sont communément prototypiques entre les deux populations (Dominateur, Fausseté/mensonge, Manipulation et Egocentrisme). Les professionnels de la santé mentale identifient d'autres symptômes, pouvant être qualifiés d'interpersonnels, comme prototypiques (Intolérance, Manque de sincérité, Autoglorification et Auto-justification). Au niveau des caractéristiques émotionnelles, les symptômes identifiés comme prototypiques sont identiques au sein des deux populations (Manque d'empathie, Manque de profondeur émotionnelle, Manque de stabilité émotionnelle et Manque de remords).

Malgré ces similitudes, les professionnels de la santé mentale évaluent les symptômes du modèle CAPP comme plus prototypiques que les étudiants. On peut constater qu'une grande partie des symptômes présente des différences plus marquées sur les domaines Comportemental et du Soi. Rappelons que la moyenne d'âge de ces étudiants en bachelier tourne autour des 19 ans avec pour seule expérience, du monde psycho-médico-légal, les informations fournies par différents médias. Alors que la moyenne d'âge des professionnels de santé mentale est proche des 39 ans avec une expérience clinique d'un peu plus de 10 ans.

Au niveau des symptômes du modèle CAPP, certains sont identifiés comme moins prototypiques par les étudiants. La répartition de ces symptômes semble se concentrer sur les caractéristiques comportementales et cognitives. Il s'agit des symptômes Manque de persévérance (B), Imprudent (B), Perturbateur (B), Manque de concentration (C), Manque de planification (C), Loquacité (D) et Manque de plaisir (E). Ces résultats convergent partiellement avec ceux d'études antérieures auprès d'une population générale plus large (Florez et al., 2014 ; Hoff et al., 2012). En effet, La population générale norvégienne évalue les mêmes symptômes des domaines Cognitif et Emotionnel que les étudiants belges comme faiblement prototypiques (Hoff et al., 2012). A l'instar des étudiants belges, ils évaluent les symptômes du Manque de persévérance et Imprudent comme faiblement prototypique. Alors que pour les Norvégiens, le symptôme Perturbateur est moyennement prototypique et le symptôme Impatience/Agitation est faiblement prototypique.

La population générale hispanique évalue les mêmes symptômes des domaines Cognitif et Dominance que les étudiants belges comme moins prototypiques (Florez et al., 2014). Pour le domaine Comportemental, ils évaluent uniquement les symptômes du Manque de persévérance et Imprudent comme faiblement prototypiques. La différence entre les participants hispaniques et belges

réside au niveau du symptôme Impatience/Agitation. Ce dernier est évalué comme moyennement prototypique par les participants hispaniques. Pour le domaine Emotionnel, les participants hispaniques évaluent le Manque d'anxiété comme faiblement prototypique. Alors que les étudiants belges évaluent plutôt le Manque de plaisir comme faiblement prototypique. A l'instar de certaines études, les participants hispaniques évaluent le symptôme Idée de soi instable comme faiblement prototypique, ce qui n'est pas le cas des étudiants belges (Hoff et al., 2012 ; Sörman et al., 2014 ; Delannoy et al., soumis).

Au niveau des distracteurs, il y a des différences qualitatives de perception de la prototypicité de ces symptômes appartenant à d'autres troubles de la personnalité entre les deux populations. On constate que les étudiants en ont identifié comme moyennement prototypiques (Consciencieux, Réserve, Précautionneux) à hautement (Perfectionniste, Etrange) prototypiques. Les distracteurs Perfectionniste et Etrange ont été évalué comme moyennement prototypique par d'autres populations à travers le monde (Hoff et al., 2012 ; Florez et al., 2014 ; Smith et al., 2014 ; Sörman et al., 2014 ; Sea, 2018). Les trois autres distracteurs ne sont présents dans aucune des autres études internationales. D'après Hesse (2009), les antagonistes psychopathes dans l'univers cinématographique présentent plusieurs caractéristiques qui ne collent pas avec la réalité de ce trouble. L'une de ces caractéristiques est la présence d'un plan et de motivations délibérées malgré leur aspect déviant. La présence des distracteurs Consciencieux, Précautionneux et Perfectionniste dans les résultats prototypiques indique que les étudiants belges ont des représentations partiellement stéréotypées de ce trouble de la personnalité. Les autres populations sur le plan international ne sont pas épargnées non plus avec l'omniprésence des distracteurs Perfectionniste et Etrange (Hoff et al., 2012 ; Florez et al., 2014 ; Smith et al., 2014 ; Sörman et al., 2014 ; Sea, 2018).

Il est probable que le focus sur une population générale estudiantine puisse influencer la perception de la prototypicité de la psychopathie. Un panel de séries avec des protagonistes étiquetés « psychopathes » sont disponibles à l'heure actuelle. Au début des années 2000, l'effet CSI est apparu aux Etats-Unis d'Amérique après la diffusion de la série « *CSI : Crime Scene Investigation* » (en français : « *Les Experts* »). Ce phénomène explicite l'effet cumulatif des multiples séries issues du même genre (i.e. *Criminal Minds* ; *Lie to me* ; etc.) sur la perception des sciences (psycho-) médico-légales (Borisova et al., 2016 ; Cole et al., 2009). Mais l'effet CSI n'explique pas tout. L'hypothèse explicative serait multifactorielle. Il s'agirait d'un effet conjoint entre le jeune âge des participants, les médias (principalement de divertissement) comme unique référentiel, un manque d'expérience clinique et certainement d'autres variables psychosociales qui restent encore à identifier.

Tableau 1
Comparaisons entre les étudiants et les professionnels de la santé mentale francophones

Domaine/Symptôme	Etudiants		MHP	
	M	ET	M	ET
Attachement	4,67	1,10	5.13	1.18
A1 – Détaché	4,59	1,55	4.73	1.64
A2 – Manque d’engagement	3,66	1,78	4.76	1.55
A3 – Manque d’empathie	5,72	1,57	6.06	1.34
A4 – Indifférent	4,71	1,76	4.97	1.56
Comportemental	3,92	1,02	4.70	1.05
B1 – Manque de persévérance	2,30	1,29	4.00	1.53
B2 – Manque de fiabilité	4,30	1,72	5.04	1.51
B3 – Imprudent	3,73	1,76	4.70	1.61
B4 – Impatience/Agitation	4,14	1,73	4.49	1.61
B5 - Perturbateur	3,89	1,61	4.99	1.51
B6 - Agressif	5,15	1,49	4.98	1.41
Cognitif	3,85	0,87	4.43	1.07
C1 – Soupçonneux	4,48	1,65	4.31	1.58
C2 – Manque de concentration	3,12	1,60	3.75	1.56
C3 – Intolérance	4,35	1,56	5.10	1.47
C4 – Inflexible	4,92	1,57	4.68	1.55
C5 – Manque de planification	2,38	1,42	4.32	1.73
Dominance	4,85	1,00	5.24	1.15
D1 – Antagoniste	4,38	1,59	4.51	1.61
D2 – Dominateur	5,06	1,58	5.38	1.53
D3 – Fausseté/Mensonge	5,36	1,48	5.72	1.46
D4 – Manipulation	5,90	1,33	5.98	1.31
D5 – Manque de sincérité	4,81	1,63	5.43	1.51
D6 – Loquacité	3,58	1,57	4.46	1.69
Emotionnel	4,97	1,03	4.80	0.93
E1 – Manque d’anxiété	4,15	1,66	4.08	1.78
E2 – Manque de plaisir	3,96	1,81	3.50	1.63
E3 – Manque de profondeur émotionnelle	5,34	1,71	5.33	1.61
E4 – Manque de stabilité émotionnelle	5,82	1,40	5.14	1.41
E5 – Manque de remords	5,61	1,76	5.96	1.39
Soi	4,55	0,94	4.90	1.00
S1 – Egocentrisme	5,03	1,46	5.82	1.31
S2 – Autoglorification (Surestimation)	4,57	1,67	5.25	1.56
S3 – Sentiment d’être unique/exceptionnel	4,42	1,61	4.81	1.61
S4 – Sentiment d’ayant droit	4,82	1,47	5.13	1.57
S5 – Sentiment d’être invulnérable	4,64	1,66	4.79	1.50
S6 – Auto-justification	4,33	1,68	5.00	1.67
S7 – Idée de soi instable	4,07	1,71	3.53	1.56
Distracteurs				
Dépendant	3,33	1,96	3.10	1.83
Perfectionniste	5,25	1,51	2.58	1.42
Conscientieux	4,15	1,94	2.42	1.41
Prévenant	2,80	1,64	2.16	1.36
Etrange	5,20	1,53	3.05	1.72
Réservé	4,48	1,49	2.67	1.48
Timide	3,63	1,56	1.88	1.18
Précautionneux	4,83	1,53	2.39	1.50
Complexé	3,97	1,79	2.43	1.57

Hautement prototypique (> 5) ; Moyennement prototypique (entre 4 et 4,99) ; Faiblement prototypique (< 3,99)

Les similitudes et différences qualitatives entre les deux populations francophones nous suggèrent plusieurs analyses futures (Tableau 1.). Tout d'abord, il serait intéressant d'étendre la recherche auprès d'autres types de populations générales. Ensuite, une comparaison empirique entre les professionnels de la santé mentale et la population générale nous indiquerait s'il y a des différences statistiques dans l'évaluation prototypique des symptômes du modèle CAPP. D'autres comparaisons sont également envisagées. Par exemple, une comparaison entre les professionnels travaillant auprès d'adultes et/ou d'adolescents. La prototypicité de certains distracteurs laisse plusieurs questions en suspens. Comment les pratiques de consommations des divers médias influent-elles sur la compréhension de la psychopathie ? Peu d'études antérieures ont été menées sur le sujet sur base d'un autre modèle que celui de la CAPP (Keesler, 2014 ; Keesler et al., 2017). Il serait intéressant d'adapter ce protocole à une population générale plus large avec l'évaluation prototypique de la psychopathie à l'aide de ce modèle. Ces stéréotypes ont-ils une influence sur la prise en charge et le parcours judiciaire de ces individus ? Des résultats tendent à démontrer que les jurys sélectionnés pour des procès peuvent être influencés, dans leurs délibérations, par leur référentiel culturel et médiatique à l'évocation du label « Psychopathe » (Cox et al., 2013 ; Smith et al., 2014). Cela concerne-t-il d'autres pathologies psychiatriques ? Actuellement, la stigmatisation des divers troubles mentaux par le discours médiatique est de plus en plus mise sur le devant de la scène (López, 2007 ; Costes et al., 2018). Cette stigmatisation peut participer à la difficulté dans l'accès aux soins et la réinsertion dans la société des personnes présentant des pathologies psychiatriques (Caria et al., 2013). Ces questions devront être abordées dans des recherches futures auprès de nos populations francophones. Il s'agit de questions importantes pour la situation de populations présentant un risque pour elle-même et pour les autres ainsi que pour leur apporter une meilleure qualité de vie tout le long de leur prise en charge.

Références

- Borisova, B., Courvoisier, J., & Bécue, A. (2016). L'effet CSI: état de l'art sur un phénomène aux multiples facettes. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 69(2), 227-246.
- Caria, A., Vasseur Bacle, S., Arfeuillère, S., & Loubières, C. (2013). Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale: quelques recommandations. *Revue ADSP*, 40-41.
- Cole, S. et Dioso-Villa, R. (2009). Investigating the « CSI effect » effect: Media and litigation crisis in criminal law. *Stanford Law Review*, 61(6), 1335-1373.
- Costes, M., & Dumas, A. (2018). Santé mentale et schizophrénie. Quelles perceptions de leur traitement médiatique par les malades et leur famille?. *Communication. Information Médias Théories Pratiques*, 35(2). <https://doi.org/10.4000/communication.8313>
- Hesse, M. (2009). Portrayal of psychopathy in the movies. *International Review of Psychiatry*, 21(3), 207-212. <https://doi.org/10.1080/09540260902747441>
- Cox, J., Clark, J. C., Edens, J. F., Smith, S. T., & Magyar, M. S. (2013). Jury panel member perceptions of interpersonal-affective traits of psychopathy predict support for execution in a capital murder trial simulation. *Behavioral Sciences & the Law*, 31(4), 411-428. <https://doi.org/10.1002/bsl.2073>
- Hoff, H. A., Rypdal, K., Mykletun, A., & Cooke, D. J. (2012). A prototypicality validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality model (CAPP). *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 414-427. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.414>
- Keesler, M. E. (2014). *Pop-culture psychopathy: How media and literature exposure relate to lay psychopathy understanding*. Drexel University.
- Keesler, M. E., & DeMatteo, D. (2017). How media exposure relates to laypersons' understanding of psychopathy. *Journal of Forensic Sciences*, 62(6), 1522-1533. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13485>
- Kreis, M. K., Cooke, D. J., Michie, C., Hoff, H. A., & Logan, C. (2012). The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): content validation using prototypical analysis. *Journal of personality disorders*, 26(3), 402-413. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.402>
- López, M. (2007). Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *L'Information Psychiatrique*, 83(10), 793-799. <https://doi.org/10.1684/ipe.2007.0257>

Sea, J. (2018). *Cross-cultural generalizability of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in South Korea* [Doctoral dissertation, Arts & Social Sciences: Department of Psychology]. <https://summit.sfu.ca/item/17927>

Smith, S. T., Edens, J. F., Clark, J., & Rulseh, A. (2014). "So, what is a psychopath?" Venireperson perceptions, beliefs, and attitudes about psychopathic personality. *Law and Human Behavior*, 38(5), 490-500. <https://doi.org/10.1037/lhb0000091>


Sörman, K., Edens, J. F., Smith, S. T., Svensson, O., Howner, K., Kristiansson, M., & Fischer, H. (2014). Forensic mental health professionals' perceptions of psychopathy: A prototypicality analysis of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality in Sweden. *Law and Human Behavior*, 38(5), 405-417. <https://doi.org/10.1037/lhb0000072>

Chapitre 3 : La validité convergente entre plusieurs instruments évaluant la psychopathie

Ce chapitre est composé de deux recherches sur la validité convergente entre la PCL-R, la CAPP-IRS et l'IM-P. Cependant, l'article publié est une recherche préliminaire sur les corrélations entre la PCL-R et la CAPP-IRS auprès d'une quarantaine de participants. La recherche qui suit est plus détaillée. En effet, le nombre de participant s'élève à une septantaine. Les trois instruments sont utilisés (PCL-R, CAPP-IRS et IM-P). Et les analyses sont plus détaillées.

Article SMP : Delannoy, D., Saloppé, X., Tiberi, L.A., Delescluse, C. & Pham, T.H. (2017). Deux mesures de psychopathie chez les patients médico-légaux. *Annales Médico-Psychologiques*, 175(3), 297-299.


Annales Médico-Psychologiques 175 (2017) 297–299



ELSEVIER

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Deux mesures de psychopathie chez les patients médico-légaux[☆]

Two measures of psychopathy among forensic patients

Denis Delannoy^{a,b}, Xavier Saloppé^{c,d,e}, Luca A. Tiberi^a, Christelle Delescluse^f,
Thierry H. Pham^{a,b,*}

^a Faculté de psychologie et sciences de l'éducation, service de psychologie légale, 18, place du Parc, 7000 Mons, Belgique
^b Centre de recherche en défense sociale, rue Despars 94, 7500 Tournai, Belgique
^c Université de Lille, BP 60149, 59653 Villeneuve d'Ascq cedex, France
^d UMR 9193, SCLab CNRS, Villeneuve d'Ascq cedex, France
^e Service de psychiatrie, centre hospitalier, 19, rue des Anciens-d'AFN, 59230 Saint-Amand-les-Eaux, France
^f Centre régional psychiatrique « Les Marronniers », rue Despars 94, 7500 Tournai, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 2 mars 2017

Mots clés :
CAPP-IRS
Échelle d'évaluation
PCL-R
Psychiatrie médico-légale
Psychopathie
Trouble de la personnalité
Validation

Keywords:
Assessment Scale
CAPP-IRS
Disorder personality
Forensic psychiatry
PCL-R
Psychopathy
Validation

RÉSUMÉ

Dans le milieu médico-légal, la psychopathie est un trouble qui soulève beaucoup de questions. En effet, l'évaluation du diagnostic selon la PCL-R n'offre pas de possibilité d'apprécier la variabilité du trouble sur l'ensemble de la vie. Néanmoins, des échelles dimensionnelles permettent d'apprécier cette variation, à tout le moins, sur le moyen terme. Cette étude contribue à valider la CAPP-IRS à l'aide de la PCL-R auprès de patients médico-légaux.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

In the forensic field, psychopathy is a disorder that raises many questions. Indeed, the diagnostic evaluation by the PCL-R offers no opportunity to assess the variability of the disorder on the entire life. However, the dimensional scales used to assess this fluctuation, at least in the medium term. This study helps to validate the CAPP-IRS using the PCL-R with forensic patients.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La psychopathie est définie par un trouble des caractéristiques interpersonnelles, affectives et comportementales comprenant l'égoïcentricité, la manipulation, l'insensibilité aux autres, la superficialité et la labilité émotionnelle, l'irresponsabilité,

l'instabilité relationnelle, l'impulsivité, le manque d'empathie, d'anxiété, de remords ou de culpabilité et un faible contrôle comportemental qui se manifestent notamment par la mise en place de comportements antisociaux mais pas nécessairement criminels [6]. On entend souvent l'idée reçue selon laquelle un psychopathe restera toujours un psychopathe [4]. Pourtant, certaines de ces caractéristiques varient au cours du temps, comme l'impulsivité [5].

Un pessimisme thérapeutique pour les personnes présentant ce trouble lié en partie à l'absence de changement possible s'est ancré dans la culture clinique [4,10,11]. Cette idée vient de la généralisation d'une étude qui démontra l'inefficacité des communautés thérapeutiques [7]. En toute logique, les études évaluent la proportion de récurrence ainsi que le changement

* Cette recherche a été réalisée avec le soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé Affaires Sociales et Égalité des Chances. Contact : denis.delannoy@crds.be, Tel. 00.32.69.64.65.70. CRDS, 94, rue Despars, 7500 Tournai, Belgique (www.crds.be). Les auteurs remercient l'ensemble du personnel médical, paramédical et infirmier du CRP « Les Marronniers » pour sa collaboration.
^{*} Auteur correspondant.
Adresse e-mail : thierry.pham@umons.ac.be (T.H. Pham).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2017.02.002>
0003-4487/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Deux mesures de psychopathie chez les patients médicolégaux

1. Introduction

La psychopathie est définie par un trouble des caractéristiques interpersonnelles, affectives et comportementales comprenant l'égoцентриté, la manipulation, l'insensibilité aux autres, la superficialité et la labilité émotionnelle, l'irresponsabilité, l'instabilité relationnelle, l'impulsivité, le manque d'empathie, d'anxiété, de remords ou de culpabilité et un faible contrôle comportemental qui se manifestent notamment par la mise en place de comportements antisociaux mais pas nécessairement criminels [6]. On entend souvent l'idée reçue selon laquelle un psychopathe restera toujours un psychopathe [4]. Pourtant, certaines de ces caractéristiques varient au cours du temps, comme l'impulsivité [5].

Un pessimisme thérapeutique pour les personnes présentant ce trouble lié en partie à l'absence de changement possible s'est ancré dans la culture clinique [4,10,11]. Cette idée vient de la généralisation d'une étude qui démontra l'inefficacité des communautés thérapeutiques [7]. En toute logique, les études évaluent la proportion de récurrence ainsi que le changement (évalué en pré- et post-traitement) comme critère d'efficacité du traitement [8,9]. Dans 30 à 40 % des cas, les psychopathes [6] qui ne présentent pas de changement commettent un nouveau délit violent dans les trois ans suivant leur libération. Dans ces études, l'évaluation du changement n'est pas centrée sur le trouble de la personnalité psychopathique mais sur des variables extérieures comme l'apprentissage de compétences sociales, la prévention de la récurrence ou la minimisation des délits violents [8,9]. Il est peu fréquent que les programmes de traitement se centrent sur les éléments de la personnalité [12]. Nous pensons qu'il est difficile d'évaluer les changements liés à une action thérapeutique à l'aide d'une échelle qui est caractérisée par un mode d'évaluation statique. Dans ce cadre, il est important de se centrer sur une approche dimensionnelle de la personnalité psychopathique. Actuellement, le modèle de Cooke [2] permet d'en appréhender son évolution symptomatique.

Le but de cette recherche est de clarifier les liens entre les différents instruments mesurant la psychopathie.

2. Méthode

Quarante participants, hospitalisés au sein de l'hôpital psychiatrique sécurisé « Les Marronniers » de Tournai, ont été évalués à la « Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality– Institutional Rating Scale » (CAPP-IRS) [2] et à la « Psychopathy Checklist-Revised 2nd » (PCL-R) (1) [6]. La CAPP-IRS se compose de 33 symptômes répartis en six domaines : Domaine de l'attachement, Domaine comportemental, Domaine cognitif, Domaine de la dominance, Domaine émotionnel et

Domaine de soi. L'étendue des scores se situe entre 0 et 198. La PCL-R est constituée de 20 items répartis principalement en quatre facettes : « interpersonnelle », « déficit affectif », « style de vie impulsif » et « antisociale » qui se regroupent en deux grands facteurs. Respectivement, les deux premiers se regroupent sous l'appellation « facteur interpersonnel et déficit affectif » et les deux derniers sous l'appellation « facteur style de vie impulsif et antisocial ». L'étendue des scores se situe entre 0 et 40. Ces participants se caractérisent par un Q.I. total moyen de 76,97 (SD = 17,79), une durée d'hospitalisation moyenne de 11,87 ans (SD = 7,78) et par un âge moyen de 49,13 ans (SD = 9,57).

Concernant l'analyse de données, des corrélations brutes (r de Pearson) ont été effectuées entre les domaines de la CAPP-IRS et les facteurs/facettes de la PCL-R. Afin de spécifier les liens entre les facteurs, nous avons effectué des corrélations partielles. L'ensemble des corrélations sont appréciées selon les normes de Cohen [1].

3. Résultats

D'un point de vue descriptif, le score total moyen à la PCL-R [6] est de 18,89 (SD = 8,05 ; Min = 4,00 ; Max = 33,00). Les scores moyens aux facteurs « interpersonnel et déficit affectif » (M = 7,89 ; SD = 4,13) et « style de vie impulsif et antisocial » (M = 9,34 ; SD = 4,55) sont proches de la moyenne. Les facettes présentent, quant à elles, des scores moyens de 3,04 pour la facette « interpersonnelle » (SD = 2,37), 4,72 pour la facette « déficit affectif » (SD = 2,31), 4,71 pour la facette « style de vie impulsif » (SD = 2,34) et de 4,77 pour la facette « antisociale » (SD = 2,72). Concernant la CAPP-IRS [2], le score total moyen est de 77,10 (SD = 28,26 ; Min = 20,00 ; Max = 139,00). Pour les domaines, le score moyen est de 9,65 (SD = 5,39) au domaine de l'attachement, de 11,10 (SD = 6,86) au domaine comportemental, de 11,00 (SD = 4,07) au domaine cognitif, de 14,05 (SD = 8,61) au domaine de la dominance, de 13,85 (SD = 4,28) au domaine émotionnel et de 17,45 (SD = 7,98) au domaine de soi.

Concernant les corrélations partielles (Tableau 1.), nous constatons que les seules corrélations significatives avec la CAPP-IRS se situent au niveau du facteur « interpersonnel et déficit affectif » et de la facette « interpersonnelle ». En effet, nous observons une corrélation positive et significative avec une magnitude élevée entre le score total de la CAPP-IRS et le facteur « interpersonnel et déficit affectif ». Nous observons également une corrélation positive et significative avec une magnitude modérée entre le domaine de la dominance et le facteur « interpersonnel et déficit affectif ». La corrélation entre le domaine de soi et le facteur « interpersonnel et déficit affectif » reste similaire lors des deux analyses. Les corrélations entre le facteur « interpersonnel et déficit affectif » et le

domaine de l'attachement, le domaine comportemental, le domaine émotionnel restent modérées et significatives.

Concernant les corrélations avec la facette « interpersonnelle », les magnitudes sont réduites par rapport aux corrélations brutes au niveau du score total de la CAPP-IRS, du domaine de l'attachement, du domaine de la dominance et du domaine de soi. Toutefois, ces dernières sont toujours significatives avec une magnitude modérée. En revanche, les corrélations avec le domaine comportemental et le domaine émotionnel ne sont plus significatives.

Les facettes « déficit affectif » et « style de vie impulsif » ne présentent plus aucune corrélation significative avec la CAPP-IRS. Nous ne constatons aucun changement en ce qui concerne les corrélations entre la facette « antisociale » et la CAPP-IRS.

Tableau 1 : Corrélations brutes et partielles entre la PCL-R et la CAPP-IRS

PCL-R (N=40)	Score total PCL-R	Facteur Interpersonnel et Déficit affectif	Facteur Style de vie impulsif et Antisocial	Facette Interpersonnelle	Facette Déficit affectif	Facette Style de vie impulsif	Facette Antisociale
CAPP-IRS							
Score total CAPP-IRS	.49**	.55** (.50**)	.26 (.03)	.54** (.40*)	.44** (.21)	.33* (.15)	.14 (-.14)
Domaine de l'Attachement	.38*	.41** (.35*)	.23 (.06)	.48** (.41*)	.25 (-.02)	.25 (.09)	.14 (-.08)
Domaine Comportemental	.47**	.44** (.35*)	.33* (.17)	.41** (.23)	.36* (.14)	.40* (.22)	.23 (-.04)
Domaine Cognitif	.14	.25 (.29)	-.02 (-.16)	.18 (.10)	.29 (.23)	.05 (.05)	-.12 (-.19)
Domaine de la Dominance	.45**	.51** (.46**)	.23 (.01)	.48** (.33*)	.42** (.21)	.30 (.13)	.11 (-.13)
Domaine Emotionnel	.46**	.42** (.32*)	.33* (.18)	.41** (.24)	.33* (.12)	.36* (.18)	.22 (-.03)
Domaine de Soi	.28	.40* (.40*)	.09 (-.10)	.40** (.33*)	.31 (.15)	.12 (-.03)	.02 (-.10)

Corrélations brutes (Corrélations partielles).

* $p < ,05$; ** $p < ,01$.

4. Conclusions

Les résultats soulignent l'intérêt des analyses en corrélations partielles concernant le concept de psychopathie. De plus, il semblerait que le modèle de la psychopathie de la CAPP-IRS soit principalement lié au facteur interpersonnel du modèle de la PCL-R. L'ensemble des domaines évalués à la CAPP-IRS affinent de manière spécifique la facette interpersonnelle de la psychopathie évaluée à la PCL-R. En psychiatrie médico-légale, cette dernière pourrait être utilisée en première intention et la CAPP-IRS viendrait approfondir cet aspect. De plus, la réévaluation possible du modèle de Cooke viendrait apprécier l'évolution du patient inscrit dans un processus thérapeutique. L'absence de corrélation significative entre le domaine émotionnel et la facette déficit affectif pourrait être expliquée par le fait que ce domaine couvre de manière plus large le déficit affectif repris dans le modèle de la PCL-R. Des recherches ultérieures sur les liens entre les symptômes CAPP-IRS et les items PCL-R sont envisagées. Enfin, l'absence de corrélations entre la facette antisociale et la CAPP-IRS est conforme à la construction du modèle trifactoriel de la psychopathie qui exclut le comportement antisocial [3].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992; 112:155–9.
- [2] Cooke DJ, Hart SD, Logan C. Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality - Institutional Rating Scale (CAPP-IRS); 2004 [Unpublished manuscript].
- [3] Cooke DJ, Michie C. Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychol Assess* 2001; 13: 171–88.
- [4] Edens JF. Unresolved controversies psychopathy: implications for clinical and forensic decision making. *Prof Psychol Res Pract* 2006; 37: 59–65.
- [5] Hapur TJ, Hare RD. Assessment of psychopathy as a function of age. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 604–9.
- [6] Hare RD. The Hare psychopathy checklist: revised, 2nd ed., Toronto, Canada: MultiHealth Systems Inc; 2003.
- [7] Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Psychopaths: is a therapeutic community therapeutic? *Ther Commun* 1994; 15: 283–300.
- [8] Looman J, Abracen J, Serin RC, Marquis P. Psychopathy, treatment change and recidivism in high risk high need sexual offenders. *J Interpers Violence* 2005; 20: 549–68.
- [9] Olver ME, Lewis K, Wong SCP. Risk reduction treatment of high-risk psychopathic offenders: the relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Pers Disord Theory Res Treat* 2013; 4: 160–7.
- [10] Salekin RT. Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 79–112.
- [11] Skeem J, Cooke DJ. Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychol Assess* 2010; 22: 433–45.
- [12] Tew J, Atkinson R. The Chromis programme: from conception to evaluation. *Psychol Crime Law* 2013; 19: 415–31.

Article en cours de rédaction : Delannoy, Saloppé, Cooke, Kosson & Pham. Convergent validity between three psychopathy scales: Psychopathy Checklist – Revised, Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality and Interpersonal Measure of Psychopathy

Validité convergente entre trois échelles de psychopathie : Psychopathy Checklist – Revised, Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale et Interpersonal Measure of Psychopathy

Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons mis en avant plusieurs méthodes d'évaluation de la validité d'un modèle conceptuel de la psychopathie. Les résultats ont mis en avant une bonne représentativité de ce modèle auprès de différentes populations. Cependant, il existe d'autres méthodes afin de vérifier la validité de ce type de modèle comme l'analyse de la validité convergente. Dans ce chapitre, nous analyserons la validité convergente entre plusieurs échelles de mesures de la psychopathie : la « *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality* » (CAPP-IRS) étant l'échelle opérationnelle du modèle CAPP, l'« Interpersonal Measure of Psychopathy » (IM-P) qui se centre sur l'observation des comportements interpersonnels des personnes avec un TPP (Cooke et al., 2004 ; Kosson et al., 1997) et la Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) qui est l'échelle de la psychopathie la plus validée au sein de la littérature internationale (Hare, 2003).

Historique

Historiquement, les manifestations de la psychopathie sont étudiées depuis près de deux siècles sans en mentionner le concept pour autant. En partant de la « manie sans délire » de Pinel qui décrit ces patients comme manifestant une perversion affective, ainsi qu'une prédisposition aux actes violents sans altération du raisonnement (Pinel, 1801). Puis, en poursuivant avec Pritchard (1835) pour qui « l'aliénation morale » décrit des personnes aux principes moraux pervers, ayant une capacité à s'auto-gouverner quasiment inexistante et éprouvant des difficultés à se comporter de manière appropriée volontairement. Ou encore la « monomanie raisonnante » de Esquirol (1838) qui définit ces personnes comme présentant un délire et des comportements fixés sur une passion dont ils ont conscience de la nature blâmable. Kraepelin (1856/1926), quant à lui, a classifié les troubles psychiatriques, parmi ceux-ci se trouve la psychopathie dont la définition se rapproche du trouble

connu actuellement. Il décrit les personnes atteintes de ce trouble comme étant charmeurs et loquaces, menteurs, fraudeurs (escroquerie et nom d'emprunt) et sans morale, n'ayant aucun sens des responsabilités. Ces diverses définitions montrent que la notion de psychopathie varie considérablement en fonction de la culture et des époques. Cependant, Cleckley (1988), dans « The Mask of Sanity », s'attache à décrire la personnalité psychopathique au travers de divers cas cliniques sous l'appellation de « Démence sémantique ». Selon l'auteur, « [...] *ce déguisement [le masque de la santé] est un simple prétexte volontairement assumé et que le dysfonctionnement essentiel du psychopathe doit être classé comme une simple hypocrisie au lieu d'un défaut ou difformité psychiatrique* » (Cleckley, 1988, p. 399).

Dans les années 1960, le diagnostic de psychopathie étant jugé trop stigmatisant et l'association des psychiatres américains voulant adapter sa nosographie à celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, les psychiatres pensent à construire un nouveau trouble de la personnalité, la personnalité antisociale (Pham & Côté, 2000). Toutefois, une personne présentant un trouble de la personnalité antisociale ne présente pas systématiquement un trouble de la personnalité psychopathique (TPP). À l'inverse, quelqu'un qui présente un TPP a plus de chance de présenter un trouble de la personnalité antisociale. La littérature évoque le terme de « relation asymétrique » pour qualifier ce phénomène (Majois et al., 2011). Certains auteurs pensent que le comportement antisocial est une conséquence des traits de la personnalité psychopathique (Cooke et al., 2006 ; Skeem & Cooke, 2010). Alors que d'autres émettent l'idée que le diagnostic de psychopathie est une alternative à celui de trouble de la personnalité antisociale (Hare et al., 1991). Pourtant, la prévalence du diagnostic de psychopathie en prison se situe entre 5 et 10% alors que celui de la personnalité antisociale est présent dans près de 85% des cas (Hare, 2003). Ces résultats prouvent que contrairement à la pensée commune, la psychopathie n'est pas le trouble de personnalité le plus présent en milieu carcéral et qu'il ne correspond pas non plus à celui décrit par les divers médias. En 1975, durant la réunion du Nato Advanced Study Institute, des chercheurs concluent qu'il n'existe pas d'échelle capable de mesurer la psychopathie. La conception d'un tel instrument vient d'une réflexion commune de ce groupe de chercheurs dont Robert Hare faisait partie (Pham et al., 2000). Afin de définir ce concept, le modèle de Hare (1980) prend sa source parmi les caractéristiques décrites par Cleckley (1988). La version révisée, nommée « Psychopathy Checklist – Revised » (PCL-R), est élaborée une décennie plus tard (Hare, 1991). Les libellés des items de la dernière version, dénommée la « Psychopathy Checklist – Revised 2nd » (Hare, 2003), restent identiques aux précédents, mais de nouveaux exemples de comportements observables viennent enrichir les descriptions. Il y a aussi une nouvelle conceptualisation de la structure factorielle de l'échelle. Le TPP selon la PCL-R est un trouble se composant de traits de personnalité ainsi que de

comportements antisociaux. Les personnes présentant ce trouble se caractérisent par une forte loquacité, une tendance prononcée au mensonge, de la manipulation. Ils présentent également des affects superficiels, un manque d'empathie et une absence de remords. De plus, ils manifestent des problèmes de planification, une impulsivité cognitive et une tendance à s'ennuyer. Les problèmes comportementaux et délictueux commencent généralement durant l'enfance et persistent tout au long de leur parcours (Hare, 2003).

Bien que cette définition soit la plus répandue, d'autres échelles tentent d'approcher différemment ce concept (Kosson et al., 1997 ; Cooke et al., 2004). En effet, le concept de psychopathie évolue constamment. Il fait l'objet de critiques menant à certaines précisions conceptuelles et évaluatives (Cooke & Skeem, 2010). Il est toujours intéressant de se référer à un panel assez large d'échelles mesurant un même concept. En effet, une méthode d'évaluation ou une échelle peut être plus pertinente dans un contexte spécifique. Ces contextes peuvent être, notamment, l'évaluation diagnostique (expertise, orientation institutionnelle, etc.), l'identification de cibles de traitements, le suivi évolutif de la personne (Delannoy et al., 2017). Toutefois, nous utilisons le modèle de la PCL-R comme point de référence car celui-ci a fait l'objet de nombreuses validations sur le plan international.

