

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/270048139>

Pham, H.T., & Saloppé, X. (2006) Caractéristiques cliniques de la population de Défense Sociale: Importance de la comorbidité. Actes du Colloque: "La responsabilité et la responsab..."

Chapter · January 2006

CITATIONS

0

READS

743

2 authors:



T. H. Pham

Université de Mons

430 PUBLICATIONS 1,728 CITATIONS

SEE PROFILE



Xavier Saloppé

Service psychiatrie Centre Hospitalier de Saint-Amand-Les-Eaux; Centre de recherch...

121 PUBLICATIONS 354 CITATIONS

SEE PROFILE

Caractéristiques cliniques de la population de défense sociale : importance de la comorbidité¹

Thierry H. Pham² et Xavier Saloppé³

1. Introduction

Au regard de la littérature scientifique internationale, l'évaluation diagnostique, en terme de prévalence et de comorbidité, des troubles mentaux majeurs et des troubles de la personnalité chez des délinquants s'avère fondamentale. Le concept de comorbidité présente un intérêt central dans la tradition néo-kraepelienne de la nosographie psychiatrique. Cette tradition, en considérant qu'il existe une multitude de maladies mentales pouvant coexister les unes avec les autres, a influencé de façon majeure l'élaboration du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3e édition* (DSM-III). Dès 1980, cette nosographie propose l'existence de troubles variés et séparés et introduit un système d'évaluation diagnostique multiaxial, donnant la possibilité de poser plusieurs diagnostics simultanément chez une même personne.

¹ Ce texte a été réalisé avec le soutien du ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Région wallonne.

² Centre de recherche en défense sociale de Tournai, Université de Mons et Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

³ Centre de recherche en défense sociale de Tournai

⁴ Blackburn (2000). *Classification and assessment of personality disorders in mentally disordered offenders : A psychological perspective. Criminal Behaviour & Mental Health, 10, 2000, pp. 8-33.*

⁵ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. 3th Edition, Washington, 1980.*

L'émergence de cette considération conceptuelle a engendré des débats théoriques quant au bien-fondé de cette distinction qui avait pour but d'évaluer l'influence des troubles de la personnalité sur le traitement du trouble mental majeur⁶. Reich et Vasile (1993)⁷ ont, d'ailleurs, mis en évidence que les patients présentant un trouble mental majeur répondent moins au traitement lorsqu'ils présentent une comorbidité avec un trouble de la personnalité. Or, Coid (1992)⁸ insiste sur la prégnance de la comorbidité, tant au niveau de l'axe I que de l'axe II, auprès de détenus et, de façon plus typique, auprès de patients d'hôpitaux psychiatriques sécuritaires. Cette complexité nosographique est, pour l'auteur, inévitable lorsque l'on utilise la classification DSM-IV⁹ dans une population hautement délinquante et psychopathique. Cette multiplicité diagnostique est nécessaire pour approcher au mieux l'ampleur du champ de la psychopathologie. Dans le cadre de cette communication portant sur les caractéristiques cliniques, nous allons d'abord décrire la population de défense sociale. Dans un second temps, nous évaluerons la prévalence et la comorbidité des troubles mentaux majeurs et de la personnalité. Enfin, nous examinerons 50 expertises à travers leur standardisation concernant la classification diagnostique, qu'elle soit française, européenne ou internationale.

2. Description de la population de défense sociale

L'hôpital psychiatrique sécuritaire Les Marronniers accueille 340 patients. Ces patients sont hospitalisés dans le cadre de la loi de défense sociale qui prévoit l'internement des personnes ayant commis un délit atteintes « d'un trouble mental ayant aboli ou gravement altéré leur capacité de discernement » (article 1^{er}). Ces patients sont répartis dans les différents pavillons de l'hôpital, composé d'un pavillon d'admission, qui permet à l'équipe d'orienter les patients dans un pavillon adapté à leur pathologie, de deux pavillons consacrés aux personnes présentant une problématique antisociale, de trois pavillons accueillant des patients psychotiques, et de trois pavillons accueillant des patients délinquants sexuels.

⁶ Blackburn, Logan, Donnelly, Renwick, (2003). *Personality disorders, psychopathy and other mental disorders : comorbidity among patients at English and Scottish high-security hospitals. The journal of forensic psychiatry and psychology*, avril, vol 14(1), pp. 111-137.

⁷ Reich & Vasile (1993). *Effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions : An update. Journal of Nervous & Mental Disease*. 181(8), Aug, 475-484.

