

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

NANCY CHRÉTIEN

SPÉCIFICITÉ CLINIQUE DES SUJETS MIXTES

SELON L'ÉCHELLE DE PSYCHOPATHIE CHEZ DES

INDIVIDUS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX GRAVES

AVRIL 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Résumé

Objectif: Chez des sujets atteints de troubles mentaux graves, vérifier s'il est possible de dégager une spécificité clinique chez les sujets dits mixtes selon les critères diagnostics à l'échelle de psychopathie (PCL-R). Méthode: L'échantillon compte 94 sujets souffrant d'un trouble mental grave sous différents mandats légaux, soient condamnés, reconnus coupables mais non-criminellement responsables de leurs actes pour cause de troubles mentaux, ou mis sous garde puisque représentant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Les diagnostics cliniques ont été établis à l'aide du SCID, tandis que la PCL-R a été utilisée pour établir le diagnostic lié à la psychopathie. Résultats: Il y a presque aucun recoupement entre la psychopathie et les troubles mentaux graves. Les sujets dits mixtes sont plus nombreux à être condamnés ou reconnus coupables d'actes criminels sans être tenus responsables de leurs actes pour cause de troubles mentaux, et moins nombreux à être mis sous garde. Ils ne se distinguent pas des non-psychopathes au niveau du diagnostic principal, mais ils présentent davantage de problématiques complémentaires d'abus de substances psychoactives, notamment d'abus ou de dépendance à la drogue, ainsi qu'un plus grand nombre de troubles de la personnalité; ils se distinguent particulièrement au niveau du trouble de la personnalité borderline et du trouble de la personnalité antisociale. Conclusion: Les diagnostics complémentaires permettent d'identifier une spécificité clinique chez les sujets mixtes atteints de troubles mentaux graves.

Mots-clés: PCL-R – troubles mentaux – alcool – drogue – trouble de la personnalité.

Implications cliniques: 1) Il s'agit d'une première étude permettant d'identifier un portrait clinique chez les sujets mixtes. 2) L'identification de problématiques complémentaires s'ajoutant au diagnostic principal suggère une intervention multidimensionnelle.

Limitations: 1) La taille de l'échantillon est limitée, ce qui entraîne des problèmes de puissance statistique. 2) Le taux de refus élevé rend difficile la généralisation des résultats à l'ensemble des sujets mixtes souffrant de troubles mentaux graves.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Table des matières

Contexte théorique.....	1
Méthode.....	8
Résultats.....	11
Discussion.....	14
Références.....	20
Tableaux .....	26
Tableau 1.....	26
Tableau 2.....	27

## Remerciements

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à mon directeur de recherche, Monsieur Gilles Côté. Son support, sa motivation et sa rigueur m'ont aidé à mener ce projet à terme; sa passion pour la recherche a su m'insuffler le désir de poursuivre dans ce domaine. Je remercie aussi Alexandre Nicole pour sa précieuse collaboration.

Il est maintenant démontré que les individus souffrant de troubles mentaux graves sont plus violents. Comparativement à la population générale, ils présentent un risque accru de conduites criminelles et de condamnations pour des délits violents (1, 2), particulièrement lorsqu'un trouble de la personnalité antisociale est également présent (3, 4). Alors que le trouble de la personnalité antisociale est principalement associé à des comportements antisociaux, la psychopathie cerne à la fois des comportements antisociaux et des traits de personnalité particuliers. À cet effet, l'instrument le plus couramment utilisé est l'échelle de psychopathie (PCL-R) (5).

La prévalence de troubles mentaux sévères et persistants est plus élevée chez les détenus que chez les individus de la population générale (6-8). Contrairement à Côté et Hodgins (9) qui observent une prévalence élevée de troubles mentaux graves au cours de la vie des détenus des pénitenciers du Québec, Corrado, Cohen, Hart et Roesch (8) observent qu'un grand nombre de détenus présentent divers troubles mentaux mineurs, mais qu'un groupe relativement petit est atteint de troubles mentaux sévères et persistants, spécialement en ce qui concerne les troubles psychotiques. La présence de troubles mentaux graves serait également plus élevée chez les auteurs d'homicides (10,11). Selon Côté et Hodgins (10), 35 % des auteurs d'homicides



recevront un diagnostic de trouble mental grave au cours de leur vie. Chez ceux-ci, la schizophrénie et la dépression, particulièrement lorsqu'elles sont associées à un problème d'alcool, précèdent la commission de l'homicide dans 82 % des cas.

