

Ouvrage en Médecine pénitentiaire.

Dr D. Bertrand et Dr G. Niveau (Eds.). Presses Universitaires de Genève.

Chapitre: Psychiatrie et comportement violents¹

**Thierry. H. Pham*°/,
Xavier Saloppé*, & Alexandre Dailliet*+.**

*Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS), Tournai, Belgique.

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

/Université de Mons Hainaut, Belgique.

+CHP Les Marronniers, Tournai, Belgique.

¹ Ce chapitre a été réalisé avec le soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé et Affaire Sociale. Email: thierry.pham@crds.be. CRDS, 94 rue Despars. 7500 Tournai. Belgique. Les auteurs tiennent à remercier Claire Ducro pour ses commentaires.

La première partie du chapitre sera consacrée aux rapports entre les troubles mentaux et la violence. Nous aborderons ensuite quelques considérations relatives à l'évaluation du risque de comportements violents. Nous décrirons enfin les caractéristiques cliniques de la population de défense sociale.

1. Troubles mentaux et violence

Poser la question des liens entre la psychiatrie et les comportements violents revient en quelque sorte à questionner l'interface entre troubles mentaux et violence. Dans l'esprit de l'opinion publique les troubles mentaux et la violence semblent étroitement associés. Toutefois, au sein de la littérature scientifique, dans les décennies 1970-1980, il était habituel de penser que les malades mentaux n'étaient pas plus violents que la population générale (1). Les études à l'époque souffraient de biais trop nombreux pour permettre d'en tirer des conclusions valides (2). Depuis, des études mieux conçues sur le plan méthodologique montrent que les personnes atteintes d'un trouble mental grave, d'un trouble lié à l'abus ou à dépendance à une substance ou d'un trouble de personnalité sont plus susceptibles de présenter des comportements violents. Ainsi, Hodgins et ses collègues (3) ont montré, à partir d'une cohorte de naissance comprenant plusieurs centaines de milliers de personnes, que le risque de délit violent est multiplié par 2,5 à 4,5 pour les hommes atteints de trouble mental majeur (schizophrénie, autres psychoses et troubles de l'humeur), de 6 à 8,5 en cas de problèmes de drogues et de 5,5 à 7 pour les hommes présentant un trouble de la personnalité antisociale. Les troubles maniaques quand à eux, tendent à prédire la violence en milieu psychiatrique (4). Par ailleurs, une étude menée parmi les détenus incarcérés suggère que ceux présentant un trouble mental majeur étaient plus susceptibles d'avoir commis un délit violent et de présenter des antécédents de violence préalable à la dernière incarcération (5).

La comorbidité des troubles mentaux a une incidence sur la dangerosité des patients. Cette co-morbidité serait associée à une augmentation des comportements violents, plus le nombre de diagnostics augmente chez un patient, plus le risque de violence augmente (6;7;8).

Rasanen et al. (9) ont évalué le risque de comportement violent chez les schizophrènes non dépendant de l'alcool en rapportant un risque multiplié par 3,6 par rapport à la population générale masculine. Toutefois, l'alcoolisme et l'abus de drogues contribuent significativement au comportement criminel. En effet, la combinaison de troubles mentaux majeurs avec l'abus de substance augmente le risque de comportement violent (10; 11). Enfin, certaines études montrent que la criminalité des malades mentaux est à la fois plus grave mais aussi plus récidivante (12).

Il existe donc une relation statistique positive entre les troubles mentaux et la violence. Le risque pivot est généralement estimé à 3.7, les personnes ayant un trouble mental grave présentent donc près de 4 fois plus d'agression physique (13). Indépendamment de la prise de drogue ou d'alcool, les TMM constituent donc un facteur de risque significatif pour la venue de comportements violents. Ce risque de violence est nettement augmenté par la prise d'alcool ou de drogue. Swanson et al (6) ayant montré que l'alcoolisme est responsable de plus de violence que l'ensemble des autres troubles mentaux majeurs réunis.

Toutefois, la grande majorité, près de 90%, des personnes, souffrant de troubles mentaux majeurs ne sont pas violentes (6). Debreucq, Joyal, et Millaud (13) rappellent que "si on était en mesure d'éradiquer la violence due aux malades mentaux, 95 à 97 % des actes de violence continueraient d'être perpétrés..../Les mesures à prendre pour mieux soigner ces patients ne doivent pas se faire sur les seuls motifs de sécurité." Ainsi, les données scientifiques ne confirment pas la caricature sensationnaliste parfois décrite parmi les médias. En comparaison avec la magnitude d'une combinaison de risques tels que le sexe masculin, le fait d'être jeune, le faible statut socio-économique, l'alcool, l'abus de drogue, le risque de violence lié aux troubles mentaux majeurs peut être finalement considéré comme "modeste" (11).