⁸ Coid (1992). *DSM-III diagnosis in criminal psychopaths : A way forward. Criminal Behaviour & Mental Health*. 2(2), Spec Issue, 78-94.

⁹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. 4th Edition, Washington, 1994.*

Excepté le pavillon d'admission, qui comporte 22 patients, chacun de ces pavillons accueille en moyenne 38 patients. Les infractions à caractère sexuel sont les plus représentées en défense sociale (36,3%). Suivent ensuite les délits violents (25%) tels que l'homicide (15%). L'âge moyen au moment du premier internement est de 31,6 ans (étendue = 15- 60). Le quotient intellectuel total (WAIS-R, 1981) moyen est de 76.

Notre échantillon comprend des patients de défense sociale stabilisés car nous avons exclu les patients en phase aiguë de leur pathologie et les patients présentant une déficience intellectuelle trop marquée pour réaliser une évaluation valide. L'échantillon présenté ci-dessous est provisoire, l'effectif sera étoffé afin de bénéficier de données plus représentatives de la population.

3. Prévalence et comorbidité des troubles mentaux en défense sociale

Les troubles mentaux majeurs sont évalués à l'aide du Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview, DSM-III¹⁰. La DISSI est un outil épidémiologique informatisé permettant d'évaluer les catégories diagnostiques suivantes : troubles anxieux (attaque de panique, phobie, anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif), troubles de l'humeur (dépression majeure/dysthymie, manie), troubles liés à des substances (abus/dépendance d'alcool ou de substances autres que l'alcool), trouble somatisation, schizophrénie, troubles psychosexuels, troubles du comportement alimentaire et trouble de la personnalité antisociale. Les diagnostics sont établis sur les derniers mois et sur toute la période d'existence. Cet instrument a été validé par Baruffol et Thilmany¹¹ sur un échantillon de 240 belges issus de la population générale.

Sur l'ensemble de la population de défense sociale évalué à ce jour (N = 184), les troubles les plus représentés sont l'abus/dépendance à l'alcool (56%), le trouble phobique (37%), la dépression (36%), l'abus/dépendance de substance(s) autre(s) que l'alcool (33%), l'anxiété généralisée (23%), la schizophrénie (23%), la somatisation (17%) et le trouble obsessionnel compulsif (8 %).

¹⁰ Robins, Marcus et Steven (1987). *The Diagnostic Screening Procedure Writer : A tool to develop individualized screening procedures. Medical Care, 25(12), Dec, pp. 106-122.*

¹¹ Baruffol, Thilmany (1993). *Anxiety, Depression, Somatization and Alcohol Abuse : Prevalence Rates in a General Belgian Community Sample. Acta Psychiatrica Belgica, 93, pp. 136-153.*

La comorbidité diagnostique renvoie à la cooccurrence symptomatologique selon l'approche catégorielle. Rappelons que le terme de comorbidité est employé, tant dans le champ de la clinique que de la recherche, lorsque deux ou plusieurs diagnostics apparaissent en même temps chez une même personne. À ce titre, 88 % de nos patients évalués présentent au moins un trouble mental majeur et 53% présente une comorbidité. Le nombre moyen de diagnostics par sujet est de 3,2.

Sur la base des évaluations à la DISSI qui ont été effectuées à ce jour, nous avons constitué deux groupes relatifs aux patients homicides et délinquants sexuels comportant chacun un effectif de 32 personnes. Les deux groupes ne diffèrent pas quant à l'âge ($U = 448$, $p = .512$) et au quotient intellectuel total ($U = 52,5$, $p = .106$).

Tableau 1. Prévalence (en %), sur la vie, des troubles mentaux majeurs.

<i>Diagnostiques Axe I</i>	<i>Homicide (N=32)</i>	<i>Dél sex (N=32)</i>
Abus/Dépendance à l'alcool	47	50
Trouble dépressif	41	44
Trouble phobique	28	47
Abus/Dépendance à une substance autre	31	25
Anxiété généralisée	16	31
Somatisation ¹	13	37
Schizophrénie ²	28	3
Trouble obsessionnel compulsif	13	13
Manie	6	6
Trouble panique	3	6

2 issues : ¹ $\chi^2=4.99$, $p=.026$; ² $\chi^2=7.58$; $p=.006$

Les sujets homicides sont significativement plus atteints de schizophrénie que les délinquants sexuels (pour une description plus détaillée, voir Dailliet et Barbera Peras¹²). Nous confirmons donc les données obtenues par Côté et Hodgins¹³ tout en modérant leur résultat concernant le fait que les sujets homicides présentent davantage de troubles mentaux graves comparativement aux autres types de délinquants. En effet, nous n'avons pas relevé de différences significatives concernant le trouble dépressif majeur. Il semble que les délinquants sexuels de défense sociale présentent plutôt des profils psychopathologiques différents, davantage axés sur les troubles anxieux et somatoformes.