Côté, Lessage, Chawky et Loyer (12) observent une spécificité diagnostique eu égard au milieu de prise en charge. Au regard de la schizophrénie et des troubles affectifs majeurs, les individus du milieu carcéral se distinguent de ceux du milieu hospitalier en ce qui a trait au diagnostic principal, de même qu'au plan des diagnostics complémentaires. Les troubles présentés par les détenus sont plus complexes que ceux des patients hospitalisés. Les détenus sont plus nombreux à souffrir de trouble délirant, de trouble psychotique non-spécifié ou de dépression majeure au niveau du diagnostic principal, alors que les patients en milieu psychiatrique sont plus nombreux à souffrir de schizophrénie ou de trouble bipolaire. Au plan des diagnostics complémentaires, les détenus présentent plus de problématiques d'abus de substances psychoactives et de troubles phobiques et paniques que les patients hospitalisés en milieu psychiatrique, tandis que, chez ces derniers, les troubles obsessionnels sont plus prévalents que chez les détenus atteints de troubles mentaux graves. Néanmoins, ce ne sont pas tous les individus souffrant de troubles mentaux graves qui sont violents. La schizophrénie est souvent associée à un risque plus élevé de violence, tant dans la communauté (13) qu'en milieu hospitalier où il s'agit du

diagnostic le plus fréquent chez les patients violents (14). Toutefois, Quinsey, Harris, Rice et Cormier (15) observent une association négative entre la schizophrénie et la récidive violente.

Le diagnostic principal n'est pas suffisant à lui seul pour prédire la violence. Le double diagnostic identifie aussi un facteur de risque important, en particulier de la violence dans la communauté. Plusieurs auteurs observent un lien entre les troubles mentaux graves, l'abus de substances psychoactives et la violence (1, 16-19). Tengström, Hodgins et Kullgren (20) relèvent deux types de personnes qui développent des troubles mentaux sévères et qui commettent des crimes, soit ceux qui présentent des troubles des conduites en bas âge et ceux qui débutent tardivement, le comportement antisocial apparaissant après le trouble mental grave. Lorsqu'en plus du trouble mental sévère et persistant, un trouble de la personnalité antisociale est présent, le risque de conduites criminelles augmente, comparativement aux individus ayant un trouble mental grave uniquement. Ces individus antisociaux comptent plus de condamnations, particulièrement pour des délits non-violents, ce qui s'accorde avec le fait que ce trouble de la personnalité est associé à la criminalité générale, sans être spécifiquement associé à la criminalité violente (3, 4).

Le trouble de la personnalité antisociale est un diagnostic important, mais il soulève un certain nombre de questions parce qu'il fait essentiellement référence à des comportements antisociaux. La psychopathie va au-delà du trouble de la personnalité antisociale en faisant ressortir l'importance des traits de personnalité, en plus des comportements antisociaux. Cooke et Michie (21) notent que ce serait davantage le style interpersonnel arrogant et malhonnête du psychopathe, et son déficit au niveau de son expérience affective, bien au-delà de son mode de comportements impulsif et irresponsable, qui le distinguerait parmi les antisociaux. En ce sens, les psychopathes répondent généralement aux critères du trouble de la personnalité antisociale, sans que l'inverse soit nécessairement vrai (22).

La Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) (5) est l'instrument utilisé pour définir la psychopathie. Le diagnostic est posé à l'aide d'une vingtaine d'items évalués sur une échelle allant de 0 à 2 selon que l'item ne caractérise pas l'individu (cote 0), le caractérise jusqu'à un certain point (cote 1), ou le caractérise bien (cote 2), de sorte que le score total varie entre 0 et 40. Deux conceptions s'opposent actuellement au sujet de la psychopathie. Certains chercheurs utilisent la PCL-R sur la base d'un continuum, la psychopathie étant alors considérée comme l'exacerbation d'un trait rencontré chez tout individu (23). D'autres chercheurs et la majorité des cliniciens adoptent une approche catégorielle (24).

Ils conçoivent plutôt la psychopathie comme un mode d'organisation particulier. Considérée sous un angle taxinomique, la PCL-R permet de distinguer trois sous-groupes de sujets selon le score obtenu à l'échelle. Hare (5) établit le point de coupure permettant de parler de psychopathie à 30, tandis que les non-psychopathes obtiennent un score inférieur à 20. Pour ceux obtenant un score allant de 20 à 29, l'auteur identifie une catégorie intermédiaire, dite mixte.

