

*Impact des troubles mentaux sur la qualité de vie  
perçue par des patients issus d'un hôpital  
psychiatrique sécuritaire<sup>1</sup>*

Xavier Saloppé\* et Thierry H. Pham \*\*

\* Psychologue, Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Belgique.

\*\* Professeur en psychologie, Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Belgique.  
Centre de Recherche de l'Institut Philippe Pinel, Montréal, Canada.  
Université de Mons (UMH), Belgique.

---

<sup>1</sup> Cet article a été réalisé avec le soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé et Affaire Sociale.  
Email: Xavier.saloppe@crds.be; Thierry.pham@crds.be; CRDS, 94 rue Despars. 7500 Tournai.  
Belgique. Tel : (00 32) 069/ 64 65 71. Les auteurs remercient Christian Réveillère, Claire Ducro et  
Laurence Willocq pour leurs commentaires.

Pour citer cet article :

SALOPPÉ X., PHAM H.T. (2007). Impact des troubles mentaux sur la qualité de vie perçue par des patients  
issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. *L'Encéphale*, 33(6), décembre, pp 892-901.

## Summary

### Aim of study

This study evaluates the impact of the major mental and personality disorders on the quality of life perceived by Belgian male adult forensic population.

### Method

#### *Population*

Population included 72 male patients (mean age = 41.00; SD=9.73) from a security hospital in Belgium. The evaluations were collected between March 2002 and June 2004.

#### *Instruments*

We used the **World Health Organization Quality Of Life-brief (WHOQOL-brief, 22)**. The WHOQOL-Brief was developed from the larger WHOQOL-100 data sets forwarded from fifteen international field WHOQOL centers coordinating by the Geneva centre. The WHOQOL-Brief is a generic and multidimensional self-report containing 26 items. It includes one item from each of the 24 facets of the WHOQOL-100, more two items from the overall quality of life and general health facet. Like the WHOQOL-100, all items in the WHOQOL-Brief are rated on a 5-points scale. Four types of scales assess the : intensity (not all-extremely), capacity (not all-completely), frequency (never-always) and evaluation (very dissatisfied / very bad - very satisfied / very good). While the initial conceptual framework for the WHOQOL-100 offered six domains, WHOQOL-brief is composed of four factors : a) physical health, b) psychological health, c) social relations and d) environment. Saloppé and Pham (46) showed that WHOQOL-brief fulfills the psychometric qualities to be used in the evaluation of the patients interned in a forensic hospital.

We used the **Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview (DISSI, 44)** to evaluate major mental disorders and the **Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Disorders (SCID II, 19)** to evaluate personality disorders.

#### *Procedure*

The aim of this research was to evaluate the quality of life perceived by the forensic patients, it is necessary that the instruction clearly indicates this direction in order to avoid that the patients evoke their quality of life in another environmental context. It is thus specified with the patient to answer the questionnaire while referring to the institution's unit in which he is hospitalized at the time of the evaluation.

#### *Data analysis*

Initially, a descriptive analysis starting from the transformed scores is presented. In order to evaluate the impact of the mental disorders and the effect of the comorbidity on the quality of life perceived by the patients, we proceed, in the second time, to averages comparisons using the test U of Mann Whitney. The data are analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS, 52), version 11.0.

### Results

The forensic inpatients report a slightly higher score than the average with a total score in WHOQOL-brief of 59.76 (SD=13.60) out of 100. The comparisons between WHOQOL-brief factors suggest that the participants reported to have a better physical health as compared to their psychological

health ( $W=5.76$ ,  $p<.0001$ ), environment ( $W=6.68$ ,  $p<.0001$ ) and social relations ( $W=6.85$ ,  $p<.0001$ ).

The major mental disorder isn't influence on the quality of life of the patients. On the other hand, the perception of the quality of life of the patients varies significantly according to the personality disorders. Indeed, the patients having a narcissistic personality estimate to have better global quality of life than the other patients ( $U=120.00$ ,  $p=.005$ ). They estimate to have better physical health, social relations and an environment that the people without this disorder ( $U=113.50$ ,  $p=.004$  et  $U=136$ ,  $p=.011$  ;  $U=159$ ,  $p=.034$ ). The patients having an antisocial personality have scores in WHOQOL-brief significantly stronger than the people without this disorder in the social relations and physical health domains ( $U=445.50$ ,  $p=0,020$  et  $U=468.50$ ,  $p=.043$ ).

The diagnostic comorbidity hasn't impact on the quality of life of the patients. The lack of persons in the disorders groups can contribute to this absence of result.