¹² Dailliet & Barbera Peras (2004). *Les meurtriers dans le système belge de la Défense Sociale*. In C. de Beaurepaire, C ; Kottler & M. Benezech (Eds.). *Les Dangerousités*. Paris : John Libbey.

¹³ Côté & Hodgins (1992). *The prevalence of major mental disorders among homicide offenders*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89-99.

4. Prévalence et comorbidité des troubles de la personnalité en défense sociale

Les troubles de la personnalité sont évalués à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Disorders¹⁴. Le SCID II évalue 12 troubles de la personnalité décrits dans le DSM-IV¹⁵. Il est composé d'un questionnaire d'auto-évaluation de 119 questions et d'un entretien semi-structuré reprenant les items des troubles positifs au questionnaire passé préalablement. Comme le SCID I¹⁶, cet instrument se base sur le principe de l'arbre décisionnel où le diagnostic se précise progressivement à travers l'entrevue. Des informations additionnelles, nécessaires à l'établissement du/ou des diagnostics, sont obtenues sur la base du dossier médico-légal situé au greffe de l'hôpital. Nous avons utilisé la validation française du SCID II effectué par Bouvard et d'autres¹⁷.

Sur l'ensemble de la population de défense sociale évalué à ce jour (N=121), ce sont les troubles de la personnalité appartenant au cluster B qui sont les plus représentés avec le trouble de la personnalité antisociale (50 %), borderline (26%), narcissique (17%) et histrionique (4%). Viennent ensuite les troubles appartenant au cluster A avec le trouble de la personnalité paranoïaque (23%), schizoïde (7%) et schizotypique (4%). Les troubles de la personnalité appartenant au cluster C sont les moins représentés avec le trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive (17 %), évitante (3%) et dépendante (3%). 71% des sujets de l'échantillon présentent au moins un trouble de la personnalité et 40% présentent une comorbidité. Le nombre moyen de diagnostics par sujet est de 1,62. Concernant la comorbidité entre l'axe I et II du DSM, 47% des sujets présentent un ou plusieurs troubles mentaux majeurs associés à un ou plusieurs troubles de la personnalité (N = 96).

5. Expertise dans le cadre de la loi de défense sociale

Les critiques relatives au travail expertal ne datent pas d'hier. Parmi celles-ci, relevons :

- le manque d'harmonisation concernant les méthodologies d'évaluation,
- le manque de standardisation de ces dernières,

¹⁴ First, Spitzer, Gibbon, Williams, et Benjamin (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

¹⁵ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*. 4th Edition, Washington, 1994.

¹⁶ First, Spitzer, Gibbon, et Williams (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

¹⁷ Bouvard, Fontaine-Buffe, Cungi, Adeleine, Chapoutier, Durafour, Bouvard et Cottraux (1999). *Étude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité : Le SCID II*. *Encephale*, 25(5), Sep-Oct, pp. 416-421.

- le manque de consensus concernant les critères justifiant l'internement,
- l'ambiguïté temporelle de l'état d'incapacité du contrôle des actes,
- le sous-financement de l'expertise, réduisant la durée de l'examen et donc sa qualité scientifique.