Validité empirique de la Psychopathy Checklist - Revised

La validité de la PCL-R n'est plus à démontrer. Il s'agit de l'échelle de mesure de la psychopathie la plus validée internationalement (Hare et al., 2000). La littérature internationale rapporte souvent une fidélité inter-juges élevée autant auprès des hommes que des femmes incarcérées (Hare, 2003 ; Louth et al., 1998 ; Pham, 1998). Il en va de même pour la consistance interne qui est décrite comme bonne (Toupin et al., 2000). La PCL-R présente également une bonne validité convergente avec d'autres échelles. Plusieurs études ont mis en exergue des corrélations entre le diagnostic de psychopathie selon la PCL-R, les troubles mentaux et les troubles de la personnalité (Hildebrand & de Ruitter, 2004 ; Pham et al., 2007 ; Pham & Saloppé, 2010a ; Stålenheim & Von Knorring, 1996). Les résultats de la littérature internationale sont confirmés par plusieurs études belges francophones auprès de patients adultes internés dans un Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS ; Pham et al., 2007 ; Pham et al., 2010). Au niveau des troubles de la personnalité, les résultats indiquent qu'il y a des corrélations significatives positives entre le trouble de la personnalité Antisociale et les Facteurs Interpersonnel et Déviance Sociale ainsi qu'avec les Facettes Interpersonnelle, Style de vie et Antisociale. De plus, le trouble de la personnalité Narcissique est corrélé significativement et positivement avec le Facteur Interpersonnel et la Facette Interpersonnelle (Pham et al., 2010). Au niveau des troubles mentaux, les résultats montrent des corrélations positives et significatives entre le score total de la PCL-R et l'abus de substances, le trouble des conduites ainsi que le jeu pathologique. Ces troubles mentaux sont

également corrélés significativement et positivement avec le Facteur Déviance Sociale. La présence ou l'absence d'autres difficultés psychopathologiques sont congruentes avec le fonctionnement de ce trouble de la personnalité. Auprès de 48 internés en HPS, Pham (2012) montre que les personnes présentant un TPP souffrent moins de stress post-traumatique. En effet, le stress-traumatique, évalué à la Stanford Acute Stress Reactions Questionnaire (SASRQ ; Cardena et al., 1996), est négativement corrélé avec le score total de la PCL-R. La Facette Affective présente également des corrélations négatives avec le score total de la SASRQ ainsi qu'avec ses composantes (dissociation, réminiscence, évitement, anxiété/hyperexcitation et inadaptation). D'ailleurs, cette facette prédit bien une faible présence du stress post-traumatique. Auprès de 39 patients, issus de ce même HPS, le niveau d'intelligence émotionnelle et d'alexithymie ont été évalués à l'aide de la Toronto Alexithymia Scale et du Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TAS-20 ; TEIque ; Bagby et al., 1994a ; 1994b ; Petrides & Furnham, 2003). Les personnes avec un TPP, évaluées à l'aide du TEIque (Pham et al., 2010b), se perçoivent comme ayant une bonne intelligence émotionnelle. L'alexithymie est associée négativement à la psychopathie auprès d'une population d'internés. Il en est de même pour les facteurs « pensée orientée vers l'extérieur » et « identification des émotions » (Pham et al., 2010b). Ces recherches ont permis de mettre en avant l'utilité d'une évaluation consensuelle pour diagnostiquer la psychopathie. En effet, ces résultats permettent d'approfondir nos connaissances sur ce trouble. Cependant, comme toute échelle, la PCL-R présente des limites. Par conséquent, l'évaluation de la psychopathie nécessite l'usage d'échelles complémentaires.

Limites et évaluations complémentaires des échelles de psychopathie

Tout comme les instruments d'évaluation du risque, la mesure statique de la psychopathie, la PCL-R, est sujette à débat (Skeem et al., 2010). Par exemple, la littérature a démontré que la PCL-R était un bon prédicteur de la récidive générale et violente (Hemphill et al., 1998). La PCL-R est utilisée comme indicateur du risque de comportements criminels et violents (Cooke & Michie, 2010). Mais le label de « trouble de la personnalité psychopathique » présente son lot de conséquences judiciaires. Edens et ses collaborateurs (2005) ont démontré que ce diagnostic pouvait être un facteur accablant dans les décisions de peine de mort. Toutefois, l'étude des différentes facettes de la PCL-R démontre que ce sont les comportements antisociaux qui déterminent le plus le risque à contrario des traits de personnalité (Douglas et al., 2018 ; Walters, 2003). Ceci a été inclus dans les nouvelles versions de certains instruments d'évaluation du risque comme la HCR-20v3 ou la VRAG-R (Douglas et al., 2013 ; Harris et al., 2015). En effet, ces versions prennent en compte la Facette Antisociale de la PCL-R au lieu du score total.

Une limite de la PCL-R est, à l'instar des échelles de risque actuarielles, un manque de sensibilité aux changements et variations dans les symptômes de la personnalité psychopathique. Elle ne permet

pas d'inclure les aspects contextuels et thérapeutiques pouvant entraîner des fluctuations dans la symptomatologie. Son but premier est de déterminer un score permettant d'identifier le score total mesurant le degré de prototypie avec le profil de psychopathe mais aussi de dégager les profils de personnalités psychopathiques des contrevenants (e.g. prototypique, explosif, etc. ; Hare, 2016 ; Krstic et al., 2018). Cependant, ces contrevenants sont considérés comme intraitables au regard du risque de récidive élevé (Hemphill et al., 1998 ; Olver et al., 2013 ; Polaschek & Skeem, 2018). Cela est également dû au pessimisme thérapeutique ainsi qu'à l'absence de motivation aux changements dont ils sont affublés (Harris et al., 1994 ; Olver & Wong, 2009 ; 2013 ; Salekin, 2002). Ce pessimisme est motivé par les entraves que constituent la duperie et la manipulation inhérentes au fonctionnement des psychopathes (Salekin et al., 2002). Néanmoins, ce pessimisme est remis en question. La littérature met en exergue un certain optimisme thérapeutique basé sur des critères du lien thérapeutique. En effet, il n'a pas été démontré que les personnes avec un TPP présentaient, par exemple, des difficultés particulières à la construction d'une alliance thérapeutique (Polaschek & Ross, 2010 ; Walton et al., 2018). Ou encore que les personnes avec un TPP manifestaient une réceptivité moins accentuée que des personnes non-psychopathes au sein d'une population de délinquants sexuels (Barbaree et al., 2005 ; Beech et al., 2009 ; Seto & Barbaree, 1999).

De plus, la validité de l'échelle dépend de la qualité de la source d'informations (Pham et al., 2012). Il en est de même pour la validité du diagnostic. En effet, la PCL-R ne prend en compte que les informations judiciaires officielles (Hare, 2003). Pour les informations anamnestiques, elles se basent principalement sur les dires du prévenu lors de l'expertise. Les décisions résultant d'un diagnostic à la PCL-R peuvent donc être préjudiciables au contrevenant évalué. Le diagnostic ne devrait être pas être posé au moment de l'expertise car des experts mentionnent un manque de temps pour réaliser ces dernières (Vicenzutto et al., 2019).

Les échelles dynamiques, telles que la CAPP-IRS ou l'IM-P, permettent de souligner les caractéristiques évolutives de la personnalité (e.g. empathie envers une figure d'attachement, respect des limites interpersonnelles). Elles peuvent être utilisées comme levier dans une prise en charge adaptée et structurante pour ces personnes (Bonta & Andrews, 2017). L'IM-P peut s'utiliser dans un contexte expertal ce qui n'est pas le cas de la CAPP-IRS. Cette dernière est plus adaptée à une situation de prise en charge favorisant un approfondissement du fonctionnement de personnalité de la personne.

Objectif

L'objectif principal est d'implémenter ces trois échelles du construit de la psychopathie potentiellement complémentaire sur le plan clinique. Empiriquement, le premier objectif de cette

recherche est d'étudier les qualités psychométriques de trois échelles évaluant la psychopathie à travers les inter-juges et la consistance interne (PCL-R ; CAPP-IRS ; IM-P). Le second objectif est d'explorer la qualité convergente de ces trois échelles, puis le troisième objectif est de comparer des groupes de patients avec différents niveaux de psychopathie, constitués à l'aide de la PCL-R, du point de vue de leur score à la CAPP-IRS et à l'IM-P afin d'en explorer la validité discriminante. Cette recherche est une expansion de l'article « Deux mesures de psychopathie chez les patients médicolégaux » (Delannoy et al., 2017). Le nombre de participants a été augmenté et les analyses approfondies.

Méthodologie

Participants

L'échantillon se compose de 71 patients internés au sein de l'HPS « Les Marronniers » de Tournai en Belgique. L'âge moyen est de 46,58 ans ($\sigma = 10,15$; Min – Max = 27,09 – 69,48). Le Quotient Intellectuel moyen est de 75,73 ($\sigma = 16,53$; Min – Max = 46,00 – 119,00). La durée moyenne d'hospitalisation est de 10,28 ans ($\sigma = 8,12$; Min – Max = 0,71 – 34,31). Les scores aux échelles de psychopathie se trouvent dans le Tableau 1.

Tableau 1

Données descriptives aux échelles de psychopathie auprès d'une population internée en Belgique

N = 71	Moyenne	Médiane	σ	E.S. moyenne	Min-Max (Théorique)
CAPP-IRS total	68,13	70,00	30,31	3,59	20,00 – 139,00 (0,00 – 198,00)
Attachement	8,70	8,00	5,27	0,63	0,00 – 21,00 (0,00 – 24,00)
Comportemental	10,37	9,00	6,56	0,78	0,00 – 29,00 (0,00 – 36,00)
Cognitif	9,94	10,00	4,45	0,53	3,00 – 24,00 (0,00 – 30,00)
Dominance	11,89	11,00	8,88	1,05	0,00 – 30,00 (0,00 – 36,00)
Emotionnel	12,32	13,00	4,94	0,59	2,00 – 22,00 (0,00 – 30,00)
Soi	14,90	13,00	8,40	0,99	0,00 – 33,00 (0,00 – 42,00)
IM-P total	14,56	12,00	12,57	1,49	0,00 – 45,00 (0,00 – 63,00)
Dominance	4,57	4,00	3,83	0,46	0,00 – 14,00 (0,00 – 15,00)
Grandiosité	4,22	3,00	4,32	0,51	0,00 – 14,00 (0,00 – 15,00)
Violation des frontières	3,92	2,00	4,12	0,49	0,00 – 16,00 (0,00 – 21,00)
PCL-R total	19,26	18,00	6,94	0,82	4,00 – 33,00 (0,00 – 40,00)
Facteur Interpersonnel	7,60	8,00	3,93	0,47	0,00 – 16,00 (0,00 – 16,00)
Facteur Déviance sociale	10,08	10,00	4,10	0,49	0,50 – 18,00 (0,00 – 20,00)
Facette Interpersonnelle	2,92	3,00	2,25	0,27	0,00 – 8,00 (0,00 – 8,00)
Facette Affective	4,61	5,00	2,16	0,26	0,00 – 8,00 (0,00 – 8,00)
Facette Style de vie	5,29	5,00	2,17	0,26	0,00 – 9,00 (0,00 – 10,00)
Facette Antisociale	4,89	5,00	2,53	0,30	0,00 – 10,00 (0,00 – 10,00)

Au regard de cette population médico légale, il semble important de considérer les caractéristiques pharmaceutiques, diagnostiques et infractionnelles dans la description de la population. Nous avons comparé les prévalences des participants, scindés en plusieurs groupes, sur base de différents points de coupures à la PCL-R. Ces groupes ne se différencient pas en termes de prévalence des traitements

médicamenteux et des diagnostics psychiatriques (Tableau 2. ; Tableau 3.). Toutefois, on peut observer une différence significative entre les groupes pour les prévalences des délits (Tableau 4.). Cette différence est présente au niveau des délits non violents non sexuels lorsque nous appliquons un point de coupure à 28.

Tableau 2
Prévalence des traitements médicamenteux des différents sous-groupes

Groupe PCL	Groupe faiblement psychopathique		Groupe moyennement psychopathique				Groupe hautement psychopathique				Test χ^2			
	PCL 25/28 (N=19)		PCL 25 (N=34)		PCL 28 (N=43)		PCL 25 (N=17)		PCL 28 (N=8)		PCL 25		PCL 28	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	χ^2	p
Types de traitement														
Neuroleptiques/ Antipsychotiques	11	57,90	18	52,90	22	51,20	7	41,20	3	37,50	1,064	.59	0,941	.63
Anxiolytiques	5	26,30	13	38,20	16	37,20	6	35,30	3	37,50	0,779	.68	0,735	.69
Antidépresseurs	4	21,10	15	44,10	19	44,20	6	35,30	2	25,00	2,826	.24	3,523	.17
Thymorégulateurs	3	15,80	6	17,60	7	16,30	2	11,80	1	12,50	0,296	.86	0,073	.96
Hypnotiques	2	10,50	5	14,70	8	18,60	3	17,60	0	0,00	0,381	.83	2,208	.33

N.B. PCL 25 : Groupe faiblement psychopathique = $\leq 14,99$; Groupe moyennement psychopathique = entre 15 et 24,99 ; Groupe hautement psychopathique = ≥ 25
PCL 28 : Groupe faiblement psychopathique = $\leq 14,99$; Groupe moyennement psychopathique = entre 15 et 27,99 ; Groupe hautement psychopathique = ≥ 28

Tableau 3
Prévalence diagnostique des différents sous-groupes

Groupe PCL	Groupe faiblement psychopathique		Groupe moyennement psychopathique				Groupe hautement psychopathique				Test χ^2			
	PCL 25/28 (N=19)		PCL 25 (N=30-32)		PCL 28 (N=38-40)		PCL 25 (N=17-18)		PCL 28 (N=9)		PCL 25		PCL 28	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p	χ^2	p
MINI/SCID-II														
Axe I	15	78,80	21	65,60	24	60,00	8	47,10	5	55,60	4,017	.13	2,405	.30
Axe II	10	52,60	19	63,30	23	59,00	8	44,40	4	44,40	1,695	.43	0,696	.71
Comorbidité	17	89,50	24	80,00	28	73,70	11	64,70	7	77,80	3,342	.19	1,896	.39
Troubles addictifs	3	15,80	10	31,30	11	27,50	4	23,50	3	33,30	1,546	.46	1,326	.52
Troubles de l'humeur	10	52,60	10	31,30	11	27,50	4	23,50	3	33,30	3,760	.15	3,580	.17
Troubles psychotiques	5	26,30	5	15,60	6	15,00	2	11,80	1	11,10	1,477	.48	1,440	.49
Troubles anxieux	7	36,80	7	21,90	8	20,00	2	11,80	1	11,10	3,228	.20	2,920	.23
Cluster A	8	42,10	15	48,40	16	40,00	4	22,20	3	33,30	3,320	.19	0,200	.91
Cluster B	10	52,60	23	74,20	31	77,50	15	83,30	7	77,80	4,553	.10	4,095	.13
Cluster C	4	21,10	10	33,30	12	30,80	4	22,20	2	22,20	1,163	.56	0,728	.70

N.B. PCL 25 : Groupe faiblement psychopathique = $\leq 14,99$; Groupe moyennement psychopathique = entre 15 et 24,99 ; Groupe hautement psychopathique = ≥ 25

PCL 28 : Groupe faiblement psychopathique = $\leq 14,99$; Groupe moyennement psychopathique = entre 15 et 27,99 ; Groupe hautement psychopathique = ≥ 28

Tableau 4
Prévalence des types de délits actuels au sein des différents sous-groupes

Groupe PCL	Groupe faiblement psychopathique		Groupe moyennement psychopathique				Groupe hautement psychopathique				Test χ^2			
	PCL 25/28 (N=19)		PCL 25 (N=34)		PCL 28 (N=43)		PCL 25 (N=18)		PCL 28 (N=9)		PCL 25		PCL 28	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Types de délits														
Délits violents sexuels	13	68,40	15	44,10	19	44,20	7	38,90	3	33,30	3,925	.14	4,147	.13
Délits sexuels non violent	18	94,70	30	88,20	37	86,00	16	88,90	9	100,00	0,622	.73	2,247	.33
Délits non violents non sexuel	7	36,80	19	55,90	22	51,20	11	61,10	8	88,90	2,553	.28	6,669	.04
Délits violents non sexuels	6	31,60	16	47,10	21	48,80	9	50,00	4	44,40	1,581	.45	1,598	.45

N.B. PCL 25 : Groupe faiblement psychopathique = $\leq 14,99$; Groupe moyennement psychopathique = entre 15 et 24,99 ; Groupe hautement psychopathique = ≥ 25
PCL 28 : Groupe faiblement psychopathique = $\leq 14,99$; Groupe moyennement psychopathique = entre 15 et 27,99 ; Groupe hautement psychopathique = ≥ 28

Instruments

Afin de mener la présente recherche, différents instruments d'évaluation ont été utilisés, certains issus d'une base de données pré existante du Centre Régional Psychiatrique (CRP) « Les Marronniers » gérée par le CRDS et d'autres évalués dans le cadre de la présente étude. En effet, la PCL-R (Hare, 2003), la CAPP-IRS (Cooke et al., 2004) et l'IM-P (Kosson et al., 1997) ont été évaluées par l'investigateur de la présente recherche. L'équipe soignante nous a également fourni les informations relatives au type de traitement psychotrope pour chaque patient au moment de l'évaluation. L'évaluation des troubles mentaux majeurs (Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ; Sheehan et al., 1992 ; Lecrubier et al. 1998), des troubles de la personnalité (Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID – II) ; First et al., 1994 ; Cottraux & Cottraux, 1998), du quotient intellectuel (Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) ; Wechsler, 2008) ainsi que certaines informations socio-démographiques et institutionnelles (âge, durée d'hospitalisation, casier judiciaire) sont issues de la base de données pré existante.

Cette recherche se centre sur trois échelles de psychopathie :

- La *Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R ; Hare, 2003) : Elle est composée de 20 items regroupés en deux Facteurs, chacun divisé en deux Facettes (Facteur Interpersonnel : Facette Interpersonnelle et Facette Affective ; Facteur Déviance Sociale : Facette Style de vie et Facette Antisociale). Chaque item est évalué sur une échelle en 3 points (0 = absent ; 1 = peut-être ou présent sous certains aspects ; 2 = présent). Le score minimum est de 0 et le score maximum est de 40. L'évaluation est basée sur un entretien d'environ deux heures et la lecture des dossiers médicaux et judiciaires.

Qualités psychométriques de la PCL-R

En 1998, Pham a évalué les qualités psychométriques de cette échelle auprès d'une population carcérale belge. Les analyses démontrent des coefficients de fidélités inter-juges excellents : .91, .93 et .96. Au niveau de la consistance interne (alpha de Cronbach), elle est qualifiée comme élevée avec un coefficient pour le score total, pour le Facteur Interpersonnel et pour le Facteur Déviance Sociale (respectivement : alpha = .86 ; alpha = .86 ; alpha = .85). Toujours dans la même étude, Pham a mis en avant un coefficient de congruence élevé, pour le score total, entre la population belge, la population américaine, la population espagnole et la population anglaise. Il en est de même pour ce qui est des Facteurs. Ces résultats sont congruents avec la littérature internationale (Hare, 2003 ; Hare et al., 2000 ; Louth et al., 1998 ; Toupin et al., 2000).

• La *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale* (CAPP-IRS ; Cooke et al., 2004) est une échelle mesurant les symptômes de la personnalité psychopatique permettant une évaluation pluridisciplinaire. Elle est composée de 33 symptômes, décrits chacun par trois adjectifs. Ces symptômes sont regroupés en six domaines (Attachement, Comportemental, Cognitif, Dominance, Emotionnel et Soi). Chaque symptôme est évalué sur une échelle en 7 points (0 = Pas présent ; 1 = Très peu ; 2 = Peu ; 3 = Modéré ; 4 = Modéré à sévère ; 5 = Sévère ; 6 = Très sévère). Le score minimum est de 0 et le score maximum est de 198. L'évaluation est basée sur deux entretiens de deux heures, la lecture des dossiers ainsi qu'à l'aide d'informations provenant des équipes soignantes. Des indicateurs illustratifs permettent de repérer les comportements en lien avec les traits psychologiques. L'évaluateur peut également ajouter ses propres observations afin de soutenir sa cotation. À ce jour, il n'existe aucun point de coupure qui permette de définir si la personne présente ou non un fonctionnement psychopatique. La CAPP-IRS n'est pas considérée comme une échelle statique car elle peut être réévaluée six mois après la première évaluation.

Qualités psychométriques de la CAPP-IRS

Selon Sandvik et al. (2012), la corrélation entre le score total de la PCL-R et le score total de la CAPP-IRS est positive et forte ($r = .83, p < .001$). De plus, certains domaines de la CAPP-IRS sont corrélés avec certaines facettes de la PCL-R. En effet, il y a une corrélation entre la Facette Interpersonnelle et le domaine de la Dominance ($r = .79, p < .001$), la Facette Affective et le domaine de l'Attachement ($r = .73, p < .001$), et entre le domaine Comportemental et la Facette Style de vie ainsi que la Facette Antisociale ($r = .75, p < .001 ; r = .62, p < .001$).

Au niveau de la consistance interne, le coefficient alpha de Cronbach est élevé pour toutes les composantes de la CAPP-IRS. Il est de .95 pour le score total. Au niveau des domaines, ce coefficient est de .86 pour le « domaine de l'attachement », .78 pour le domaine Comportemental, .72 pour le domaine Cognitif, .87 pour le domaine de la Dominance, .75 pour le domaine Emotionnel et de .90 pour le domaine de Soi (Sandvik et al. 2012).

Pour ce qui est de la fidélité inter-juges, elle varie de bonne à excellente avec un ICC (coefficient intraclasse) de .97 pour le score total de la CAPP-IRS, .89 pour le domaine de l'Attachement, .72 pour le domaine Comportemental, .75 pour le domaine Cognitif, .93 pour le domaine de la Dominance, .88 pour le domaine Emotionnel et .88 pour le domaine de Soi (Sandvik et al. 2012).

• L'*Interpersonal Measure of Psychopathy* (IM-P ; Kosson et al., 1997) : L'IM-P est composée de 21 items partiellement regroupés en trois Facteurs (Dominance, Grandiosité et Violation des frontières). La présence de chaque item est évaluée sur une échelle en 4 points (0 = Nullement ; 1 = Un peu ; 2 = Très bien ; 3 = Pleinement). L'évaluation est basée sur l'observation des comportements

verbaux et non-verbaux durant les entretiens. Des indicateurs exemplifient des comportements afin de faciliter la cotation. L'évaluateur peut également ajouter ses propres observations afin de soutenir sa cotation.

Qualités psychométriques de l'IM-P

Selon Kosson et al. (1997), l'IM-P présente une consistance interne élevée de .91. La fidélité inter-juges est jugée comme forte avec un coefficient intraclasse de .83.

Une autre étude montre également une consistance interne élevée à .89 (Zolondek et al., 2006). La fidélité inter-juges présente un coefficient intraclasse de .77.

Enfin, le score total de l'IM-P est corrélé à .56 au Facteur Interpersonnel de la PCL-R et à .24 au Facteur Déviance sociale de la PCL-R (Vassileva et al., 2005).

Procédure

Cette recherche a été validée par le comité d'éthique de la FPSE de l'Université de Mons ainsi que par celui du Centre Régional Psychiatrique (CRP) "Les Marronniers". Les données ont été collectées au sein de diverses unités de l'HPS "Les Marronniers".

En premier lieu, une centaine de participants ont été sélectionnés au sein de la base de données du CRP « Les Marronniers » gérée par le CRDS. Cette sélection s'est effectuée à l'aide du croisement de critères d'inclusion du score total de la PCL-R et les données psychopathologiques complètes au sein de la base de données. Les critères d'exclusion comprennent la présence d'un trouble psychotique non stabilisé, les patients dont le français n'est pas la langue maternelle, les patients présentant une déficience altérant la compréhension des questions. Chaque participant a consenti à cette recherche préservant son anonymat. Cependant, certains participants volontaires ont été inclus. Cette inclusion fait suite à la vérification des critères d'exclusion des patients concernés.

Après l'identification des potentiels participants, un contact a été pris avec les psychologues de chaque unité de soins afin de leur transmettre la liste des potentiels participants et obtenir l'accord du médecin psychiatre pour la participation. Une fois l'accord donné, les patients concernés sont contactés. Sur une liste de 120 patients, l'effectif s'est réduit à 71 participants (environ 60% d'adhésion à la recherche) suite à de nombreux refus notamment par manque de motivation, pour cause de surévaluation relative à d'autres recherches ou encore pour indisponibilité en fonction des horaires de travail.

L'ensemble des évaluations relatives à la psychopathie ont été menées par six psychologues dont cinq ont un master en psychologie clinique-légale ayant en moyenne 8 ans d'expérience dans le domaine médico-légal. Ils ont préalablement suivi une formation à la PCL-R et à la CAPP-IRS ainsi qu'une

information sur l'IM-P données par Thierry Pham et Denis Delannoy. Une partie des évaluations de la psychopathie ont été facilitées par le travail de trois étudiants en master de psychologie légale ayant également reçu une formation initiale à la PCL-R et à la CAPP-IRS ainsi qu'une information sur l'IM-P. Ces étudiants ont été supervisés par Denis Delannoy. Nous avons mis en place une formation spécifique des cliniciens pour la réalisation de cette recherche pour les psychologues cliniciens et les trois étudiants.

Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés aussi bien par un psychologue formé que par des étudiants sensibilisés à la passation et la cotation de la PCL-R, la CAPP-IRS et l'IM-P. Avant les entrevues, les dossiers judiciaires, anamnestiques et psychiatriques ont été consultés.

D'abord, la recherche est expliquée au participant. Puis, un formulaire de consentement à la recherche lui est présenté. Lorsque le patient éprouve avoir du mal à comprendre, l'évaluateur lui lit le document afin qu'il soit dûment éclairé sur la situation. De plus, le participant est informé de ses droits de quitter la recherche au moment où il le souhaite.

Après, deux entretiens semi-structurés sont menés à l'aide d'un guide de questions afin de récolter des informations utiles à la cotation de la PCL-R et de la CAPP-IRS. Dans un même temps, l'observation des comportements interpersonnels verbaux et non verbaux est effectuée afin de coter l'IM-P après les entretiens. Ces deux entretiens durent environ deux heures chacun.

Cotation

La cotation a été effectuée sur base de plusieurs critères.

La PCL-R et la CAPP-IRS ont été scorées sur base des entretiens et des dossiers judiciaires et psychologiques mis à dispositions des évaluateurs. Les équipes soignantes ont également été consultées afin de recueillir des informations collatérales sur le fonctionnement de chaque patient au sein de son pavillon tels que la motivation lors des séances thérapeutiques, l'état des relations avec les autres patients, le comportement face aux règles du pavillon. Le manuel de la PCL-R et le glossaire de la CAPP-IRS ont été utilisés afin que l'évaluation des items/symptômes soit concordante avec les définitions faites par les auteurs. L'IM-P a été cotée sur base des observations effectuées durant les deux entretiens. Pour ces deux échelles, la cotation appliquée est consensuelle avec le référent ou le psychologue du patient.

Pour les évaluations inter-juges, une psychologue a effectué les cotations pour 19 patients d'une unité de soins pour patients antisociaux et/ou toxicomanes.

Analyses de données

Les analyses de données sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS-22 (2013). Après vérification, la distribution des données ne suivait pas la loi de normalité à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov. Les variables concernées étaient :

- Le score total de l'IM-P ;
- Les Facteurs Dominance, Grandiosité et Violation des frontières de l'IM-P ;
- Le Facteur Interpersonnel de la PCL-R ;
- Les Facettes Interpersonnelle, Style de vie et Antisociale de la PCL-R ;
- Les domaines Comportemental et de la Dominance de la CAPP-IRS.

Les données du score total et du Facteur Dominance de l'IM-P ainsi que les domaines Comportemental et de la Dominance de la CAPP-IRS tendaient légèrement sur la gauche. Nous avons donc appliqué une racine carrée qui a permis de normaliser ces données. Pour les autres données, la normalisation n'a pu être obtenue. Les scores totaux des différentes échelles suivant la loi de normalité, nous avons mis en place des analyses statistiques paramétriques.

Dans un premier temps, la consistance interne a été évaluée à l'aide du coefficient alpha (α) de Cronbach. Une valeur supérieure ou égale à .70 est considérée comme élevée. Elle indique que les items/symptômes mesurent la même caractéristique (Cortina, 1993).

Ensuite, nous avons mesuré la fidélité inter-juges. Pour ce faire, nous avons utilisé le coefficient intra-classe (ICC) via un modèle mixte à deux facteurs de type homogénéité des échelles CAPP-IRS et IM-P. Selon les normes présentées par McDowell (2006), des valeurs supérieures à .75 indiquent une excellente fidélité, des valeurs comprises entre .60 et .74 représentent une bonne fidélité, des valeurs entre .40 et .59 indiquent une fidélité juste à modérée, tandis que des valeurs inférieures à .40 représentent une fidélité médiocre. La CAPP-IRS et l'IM-P ont été évaluées auprès de 19 patients. Chacun d'entre eux a été évalué par un psychologue praticien de l'HPS ainsi que par des chercheurs et des étudiants. Pour cause de plannings différents le psychologue praticien n'a pu être présent au même moment que les autres évaluateurs. À la suite des mesures sanitaires découlant de l'épidémie COVID-19, les mesures de fidélité inter-juges de la PCL-R n'ont pas pu être réalisées. Néanmoins, les recherches précédentes réalisées au sein du même service montrent des coefficients inter-juges élevés au sein des populations médicales (.92) et carcérales (.95) au niveau du score total (Pham et al., 1998 ; Pham et al., 2019).

Ensuite, nous avons effectué des analyses corrélationnelles globales puis partielles à l'aide du r du Pearson entre les Facteurs/Facettes de la PCL-R et les domaines de la CAPP-IRS. Puis, nous avons effectué les mêmes analyses entre les Facteurs/Facettes de la PCL-R et les Facteurs de l'IM-P. Pour

les corrélations partielles, nous avons contrôlé l'effet des Facteurs/Facettes sur les différentes corrélations afin d'éviter leur colinéarité (Exemple : Corrélation partielle entre la Facette Interpersonnelle et le domaine de la Dominance ; Figure 1.). L'interprétation des résultats est basée sur les normes établies par Cohen (1992). Ces normes indiquent qu'une magnitude de .10 est considérée comme faible, .30 comme modérée et .50 comme élevée.

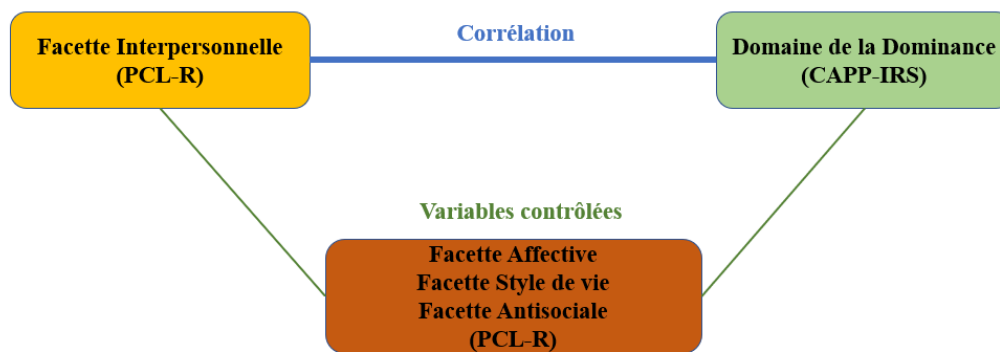


Figure 1
Corrélation partielle entre la Facette Interpersonnelle et le domaine de la Dominance

Lorsque les corrélations étaient supérieures à .40 de magnitude, nous avons mené des régressions linéaires avec la méthode « stepwise » afin de vérifier si le score total de la CAPP-IRS, et de l'IM-P ainsi que leurs domaines/Facteurs prédisent le score total de la PCL-R et de ses Facteurs. De plus, nous avons intégré la variable « âge » au regard de la différence significative entre les trois groupes.

Finalement, une **MANOVA 3x6** : Groupe PCL (Faiblement, Moyennement, Hautement psychopathique) X domaines CAPP-IRS a été menée pour les six domaines. Cette analyse examine s'il y a des effets principaux et d'interaction des facteurs sur l'ensemble des variables. Nous avons effectué une dernière **MANOVA 3x3** : Groupe PCL (Faiblement, Moyennement, Hautement psychopathique) X Facteurs de l'IM-P.

Les groupes PCL ont été catégorisés selon le score total obtenu à la PCL-R (Tableau 5.). Le point de coupure Nord-Américain se situe au score de 30. Selon certaines études, ce point de coupure est trop élevé pour identifier le TPP dans les cultures européennes (Cooke & Michie, 1999 ; Cooke et al., 2005a). Nous avons opté pour deux points de coupure. Premièrement, le point de coupure à 25 permet des effectifs analogues. Néanmoins, il dégage une proportion plus élevée de profils dits « secondaires ». Le point de coupure à 28 est conseillé dans une littérature récente relative à une population européenne (Coid et al., 2009 ; Cooke et al., 2005b). Il débouche sur des effectifs plus

hétérogènes. En effet, le groupe Hautement psychopathique est moins important numériquement. Les comparaisons deux à deux (post hoc) comprennent la correction de Bonferroni qui permet de limiter l'erreur de type I.

Résultats

Fiabilité

PCL-R

Les coefficients alpha de Cronbach pour l'échantillon actuel sont de .838 pour le score total, .824 pour le Facteur Interpersonnel (Facette Interpersonnelle = .751 ; Facette Affective = .745), .748 pour le Facteur Déviance Sociale (Facette Style de vie = .567 ; Facette Antisociale = .651).

CAPP-IRS

Les coefficients alpha de Cronbach pour l'échantillon actuel sont de .899 pour le score total, .737 pour le domaine de l'Attachement, .688 (.753 sans le symptôme Impatience/Agitation (B4)) pour le domaine Comportemental, .233 pour le domaine Cognitif, .857 pour le domaine de la Dominance, .292 pour le domaine Emotionnel et .670 (.749 sans le symptôme Idée de soi instable (S7)) pour le domaine du Soi. La fidélité inter-juges pour la CAPP-IRS (N =19) varie de modéré à excellent (McDowell, 2006) : Score total CAPP-IRS, $ICC_2 = .955$; Attachement, $ICC_2 = .894$; Comportemental, $ICC_2 = .552$; Cognitif, $ICC_2 = .808$; Dominance, $ICC_2 = .831$; Emotionnel, $ICC_2 = .874$; Soi, $ICC_2 = .889$.

IM-P

Les coefficients alpha de Cronbach pour l'échantillon actuel sont de .917 pour le score total, .816 pour le Facteur Dominance, .825 pour le Facteur Grandiosité et .766 pour le Facteur Violation des frontières. La fidélité inter-juges pour l'IM-P (N =19) varie de bon à excellent (McDowell, 2006) : Score total IM-P, $ICC_2 = .816$; Dominance, $ICC_2 = .653$; Grandiosité, $ICC_2 = .872$; Violation des frontières, $ICC_2 = .678$.

Tableau 6
Corrélations globales (r de Pearson) entre la PCL-R, la CAPP-IRS et l'IM-P

		PCL-R						CAPP-IRS						IM-P					
		Total	Facet. Interpersonnel	Facet. Déviance sociale	Facet. Interpersonnelle	Facet. Affective	Facet. Style de vie	Facet. Antisociale	Total	Attachement	Comportementale	Cognitif	Dominance	Emotionnel	Soi	Total	Dominance	Grandiosité	Violations des frontières
PCL-R	Facet. Interpersonnel	.782**	-																
	Facet. Déviance sociale	.763**	.225	-															
	Facet. Interpersonnelle	.709**	.881**	.248*	-														
	Facet. Affective	.650**	.864**	.127	.536**	-													
	Facet. Style de vie	.688**	.241*	.852**	.241*	.175	-												
	Facet. Antisociale	.659**	.171	.881**	.193	.085	.523**	-											
CAPP-IRS	Total	.406**	.461**	.108	.468**	.347**	.121	.075	-										
	Attachement	.309**	.307**	.133	.324**	.226	.167	.059	.768**	-									
	Comportementale	.388**	.343**	.205	.375**	.225	.263*	.131	.739**	.526**	-								
	Cognitif	.121	.260*	-.110	.228	.240*	-.065	-.126	.662**	.433**	.450**	-							
	Dominance	.411**	.485**	.099	.519**	.329**	.105	.081	.887**	.599**	.624**	.477**	-						
	Emotionnel	.286*	.247*	.126	.201	.233	.085	.132	.775**	.685**	.522**	.554**	.586**	-					
IM-P	Soi	.274*	.388**	.001	.427**	.258*	-.018	.016	.783**	.409**	.398**	.404**	.744**	.482**	-				
	Total	.435**	.496**	.115	.504**	.364**	.090	.130	.698**	.483**	.535**	.286*	.646**	.496**	.702**	-			
	Dominance	.245*	.292*	.038	.267*	.264*	.036	.050	.534**	.402**	.420**	.219	.452**	.332**	.553**	.881**	-		
	Grandiosité	.461**	.510**	.159	.535**	.353**	.140	.160	.607**	.392**	.434**	.172	.588**	.404**	.653**	.862**	.666**	-	
Violation des frontières	.461**	.517**	.165	.582**	.307**	.059	.223	.636**	.424**	.458**	.247*	.611**	.430**	.608**	.850**	.656**	.725**	-	

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

Tableau 7

Corrélations partielles (*r* de Pearson) entre la PCL-R, la CAPP-IRS et l'IM-P (contrôle PCL)

		PCL-R						
		Total	Fact. Interpersonnelle	Fact. Déviance sociale	Facet. Interpersonnelle	Facet. Affective	Facet. Style de vie	Facet. Antisociale
CAPP-IRS	Total	/	.451**	.005	.350**	.128	.012	-.019
	Attachement	/	.287*	.069	.234	.057	.109	-.057
	Comportemental	/	.311**	.140	.282*	.018	.183	-.036
	Cognitif	/	.294*	-.179	.157	.146	-.056	-.126
	Dominance	/	.477**	-.011	.426**	.072	-.020	-.008
	Emotionnel	/	.227	.075	.077	.155	-.024	-.099
	Soi	/	.398**	-.096	.371**	.046	-.119	-.004
IM-P	Total	/	.486**	.003	.387**	.136	-.076	.074
	Dominance	/	.291*	-.029	.156	.151	-.047	.025
	Grandiosité	/	.493**	.053	.424**	.097	-.032	.077
	Violation des frontières	/	.499**	.058	.521**	.012	-.201	.222

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

Corrélations (Tableau 6. ; Tableau 7.) ***PCL-R et CAPP-IRS***

Corrélations globales

La corrélation entre les scores totaux de la PCL-R et de la CAPP-IRS est modérée et positive. Le score total de la PCL-R indique également des corrélations modérées et positives avec les domaines de l'Attachement, Comportemental et de la Dominance. Le score total de la PCL-R est corrélé faiblement et positivement avec les domaines Emotionnel et du Soi.