## Conclusion

The results of this study encourages us to consider the personality disorders associated or not with the major mental disorders. This study reinforces the idea that to apprehend the quality of life of the forensic population is a fundamental element of their treatment.

**Key-Words** : Quality of life, Forensic population, Personality Disorders, Major Mental Disorders, WHOQOL-brief.

## Résumé

**Objectif** : Cette étude évalue l'impact des troubles mentaux majeurs et de la personnalité sur la qualité de vie perçue par des patients internés dans un hôpital psychiatrique sécuritaire.

**Méthode** : Soixante douze délinquants présentant des troubles mentaux issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire belge sont évalués au **World Health Organization Quality Of Life, version abrégée (WHOQOL-bref, 22)**, à la **Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview (DISSI, 44)** et au **Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Disorders (SCID II, 19)**. Afin de repérer l'impact des troubles mentaux et l'effet de la comorbidité sur la qualité de vie perçue par les patients, nous procédons à des comparaisons de moyennes à l'aide du test U de Mann Whitney.

**Résultats** : La perception de la qualité de vie des patients est peu sensible à la présence d'un trouble mental majeur (Axe 1 DSM III) dans notre échantillon. Par contre, les personnes présentant un trouble de la personnalité narcissique et antisociale estiment avoir une meilleure qualité de vie comparativement à leurs homologues dépourvus de ces troubles. Les résultats sont discutés en fonction des données de la littérature concernant l'évaluation de la qualité de vie en psychiatrie générale.

**Conclusion** : Les résultats de cette étude nous encourage à considérer les troubles de la personnalité pour l'évaluation de la qualité de vie perçue associés ou non aux troubles mentaux majeurs.

**Mots-clés** : Qualité de vie, Psychiatrie sécuritaire, Troubles de la personnalité, Troubles mentaux majeurs, WHOQOL-bref.

## Introduction

L'hétérogénéité des origines du concept de qualité de vie, relatives aux fondements philosophiques, sociaux, politiques et médicaux, favorise son évaluation globale tout en se situant au plus près de la réalité perçue par les individus. L'Organisation Mondiale de la Santé a défini le concept de qualité de vie liée à la santé en tenant compte des aspects objectifs et subjectifs qu'il comporte. La qualité de vie est donc définie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept complexe, largement influencé par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (22).

L'intérêt pour l'évaluation de la qualité de vie dans le champ de la psychiatrie est grandissant depuis une vingtaine d'années (48). De nombreuses études ont évalué l'impact des troubles mentaux majeurs sur la qualité de la vie perçue par les patients (3, 7, 8, 29, 36, 47, 61). De ces dernières, il ressort que les patients schizophrènes, anxieux et dépressifs péjorent leur qualité de vie comparativement aux personnes appartenant à la population générale (4, 9, 10, 15, 17, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 41, 49, 50, 51, 57, 58, 59). Leur qualité de vie est négativement associée à la chronicité de la pathologie et à la sévérité des symptômes (18), particulièrement les symptômes négatifs en ce qui concerne les patients schizophrènes (38). Cependant, Chambon, Marie-Cardine, Cottraux et al. (12) ne manquent pas de souligner qu'il est souvent surprenant de voir à quel point ces patients sont satisfaits de leur vie. Grâce à leurs mécanismes de défense tels que les idées délirantes mégalomaniaques, les patients évitent de se confronter aux principaux défis existentiels et se protègent de certains facteurs de stress. Par conséquent, il semble que ce soit particulièrement l'anxiété et la dépression qui soient associées à une mauvaise qualité de vie perçue par les patients schizophrènes (16, 23). Comme pour la schizophrénie, la présence d'un Trouble dépressif majeur associé au Trouble obsessionnel-compulsif est prédicteur d'une qualité de vie plus pauvre comparativement aux patients dépourvus de cette comorbidité (32). L'évaluation de la qualité de vie est une mesure systématiquement reprise dans le domaine des essais cliniques pour valider l'efficacité des thérapies. Les auteurs insistent sur l'efficacité des pharmacothérapies et/ou des psychothérapies afin de réduire la symptomatologie et d'améliorer la perception de la qualité de vie des patients (9, 14, 39, 59).

En revanche, les études contrôlées relatives à l'évaluation de la qualité de vie de patients atteints de troubles de la personnalité sont très réduites. Elles révèlent l'influence négative des troubles de la personnalité sur la qualité de vie perçue par les patients (33, 34, 53). Il semble que ce lien soit encore plus fort si les personnes présentent plusieurs troubles de la personnalité (13).