Dans un relevé des écrits scientifiques pertinents, Côté, Hodgins, Toupin et Pham (25) relèvent que les psychopathes sont plus violents que les non-psychopathes, tant dans la communauté qu'en milieu institutionnel. La criminalité des psychopathes est plus variée et plus violente; ils récidivent plus souvent, plus rapidement et plus violemment que les non-psychopathes. La problématique des sujets mixtes est également associée à des conduites criminelles; Serin (26) observe chez eux un taux de récidive générale de 51 % et de récidive violente de 7,3 %. Pour sa part, Wong (27), n'observe pas de différence significative quant à la récidive entre les sujets mixtes et les psychopathes, après un suivi de dix ans.

Hare (28) estime qu'entre 15 et 25 % des détenus en Amérique du Nord répondent aux critères de la psychopathie, tandis Côté, Hodgins et Toupin (29) rapportent que ce taux se situe entre 0 et 13 % chez les individus souffrant de troubles mentaux graves. Côté et ses collaborateurs (29) relèvent qu'il y a peu de

recoupement entre les troubles mentaux et la psychopathie, ce qui fait de cette pathologie une entité clinique spécifique, un score élevé à la PCL-R étant généralement associé à l'absence de trouble mental grave au plan du diagnostic principal. Les études conduites auprès d'échantillons provenant du milieu médico-légal comptent peu de psychopathes. Mis à part Rasmussen et Levander (30, 31), qui observent une prévalence d'environ 25 % de psychopathes chez les schizophrènes, la plupart des auteurs, en utilisant le point de coupure habituel 30, obtiennent une comorbidité plus faible. Nolan, Volavka, Mohr et Czobor (13), observent que 10 % des sujets souffrant de schizophrénie et de trouble schizo-affectif rencontrent également les critères de la psychopathie. Cette comorbidité entre la schizophrénie et la psychopathie est plus élevée chez les patients violents (20%) que chez les patients non-violents (0 %). Tengström, Grann, Langström et Kullgren (32) observent pour leur part que 22 % des schizophrènes sont psychopathes, mais ils utilisent un point de coupure 26. Au plan des diagnostics complémentaires, la psychopathie est associée à l'abus de substances psychoactives autres que l'alcool, ainsi qu'au trouble de la personnalité antisociale, au trouble de la personnalité narcissique et au trouble de la personnalité histrionique (22, 33).

Les études distinguant les psychopathes des non-psychopathes sont abondantes. Par contre, la problématique des sujets dits mixtes, selon la

classification de la PCL-R, est très peu documentée dans les écrits scientifiques. Il s'agit d'un groupe hétérogène, généralement considéré simplement comme la catégorie intermédiaire servant à bien distinguer les psychopathes des non-psychopathes. Cependant, ces sujets mixtes semblent détenir leurs propres caractéristiques, associées à des conduites violentes (13). Ils représentent 43.4 % des détenus (5) et, chez les individus souffrant de troubles mentaux graves, ils représentent 15,5 % des sujets issus des milieux carcéraux ou hospitaliers (34) et 44,4 % des sujets issus du milieu de la psychiatrie légale (5).

Comme les sujets mixtes sont généralement occultés des recherches portant sur la psychopathie, il semble pertinent de mieux les définir. Il existe vraisemblablement divers types d'individus présentant les caractéristiques du groupe dit mixte, notamment ceux souffrant de troubles mentaux graves, qui ont une spécificité clinique particulière. Cette spécificité peut varier selon le milieu où ils sont pris en charge. Étant donné que le tableau clinique est généralement plus complexe chez les détenus que chez les patients des hôpitaux psychiatriques, il est probable que les sujets mixtes soient plus nombreux en milieux carcéral et médico-légal que dans les hôpitaux psychiatriques généraux. Ainsi, il peut être attendu que les sujets mixtes souffrent davantage de trouble psychotique non-spécifié et de trouble délirant; tandis que les non-psychopathes puissent être plus nombreux à souffrir de schizophrénie et de trouble schizo-affectif. Compte tenu

que les diagnostics uniques sont plus rares en milieu carcéral qu'en milieu hospitalier, il s'en suit que les sujets mixtes devraient présenter un tableau clinique plus complexe que les non-psychopathes, avec une comorbidité plus élevée lié à l'abus de substances psychoactives, aux troubles de la personnalité et aux troubles anxieux.