Concernant les Facteurs de la PCL-R, le Facteur Interpersonnel est corrélé modérément et positivement avec le score total de la CAPP-IRS. Des corrélations modérées et positives sont également présentes entre le Facteur Interpersonnel et les domaines de l'Attachement, Comportemental, de la Dominance et du Soi. Il n'y a aucun lien entre le Facteur Déviance Sociale et les composantes de la CAPP-IRS.

Concernant les Facettes de la PCL-R, la Facette Interpersonnelle est corrélée modérément et positivement au score total de la CAPP-IRS. Cette facette indique aussi des corrélations modérées et positives avec les domaines de l'Attachement, Comportemental et du Soi. Elle est également corrélée fortement et positivement au domaine de la Dominance. La Facette Affective est corrélée modérément et positivement avec le score total et le domaine de la Dominance. Elle est également corrélée faiblement et positivement avec les domaines Cognitif et du Soi. La Facette Style de vie présente une unique corrélation faible et positive avec le domaine Comportemental. Il n'y a aucune corrélation entre la Facette Antisociale et les composantes de la CAPP-IRS.

Corrélations partielles

Le score total de la CAPP-IRS est corrélé modérément et positivement au Facteur Interpersonnel et à la Facette Interpersonnelle. Concernant les Facteurs de la PCL-R, le Facteur Interpersonnel est corrélé modérément et positivement avec les domaines de l'Attachement, Comportemental, de la Dominance et du Soi. Il est également corrélé faiblement et positivement avec les domaines de l'Attachement et Cognitif. Il n'y a aucun lien entre le Facteur Déviance Sociale et les composantes de la CAPP-IRS.

Concernant les Facettes de la PCL-R, la Facette Interpersonnelle est corrélée modérément et positivement avec les domaines de la Dominance et du Soi. Cette facette indique aussi une corrélation faible et positive avec le domaine Comportemental. La Facette Affective n'est plus corrélée avec les composantes de la CAPP-IRS. Les Facettes Style de vie et Antisociale ne présentent toujours aucune corrélation positive avec les composantes de la CAPP-IRS.

PCL-R et IM-P

Corrélations globales

Les scores totaux de la PCL-R et de l'IM-P présentent une corrélation modérée et positive. Le score total de la PCL-R indique également des corrélations modérées et positives avec les Facteurs Grandiosité et Violation des frontières. Enfin, le score total de la PCL-R est faiblement corrélé de manière positive avec le Facteur Dominance.

Concernant les Facteurs de la PCL-R, le Facteur Interpersonnel est corrélé modérément et positivement avec le score total de l'IM-P. Il est également corrélé fortement et positivement avec les Facteurs Grandiosité et Violation des frontières. Les résultats indiquent aussi une corrélation faible et positive avec le Facteur Dominance. Il n'y a aucune corrélation entre le Facteur Déviance sociale et les composantes de l'IM-P.

Concernant les facettes de la PCL-R, la Facette Interpersonnelle présente des corrélations fortes et positives avec le score total ainsi qu'avec les Facteurs de Grandiosité et Violation des frontières. Cette facette est également corrélée faiblement et positivement avec le Facteur Dominance. La Facette Affective présente des corrélations modérées et positives avec le score total et les Facteurs Grandiosité et Violation des frontières. Cette facette est également corrélée faiblement et positivement avec le Facteur Dominance. Il n'y a aucune corrélation pour les Facettes Style de vie et Antisociale avec les composantes de l'IM-P.

Corrélations partielles

Le score total de l'IM-P est corrélé modérément et positivement avec le Facteur Interpersonnel et la Facette Interpersonnelle. Concernant les Facteurs de la PCL-R, le Facteur Interpersonnel est corrélé modérément et positivement avec les Facteurs Grandiosité et Violation des frontières. Les résultats indiquent aussi une corrélation faible et positive avec le Facteur Dominance. Il n'y a aucune corrélation entre le Facteur Déviance sociale et les composantes de l'IM-P.

Concernant les facettes de la PCL-R, la Facette Interpersonnelle présente des corrélations modérées à fortes et positives avec les Facteurs de Grandiosité et Violation des frontières. La Facette Affective ne présente plus de corrélations significatives avec les composantes de l'IM-P. Cette facette est également corrélée faiblement et positivement avec le Facteur Dominance. Il n'y a toujours aucune corrélation pour les Facettes Style de vie et Antisociale avec les composantes de l'IM-P.

CAPP-IRS et IM-P

Corrélations globales

Concernant la CAPP-IRS et l'IM-P, le score total de la CAPP-IRS est corrélé fortement et positivement avec le score total de l'IM-P. Le score total de la CAPP-IRS est également corrélé fortement et positivement avec les Facteurs Dominance, Grandiosité et Violation des frontières.

Concernant les domaines de la CAPP-IRS, les résultats indiquent un grand nombre de corrélations significatives. Le domaine de l'Attachement présente des corrélations modérées et positives avec le score total de l'IM-P ainsi qu'avec les Facteurs Dominance, Grandiosité et Violation des frontières. Le domaine Comportemental est fortement et positivement corrélé avec le score total de l'IM-P. Il est également corrélé modérément et positivement avec les Facteurs Dominance, Grandiosité et Violation des frontières. Le domaine Cognitif indique des corrélations faibles et positives avec le score total de l'IM-P et le Facteur Violation des frontières. Le domaine de la Dominance est fortement et positivement corrélé avec le score total de l'IM-P et les Facteurs Grandiosité et Violation des frontières. Il est également corrélé modérément et positivement avec le Facteur Dominance. Le domaine Emotionnel présente des corrélations modérées et positives avec le score total de l'IM-P ainsi qu'avec les Facteurs Dominance, Grandiosité et Violation des frontières. Le domaine du Soi indique des corrélations fortes et positives avec score total de l'IM-P ainsi qu'avec les Facteurs Dominance, Grandiosité et Violation des frontières.

Régressions linéaires

Tableau 8

Régressions entre le score total de la PCL-R et les différentes échelles de la psychopathie

Variable dépendante	Modèle	N	R ² (Ajusté)	Variable prédictive	β	t	p
Score total PCL-R	1	71	.201	Violation des frontières (IM-P)	.461	4,312	.000
	2	71	.247	Violation des frontières (IM-P)	.434	4,158	.000
				Âge	-.238	-2,282	.026
	3	71	.298	Violation des frontières (IM-P)	.164	1,094	.278
				Âge	-.295	-2,851	.006
				Grandiosité (IM-P)	.363	2,431	.018
	4	71	.295	Âge	-.322	-3,205	.002
				Grandiosité (IM-P)	.484	4,814	.000

Nous pouvons observer que le Facteur Violation des frontières de l'IM-P prédit positivement le score total de la PCL-R. Le modèle est prédictif ($F = 18,60 ; p = .000$). Environ 20,1% de la variance du score total de la PCL-R est expliquée par le Facteur Violation des frontières (Tableau 8.).

De plus, nous constatons que le Facteur Violation des frontières de l'IM-P, associé à l'âge prédit mieux le score total de la PCL-R. Le modèle 2 est prédictif ($F = 12,47 ; p = .000$). Environ 24,70% de la variance du score total de la PCL-R est expliquée par le Facteur Violation des frontières de l'IM-P associé à l'âge.

Dans le modèle 3, nous constatons que le Facteur Violation des frontières de l'IM-P, associé à l'âge et au Facteur Grandiosité prédit mieux le score total de la PCL-R. Le modèle 2 est prédictif ($F = 10,88 ; p = .000$). Environ 29,80% de la variance du score total de la PCL-R est expliquée par le Facteur Violation des frontières de l'IM-P associé à l'âge et au Facteur Grandiosité.

Pour le modèle 4, nous constatons que l'âge associé au facteur Grandiosité de l'IM-P prédit mieux

le score total de la PCL-R. Ce modèle est prédictif ($F = 15,68$; $p = .000$). Environ 29,50% de la variance du score total de la PCL-R est expliquée par l'âge associé au Facteur Grandiosité de l'IM-P.

Tableau 9

Régressions entre le facteur Interpersonnel de la PCL-R et les différentes échelles de la psychopathie

Variable dépendante	Modèle	N	R ² (Ajusté)	Variable prédictive	β	t	p
Facteur Interpersonnel (PCL-R)	1	71	.257	Violation des frontières (IM-P)	.517	5,015	.000
	2	71	.292	Violation des frontières (IM-P) Domaine de la Dominance (CAPP-IRS)	.352 .269	2,774 2,120	.007 .038

Nous pouvons observer que le Facteur Violation des frontières de l'IM-P prédit positivement le Facteur Interpersonnel de la PCL-R. Le modèle est prédictif ($F = 25,15$; $p = .000$). Environ 25,70% de la variance du Facteur Interpersonnel est expliquée par le Facteur Violation des frontières (Tableau 9.).

De plus, nous constatons que le Facteur Violation des frontières de l'IM-P, associé au domaine de la Dominance de la CAPP-IRS prédit mieux le Facteur Interpersonnel. Le modèle 2 est prédictif ($F = 15,46$; $p = .000$). Environ 29,20% de la variance du Facteur Interpersonnel de la PCL-R est expliquée par le Facteur Violation des frontières de l'IM-P associé au domaine de la Dominance.

Tableau 10
Régressions entre le facteur Déviance sociale de la PCL-R et les différentes échelles de la psychopathie

Variable dépendante	Modèle	N	R ² (Ajusté)	Variable prédictive	β	t	p
Facteur Déviance sociale (PCL-R)	1	71	.149	Âge	-.401	-3,641	.001

Nous pouvons observer que l'âge prédit négativement le Facteur Déviance sociale de la PCL-R. Le modèle est prédictif ($F = 13,26$; $p = .001$). Environ 14,90% de la variance du Facteur Déviance sociale est expliquée par l'âge (Tableau 10.).

Tableau 11
Régressions entre la Facette Interpersonnelle de la PCL-R et les différentes échelles de la psychopathie

Variable dépendante	Modèle	N	R ² (Ajusté)	Variable prédictive	β	t	p
Facette Interpersonnelle (PCL-R)	1	71	.330	Violation des frontières (IM-P)	.582	5,950	.000
	2	71	.363	Violation des frontières (IM-P) Domaine de la Dominance (CAPP-IRS)	.424 .260	3,516 2,155	.001 .035

Nous pouvons observer que le Facteur Violation des frontières de l'IM-P prédit positivement la Facette Interpersonnelle de la PCL-R. Le modèle est prédictif ($F = 35,40$; $p = .000$). Environ 33,00%

de la variance de la Facette Interpersonnelle est expliquée par le Facteur Violation des frontières (Tableau 11.).

De plus, nous constatons que le Facteur Violation des frontières de l'IM-P, associé au domaine de la Dominance de la CAPP-IRS prédit mieux la Facette Interpersonnelle. Le modèle 2 est prédictif ($F = 20,96$; $p = .000$). Environ 36,30% de la variance de la Facette Interpersonnelle de la PCL-R est expliquée par le Facteur Violation des frontières de l'IM-P associé au domaine de la Dominance.

Tableau 12
Régressions entre la Facette Affective de la PCL-R et les différentes échelles de la psychopathie

Variable dépendante	Modèle	N	R ² (Ajusté)	Variable prédictive	β	t	p
Facette Affective (PCL-R)	1	71	.120	Score total IM-P	.364	3,247	.002

Nous pouvons observer que le score total de l'IM-P prédit positivement la Facette Affective de la PCL-R. Le modèle est prédictif ($F = 10,54$; $p = .002$). Environ 12,00% de la variance de la Facette Affective est expliquée par le score total de l'IM-P (Tableau 12.).

Tableau 13
Régressions entre la Facette Style de vie de la PCL-R et les différentes échelles de la psychopathie

Variable dépendante	Modèle	N	R ² (Ajusté)	Variable prédictive	β	t	p
Facette Style de vie (PCL-R)	1	71	.140	Âge	-.390	-3,515	.001

Nous pouvons observer que l'âge prédit négativement la Facette Style de vie de la PCL-R. Le modèle est prédictif ($F = 12,36$; $p = .001$). Environ 14,00% de la variance de la Facette Style de vie est expliquée par l'âge (Tableau 13.).

Tableau 14
Régressions entre la Facette Antisociale de la PCL-R et les différentes échelles de la psychopathie

Variable dépendante	Modèle	N	R ² (Ajusté)	Variable prédictive	β	t	p
Facette Antisociale (PCL-R)	1	71	.094	Âge	-.326	-2,869	.005

Nous pouvons observer que l'âge prédit négativement la Facette Style de vie de la PCL-R. Le modèle est prédictif ($F = 8,23$; $p = .005$). Environ 9,40% de la variance de la Facette Style de vie est expliquée par l'âge (Tableau 14.).

Comparaison de groupes

Tableau 15
Comparaisons des échelles CAPP-IRS et IM-P au sein des sous-groupes PCL (cut-off 25)

Groupe PCL	Groupe faiblement psychopathique (N=19)		Groupe moyennement psychopathique (N=34)		Groupe hautement psychopathique (N=18)		F	p
	M	σ	M	σ	M	σ		
CAPP-IRS/IM-P								
Score total CAPP-IRS	59,37	26,66	62,26	27,93	88,44	30,42	6,301	.003
Domaine de l'Attachement	7,73	5,28	7,71	4,39	11,61	5,96	3,975	.023
Domaine Comportemental	7,32	5,18	9,91	6,44	14,44	6,34	5,917	.004
Domaine Cognitif	9,58	3,45	9,68	4,54	10,83	5,26	0,478	.622
Domaine de la Dominance	8,79	8,29	10,76	8,51	17,28	8,22	4,875	.011
Domaine Emotionnel	11,58	5,05	11,18	4,48	15,28	4,73	4,816	.011
Domaine du Soi	14,37	9,46	13,03	7,61	19,00	7,63	3,217	.046
Score total IM-P	10,74	8,77	11,68	10,80	24,06	14,63	6,881	.002
Dominance	4,21	3,12	3,82	3,37	6,39	4,84	2,448	.094
Grandiosité	2,74	3,14	3,44	3,96	7,28	4,73	7,292	.001
Violation des frontières	2,58	3,27	3,00	3,27	7,06	4,88	8,590	.000

Dans le groupe PCL 25, nous constatons qu'il y a plusieurs différences significatives entre les groupes au niveau des composantes de la CAPP-IRS et de l'IM-P (Tableau 15.).

Pour la CAPP-IRS, il y a une différence significative au niveau du score total. Plus précisément, il y a une différence significative entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement

psychopathique » ($p = .003$). Au niveau du domaine de l'Attachement, la différence significative se situe entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .030$). Au niveau du domaine Comportemental, la différence significative se situe entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .003$). Au niveau du domaine de la Dominance, il y a une différence significative entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .010$). Au niveau du domaine Emotionnel, la différence significative se situe entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .011$). Au niveau du domaine du Soi, la différence significative se situe entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .043$).

Pour l'IM-P, il y a une différence significative entre les groupes au niveau du score total. Plus précisément, il y a une différence significative entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($F = ; p = .008$). Il y a également une différence entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .003$). Au niveau du Facteur Grandiosité, la différence significative se situe entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .003$). Il y a également une différence entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .004$). Au niveau du Facteur Violation des frontières, il y a une différence significative entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .002$). Il y a également une différence significative entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .001$).

Tableau 16
Comparaisons des échelles CAPP-IRS et IM-P au sein des sous-groupes PCL (cut-off 28)

Groupe PCL	Groupe faiblement psychopathique (N=19)		Groupe moyennement psychopathique (N=43)		Groupe hautement psychopathique (N=9)		F	p
	M	σ	M	σ	M	σ		
CAPP-IRS/IM-P								
Score total								
CAPP-IRS	59,37	26,66	65,53	30,36	99,00	17,62	6,502	.003
Domaine de l'Attachement	7,73	5,28	8,23	5,05	13,00	4,77	3,751	.028
Domaine Comportemental	7,32	5,18	10,35	6,50	16,89	5,01	6,519	.003
Domaine Cognitif	9,58	3,45	10,12	4,99	9,89	3,86	0,094	.910
Domaine de la Dominance	8,79	8,29	11,23	8,40	21,56	5,91	6,801	.002
Domaine Emotionnel	11,58	5,05	11,95	4,98	15,67	3,46	2,495	.090
Domaine du Soi	14,37	9,46	13,65	7,59	22,00	6,87	4,054	.022
Score total IM-P	10,74	8,77	12,58	11,34	32,11	11,50	10,080	.000
Dominance	4,21	3,12	3,95	3,56	8,33	4,69	4,375	.016
Grandiosité	2,74	3,14	3,60	3,86	10,33	3,71	14,705	.000
Violation des frontières	2,58	3,27	3,49	3,81	8,78	4,09	9,257	.000

Dans le groupe PCL 28, nous constatons qu'il y a plusieurs différences significatives entre les groupes au niveau des composantes de la CAPP-IRS et de l'IM-P (Tableau 16.).

Pour la CAPP-IRS, il y a une différence significative au niveau du score total. Plus précisément, il y a une différence significative entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .003$). Il y a également une différence entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .006$). Au niveau du domaine Comportemental, la différence significative se situe entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .002$). Il y a également une différence entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .030$). Au niveau du domaine de la Dominance, la différence significative se situe entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .001$). Il y a également une différence entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .011$). Au niveau du domaine du Soi, la différence significative se situe entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .018$).

Pour l'IM-P, il y a une différence significative entre les groupes au niveau du score total. Plus précisément, il y a une différence significative entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .000$). Il y a également une différence entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .000$). Au niveau du Facteur Dominance, la différence significative se situe entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .013$). Au niveau du Facteur Grandiosité, la différence significative se situe entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .000$). Il y a également une différence entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .000$). Au niveau du Facteur Violation des frontières, il y a une différence significative entre les groupes « Faiblement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .000$). Il y a également une différence significative entre les groupes « Moyennement psychopathique » et « Hautement psychopathique » ($p = .001$).

Discussion

Fiabilité

Pour la PCL-R, la consistance interne est « bonne » pour le score total, le Facteur Interpersonnel, le Facteur Déviance sociale et les Facettes Interpersonnelle et Affective. Toutefois, la consistance interne ne semble pas atteinte pour les Facettes Style de vie et Antisociale. Au niveau du score total et du modèle bifactoriel, ces résultats sont congruents avec ceux trouvés auprès d'une population carcérale belge (Pham, 1998). Il est possible que la faible consistance des Facettes Style de vie et Antisociale soit liée au fait que leurs données ne suivent pas la loi normale.

Pour la CAPP-IRS, la consistance interne est bonne pour le score total, le domaine de l'Attachement, le domaine Comportemental (sans le symptôme Impatience/Agitation (B4)), le domaine de la Dominance, et le domaine du Soi (sans le symptôme Idée de soi instable (S7)). Lorsque les symptômes B4 et S7 sont enlevés de leur domaine, la consistance interne s'améliore. Ce résultat peut être la conséquence d'une présence moindre de ces symptômes dans la population médico-légale de cette étude. En effet, la proportion d'absence de ces symptômes dépasse les 50% parmi les participants. Ces résultats sont congruents avec l'étude de Sandvik et al. (2012) auprès d'une population carcérale suédoise. En revanche, les domaines Cognitif et Emotionnel n'atteignent pas une consistance interne fiable. Nous avançons l'hypothèse de l'hétérogénéité de notre population psychiatrique. En effet, ces patients sont un sous-effectif non représentatif de la population médico-légale belge (Howell et al., 2008). Ces résultats ne sont pas congruents avec l'étude de Sandvik et al. (2012). Concernant la fidélité inter-juges, selon les normes de McDowell et al. (2006), les valeurs vont de modérées (domaine Comportemental) à excellentes (Score total ; domaine de l'Attachement ; domaine Cognitif ; domaine de la Dominance ; domaine Emotionnel ; domaine du Soi). Ces résultats sont partiellement cohérents avec la littérature auprès d'une population carcérale suédoise (Sandvik et al., 2012). En effet, la différence réside dans le domaine Comportemental qui a une fidélité modérée alors qu'elle est excellente dans l'étude suédoise (Sandvik et al., 2012). Cela peut être dû à la diversité des évaluateurs dans un des groupes inter-juges de notre étude (Howell et al., 2008). En effet, rappelons que les évaluations ont été effectuées par un chercheur et des étudiants.

Pour l'IM-P, la consistance interne est bonne pour le score total et tous les facteurs. Ces résultats sont congruents avec les études antérieures auprès de différentes populations (Hampton et al., 2018 ; Vitacco & Kosson, 2010 ; Kosson et al., 1997 ; Zolondek et al., 2006). Concernant la fidélité inter-juges, selon les normes de McDowell et al., (2006), les valeurs vont de bonnes (Facteur Dominance ; Facteur Violation des frontières) à excellentes (Score total ; Facteur Grandiosité). Les résultats sont congruents avec la littérature pour le score total et le Facteur Grandiosité (Davoglio et al., 2010 ; Kosson et al., 1997 ; Zolondek et al., 2006 ; Hampton et al., 2018). Quant au Facteur Dominance, il est congruent avec le résultat observé par Hampton et al. (2018). La fidélité inter-juges semble donc satisfaisante au sein de cet échantillon. Toutefois, la variabilité pour les Facteurs Dominance et Violation des frontières peut s'expliquer par le fait que l'évaluation de l'IM-P se base sur des comportements verbaux et non-verbaux liés au contexte évaluatif. Or, les évaluations effectuées par le chercheur et les cliniciens n'ont pas été effectuées dans un même temps pour des soucis d'organisation du planning de l'évaluateur clinicien.

Relations entre les échelles

PCL-R et CAPP-IRS

Les corrélations obtenues entre la PCL-R et la CAPP-IRS sont différentes de celles obtenues par Sandvik et al. (2012) auprès d'une population carcérale. En effet, les résultats de Sandvik et al. (2012) rapportent des corrélations significatives et de magnitudes faibles à élevées entre la quasi-totalité des composantes de la PCL-R et de la CAPP-IRS.

Les résultats de la présente étude indiquent que le score total de la PCL-R est corrélé aux domaines de la CAPP-IRS excepté au domaine Cognitif. Ce domaine n'est corrélé significativement qu'au Facteur Interpersonnel et à la Facette Affective. Les corrélations partielles mettent en avant une corrélation significative plus forte avec le Facteur Interpersonnel lorsqu'on contrôle la variance du Facteur Déviance Sociale. Nous nous attendions à une corrélation entre le domaine Cognitif et la Facette style de vie au regard de la littérature (Pham et al., 2003 ; Snowden & Gray, 2011 ; Snowden et al., 2013). En effet, la Facette Style de vie est décrite, en partie, par une impulsivité cognitive. Mais en regardant de plus près les symptômes de ce domaine (Soupçonneux, Manque de concentration, Intolérant, Inflexible et Manque de planification) et leurs adjectifs descriptifs, ils se rapprochent plus de la définition de la cognition sociale que des fonctions exécutives. La cognition sociale se caractérise par « *un ensemble de compétences indispensables à la régulation des conduites et des interactions sociales* » (Etchepare et al., 2014). En effet, la corrélation positive entre ces composantes indique que plus les personnes avec un TPP présentent des difficultés interpersonnelles et émotionnelles, plus ils manifestent des problèmes de cognitions sociales. Les capacités cognitivo-sociales s'avèrent diminuées s'il y a présence d'une pathologie (Etchepare et al., 2014). En effet, la recherche auprès de jeunes présentant des traits psychopathiques tend à soutenir cette hypothèse (van Zwieten et al., 2013).

Les corrélations globales mettent en avant des corrélations faibles à modérées entre le facteur Interpersonnel et la majorité des domaines de la CAPP-IRS (Attachement, Comportemental, Dominance, Emotionnel et du Soi). Un pattern de corrélation similaire se retrouve avec la Facette Interpersonnelle ainsi que quelques corrélations avec la Facette Affective. Toutefois, les corrélations avec la Facette Affective ne persistent pas lors des analyses en corrélation partielle. Ce résultat indique que la composante affective de la PCL-R partage une grande partie de la variance des composantes interpersonnelles. Au sein de cette population médico-légale, la CAPP-IRS reflète plutôt les comportements et attitudes interpersonnelles de la psychopathie. Ce résultat nous permet de mettre en avant une hypothèse reposant sur deux points importants. Les comportements antisociaux seraient une conséquence des traits de la personnalité psychopathique (Cooke & Michie, 2001 ; Skeem et al.,

2010). Sur base de ce postulat, la CAPP-IRS, fondée sur les modèles de la théorie de la personnalité, n'inclut pas l'évaluation des comportements antisociaux, mais plutôt des traits de personnalité. Par conséquent, il serait difficile de trouver une corrélation avec les composantes antisociales de la PCL-R.

PCL-R et IM-P

Les corrélations globales obtenues entre la PCL-R et l'IM-P sont similaires aux études antérieures concernant le score total, le facteur Interpersonnel ainsi que les Facettes Interpersonnelle et Affective (Kosson et al., 1997 ; Hampton et al., 2018 ; Vitacco et al., 2010 ; Zolondek et al., 2006). Dans les corrélations globales, le score total de l'IM-P présente des corrélations avec le facteur Interpersonnel ainsi qu'avec les Facettes Interpersonnelle et Affective. Lorsque la variance partagée est contrôlée, le score total de l'IM-P ne conserve que les corrélations avec le Facteur Interpersonnel et la Facette Interpersonnelle. Ce résultat met en avant la congruence entre les différentes mesures. Les Facteurs Grandiosité et Violation des frontières présentent les corrélations globales les plus élevées avec le Facteur Interpersonnel et la Facette Interpersonnelle. Ces corrélations restent présentes lorsqu'on contrôle la variance partagée des Facteurs et Facettes de la PCL-R. D'ailleurs, les régressions montrent qu'un score élevé au facteur Violation des frontières, associé à un score élevé au domaine de la Dominance de la CAPP-IRS, prédit un score élevé au Facteur Interpersonnel ainsi qu'à la Facette Interpersonnelle. Cela signifie donc qu'une personne avec un score élevé à la Facette Interpersonnelle respectera moins la distance interpersonnelle dans une perspective de dominance d'autrui. L'association entre la dominance et une faible distance interpersonnelle n'est pas nouvelle en psychologie (Fromme & Beam, 1974). Il n'est donc pas étonnant que cette association soit retrouvée auprès des personnes présentant un TPP. De plus, la taxinomie de la violence de Baumeister (1997) met également la domination comme l'une des racines fondamentales de la violence. L'auteur la nomme « égotisme » et la définit comme la volonté de s'imposer face à ses rivaux. Du point de vue de la psychologie sociale, la relation entre la dominance et les comportements violents est observée depuis longtemps déjà. Les corrélations avec la Facette Affective ne sont plus significatives après le contrôle de la variance. Les régressions, quant à elles, indiquent qu'un score total élevé à l'IM-P prédit un score élevé à la Facette Affective de la PCL-R. La littérature énonce que les personnes présentant un déficit affectif manifestent des distances interpersonnelles plus courtes (Vieira & Marsh, 2014). La mesure du déficit affectif de la PCL-R est assez globale. Il est possible que cette globalité ne permette pas de spécifier le lien et l'influence des affects sur les comportements interpersonnels des participants.

De plus, nous ne retrouvons pas de corrélation entre les composantes de l'IM-P et le facteur Déviance Sociale présentes dans les études antérieures (Hampton et al., 2018 ; Vitacco et al., 2010 ; Zolondek

et al., 2006). Rappelons que le facteur Déviance Sociale est tout autant composé de comportements antisociaux que de comportements impulsifs. D'ailleurs, ces résultats confirment les conclusions de Reidy et al. (2013) qui montrent que les caractéristiques interpersonnelles et affectives de la psychopathie ont un effet inhibiteur sur l'agressivité réactive.

En résumé, l'IM-P, évaluée auprès d'une population médico-légale belge, semble être spécifiquement corrélée aux caractéristiques interpersonnelles de la PCL-R. Les précédentes études se basent sur une population carcérale. Il pourrait s'agir d'une spécificité des patients médico-légaux.

On peut également constater que l'âge prédit négativement le Facteur Déviance sociale ainsi que les Facettes Style de vie et Antisociale de la PCL-R. Cela signifie que plus l'âge du patient augmente et moins il présentera d'impulsivité et de propension aux actes délictueux. D'ailleurs, Harpur & Hare (1994) démontrent que le score au Facteur Déviance sociale décroît avec l'âge.

CAPP-IRS et IM-P

Dans un premier temps, nous pouvons constater que les scores totaux entre les deux échelles sont fortement corrélés. Cela signifie que les deux échelles évaluent des traits communs inhérents au TPP (Blackburn, 2007 ; Vitacco et al., 2010).

Nous observons des relations modérées entre le domaine de l'Attachement de la CAPP-IRS et le score total de l'IM-P ainsi que les différents facteurs. La littérature a démontré que des difficultés d'attachement étaient présentes chez les personnes avec un TPP (Bakermans-Kranenbug & Van Ijzendoorn, 2009). L'attachement renvoie à des styles interactionnels et donc à des comportements interpersonnels similaires à ceux évalués par l'IM-P.

Le domaine Comportemental présente une relation modérée à forte avec le score total de l'IM-P et ses Facteurs. En effet, ce domaine se compose de symptômes relatifs à des interactions problématiques avec autrui tels que l'agressivité, le comportement perturbateur ou le manque de fiabilité (Cooke et al., 2004).

Les plus fortes relations significatives avec le score total de l'IM-P se situent au niveau du domaine de la Dominance et du domaine du Soi. Ces domaines se caractérisent par exemple par de la domination, de la manipulation, du mensonge pour l'un, et de l'autoglorification, de l'égoïsme, d'un sentiment d'ayant droit, d'invulnérabilité pour l'autre (Cooke et al., 2004). Plus précisément, des corrélations fortes sont présentes entre ces domaines et les Facteurs Grandiosité et Violation des frontières de l'IM-P. Cela signifie que les personnes avec un besoin de dominer les autres et des traits narcissiques ont une tendance à manifester des difficultés à respecter les limites interpersonnelles.

De plus, la relation modérée entre le domaine Emotionnel et les différentes composantes de l'IM-P

confirme que les émotions ont un impact sur les comportements interpersonnels (Vieira et al., 2014). Il se peut que la relation soit plus marquée entre ces deux échelles car la CAPP-IRS se veut plus précise et dynamique. Le domaine Emotionnel est plus précis quant aux critères du déficit émotionnel chez les personnes présentant un TPP.

Il y a également une relation positive et significative entre le facteur Dominance de l'IM-P et le domaine de la Dominance de la CAPP-IRS. Les deux échelles mesurent donc des construits similaires et complémentaires par leur approche respective. De plus, cette relation démontre les tendances des personnes avec un TPP à vouloir dominer les autres (Babiak & Hare 2006).

Les résultats indiquent une relation forte entre le facteur Grandiosité de l'IM-P et le domaine du Soi de la CAPP-IRS. La manière dont se perçoivent les personnes avec un TPP a une influence sur la manière d'interagir comme le rejet de la faute sur autrui (DeLisi et al., 2013).

Comparaisons de groupes

Les groupes se différencient de manière significative au niveau du score total de la CAPP-IRS. En effet, les patients avec un score supérieur ou égal à 25 à la PCL-R (Hautement psychopathique) ont un score significativement plus élevé que ceux avec un score inférieur ou égal à 14,99 (Faiblement psychopathique). Cela montre que le score total de la CAPP-IRS permet de discriminer les personnes avec des traits psychopathiques de celles qui n'en présentent pas. Cette différence tend à se confirmer avec des patients ayant un score supérieur ou égal à 28 (Hautement psychopathique). L'inclusion de patients avec un point de coupure à 25 entraîne une augmentation du nombre de profils dits « secondaires » dont les comportements antisociaux sont prédominants. Le point de coupure à 28, adapté à une population européenne, permet d'avoir une vision plus réelle des profils dits « prototypiques » (Cooke et al., 2005b). Toutefois, la comparaison avec ce dernier point de coupure, avec un effectif réduit, rend la finalité interprétative prudente et relative.

Les groupes se différencient également au niveau de plusieurs domaines de la CAPP-IRS. Au niveau du domaine de l'Attachement, les patients avec un score supérieur ou égal à 25 à la PCL-R ont un score significativement plus élevé que ceux avec un score inférieur ou égal à 24,99 (Moyennement psychopathique). Comme mentionné précédemment, les personnes avec des traits psychopathiques peuvent présenter des difficultés d'attachement (Bakermans-Kranenbug et al., 2009). Au niveau du domaine Comportemental, les patients avec un score supérieur ou égal à 25 à la PCL-R ont un score significativement plus élevé que ceux avec un score inférieur ou égal à 14,99. Cette différence tend à se confirmer avec des patients ayant un score supérieur ou égal à 28. Abramowitz et al. (2004) indiquent que les personnes avec un TPP présentent souvent des troubles du comportement durant l'enfance se poursuivant à l'âge adulte. De plus, les personnes présentant des problèmes

d'hyperactivité ont un score plus élevé à la PCL-R (Eisenbarth et al., 2008). Ceci rejoint les résultats au niveau de la moyenne du domaine Comportemental. Au niveau du domaine de la Dominance, les patients avec un score supérieur ou égal à 25 à la PCL-R ont un score significativement plus élevé que ceux avec un score inférieur ou égal à 14,99. Pour les patients ayant un score supérieur ou égal à 28, ils se différencient également des personnes avec un score inférieur ou égal à 24,99. Cela montre l'importance d'avoir une échelle avec un score seuil afin de catégoriser correctement les personnes avec un TPP. Certains profils étant plus enclin à des attitudes que d'autres. Cela rejoint les résultats précédents indiquant que les personnes avec un TPP ont une tendance plus marquée à dominer les autres. La dominance passe par plusieurs variables souvent présentes chez les personnes avec un TPP comme l'hostilité, l'utilisation d'un vocabulaire instrumentalisé ou la manipulation (Hancock et al., 2011 ; Shine & Hobson, 1997 ; Hicks & Patrick, 2006 ; Harpur et al., 2002 ; Porter & Woodworth, 2007). Au niveau du domaine Emotionnel, les patients avec un score supérieur ou égal à 25 à la PCL-R ont un score significativement plus élevé que ceux avec un score inférieur ou égal à 24,99. Ces résultats indiquent que plus une personne a des caractéristiques d'un TPP, plus elle a des difficultés quant à l'élaboration de stratégies de l'intelligence émotionnelle (Ermer et al., 2012). Concernant l'IM-P, Le score total permet de discriminer plusieurs groupes. Les patients avec un score supérieur ou égal à 25 à la PCL-R ont un score significativement plus élevé que ceux avec un score inférieur ou égal à 14,99. Les patients avec un score supérieur ou égal à 25 à la PCL-R ont également un score significativement plus élevé que ceux avec un score inférieur ou égal à 24,99. Ces différences tendent à se confirmer avec des patients ayant un score supérieur ou égal à 28. Cela démontre donc que plus il y a de traits psychopathiques, plus l'IM-P permet de discriminer ces personnes quant aux comportements verbaux et non verbaux qui caractérisent le TPP. Concernant les Facteurs Grandiosité et Violation des frontières, des différences significatives similaires sont observables. Pour le facteur Dominance, Les patients avec un score supérieur ou égal à 28 à la PCL-R ont un score significativement plus élevé que ceux avec un score inférieur ou égal à 27,99. Les comportements interpersonnels dominants semblent plus marqués au score élevé de psychopathie. En effet, la différence entre les groupes ne se manifeste qu'avec un point de coupure plus élevé. En résumé, l'IM-P permet de discriminer la manière dont les personnes avec un TPP se perçoivent et respectent la limite avec autrui de façon plus large. Alors que les comportements dominants semblent plus identifiables chez les personnes avec un score de psychopathie plus élevé. Les corrélations internes de l'IM-P mettent également en évidence une forte relation entre les Facteurs Grandiosité et Violation des frontières. Cela signifierait que plus une personne est focalisée sur sa propre individualité, plus elle fera preuve d'intrusion dans la sphère « intime » d'autrui. Lorsque les personnes avec un TPP entrent en relation avec les autres, ils n'hésitent pas à envahir l'espace interpersonnel d'autrui (Vieira et al., 2014). On pourrait ajouter que plus le score de psychopathie est élevé, plus les intrusions auront

un caractère dominant.