A ce jour, trop peu de recherches portent encore sur l'évaluation de la qualité de vie auprès d'une population délinquante présentant des troubles mentaux (43, 54). Nous avons par ailleurs insisté sur la nécessité de développer ces études dans une perspective éthique, clinique, thérapeutique et criminologique afin d'enrichir le champ de la psychiatrie légale (45). Walker et Gudjonsson (55) ont comparé la qualité de vie perçue par des délinquants internés dans un établissement psychiatrique sécuritaire aux données, obtenues par Oliver, Huxley, Bridges et al. (37), concernant la qualité de vie perçue par une population de psychiatrie générale. Les résultats montrent que la qualité de vie globale, évaluée à l'aide du Lancashire Quality of life Profile, des délinquants n'est pas différente de celle des patients issus de psychiatrie générale. Cependant, les délinquants présentant des troubles mentaux perçoivent plus négativement leur mode de vie, leur sécurité, leur situation légale, et leur santé. Ces auteurs ont également mis en évidence que les relations sociales des délinquants présentant des troubles mentaux sont significativement mieux perçues que celles des patients issus de psychiatrie générale. Swinton, Oliver, Carlisle (53) ont évalué la qualité de vie avec le même outil que les auteurs précédents, chez 47 patients schizophrènes et 48 patients présentant un trouble de la personnalité issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. Les résultats montrent que les patients atteints d'un trouble de la personnalité estiment avoir une moins bonne qualité de vie objective et subjective comparativement aux personnes schizophrènes vivant dans les mêmes conditions environnementales.

Notre recherche se donne pour objectif d'étudier l'impact des troubles mentaux majeurs et de la personnalité sur la qualité de vie de délinquants internés dans un hôpital psychiatrique sécuritaire. La comorbidité, c'est-à-dire la présence simultanée de deux ou plusieurs diagnostics apparaissant chez une même personne, est une caractéristique clinique courante dans la population de Défense Sociale (40) dont l'impact sur la qualité de vie sera analysé.

## **Méthodologie**

### ***Institution***

L'établissement de Défense Sociale « Les Marronniers », située à Tournai en Belgique, est un hôpital psychiatrique sécuritaire qui prend en charge 340 délinquants présentant pour la plupart des troubles psychiatriques. Ils sont hospitalisés dans le cadre de la loi de Défense Sociale qui prévoit l'internement des personnes ayant commis un délit si elles sont reconnues incapables du contrôle de leurs actes de par leur(s) trouble(s) psychiatrique(s). Sa principale mission est d'assurer le suivi thérapeutique des patients tout en préservant leur sécurité et celle des citoyens à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution. Une commission de Défense Sociale est mise en place pour décider du maintien de l'internement. Elle est organisée tous les six mois sauf si des changements majeurs dans la situation du patient motivent son avancée. L'hôpital est composé d'un pavillon d'admission qui permet à l'équipe d'orienter les patients dans un pavillon adapté à leur pathologie et à leur profil délictueux. Deux pavillons sont consacrés aux personnes présentant une problématique antisociale, trois pavillons accueillent des patients psychotiques et trois pavillons accueillent des patients délinquants sexuels. Excepté le pavillon d'admission qui comporte 22 patients, chacun de ces pavillons accueillent en moyenne 38 patients. Tous sont régis par un règlement intérieur basé sur des

normes hospitalières. Le niveau de sécurité est identique quel que soit le pavillon. Leur chambre individuelle est ouverte la journée et fermée la nuit. Les patients peuvent avoir des visites, des sorties accompagnées ou seules selon les comportements observés pendant l'internement. Ils ont accès à diverses activités à visée thérapeutique en fonction de la spécificité de leur pathologie et de leurs parcours délictueux. Des entretiens réguliers sont prévus avec les différents acteurs de la prise en charge du patient.

### **Population**

La population d'étude est composée de 72 patients masculins internés à l'hôpital psychiatrique sécuritaire « Les Marronniers ». Ces patients issus des différents pavillons de l'hôpital sont sélectionnés aléatoirement. Le nombre d'infractions commises par individu est de 2.49 (SD=1.69 ; étendue=1-9). Les infractions à caractère sexuel sont les plus représentées dans notre population (65.3%) avec 54.2% de viol ou tentative de viol, 38.9% d'attouchement sexuel et 11.1% d'exhibitionnisme. Suivent ensuite les délits violents (43.1%) avec 25% de coups et blessures volontaires, 18.1% de vols avec violence et 13.9% d'homicide ou tentative d'homicide. La majeure partie des participants (92,9%) en est à son premier internement. Le temps moyen d'internement est de 291.57 semaines (SD=163.99 ; étendue=39.52-730.91). L'âge moyen est de 41 ans (SD=9.73 ; étendue=15-60). Le Quotient Intellectuel Total (WAIS-R, 50) moyen est de 78.22 (SD=15.24 ; étendue=47-120) avec un QI Performance égal à 82.28 (SD=15.80 ; étendue=48-124) et un QI Verbal égal à 76.82 (SD=17.27 ; étendue=45-116).