## Méthode

### *Participants*

Ce projet s'insère dans une étude portant sur les facteurs de risque et les comportements violents chez les sujets atteints de troubles mentaux graves. Il s'agit de données préliminaires. L'échantillon compte 94 sujets de sexe masculin, atteints d'un trouble mental grave (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble schizophréniforme, trouble délirant, trouble psychotique non-spécifié, dépression majeure ou trouble bipolaire). Trois statuts légaux distincts caractérisent les participants: 25 sont incarcérés dans un centre de détention du Québec (pénitenciers ou prisons), après avoir été reconnus coupables d'un acte criminel; 47 sont hospitalisés dans une unité médico-légale, après avoir été reconnus coupable mais non criminellement responsables de leurs actes pour cause de troubles mentaux; 22 sont en garde fermée dans un hôpital psychiatrique, suite à un mandat de mise sous garde étant donné le danger qu'ils représentent pour eux-

mêmes ou pour autrui. Ils sont âgés entre 20 et 72 ans, pour une moyenne de 37,44 ans ( $ÉT = 11,46$ ). Il faut mentionner que 48.3 % des sujets de l'échantillon original ont refusé ou ont été perdus en cours d'évaluation. Au départ, trois sous-groupes de sujets devaient être comparés, eu égard à leur score à la PCL-R. Toutefois, seulement deux sujets atteignaient le seuil nécessaire au diagnostic de la psychopathie. Par conséquent, seuls les sujets mixtes et les non-psychopathes sont comparés. Ainsi, l'échantillon compte 61 non-psychopathes et 33 sujets mixtes, et ce, après la constatation de ces refus et pertes.

### *Déroulement*

Les données ont été amassées entre juin 1998 et mars 2002. Tous les sujets identifiés par la commission d'examen, par le milieu carcéral et tous les patients en cure fermée ont été approchés pour participer à l'étude. Ils ont été recrutés sur une base volontaire, dans divers établissements des régions de Montréal, Trois-Rivières et Sherbrooke. Ceux-ci ont été évalués dans les jours ou les semaines qui ont précédé ou suivi leur radiation de l'établissement auquel ils appartenaient. Les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé autorisant l'entrevue et la consultation de leurs dossiers institutionnels ou judiciaires. Afin d'augmenter la fidélité des mesures, 15 % de l'échantillon a été soumis à une procédure d'accord inter-observateurs, tant pour l'évaluation que pour la consultation des dossiers.



*Instruments*

Les diagnostics cliniques ont été établis à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (35). Le SCID est un instrument clinique standardisé, reconnu dans le domaine comme le seul permettant d'établir des diagnostics en fonction des critères du DSM-IV. Il est hautement valide pour la plupart des troubles de l'axe I et de l'axe II. Sa fidélité est bonne. Pour le projet, les coefficients d'accord inter-juges moyens se situent à 0.78 pour les diagnostics à l'axe I et à 0.96 pour les diagnostics à l'axe II.

La version française du Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) (5) a été utilisée pour discriminer les sujets en fonction de leur score à l'échelle. Les non-psychopathes sont ceux qui obtiennent un score entre 0 et 19, les sujets dits «mixtes» obtiennent un score entre 20 et 29, et les psychopathes obtiennent un score de 30 et plus. La PCL-R a été traduite et validée par Côté et Hodgins (36). Il s'agit d'un instrument valide et fidèle. Pour le projet actuel, la corrélation intra-classe moyenne est de 0.97, l'accord inter-juges (un coefficient kappa moyen) est de 0.94. La consistance interne est assurée par un alpha standardisé de Cronbach de 0.94.

## Résultats

En regard du mandat légal, 60.6 % des sujets mixtes sont détenus en milieu carcéral, 30.3 % sont reconnus coupables mais non-responsables de leurs actes pour cause de troubles mentaux, et 9.1 % sont mis sous garde. Chez les non-psychopathes, 60.7 % sont reconnus coupables mais non-criminellement responsables de leurs actes, 31.1 % sont mis sous garde et 8.2 % sont détenus en milieu carcéral, ( $\chi^2 (2, N = 94) = 30.51, p < 0.001$ ).

Le tableau 1 présente la distribution des participants en fonction des différents diagnostics principaux et complémentaires.

(Insérer le tableau 1 ici)

Les diagnostics principaux sont considérés sous quatre angles différents. En distinguant premièrement les troubles affectifs et les troubles psychotiques, 84.8 % des sujets mixtes souffrent d'un trouble psychotique et 15.2 % souffrent d'un trouble affectif sévère, tandis que 75.4 % des non-psychopathes sont atteints d'un trouble psychotique et 24.6 % d'un trouble affectif, ( $\chi^2 (1, N = 94) = 1.14, p < 0.286$ ; puissance statistique de 0.17). Deuxièmement, les participants sont comparés en fonction de leur appartenance à un premier groupe souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif, ou à un second groupe souffrant d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non-spécifié. Parmi les sujets