Conclusion

Cette recherche ne visait pas à développer ou valider des échelles pour remplacer la PCL-R mais bien à souligner l'intérêt de leur diversité afin d'aider à la prise en charge du TPP. Les résultats mettent en évidence des concepts communs (e.g. Grandiosité de l'IM-P corrélée à la Facette Interpersonnelle de la PCL-R) mais aussi différents entre les échelles (e.g. domaine Comportemental de la CAPP-IRS et la Facette Antisociale de la PCL-R). La composante interpersonnelle constitue le principal concept commun au regard des résultats. Ces échelles n'ont pas été construites dans le même but. La PCL-R a pour objectif d'identifier les personnes avec un TPP. La CAPP-IRS, plus proche du jugement clinique structuré dynamique, ne permet pas de poser un diagnostic. Elle permet de saisir les traits de la personnalité psychopathique au sein de différents contextes institutionnels. Elle n'est pas restreinte par un cadre temporel statique (Cooke & Logan, 2018). Cela permet de suivre les fluctuations des symptômes en fonction des différents contextes. L'IM-P, quant à elle, se focalise sur des expressions comportementales spécifiques mesurables dans différents contextes évaluatifs (expertise, admission, etc.). Ces échelles peuvent donc être utilisées à titre complémentaire. La réplication des résultats auprès d'une population carcérale n'est pas certaine pour plusieurs raisons. En effet, l'étude antérieure montre des corrélations significatives principalement au niveau des composantes relatives à la déviance sociale (Sandvik et al., 2012). Ces résultats diffèrent des nôtres. Tout d'abord, les analyses corrélationnelles de Sandvik et al. (2012) sont globales. Il n'est pas certain que leurs résultats restent aussi stables s'ils appliquaient un contrôle de la variance partagée sur leurs variables. Nos résultats semblent plus spécifiques mais relativement stables. Ensuite, les prises en charge carcérale et psychiatrique sont différentes car leurs populations le sont en termes d'âge, de score de QI ou encore de comorbidité psychiatrique. Rappelons que nos participants sont majoritairement des personnes qui n'ont pas atteint le score seuil à la PCL-R. Dans ce cadre, ils sont plus sujets à une comorbidité psychiatrique plus importante mais avec des possibilités plus grandes de prises en charge efficaces. D'ailleurs, les résultats des comparaisons de groupes ont montré des variations en fonction du seuil utilisé. Un score de minimum 28 en Europe est donc plus que nécessaire pour identifier les personnes avec un TPP (Coid et al., 2009 ; Cooke et al., 2005b). En Belgique, la loi sur l'internement stipule qu'un interné ne sera libéré que s'il montre une évolution positive du point de vue de sa pathologie psychiatrique mais aussi de son risque de violence. Les personnes avec un TPP sont réputées pour ne pas être réceptives aux changements mais ils représentent à peine 10% de la population carcérale et psychiatrique sécurisée (Hare, 2003 ; Pham et al., 2010). Ce pessimisme thérapeutique ambiant ne doit pas nous empêcher de prendre en charge ces personnes « intraitable » sous prétexte qu'elles sont peu présentes. Les échelles catégorielles, comme la PCL-R, permettent de statuer sur une situation

ou sur un diagnostic (Hare, 2003). Ce type d'échelles est essentiel pour l'orientation de la prise en charge. Mais les échelles cliniques structurées offrent une meilleure perspective quant à l'évolution de cette dernière car elles sont plus sensibles aux changements (Pham et al., 2012). Qu'il s'agisse de la CAPP-IRS ou de l'IM-P, les scores aux domaines/Facteurs peuvent mettre en avant si des comportements sont fonctionnels ou dysfonctionnels. Il serait intéressant d'utiliser les domaines/Facteurs fonctionnels dans la mise en place de stratégies thérapeutiques visant à solutionner les domaines plus dysfonctionnels. Exemple : Est-ce que des figures d'attachement (domaine fonctionnel) ne peuvent pas être utilisées pour développer et combler les déficits émotionnels (domaines émotionnels dysfonctionnels). La CAPP-IRS peut être réévaluée dans les six mois qui ont suivi la première évaluation après une thérapie. De plus, l'évaluation peut se faire en collaboration avec l'équipe soignante. Cette évaluation multidisciplinaire permet une communication au sein de l'équipe d'intervenants autour d'une même échelle. La CAPP-IRS n'est pas utilisable uniquement avec des personnes dans un contexte médico-légal ou carcéral. Elle offre une approche structurée de la personnalité auprès d'une population de clinique générale. L'IM-P peut également être utilisée afin de vérifier s'il y a des changements au niveau des interactions avec autrui. Par exemple, cette échelle pourrait être utilisée pour déterminer certains points à aborder lors d'une thérapie centrée sur les habiletés sociales. Elle permet d'objectiver les observations faites par un ou plusieurs membres de l'équipe soignante dans différents contextes. L'une des principales perspectives serait d'évaluer plus de personnes avec un score élevé à la PCL-R. Il sera plus aisé de généraliser les résultats aux personnes présentant un réel TPP. Cela permettrait également de vérifier si différents profils peuvent être identifiés à l'aide des différentes échelles. La CAPP-IRS offre cette possibilité par son approche dimensionnelle du trouble de la personnalité (Cooke et al., 2012). De manière générale, si nous devons comparer cette recherche avec la précédente (Delannoy et al., 2017), nous pouvons affirmer que l'approfondissement des analyses tend à confirmer les résultats antérieurs.

Perspectives

Cette recherche nous a permis de mettre en avant des liens entre les différents Facteurs/domaines de trois échelles de la psychopathie. Malgré l'application de corrélations partielles, ces résultats sont généraux. Il serait intéressant d'effectuer des corrélations entre les items/symptômes des différentes échelles. Par exemple, le domaine Emotionnel (CAPP-IRS) et la Facette Affective (PCL-R) ne sont plus corrélés après le contrôle de la variance partagée. L'hypothèse est que la somme des items « noie » les potentielles corrélations significatives inter-items. Cette démarche permettrait d'afficher les convergences et divergences spécifiques entre les trois échelles. Il serait alors possible d'en connaître une complémentarité plus affinée. Les comparaisons de groupes ont mis en avant qu'un seuil minimal à la PCL-R est nécessaire pour identifier les caractéristiques psychopathiques. Dans ce

cadre, il faudrait également augmenter le nombre de patients avec un score supérieur ou égal à 28 à la PCL-R. En effet, la majorité de nos participants ne dépassent pas le seuil requis à cette échelle.

Références

- Abramowitz, C.S., Kosson, D.S. & Seidenberg, M. (2004). The relationship between childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder and conduct problems and adult psychopathy in male inmates. *Personality and Individual Differences*, 36, 1031-1047. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00198-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00198-3)
- Amorim, P., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., & Sheehan, D. (1998). DSM-IV-R Psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 13(1), 26-34. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)86748-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)86748-X)
- Babiak, P. & Hare, R.D. (2006). *Snakes in suits*. Regan.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33–40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)
- Bakermans-Kranenburg, M.J. & Van IJzendoorn, M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223-263. <https://doi.org/10.1080/14616730902814762>
- Barbaree, H. E. (2005). Psychopathy, treatment behavior, and recidivism: An extended follow-up of Seto and Barbaree. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(9), 1115-1131. <https://doi.org/10.1177/0886260505278262>
- Beech, A., Oliver, C., Fisher, D., & Beckett, R. (2005). STEP 4: The Sex Offender Treatment Programme in prison: Addressing the offending behaviour of rapists and sexual murderers. *Prepared for HMPS (Her Majesty's Prison Service)*. London, UK. *Sexual Homicide: An Overview of Empirical Research*, 115, 1-209.
- Blackburn, R. (2007). Other Theoretical Models of Psychopathy. In Patrick, C.J. (2007). *Handbook of psychopathy* (pp. 35-57). The Guildford Press.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.

- Cardena, E., Classen, C., Koopman, C., & Spiegel, D. (1996). Review of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma and adaptation* (pp. 293–297). Sidran Press.
- Cleckley, H. (1988). *The mask of sanity* (5th ed.). Emily S. Cleckley. (Original work published 1941).
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., Moran, P., Bebbington, P., ... & Hare, R. (2009). Psychopathy among prisoners in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, *32*(3), 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.02.008>
- Cooke, D. J., Hart, S. D., & Logan, C. (2004). *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality - Institutional Rating Scale (CAPP-IRS)*. Unpublished manuscript.
- Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C. (2012). Explicating the construct of psychopathy: Development and validation of a conceptual model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*, *11*(4), 242-252. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746759>
- Cooke, D. J., & Logan, C. (2018). *Capturing psychopathic personality: Penetrating the mask of sanity through clinical interview*. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (p. 189–210). The Guilford Press.
- Cooke, D. J., & Michie, C. (1999). Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*(1), 58-68. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.1.58>
- Cooke, D.J. & Michie, C. (2001) Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, *13*, 171-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.171>
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2010). Limitations of diagnostic precision and predictive utility in the individual case: A challenge for forensic practice. *Law and Human Behavior*, *34*(4), 259-274.
<https://doi.org/10.1007/s10979-009-9176-x>
- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D., & Clark, D. (2005a). Searching for the pan-cultural core of psychopathic personality disorder. *Personality and Individual Differences*, *39*(2), 283-295.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.01.004>

- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, D., & Clark, D. (2005b). Assessing psychopathy in the UK: Concerns about cross-sectional generalisability. *British Journal of Psychiatry*, 186, 335–341. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.335>
- Cooke, D.J., Michie, C. & Hart, S.D. (2006) Facets of clinical psychopathy: Toward a clearer measurement. Dans C. Patrick , editor. *Handbook of psychopathy* (pp. 91–106). The Guilford Press.
- Cottraux, M. & Cottraux, J. (1998). *Entretien Clinique structuré pour les troubles de la personnalité de l’Axe II du DSM-IV*. Traduction en français. Centre Hospitalo Universitaire de Lyon.
- Cortina, J. M (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and application. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Davoglio, T. R., Gauer, G. J. C., Vasconcellos, S. J. L., & Lühring, G. (2011). Interpersonal Measure of Psychopathy (IM-P): preliminary study in the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 33(3), 147-155. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892011000300004>
- Delannoy, X. Saloppé, A. Vicenzutto, V. Majois, C. Ducro, T.-H. Pham. (2017). Psychopathie et son évaluation. *Encyclopédie Médico Chirurgicale – Psychiatrie*, 15(2), 1-11. [Article 37-320-A-45]. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(17\)81445-0](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(17)81445-0)
- Delannoy, D., Saloppé, X., Tiberi, L. A., Delescluse, C., & Pham, T. H. (2017, March). Deux mesures de psychopathie chez les patients médicolégaux. In *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 175, No. 3, pp. 297-299). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.02.002>
- DeLisi, M., Angton, A., Vaughn, M.G. Trulson, C.R., Caudill, J.W. & Beaver, K.M. (2013). Not My Fault: Blame Externalization Is the Psychopathic Feature Most Associated With Pathological Delinquency Among Confined Delinquents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(12), 1415-1430. <https://doi.org/10.1177/0306624X13496543>
- Douglas, K. S., Vincent, G. M., & Edens, J. F. (2018). *Risk for criminal recidivism: The role of psychopathy*. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (p. 682–709). The Guilford Press.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk for violence – User guide*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Edens, J. F., Colwell, L. H., Desforges, D. M., & Fernandez, K. (2005). The impact of mental health evidence on support for capital punishment: Are defendants labeled psychopathic considered more deserving of death?. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(5), 603-625. <https://doi.org/10.1002/bsl.660>

- Eisenbarth, H., Alpers, G.W., Conzelmann, A., Jacob, C.P. ; Weyers, P. & Pauli, P. (2008). Psychopathic traits in adult ADHD patients. *Personality and Individual Differences*, 45, 468–472. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.022>
- Ermer, E., Kahn, R.E., Salovey, P. & Kiehl, K.A. (2012). Emotional Intelligence in Incarcerated Men With Psychopathic Traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(1), 194-204. <https://doi.org/10.1037/a0027328>
- Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. J.-B. Baillière.
- Etchepare, A., Merceron, K., Amieva, H., Cady, F., Roux, S. & Prouteau, A. (2014). Évaluer la cognition sociale chez l'adulte : validation préliminaire du Protocole d'évaluation de la cognition sociale de Bordeaux (PECS-B). *Revue de Neuropsychologie*, 2(2), 138-149. <https://doi.org/10.1684/nrp.2014.0301>
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J. & Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II)*. Biometric Research Department.
- Fromme, D. K. and Beam, D. C. (1974) Dominance and sex differences in nonverbal responses to differential eye contact. *Journal of Research in Personality*, 8(1), 76-87. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(74\)90047-6](https://doi.org/10.1016/0092-6566(74)90047-6)
- Grégoire, J. (2004). Chapitre 4. La Wechsler Adult Intelligence Scale 3e édition (WAIS-III). Dans : J. Grégoire, *L'examen clinique de l'intelligence de l'adulte* (pp. 151-218). Mardaga.
- Hancock, J. T., Woodworth, M. T., & Porter, S. (2013). Hungry like the wolf: A word-pattern analysis of the language of psychopaths. *Legal and Criminological Psychology*, 18(1), 102-114. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.2011.02025.x>
- Hampton, S. L., Vitacco, M. J., & Kosson, D. S. (2018). Construct validity of the three-factor model of the Interpersonal Measure of Psychopathy. *Criminal Justice and Behavior*, 45(11), 1613-1633. <https://doi.org/10.1177/0093854818786759>
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1(2), 111-119. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(80\)90028-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(80)90028-8)
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist : Revised*. MultiHealth Systems, Inc.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist : Revised, 2nd edition*. MultiHealth Systems, Inc.

- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(5), 623-645. [https://doi.org/10.1002/1099-0798\(200010\)18:5<623::AID-BSL409>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1099-0798(200010)18:5<623::AID-BSL409>3.0.CO;2-W)
- Hare, R.D., Hart, S.D., & Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 391-398. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.391>
- Harpur, T.J. & Hare, R.D. (1994). Assessment of psychopathy as a function of age. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 604-609. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.604>
- Harpur, T.J., Hart, S.D. & Hare, R.D. (2002). Personality of the psychopath. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Eds), *Personality disorders and the five factor model of personality* (2nd ed., pp.229-324). American Psychological Association.
- Harris, G., Rice, M., & Cormier, C. (1994). Psychopaths: Is the therapeutic community therapeutic?. *Therapeutic Communities*, 15, 283-283.
- Harris, G.T., Rice, M.E., Quinsey, V.L., & Cormier, C. (2015). *Violent offenders: Appraising and managing risk (3rd ed.)*. American Psychological Association.
- Hemphill, J. F., Hare, R. D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3(1), 139-170. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.1998.tb00355.x>
- Hicks, B.M. & Patrick, C.J. (2006). Psychopathy and Negative Emotionality : Analyses of Suppressor Effects Reveal Distinct Relations With Emotional Distress, Fearfulness and Anger-Hostility. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 276-287. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.276>
- Hildebrand, M., & de Ruiter, C. (2004). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27(3), 233-248. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.03.005>
- Howell, D., Bestgen, Y., Yzerbyt, V., & Rogier, M. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. De Boeck Université.
- Kosson, D.S., Steuerwald, B., Forth, A. & Kirkhart, K. (1997). A new method for assessing the interpersonal behavior of psychopathic individuals: Preliminary validation studies. *Psychological Assessment*, 9(2), 89-101. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.2.89>
- Kraepelin, E. (1905/1984). *Introduction à la psychiatrie clinique*. Navarin Editeur.

- Krstic, S., Neumann, C. S., Roy, S., Robertson, C. A., Knight, R. A., & Hare, R. D. (2018). Using latent variable- and person-centered approaches to examine the role of psychopathic traits in sex offenders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(3), 207-216. <https://doi.org/10.1037/per0000249>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Hergueta, T., & Weiller, E. (1998). The mini international neuropsychiatric interview. *European Psychiatry*, 13(1004), 198s-198s.
- Louth, S. M., Hare, R. D., & Linden, W. (1998). Psychopathy and alexithymia in female offenders. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 30(2), 91-98. <https://doi.org/10.1037/h0085809>
- Majois, V., Saloppé, X.; Ducro, C.; Pham, H.T. (2011) La psychopathie et son évaluation. *Psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37, 320, A45. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(11\)58154-4](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(11)58154-4)
- McDowell, I. (2006). *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press.
- Olver, M.E., Lewis, K., & Wong, S.C.P. (2013). Risk reduction treatment of high-risk psychopathic offenders: The relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 160-167. <https://doi.org/10.1037/a0029769>
- Olver, M.E., & Wong, S.C.P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 328-336. <https://doi.org/10.1037/a0015001>
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17(1), 39–57. <https://doi.org/10.1002/per.466>
- Pham, T. H. (1998). Évaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge [Psychometric assessment of the Hare Psychopathy Checklist–Revised (PCL–R) in a Belgian prison sample]. *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, 24(5), 435–441.
- Pham, T. H. (2012). Psychopathy and traumatic stress. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 213-225. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.2.213>
- Pham, H.T. & Côté, G. (2000). *Psychopathie : Théorie et recherche*. Presses Universitaires du Septentrion.

- Pham, T. H., Ducro, C., & Luminet, O. (2010b). Psychopathy, alexithymia and emotional intelligence in a forensic hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(1), 24-32. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.484641>
- Pham, T. H., Ducro, C., Marghem, B., Reveillère, C., & Bénézech, M. (2012, March). Les limites des moyens actuariels de recherche de la vérité en prédictivité. In *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 170, No. 2, pp. 103-105). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.01.015>
- Pham, T.H., Kosson, D., Stafford, M-C. (2019). Factor structure of the PCL-R in a Belgium prison sample. *Acta Psychiatrica Belgica*, 119(2), 13-21.
- Pham, T. H., Malingrey, F., Ducro, C., & Saloppé, X. (2007, September). Psychopathie et troubles mentaux graves chez des patients internés. In *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 165, No. 7, pp. 511-516). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.06.006>
- Pham, T., Remy, S., Dailliet, A., & Lienard, L. (1998). Psychopathie et évaluation des comportements violents en milieu psychiatrique de sécurité. *L'Encéphale*, 24(3), 173–179.
- Pham, T. H., & Saloppé, X. (2010a). PCL-R psychopathy and its relation to DSM Axis I and II disorders in a sample of male forensic patients in a Belgian security hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(3), 205-214. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.517255>
- Pham, T. H., Vanderstukken, O., Philippot, P., & Vanderlinden, M. (2003). Selective attention and executive functions deficits among criminal psychopaths. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 29(5), 393-405. <https://doi.org/10.1002/ab.10051>
- Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Richard, Caille et Ravier.
- Polaschek, D. L., & Ross, E. C. (2010). Do early therapeutic alliance, motivation, and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners?. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(2), 100-111. <https://doi.org/10.1002/cbm.759>
- Polaschek, D. L. L., & Skeem, J. L. (2018). *Treatment of adults and juveniles with psychopathy*. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (p. 710–731). The Guilford Press.
- Porter, S. & Woodworth, M. (2007). « I'm Sorry I did it... but He Started it »: A Comparison of The Official and Self-Reported Homicide Descriptions of Psychopaths and Non-Psychopaths. *Law and Human Behavior*, 31(1), 91-107. <https://doi.org/10.1007/s10979-006-9033-0>

Pritchard, J.C. (1835). *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Sherwood, Gilbert and Piper.

Reidy, D.E., Wilson, L.F., Sloan, C.A., Cohn, A.M. & Smart, L.M. (2013). Psychopathic traits and men's anger response to interpersonal conflict : A pilot study. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 957-961. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.473>

Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality?. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79-112. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00083-6)

Sandvik, A.M., Hansen, A.L., Kristensen, K.M., Johnsen, H.B., Logan, C. & Thornton, D. (2012). Assessment of Psychopathy: Inter-correlations between Psychopathy Checklist Revised, Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale, and Self-Report of Psychopathy Scale–III. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 280-288. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746756>

Seto, M. C., & Barbaree, H. E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(12), 1235-1248. <https://doi.org/10.1177/088626099014012001>

Sheehan, D., Janavs, J., Knapp, E., Sheehan, M., & Baker, R. (1992). *Mini-international neuropsychiatric interview clinician rated, version 4.0*. University of South Florida College of Medicine.

Shine, J.H. & Hobson, J.A. (1997). Construct validity of the Hare Psychopathy Checklist – Revised on a U.K. prison population. *Journal of Forensic Psychiatry*, 8(3), 546-561. <https://doi.org/10.1080/09585189708412275>

Silverstein, A. B. (1990). Short forms of individual intelligence tests. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.1.3>

Skeem, J. & Cooke, D.J., (2010) Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433-445. <https://doi.org/10.1037/a0008512>

Skodol, A. E., Rosnick, I., Kellman, D., et al. (1988). Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. *The American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1297-1299. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.10.1297>

Snowden, R.J. & Gray, N.S. (2011). Impulsivity and psychopathy : Associations between the Barrett Impulsivity Scale and the Psychopathy Checklist revised. *Psychiatry Research*, 187(3), 414-417. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.003>

Snowden, R.J., Gray, N.S., Pugh, S. & Atkinson, G. (2013). Executive function as a function of sub-clinical psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 801-804. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.06.016>

SPSS Statistical Package for the Social Sciences (2013). SPSS for Windows (version 22.0). IBM corp.

Stålenheim, E. G., & Von Knorring, L. (1996). Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(4), 217-223. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09852.x>

Toupin, J., Hodgins, S., & Côté, G. (2000). Psychopathie et développement des conduites antisociales de l'enfance à l'âge adulte. Dans *Psychopathie: Théorie et recherche*. Presses Universitaires du Septentrion, pp. 97-144.

van Zwieten, A., Meyer, J., Hermens, D.F., Hickie, I.B., Hawes, D.J., Glozier, N., Naismith, S.L., Scott, E.M., Lee, R.S.C. & Guastella, A.J. (2013) Social Cognition Deficits and Psychopathic Traits in Young People Seeking Mental Health Treatment. *PLoS One*, 8(7), e67753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067753>

Vassileva, J., Kosson, D. S., Abramowitz, C., & Conrod, P. (2005). Psychopathy versus psychopathies in classifying criminal offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 27–43. <https://doi.org/10.1348/135532504X15376>

Vieira, J.B. & Marsh, A.A. (2014). Don't stand so close to me: psychopathy and the regulation of interpersonal distance. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 907. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00907>

Vicenzutto, A., Dujardin, J., Delannoy, D., & Hoang, T. P. (2019, November). Expertise psychiatrique au pénal: apports des canevas structurés d'expertise. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 177, No. 9, pp. 892-895). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.009>

Vitacco, M.J. & Kosson, D.S. (2010). Understanding Psychopathy Through an Evaluation of Interpersonal Behavior: Testing the Factor Structure of the Interpersonal Measure of Psychopathy in a Large Sample of Jail Detainees. *Psychological Assessment*, 22(3), 638-649. <https://doi.org/10.1037/a0019780>

Walters, G. D. (2003). Predicting criminal justice outcomes with the Psychopathy Checklist and Lifestyle Criminality Screening Form: a meta-analytic comparison. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(1), 89-102. <https://doi.org/10.1002/bsl.519>

Wechsler, D. (2008). Wechsler adult intelligence scale–Fourth Edition (WAIS–IV). *NCS Pearson*, 22(498), 1.

Zolondek, S., Lilienfeld, S.O., Patrick, C.J. & Fowler, K.A. (2006). The Interpersonal Measure of Psychopathy : Construct and Incremental Validity in Male Prisoners. *Assessment*, 13(4), 470-482.

<https://doi.org/10.1177/1073191106289861>

Chapitre 4 : Fonctionnement cognitif et psychopathie :

approche exploratoire

Introduction

La définition du concept d'intelligence a évolué depuis la création des tests psychométriques (Binet & Simon, 1916 ; Wechsler, 1944). Il en existe un grand nombre de variantes mais on peut identifier une caractéristique commune et centrale. Il s'agit de l'adaptation dans un environnement évolutif (Barkow et al., 1992 ; Jerison, 1982). Cependant, les êtres humains ne s'adaptent pas uniquement à leur environnement. Ils le façonnent et parfois, ils en choisissent un nouveau (Sternberg, 1997). De manière générale, l'intelligence sert à établir deux fonctions primordiales : la correspondance externe et la cohérence interne (Sternberg, 1997). La correspondance externe est la réalisation, par l'individu, que ses croyances à propos d'un phénomène sont véridiques après les avoir confrontées à la réalité. Par exemple, on peut se faire mal avec un couteau si on se coupe le doigt. Alors que la cohérence interne est la compréhension du lien systématique entre les connaissances et les croyances à propos d'un phénomène afin que ces deux dernières ne se contredisent pas. Par exemple, on peut se blesser avec un couteau mais on peut également couper des aliments et faciliter l'ingestion des aliments.

Toutefois, nous retiendrons la définition donnée par Wechsler qui a élaboré l'une des mesures les plus validées au monde. Pour cet auteur, l'intelligence est « *la capacité de l'individu à agir de manière appropriée, à penser rationnellement, et à s'adapter efficacement à son environnement* » (Wechsler, 1944 ; p. 3).

De plus, des recherches indiquent que les échelles d'intelligence de Wechsler mesurent également certaines fonctions exécutives appréhendées par les tests neuropsychologiques (Floyd et al., 2010). Leur utilisation permet donc une approche globale des fonctions exécutives et pas uniquement une mesure de l'intelligence.

Les concepts d'intelligence et la psychopathie ont plutôt évolué de manière indépendante. Toutefois, ces concepts se sont parfois croisés dans la définition de la psychopathie comme ce fut le cas dans celle proposée par Cleckley (1988).

Actuellement, la définition la plus répandue de la psychopathie est celle du modèle de Hare (2003). Elle peut se résumer comme suit : un ensemble de caractéristiques interpersonnelles, narcissiques, affectives et comportementales comprenant l'égoцентриté, la manipulation, l'insensibilité aux autres, la superficialité et la labilité émotionnelle, l'irresponsabilité, l'instabilité relationnelle, l'impulsivité, le manque d'empathie, d'anxiété, de remords ou de culpabilité et un faible contrôle comportemental

qui se manifestent notamment par la mise en place de comportements antisociaux mais pas nécessairement criminels.

Néanmoins, cette définition ne fait nullement mention des capacités intellectuelles élevées potentiellement liées à ce trouble de la personnalité. Toutefois, les conceptions antérieures liées à la clinique générale ou aux représentations sociales ont forgé le stéréotype que les psychopathes prototypiques avaient souvent une intelligence supérieure ou égale à la moyenne en population générale (Cleckley, 1988). Or, Cleckley travaillait avec une patientèle issue d'une classe sociale dont le niveau d'éducation était relativement élevé. Pourtant, c'est à partir de ce sous-groupe que les médias travailleront pour créer les personnages psychopathiques tel que Hannibal Lecter. Il est probable que le style charmeur, manipulateur ou planificateur soit intéressant à extrapoler et romancer afin d'intriguer le public (DeLisi et al., 2010).

Ces stéréotypes ont pris de l'ampleur dans la culture populaire. Des recherches empiriques se sont attachées à étudier le lien entre les mesures de la psychopathie et celles de l'intelligence. Afin d'être le plus cohérent avec la méthodologie de la présente recherche, nous nous sommes focalisés sur les études reprenant le modèle PCL auprès de populations délinquantes masculines ou féminines. Ces dernières emploient la Screening Version (PCL : SV) ou la Revised (PCL-R ; Hare, 2003) afin d'identifier le trouble de la personnalité psychopathique (TPP). La mesure du quotient intellectuel (QI) employée se réfère souvent au modèle WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale ; WAIS-R, WASI, WAIS-III et WAIS-IV). Toutefois, ces différentes échelles ont évolué avec le temps. De plus, les résultats de ces recherches varient fortement. Il est donc difficile de généraliser l'ensemble des résultats des différentes études. Beggs et Grace (2008) ont mis en évidence, auprès de 216 détenus, une association négative faible ($r = -.20$) entre le score total de la PCL-R et le QI total de la WASI. Auprès d'une population carcérale, Walters et Duncan (2018) ont examiné les corrélations entre les Facettes de la PCL-R et la WAIS-R dans une première étude et avec la WAIS-III dans une seconde étude. Dans cette première étude, il y a des corrélations négatives entre le QI total et les Facettes Affective ($r = -.23$), Style de vie ($r = -.32$) et Antisociale ($r = -.18$). Le QI verbal présente également des corrélations négatives avec ces Facettes (Affective : $r = -.27$; Style de vie : $r = -.36$; Antisociale : $r = -.25$). Quant au QI de performance, il n'est corrélé négativement qu'avec la Facette Style de vie ($r = -.21$). Dans la seconde étude, les résultats sont quelques peu différents. Le QI total, évalué à la WAIS-III, est uniquement corrélé négativement avec la Facette Antisociale ($r = -.29$). Cette Facette est également corrélée négativement avec l'Indice de Compréhension Verbale ($r = -.30$) et l'Indice de Mémoire de Travail ($r = -.39$). L'Indice de Mémoire de Travail est également corrélé négativement avec la Facette Style de vie ($r = -.34$). Grâce aux données de l'étude MacArthur Risk Assessment, composées de 840 patients médicoolégaux canadiens, DeLisi et collaborateurs (2010) ont mis en

évidence une corrélation négative ($r = -.25$) entre le score total à la PCL : SV et le QI verbal de la WAIS-R.

Des recherches similaires ont été menées auprès de populations délinquantes féminines. Au sein d'une populations d'internées, Spironelli et collaborateurs (2014) ont mis en évidence des corrélations entre la PCL-R et les matrices de Raven. En effet, il y a des corrélations négatives entre le score total du QI aux Matrices de Raven et toutes les composantes de la PCL-R (Score total : $r = -.55$) ; Facteur Interpersonnel : $r = -.50$; Facteur Déviance : $r = -.55$; Facette Interpersonnelle : $r = -.35$; Facette Affective : $r = -.52$; Facette Style de vie : $r = -.53$; Facette Antisociale : $r = -.49$). Enfin, au sein d'une population carcérale féminine, les résultats indiquent des corrélations positives entre l'Indice de Compréhension Verbale à la WAIS-IV, le Facteur Interpersonnel ($r = .48$) et la Facette Interpersonnelle ($r = .48$; Mckeown & Thomson, 2019). La littérature clinique a mis en exergue un lien entre le TPP et l'intelligence (Cleckley, 1988). Par la suite, une littérature empirique a tenté d'approcher ce lien à l'aide de diverses échelles de psychopathie et d'intelligence (DeLisi et al., 2010 ; Johansson & Kerr, 2005 ; Salekin et al., 2004 ; Wall et al., 2013 ; Watts et al., 2016). Malgré tout, ces littératures sont assez anciennes. Cette discontinuité donne l'impression que le débat sur l'intelligence des personnes avec un TPP est clos en faveur de recherches sur des fonctions exécutives spécifiques (Bagshaw, Gray & Snowden, 2014 ; Delfin et al., 2018 ; Pauli & al., 2019). Ce vide laisse la part belle aux stéréotypes et le débat doit être réouvert. De ce fait, nous allons explorer le lien entre ces deux concepts à l'aide d'échelles validées et actuelles (PCL-R; Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale (CAPP-IRS); Interpersonal Measure of Psychopathy (IM-P); WAIS-IV). Aucune recherche n'a utilisé ces échelles ensemble dans ce contexte auparavant.

Objectif

L'objectif principal est d'évaluer le lien entre les compétences cognitives liée à l'intelligence, mesurée à l'aide de la WAIS-IV auprès de patients internés et leurs évaluations de la psychopathie à l'aide de trois échelles (PCL-R, CAPP-IRS et IM-P). Cette démarche allie des approches catégorielles et dimensionnelles.

Méthodologie

Participants

Les participants ont été recrutés sur base volontaire à l'Hôpital Psychiatrique Sécurisé (HPS) du Centre Régional en soins Psychiatriques (CRP) « Les Marronniers » de Tournai (Belgique). Cet hôpital accueille 350 patients internés, de sexe masculin, sous couvert de la Loi relative à

l'internement des personnes (Moniteur Belge, 2014). Cette dernière encadre les délits et les crimes commis par des personnes jugées non pénalement responsables de leurs actes pour cause de troubles psychiatriques. A l'inverse d'une peine de prison, cette peine de sûreté envers la Société vise à insérer ces personnes dans des trajets de soins individualisés répondant au mieux à leur profil psychopathologique.

Pour cette étude, 45 patients de l'HPS ont été inclus dans l'échantillon selon les critères suivants : avoir le français pour langue maternelle ; ne pas présenter d'illettrisme ; ne pas présenter de trouble sensoriel non corrigé.

L'échantillon présente une moyenne d'âge de 47,35 ans ($\sigma = 10,63$; Min.-Max. = 28,75 – 69,48). De plus, la durée d'hospitalisation moyenne est de 10,62 ans ($\sigma = 8,67$; Min.-Max. = 1,16 – 34,31). Le QI moyen de l'échantillon est de 76,24 ($\sigma = 17,43$; Min.-Max. = 45 – 129).

Instruments

Évaluation de la psychopathie

Les caractéristiques psychométriques des différentes échelles d'évaluation de la psychopathie sont reprises dans le chapitre précédent.

Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R ; Hare, 2003). Elle est composée de 20 items regroupés en deux Facteurs, chacun divisé en deux Facettes (Facteur Interpersonnel : Facette Interpersonnelle et Facette Affective ; Facteur Déviance Sociale : Facette Style de vie et Facette Antisociale). Chaque item est évalué sur une échelle en 3 points (0 = absent ; 1 = peut-être ou présent sous certains aspects ; 2 = présent). Le score minimum est de 0 et le score maximum est de 40. L'évaluation est basée sur un entretien d'environ deux heures et la lecture des dossiers médicaux et judiciaires.

Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale (CAPP-IRS ; Cooke et al., 2004). Il s'agit d'une échelle mesurant les symptômes de la personnalité psychopathique en permettant une évaluation pluridisciplinaire. Elle est composée de 33 symptômes, décrits chacun par trois adjectifs. Ces symptômes sont regroupés en six domaines (Attachement, Comportemental, Cognitif, Dominance, Emotionnel et Soi). Chaque symptôme est évalué sur une échelle en 7 points (0 = Pas présent ; 1 = Très peu ; 2 = Peu ; 3 = Modéré ; 4 = Modéré à sévère ; 5 = Sévère ; 6 = Très sévère). Le score minimum est de 0 et le score maximum est 198. L'évaluation est basée sur deux entretiens de deux heures, la lecture des dossiers ainsi qu'à l'aide d'informations provenant des équipes soignantes. Des indicateurs illustratifs permettent de repérer les comportements en lien avec les traits psychologiques. L'évaluateur peut également ajouter ses propres observations afin de soutenir sa cotation. À ce jour, il n'existe aucun point de coupure qui permette définir si la personne présente ou non un fonctionnement psychopathique. La CAPP-IRS n'est pas considérée comme une

échelle statique car elle peut être réévaluée six mois après la première évaluation. La CAPP-IRS présente des corrélations intéressantes avec la PCL-R. La corrélation entre les scores totaux de la PCL-R et de la CAPP-IRS est modérée et positive ($r = .406$). Le Facteur Interpersonnel est corrélé modérément et positivement avec le score total de la CAPP-IRS ($r = .461$). Des corrélations modérées et positives sont également présentes entre le Facteur Interpersonnel et les domaines de l'Attachement ($r = .307$), Comportemental ($r = .343$), Cognitif ($r = .260$), de la Dominance ($r = .485$), Emotionnel ($r = .247$) et du Soi ($r = .388$). La Facette Interpersonnelle indique des corrélations positives avec les domaines de l'Attachement ($r = .324$), Comportemental ($r = .375$), de la Dominance ($r = .519$) et du Soi ($r = .427$). La Facette Affective est corrélée modérément et positivement avec le domaine de la Dominance ($r = .329$). La Facette Style de vie présente une unique corrélation faible et positive avec le domaine Comportemental ($r = .263$).