2. Évaluation du risque

La relation statistique entre troubles mentaux majeurs et violence a justifié l'inclusion de ces troubles en tant que variables prédictives au sein d'échelles d'évaluation du risque de comportements violents.

Notons toutefois que certaines études et notamment celles de l'équipe de l'hôpital sécuritaire Penetengueshene (Ontario) ont rapporté des corrélations négatives entre la schizophrénie et la violence (14). Par conséquent, ces auteurs ont inclus le trouble schizophrénique comme un marqueur négatif de risque au sein d'une échelle de risque actuarielle telle que la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG).

Plus récemment, un pas supplémentaire a été franchi dans la conceptualisation du rapport entre psychose et violence. Douglas et Webster (15) ont suggéré que lorsque les symptômes psychotiques au lieu des diagnostics étaient considérés, la relation entre psychose et violence était plus importante. Ce constat ouvre donc la voie à l'identification de symptômes prédicteurs de violence. En adoptant le principe de la "rationalité dans l'irrationalité", Link et Stueve (16) ont tenté d'identifier ces "ingrédients actifs". Ces auteurs ont réanalysé les données relatives à une comparaison entre 200 patients psychiatriques par rapport à 500 personnes non patientes. En contrôlant l'âge, le sexe, l'origine ethnique et le niveau de scolarité, ces auteurs ont montré que le groupe des patients présentaient un niveau plus élevé de violence mesuré par les arrestations officielles et auto-rapportées, l'usage d'arme ou les bagarres. Les mêmes auteurs ont suggéré que les symptômes, qui anéantissent le sens du contrôle, incitent la personne qui en souffre à réagir violent dans une logique rationnelle interne. Ces symptômes appelés, "Threat/control override" (TCO) implique la croyance de faire l'objet de menace de la part d'une autre personne, (Threat) ou que des forces extérieures contrôlent leur esprit (control override). En réanalysant les données de l'Epidemiologic Catchment Area (ECA) qui portait sur près de 10000 personnes, Swanson, Borum, Swartz et Monahan (17) ont confirmé les données relatives aux symptômes TCO. En effet, les personnes présentant des symptômes TCO étaient 2,9 fois plus susceptibles d'avoir présenté des comportements violents depuis l'âge de 18 ans.

Plus récemment, l'échelle non plus uniquement prédictive, mais plutôt de gestion de risque (18), la Historical Clinical Risk-20 items (19), intègre les troubles mentaux (Item H6 Maladie mentale grave) en tant que critère positif de risque nécessitant une gestion adéquate. Ces troubles sont présents au sein de la section "historique", laquelle est relative aux antécédents passés de l'individu qui sont peu sensibles aux changements futurs. Il y est aussi fait mention des symptômes actifs de troubles mentaux majeurs au sein de critères cliniques-dynamiques (C3 Symptômes de maladie mentale grave).

3. Les aspects cliniques de la population de Défense Sociale

La relation entre troubles mentaux majeurs peut aussi se décrire en milieu clinique. 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, être connus "incapables du contrôle de leurs actes" parce qu'ils étaient soit "déséquilibrés" ou en "état de démence" (article 1.).

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. Excepté le pavillon d'admission qui comporte 22 patients, chacun de ces pavillons accueille en moyenne 38 patients. Ils sont hospitalisés dans le cadre de la loi de Défense Sociale qui prévoit l'internement des personnes ayant commis un délit, et reconnues incapables du contrôle de leurs actes de part leur(s) trouble(s) psychiatrique(s). 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.

Prévalence des troubles mentaux en Défense Sociale

Les troubles mentaux majeurs sont évalués à l'aide du Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview, DSM III (20;21). La DISSI est un outil épidémiologique informatisé permettant d'évaluer les seize 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 le trouble de la personnalité antisociale. Les diagnostics sont établis sur les six derniers mois et sur toute la période d'existence. Cet instrument a été validé par Baruffol et Thilmany (20) 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 que l'alcool (33%), l'Anxiété Généralisée (23%), la Schizophrénie (23%), la Somatisation (17%) et le Trouble Obsessionnel-Compulsif (8%). Quatre-vingt huit pour cent des sujets de l'échantillon présente au moins un trouble mental majeur et 53 % présente une comorbidité (2 troubles et plus). Le nombre moyen de diagnostics par sujet est de 3.2.

Sur base des évaluations à la DISSI 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 QI Total (U=52.5, p=.106).

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

Diagnostics Axe I	Homicide (N=32)	Dél sex (N=32)
Abus/Dépendance à l'alcool	47	50
Trouble dépressif	41	44
Trouble phobique	28	47
Abus/Dépendance à une substance	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 Peras, 22). Nous confirmons donc les données obtenues par Côté et Hodgins (7) 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, contrairement à Côté et Hodgins 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.