### **Instruments**

#### World Health Organization Quality Of Life-brief (WHOQOL-bref, 22, 30, 59)

Le WHOQOL-bref, version abrégée en 26 items du WHOQOL-100, est un questionnaire d'auto évaluation générique et multidimensionnel. Il contient un item concernant la qualité de vie globale, un item évaluant la santé générale et un item de chacune des 24 facettes du WHOQOL-100 (tableau 1). Il évalue quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment exhaustive de la qualité de vie des personnes évaluées. Les quatre grands facteurs recherchés par l'outil concernent : a) la santé physique, b) la santé psychologique, c) les relations sociales et d) l'environnement. Le WHOQOL-bref possède quatre types d'échelles de réponses en cinq points permettant l'évaluation de l'intensité (Pas du tout-Extrêmement), la capacité (Pas du tout-Complètement), la fréquence (Jamais-Toujours) et l'évaluation (Très insatisfait/Très mauvais-Très satisfait/Très bon). Ces échelles varient en fonction des items posés. Il a l'avantage d'être suffisamment compréhensible et rapide à administrer. Par conséquent, il peut être adressé à une population dont les facultés intellectuelles et la capacité à maintenir une attention soutenue sont souvent limitées. Il évalue de façon adéquate la qualité de vie dans un large échantillon de pays (Australie, Croatie, Espagne, France, Grande-Bretagne, Inde, Israël, Japon, Pays-bas, Panama, Thaïlande, Russie, Etats-Unis et Zimbabwe).

Le WHOQOL-bref a été validé sur un échantillon de 120 patients internés en Défense Sociale (46). Les auteurs mettent en évidence les qualités métrologiques satisfaisantes du WHOQOL-bref pour être

implanté dans l'évaluation des patients internés dans un hôpital psychiatrique sécuritaire. Le WHOQOL-bref est bien accepté par la population de Défense Sociale. La fiabilité est acceptable avec un coefficient alpha de Cronbach toujours supérieur à .77. Les validités divergente et convergente s'avèrent satisfaisantes. En effet, les corrélations entre les scores aux différentes questions et leur domaine respectif sont généralement supérieures à .45 et significativement plus fortes qu'avec les autres domaines. La variation des scores en fonction des pavillons montre une sensibilité de l'instrument appréciable. Ce présent article affinera la sensibilité du WHOQOL-bref en fonction des troubles mentaux présentés par les patients.

#### Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview (DISSI, 44)

Les troubles mentaux majeurs sont évalués à l'aide du Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview, DSM III (1). La DISSI est un outil épidémiologique informatisé permettant d'évaluer les treize 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, jeu pathologique, troubles du comportement pendant l'enfance 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 (6) sur un échantillon de 240 belges issus de la population générale.

#### Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Disorders (SCID II, 19)

Les troubles de la personnalité sont évalués à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-IV (2) axis II Disorders. Le SCID-II évalue dix troubles de la personnalité décrits dans le DSM-IV qui sont scindés en trois clusters. Le cluster A « bizarrerie et originalité » comprend les troubles de la personnalité Paranoïaque, Schizoïde et Schizotypique. Le cluster B « dramatisation, émotivité et conduites excentriques » est composé des troubles de la personnalité Histrionique, Borderline, Narcissique et Antisociale. Enfin, le cluster C « anxiété et inhibition » comprend les troubles de la personnalité Évitante, Dépendante et Obsessionnelle-compulsive. 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-I, 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/des diagnostics, sont obtenues sur base du dossier médico-légal situé au greffe de l'hôpital. Nous avons utilisé la validation française du SCID II effectué par Bouvard, Fontaine-Buffer, Cungi et al. (11).

#### ***Caractéristiques cliniques de la population***

L'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. Les troubles mentaux majeurs et les troubles de la personnalité sont évalués respectivement par le Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview, DSM III (44) et le Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Disorders (19).