Dans le souci d'évaluer la pratique expertale dans le domaine du diagnostic et de la comorbidité, nous avons examiné les 50 expertises psychiatriques les plus récentes qui ont été recensées au greffe de l'établissement de défense sociale Les Marronniers. Cet examen révèle principalement une approche diagnostique basée sur l'analyse d'un trouble mental majeur sans que ce dernier ne soit articulé à un éventuel trouble de la personnalité. Seulement 18 % de ces expertises font référence à une classification diagnostique, utilisant des évaluations standardisées (questionnaire d'évaluation neuropsychiatrique systématique, inventaire de personnalité d'Eysenck, SADS-L et SCID II) pour évaluer les troubles mentaux majeurs et de la personnalité. 56% des expertises ne font référence à aucune classification diagnostique tout en se focalisant sur les troubles mentaux graves (trouble de l'humeur, pathologie psychotique). Seulement 2% considèrent les troubles de la personnalité sans se référer à une classification diagnostique. Enfin 16% des expertises évaluent les troubles mentaux majeurs et de la personnalité via des évaluations cliniques projectives (TAT, Rorschach, Szondi) mais sans se référer à une classification particulière. Par conséquent, ces expertises sous-utilisent des procédures standardisées et rendent peu compte de la notion de comorbidité diagnostique. Ce constat paraît difficile à saisir. D'une part, c'est sur la base des expertises psychiatriques et psychologiques que les décideurs judiciaires optent pour une mesure d'internement ou d'incarcération. D'autre part, la sous-utilisation des méthodes standardisées répond mal aux attentes scientifiques du législateur. John Pettila, professeur de droit à l'Université de Floride du Sud et actuel président de l'International Association of Forensic and Mental Health Services (IAFMHS), déclarait lors d'une visite des établissements de défense sociale que l'orientation vers la défense sociale plutôt que vers la prison relevait davantage de la « loterie que de la science », dénonçant le manque de connexion entre les milieux professionnels concernés et la recherche scientifique en psychologie/psychiatrie légale. Cependant, il nous semble que le projet de loi de défense sociale réformant la loi du 9 avril 1930, en ajoutant la mention « abolition ou grave altération de la capacité du contrôle des actes » au texte d'origine, favorise la prise en considération des troubles de la personnalité et non plus uniquement des troubles mentaux majeurs.

Discussion

Il est aujourd'hui reconnu qu'il existe une relation statistique positive entre les troubles mentaux et la violence¹⁸. Cette relation s'observe au sein de la population de défense sociale. En effet, les troubles sont diversement représentés selon que les patients ont commis des infractions à caractère sexuel (viol, attouchement sexuel, exhibitionnisme) ou homicides tant sur l'axe I que l'axe II. Les patients homicides présentent davantage de trouble schizophrénique que les sujets délinquants sexuels. Chez ces derniers, on relève une prévalence du trouble « somatisation » probablement associé à de l'anxiété. Le phénomène de comorbidité est très fréquent au sein de la population de défense sociale qui a été évaluée à l'axe I et l'axe II du DSM. Cette comorbidité concerne près d'un patient sur deux. Or, ce phénomène présente un intérêt fondamental tant sur le plan thérapeutique et criminologique. En effet, les patients atteints d'un trouble mental majeur répondent plus difficilement au traitement psychothérapeutique et/ou pharmacologique lorsqu'ils présentent un trouble de la personnalité associé^{19, 20, 21}. Cette résistance au traitement peut être liée au fait que la comorbidité engendre des conséquences négatives sur l'évolution de l'un ou l'autre trouble et sur la gravité des symptômes²². Cependant, certaines comorbidités peuvent être le signe d'une amélioration clinique notable. En effet, la présence d'une dépression peut être un facteur pronostic favorable pour les patients présentant un trouble de la personnalité borderline²³. Aussi Robins, Tipp et Przybeck²⁴ mettent-ils en évidence que la multiplicité des troubles a une incidence sur la demande de traitement et l'investissement dans une démarche thérapeutique. Vu les conséquences thérapeutiques et criminologiques de la comorbidité, au-delà des critiques habituellement évoquées concernant la qualité des expertises médico-légales, il serait opportun de davantage considérer le concept de comorbidité dans le cadre des expertises.

¹⁸ Debrecq, Joyal & Millaud (sous presses). *Risque de violence et troubles mentaux graves. Annales Médico-Psychologiques*.

¹⁹ Pfohl, Coryell, Zimmerman et Strangl, (1986). *DSM-III personality disorders : diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. Comprehensive Psychiatry*, 27, 21-34.

²⁰ Skodol, Oldham et Gallaher (1999). *Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. American Journal of Psychiatry*, 156 :5, 733-738.

²¹ Tyrer, Gunderson, Lyons et Tohen, (1997). *Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. Journal of Personality Disorders*. 11(3), 242-259.

²² Widiger et Corbitt, (1997). «Comorbidity of antisocial personality disorder with other personality disorders». In D-M. Stoff, J. Breiling, J-D. Maser J.(Eds.). *Handbook of antisocial behavior. John Wiley & Sons, Inc.*

²³ Pope, Jonas, Hudson, Cohen et Gunderson (1983). *The validity of DSM-III borderline personality disorder : A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. Archives of General Psychiatry*. 40(1), 23-30.

²⁴ Robins, Tipp & Przybeck, T. (1991). *Antisocial personality. In L. N. Robins & D.A. Regier (Eds.), Psychiatric disorders in America (pp. 258-290). New York : Free Press.*