souffrant de l'un de ces troubles, 73.1 % des sujets mixtes se retrouvent dans le premier groupe et 26.9 % dans le second, tandis que 78.3 % et 21.7 % des non-psychopathes se retrouvent respectivement dans le premier et le second groupe, ( $\chi^2 (1, N = 72) = .25, p < 0.619$ ; puissance statistique de 0.06). Troisièmement, en considérant uniquement les troubles psychotiques, les participants sont comparés en fonction de leur appartenance à un premier groupe souffrant de schizophrénie ou à un second groupe souffrant de l'un des autres troubles psychotiques. Parmi ces sujets, 57.1 % des sujets mixtes souffrent de schizophrénie tandis que 42.9 % sont atteints d'un autre trouble psychotique; alors que 67.4 % des non-psychopathes sont atteints de schizophrénie et 32.6 % souffrent d'un autre trouble psychotique, ( $\chi^2 (1, N = 74) = 0.79, p < 0.374$ ; puissance statistique de 0.12). Quatrièmement, en considérant uniquement les troubles affectifs, les participants souffrant d'une dépression majeure sont comparés à ceux souffrant d'un trouble bipolaire. Parmi eux, tous les sujets mixtes sont atteints d'un trouble bipolaire, tandis que 66.7 % des non-psychopathes souffrent d'un trouble bipolaire et 33.3 % d'une dépression majeure, (Fisher (20),  $p < 0.194$ ; puissance statistique de 0.02).

Au plan des diagnostics complémentaires, les sujets mixtes sont comparés aux non-psychopathes en regard de la présence d'abus de substances psychoactives, de troubles de la personnalité et de troubles anxieux. Tel qu'il est

possible de l'observer au tableau 1, les sujets mixtes sont plus nombreux que les non-psychopathes à présenter les caractéristiques de problématiques liées à l'abus de substances psychoactives, à un moment au cours de leur vie. Les sujets mixtes se distinguent des non-psychopathes au niveau de l'abus de substances psychoactives considérées globalement ( $\chi^2 (1, N = 92) = 8.21, p < 0.004$ ), lorsque la comparaison concerne l'abus ou la dépendance à la drogue ( $\chi^2 (1, N = 94) = 14.1, p < 0.001$ ), de même que lorsqu'elle concerne à la fois l'alcool et la drogue ( $\chi^2 (1, N = 94) = 7.13, p < 0.008$ ). Ces tests d'hypothèse demeurent significatifs même après la correction Bonferroni exigée par la multiplication des comparaisons à l'intérieur de mêmes mesures. Par contre, au niveau de l'abus ou de la dépendance à l'alcool uniquement, il n'est pas possible de conclure à une différence statistiquement significative entre les sujets mixtes et les non-psychopathes ( $\chi^2 (1, N = 92) = 2.53, p < 0.112$ ); toutefois, la puissance statistique n'est ici que de 0.37 pour un alpha de 0.05.

En considérant la présence de troubles de la personnalité sous l'angle du nombre de troubles, les sujets mixtes ont en moyenne 2.19 troubles de la personnalité ( $\acute{E}T = 1.2$ ), tandis que les non-psychopathes en ont en moyenne 0.95 ( $\acute{E}T = 0.96$ ), pour des médianes respectives de 1.0 et de 2.0 (M-W (91) = 402.0,  $p < 0.001$ ). Le tableau 2 présente la répartition des sujets mixtes et des non-psychopathes en fonction des différents troubles de la personnalité.

(Insérer le tableau 2 ici)

Tous les sujets mixtes présentent au moins un trouble de la personnalité, comparativement à 62.7 % des non-psychopathes ( $\chi^2 (1, N = 91) = 15.74, p < 0.001$ ). Les sujets mixtes se distinguent des non-psychopathes uniquement en ce qui concerne les troubles de la personnalité borderline et antisociale. Les résultats montrent que 31.3 % des sujets mixtes présentent les caractéristiques d'un trouble de la personnalité borderline, comparativement à 5.1 % des non-psychopathes ( $\chi^2 (1, N = 91) = 11.6, p < 0.001$ ). Par ailleurs, 90.6 % des sujets mixtes souffrent d'un trouble de la personnalité antisociale, comparativement à 25.4 % des non-psychopathes ( $\chi^2 (1, N = 91) = 35.32, p < 0.001$ ). Une correction Bonferroni ne modifie pas ces niveaux de signification.

Enfin, les sujets mixtes ne se distinguent pas des non-psychopathes en ce qui a trait à la présence de troubles anxieux (tableau 1). Un seul sujet mixte présente un trouble anxieux, (3.1 %), tandis que 11.5 % des non-psychopathes en sont également atteints (Fisher (93),  $p < 0.166$ ; puissance statistique de 0.19).