Sur l'ensemble de notre échantillon, les troubles les plus représentés sont les comportements antisociaux pendant l'enfance (64.8%), l'Abus/Dépendance à l'alcool (63.4%), le Trouble phobique (42.3%), la Dépression (39.4%), l'Abus/Dépendance de substance(s) autre que l'alcool (35.2%), l'Anxiété Généralisée (23.9%), la Somatisation (23.6%), le Jeu Pathologique (22.5%), la Schizophrénie (18.3%), le Trouble Obsessionnel-Compulsif (9.9%), la Manie (8.5%) et le Trouble panique (4.2%). Quarante-vingt onze pour cent des patients évalués présentent au moins un trouble mental majeur et 69% présente une comorbidité (2 troubles et plus). Le nombre moyen de diagnostics par sujet est de 2.85 (SD=1.95 ; étendue=0-8).

Sur l'ensemble de notre échantillon, ce sont les troubles de la personnalité appartenant au cluster B qui sont les plus représentés avec le Trouble de la Personnalité Antisociale (48.6%), Borderline (22.2%), Narcissique (12.5%) et Histrionique (4.2%). Viennent ensuite les troubles appartenant au cluster A avec le Trouble de la Personnalité Paranoïaque (23.6%), Schizoïde (6.9%) et Schizotypique (5.6%). Les troubles de la personnalité appartenant au cluster C sont les moins représentés avec le Trouble de la Personnalité Obsessionnelle-Compulsive (16.7%), Dépendante (4.2%) et Évitante (1.4%). Soixante douze pour cent des sujets de l'échantillon présente au moins un trouble de la personnalité et 42 % présente une comorbidité (2 troubles et plus). Le nombre moyen de diagnostics par sujet est de 1.46 (SD=1.27 ; étendue=0-4).

Concernant la comorbidité entre l'axe I et l'axe II du DSM, 66.67% des sujets présentent un ou plusieurs troubles mentaux majeurs associés à un ou plusieurs troubles de la personnalité.

### **Procédure**

Le but de cette recherche étant d'évaluer la qualité de vie perçue par les patients internés en Défense Sociale, il est nécessaire que la consigne aille clairement dans ce sens afin d'éviter que les patients n'évoquent leur qualité de vie dans un autre contexte environnemental. Il est donc précisé au patient de répondre au questionnaire en se référant au pavillon dans lequel il est hospitalisé au moment de l'évaluation. Les passations se déroulent dans les locaux consacrés aux évaluations cliniques respectifs à chaque pavillon. 86% des évaluations sont menées par un psychologue et 14% par une stagiaire psychologue en dernière année de formation. Ces évaluateurs sont à même de pouvoir apporter des éléments d'explication de par leur formation et les connaissances recueillies sur le WHOQOL-bref si le participant le demande.

Il est clairement mentionné l'absence de lien avec la commission de Défense Sociale afin que les données de l'évaluation ne soient pas biaisées. En effet, cette précision nous paraît fondamentale car les patients peuvent taire leur propre ressenti au profit d'une évaluation tronquée de leur perception de la qualité de vie dans le but d'avoir, par exemple, une amélioration de leur statut d'interné par l'obtention de sorties seuls voire de congés. Après avoir explicité aux patients les conditions de cette recherche anonymisée et avoir recueilli leur consentement, le WHOQOL-bref est évalué individuellement sur l'ensemble de la population d'étude. Les patients ont mis, en moyenne, 13 minutes pour répondre au WHOQOL-bref.



### **Analyse de données**

Les données brutes calculées à partir de la grille de calcul présentée dans le tableau II font l'objet d'une transformation puisque chaque domaine comporte un nombre différent d'items. Pour ramener les scores à une échelle de mesure standard, allant de 0 à 100, il convient d'appliquer la formule présentée à la suite du tableau III (59).

Dans un premier temps, une analyse descriptive à partir des scores transformés est présentée. Afin de repérer l'impact des troubles mentaux et l'effet de la comorbidité sur la qualité de vie perçue par les patients, nous procédons, dans un second temps, à des comparaisons de moyennes à l'aide du test U de Mann Whitney car les scores de la population ne sont pas distribués selon la loi normale. Les données sont analysées à l'aide du Statistical Package for Social Sciences (52), version 11.0.