Prévalence 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 Disorders (13). Le SCID-II évalue douze troubles de la personnalité décrits dans le DSM-IV (2). Il est composé d'un auto-questionnaire de 119 questions et d'un entretien semi-structuré reprenant les items des troubles positifs au questionnaire passé préalablement. Comme le SCID-I (13), cet instrument se base sur le principe de l'arbre décisionnel où le diagnostic se précise progressivement à travers l'entrevue. Des informations additionnelles, nécessaire à

l'établissement du/ou des diagnostics, sont obtenues sur base du dossier médico-légal situé au greffe de l'hôpital. Nous nous basons sur la validation française du SCID II effectué par Bouvard et al. (23).

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%), Evitante (3%) et Dépendante (3%). Soixante et onze pour cent des sujets de l'échantillon présente au moins un trouble de la personnalité et 40 % présente une comorbidité (2 troubles et plus). La comorbidité diagnostique renvoie à la co-occurrence symptomatologique. En psychiatrie, elle est principalement utilisée sur le mode catégoriel et permet le diagnostic catégoriel de deux ou plusieurs diagnostics. 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 présente un ou plusieurs troubles mentaux majeurs associés à un ou plusieurs troubles de la personnalité (N=96).

4. Eléments de conclusion

Il existe donc une relation statistique positive entre les troubles mentaux et la violence. Ce risque de violence est nettement augmenté par la prise d'alcool ou de drogue. Toutefois, la grande majorité, près de 90%, des personnes, souffrant de troubles mentaux graves ne sont pas violentes. Ce rapport a justifié l'inclusion des troubles mentaux majeurs en tant que facteurs de risque au sein d'instruments d'évaluation de la récidive.

La relations entre troubles mentaux majeurs et violence peut aussi s'observer au sein de la population de défense sociale. En effet, ces 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 des troubles anxieux et du trouble somatisation.

Le phénomène de comorbidité est très fréquent au sein de la population de Défense Sociale qui a été évaluée à l'axe 1 et l'axe 2 du DSM. Cette comorbidité concernant près d'un patient sur deux. 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 (24,25; 26). 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 symptômes (27). 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 borderline (28). Aussi, Robins, Tipp et Przybeck (29) mettent en évidence que la multiplicité des troubles a une incidence sur la demande de traitement et l'investissement dans une démarche thérapeutique.

Bibliographie

1. Monahan, J. (1981). Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques. Beverly Hills, CA: Sage.
2. Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior. *American Psychologist*, 47, 511-521.
3. Hodgins S., Mednick S.A., Brennan P.A., Schulsinger F., & Engberg M. (1996). Mental Disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-96.
4. Binder, R.L. & McNeil, D.E. (1988). Effects of diagnosis and context on dangerousness. *American Journal of Psychiatry*, 145, 728-732
5. Feder, L. (1991). A comparison of the community adjustment of mentally ill offenders with those from the general prison population. *Law and Human Behavior*, 15, 477-493.
6. Swanson et Garwick (1990). Treatment for low-functioning sex offenders: Group therapy and interagency coordination. *Mental Retardation*, 28(3), Jun 1990, pp. 155-161.
7. Côté, G. & Hodgins, S (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89-99.
8. Krakowski, Volavka et Brizer (1986). Psychopathology and violence: A review of literature.. *Comprehensive Psychiatry*, 27(2), 131-148.
9. Rasanen P., Tiihonen J., Isohanni M., Rantakallio P., Lehtonen J., & Moring J. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse and violent behavior: A 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophreny Bulletin*, 24, 437-441
10. Modestin J & Ammann R. (1995). Mental disorders and criminal behaviour. *Br J Psychiatry*, 166, 667-75.
11. Monahan J. (1998). Major Mental Disorders and Violence to Others. In D-M. Stoff, J. Breiling, J-D. Maser J.(Eds.). *Handbook of antisocial behavior*. John Wiley & Sons, Inc.
12. Hodgins S. (1994). Les malades mentaux face à la justice criminelle. In *Traité de criminologie empirique*. Szabo D, Leblanc M eds. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 323-48
13. Debreucq, J.L., Joyal, C., & Millaud, F. (sous presses). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico-Psychologiques*.
14. Harris, G.T., Rice, M.E., & Quinsey, V.L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335.
15. Douglas, K.S. & Webster C.D. (1998). Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. In R. Roesch, S.D. Hart & J.R.P. Ogloff (Eds.), *Psychology and law: the state of the discipline* (pp.175-239). Kluwer Academic / Plenum Publishers.
16. Link, B.G. & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.),

Violence and mental disorder: developments in risk assessment (pp.137-159). Chicago, Ill: University of Chicago Press.

17. Swanson, J., Borum, R., Swartz, M., & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 317-338.

18. Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents: mise en perspective critique. *Criminologie*, 31, 1, 31-45.

19. Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). HCR-20 Assessing Risk for Violence - Version 2. Mental Health, Law, and Policy Institute. Canada.

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

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

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

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

24. 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.

25. 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.

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

27. 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.

28. 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.

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