## Discussion

La quasi absence de psychopathes rencontrés dans cette étude confirme de nouveau le faible recoupement entre les troubles mentaux graves et la

psychopathie, tel qu'en font mention Côté, Hodgins et Toupin (29). Ainsi, il est possible de se questionner sur la méthodologie de l'étude de Rasmussen et Levander (30, 31), qui sont les seuls à trouver une prévalence élevée de psychopathes chez des individus souffrant de schizophrénie, en utilisant le point de coupure habituel 30. D'autres auteurs utilisent des points de coupures différents, tels que Tengström et ses collaborateurs (32); ces études présentent un risque de faux positif, en identifiant des psychopathes chez les individus souffrants de troubles mentaux graves, alors que selon le seuil préconisé par Hare, ils ne rencontreraient pas les critères diagnostics de la psychopathie.

Dans le cas des sujets mixtes, bien qu'au niveau du diagnostic principal il ne soit pas possible de dégager une spécificité clinique qui leur est propre, une certaine spécificité peut être établie au niveau des diagnostics complémentaires, qui viennent complexifier le tableau clinique. En effet, c'est au niveau des diagnostics complémentaires que les sujets mixtes se distinguent des non-psychopathes. Comme les psychopathes (22, 33), les sujets mixtes présentent une comorbidité plus importante d'abus de substances psychoactives, particulièrement en ce qui concerne l'abus ou la dépendance à la drogue. Quant à l'alcool, le calcul de la puissance statistique révèle que seulement 37 % des études auraient rejeté l'hypothèse nulle, alors qu'au moins 80 % est attendu. Il est donc vraisemblable qu'une puissance statistique plus élevée aurait permis d'identifier une comorbidité

plus élevée d'abus ou de dépendance à l'alcool également; par conséquent, il importe de demeurer prudent avant de rejeter l'importance de l'alcool dans la compréhension clinique des sujets mixtes.

Les sujets mixtes présentent également un plus grand nombre de troubles de la personnalité que les non-psychopathes, mais se distinguent uniquement au niveau du trouble de la personnalité antisociale et du trouble de la personnalité borderline. Considérant que le trouble de la personnalité antisociale est associé à la composante comportementale de la PCL-R, et qu'on le retrouve particulièrement en milieu carcéral, il n'est pas surprenant d'observer une prévalence plus élevée de sujets mixtes dans les établissements carcéraux.

Chez les sujets mixtes, comme chez les non-psychopathes, trop peu de participants souffrent de troubles anxieux pour tirer des conclusions, mis à part qu'il s'agit d'une observation correspondant au fait qu'il y a peu de troubles anxieux chez les individus souffrant de troubles mentaux graves (12). Cependant, une puissance statistique plus élevée aurait peut-être permis d'identifier une prévalence moins importante de troubles anxieux chez les sujets mixtes que chez les non-psychopathes.

Côté et ses collaborateurs (12) notent que les diagnostics purs sont plus rares en milieu carcéral qu'en milieu hospitalier. Étant donné l'importance des problématiques multiples chez les sujets mixtes, il n'est pas surprenant de rencontrer un plus grand nombre de sujets mixtes dans le cadre judiciaire, suite à une condamnation ou à un verdict de culpabilité mais de non-responsabilité criminelle, comparativement à ceux qui sont hospitalisés suite à un mandat de mise sous garde. Ces résultats appuient les observations de Hare (5) à l'effet d'une forte proportion de sujets mixtes chez les détenus et chez les patients issus du milieu de la psychiatrie légale.

Les participants ont été recrutés dans des milieux très variés. À l'opposé, les participants de l'étude de Monahan (16) proviennent uniquement du milieu psychiatrique, alors que ceux de l'étude de Côté et ses collaborateurs (12) proviennent des milieux carcéral et psychiatrique; aucun participant n'est issu du milieu de la psychiatrie légale dans ce dernier cas. La présente étude tient compte de trois statuts légaux, à l'intérieur de trois régions administratives différentes. Les diagnostics sont bien établis, tel qu'en font état les coefficients d'accord inter-observateurs.

Certaines limites sont toutefois à souligner. Le nombre de participants est limité, ce qui cause des problèmes de puissance statistique, mais il s'agit de



données préliminaires qui tracent des pistes intéressantes pour des recherches ultérieures. De même, le taux de refus élevé rend difficile la généralisation des résultats à l'ensemble des sujets mixtes souffrants de troubles mentaux graves. Il est néanmoins nécessaire de préciser que ce taux de refus est deux à trois fois plus élevé chez les patients mis sous garde que chez les individus condamnés ou reconnus coupables mais non-criminellement responsables pour cause de troubles mentaux, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils sont hospitalisés contre leur gré, donc potentiellement hostiles à collaborer avec toute personne associée au milieu hospitalier.