## **Résultats**

### **Analyse descriptive**

Les patients de Défense Sociale estiment avoir une qualité de vie légèrement supérieure à la moyenne avec un score total au WHOQOL-bref proche de 60 sur 100 (tableau IV). Les comparaisons entre les domaines du WHOQOL-bref suggèrent que les participants estiment avoir une meilleure santé physique comparativement à la perception qu'ils ont de leur santé psychologique ( $W=5.76$ ,  $p<.0001$ ), de leur environnement ( $W=6.68$ ,  $p<.0001$ ) et de leurs relations sociales ( $W=6.85$ ,  $p<.0001$ ). Le score total au WHOQOL-bref et ses quatre domaines ne corrélaient pas avec l'âge et le QI.

### **Sensibilité du WHOQOL-bref en fonction des diagnostics**

La perception de la qualité de vie des patients est peu sensible à la présence d'un trouble mental majeur dans notre population (tableau V). Seuls les patients souffrant d'une dépression estiment avoir une moins bonne santé psychologique que les personnes dépourvues de ce trouble ( $U=434$  ;  $p=.048$ ).

Par contre, la perception de la qualité de vie des patients varie significativement en fonction du trouble de la personnalité qu'ils présentent (tableau VI). En effet, en ce qui concerne le cluster B, les patients présentant une personnalité narcissique estiment avoir une meilleure qualité de vie globale que les autres patients ( $U=120.00$ ,  $p=.005$ ). Ils estiment avoir une santé physique, des relations sociales et un environnement de meilleure qualité que les personnes dépourvues de ce trouble ( $U=113.50$ ,  $p=.004$  et  $U=136$ ,  $p=.011$  ;  $U=159$ ,  $p=.034$ ). Les patients présentant une personnalité antisociale ont des scores au WHOQOL-bref significativement plus forts que les personnes dépourvues de ce trouble dans le domaine des relations sociales et de la santé physique ( $U=445.50$ ,  $p=0,020$  et  $U=468.50$ ,  $p=.043$ ). Ce résultat est conforté par le fait que les patients manifestant des comportements antisociaux pendant l'enfance obtiennent des scores au WHOQOL-bref significativement plus forts dans les mêmes domaines ( $U=410.50$  ;  $p=.044$  et  $U=401.50$  ;  $p=.036$ ). Dans le cluster A, les patients présentant un trouble de la personnalité schizoïde estiment avoir une moins bonne santé psychologique comparativement aux personnes dépourvues de ce trouble ( $U=49.50$  ;  $p=.006$ ). Dans le cluster C, les patients présentant une personnalité évitante estiment avoir une moins bonne santé physique

comparativement aux personnes dépourvues de ce trouble ( $U=.50$  ;  $p=.028$ ). Sur l'ensemble des données, les patients présentant plus d'un trouble de la personnalité ne perçoivent pas moins bien leur qualité de vie comparativement à ceux ne présentant qu'un seul trouble.

De façon générale, nous n'avons pas pu mettre en évidence que la comorbidité diagnostique, qu'elle soit sur l'un des deux axes du DSM ou sur les deux, a un impact sur la qualité de vie des patients. De façon spécifique, nous n'avons pas pu mettre en évidence un impact de la comorbidité « Dépression/Troubles axe II » sur la qualité de vie. Le faible effectif dans les différents sous groupes de troubles peut contribuer à cette absence de résultat.

Si nous considérons qu'une échelle est sensible à partir du moment où elle donne des résultats nettement différents d'un individu à l'autre selon ses caractéristiques propres (5), nous pouvons affirmer que la sensibilité du WHOQOL-bref en fonction des troubles de la personnalité est vérifiée sur notre échantillon.

## **Discussion**

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'impact des troubles mentaux majeurs et de la personnalité sur la qualité de vie perçue par 72 patients internés dans un hôpital psychiatrique sécuritaire. Les données de la littérature dans le champ de la psychiatrie générale révèlent que les patients schizophrènes, dépressifs et anxieux péjorent leur qualité de vie comparativement aux personnes appartenant à la population générale (4, 9, 10, 15, 17, 18, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 41, 49, 50, 51, 57, 58, 59, 61). Or, nous avons pu mettre en évidence les faibles variations des scores au WHOQOL-bref concernant les troubles mentaux majeurs comparativement aux troubles de la personnalité qui influencent de façon significative la perception qu'ont les patients de leur qualité de vie. En effet, notre étude confirme uniquement les données de la littérature concernant les patients dépressifs qui estiment avoir une moins bonne santé psychologique que les personnes dépourvues de ce trouble. Plusieurs arguments peuvent être avancés afin d'expliquer cette divergence de résultats. D'une part, le fait que les patients, dès leur arrivée, reçoivent une prise en charge pharmacothérapeutique et/ou psychothérapeutique peut contribuer à expliquer l'absence d'impact des troubles schizophréniques et anxieux sur la qualité de vie des patients et ce d'autant plus que les personnes évaluées sont internées depuis au moins 40 semaines. En effet, les traitements génèrent une amélioration de la perception de la qualité de vie perçue par les patients (9, 14, 39, 59) de par éventuellement son action sur l'anxiété générant une amélioration de leurs mécanismes de défense. D'autre part, le fait que notre échantillon ne prenne pas en considération les personnes délirantes limite la possibilité d'observer l'impact d'une telle symptomatologie sur la qualité de vie.