Interpersonal Measure of Psychopathy (IM-P ; Kosson et al., 1997). L'IM-P est composée de 21 items partiellement regroupés en trois facteurs (Dominance, Grandiosité et Violation des frontières). La présence de chaque item est évaluée sur une échelle en 4 points (0 = Nullement ; 1 = Un peu ; 2 = Très bien ; 3 = Pleinement). L'évaluation est basée sur l'observation des comportements verbaux et non-verbaux durant les entretiens. Des indicateurs exemplifient des comportements afin de faciliter la cotation. L'évaluateur peut également ajouter ses propres observations afin de soutenir sa cotation. L'IM-P présente des corrélations intéressantes avec la PCL-R (Vitacco & Kosson, 2010). Les scores totaux de la PCL-R et de l'IM-P présentent une corrélation modérée et positive ($r = .435$). Le Facteur Interpersonnel est corrélé positivement avec les Facteurs Dominance ($r = .292$), Grandiosité ($r = .510$) et Violation des frontières ($r = .517$). La Facette Interpersonnelle présente des corrélations positives avec les Facteurs de la Dominance ($r = .267$), Grandiosité ($r = .535$) et Violation des frontières ($r = .582$).

Évaluation intellectuelle et cognitive

Wechsler Adult Intelligence Scale, 4^{ième} édition (WAIS-IV ; Wechsler, 2008). Cette échelle a été développée afin de mesurer l'intelligence sous la forme d'un indice de QI chez les personnes âgées de 16 à 79 ans et 11 mois. Elle est composée de 15 subtests, répartis dans quatre indices cognitifs : compréhension verbale (ICV), raisonnement perceptif (IRP), mémoire de travail (IMT) et vitesse de traitement (IVT). Ces quatre indices permettent de calculer le quotient intellectuel total (QI total). Avec les six subtests composant l'ICV et l'IRP, il est possible de calculer l'Indice d'Aptitude Générale (IAG). Ces subtests sont les plus corrélés au facteur général de l'intelligence (Whipple Drozdick & Munro Cullum, 2011). Les différents indices peuvent se définir comme suit (Wechsler, 2008):

- IAG : Il s'agit d'une estimation de l'aptitude générale qui est moins dépendante de la mémoire de travail et de la vitesse de traitement de l'information.
- ICV : Il s'agit de la capacité à comprendre les stimuli verbaux, à raisonner avec du matériel sémantique et communiquer ses pensées à l'aide de mots ;
- IRP : Il s'agit des capacités d'intégrations et de manipulation cognitives des informations pour résoudre des problèmes visuels complexes ;
- IMT : Il s'agit de la capacité à retenir une information temporairement à l'esprit et à la manipuler mentalement ;
- IVT : Il s'agit de la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives routinières et automatiques en maintenant sa concentration et en pouvant travailler sous pression.

La standardisation française de la *WAIS-IV* s'est réalisée à partir de 876 individus. Cette dernière met en évidence des coefficients de fidélité moyens (*Alpha de Cronbach*) des subtests allant d'acceptable (*Symbole* : $r = .71$) à excellent (*Puzzles Visuels* ; *Mémoire des Chiffres* : $r = .91$). Quant aux indices composites, les coefficients de fidélité moyens sont considérés entre très bons (*Indice de Vitesse de Traitement* : $r = .88$) et excellents (*Quotient Intellectuel Total* : $r = .97$). De tels coefficients de fidélité ont également été retrouvés dans différentes populations cliniques, dont des participants présentant une intelligence limite ou une déficience intellectuelle (Wechsler, 2011).

Procédure

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'Éthique du CRP « Les Marronniers » ainsi que par la Comité d'Éthique de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation (FPSE). Tous les participants ont été recrutés sur base volontaire. Tous ont consenti à participer à cette recherche, après signature d'un formulaire de consentement éclairé, en accord avec la Déclaration d'Helsinki. Une lettre d'information et un formulaire de consentement reprenant le but de l'étude et garantissant la confidentialité des données leur a été remis.

Afin de mener la présente recherche, différents instruments d'évaluation ont été utilisés, certains issus d'une base de données préexistante du CRP Les Marronniers gérée par le Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS, Tournai, Belgique) et d'autres évalués dans le cadre de la présente étude. Tous les participants ont été individuellement évalués au minimum un mois après leur admission à l'HPS.

Les données issues de la base de données préexistante du CRDS concernent l'évaluation des troubles mentaux majeurs (Mini International Neuropsychiatric Interview ; MINI) ; Sheehan et al., 1992 ; Lecrubier et al. 1998), des troubles de la personnalité (Structured Clinical Interview for DSM-IV ; SCID – II) ; First et al., 1994 ; Cottraux & Cottraux, 1998), ainsi que certaines informations socio-

démographiques et institutionnelles (âge, durée d'hospitalisation, délits, etc.). Dans ce cadre, les évaluations se sont déroulées dans le service d'admission de l'hôpital où l'intérêt se porte sur l'évaluation structurée du patient afin de déterminer le parcours de soins le plus approprié eu égard ses caractéristiques. L'administration de ces instruments a été réalisée par des psychologues entraînés et formés au maniement de ces outils. Les données récoltées ont été par la suite transmises de manière anonyme au CRDS afin d'être encodées et analysées.

Enfin, les données relatives à la PCL-R (Hare, 2003), la CAPP-IRS (Cooke et al., 2004) et l'IM-P (Kosson et al., 1997) ont été évalués par l'investigateur principal de la présente recherche ainsi que des étudiants dument formés, durant la période 2011 à 2018. Les données relatives à la WAIS-IV ont été récoltées dans le cadre d'une étude sur l'évaluation neuropsychologique des patients internés (collaboration entre le Service de Psychopathologie Légale de l'UMONS, le CRDS et le CRP « *Les Marronniers* »), dont la récolte s'est déroulée entre 2013 et 2016.

Analyse des données

Les analyses de données sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS-22 (2013). Après vérification, la distribution des données ne suivait pas la loi de normalité selon le test de Shapiro-Wilk. Les variables concernées étaient :

- L'Indice de Compréhension Verbale de la WAIS-IV
- La Facette Interpersonnelle de la PCL-R ;
- Le score total de l'IM-P ;
- Les Facteurs Dominance, Grandiosité et Violation des frontières de l'IM-P ;
- Le domaine de la Dominance de la CAPP-IRS.

Les données du score total et du Facteur Dominance de l'IM-P ainsi que les domaines Comportemental et de la Dominance de la CAPP-IRS tendaient sur la gauche. Nous avons donc appliqué une racine carrée. Cette dernière n'a permis de normaliser ces données. Nous avons mis en place des analyses statistiques non-paramétriques dans un premier temps. Toutefois, nous voulions explorer les corrélations partielles. Les analyses corrélationnelles comprennent donc un volet paramétrique et un autre non-paramétrique.

Nous avons effectué des analyses corrélationnelles globales (ρ de Spearman) puis partielles (r du Pearson) entre les différentes composantes de la WAIS-IV et le score total de la PCL-R ainsi que ses Facteurs/Facettes. Puis, nous avons effectué les mêmes analyses entre les composantes de la WAIS-IV et le score total de l'IM-P et ses Facteurs. Enfin, nous avons effectué les mêmes analyses entre les composantes de la WAIS-IV et le score total de la CAPP-IRS et ses domaines. Pour les corrélations partielles, nous avons contrôlé l'effet des Facteurs (PCL-R et IM-P), Facettes (PCL-R)

et domaines (CAPP-IRS) sur les différentes corrélations afin d'éviter leur colinéarité (Exemple : Corrélation partielle entre le domaine de la Dominance et l'Indice de Compréhension Verbale). L'interprétation des résultats est basée sur les normes établies par Cohen (1992). Ces normes indiquent qu'une magnitude de .10 est considérée comme faible, .30 comme modérée et .50 comme élevée.

Ensuite, nous avons effectué des comparaisons de groupes sur base de la moyenne des scores aux différentes composantes. Les groupes ont été catégorisés selon le score total obtenu à la PCL-R (Tableau 3.). Le point de coupure Nord-Américain se situe au score de 30. Selon certaines études, ce point de coupure est trop élevé pour identifier le TPP dans les cultures européennes (Cooke & Michie, 1999 ; Cooke et al., 2005a). Nous avons opté pour deux points de coupures. Premièrement le point de coupure à 25 permet des effectifs équivalents. Néanmoins, il dégage une proportion plus élevée de profils dit « secondaire ». Le point de coupure à 28 conseillé dans une littérature récente relative à une population européenne (Coïd et al., 2009 ; Cooke et al., 2005b). Il débouche sur des effectifs plus hétérogènes. En effet, le groupe Hautement psychopathique est moins important numériquement. Pour la CAPP-IRS et l'IM-P, nous avons prévu de nous baser sur une méthodologie similaire à la construction des groupes PCL. Il s'agissait de scinder les scores totaux en trois groupes de taille équivalente. Toutefois, les scores totaux élevés étaient trop peu nombreux (IM-P) voire inexistant (CAPP-IRS). Pour l'IM-P, nous avons scindé le score total en deux selon la médiane (Groupe faible : 0 – 31,49 ; Groupe élevé : 31,50 – 63). Pour la CAPP-IRS, nous avons scindé en trois groupes (Groupe score CAPP faible : 0 – 65,99 ; Groupe score CAPP modéré : 66 – 131,99 ; Groupe score CAPP élevé : 132 – 198). N'ayant aucun patient dans la catégorie du score CAPP élevé, nous avons comparé les deux premiers groupes comme les échantillons étaient équivalents.

Par l'absence de normalité, les comparaisons entre groupes ont été effectuées à l'aide du test de Kruskal-Wallis (lorsqu'il s'agissait de comparer trois groupes) et du test U de Mann-Whitney (lorsqu'il s'agissait de comparer deux groupes). Elles se présentent comme suit :

- **Kruskal-Wallis 3 x 6** : Groupe PCL-R menée pour les six domaines.
- **Mann-Whitney 2 x 6** : Groupe CAPP (Score faible, moyen) X indices WAIS IV ainsi que Groupe IM-P (Score faible, Score élevé) X indices WAIS IV.

Résultats

Corrélations globales Spearman (Tableau 1.)

Tableau 1
Corrélations globales (ρ Spearman) entre la WAIS-IV et les mesures de psychopathies

N = 45	WAIS-IV						
	QI total	IAG	ICV	IRP	IMT	IVT	
PCL-R	Score total	-.038	.022	.055	-.074	-.117	.090
	Fact. Interpersonnel	.200	.218	.220	.112	.068	.306*
	Fact. Déviance sociale	-.231	-.178.	-.136	-.217	-.223	-.179
	Facet. Interpersonnelle	.264	.322*	.350*	.189	.118	.279
	Facet. Affective	.128	.113	.099	.036	.025	.273
	Facet. Style de vie	-.297*	-.237	-.183	-.285	-.356*	-.304*
	Facet. Antisociale	-.165	-.111	-.098	-.122	-.142	-.062
CAPP-IRS	Score total	.240	.208	.234	.120	.121	.341*
	Attachement	.088	.093	.170	.061	.040	.134
	Comportemental	-.162	-.134	-.103	-.215	-.270	-.042
	Cognitif	.152	.166	.177	.116	.113	.253
	Dominance	.208	.182	.224	.055	.096	.342*
	Emotionnel	.314*	.276	.258	.253	.221	.439**
	Soi	.385**	.369*	.357*	.292	.210	.368*
IM-P	Score total	.411**	.392**	.386**	.259	.230	.399**
	Dominance	.281	.238	.249	.110	.141	.203
	Grandiosité	.482**	.472**	.455**	.368*	.358*	.414**
	Violations des frontières	.333*	.297*	.297*	.194	.142	.425**

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

Fact. = Facteur ; Facet. = Facette

On relève une corrélation positive et modérée entre les attitudes interpersonnelles insensibles et inadéquates (Facteur Interpersonnel) et la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives (IVT). Le style interpersonnel arrogant et trompeur (Facette Interpersonnelle) présente des corrélations positives et modérées avec les aptitudes cognitives générales (IAG) qu'avec les compétences langagières (ICV). Concernant la CAPP-IRS, son score total est corrélé de manière positive et modérée avec la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives. Les comportements dominants et invasifs (domaine de la Dominance) sont corrélés positivement et modérément avec la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives. Le déficit affectif (domaine Emotionnel) présente des corrélations positives et modérées avec les capacités intellectuelles globales (QI total) et la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives. Le

sentiment de supériorité et l'égoïsme (domaine du Soi) présentent des corrélations positives et modérées avec les capacités intellectuelles globales, les aptitudes cognitives générales, les compétences langagières et la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives. Au niveau de l'IM-P, le score total présente des corrélations positives et modérées avec les capacités intellectuelles globales, les aptitudes cognitives générales, les compétences langagières et la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives. L'expression du sentiment de supériorité (Facteur Grandiosité) est corrélée de manière positives et modérées avec toutes les variables de la WAIS-IV (QI total, IAG, ICV, IRP, IMT et IVT). L'irrespect de la distance interpersonnelle (Facteur Violation des frontières) est corrélé positivement et faiblement avec les aptitudes cognitives générales ainsi que les compétences langagières. Il présente également des corrélations positives et modérées avec les capacités intellectuelles globales et la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives.

Les comportements impulsifs et irresponsables (Facette Style de vie) sont corrélés négativement et faiblement aux capacités intellectuelles globales. Ces comportements sont également corrélés négativement et modérément avec les capacités de rétention et de traitement de l'information (IMT) et la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives.

Corrélations partielles de Pearson (Tableau 2.)

Tableau 2
Corrélations partielles entre la WAIS-IV et les mesures de psychopathies

N = 45		WAIS-IV					
		QI total	IAG	ICV	IRP	IMT	IVT
PCL-R	Score total	-	-	-	-	-	-
	Fact. Interpersonnel	.252	.225	.200	.193	.122	.331*
	Fact. Déviance sociale	-.328*	-.307*	-.261	-.314*	-.276	-.245
	Facet. Interpersonnelle	.259	.322*	.358*	.195	.137	.158
	Facet. Affective	-.003	-.101	-.168	.011	.000	.196
	Facet. Style de vie	-.396**	-.374*	-.328*	-.393**	-.349*	-.417**
	Facet. Antisociale	.006	-.017	-.028	.031	.035	.162
CAPP-IRS	Score total	-	-	-	-	-	-
	Attachement	-.088	.071	.115	.018	-.162	-.256
	Comportemental	-.386*	-.335*	-.318*	-.306	-.403**	-.300
	Cognitif	.039	.085	.074	.126	.030	.039
	Dominance	.093	-.037	-.026	-.111	.192	.240
	Emotionnel	.233	.142	.101	.180	.234	.353*
	Soi	.221	.225	.203	.267	.054	.048
IM-P	Score total	-	-	-	-	-	-
	Dominance	-.150	-.245	-.188	-.285	-.065	-.178
	Grandiosité	.169	.257	.199	.313*	.072	.193
	Violations des frontières	.240	.163	.145	.110	.155	.314*

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

Fact. = Facteur ; Facet. = Facette

Au niveau de la PCL-R, les attitudes interpersonnelles insensibles et inadéquates sont corrélées positivement et modérément avec la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives. Le style interpersonnel arrogant et trompeur présente des corrélations positives et modérées avec les aptitudes cognitives générales et les compétences langagières. Au niveau de la CAPP-IRS, le déficit affectif est corrélé de manière positive et modérée avec la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives. Au niveau de l'IM-P, L'expression du sentiment de supériorité présente une corrélation positive et modérée avec les capacités cognitives de résolution de problèmes visuels (IRP). L'irrespect de la distance interpersonnelle est corrélé positivement et modérément avec la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives.

L'instabilité chronique et les comportements criminels (Facteur Déviance sociale) sont corrélés de manière une corrélation négatives et faibles avec les compétences langagières. Il est également corrélé négativement et modérément avec les capacités intellectuelles globales, les aptitudes cognitives

générales, les capacités cognitives de résolution de problèmes visuels et la capacité d'accomplir rapidement des opérations cognitives. Les comportements impulsifs et irresponsables sont corrélés de manière négative et modérée avec toutes les variables de la WAIS-IV (QI total, IAG, ICV, IRP, IMT et IVT). Concernant la CAPP-IRS, les comportements oppositionnels, instables et non fiables (domaine Comportemental) présentent des corrélations négatives et modérées avec les capacités intellectuelles globales, les aptitudes cognitives générales, les compétences langagières et les capacités de rétention et de traitement de l'information.

Comparaisons de groupes

Tableau 3
Comparaisons des indices de la WAIS-IV au sein des sous-groupes PCL (cut-off 25)

Groupe PCL-R WAIS-IV	Groupe faible (N=14)		Groupe modéré (N=21)		Groupe élevé (N=10)		χ^2	<i>p</i>
	M	σ	M	σ	M	σ		
QI total	82,71	21,02	70,43	13,44	79,40	17,09	3,146	.207
IAG	85,43	23,12	75,38	12,74	81,50	16,24	0,982	.612
ICV	86,86	27,26	74,86	14,65	83,40	17,08	1,912	.384
IRP	87,71	15,55	81,33	11,80	83,80	13,87	0,981	.612
IMT	86,21	15,05	76,24	13,69	83,00	15,49	4,035	.133
IVT	79,71	13,80	76,10	11,10	83,50	15,36	1,978	.372

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

Dans le groupe PCL 25, nous constatons qu'il n'y a aucune différence significative entre les groupes au niveau des composantes de la WAIS-IV (Tableau 3.).

Tableau 4**Comparaisons des indices de la WAIS-IV au sein des sous-groupes PCL-R (cut-off 28)**

Groupe PCL-R WAIS-IV	Groupe faible (N=14)		Groupe moyen (N=27)		Groupe élevé (N=4)		χ_2	<i>p</i>
	M	σ	M	σ	M	σ		
QI total	82,71	21,02	73,30	15,83	73,50	9,47	1,840	.399
IAG	85,43	23,12	77,60	14,65	75,75	9,67	0,458	.796
ICV	86,86	27,26	77,63	16,40	77,50	11,90	0,535	.765
IRP	87,71	15,55	82,52	12,72	79,50	10,38	1,118	.572
IMT	86,21	15,05	78,74	15,19	76,25	8,18	2,819	.244
IVT	79,71	13,80	77,93	13,53	82,25	6,65	0,488	.784

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

Dans le groupe PCL 28, Il n'y a également aucune différence significative entre les groupes au niveau des composantes de la WAIS-IV (Tableau 4.).

Tableau 5**Comparaisons des indices de la WAIS-IV au sein des sous-groupes CAPP**

Groupe CAPP WAIS-IV	Groupe faible (N=21)		Groupe modéré (N=24)		Mann-Whitney	
	M	σ	M	σ	<i>U</i>	<i>p</i>
QI total	68,85	14,01	82,71	17,82	134,000	.007**
IAG	73,57	14,30	85,38	18,42	143,500	.014*
ICV	73,29	16,19	86,79	21,48	141,000	.011*
IRP	79,43	11,87	87,75	13,85	171,000	.065
IMT	76,43	13,57	84,71	15,18	175,000	.079
IVT	73,52	11,23	83,54	12,86	135,000	.008**

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

Au sein des groupes CAPP, nous constatons qu'il y a plusieurs différences significatives entre ces derniers au niveau des composantes de la WAIS-IV (Tableau 5.). Il y a une différence significative au niveau du QI total. Les internés avec un score CAPP modéré ont un score de QI plus élevé que les internés avec un score CAPP faible. Au niveau de plusieurs indices (IAG, ICV et IVT), les internés avec un score CAPP modéré ont un score significativement plus élevé que les internés avec un score CAPP faible.

Tableau 6
Comparaisons des indices de la WAIS-IV entre les groupes à l'IM-P

Groupe IM-P \ WAIS-IV	Groupe faible (n=40)		Groupe élevé (n=5)		Mann-Whitney	
	M	σ	M	σ	<i>U</i>	<i>p</i>
QI total	75,82	17,91	79,60	14,17	79,000	.448
IAG	80,13	18,31	77,80	9,47	96,500	.899
ICV	81,13	21,07	75,40	10,45	92,500	.786
IRP	83,85	13,57	84,00	14,35	98,500	.957
IMT	80,75	14,87	81,60	16,74	98,500	.957
IVT	77,93	13,17	86,40	9,53	63,000	.180

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

Au sein des groupes IM-P, Il n'y a aucune différence significative entre ces derniers au niveau des composantes de la WAIS-IV (Tableau 6.).

Discussion

Corrélations

Pour les corrélations globales entre la PCL-R et la WAIS-IV, les résultats sont partiellement convergents avec la littérature internationale. Contrairement à Beggs et son collaborateur (2008), nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre le score total à la PCL-R et la mesure du QI. Ce résultat vient contredire l'idée répandue que les personnes avec un TPP sont dotées d'une intelligence supérieure à la moyenne (DeLisi et al., 2010). Rappelons que notre population d'étude est « high risk » et présente un score de QI total moyen est de 71,3 (Jeandarme et al., 2019). Néanmoins, ce premier constat ne signifie pas que certaines caractéristiques de la psychopathie ne sont pas en lien avec des compétences cognitives particulières.

La corrélation positive entre le Facteur Interpersonnel et l'IVT indiquerait une facilité du traitement de l'information par les personnes avec des attitudes interpersonnelles inadéquates. Quant à la Facette Interpersonnelle, sa corrélation positive avec l'ICV correspond à celle retrouvée auprès d'une population carcérale féminine (Mckeow & Thomson, 2019). Au sein de notre population, il y a donc un lien entre les attitudes de charmes superficiel, les comportements manipulateurs et les compétences verbales.

Il n'y a pas de corrélations entre les corrélations entre le Facteur Déviance Sociale et les différentes composantes de la mesure du QI. Ce résultat est congruent avec la littérature internationale tant auprès

de la population masculine carcérale que médicolégale (Beggs et al., 2008 ; Walters et al., 2018 ; DeLisi et al., 2010). Toutefois, la Facette Style de vie est corrélée négativement au score total du QI ainsi qu'à deux indices (IMT et IVT). Ces résultats sont partiellement congruents avec ceux de Walters et son collaborateur (2018) qui ont relevé une relation négative entre cette Facette et le score de QI total ainsi que l'IMT. Vitacco et collaborateurs (2008) ont également relevé cette relation entre cette Facette de la PCL : SV et le score de QI total à la WASI. La Facette Style de vie renvoie en partie à l'impulsivité cognitive. Ces résultats sont cohérents avec le fait que plus la personne présente de problèmes liés à cette Facette et moins elle sera performante aux tâches correspondantes à ces indices.

Concernant les liens entre la CAPP-IRS et la WAIS-IV, il s'agit de la première recherche qui étudie le lien entre ces deux mesures. Nous tenterons donc de faire du lien avec la littérature autour des différents concepts correspondants aux domaines plutôt qu'au concept global de psychopathie et de son score total. Dans l'étude sur la convergence entre la CAPP-IRS et la PCL-R, nous avons conclu que la CAPP-IRS renvoyait principalement aux caractéristiques interpersonnelles de la psychopathie. Dès lors, la corrélation positive entre le score total de la CAPP-IRS et l'IVT fait sens au sein de notre population. Malgré la congruence au sein de notre population, aucun résultat similaire n'a été trouvé au sein de la littérature internationale. La corrélation positive entre le domaine Emotionnel et le score total de QI et plus précisément l'IVT pourrait indiquer que la froideur émotionnelle offrirait un meilleur traitement des informations cognitives. Nous n'avons pas trouvé de résultats antérieurs congruents ou non avec les nôtres. Les corrélations positives du domaine du Soi avec le score total de QI et l'IVT correspondent partiellement à ce que renvoient la théorie de Cleckley (1988). Il pourrait y avoir, non pas un lien entre la psychopathie et l'intelligence, mais plutôt entre certaines caractéristiques interpersonnelles et la mise en place de stratégies d'adaptations cognitives.

Il s'agit également de la première recherche qui étudie le lien entre les mesures d'IM-P et la WAIS-IV. Toutefois, certaines recherches antérieures, sur la validité de l'IM-P, ont analysé les liens avec différentes mesures de QI. Le score total de l'IM-P est corrélé positivement au score total du QI ainsi qu'à plusieurs indices (IAG ; ICV ; IVT). Ce résultat n'est pas cohérent avec l'étude de Zolondek et collaborateurs (2006) qui ne stipule aucune corrélation significative entre le score total de l'IM-P et le score total de QI. Cependant, cette étude utilise la Shipley Institute of Living Scale (Shipley, 1983). Une étude affiche une corrélation assez forte ($r = .85$) avec le modèle WAIS (Deaton, 1992). Malgré ce résultat, le modèle WAIS employé est plus ancien que celui utilisé dans notre étude. Cela pourrait expliquer la différence de résultat. La corrélation entre le score du QI total et le Facteur Grandiosité se retrouve dans deux études utilisant la WAIS-R (Hampton, Vitacco & Kosson, 2018) et la Shipley

Insitute of Living Scale – Revised (Vitacco et al., 2010). Au niveau des Facteurs de l'IM-P, il s'agit de la seule corrélation significative que nous avons retrouvé au sein de la littérature internationale.

Le Facteur Violation des frontières présente le même pattern de corrélation. Les corrélations avec l'ICV sont cohérentes avec les résultats obtenus dans la corrélation avec la Facette Interpersonnelle de la PCL-R et donc avec la littérature internationale (McKeow et al., 2019). Nous formulons l'hypothèse que les personnes avec des comportements interpersonnels invasifs présenteraient de meilleures stratégies de gestions de l'information verbale.

Concernant les corrélations partielles, certaines composantes de la PCL-R présentent les mêmes corrélations ou absence de corrélation (Facteur Interpersonnel, Facette Interpersonnelle, Facette Affective et Facette Antisociale). Pour le Facteur Déviance sociale, des corrélations négatives apparaissent avec le score au QI total, l'IAG et l'IRP. Le contrôle de la variance partagée permet de mettre en avant des spécificités cognitives liées à ce qui se rapproche du trouble de la personnalité antisociale. Plus spécifiquement, les personnes avec un style de vie parasitique et une impulsivité cognitive ont une tendance plus marquée dans la difficulté de résolution des tests cognitifs orientés sur les fonctions exécutives. Pour la CAPP-IRS, les domaines de l'Attachement et Cognitif ne présentent toujours aucune corrélation après le contrôle de la variance partagée. L'absence de corrélation entre les composantes de la WAIS-IV et le domaine Cognitif peut s'expliquer par un simple constat. Ils ne mesurent pas la même chose. En effet, la WAIS-IV évalue des compétences cognitives alors que la CAPP-IRS se focalise plutôt sur l'expression comportementale de problèmes cognitifs sous-jacents (Manque de concentration, Manque de persévérance, etc.). Quant au domaine Comportemental, le contrôle de la variance partagée a permis de mettre en évidence des corrélations négatives avec le score de QI total, l'IAG, l'ICV et l'IMT. Cela signifie que plus une personne présente de problèmes comportementaux tels qu'un manque de persévérance, de l'impatience, de l'agitation, des attitudes oppositionnelles et plus elle rencontrera des difficultés à réaliser des tâches cognitives en lien avec la compréhension verbale et la mémoire de travail. Impactant de ce fait, ses résultats généraux aux différentes tâches. Au niveau du domaine de la Dominance, la corrélation avec l'IVT n'est plus présente après le contrôle de la variance partagée. Cela démontre que ce lien n'est pas uniquement le résultat des attitudes dominantes sur la vitesse de travail mais bien une influence multifactorielle sur les tâches relatives à cet indice. Pour le domaine Emotionnel, il conserve uniquement la corrélation positive avec l'IVT. Cela renforce l'hypothèse que plus une personne avec des troubles émotionnels tels que le manque de profondeur émotionnelle ou un manque d'anxiété peut influencer positivement la vitesse à laquelle l'information est traitée cognitivement. Après le contrôle de la variance partagée, le domaine du Soi ne présente plus de corrélation avec les différentes composantes de la WAIS-IV. Le lien entre les fonctions exécutives et les attitudes narcissiques et

égocentriques de la CAPP-IRS ne seraient donc que l'expression d'une influence multifactorielle au sein des différentes composantes de la CAPP-IRS. Pour l'IM-P, le Facteur Dominance ne présente toujours aucune corrélation après le contrôle de la variance partagée. Concernant le Facteur Grandiosité, le contrôle de la variance partagée a permis de mettre en évidence un lien unique entre ce dernier et l'IRP. Indiquant que plus une personne aura un sentiment de supériorité, plus elle performera aux tâches de raisonnements perceptifs. Pour le Facteur Violation des frontières, le contrôle de la variance partagée a permis de mettre en évidence un lien unique entre ce dernier et l'IVT. Cela signifie que plus une personne aura une tendance à violer l'espace interpersonnel d'autrui et plus elle aura de facilité à traiter l'information sur le plan cognitif. Une hypothèse serait que les personnes qui se délestent des normes sociales aurait un traitement cognitif de l'information plus fluide.

On peut constater qu'il est très compliqué de trouver des recherches aux résultats cohérents avec les nôtres. Certains facteurs peuvent contribuer à cette incohérence (Baskin-Sommers et al., 2015). Notamment, la façon dont est opérationnalisée la psychopathie (structure factorielle, focalisation sur un ou plusieurs traits, etc.) ou encore les modalités d'administration des échelles (entretien, questionnaire, etc.).

Comparaisons

Au niveau des groupes PCL-R, Il n'y a aucune différence significative malgré l'application de deux points de coupures différents. Ces résultats rejoignent ceux obtenus lors d'une recherche comparant des personnes avec et sans trait psychopathique (Johansson et al., 2005). Au sein de notre population, les patients dépassant le score seuil ne possèdent pas de capacité cognitive significativement différentes des patients qui ont un score plus faible à la PCL-R. Toutefois, les groupes sont assez hétérogènes et cela peut influencer les résultats. Au niveau des groupes CAPP-IRS, les différences significatives sont multiples. Tout d'abord, les patients avec un score total CAPP-IRS modéré ont un score total de QI plus élevé que les patients avec un score total CAPP-IRS faible. Les différences entre ces groupes pour l'IAG, l'ICV et l'IVT vont dans le même sens. Si on se réfère à notre étude préliminaire et au chapitre précédent sur la validité convergente de la PCL-R et de la CAPP-IRS, cette dernière et certaines de ses composantes sont corrélées avec la Facette Interpersonnelle de la PCL-R. La CAPP-IRS renvoie donc à des comportements interpersonnels inadéquats en lien avec la psychopathie comme décrit par les concepteurs du modèle (Cooke et al, 2012 ; Cooke et al, 2018 ; Delannoy et al., 2017 ; Delannoy et al., 2018). Nous formulons donc l'hypothèse que les patients avec des comportements modérément inadéquats performant mieux aux tâches cognitives de manière générales mais particulièrement aux tâches verbales et de traitement de l'information. Il serait

intéressant d'avoir un groupe de patients avec un score total CAPP-IRS élevé afin de vérifier si ceux-ci performant encore mieux que les autres groupes.

Au niveau des groupes IM-P, Il n'y a aucune différence significative entre les groupes score total IM-P faible et score total IM-P faible. Alors que nous constatons des corrélations entre cette mesure et la WAIS-IV. Les scores totaux à l'IM-P n'ont permis de construire que deux groupes à l'hétérogénéité marquée. En effet, les patients avec score élevés sont huit fois moins nombreux que ceux avec un score faible. Cette différence influence certainement les comparaisons entre ces groupes.

Conclusion

Cette recherche visait à mettre en lumière les liens entre l'intelligence et la psychopathie au sein d'une population d'internés. Les analyses mettent en évidence des résultats variables comme dans la plupart des recherches internationales sur ces deux concepts. Il est donc difficile de les généraliser. La population internée souffre de nombreux et divers troubles psychiatriques pouvant influencer les compétences cognitives. La seule évidence, au sein de cette population, est qu'il n'y a pas de lien entre un haut niveau de psychopathie et une intelligence élevée.

Perspectives et limites

Cette recherche nous a permis de mettre en avant des liens entre les différents Facteurs/domaines de trois échelles de la psychopathie et une mesure du QI. Malgré l'application de corrélations partielles, ces résultats sont généraux. Il serait intéressant d'effectuer des corrélations entre les items/symptômes des différentes échelles et les scores aux différentes tâches de la WAIS-IV. Par exemple, la Facette Style de vie (PCL-R) qui est corrélée avec tous les indices de la WAIS- IV après le contrôle de la variance partagée. L'hypothèse est que les corrélations inter-facteurs parasitent les corrélations avec les indices de la WAIS-IV. Les comparaisons de groupes n'ont mis en avant aucune différence entre les groupes établis sur base de la PCL-R. La majorité de nos participants ne dépassent pas le seuil requis à cette échelle. Dans ce cadre, il faudrait augmenter le nombre de patient avec un score supérieur ou égal à 28 à la PCL-R. Il serait également intéressant d'utiliser une méthodologie plus adaptée que la simple scission en sous-groupes par rapport à un score seuil unique. En effet, on constate des corrélations avec certaines facettes mais pas de différence au niveau des comparaisons de groupes. Nous suggérons qu'à l'avenir, les comparaisons puissent se faire entre différents profils construits sur base de la PCL-R afin de mieux en comprendre le fonctionnement. Pour la CAPP-IRS et l'IM-P, l'étendue des scores aux échelles ne couvre pas l'entièreté de la cotation de ces échelles. La construction des groupes n'est donc pas représentative du score total. Il serait intéressant d'inclure un plus grand nombre de patients afin de créer des groupes plus représentatifs de la population internée.