La présence de problématiques d'abus de substances psychoactives et de troubles de la personnalité suggère qu'il s'agit d'individus plus structurés avec un certain potentiel relationnel et une attitude moins retraitiste. Ainsi, une certaine capacité d'entrer en relation avec les autres, d'établir des réseaux sociaux et de s'organiser sont nécessairement présents, ne serait-ce que pour se procurer des substances psychoactives, ce qui suppose une meilleure adaptation sociale. Il serait donc intéressant, dans des analyses ultérieures, d'aller vérifier cette hypothèse avec des mesures d'adaptation sociales pour identifier dans quelles sphères de leur vie cette adaptation peut se manifester.

L'absence de psychopathes chez les individus souffrant de troubles mentaux graves montre que les sujets mixtes constituent effectivement une catégorie à part entière, à laquelle il y a lieu de s'intéresser. Contrairement aux psychopathes, les sujets mixtes ne constituent pas une catégorie homogène, en ce sens qu'il est difficile de dresser un tableau clinique clair en ce qui les concerne globalement. En effet, les sujets mixtes peuvent se retrouver chez des individus souffrant de troubles mentaux graves, mais également chez des individus non-atteints de troubles mentaux.

## Références

1. Hodgins S. Offenders with major mental disorders. In : Hollin CR, ed. Offender assessment and treatment. Chichester : J. Wiley; 2001, pp. 433-451.
2. Hodgins S, Côté G, Toupin J. Major mental disorder and crime: An etiological hypothesis. In : Cooke D, Forth A, Hare RD, eds. Psychopathy theory: Research and implications for society. Dordrecht, The Netherlands : Kluwer ; 1998, pp. 231-256.
3. Hodgins S, Toupin J, Côté G. Schizophrenia and antisocial personality disorder : a criminal combination. In : Schlesinger LB, ed. Explorations in criminal psychopathology. Springfield : Charles C Thomas Publisher ; 1996, pp. 217-231.
4. Hodgins S, Côté G. Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal combination. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law 1993 ; 21: 155-160.
5. Hare RD. Manual for the Hare Psychopathy Checklist – Revised. Toronto : Multi-Health Systems 1991.
6. Bland RC, Newman SC, Thompson AH, Dyck RJ. Psychiatric disorders in the population and in prisoners. Int J Law Psychiatry 1998 ; 21 : 273-279.

7. Brinded PMJ, Simpson AIF, Laidlaw TM, Fairley N, Malcolm F. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001 ; 35 : 166-173.
8. Corrado RR, Cohen I, Hart S, Roesch R. Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and the United States. *Int J Law Psychiatry* 2000 ; 23 : 633-647.
9. Coté G, Hodgins S. Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1990 ; 18 : 271-281.
10. Coté G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992 ; 15 : 89-99.
11. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996 ; 22 : 83-89.
12. Côté G, Lesage A, Chawky N, Loyer M. Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders : A case-control study. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 571-577.
13. Nolan KA, Volavka J, Mohr P, Czobor P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1999 ; 50 : 787-792.
14. Tardiff K. The risk of being attacked by patients : Who, how often, and where? In : Eichelman BS, Hartwig AC, eds. *Patient violence and the clinician*, Washington, DC : American Psychiatric Press Inc ; 1995, pp. 13-20.

15. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent offenders :  
Appraising and managing risk, Ed. Washington, DC: American  
Psychological Association 1998.
16. Monahan J. Violence among patients in the community. In Monahan J,  
Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins BC, Mulvey EP et al, eds.  
Rethinking risk assessment the MacArthur study of mental disorder and  
violence. New York : Oxford University Press; 2001, pp. 15-35.
17. Beck JC, Wencel H. Violent crime and axis I psychopathology. In : Skodol  
AE, ed. Psychopathology and violent crime. Washington : American  
Psychiatric Press; 1998, pp. 1-27.
18. Tengström A. Examining psychopathy: One way to improve violence risk  
assessment and our understanding of criminal behavior among offenders with  
schizophrenia. Soumis, Centre de Recherche, Institut Philippe Pinel de  
Montréal.
19. Volavka J, Tardiff K. Substance abuse and violence. In : Tardiff K, ed.  
Medical management of the violent patient: Clinical assessment and therapy.  
New York : Marcel Dekker ; 1999, pp. 153-171.
20. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G. Men with schizophrenia who behave  
violently : the usefulness of an early-versus late-start offender typology.  
Schizophr Bull 2001 ; 27 : 205-218.
21. Cooke DC, Michie C. Refining the construct of psychopathy : Towards a  
hierarchical model. Psychol Assess 2001 ; 13 : 171-188.