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, ce sont les troubles appartenant au cluster B qui influencent le plus la perception de la qualité de vie des patients. En effet, les patients présentant une personnalité Narcissique estiment avoir une meilleure qualité de vie globale que les autres patients. Ils estiment avoir une santé physique, des relations sociales et un environnement de meilleure qualité que les personnes dépourvues de ce trouble. Les patients présentant une personnalité Antisociale ont

des scores au WHOQOL-bref significativement plus forts que les personnes dépourvues de ce trouble dans le domaine des relations sociales et de la santé physique. Ce résultat est conforté par le fait que les patients manifestant des comportements antisociaux pendant l'enfance obtiennent des scores au WHOQOL-bref significativement plus forts dans les mêmes domaines. Les troubles de la personnalité Schizoïde et Évitante semblent avoir un impact mais les effectifs sont trop faibles pour en tirer des conclusions définitives. Plusieurs arguments peuvent être avancés pour expliquer l'impact des troubles de la personnalité sur la qualité de vie des patients. Il faut, tout d'abord, souligner le manque crucial d'évaluation des troubles de la personnalité en Défense Sociale et par voie de conséquence de la comorbidité diagnostique (40). De fait, faute d'évaluation systématique, les traitements relatifs aux troubles de la personnalité qu'ils soient chimiothérapeutiques ou psychothérapeutiques ne sont que peu dispensés. Ensuite, nous avons vu que les troubles de la personnalité ayant le plus d'impact sur la qualité de vie appartiennent au cluster B. Or, nous savons que les troubles de la personnalité Narcissique et Antisociale sont particulièrement difficiles à traiter. En effet, les personnes présentant une problématique antisociale sont peu réceptives aux soins de par l'aspect superficiel de la relation thérapeutique (60) et leur manque de motivation au changement (35). D'ailleurs, la demande initiale de soin émane rarement du malade mais plutôt de son entourage ou de la justice. Nos données vont dans le même sens car les caractéristiques narcissiques et le détachement émotionnel de ces personnes les amènent à éviter une remise en question de leur qualité de vie subjective de par leur fonctionnement défensif à base d'externalisation des conflits, de rationalisation, de dénégation et de clivage (42).

Comme les troubles de la personnalité narcissique et antisociale appartiennent au spectre de la psychopathie, nous pouvons également poser l'hypothèse que la qualité de vie est corrélée à la Psychopathy Checklist-Revised (21) qui se décline en deux facteurs. Le premier facteur « Détachement émotionnel » évalue le versant narcissique de la personnalité et regroupe les caractéristiques interpersonnelles et affectives (loquacité et charme superficiel, « Sois grandiose ») du fonctionnement psychopathique. Le second facteur « antisocial chronique » reflète l'instabilité comportementale dans le style de vie ou des troubles précoces du comportement relatifs à l'impulsivité et l'irresponsabilité. Enfin, nous savons que la psychopathie présente une bonne validité prédictive de la récidive générale et violente (21). Par conséquent, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle les patients hautement psychopathiques présentent le plus haut risque de récidive et la meilleure perception de leur qualité de vie en Défense Sociale. Nous pourrions ainsi discuter ce résultat éventuel en fonction des données de la littérature concernant la prise en charge institutionnelle des patients psychopathes car ces derniers remettent souvent en question les modalités de leur gestion au sein d'une institution.

## **Conclusion**

Cette étude évaluait l'impact des troubles mentaux sur la qualité de vie perçue par les patients internés dans un hôpital psychiatrique sécuritaire. Les résultats de cette étude nous encouragent à considérer les troubles de la personnalité associés ou non aux troubles mentaux majeurs. A l'instar des résultats obtenus concernant les troubles de la personnalité Narcissique et Antisociale, nous

évaluerons, lors d'une prochaine étude, l'impact de la psychopathie sur leur qualité de vie perçue au sein de l'hôpital psychiatrique sécuritaire. Cette étude nous conforte dans l'idée selon laquelle l'appréhension de la qualité de vie des délinquants malades mentaux est un élément fondamental de leur prise en charge thérapeutique et institutionnelle.