Références

- Bagshaw, R., Gray, N. S., & Snowden, R. J. (2014). Executive function in psychopathy: The tower of London, Brixton spatial anticipation and the Hayling sentence completion tests. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 483-489. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.031>
- Barkow, J.H., Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). *The adapted mind*. Oxford University Press.
- Baskin-Sommers, A. R., Brazil, I. A., Ryan, J., Kohlenberg, N. J., Neumann, C. S., & Newman, J. P. (2015). Mapping the association of global executive functioning onto diverse measures of psychopathic traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 336-346. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/per0000125>
- Beggs, S. M., & Grace, R. C. (2008). Psychopathy, intelligence, and recidivism in child molesters: Evidence of an interaction effect. *Criminal Justice and Behavior*, 35(6), 683-695. <https://doi.org/10.1177/0093854808314786>
- Binet, A., & Simon, T. (1916). *The development of intelligence in children*. Williams & Wilson.
- Cleckley, H. (1988). *The mask of sanity (5th ed.)*. Emily S. Cleckley. (Original work published 1941).
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., Moran, P., Bebbington, P., ... & Hare, R. (2009). Psychopathy among prisoners in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(3), 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.02.008>
- Cooke, D. J. (2018). Psychopathic personality disorder: Capturing an elusive concept. *European Journal of Analytic Philosophy*, 14(1), 15–32. <https://doi.org/10.31820/ejap.14.1.1>
- Cooke, D. J., Hart, S. D., & Logan, C. (2004). *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality - Institutional Rating Scale (CAPP-IRS)*. Unpublished manuscript.
- Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C. (2012). Explicating the construct of psychopathy: Development and validation of a conceptual model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 242–252. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746759>
- Cooke, D. J., & Michie, C. (1999). Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 58-68. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.1.58>

- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D., & Clark, D. (2005a). Searching for the pan-cultural core of psychopathic personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 39(2), 283-295. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.01.004>
- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, D., & Clark, D. (2005b). Assessing psychopathy in the UK: Concerns about cross-sectional generalisability. *British Journal of Psychiatry*, 186, 335–341. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.335>
- Cottraux, M. & Cottraux, J. (1998). *Entretien Clinique structuré pour les troubles de la personnalité de l'Axe II du DSM-IV*. Traduction en français. Centre Hospitalo Universitaire de Lyon.
- Deaton, W. L. (1992). Shipley Institute of Living scale. In *The eleventh mental measurements yearbook* (pp. 822–824). Buros Institute
- Delannoy, D., Saloppé, X., Cooke, D.J., & Pham, T.H. (2018, September 21-22). *Validité convergente entre trois échelles mesurant la psychopathie auprès d'une population médico-légale belge*. Colloque AFERTP, Mons, Belgium.
- Delannoy, D., Saloppé, X., Tiberi, L. A., Delescluse, C., & Pham, T. H. (2017, March). Deux mesures de psychopathie chez les patients médicolégaux. In *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 175, No. 3, pp. 297-299). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.02.002>
- Delfin, C., Andiné, P., Hofvander, B., Billstedt, E., & Wallinius, M. (2018). Examining associations between psychopathic traits and executive functions in incarcerated violent offenders. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 310. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00310>
- DeLisi, M., Vaughn, M. G., Beaver, K. M., & Wright, J. P. (2010). The Hannibal Lecter myth: Psychopathy and verbal intelligence in the MacArthur violence risk assessment study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 169-177. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9147-z>
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J. & Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II)*. Biometric Research Department.
- Hampton, S. L., Vitacco, M. J., & Kosson, D. S. (2018). Construct validity of the three-factor model of the Interpersonal Measure of Psychopathy. *Criminal Justice and Behavior*, 45(11), 1613-1633. <https://doi.org/10.1177/0093854818786759>
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist: Revised, 2nd edition*. MultiHealth Systems, Inc.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). *Hare Psychopathy Checklist: Screening version (PCL: SV)*. Multi-Heath Systems

- Jeandarme, I., Saloppé, X., Habets, P., & Pham, T. H. (2019). Not guilty by reason of insanity: clinical and judicial profile of medium and high security patients in Belgium. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(2), 286-300. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1544265>
- Jerison, H.J. (1982). The evolution of biological intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence* (pp. 723-791). Cambridge University Press.
- Johansson, P., & Kerr, M. (2005). Psychopathy and intelligence: A second look. *Journal of Personality Disorders*, 19(4), 357-369. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.4.357>
- Kosson, D.S., Steuerwald, B., Forth, A. & Kirkhart, K. (1997). A new method for assessing the interpersonal behavior of psychopathic individuals: Preliminary validation studies. *Psychological Assessment*, 9(2), 89-101. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.2.89>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Hergueta, T., & Weiller, E. (1998). The MINI international neuropsychiatric interview. *European Psychiatry*, 13(1004), 198s-198s.
- McKeown, A., & Thomson, N. D. (2019). Psychopathy and intelligence in high-risk violent women. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(3), 484-495. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1560487>
- Moniteur Belge (5 mai 2014). Loi relative à l'internement des personnes. p. 52159
- Pauli, M., Liljeberg, J., Gustavsson, P., Kristiansson, M., & Howner, K. (2019). Assessing the relevance of self-reported ADHD symptoms and cognitive functioning for psychopathy using the PCL-R and the TriPM. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(4), 642-657. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1560489>
- Salekin, R. T., Neumann, C. S., Leistico, A. M. R., & Zalot, A. A. (2004). Psychopathy in youth and intelligence: An investigation of Cleckley's hypothesis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 731-742. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_8
- Sheehan, D., Janavs, J., Knapp, E., Sheehan, M., & Baker, R. (1992). *Mini-international neuropsychiatric interview clinician rated, version 4.0*. University of South Florida College of Medicine.
- Shipley, W. C. (1983). *Shipley Institute of Living Scale*. Western Psychological Services.
- Spironelli, C., Segrè, D., Stegagno, L., & Angrilli, A. (2014). Intelligence and psychopathy: a correlational study on insane female offenders. *Psychological Medicine*, 44(1), 111-116. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000615>

- Sternberg, R. J. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, 52(10), 1030-1037. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.10.1030>
- Vitacco, M. J., & Kosson, D. S. (2010). Understanding psychopathy through an evaluation of interpersonal behavior: Testing the factor structure of the interpersonal measure of psychopathy in a large sample of jail detainees. *Psychological Assessment*, 22(3), 638-649. <https://doi.org/10.1037/a0019780>
- Vitacco, M.J., Neumann, C.S., & Woduschek, T. (2008) Differential Relationships Between the Dimensions of Psychopathy and Intelligence: Replication With Adult Jail Inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 35(1), 48-55. <https://doi.org/10.1177/0093854807309806>
- Wall, T. D., Sellbom, M., & Goodwin, B. E. (2013). Examination of intelligence as a compensatory factor in non-criminal psychopathy in a non-incarcerated sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 450-459.
- Walters, G. D., & Duncan, S. A. (2018). Performance-verbal discrepancies and facets of psychopathy: assessing the relationship between WAIS–R/III summary IQs/index scores and PCL–R facet scores. *Journal of Criminal Psychology*, 8(3), 234-246. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00984>
- Watts, A. L., Salekin, R. T., Harrison, N., Clark, A., Waldman, I. D., Vitacco, M. J., & Lilienfeld, S. O. (2016). Psychopathy: Relations with three conceptions of intelligence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(3), 269. <https://doi.org/10.1037/per0000183>
- Wechsler, D., (1944). *The measurement of adult intelligence : 3rd edition*. Williams & Wilkins.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale-IV*. Pearson.
- Whipple Drozdick, L., & Munro Cullum, C. (2011). Expanding the ecological validity of WAIS-IV and WMS-IV with the Texas Functional Living Scale. *Assessment*, 18(2), 141-155. <https://doi.org/10.1177/1073191110382843>
- Zolondek, S., Lilienfeld, S. O., Patrick, C. J., & Fowler, K. A. (2006). The interpersonal measure of psychopathy: Construct and incremental validity in male prisoners. *Assessment*, 13(4), 470-482. <https://doi.org/10.1177/1073191106289861>

Chapitre 5 : Etat de l'art sur le parcours des personnes avec un TPP

Chapitre Santé en prison : Delannoy, D., Ducro, C., Telle, E. & Pham, T.H. (2019). Psychopathie et institutionnalisation. Dans Dr H. Wolff & Dr G. Niveau (dirs.). Santé en prison (pp. 581-593). RMS éditions.

CHAPITRE 3.9.

Psychopathie et institutionnalisation

Denis Delannoy, Claire Ducro, Emilie Telle, Thierry H. Pham

Chapitre réalisé avec le soutien du ministère de la Région wallonne, Santé et Affaires sociales et Egalité des chances.

INFORMATIONS ESSENTIELLES

- Le trouble de la personnalité psychopathique se caractérise par une loquacité verbale, de l'égoïsme, de la manipulation, une insensibilité aux autres, des émotions superficielles et labiles, des relations instables dans le temps, un manque d'empathie, d'anxiété, de remords, de culpabilité, etc.
- Les personnes ayant un trouble de la personnalité psychopathique commettent fréquemment des actes criminels.
- La PCL-R est l'outil factoriel de référence permettant d'évaluer le trouble de la personnalité psychopathique et est incluse comme facteur de risque dans les échelles d'évaluation du risque.
- Le trouble de la personnalité psychopathique est minoritairement représenté dans les différents milieux institutionnels (15 à 25%) comparativement au trouble de la personnalité antisociale.
- Le trouble de la personnalité psychopathique est positivement lié aux troubles de la personnalité narcissique et antisociale ainsi qu'à l'abus ou la dépendance aux substances.
- Le trouble de la personnalité psychopathique est négativement lié aux troubles mentaux tels que les troubles de l'humeur et anxieux.

581

Psychopathie et institutionnalisation

Informations essentielles

- Le trouble de la personnalité psychopathique se caractérise par une loquacité verbale, de l'égoïsme, de la manipulation, une insensibilité aux autres, des émotions superficielles et labiles, des relations instables dans le temps, un manque d'empathie, d'anxiété, de remords, de culpabilité, etc.
- Les personnes ayant un trouble de la personnalité psychopathique commettent fréquemment des actes criminels.
- La PCL-R est l'outil factoriel de référence permettant d'évaluer le trouble de la personnalité psychopathique et est incluse comme facteur de risque dans les échelles d'évaluation du risque.
- Le trouble de la personnalité psychopathique est minoritairement représenté dans les différents milieux institutionnels (15 à 25 %) comparativement au trouble de la personnalité antisociale.
- Le trouble de la personnalité psychopathique est positivement lié aux troubles de la personnalité narcissique et antisociale ainsi qu'à l'abus ou la dépendance aux substances.
- Le trouble de la personnalité psychopathique est négativement lié aux troubles mentaux tels que les troubles de l'humeur et anxieux.
- Malgré un pessimisme thérapeutique, le modèle RBR se révèle prometteur quant au traitement du trouble de la personnalité psychopathique face aux prises en charge généralistes.

1. La psychopathie

Le concept de psychopathie est défini et étudié dans divers domaines depuis de nombreuses années. Il essuie encore des amalgames terminologiques et/ou pronostics au regard du risque, de sa prise en charge, voire de son institutionnalisation. La première partie de ce chapitre sera consacrée à la définition du trouble de la personnalité psychopathique (TPP) et la description de sa symptomatologie. La seconde partie se centrera sur la comorbidité psychiatrique de la psychopathie permettant ainsi d'ouvrir la réflexion sur l'enfermement en détention ou en psychiatrie sécurisée des personnes présentant ce trouble. Ensuite, nous passerons en revue le risque de récurrence de cette population spécifique. Pour terminer, et au regard des points précédents, nous achèverons cette réflexion en proposant plusieurs possibilités de prises en charge de ce trouble de personnalité.

1.1 Définition

La première définition clinique de la psychopathie trouve son origine dans des travaux basés sur l'observation de cas cliniques par Cleckley (1). À partir d'études de cas de patients issus de divers milieux (hôpitaux psychiatriques sécuritaires ou non, patients suivis en ambulatoire), il identifie un sous-groupe de patients, minoritaires et atypiques rencontrant les caractéristiques suivantes, qu'il décrira dans son ouvrage *The Mask of Sanity* :

- Charme superficiel et bonne « intelligence » ;
- Absence de délire ou de tout autre signe de pensée irrationnelle ;
- Absence de nervosité ou de manifestations psychonévrotiques ;
- Sujets sur lesquels il n'est pas possible de compter ;
- Fausseté et hypocrisie ;
- Comportement antisocial non motivé ;
- Pauvreté du jugement et incapacité d'apprendre de ses expériences ;
- Égocentrisme pathologique et incapacité d'aimer ;
- Réactions affectives pauvres ;
- Incapacité d'introspection ;
- Incapacité de répondre adéquatement aux manifestations générales qui marquent les relations interpersonnelles (considération, confiance, gentillesse, etc.) ;
- Comportements fantaisistes et peu attirants sous l'effet de l'alcool, voire sans cet effet ;
- Rarement sujets au suicide ;
- Vie sexuelle impersonnelle, banale et peu intégrée ;
- Incapacité de suivre un quelconque plan de vie ;
- Absence de remords ou de honte.

Bien des années après ces observations cliniques et sur base de celles-ci, Hare a développé la *Psychopathy Checklist* afin d'évaluer de manière structurée le concept. Cet outil est communément utilisé à l'heure actuelle dans les milieux pratiques. La *Psychopathy Checklist-Revised 2nd* (PCL-R ; 2) considère la psychopathie selon un premier facteur constitué de deux facettes reprenant les items reflétant des symptômes interpersonnels et affectifs, et un deuxième facteur constitué de deux facettes décrivant le style de vie et les comportements antisociaux (2). Les individus présentant des scores élevés à la PCL-R se voient donc attribuer un diagnostic de TPP. Selon Hare, le TPP se caractérise par des relations interpersonnelles et des occupations sociales problématiques. Les individus présentant ce trouble commettent souvent des actes criminels. Ils sont assez verbeux, égocentriques, manipulateurs et insensibles aux autres et ils expriment des émotions superficielles et labiles. De surcroît, leurs relations avec les autres sont instables dans le temps. Ils manifestent également un manque d'empathie, d'anxiété, de remords ou de culpabilité. Enfin, le point de coupure permettant d'établir ce diagnostic est sujet à des variations culturelles. En Amérique du Nord, le diagnostic nécessite un score minimal de 30/40. Alors qu'une étude sur une population carcérale écossaise a permis d'établir un diagnostic similaire avec un score minimal de 25/40 (3). Plus récemment, un score de 28/40 a été défini comme étant plus raisonnable dans l'identification de ce trouble (4).

Ces différentes caractéristiques reprises dans la composition factorielle de la PCL-R peuvent avoir une influence sur la définition des différents sous-types de psychopathes.

1.2 Les profils de la psychopathie

Contrairement à l'attribution d'un score total à la PCL-R et l'identification d'un TPP, de nombreuses recherches se développent et ne considèrent plus la psychopathie comme un trouble unitaire (5). En effet, la PCL-R permet de mettre en avant quatre profils de scores factoriels auprès de 1 983 détenus anglais (6) :

- Le « psychopathe » qui présente un score élevé aux quatre facettes. Cela signifie qu'il a des comportements inadaptés sur le plan interpersonnel, un déficit affectif marqué, des habitudes parasitiques et impulsives ainsi qu'une diversité des comportements antisociaux.
- Le « contrevenant insensible et trompeur » présentant des tendances à la manipulation ainsi qu'une superficialité affective. Il présente des traits de personnalité assez proches d'un fonctionnement narcissique.
- Le « sociopathe » présentant des attitudes moins charmeuses et manipulatrices. Il fait plutôt usage de la force et de l'intimidation.
- Le « contrevenant en général » présentant des problèmes affectifs et un style de vie relativement impulsif.

De plus, parmi des scores élevés à la PCL-R (N = 1 451), trois profils ont pu être identifiés (7) :

- Les « psychopathes manipulateurs » présentant une problématique interpersonnelle ainsi qu'un déficit affectif marqué.
- Les « psychopathes agressifs » caractérisés par une problématique affective à laquelle s'adjoignent un style de vie impulsif, parasitique et des comportements antisociaux.
- Les « sociopathes » qui sont considérés comme un sous-type de contrevenant.

Contrairement aux profils « manipulateurs » et « agressifs », les sociopathes ne sont pas considérés comme des personnes présentant un TPP.

Au vu des différents profils identifiés, il semble également intéressant d'approfondir la description clinique par d'éventuels troubles associés.

2. Psychopathie et comorbidité psychiatrique

2.1 La prévalence en milieux carcéral et médico-légal

Au regard de la littérature internationale relative à la psychopathie, et ce, quels que soient les domaines étudiés (émotions, impulsivité, troubles mentaux, etc.), nous observons dans les méthodologies de recherches que les individus présentant un TPP peuvent être issus de la communauté, de milieux pénitenciers ou d'hôpitaux psychiatriques sécurisés ou non. Concernant les individus institutionnalisés, la question quant au choix de la mesure d'enfermement se pose et dépend de l'organisation des systèmes judiciaires (8).

Le TPP et le trouble de la personnalité antisociale sont présents de manière asymétrique. En milieu carcéral, la prévalence de la personnalité antisociale se situe entre 50 et 80 %, alors que celle de la psychopathie est estimée entre 15 et 25 % (2, 9). Cette dernière est de 7,7 % auprès d'une population en Angleterre et au pays de Galles (10). En milieu médico-légal, elle se situe entre 7,2 et 21,4 % en Europe néerlandophone (11). Elle est évaluée à 14 % en Belgique francophone (12). Toutefois, il n'existe pas d'étude sur la prévalence des troubles de l'Axe I et de l'Axe II auprès de détenus avec un TPP, mais plutôt des études sur le lien entre la PCL-R et ces troubles (13).

2.2 Psychopathie et troubles de la personnalité

Relativement aux troubles de la personnalité, une comorbidité liée au cluster B est constatée chez les individus porteurs d'un TPP en comparaison aux individus n'ayant pas de TPP au sein d'une population médico-légale masculine. Plus précisément, il s'agit du trouble de la personnalité antisociale. D'ailleurs, ce trouble est fortement corrélé au facteur portant sur la relation à la « Déviance sociale » de la PCL-R (12, 14). Selon Reiss, Grubin et Meux (15), les individus avec un TPP présentent également plus souvent une comorbidité avec la personnalité narcissique comparativement aux individus sans TPP. Par ailleurs, auprès d'hommes et de femmes incarcérés (N

= 496) en Angleterre et au pays de Galles, il est observé une forte corrélation entre le score total de la PCL-R et le trouble de la personnalité antisociale (13). Plus spécifiquement, ce trouble est fortement corrélé avec la facette antisociale. La facette interpersonnelle est fortement corrélée avec le trouble de la personnalité narcissique.

2.3 Psychopathie et troubles mentaux

Au niveau des troubles mentaux, les individus avec un TPP sont davantage sujets à une problématique liée à la dépendance/abus de substances que les individus sans TPP (16). Auprès de détenus, la consommation, toutes substances confondues (alcool, cannabis, cocaïne, etc.), est fortement corrélée avec le score total de la PCL-R (13). Ce qui n'est pas le cas de troubles mentaux amenant un dysfonctionnement dans la perception de la réalité comme la psychose. De surcroît, des études sur le stress traumatique (*Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire*, SASRQ) ont été menées auprès de 48 patients médico-légaux. Les individus avec un TPP présentent moins souvent un diagnostic de stress aigu et un nombre de symptômes moins élevés que les individus sans TPP. Ils sont également moins sujets à des réminiscences de souvenirs traumatiques. Enfin, le score total de la PCL-R est négativement corrélé au score total de la SASRQ (16). De même, la dépression a été étudiée auprès de 36 détenus belges. Cette étude a mis en avant une forte association négative entre le diagnostic de dépression et le score total de la PCL-R. La dépression se trouve plus fortement et négativement associée avec la facette « Affective » de la PCL-R (17). La psychopathie constituerait ainsi un facteur protecteur du stress traumatique et de la dépression (16, 17).

En définitive, la prévalence de psychopathie n'est pas sensiblement différente entre le milieu psychiatrique sécurisé et le milieu carcéral. De plus, le corrélât avec les troubles de la personnalité telle que la personnalité antisociale démontre un fonctionnement « conscient » des actes chez ces individus. Il en est de même pour le corrélât négatif avec certains troubles de l'humeur. La présence d'abus et de dépendance aux substances montre également des caractéristiques observées en milieu carcéral. La dangerosité psychiatrique ne semble donc pas être ce qui oriente les individus avec un TPP en milieu psychiatrique sécurisé. Cela nous amène à envisager d'autres pistes de réflexion. Dans ce cadre, nous allons examiner la littérature relative au risque de récidive et la dangerosité criminelle de ces individus, d'autres dimensions pouvant éventuellement expliquer un enfermement en psychiatrie sécurisée plutôt qu'en détention.

3. Psychopathie, taux de récidive et niveau de risque de récidive

3.1 Psychopathie et taux de récidive

La psychopathie a largement été étudiée comme un concept associant les notions de trouble de la personnalité, d'agression et de violence tout en considérant que différentes manifestations peuvent apparaître, et ce, dépendamment des formes de violence et des circonstances d'émergence de celles-ci. Un vaste champ de recherche a mis l'accent sur la relation entre le concept de psychopathie et son évaluation et les comportements violents chez les récidivistes de crimes en général ou de crimes violents. En effet, dans les premières années de la libération, les individus avec un TPP seraient quatre fois plus enclins à récidiver de manière violente en comparaison aux autres délinquants (18). Plusieurs recherches suggèrent différentes manières de prédire la violence. Certaines méta-analyses comparent la validité prédictive du facteur « Interpersonnel » et du facteur « Déviance sociale ». Elles mettent en évidence une validité supérieure pour le second facteur, incluant les facettes relatives au style de vie et comportement antisocial (19). D'autres études suggèrent que la facette antisociale est le meilleur prédicteur de la récidive générale et violente auprès de populations détenues ou psychiatriques sécurisées (20). Par ailleurs, le niveau de psychopathie constitue un prédicteur de la récidive sexuelle (21). Toutefois, la relation entre la psychopathie et la violence sexuelle est plus complexe qu'avec la violence en général. En effet, la validité prédictive du score total et notamment du facteur « Déviance sociale » est plus faible concernant la récidive sexuelle par rapport à la récidive violente, y compris sexuelle (22).

3.2 Inclusion de la psychopathie dans l'évaluation du risque de récidive

À la lueur de ces études, un enjeu majeur concerne l'intégration du niveau de psychopathie ou de ses dimensions au sein d'instruments d'évaluation du risque de récidive violente et/ou sexuelle, tels que la *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) ou la *Historical-Clinical-Risk Management-20* (HCR-20) dans ses deux premières versions. Ce niveau est également repris au sein de la *Sex Offenders Risk Appraisal Guide* (SORAG) ou de la *Sexual Violence Risk-20 Items* (SVR-20) ou encore la *Risk for Sexual Violence Protocol* (RSVP). Néanmoins, les nouvelles versions de certains instruments tendent davantage à considérer certaines dimensions de la psychopathie comme facteur de risque plutôt que de considérer le score total. Prenons l'exemple de la VRAG-R (23) évaluant le risque de récidive violente chez des agresseurs violents, y compris sexuels. Le score à la facette 4 de la PCL-R y est considéré comme un facteur de risque au lieu du score total. Au sein de la HCR-20 V3 (24), l'item « Psychopathie » *via* le score total des versions antérieures est remplacé par l'item « Problèmes liés à la présence de trouble de la personnalité » où on évalue la présence de troubles de la personnalité antisociale, psychopathique ou « dyssociale ». Ce facteur de risque reflète donc des problèmes plus

profonds résultants de traits de personnalité mal adaptés tels que des compétences interpersonnelles inadaptées, des difficultés de contrôle comportemental, des problèmes de gestion des émotions, etc. (25)

3.3 Ouverture sur la partie relative au traitement

Au vu de ces constats et du fait que les caractéristiques psychopathiques et les pensées criminogènes prédisent la récidive, il paraît essentiel d'identifier les individus ayant commis des comportements violents présentant ces types de traits (26). Parmi les cibles de traitements relatifs aux besoins criminogènes, nous retrouvons des facteurs principaux en lien avec la psychopathie tels que les comportements antisociaux, la personnalité antisociale, les cognitions antisociales, ou encore les interactions avec des pairs antisociaux (27). Néanmoins, les modalités de prise en charge de ces personnes nécessitent une grande prudence. À cet effet, il est observé que les hommes obtenant un score de 15 ou plus à la PCL-R et qui se comportent de manière adéquate face au traitement sont davantage susceptibles de commettre une nouvelle infraction par rapport aux autres délinquants. Ils sont presque 4 fois plus susceptibles de commettre une nouvelle infraction grave. Deux hypothèses explicatives peuvent être émises. La première est la capacité des personnes présentant un TPP à manipuler les autres. Sur base de cette constatation, la mesure d'un comportement adapté dans le traitement est identifiée chez ces personnes habiles et manipulatrices. En traitement, elles jouent d'une habileté à exhiber des comportements qui contribuent à une évaluation positive de la part du thérapeute. Une fois libérées dans la communauté, ces personnes usent de leurs compétences pour obtenir des bénéfices en abusant de leurs victimes. La seconde explication porte sur le fait qu'elles utilisent le traitement comme une opportunité à manipuler les autres. Leurs habiletés interpersonnelles servent ainsi à augmenter leur risque de récidive sérieuse. Le traitement dans ce cadre peut agir comme un facilitateur dans le développement de meilleures stratégies de manipulation. Cet état de fait appelle à la prudence quant au risque de récidive et aux limites des prises en charge « généralistes » (psychopathologie générale). Ce constat soutient le fait qu'une prise en charge axée sur le modèle de Bonta et Andrews (27) est davantage recommandée.

4. Les perspectives de prise en charge

4.1 Le modèle RBR

La section précédente a mis en lumière l'influence de la psychopathie et plus particulièrement des comportements antisociaux en rapport avec le risque de récidive (18). Il en est de même quant à l'inefficacité de certaines prises en charge auprès des personnes avec un TPP. Le modèle Risque-Besoin-Réceptivité (RBR) de prise en charge, fondé sur le risque et les besoins criminogènes (27), semble pallier en partie aux limites et aux risques induits par certaines prises en charge.

Ce modèle permet d'organiser la prise en charge des délinquants autour de trois principes. Afin de le mettre en place, trois questions peuvent être posées :

- Le « Qui ? » renvoie au principe du « Risque » qui repose sur l'intensité de la thérapie variant selon le niveau de risque statique. Ce principe repose sur deux perspectives : la prédiction des comportements criminels par le biais d'instruments standardisés et l'intensité de la thérapie variant selon le niveau de risque statique.
- Le « Quoi ? » renvoie au principe du « Besoin » qui se centre sur les besoins criminogènes (facteurs de risque dynamiques) et non criminogènes. Ce principe se fonde sur le fait que les délinquants comblent leurs besoins par le biais de délits. Les besoins criminogènes reposent sur des facteurs de risque dynamiques avec l'idée qu'assouvir ses besoins pourrait avoir une incidence directe sur la réduction du risque de récidive. Les besoins non criminogènes, quant à eux, n'entraîneraient pas spécifiquement une réduction de la récidive, mais apporteraient un mieux-être.
- Enfin, le « Comment ? » renvoie au principe de la « Réceptivité » reposant sur l'idée d'adapter la thérapie aux caractéristiques psychologiques des individus, par exemple le niveau d'anxiété.

D'ailleurs, Bonta et Andrews (27) ont classifié certains items de la PCL-R selon ces trois grands principes reportés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. La PCL-R vue selon la psychologie des conduites criminelles

Risque/Histoire criminelle statique	Besoins criminogènes dynamiques	Réceptivité
12. Apparition précoce de problèmes de comportement ; 17. Nombreuses cohabitations de courtes durées ; 18. Délinquance juvénile ; 19. Violation des conditions de libération conditionnelle ; 20. Diversité des types de délits.	4. Tendance au mensonge pathologique ; 5. Duperie/Manipulation ; 6. Absence de remords ou de culpabilité ; 10. Faible maîtrise de soi ; 11. Promiscuité sexuelle ; 13. Incapacité à planifier sur le long terme et de façon réaliste ; 15. Irresponsabilité ; 16. Incapacité d'assumer la responsabilité de ses actes.	1. Loquacité/Charme superficiel ; 2. Surestimation de soi ; 3. Besoin de stimulation ; 7. Affect superficiel.

Ce modèle a été appliqué auprès d'une population carcérale à l'aide de l'échelle du *Level of Service Inventory-Revised* (LSI-R). La LSI-R est composée de 54 items groupés en 10 sous-composantes (histoire criminelle, éducation/emploi, finances, famille/mariage, logement, loisirs/hobbys, relations procriminelles, alcool/drogue, émotions et attitudes procriminelles). L'étude se base sur 321 détenus

canadiens évalués à la PCL-R (28). Ces derniers ont été scindés en deux sous-groupes déterminés selon le point de coupure de 30 à la PCL-R, 36 participants ayant un TPP et 285 sans TPP. Les scores à la LSI-R ont été comparés entre ces groupes. Les personnes avec un TPP présentent plus de problèmes au niveau de leur histoire criminelle, de l'emploi, du logement, des relations procriminelles, de la consommation d'alcool ainsi que davantage d'attitudes procriminelles. Ces résultats indiquent que les individus avec un TPP présentent plus de problèmes au niveau du risque ainsi que des besoins criminogènes. Toutefois, il ne s'agit que d'un état des lieux du risque et des besoins liés aux personnes avec un TPP. Des recherches sur l'efficacité du traitement auprès de ces personnes tel que préconisé par le modèle RBR ont été mises en place quelques années plus tard (29, 30).

4.2 Efficacité des programmes de traitement

À l'heure actuelle, l'aspect intensif et structuré préconisé par le modèle RBR devrait être intégré dans la majorité des programmes thérapeutiques. Cependant, la mise en place de programmes de traitement auprès de personnes avec un TPP est sujette à débat. En effet, selon la littérature déjà ancienne, la prise en charge de ce trouble suscite des réactions pessimistes. Ainsi l'étude de Harris, Rice et Cormier (31) n'a pas rapporté des conséquences positives quant à la récidive, mais bien une augmentation de la récidive violente. Ces résultats sont probablement dus à l'absence de cadre formel au long du traitement. Cependant, en évaluant un traitement pratiqué de manière plus intensive sur base de plusieurs séances par mois, Monahan (32) n'a pas confirmé ce résultat. La méta-analyse de Salekin (33) met en évidence des divergences concernant la méthode de l'évaluation de la psychopathie et de l'efficacité thérapeutique. Le faible nombre d'études empiriques, reprenant le modèle de la PCL-R et des programmes thérapeutiques spécifiques, ne permet pas d'avancer une inefficacité avérée. Malheureusement, les résultats de Harris *et al.* (31) sont interprétés comme démontrant une inefficacité des programmes thérapeutiques aggravant les comportements antisociaux des individus présentant un TPP (34).

Néanmoins, certains programmes de traitement se focalisant sur la récidive voient le jour (29, 30) et se basent sur le modèle RBR (27). Par exemple, un programme de traitement de réduction du risque de la récidive a été mis en place auprès de 152 détenus canadiens (30) évalués préalablement à la PCL-R (2). Afin de mesurer le changement du niveau de risque, les détenus ont été évalués à la *Violence Risk Scale* (VRS). Cette dernière permet de mesurer le risque de comportement violent, d'identifier des objectifs thérapeutiques et d'évaluer le changement auprès d'adultes auteurs de faits violents. Les régressions linéaires ont démontré que le facteur « Interpersonnel », et plus précisément la facette « Affective », prédit négativement le changement.

À l'aide de ces deux mesures (PCL-R/VRS), les détenus ont été classés en 4 sous-groupes :

- Niveau de psychopathie faible et faible changement ;
- Niveau de psychopathie faible et changement élevé ;
- Niveau de psychopathie élevé et faible changement ;
- Niveau de psychopathie élevé et changement élevé.

Ces sous-groupes ont permis de déterminer si l'interaction entre ces deux variables avait une influence sur la rapidité de la rechute. Le groupe « niveau de psychopathie élevé/changement élevé » rechutait plus lentement que le groupe « niveau de psychopathie élevé/faible changement ». Les deux groupes ayant un niveau de psychopathie élevé présentent un score total moyen à la PCL-R similaire. Il en est de même pour leur score à la VRS en prétraitement. Par ailleurs, la relation négative entre la facette « Affective » et le changement précipite la rechute. Des analyses ultérieures devraient se focaliser sur des profils plus spécifiques reprenant les scores aux facettes.

Le changement du niveau de risque n'est pas la seule variable étudiée dans le traitement des individus avec un TPP. En effet, l'abandon du traitement est également abordé (29) comme variable de risque de récidive en soi. En effet, ce constat émerge de l'étude des taux de récidive de 156 auteurs d'infractions à caractère sexuel évalués à la PCL-R (2) et à la VRS-SO, une version spécifique de la VRS destinée aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les individus avec un TPP, définis par un point de coupure à 25 à la PCL-R ayant abandonné leur traitement, récidivent davantage de manière violente (92 %) que ceux ayant achevé leur traitement (61 %). Il est à noter que 73 % des individus présentant un TPP de ce programme ont mené à terme leur traitement.

En résumé, les personnes avec un TPP ont longtemps été considérées comme « intraitables » (34). Mais des modèles, tels que le RBR (27), ont démontré que ce pessimisme thérapeutique n'est pas fondé scientifiquement. Toutes les facettes de la PCL-R ne sont pas associées à une problématique relative au changement et à la compliance thérapeutique (29, 30). Dans l'avenir, les différents profils psychopathiques devront entrer en ligne de compte lors de l'inclusion des individus avec un haut score total à la PCL-R au sein d'un programme de traitement.

5. Conclusion

Depuis de longue date, la psychopathie a été définie, s'est conceptualisée et est évaluée à partir d'instruments standardisés (1, 2). Toutefois, le modèle de Hare et sa structure factorielle ont mis en avant différents profils (6). Ces profils amènent à réfléchir sur les possibles comorbidités psychiatriques, sur la notion de dangerosité psychiatrique ainsi que sur le type d'institutionnalisation requis : détention ou psychiatrie sécurisée. Le croisement des études établit le constat que les patients

avec un fonctionnement psychopathique en milieu médico-légal ne sont vraisemblablement pas différents des détenus au fonctionnement similaire. On retrouve principalement des problématiques de consommation de substances ainsi qu'une faible présence, voire une absence, de problématique dépressive (12, 17). La dangerosité psychiatrique ne semble donc pas être ce qui caractérise particulièrement ces personnes. Par contre, au niveau de la dangerosité criminelle, la littérature empirique internationale souligne que les personnes avec un TPP sont plus enclines à récidiver de manière violente (18). Il semblerait que cette dangerosité criminelle soit l'élément clé permettant aux décideurs judiciaires d'orienter en psychiatrie sécurisée certains auteurs de comportements violents présentant des caractéristiques psychopathiques. Aussi, une réelle nécessité d'orienter le traitement sur ces comportements spécifiques ne peut être réfutée. Pour ce faire, certains programmes de traitement et notamment le RBR se basent sur des principes relatifs au risque de récurrence violente et aux besoins criminogènes (29, 30). Ces pratiques se réalisent afin de répondre à cette nécessité ainsi qu'aux stigmates anciens tels que le pessimisme thérapeutique. Néanmoins, ces programmes montrent une efficacité relative. Les individus ayant un TPP avec un déficit affectif marqué présentent plus de difficulté à appliquer des stratégies de changement. Contre toute attente, le taux d'abandon de ces individus n'est pas si élevé. D'ailleurs, ces derniers montrent une tendance à moins récidiver de manière violente.

Il n'existe à ce jour aucune certitude quant aux facteurs influençant l'institutionnalisation en détention ou en psychiatrie sécurisée de personnes présentant un TPP. Toutefois, l'utilisation de la PCL-R en expertise judiciaire aux États-Unis ainsi que l'attribution de l'étiquette « psychopathe » montrent que des personnes mises en position de jurés ont une tendance à utiliser cet argument comme un facteur aggravant pouvant mener plus facilement à la peine de mort (35). Il ne serait donc pas étonnant que la peine la plus lourde, à savoir l'enfermement à vie, soit appliquée dans les pays où la peine de mort est abolie.

6. Orientations futures

Il est communément reconnu que l'offre de soins est davantage systématisée en psychiatrie sécurisée, ce qui facilite son accès. Même si ces personnes, non conscientes de leur trouble, ne sont pas particulièrement en demande de soins, leurs besoins restent de mise. Un accès adapté et progressif avec une offre spécifique aux besoins identifiés comme le suggère le modèle RBR semble requis afin de diminuer les besoins criminogènes de ces personnes. De plus, une offre individualisée axée sur les éventuelles comorbidités psychiatriques ainsi que les profils psychopathiques permettraient sans doute d'améliorer le pronostic de ces personnes. Cependant, la prise en charge devrait également être établie dans les institutions pénitentiaires, y compris pour les individus psychopathiques. En effet, l'analyse des profils sur base des facettes de la PCL-R offre la possibilité d'orienter le suivi

thérapeutique avec moins de pessimisme. Nous recommandons également la plus grande prudence concernant l'utilisation de la PCL-R comme un outil d'évaluation du risque de récidive. Il existe des liens entre la psychopathie et le risque de récidive violente, mais la PCL-R a été développée afin d'établir un diagnostic (8). Comme cité précédemment, il existe des outils spécifiques à l'évaluation du risque de comportements violents, y compris sexuels.