22. Hart SD, Hare RD. Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychol Assess* 1989 ; 1 : 211-218.
23. Widiger TA. Psychopathy and normal personality. In : Cooke DJ, Forth AE, Hare RD, eds. *Psychopathy : Theory, Research and implications for Society*. Dordrecht, The Netherlands : Kluwer ; 1998, pp. 47-68.
24. Harris GT, Rice ME, Quinsey N. Psychopathy as a taxon : Evidence that psychopaths are a discrete class. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994 ; 62 : 387-397.
25. Côté G, Hodgins S, Toupin J, Pham TH. Psychopathie et comportements violents. Dans : T. H. Pham, G. Côté, eds. *Psychopathie : théorie et recherche*. Villeneuve d'Ascq, France : Presses universitaires du Septentrion ; 2000, pp. 75-95.
26. Serin RC. Violent recidivism in criminal psychopaths. *Law Hum Behav* 1996 ; 20 : 207-217.
27. Wong S. Recidivism and criminal career profiles of psychopaths : A longitudinal study. In : Cooke DJ, Forth AE, Newman J, Hare RD, eds. *Issues in criminological and legal psychology : No. 24. International perspectives on psychopathy*. Leicester, UK : British Psychological Society ; 1996, pp. 147-152.
28. Hare RD. Psychopaths and their nature : Implications for the mental health and criminal justice systems. In : Million T, Simonsen E, Birket-Smith M,

- Davis RD, eds. *Psychopathy : Antisocial, criminal, and violent behavior*.  
New-York : Guilford ; 1998, pp. 188-212.
29. Côté G, Hodgins S, Toupin J. *Psychopathie : prévalence et spécificité clinique*. In : Pham TH, Côté G, eds. *Psychopathie : théorie et recherche*.  
Villeneuve d'Ascq, France : Presses universitaires du Septentrion ; 2000, pp. 47-74.
30. Rasmussen K, Levander S. Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. *Int J Law Psychiatry* 1996 ; 19 : 27-37.
31. Rasmussen K, Levander S. Violence in the mentally disordered : A differential clinical perspective. In : Cooke DJ, Forth AE, Newman J, Hare RD, eds. *Issues in criminological and legal psychology : No. 24. International perspectives on psychopathy*. Leicester, UK : British Psychological Society ; 1996, pp. 127-130.
32. Tengström A, Grann M, Langström N, Kullgren G. Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law Hum Behav* 2000 ; 24 : 45-58.
33. Rice ME, Harris GT. Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *Int J Law Psychiatry* 1995 ; 18 : 333-342.
34. Côté G, Lesage A. *Diagnostics complémentaires et adaptation sociale chez des détenus schizophrènes ou dépressifs*. Montréal, Québec : Centre de recherche de l'institut Philippe Pinel de Montréal 1995.

35. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Introduction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). New York : Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute ; 1989.
36. Côté G, Hodgins S. L'échelle de psychopathie de Hare révisée (PCL-R) : Éléments de la validation de la version française. Toronto : Multi-Health Systems ; 1996.



**Tableau 1**  
**Diagnostiques principaux et complémentaires**  
**chez les non-psychopathes et les sujets mixtes**

	Non-psychopathes (n = 61) %	Mixtes (n = 33) %
Diagnostic principal		
Troubles affectifs		
Dépression majeure	8.2	0
Trouble bipolaire	16.4	15.2
Troubles psychotiques		
Schizophrénie	50.8	48.5
Trouble schizo-affectif	8.2	9.1
Trouble schizophréniforme	0	6.1
Trouble délirant	4.9	3.0
Trouble psychotique n-spécifié	11.5	18.2
Comorbidité		
Abus de substances	67.8	93.9*
Alcool	55.9	72.7
Drogue	52.5	90.9**
Alcool et drogue	54.1	81.8*
Trouble anxieux	11.5	3.1

\*  $p < 0.01$  ; \*\*  $p < 0.001$

Tableau 2

## Troubles de la personnalité chez les non-psychothés et les sujets mixtes

	Non-psychothés (n = 59) %	Mixtes (n = 32) %
Évitant	13.6	15.6
Dépendant	1.7	3.1
Obsessif-compulsif	6.8	0
Passif-agressif	3.4	12.5
Dépressive	5.1	3.1
Paranoïde	10.2	18.8
Schizotypique	3.4	9.4
Schizoïde	8.5	18.8
Histrionique	0	3.1
Narcissique	6.8	12.5
Borderline	5.1	31.3*
Antisocial	25.4	90.6*
Non-spécifié	5.1	0
Présence d'un trouble de la personnalité	66.7	100*

\* $p < 0.001$