Références

1. Cleckley H. *The mask of sanity; an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality*. Oxford: Mosby; 1941.
2. Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*, 2nd edition. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
3. Cooke DJ, Michie C. Psychopathy across cultures: North America and Scotland compared. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999;108(1):58-68.
4. Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark D. Assessing psychopathy in the UK: concerns about cross-cultural generalisability. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186:335-41.
5. Poythress NG, Hall JR. Psychopathy and impulsivity reconsidered. *Aggression and Violent Behavior*. 2011;16(2):120-34.
6. Hare RD. Psychopathy, the PCL-R, and criminal justice: Some new findings and current issues. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2016;57(1):21-34.
7. Mokros A, Hare RD, Neumann CS, Santtila P, Habermeyer E, Nitschke J. Variants of psychopathy in adult male offenders: A latent profile analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. 2015;124(2):372-86.
8. Lyon DR, Ogloff JRP, Shepherd SM. Legal and ethical issues in the assessment of psychopathy. In: Gacono CB, editor. *Personality and clinical psychology series The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide*, 2nd ed. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2016.
9. Hare RD. Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*. 1996;23(1):25-54.
10. Krstic S, Neumann CS, Roy S, Robertson CA, Knight RA, Hare RD. Using latent variable- and person-centered approaches to examine the role of psychopathic traits in sex offenders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018;9(3):207-16.
11. Jeandarme I, Pouls C, Laender JD, Oei TI, Bogaerts S. Field validity of the HCR-20 in forensic medium security units in Flanders. *Psychology, Crime & Law*. 2017;23(4):305-22.
12. Saloppé X, Pham T. PCL-R psychopathy and its relation to DSM Axis I and II disorders in a sample of male forensic patients in a Belgian security hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2010;9(3):205-14.
13. Coid J, Yang M, Ullrich S, Roberts A, Moran P, Bebbington P, et al. Psychopathy among

- prisoners in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2009;32(3):134-41.
14. Hildebrand M, De Ruiter C. PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in The Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2004;27(3):233-48.
 15. Reiss D, Grubin D, Meux C. Institutional performance of male “psychopaths” in a high-security hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry*. 1999;10(2):290-9.
 16. Pham TH. Psychopathy and traumatic stress. *Journal of Personality Disorders*. 2012;26(2):213-25.
 17. Willemsen J, Vanheule S, Verhaeghe P. Psychopathy and lifetime experiences of depression. *Criminal behaviour and mental health*. 2011;21(4):279-94.
 18. Hemphill JF, Hare RD, Wong S. Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*. 1998;3(1):139-70.
 19. Leistico A-MR, Salekin RT, DeCoster J, Rogers R. A large-scale meta-analysis relating the hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior*. 2008;32(1):28-45.
 20. Walters GD, Wilson NJ, Glover AJJ. Predicting recidivism with the Psychopathy Checklist: are factor score composites really necessary? *Psychological Assessment*. 2011;23(2):552-7.
 21. Hanson RK, Bussière MT. Predictors of Sexual Offender Recidivism: a Meta-Analysis 1996-04. 1996.
 22. Barbaree HE, Seto MC, Langton CM, Peacock EJ. Evaluating the Predictive Accuracy of Six Risk Assessment Instruments for Adult Sex Offenders. *Criminal Justice and Behavior*. 2001;28(4):490-521.
 23. Rice ME, Harris GT, Lang C. Validation of and revision to the VRAG and SORAG: the Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R). *Psychological Assessment*. 2013;25(3):951-65.
 24. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H. Historical-Clinical-Risk Management-20: Assessing risk for violence (Version 3). Burnaby: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University; 2013.
 25. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Guy LS, Wilson CM. Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2014;13(2):93-108.
 26. Mandracchia JT, Gonzalez RA, Patterson KL, Smith PN. Psychopathy and Criminogenic

- Thinking in Adult Male Prisoners. *Journal of Contemporary Criminal Justice*. 2015;31(4):409-25.
27. Bonta J, Andrews D. *The Psychology of Criminal Conduct*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2017.
 28. Simourd DJ, Hoge RD. Criminal Psychopathy: A Risk-and-Need Perspective. *Criminal Justice and Behavior*. 2000;27(2):256-72.
 29. Olver ME, Wong SCP. Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(2):328-36.
 30. Olver ME, Lewis K, Wong SCP. Risk reduction treatment of high-risk psychopathic offenders: the relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personality Disorders*. 2013;4(2):160-7.
 31. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Psychopaths: Is a therapeutic community therapeutic? *Therapeutic Communities*. 1994;15(4):283-99.
 32. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
 33. Salekin RT. Psychopathy and therapeutic pessimism. Clinical lore or clinical reality? *Clin Psychol Rev*. 2002;22(1):79-112.
 34. Olver ME. Treatment of psychopathic offenders: Evidence, issues, and controversies. *Journal of Community Safety and Well-Being*. 2016;1(3):75-82.
 35. Edens JF, Colwell LH, Desforges DM, Fernandez K. The impact of mental health evidence on support for capital punishment: are defendants labeled psychopathic considered more deserving of death? *Behavioral Sciences & the Law*. 2005;23(5):603-25.

Discussion générale

Les objectifs de la thèse étaient multiples. Dans un premier temps, il s'agissait de réaliser un état de l'art sur l'évaluation du concept de psychopathie. Ensuite, nous avons réalisé une analyse prototypique afin d'examiner la validité du concept de TPP en utilisant le modèle de la CAPP comme point de référence. Troisièmement, nous avons analysé les qualités psychométriques des versions francophones de la PCL-R, de la CAPP-IRS et de l'IM-P au sein d'une population de patients internés. Quatrièmement, nous avons exploré les liens entre le TPP et la WAIS-IV. Finalement, nous avons réalisé un état de l'art sur les facteurs potentiels liés à l'institutionnalisation des personnes avec TPP. Les points suivants renvoient à ces quatre objectifs.

L'évaluation du trouble de la personnalité psychopathique

Le premier chapitre, a dégagé plusieurs points essentiels concernant l'évaluation. Pour rappel, il existe des évaluations auto-rapportées et hétéro-rapportées concernant le TPP. Les questionnaires auto-rapportés ne peuvent pas être considérés comme des mesures diagnostiques complètes (Haynes et al., 1995). Par contre, les échelles hétéro-rapportées telles que la PCL-R sont clairement à visée diagnostique (Hare, 2003). En effet, ces dernières présentent une fidélité inter-juges, allant de bonne à excellente et elles se basent notamment sur des informations issues de sources multiples (Hare, 2003 ; Sandvik et al. 2012 ; Zolondek et al., 2006). Nous préconisons leur utilisation dans le contexte d'une prise en charge nécessitant un diagnostic sur base de la PCL-R. Pour établir des objectifs thérapeutiques fondamentaux, il conviendra de poursuivre les évaluations à l'aide de la CAPP-IRS et de l'IMP.

Le protocole d'évaluations hétéro-rapportées peut se révéler compliqué dans certains contextes. Par exemple, l'accès aux informations judiciaires s'avère difficile à l'arrivée d'une personne dans un hôpital psychiatrique général. Il arrive également que des informations ne soient pas disponibles dans d'autres contextes comme celui de la recherche au sein de la population générale. Dans ce cadre, des auto-questionnaires tels que la SRP-III peuvent être administrés à une population subclinique. Une version plus récente de la SRP est actuellement disponible. Il s'agit de la quatrième version (SRP 4 ; Paulhus et al., 2017). La structure factorielle de cette dernière est analogue à celle de la PCL-R à quatre facettes. Cependant, aucune étude de validité de sa version francophone n'a encore été réalisée à notre connaissance. Ceci est pourtant nécessaire avant de pouvoir l'implémenter dans la pratique clinique. Toutefois, les résultats d'auto-questionnaires seront à considérer avec précaution (Kosson et al., 1997 ; Hare, 2003 ; Vassileva et al., 2005 ; Vitacco et al., 2010 ; Zolondek et al., 2006). En

effet, les informations fournies par les personnes évaluées ne peuvent, bien souvent, pas être contrôlées par des sources collatérales. Les personnes avec un TPP peuvent mettre à profit leur capacité de mensonge et de manipulation afin de biaiser les traits mesurés. Leur but pouvant être de ne pas dévoiler certaines informations potentiellement préjudiciables. Ils peuvent également utiliser ces mesures pour donner une image plus positive d'elle.

1. La représentation du trouble de la personnalité psychopathique des professionnels de la santé mentale est-elle proche de la prototypicité ? En va-t-il de même pour des personnes n'ayant pas de formation en santé mentale ?

Si le TPP est largement connu dans la société, il est important de connaître sa représentation au sein de différents sous-groupes qui la composent (Edens et al., 2005 ; Edens et al., 2013 ; Leistedt et al., 2014 ; Skeem et al., 2011). Malgré quelques nuances à considérer, les symptômes du modèle CAPP sont relativement bien identifiés comme appartenant au concept de psychopathie, et ce, tant chez les professionnels de terrain que chez les étudiants de première année en bachelier de psychologie. Les divergences de représentation les plus flagrantes se trouvent au niveau des distracteurs. Dans le chapitre relatif à la prototypicité du modèle CAPP, nous mentionnions l'effet Crime Scene Investigation (CSI) comme hypothèse explicative (Borisova et al., 2016 ; Cole et al., 2019). Rappelons qu'il s'agit de l'effet cumulatif des multiples séries issues du même genre sur la perception des sciences (psycho-) médico-légales.

Les scénaristes et producteurs font pourtant appel à des experts pour le développement de l'intrigue. Malgré cela, le résultat de ce processus est un mélange entre l'expérience et le référentiel de l'expert et les besoins de la production. Certes, l'effet cumulatif des multiples séries médico-légales sur la représentation n'est pas l'unique responsable. Les sources de biais sont multiples. On peut également retrouver des descriptions de personnes avec TPP dans certains ouvrages littéraires. De plus, le terme « psychopathie » est mentionné depuis plus d'un siècle en faisant allusion à des traits divers (Kraepelin, 1905 ; Cleckley, 1976). Un message préventif devrait être mis en place à la diffusion de telles séries. Par exemple, les séries et films pourraient afficher un message tel que « Les traits psychiatriques de certains personnages ont été exagérés dans le cadre de cette production. Toute ressemblance avec une personne existante serait fortuite ». Une mention similaire pourrait également apparaître dans les œuvres écrites. Skeem et collaborateurs (2011) exposent certains stéréotypes répandus sur la psychopathie tels que la relation systématique avec la violence, les tueurs en série « célèbres », la comorbidité fréquente avec la psychose, la confusion avec la personnalité antisociale ou encore la stabilité de la personnalité sur le moyen à long terme. En plus d'un message préventif

tel que celui mentionné précédemment, des reportages sur les différents thèmes du TPP devraient être largement diffusés afin de désamorcer le processus de stigmatisation au sein de la population générale. Ce type de reportage peut être étendu à l'ensemble des diagnostics en santé mentale. Il serait intéressant d'étendre les recherches sur la représentation des différents troubles psychiatriques auprès de différentes populations (professionnels de la santé mentale, étudiants, population générale, etc.). Les résultats pourraient dégager les potentielles représentations erronées.

La plupart des étudiants en psychologie, futurs psychologues, ne suivent pas un cursus en lien avec la psychopathologie légale. Leur représentation du TPP peut être potentiellement stigmatisante. Il en va de même pour d'autres caractéristiques liées à la sphère médico-légale telles que le lien entre la schizophrénie et la violence ou encore le lien entre auteurs d'infraction à caractère sexuel et paraphilie. En effet, certains justiciables sont libérés sous conditions et font l'objet d'une injonction de soin. Dans ce cadre, ils sont parfois orientés vers des services de santé mentale (SSM) ou d'autres structures non spécialisées dans la prise en charge des justiciables. Dans certains cas, ils sont suivis par des psychologues n'ayant suivi aucune spécialisation relative aux populations carcérales/médicolégales. Ce manque de formation et de pratique concernant la psychopathie peut amener les psychologues à être insuffisamment vigilants face aux stratégies manipulatoires. Ce cas de figure constitue un risque pour soi et pour autrui. Il y a plus de 15 ans, la Haute Autorité de Santé (HAS ; 2006) a émis un rapport sur la prise en charge de la psychopathie. Il y avait deux principales recommandations quant à la formation des acteurs de terrain. La première était d'intégrer cette prise en charge au sein de leur formation initiale. La seconde était d'organiser un partage de connaissances et d'informations entre les différents intervenants. De notre côté, nous recommandons une formation obligatoire spécifique au diagnostic de TPP. Ainsi qu'une formation à la prise en charge de ce trouble, basée sur la littérature empirique (Bonta et al., 2017 ; Lösel, 1998 ; Wong & Hare, 2006) pour les psychologues et autres acteurs concernés qui prennent en charge les justiciables libérés sous conditions. L'obligation peut sembler quelque peu austère. Cependant, il en va du respect des personnes qui veulent mettre toutes les chances de réhabilitation de leur côté et de la sécurité de la société. Cette formation devra reprendre la description du TPP, les bases de l'évaluation du trouble et les modalités thérapeutiques minimales éprouvées empiriquement (Andrews et al., 2016 ; Hare, 2003 ; Lösel, 1998).

2. Les versions francophones des échelles de psychopathie hétéro-rapportées sont-elles valides et fiables ? Quelles sont les implications cliniques les plus importantes ?

L'évaluation de la psychopathie, particulièrement au moyen de la PCL-R, a fait l'objet de nombreux débats sur la factorisation de cette dernière et la pertinence des comportements antisociaux criminalisés comme caractéristiques principales du TPP (Cooke et al., 2001 ; Cooke et al., 2007 ; Hare et al., 2010 ; Skeem et al., 2010). La richesse du débat sur l'omniprésence des comportements criminels au sein des descriptions des caractéristiques du TPP rend compte de la complexité de la réalité clinique. Les premiers débats ont amené l'équipe de David Cooke à développer le modèle CAPP qui propose une approche différente de l'évaluation du TPP (Cooke et al., 2012). L'évaluation intégrative de la CAPP-IRS favorise la mise en place d'indicateurs servant de base à un accompagnement holistique bénéfique aux patients. En effet, l'utilisation unique de la PCL-R - plutôt statique - restreint les possibilités d'évaluer les changements dans le cadre d'un suivi thérapeutique. Skeem et collaborateurs (2011) indiquent que l'utilisation prédominante d'une mesure unique de la psychopathie peut masquer, aux praticiens et aux décideurs politiques, les controverses en cours relatives à l'aspect relatif de la conception et l'utilisation des mesures.

Pour les praticiens, le moyen privilégié pour accéder aux échelles structurées du TPP ainsi qu'aux débats théorico-cliniques est une formation spécifique. En 2016, nous avons initié une première formation à la CAPP-IRS. Cette formation visait à répondre à la demande du terrain d'ajouter à son panel d'échelles, une mesure plus sensible aux changements. Cette édition a mobilisé une trentaine de participants. Les années suivantes, le nombre de participants s'est réduit progressivement jusqu'à ce qu'il n'y en ait plus assez pour mettre en place la formation. Dans ce contexte, nous avons actualisé notre article de synthèse sur la psychopathie et son évaluation (Delannoy et al., 2018 ; Majois et al., 2011) afin que les débats et évolutions des mesures soient disponibles de manière vulgarisée pour le public francophone.

Nous émettons l'hypothèse que l'aspect chronophage constitue un frein à l'implémentation de la CAPP-IRS au sein des milieux cliniques. À l'instar de la recherche « *Questionnaire international sur les risques de violence* », il serait intéressant d'objectiver les pratiques évaluatives du TPP auprès des praticiens (Singh et al., 2011). Ce questionnaire se focaliserait sur toutes les mesures de psychopathie disponibles (hétéro et auto-rapportées) et autres variables telles que la fréquence de leur utilisation ou encore les avantages/inconvénients rencontrés.

Selon nous, les modèles PCL-R, CAPP-IRS et IM-P sont très complémentaires pour l'évaluation clinique. Le modèle PCL-R est une mesure catégorielle, dimensionnelle (Guay et al., 2018 ; Guay et al., 2007) mais statique. Il s'avère utile pour l'établissement du diagnostic de psychopathie grâce à son point de coupure et sa possibilité de gradation nominale (faible, moyen, élevé, très élevé). Il peut donc être utilisé lors des phases d'expertise pré ou post sentencielle ou d'admission en institution. L'IMP, qui se base sur des observations lors d'entretiens cliniques, peut également être utilisée dans

ces différents contextes. Bien que cette dernière n'ait pas été développée pour la réévaluation, l'échelle de cotation estime la fréquence des comportements observés sur une courte période. Il ne s'agit pas d'une évaluation sur l'entièreté de la vie. Il est donc envisageable de l'utiliser de manière dynamique dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique. Toutefois, il en est autrement pour le modèle CAPP. Du fait de son construit dimensionnel et dynamique, il est susceptible d'apprécier les changements sensibles sur le plan clinique en général et thérapeutique en particulier. Toutefois, son évaluation nécessite une grande quantité d'informations qui ne sont pas toujours disponibles sur une courte durée ni dans certains contextes institutionnels. L'évaluation de la psychopathie, à l'aide de cette échelle, sera donc plus pertinente dans un contexte de suivi sur le moyen à long terme (au moins 6 mois après l'admission) dans le cadre d'une incarcération, d'un internement ou d'un suivi ambulatoire. Les résultats de recherche sur la validité convergente tendent à confirmer la complémentarité entre les différentes mesures. En effet, ces échelles permettent d'évaluer un concept identique à travers des modalités différentes. Par contre, les caractéristiques liées au style de vie et aux comportements antisociaux de la PCL-R ne sont pas corrélées aux autres échelles de psychopathie. Cette absence de corrélation peut amener plusieurs hypothèses. Par exemple, l'absence de relation significative entre la facette Affective de la PCL-R et le domaine Emotionnel de la CAPP-IRS illustre la complémentarité de l'évaluation des affects liés à la personnalité psychopathique.

Lors de la phase d'évaluation, nous avons également constaté que les évaluations d'échelles étaient très chronophages. Rappelons que les guides d'entretiens de la PCL-R et de la CAPP-IRS prennent respectivement deux heures et quatre heures environ au clinicien individuel. Il faut également compter environ deux heures de plus pour effectuer la cotation de la CAPP-IRS en collaboration avec les équipes soignantes. Cependant, il n'y a aucune obligation dans la consultation des équipes soignantes car elles ne sont pas toujours disponibles. Afin d'économiser du temps lors des entretiens, il serait intéressant de fusionner les guides d'entretiens entre la PCL-R, la CAPP-IRS et l'IM-P. De fait, ces échelles mesurent le même concept avec des approches différentes. Ce temps épargné pourra être mis à disposition dans la prise en charge de la personne avec un TPP.

Afin de développer ce guide d'entretien uniforme, il conviendrait de se baser sur des résultats empiriques. Dans un premier temps, nous pouvons nous baser sur la validité convergente (Sandvik et al., 2012 ; Delannoy et al., 2017). Ce chapitre a décrit les corrélations inter-facteurs. Dans ce cas de figure, elles sont intéressantes mais pas suffisantes. En effet, ces analyses nous ont permis d'identifier des macro-liens entre les diverses composantes des échelles. Lors de futures recherches, il serait intéressant d'effectuer des corrélations inter-items des différentes échelles afin d'affiner la compréhension des relations entre ces dernières.

3. Y-a-t-il un lien entre le trouble de la personnalité psychopathique et des compétences cognitives relatives au concept d'intelligence ?

Comme pour les études antérieures, nos résultats peinent à trouver une cohérence avec les résultats de la littérature scientifique internationale (Beggs & Grace, 2008 ; DeLisi et al., 2010 ; Walters & Duncan, 2018). Cependant, cette étude dégage plusieurs points intéressants. Tout d'abord, nous avons confirmé l'absence de lien significatif entre le score total de la PCL-R et le QI total chez les participants internés. Ce résultat contribue à démontrer que le stéréotype du psychopathe « très intelligent » n'est pas soutenu empiriquement en milieu médico-légal.

Cependant, l'absence de niveau d'intelligence supérieure ne signifie aucunement que les personnes avec un TPP en milieu médico-légal ne possèdent pas des compétences cognitives particulières. En effet, la corrélation positive entre l'IVT et le domaine émotionnel de la CAPP-IRS suggère que ceux-ci peuvent mettre leurs caractéristiques émotionnelles au profit d'un traitement plus rapide de l'information.

Plusieurs variables peuvent expliquer ces particularités au sein de la population médicolégale. La moyenne du QI total de la population médicolégale au sein de l'HPS « Les Marronniers » est de 71,3 (Jeandarme et al., 2018) avec la WAIS-III (Wechsler, 2005). En effet, une forte proportion de patients avec un QI faible limite la présence de compétences cognitives fonctionnelles. Il y a également de nombreuses comorbidités psychiatriques au sein de cette patientèle (Jeandarme et al., 2018 ; Oswald et al., 2017). La médication relative à ces troubles peut interférer avec les compétences cognitives. Il faut aussi prendre en compte la présence potentielle de multiples profils de psychopathie avec des fonctionnements sensiblement différents. Des personnes avec un TPP sont parfois qualifiées de « successful », c'est-à-dire avec un profil plus manipulateur et affectivement froid mais sans trajectoire judiciaire avérée. Selon les études consultées, ils présentent tantôt des fonctions exécutives plus efficaces telles qu'une réactivité plus élevée et une meilleure performance au Wisconsin Card Sorting Test (Ishikawa et al., 2001 ; Valliant et al., 2003) en comparaison à des personnes avec un profil prototypique, tantôt ils ne s'en différencient pas (Widom, 1977). La relation entre les personnes avec un TPP de type « successful » et des fonctions exécutives supérieurement efficaces peut dépendre des capacités individuelles spécifiques ou encore de la variabilité au inter-individuelles au sein des échantillons (Benning et al., 2018).

Il est important de réitérer les recherches sur le lien entre le fonctionnement cognitif, le concept d'intelligence et le TPP en milieu carcéral. En effet, il a été démontré que des détenus avaient de meilleures performances à la Frontal Battery Assessment que des patients médicolégaux

(Verhulsdonk et al., 2023). La WAIS-IV ne permet qu'une approche superficielle des fonctions exécutives. L'utilisation de batteries spécifiques telles que les tâches de Miyake (Miyake et al., 2000) permettra d'affiner la compréhension du fonctionnement cognitif des personnes avec différents profils psychopathiques dans différents types d'institutions. La diversité de résultat nous laisse penser que les potentiels profils psychopathiques présents au sein des échantillons limitent l'identification des spécificités relatives au concept d'intelligence et aux différentes fonctions exécutives.

La possibilité de dégager des fonctionnement généraux ou spécifiques est essentielle dans la compréhension du fonctionnement cognitif de ces personnes. En effet, l'évaluation des fonctions cognitives dans le cadre de la psychopathie peut être intégrée parmi les perspectives de traitements médicolégaux.

En effet, l'intégration de remédiations cognitives constituerait un complément indispensable afin de soutenir, de manière structurée, l'évolution positive des personnes avec un TPP. Certaines de ces personnes présentent notamment des déficits attentionnels ou encore exécutifs (Blair et al., 2006 ; Hughes et al., 2015 ; Kosson et al., 2007 ; Pham et al., 2003). En effet, Baskin-Sommers et ses collaborateurs (2015) ont étudié des programmes de remédiations cognitives spécifiques au TPP centrés notamment sur l'attention au contexte. Les personnes avec un TPP ont montré une certaine amélioration suite aux remédiations.

4. Quel est l'état des lieux de la prise en charge des personnes avec un trouble de la personnalité psychopathique ? Quelle méthodologie faut-il appliquer ?

Les études empiriques ont dégagé différents profils de fonctionnement psychopathique à l'aide de la PCL-R (Hervé, 2007 ; Hare, 2016 ; Krstic et al., 2018 ; Mokros et al., 2015 ; Neumann et al., 2016). Ces profils sont extraits sur base d'analyses latentes des profils et autres analyses correspondantes. Cependant, ces publications ne renseignent pas les modalités de discrimination des profils lors d'une évaluation clinique. Au lieu de se fixer sur le score total de la PCL-R, des chercheurs préconisent de s'intéresser plus précisément aux facettes contribuant au score total (Skeem et al., 2011). Plus spécifiquement, des futures recherches devraient se pencher sur les éventuels points de coupures ou niveaux relatifs aux différentes facettes, ce qui est tout à fait manquant à l'heure actuelle. Cette démarche permettrait d'identifier le seuil à partir duquel il faudrait retenir une facette pour la construction des différents profils. Par exemple, une première méthodologie pourrait se baser sur les scores médians de chaque facette auprès de personnes avec un score égal ou supérieur à 28 afin de fixer les potentiels seuils. Une seconde méthodologie pourrait être de sélectionner les potentiels seuils à un ou deux écarts types du score médian auprès d'un échantillon plus large de participants. Des

analyses allant dans ce sens devraient être testées auprès de populations tant médico-légales que carcérales.

Concernant le score total, les futures recherches pourraient se centrer sur des participants avec un score égal ou supérieur à 28 à la PCL-R pour les populations européennes. D'après Cooke et al. (2005), le seuil diagnostique nord-américain de 30 n'est pas représentatif de la même sévérité du trouble au Royaume-Uni et donc en Europe (Coïd et al., 2009 ; Cooke et al., 2005). Au sein de la population belge internée, spécifiquement au sein de l'HPS « Les Marronniers », ce seuil pourrait être envisagé à un niveau plus bas, par exemple 26. D'une part, ce score correspond au percentile 86,1 au sein de la population internée des Marronniers (N=582). Par ailleurs, Pham et Saloppé (2010) ont indiqué que la prise en compte d'un score seuil à 26 n'est pas associée à davantage de comorbidité avec les troubles mentaux que lorsqu'ils fixent le seuil à 30. Il existe beaucoup de variabilités tant culturelles que diagnostiques ou encore du type de population quant à l'établissement d'un score seuil à la PCL-R. De futures recherches devront s'attacher à approfondir ces variabilités pour une évaluation plus spécifique du diagnostic de psychopathie dans les divers contextes tels que le milieu médico-légal ou carcéral. Au sein de ce dernier milieu, la collaboration entre le psychologue et les autres employés tels que les surveillants ne va pas de soi dans le cadre évaluatif. Alors que dans le milieu psychiatrique médico-légal, le psychologue collabore avec les équipes soignantes en place dans les unités. Cette différence de collaboration provient notamment de la différence de philosophie des institutions. De fait, le système carcéral a une philosophie orientée sur la sanction. Contrairement à la psychiatrie médico-légale qui a davantage une philosophie de soin. En fonction du contexte, l'évaluation peut être affectée par l'effet d'allégeance. Cet effet fait référence à un comportement évaluatif dans lequel l'évaluateur tend à rapporter un résultat qui correspond à la conclusion attendue. (Boccaccini et al., 2017 ; Murrie et al., 2013). De plus, la source d'informations influe sur la cotation au fur et à mesure de la trajectoire. Par exemple, le contexte punitif peut accentuer la sévérité des symptômes lors de l'évaluation tels que les comportements transgressifs et oppositionnels. Là où le contexte de soin aurait tendance à être plus souple et tolérant face à certains comportements comme la consommation de cannabis avec son effet calmant. Afin d'évaluer empiriquement cet effet, une comparaison des évaluations en prison et en milieu médico-légal devra être mise en place dans de futures recherches.

Sur le plan clinique, les profils établis à l'aide de la PCL-R peuvent apporter une compréhension plus dynamique et dimensionnelle du fonctionnement de la personne en se détachant de la perception centrée uniquement sur les facettes. La prise en compte des profils dans la pratique clinique est donc d'une importance capitale. Les possibilités de prise en charge et de traitement ne sont pas les mêmes si on travaille avec une personne au profil prototypique et une personne au profil manipulateur. À

notre connaissance, il n'existe pas de littérature sur les aspects thérapeutiques de ces différents profils, si ce n'est pour le profil prototypique. Par exemple, nous focaliserions sur l'empathie, les émotions (stabilité/profondeur) plutôt que sur les comportements antisociaux pour une personne au profil manipulateur lors de l'établissement des objectifs de traitement.

Les publications sur l'efficacité des traitements auprès de personnes présentant un TPP soulignent un relatif optimisme thérapeutique (Polaschek & Ross, 2010 ; Walton et al., 2016). En effet, ces recherches mettent en avant l'importance de sessions régulières et intensives comme prônées dans le modèle Risque/Besoin/Réceptivité (Bonta et al., 2017 ; Skeem 2011). Toutefois, certains auteurs rappellent que l'utilisation unique du score total de psychopathie rend la prise en charge incomplète (Wilson & Tamatea, 2013). Il convient de considérer les capacités au changement présenté par ces personnes. De ce fait, il convient d'implémenter des mesures psychologiques complémentaires (Skeem et al., 2011). Il peut s'agir d'évaluations de l'anxiété, de l'alexithymie, du stress post-traumatique, de la colère, de la régulation émotionnelle (Lavallée et al., 2022) ou encore des compétences cognitives (Pham, 2012 ; Pham et al., 2010 ; Pham et al., 2003). En fonction des profils, ces évaluations complémentaires mettront en lumière des leviers utiles à la réduction du risque de récidive et à l'amélioration potentielle de l'alliance thérapeutique. Par exemple, les personnes avec un profil sociopathique, assimilable au trouble de la personnalité Antisociale, présentent une émotion de colère latente lors d'une tâche d'évocation de souvenirs définissant le soi (Lavallée et al., 2022). Ces personnes présentent souvent des comportements violents tant au niveau infractionnel qu'au niveau institutionnel. L'une des solutions pourrait être la mise en place d'un programme de régulation des émotions par la pleine conscience (Gillespie et al., 2018).

Il est probable que les personnes ayant des dispositions affectives insensibles aient une conscience et une compréhension limitées de leurs propres émotions. Ces dispositions leur permettent de s'engager dans des formes d'agressions froides (Garofalo & Neumann, 2018). Garofalo et ses collaborateurs (2021) indiquent que les interventions visant à améliorer la conscience, la clarté et l'acceptation des émotions, ainsi que le contrôle comportemental en cas d'excitation émotionnelle négative et les stratégies de régulations des émotions, peuvent être pertinentes tant pour un large éventail de traits psychopathiques (y compris l'affect insensible) que pour un large éventail de caractéristiques liées aux comportements agressifs et hostiles.

En outre, une méta-analyse (Blais et al., 2014) indique que la facette Interpersonnelle de la PCL-R est plutôt liée à la violence instrumentale qui se caractérise par un acte violent calculé pour atteindre un objectif. Alors que le facteur Déviance Sociale de la PCL-R est plutôt en lien avec la violence réactive qui se définit plutôt comme un acte violent impulsif en réponse à une provocation (Tapscott et al., 2012). Ces résultats apportent une nuance sur la régulation émotionnelle des personnes avec un

TPP. En effet, lors d'une entrevue, Steven Gillespie (communication personnelle, 24 mai, 2023) suggère qu'il serait compliqué voire dangereux de mettre en place une thérapie de régulation des émotions basée sur la pleine conscience avec des personnes ayant un profil prototypique ou avec des capacités manipulatoires. À l'instar de l'augmentation des comportements violents suite aux communautés thérapeutiques (Harris et al., 1994), leur apprendre à réguler leurs émotions peut les rendre plus froids et leur fournir une compétence supplémentaire pour manipuler autrui. Il se pourrait aussi que cette régulation ne leur apporte aucune récompense directe et provoque plutôt de la frustration.

Au niveau des troubles psychiatriques, la littérature internationale rapporte une comorbidité importante du TPP avec la consommation de substances psychoactives (Coid et al., 2009 ; Pham, 2012). Le Facteur Antisocial et plus particulièrement la facette Style de vie sont corrélées avec la consommation de substances (Walsh et al., 2007). Cela signifie que tous les profils psychopathiques ne sont pas spécialement concernés par cette comorbidité. Afin de stimuler l'adhésion et la motivation au changement, l'utilisation de l'Entretien Motivationnel s'avère pertinente dans ce contexte. En effet, cette méthode d'entretien permet de travailler avec les attitudes ambivalentes face au changement et de « rouler avec la résistance » au lieu de lutter contre elle (Lécallier & Michaud, 2004).

5. Modèle heuristique de l'évaluation de la psychopathie en milieux carcéral et médicolégal

Tout au long de cette recherche, nous avons souligné l'importance des évaluations complémentaires de la psychopathie et de la compréhension de ce trouble afin d'améliorer la prise en charge des personnes avec un TPP. Elles servent notamment à objectiver le diagnostic et ainsi elles participent à une distanciation des stéréotypes relatifs à la psychopathie. En effet, les professionnels travaillant en hôpital psychiatrique estiment que les patients avec des troubles mentaux s'intègrent mieux dans les processus thérapeutiques que les patients avec un trouble de la personnalité (Frappier et al., 2009 ; West et al., 2014). En outre, selon les professionnels de santé, les patients internés sont plus souvent stigmatisés que les autres patients (Mason et al., 2010). Cette double stigmatisation entraîne des difficultés d'inclusion des personnes avec TPP au sein du trajet de soin. Lopez (2007) recommande l'intégration des patients dans des réseaux de dispositifs communautaires inclus dans des systèmes plus généraux. En 2010, la réforme des soins en santé mentale, initiée par le gouvernement belge, répond complètement à cette recommandation. Elle est principalement connue sous le nom de « Psy 107 » (Garin, 2019). Ses objectifs principaux sont de mettre en place, par un mouvement de désinstitutionalisation, la continuité des soins, l'amélioration de l'offre et de la qualité de la prise en

charge en intégrant les usagers au sein de la société ainsi que leur maintien dans leur milieu de vie (Saloppé et al., 2016).

Comme nous l'avons déjà mentionné, Edens et collaborateurs (2005) ont démontré que le diagnostic de psychopathie incitait les jurés à favoriser les incarcérations de longues durées. A travers une revue de littérature sur le long séjour des patients médicolégaux, Huband et collaborateurs (2018) ont nuancé cette conclusion. La corrélation entre le score total de psychopathie et la durée de séjour en institution n'est pas uniquement positive. Les personnes avec un TPP obtiennent même plus facilement une libération conditionnelle que les autres (Porter, Brinke, & Wilson, 2009). Ce résultat suggère que les durées de séjour sont potentiellement plus courtes que celles planifiées au début de l'institutionnalisation.

Les personnes avec un TPP ont souvent été considérées comme dépourvues d'émotions, sans pour autant être incapables d'engager une conversation agréable. Cette apparente sociabilité, qui repose en partie sur la tromperie et le charme interpersonnel, leur permet d'exploiter les autres à des fins personnelles, y compris le pouvoir, la drogue et l'obtention de relations sexuelles (Hancock, Woodworth, & Porter, 2013). Cette sociabilité leur permet également de s'adapter aux contraintes de l'environnement, comme en témoigne, par exemple, le fait qu'ils parviennent à obtenir une libération conditionnelle deux fois plus rapidement que les détenus non psychopathes (Porter et al., 2009). Cette capacité peut s'expliquer en partie par des traits interpersonnels et affectifs qui leur permettent de simuler des émotions telles que la peur et le remords et de persuader les autres de leur authenticité (Book et al., 2015).

L'ensemble de ces considérations permet de poser l'hypothèse qu'au-delà du simple diagnostic de TPP, la prise en compte des profils est nécessaire quant à la prise de décisions thérapeutiques ou judiciaires. Mais pour qu'une bonne prise en charge soit mise en place, une évaluation exhaustive s'impose.

Nous souhaitons proposer des lignes directrices (guidelines) sur l'évaluation de la psychopathie aux différentes étapes du parcours judiciaire et médicolégal tant en milieu institutionnel qu'au sein de la société. Ce modèle vise ainsi à favoriser et faciliter la prise en charge des personnes avec un TPP tout au long de leur trajet de soin.

Sur base d'une importante revue de littérature, Lösel (1998) a extrait des principes d'efficacité relatifs à l'intervention psychologique auprès des personnes avec un TPP. Bien qu'ils datent de plus de deux décennies, ils sont encore applicables à l'heure actuelle et font l'objet de mises à jour régulières au sein de la littérature internationale (Wong et al., 2006 ; Bonta et al., 2017). Dolan et Doyle (2007) ont résumé ces principes sous forme de tableau suivant (Tableau 1.).

Tableau 1 Principes d'efficacité relatifs à l'intervention psychologique auprès des personnes avec un TPP (Lösel, 1998)	
Conceptualisation théorique solide	Approches cognitivo-comportementales, identification et traitement de la comorbidité, y compris l'abus de substances, utilisation d'interventions pharmacologiques dans les sous-groupes présentant des niveaux élevés d'impulsivité/d'agressivité réactive.
Évaluation dynamique approfondie du client	Évaluation formelle de la psychopathie à l'aide de mesures opérationnelles normalisées ; évaluation plus détaillée des troubles de la personnalité et des syndromes cliniques dans une perspective à long terme ; fonctionnement social ; facteurs criminogènes, empathie à l'égard des victimes et compréhension des facteurs de risque de comportement antisocial.
Prise en charge intensive	Travail de session régulier, intensif et à forte dose, avec un minimum de 12 à 18 mois.
Un cadre clairement structuré et distinct	Règles, règlements, devoirs/obligations et responsabilités clairement définis dès le départ ; système de récompense pour les comportements prosociaux et l'engagement ; environnement thérapeutique spécifique, séparé du cadre général de la prison.
Développement d'un climat et d'un régime institutionnel prosocial	Comportement ferme et cohérent du personnel ; sensibilité interpersonnelle, constructive et soutenante
Le principe du Besoin	Cibler les besoins criminogènes ; se concentrer sur le changement des attitudes antisociales, modifier les biais d'attribution hostiles ; améliorer la gestion de la colère et le contrôle des impulsions ; réduire la toxicomanie, améliorer les compétences en matière de résolution de problèmes et encourager l'engagement avec des pairs prosociaux et des membres de la famille.
Le principe de Réceptivité	Adapter le traitement aux besoins du délinquant ; utiliser un panel de programmes cognitivo-comportementaux pour cibler les principaux symptômes et comportements.
Intégrité du traitement	Contrôler la qualité et la quantité du programme. Enregistrer des données sur la conformité et l'adhésion du client et du personnel au programme.
Sélection, formation et supervision rigoureuses du personnel	Connaissance détaillée de la psychopathie, compétences et attitudes professionnelles et thérapeutiques essentielles ; supervision continue pour garantir le respect des limites et des attitudes professionnelles.
Neutralisation des réseaux sociaux défavorables	Contre les relations d'exploitation, encourager le renforcement des comportements prosociaux par le groupe de pairs
Renforcer les mécanismes naturels de protection	Identifier les tournants potentiels dans la carrière d'une personne ; s'appuyer sur les points forts et soutenir les relations interpersonnelles positives.
Prévention de la récidive	Planification et mise en œuvre approfondies de la prévention de la récidive et de la postcure ; communication et supervision multi-niveaux
Intervention précoce	La reconnaissance des traits psychopathiques dans les cohortes plus jeunes permettra d'identifier ceux qui présentent un risque accru de comportement antisocial persistant ; les mesures efficaces pour les enfants à risque doivent inclure des éléments qui améliorent les aptitudes et les compétences sociales et cognitives et réduisent l'impulsivité et l'agressivité ; ces mesures devraient être complétées par des programmes de compétences parentales qui favorisent le soutien, la supervision et la cohérence dans la gestion des comportements antisociaux.
Réduire le renforcement sociétal	La recherche suggère que des facteurs culturels peuvent influencer l'expression des traits psychopathiques ; la société et les organisations doivent veiller à ce que les comportements inadaptés et antisociaux ne soient pas récompensés et que les traits psychopathiques ne soient pas considérés comme une stratégie d'adaptation.

Lorsqu'une personne commet une infraction, il s'en suit une arrestation. Durant la détention préventive, des expertises peuvent être menées par des psychiatres et/ou des psychologues afin d'établir le profil psychopathologique du justiciable. Durant cette phase, la question du TPP peut survenir. La PCL-R est préconisée pour évaluer la présence d'un TPP. L'IM-P est également utilisable comme source d'informations complémentaire concernant les traits du TPP ainsi que sur le fonctionnement clinique du justiciable. Ensuite, le rapport d'expertise sera utilisé par le magistrat dans le but de déterminer si la personne est responsable de ses actes ou non. En 2018, le moniteur belge a mis en application une loi sur le canevas d'expertise (Moniteur Belge, 2018 ; Pouls et al., 2019). Elle met à disposition un canevas qui rend obligatoire notamment l'implémentation des fiches de cotation des évaluations psychologiques. La compréhension du fonctionnement de la personne et la construction du profil psychopathique reposent principalement sur les scores aux différentes facettes. Or, il arrive que ces informations ne soient pas disponibles lors de l'admission dans un établissement pénitentiaire ou un hôpital psychiatrique sécurisé. Dans ce cas, il sera nécessaire d'effectuer à nouveau les évaluations cliniques, via des entrevues ou de la récolte d'informations collatérale.

Le Tribunal peut prononcer si les faits commis sont avérés, soit une condamnation soit une mesure d'internement. Nous allons détailler le processus évaluatif suivant chaque possibilité au cours de la période d'institutionnalisation (Figure 1.).

- a) Si le tribunal se prononce en faveur d'une condamnation, le détenu peut être à nouveau évalué à la PCL-R si le détail des évaluations comme la fiche de cotation n'est pas disponible dans le rapport d'expertise. À cette évaluation, on peut y ajouter l'IM-P. Cette dernière apportera une appréciation spécifique des comportements verbaux et non verbaux dynamiques complémentaires à l'évaluation de la PCL-R. Les demandes de congés ou sorties et de libérations (conditionnelle, semi-liberté ou provisoire) sont soutenues ou non par des évaluations effectuées par les équipes du Service Psycho-Social (SPS) durant le suivi psychosocio judiciaire du détenu. L'échange entre l'évaluateur et des acteurs de la prison tels que les surveillants concernant les critères de la CAPP-IRS favorise une vision consensuelle du fonctionnement de la personne. Il contribue donc à la mise en place d'objectifs de gestion et d'accompagnements thérapeutiques communs (Cfr. point « Un cadre clairement structuré et distinct » des principes de Lösel). Si un détenu présente un TPP, il convient de l'évaluer en sus de la PCL-R avec l'IM-P et la CAPP-IRS. Il est essentiel de mentionner les difficultés d'implémentation de suivis psychothérapeutiques en milieu carcéral belge alors que la plupart des détenus présentent également des troubles psychiatriques (Fazel & Danesh, 2002 ; Volkert et al., 2018). En effet, cette comorbidité explique en partie pourquoi les psychologues

rencontrent des difficultés à faire cohabiter l'aspect punitif et le soin en prison (Thiry & Thiriez, 2014). L'utilisation de mesures conjointes facilite la mise en place d'un cadre plus neutre et structuré. Ces mesures dynamiques (CAPP-IRS/IM-P) permettront d'apprécier les changements subtils liés à leurs particularités en pré- et post-traitement à l'aide des observations des différents membres du personnel pénitentiaire (Cfr. point « Intégrité du traitement » des principes de Lösel).

- b) Si le tribunal se prononce en faveur d'une mesure d'internement, la procédure à l'admission est similaire à celle utilisée en prison. En psychiatrie sécurisée, l'évaluation structurée des troubles psychiatriques et du risque devrait inclure celle de la psychopathie à l'aide de la PCL-R (Vicenzutto et al., 2019). Les hôpitaux psychiatriques sécurisés ont une offre de soin systématisée. Des entretiens cliniques, des groupes thérapeutiques et autres activités socio-thérapeutiques sont mis à disposition des patients internés. L'orientation vers des dispositifs spécifiques se base sur les troubles psychiatriques et comportements spécifiques des internés avec ou sans TPP (Cfr. point « Conceptualisation théorique solide » des principes de Lösel). L'implémentation d'évaluations dynamiques telles que la CAPP-IRS et l'IMP s'avère utile dans l'opérationnalisation des changements sensibles de la personne (Cfr. point « Intégrité du traitement » des principes de Lösel). Elles peuvent également être utiles pour souligner les leviers potentiels permettant de soutenir l'amélioration de l'état mental (Cfr. point « Renforcer les mécanismes naturels de protection » des principes de Lösel). Pour les demandes de sorties et de libération à l'essai auprès de la Chambre de Protection Sociale (CPS), les évaluations systématiques à la CAPP-IRS et à l'IM-P sont également utiles pour déterminer si des changements peuvent soutenir ou non ces demandes. Si la libération à l'essai est accordée par la CPS, la mise en place du Trajet de Soins Internés (TSI) est enclenchée. Durant le TSI, des entretiens et des évaluations sont mis en place ponctuellement par les équipes référentes du patient (Cfr. point « Intégrité du traitement » et « Développement d'un climat et d'un régime institutionnel prosocial » des principes de Lösel). L'une des différences substantielles avec le système carcéral est la libération définitive si le patient manifeste une amélioration de son état mental et est prêt à réintégrer la société. Afin d'évaluer ces améliorations potentielles, les patients avec un TPP devraient être à nouveau évalués à l'aide de la CAPP-IRS et de l'IM-P.

Au-delà des profils établis sur base de la PCL-R, il est aussi possible d'utiliser les différents domaines de la CAPP-IRS afin d'analyser les processus psychologiques de la personne. Cependant, il est essentiel d'effectuer une évaluation complète en premier lieu. Ceci permettra de définir les objectifs thérapeutiques pertinents pour la personne évaluée en fonction de la sévérité de certains

domaines/symptômes. Par la suite, les domaines/symptômes pourront être scorés séparément afin d'évaluer les changements possibles à la suite des interventions psychothérapeutiques. Prenons un exemple plus concret, Monsieur François Perrin a été évalué à la PCL-R. Son score est de 29. Il a des scores relativement élevés sur chaque facette et son profil est assez proche du prototypique. Trois mois après son admission à l'hôpital, il est évalué à la CAPP-IRS. Dans un premier temps, on observera le score total à l'échelle. Celui de François est de 128. Toutefois, si on regarde plus attentivement les scores aux différents domaines, le score au domaine Emotionnel est proportionnellement plus élevé que les autres domaines. Si on veut fixer des objectifs thérapeutiques clairs et précis, il faut approfondir l'analyse en vérifiant le niveau de sévérité des symptômes composants le domaine. Chez ce monsieur, les symptômes les plus sévères sont le Manque de profondeur émotionnelle et le Manque de remords. La sévérité de ces symptômes est souvent équivalente au symptôme Manque d'empathie du domaine de l'Attachement. C'est également le cas chez François. D'ailleurs, l'équipe soignante trouve qu'il manque beaucoup d'empathie dans la vie de tous les jours. Lors de la distribution des médicaments, il ne comprend pas pourquoi les patients avec une mobilité réduite ont le droit de passer devant tout le monde. Ces indices de sévérité nous suggèrent de travailler sur l'empathie émotionnelle.

Qu'il s'agisse d'une libération conditionnelle ou d'une libération à l'essai, l'accès aux évaluations psychologiques, psychiatriques et du risque n'est pas systématique pour les partenaires de soin. Cependant, la prise en charge gagnerait en qualité si l'équipe avait accès aux détails des évaluations afin de poursuivre le travail thérapeutique entamé à l'intérieur des structures. Une plateforme similaire au Dossier Médical Global (DMG), cogéré par les Services Publics Fédéral, Justice et Santé, devrait être accessible aux acteurs de la prise en charge.

L'un des principes de Lösel (1998) renvoie à l'intervention précoce lors de la détection de traits psychopathiques chez les plus jeunes. Concernant l'évaluation statique du TPP, la stabilité du trouble a fait l'objet de recherches de l'adolescence à l'âge adulte, y compris l'évolution des scores de la Psychopathy Checklist Youth Version (PCL : YV ; Cauffman et al., 2016 ; Forth et al., 2003 Lynam et al., 2009 ; Salekin et al., 2008). Peu de travaux de recherches existent sur la version adolescente de la CAPP-IRS (Dawson et al., 2012). Or, il n'existe pas, à notre connaissance, de recherches sur l'évolution des scores à l'aide d'évaluation du TPP sensible aux changements chez les adolescents. Pourtant, il s'agit d'une période de la vie où la personnalité est en développement. Cette période est donc propice pour une intervention psychothérapeutique spécifique voire intense avec des évaluations pré- et post-traitement. À l'instar de la PCL : YV, la CAPP-IRS n'a pas de seuil diagnostic. Elle est donc tout à fait adaptée à cette population. En effet, le diagnostic de TPP peut être préjudiciable pour

les adolescents comme pour les adultes (Boccaccini et al., 2008 ; Frick & Marsee, 2018 ; Murrie et al., 2007).

Cette « guideline » ne se base que sur les étapes où il est pertinent d'évaluer la psychopathie. Ces évaluations peuvent amener le clinicien à identifier des modes de fonctionnement problématiques chez ces personnes. Pour une meilleure compréhension du fonctionnement psychologique, nous soutenons l'utilisation d'évaluations psychologiques complémentaires relative à l'intelligence émotionnelle à l'aide de la Trait Emotional Intelligence Questionnaires (TEIQue ; Petrides, 2009), l'alexithymie avec la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20 ; Bagby et al., 1994), au stress-post traumatique à l'aide de la Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ ; Cardena et al., 1996), au risque de comportement violent avec une échelle telle que la Historical-Clinical-Risk Management-20 Version 3 (HCR-20v3 ; Douglas et al., 2013) ou de l'alliance thérapeutique (alliance thérapeutique (Working Alliance Inventory ; Tracey & Kotovic, 1989). Toutefois, ce n'est pas parce que le psychologue effectue les évaluations psychologiques que celles-ci doivent reposer uniquement sur sa perception. Le psychologue n'est pas le seul témoin de la vie psychique de la personne. L'évaluation doit dépasser la compétence unique du psychologue. Malgré le biais d'allégeance mentionné préalablement, la collaboration entre les différents acteurs du suivi est essentielle pour une compréhension exhaustive de la personne.

Concernant l'évaluation dynamique du risque de récidive, il est essentiel qu'elle se fasse en parallèle de celle de la psychopathie. En effet, la littérature indique que les personnes avec un TPP seraient quatre fois plus enclines à récidiver de manière violente en comparaison aux autres délinquants (Hare, 2003 ; Hemphill et al., 1998). Une autre étude suggère que la facette Antisociale de la PCL-R prédit mieux la récidive générale et violente auprès de populations carcérales ou médico-légales (Walters et al., 2011). De ce fait, il faudra utiliser des mesures du risque de récidive adéquates en fonction du profil criminel. Par exemple, il est plus pertinent d'utiliser des échelles telles que la statique-99R (Harris et al., 2003) ou la Risk of Sexual Violence Protocol (RSVP ; Hart, 2003) pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Pour les auteurs de violence conjugale, l'échelle la plus adéquate est la Spousal Assault Risk Assessment version 3 (SARA-V3 ; Kropp & Hart, 2015). La littérature regorge de mesures du risque de récidive valides et adaptées à un contexte particulier. Pourtant, les cliniciens éprouvent des difficultés à trouver ce qui correspond à sa pratique tant les choix sont nombreux. Outre la pratique psychothérapeutique, les magistrats désignent des experts en leur transmettant certaines questions sur l'état mental ou la dangerosité criminelle de la personne. En fonction de ces questions, l'expert devra également utiliser les mesures adaptées.

Comme nous le recommandions précédemment, une formation au diagnostic de TPP obligatoire sera nécessaire. Elle devra s'étendre aux différents acteurs de terrain qui travaillent avec des personnes

présentant un TPP. Cette recommandation renvoie au principe « Sélection, formation et supervision rigoureuses du personnel » de Lösel. Cette formation n'aura pas pour unique utilité d'apprendre de nouvelles connaissances mais elle devra aussi consolider celles acquises antérieurement.

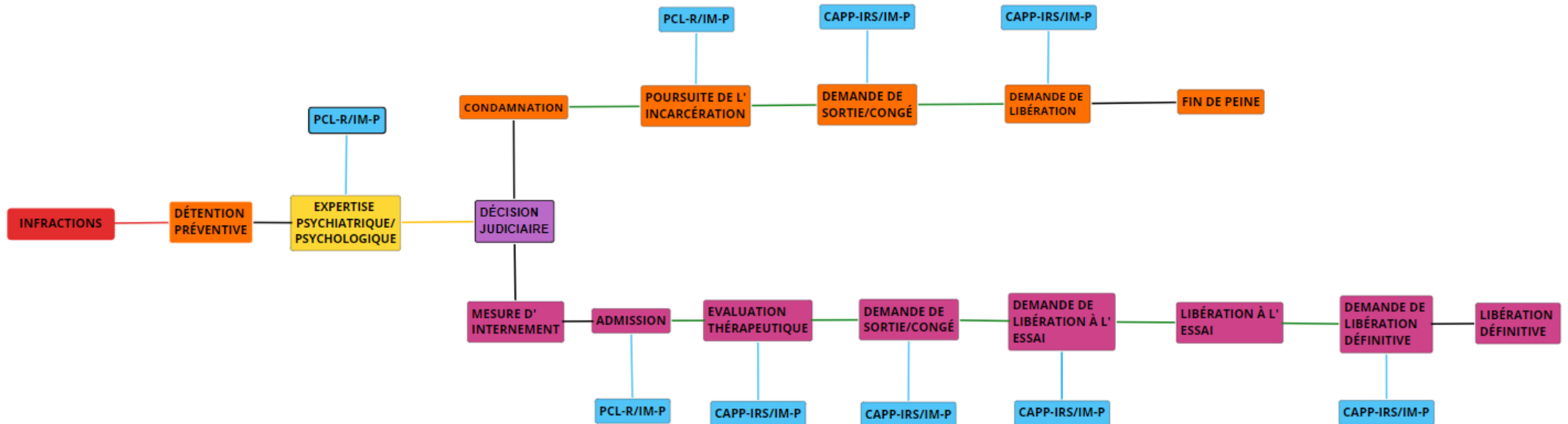
Conclusion générale

Le TPP est encore perçu comme un trouble uniforme. Les multiples états de l'art et recherches de cette thèse ont permis de mettre en avant une réalité plus nuancée. Les recherches futures devront approfondir la perception du TPP au sein de diverses populations. Une compréhension exhaustive de sa perception permettra de prendre de mettre en place un programme de déstigmatisation adéquat. Outre les recherches, la communication sur les différents profils et modèles évaluatifs devra être une priorité dans les années à venir.

Cette thèse a mis en exergue de bonnes qualités psychométriques de ces échelles auprès d'une population médico-légale. Une poursuite des recherches sur la validité des échelles de psychopathie s'avérera nécessaire dans d'autres contextes institutionnels. En effet, l'utilisation d'échelles validées dans différents contextes est importante afin de fixer des objectifs thérapeutiques basées sur des observations opérationnelles.

Notre démarche insiste sur une compréhension plus nuancée, complexe et allant au-delà du label de « psychopathe ». Tant au sein de la recherche et de la clinique que de la population générale, cela favorisera une meilleure intégration des personnes présentant un TPP.

Figure 1
Modèle heuristique de l'évaluation de la psychopathie en milieux carcéral et médico-légal



- | | | | |
|---|--|--|---|
| ■ Faits qualifiés d'infractions | ■ Échelles applicables à ce stade du parcours de la personne | — Arrestation | — Évaluation(s) pour la mise en place d'objectifs thérapeutique |
| ■ Parcours dans le circuit carcéral | ■ Décision du magistrat suite au procès et aux résultats | — Temps d'attente | — Suivi psycho-socio judiciaire/ P.E.C. thérapeutique |
| ■ Désignation d'un ou plusieurs experts afin d'évaluer l'état mental du prévenu | ■ Parcours dans le circuit d'internement | — Procès | |

Références

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty item Toronto alexithymia scale-I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Baskin-Sommers, A. R., Curtin, J. J., & Newman, J. P. (2015). Altering the cognitive-affective dysfunctions of psychopathic and externalizing offender subtypes with cognitive remediation. *Clinical Psychological Science*, 3(1), 45-57. <https://doi.org/10.1177/2167702614560744>
- Beggs, S. M., & Grace, R. C. (2008). Psychopathy, intelligence, and recidivism in child molesters: Evidence of an interaction effect. *Criminal Justice and Behavior*, 35(6), 683-695. <https://doi.org/10.1177/0093854808314786>
- Blair, K. S., Newman, C., Mitchell, D. G., Richell, R. A., Leonard, A., Morton, J., & Blair, R. J. R. (2006). Differentiating among prefrontal substrates in psychopathy: neuropsychological test findings. *Neuropsychology*, 20(2), 153-165. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.20.2.153>
- Blais, J., Solodukhin, E., & Forth, A. E. (2014). A meta-analysis exploring the relationship between psychopathy and instrumental versus reactive violence. *Criminal Justice and Behavior*, 41(7), 797-821. <https://doi.org/10.1177/0093854813519629>
- Boccaccini, M. T., Marcus, D., & Murrie, D. C. (2017). Allegiance effects in clinical psychology research and practice. In Lilienfeld, S.O. & Waldman, I.D., *Psychological science under scrutiny: Recent challenges and proposed solutions*, pp. 323-339. John Wiley & Sons, Inc.
- Boccaccini, M. T., Murrie, D. C., Clark, J. W., & Cornell, D. G. (2008). Describing, diagnosing, and naming psychopathy: How do youth psychopathy labels influence jurors?. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(4), 487-510. <https://doi.org/10.1002/bsl.821>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.
- Borisova, B., Courvoisier, J., & Bécue, A. (2016). L'effet CSI: état de l'art sur un phénomène aux multiples facettes. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 69(2), 227-246.
- Brook, M., Brieman, C. L., & Kosson, D. S. (2013). Emotion processing in Psychopathy Checklist—Assessed psychopathy: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 979-995. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.008>

- Cardena, E., Classen, C., Koopman, C., & Spiegel, D. (1996). Review of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 293–297). Sidran Press.
- Cauffman, E., Skeem, J., Dmitrieva, J., & Cavanagh, C. (2016). Comparing the stability of psychopathy scores in adolescents versus adults: How often is “fledgling psychopathy” misdiagnosed?. *Psychology, Public Policy, and Law*, 22(1), 77-91. <https://doi.org/10.1037/law0000078>
- Cleckley, H. (1988). *The Mask of Sanity*. Mosby.
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Lewis, G., Singleton, N. & Hare, R. (2009). Psychopathy among prisoners in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(3), 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.02.008>
- Cole, S. et Dioso-Villa, R. (2009). Investigating the « CSI effect » effect: Media and litigation crisis in criminal law. *Stanford Law Review*, 61(6), 1335-1373.
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13(2), 171-188. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.13.2.171>
- Cooke, D. J., Hart, S. D., Logan, C., & Michie, C. (2012). Explicating the construct of psychopathy: Development and validation of a conceptual model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 242-252. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746759>
- Cooke, D. J., Michie, C., & Skeem, J. (2007). Understanding the structure of the Psychopathy Checklist–Revised: An exploration of methodological confusion. *The British Journal of Psychiatry*, 190(S49), s39-s50. <https://doi.org/10.1192/bjp.190.5.s39>
- Dawson, S., McCuish, E., Hart, S. D., & Corrado, R. R. (2012). Critical issues in the assessment of adolescent psychopathy: An illustration using two case studies. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(2), 63-79. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.676149>
- Delannoy, D., Saloppé, X., Vicenzutto, A., Majois, V., Ducro, C., & Pham, T. H. (2018). Psychopathie et son évaluation. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie*, 15(2), 1-11[37-320-A-45]. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(17\)81445-0](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(17)81445-0)
- DeLisi, M., Vaughn, M. G., Beaver, K. M., & Wright, J. P. (2010). The Hannibal Lecter myth: Psychopathy and verbal intelligence in the MacArthur violence risk assessment study. *Journal of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, 32(2), 169-177. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9147-z>

Dolan, M., & Doyle, M. (2007). Psychopathy: Diagnosis and implications for treatment. *Psychiatry*, 6(10), 404-408. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.07.005>

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). HCR20: Assessing Risk for Violence, third edition. Vancouver, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Edens, J. F., Colwell, L. H., Desforges, D. M., & Fernandez, K. (2005). The impact of mental health evidence on support for capital punishment: Are defendants labeled psychopathic considered more deserving of death?. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(5), 603-625. <https://doi.org/10.1002/bsl.660>

Edens, J. F., Clark, J., Smith, S. T., Cox, J., & Kelley, S. E. (2013). Bold, smart, dangerous and evil: Perceived correlates of core psychopathic traits among jury panel members. *Personality and Mental Health*, 7(2), 143-153. <https://doi.org/10.1002/pmh.1221>

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)

Frappier, A., Vigneault, L., & Paquet, S. (2009). A la fois malade et criminalisé : témoignage d'une double marginalisation. *Santé Mentale au Québec*, 34(2), 21-30. <https://doi.org/10.7202/039123ar>

Frick, P. J. & Marsee, M. A. (2018). Psychopathy and developmental pathways to antisocial behavior in youth. In Patrick, C.J. (Ed). *Handbook of psychopathy* (pp. 456-475). Guildford Press.

Forth, A.E., Kosson, D.S., & Hare, R.D. (2003). *The Hare PCL:YV*. Multi-Health Systems.

Garin, H. (2019) La réforme du système de soins de santé mentale en Belgique : le défi de son implémentation dans un contexte pluraliste. Analyse du réseau d'influence des acteurs. [Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain]. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:19438>

Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2018). Difficulties in emotion regulation and psychopathic traits in violent offenders. *Journal of Criminal Justice*, 57, 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.05.013>

Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2021). Psychopathy and aggression: The role of emotion dysregulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23-24), NP12640-NP12664. <https://doi.org/10.1177/0886260519900946>

Gillespie, S. M., Garofalo, C., & Velotti, P. (2018). Emotion regulation, mindfulness, and alexithymia: Specific or general impairments in sexual, violent, and homicide offenders?. *Journal of*

Criminal Justice, 58, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.07.006>

Guay, J. P., Knight, R. A., Ruscio, J., & Hare, R. D. (2018). A taxometric investigation of psychopathy in women. *Psychiatry Research*, 261, 565-573. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.015>

Guay, J. P., Ruscio, J., Knight, R. A., & Hare, R. D. (2007). A taxometric analysis of the latent structure of psychopathy: evidence for dimensionality. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 701-716. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.701>

Guy, L. S., Edens, J. F., Anthony, C., & Douglas, K. S. (2005). Does psychopathy predict institutional misconduct among adults? A meta-analytic investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1056-1064. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.73.6.1056>

Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist : Revised*, 2nd edition. Toronto, ON, Canada : MultiHealth Systems, Inc.

Hare, R. D. (2016). Psychopathy, the PCL-R, and criminal justice: Some new findings and current issues. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 57(1), 21-34. <https://doi.org/10.1037/cap0000041>

Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2010). The role of antisociality in the psychopathy construct: Comment on Skeem and Cooke (2010). *Psychological Assessment*, 22(2), 446-454. <https://doi.org/10.1037/a0013635>

Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). *Static-99 coding rules: Revised 2003*. Department of the Solicitor General of Canada

Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1994). Psychopaths: Is a "therapeutic community" therapeutic. *Therapeutic Communities*, 15, 283-300.

Hart, S. D. (2003, April). Assessing risk for sexual violence: The risk for sexual violence protocol (RSVP). In *Annual Meeting of the International Association of Forensic Mental Health Services*, Miami, Florida.

Haynes, S. N., Richard, D., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7(3), 238-247. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>

Hemphill, J. F., Hare, R. D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3(1), 139-170. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.1998.tb00355.x>

- Hervé, H. (2007). Psychopathic subtypes: Historical and contemporary perspectives. In *The psychopath: Theory, research, and practice* (pp. 431-460). Routledge.
- Huband, N., Furtado, V., Schel, S., Eckert, M., Cheung, N., Bulten, E., & Völlm, B. (2018). Characteristics and needs of long-stay forensic psychiatric inpatients: a rapid review of the literature. *International Journal of Forensic Mental Health*, 17(1), 45-60. <https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1405124>
- Hughes, M. A., Dolan, M. C., Trueblood, J. S., & Stout, J. C. (2015). Psychopathic personality traits and Iowa Gambling Task performance in incarcerated offenders. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22(1), 134-144. <https://doi.org/10.1080/13218719.2014.919689>
- Kosson, D. S., Miller, S. K., Byrnes, K. A., & Leveroni, C. L. (2007). Testing neuropsychological hypotheses for cognitive deficits in psychopathic criminals: A study of global–local processing. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(2), 267-276. <https://doi.org/10.1017/S1355617707070294>
- Kropp, P. R., & Hart, S. D. (2015). *User Manual for Version 3 of the Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA-V3)*. ProActive Resolutions Inc.
- Jeandarme, I., Saloppé, X., Habets, P., & Pham, T. H. (2019). Not guilty by reason of insanity: clinical and judicial profile of medium and high security patients in Belgium. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(2), 286-300. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1544265>
- Kraepelin, E. (1905/1984). *Introduction à la psychiatrie clinique*. Navarin Editeur.
- Krstic, S., Neumann, C. S., Roy, S., Robertson, C. A., Knight, R. A., & Hare, R. D. (2018). Using latent variable-and person-centered approaches to examine the role of psychopathic traits in sex offenders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(3), 207-216. <https://doi.org/10.1037/per0000249>
- Lavallee, A., Pham, T. H., Gandolphe, M. C., Saloppé, X., Ott, L., & Nandrino, J. L. (2022). Monitoring the emotional facial reactions of individuals with antisocial personality disorder during the retrieval of self-defining memories. *PLoS One*, 17(6), e0268818. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268818>
- Lécallier, D., & Michaud, P. (2004). L'entretien motivationnel : une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoolologie et Addictologie*, 26(2), 129-134.
- Leistedt, S. J. (2022). Le Joker n'est pas un malade mental: L'antisocialité et le syndrome CHAOS. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 180(5), 459–465. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.02.018>

- Leistedt, S. J., & Linkowski, P. (2014). Psychopathy and the cinema: fact or fiction?. *Journal of Forensic Sciences*, 59(1), 167-174. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.12359>
- López I, M. (2007). Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *L'Information Psychiatrique*, 83, 793-799. <https://doi.org/10.1684/ipe.2007.0257>
- Lynam, D. R., Charnigo, R., Moffitt, T. E., Raine, A., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2009). The stability of psychopathy across adolescence. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1133–1153. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990083>
- Majois, V., Saloppé, X., Ducro, C., & Pham, T. H. (2011). Psychopathie et son évaluation. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie*, 37-320-A-45.
- Marques, P., Paulino, M., & Alho, L. (Eds.). (2021). *Psychopathy and criminal behavior: Current trends and challenges*. Elsevier
- Mason, T., Caulfield, M., Hall, R., & Melling, K. (2010). Perceptions of diagnostic labels in forensic psychiatric practice: A survey of differences between nurses and other disciplines. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(5), 336-344. <https://doi.org/10.3109/01612840903398727>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Mokros, A., Hare, R. D., Neumann, C. S., Santtila, P., Habermeyer, E., & Nitschke, J. (2015). Variants of psychopathy in adult male offenders: A latent profile analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 372-386. <https://doi.org/10.1037/abn0000042>
- Moniteur Belge (25 septembre 2018). Arrêté royal portant exécution de l'article 5, § 3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. p. 77103
- Murrie, D. C., Boccaccini, M. T., Guarnera, L. A., & Rufino, K. A. (2013). Are forensic experts biased by the side that retained them?. *Psychological Science*, 24(10), 1889-1897. <https://doi.org/10.1177/0956797613481812>
- Murrie, D. C., Boccaccini, M. T., McCoy, W., & Cornell, D. G. (2007). Diagnostic labeling in juvenile court: How do descriptions of psychopathy and conduct disorder influence judges?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 228-241. <https://doi.org/10.1080/15374410701279602>

Neumann, C. S., Vitacco, M. J., & Mokros, A. S. (2016). Using both variable-centered and person-centered approaches to understanding psychopathic personality. In Gacono, C.B. (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide* (pp. 14-31). Routledge/Taylor & Francis Group.

Oswald, P., Saloppé, X., Ducro, C., Macquet, D., Cornu, P. J., Pham, T., & Delaunoit, B. (2017). Caractéristiques cliniques d'une population internée: un cas particulier, l'établissement de défense sociale «Les Marronniers» à Tournai (Belgique). *L'Encéphale*, 43(3), 229-234. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.10.002>

Patrick, C. J. (Ed.). (2018). *Handbook of psychopathy*. Guilford Press.

Paulhus, D. L., Hemphill, J., & Hare, R. (2009). Manual for the Self-report Psychopathy Scale (SRP-III) Multi-Health Systems Incorporated.

Paulhus, D. L., Neumann, C. S., Hare, R. D., Williams, K. M., & Hemphill, J. F. (2017). *Self-report Psychopathy scale 4th edition (SRP 4) manual*. MHS, Multi-Health Systems Incorporated.

Petrides, K.V. (2009). *Technical manual for the Trait Emotional Intelligence Questionnaires (TEIQue)*. London Psychometric Laboratory.

Pham, T. H. (2012). Psychopathy and traumatic stress. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 213-225. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.2.213>

Pham, T. H., Ducro, C., & Luminet, O. (2010). Psychopathy, alexithymia and emotional intelligence in a forensic hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(1), 24-32. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.484641>

Pham, T. H., & Saloppé, X. (2010). PCL-R psychopathy and its relation to DSM Axis I and II disorders in a sample of male forensic patients in a Belgian security hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(3), 205-214. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.517255>

Pham, T. H., Vanderstukken, O., Philippot, P., & Vanderlinden, M. (2003). Selective attention and executive functions deficits among criminal psychopaths. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 29(5), 393-405. <https://doi.org/10.1002/ab.10051>

Polaschek, D. L., & Ross, E. C. (2010). Do early therapeutic alliance, motivation, and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners?. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(2), 100-111. <https://doi.org/10.1002/cbm.759>

- Porter, S., ten Brinke, L., & Wilson, K. (2009). Crime profiles and conditional release performance of psychopathic and non-psychopathic sexual offenders. *Legal and Criminological Psychology, 14*(1), 109-118. <https://doi.org/10.1348/135532508X284310>
- Pouls, C., Pham Hoang, T., & Jeandarme, I. (2019). De ontwikkeling van een verplicht format voor het forensisch psychiatrisch deskundigenverslag: Een unicum. *Sancties: Tijdschrift over Straffen en Maatregelen, 23*, 96-103.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism Clinical lore or clinical reality?. *Clinical Psychology Review, 22*, 79-112. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00083-6)
- Salekin, R. T., Rogers, R., & Sewell, K. W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist—Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*(3), 203-215. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1996.tb00071.x>
- Salekin, R. T., Rosenbaum, J., & Lee, Z. (2008). Child and adolescent psychopathy: Stability and change. *Psychiatry, Psychology and Law, 15*(2), 224–236. <https://doi.org/10.1080/13218710802014519>
- Sandvik, A. M., Hansen, A. L., Kristensen, M. V., Johnsen, B. H., Logan, C., & Thornton, D. (2012). Assessment of psychopathy: Inter-correlations between psychopathy checklist revised, comprehensive assessment of psychopathic personality–institutional rating scale, and self-report of psychopathy scale–III. *International Journal of Forensic Mental Health, 11*(4), 280-288. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.746756>
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 499-513. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.009>
- Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment, 22*(2), 433– 445. <https://doi.org/10.1037/a0008512>
- Skeem, J. L., Edens, J. F., Camp, J., & Colwell, L. H. (2004). Are there ethnic differences in levels of psychopathy? A meta-analysis. *Law and Human Behavior, 28*, 505-527. <https://doi.org/10.1023/B:LAHU.0000046431.93095.d8>
- Skeem, J. L., Polaschek, D. L., Patrick, C. J., & Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychological Science in the Public Interest, 12*(3), 95-162. <https://doi.org/10.1177/1529100611426706>

- Tapscott, J. L., Hancock, M., & Hoaken, P. N. (2012). Severity and frequency of reactive and instrumental violent offending: Divergent validity of subtypes of violence in an adult forensic sample. *Criminal Justice and Behavior*, 39(2), 202-219. <https://doi.org/10.1177/0093854811429647>
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Thiry, B., & Thiriez, C. (2014). Enjeux de la pratique de la psychothérapie en prison. *Psychothérapies*, 34(3), 185-192. <https://doi.org/10.3917/psys.143.0185>
- Vassileva, J., Kosson, D. S., Abramowitz, C., & Conrod, P. (2005). Psychopathy versus psychopathies in classifying criminal offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 27-43. <https://doi.org/10.1348/135532504X15376>
- Verhülndonk, S., Folkerts, A. K., Dietrich, K., Höft, B., Supprian, T., Jänner, M., & Kalbe, E. (2023). Cognition in older offenders in North Rhine-Westphalia: A comparison of prisoners and patients in forensic psychiatry hospitals. *International Journal of Law and Psychiatry*, 88, 101892. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101892>
- Vicenzutto, A., Saloppé, X., Strzoda, I., Oswald, P., & Pham, T.H. (2019). Vers une évaluation structurée en milieu médico-légal in H. Wolff, G. Niveau (Eds.) *Santé en Prison*. RMS Editions. Pp.595-608
- Vitacco, M. J., & Kosson, D. S. (2010). Understanding psychopathy through an evaluation of interpersonal behavior: Testing the factor structure of the interpersonal measure of psychopathy in a large sample of jail detainees. *Psychological Assessment*, 22(3), 638-649. <https://doi.org/10.1037/a0019780>
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Walsh, Z., Allen, L. C., & Kosson, D. S. (2007). Beyond social deviance: Substance use disorders and the dimensions of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 273-288. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.3.273>
- Walters, G. D., & Duncan, S. A. (2018). Performance-verbal discrepancies and facets of psychopathy: assessing the relationship between WAIS–R/III summary IQs/index scores and PCL–R facet scores. *Journal of Criminal Psychology*, 8(3), 234-246. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00984>

- Walters, G. D., Wilson, N. J., & Glover, A. J. (2011). Predicting recidivism with the Psychopathy Checklist: Are factor score composites really necessary?. *Psychological Assessment*, 23(2), 552-557. <https://doi.org/10.1037/a0022483>
- Walton, A., Jeglic, E. L., & Blasko, B. L. (2016). The role of psychopathic traits in the development of the therapeutic alliance among sexual offenders. *Sexual Abuse*, 30(3), 211-229. <https://doi.org/10.1177/1079063216637859>
- Wechsler, D. (2005). *WAIS-III dutch adaptation. Technical manual [WAIS-III nederlandstalige bewerking. Technische handleiding]*. Swets & Zeitlinger.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale-IV*. Pearson.
- West, M. L., Yanos, P. T., & Mulay, A. L. (2014). Triple stigma of forensic psychiatric patients: Mental illness, race, and criminal history. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 75-90. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.885471>
- Wilson, N. J., & Tamatea, A. (2013). Challenging the 'urban myth' of psychopathy untreatability: the High-Risk Personality Programme. *Psychology, Crime & Law*, 19(5-6), 493-510. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2013.758994>
- Wong, S. C. P., & Hare, R. D. (2006). *Guidelines for a psychopathy treatment program*. MHS.
- Zolondek, S., Lilienfeld, S. O., Patrick, C. J., & Fowler, K. A. (2006). The interpersonal measure of psychopathy: Construct and incremental validity in male prisoners. *Assessment*, 13(4), 470-482. <https://doi.org/10.1177/1073191106289861>