## *Références bibliographiques*

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. 3th Edition, Washington, 1980.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. 4th Edition, Washington, 1994.
3. ANGERMEYER MC., KATSCHING H. Psychotropic medication and quality of life: A conceptual framework for assessing their relationship. In Katschnig H., Freeman H. et Sartorius N. (Eds.). *Quality of life in mental disorders*. New York: Wiley. 1997 : 215-226.
4. ANGERMEYER M.C., HOLZINGER A., MATSCHINGER H. et al. Depression and quality of life: Results of a follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*. 48(3), Sep, 2002 :189-199.
5. BACQUE M.F., CHWALOW J. Evaluation de la qualité de vie dans les études cliniques. *Pratiques Psychologiques*. 2. 1995 : 57-64.
6. BARUFFOL E., THILMANY MC. Anxiety, Depression, Somatization and Alcohol Abuse: Prevalence Rates in a General Belgian Community Sample. *Acta Psychiatrica Belgica*, 93, 1993 : 136-153.
7. BENGTSOON T. , HANSSON L. Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Int J Soc Psychiatry*. Fal Vol 47(3). 2001 : 67-77.
8. BIGELOW D.A., GAREUA M.J., YOUNG D.J. A quality of life interview. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14, 1990: 94-98.
9. BOBES J., GONZALEZ M. P. Quality of life in schizophrenia. In Katsching. H., Freeman. H. et Sartorius. N. (Ed). *Quality of life in mental disorders*. New-York : Wiley. 1997: 119-133.
10. BOBES J., GONZALEZ M.P., BASCARAN M. T. et al. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*, 16(4), Jun , 2001 : 239-245.
11. BOUVARD M., FONTAINE-BUFFE M., CUNGI C. et al. Etude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité: Le SCID II. *Encephale*. 25(5), Sep-Oct, 1999: 416-421.
12. CHAMBON O., MARIE-CARDINE M., COTTRAUX J. et al. Impact d'un programme global d'entraînement aux habiletés sociales sur le fonctionnement social et la qualité de vie subjective de schizophrènes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 5, 1995 : 37-43.
13. CONDELLO C., PADOANI W., UGUZZONI U. et al. Personality Disorders and Self-Perceived Quality of Life in an Elderly Psychiatric Outpatient Population. *Psychopathology*, 36,2003 : 78-83.
14. CORDIOLI AV., HELDT E., BOCHI DB. et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*. 72(4), Jul-Aug, 2003 : 211-216.
15. DAZORD A., NOEL F. Evaluation de la qualité de vie de patients déprimés traités de manière ambulatoire. *Encephale*. 22(4), Jul-Aug, 1996 : 247-254.
16. DUNO R., POUSA E., DOMENECH C. et al. Subjective quality of life in schizophrenic outpatients in a Catalan urban site. *J Nerv Ment Dis*. 189(10), Oct 2001 : 685-690.
17. ENDICOTT J., NEE J., HARRISON W et al. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacol Bull*. 29(2), 1993 : 321-326.
18. ENG W., COLES ME., HEIMBERG RG. et al. Quality of life following cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Depress Anxiety*, 13(4), 2001 : 192-193.

19. FIRST MB., SPITZER RL., GIBBON M. et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.*1997.
20. GREGOIRE J., DE LEVAL N., MESTERS P. Adaptation française et étude des propriétés métriques de la Quality of Life in Depression Scale. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 45(4), 1995 : 281-286.
21. HARE. D. *The HARE psychopathy checklist-revised, 2<sup>nd</sup>ed.* Toronto : Multi Health System, 2003.
22. HARPER A., POWER M. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*, 28, 1998: 551-558.
23. HUPPERT DJ., THOMAS E., SMITH MD. Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrénia : anxiety as the best symptom predictor. *J Nerv Ment Dis*, Vol 189, 10, 2001 : 669-675.
24. HUNT SM., McKENNA SP. The QLDS : a scale for measurement of quality of life in depression : testing the reliability and construct validity of the QLDS. *Health policy*, 22, 1992 : 307-319.
25. KEMMLER G., HOLZNER B., NEUDORFER C. et al. General life satisfaction and domain-specific quality of life in chronic schizophrenic patients. *Qual Life Res*, 6(3), Apr, 1997 : 265-273.
26. KENNEDY SH., EISFELD BS., COOKE RG. Quality of life: An important dimension in assessing the treatment of depression?. *J Psychiatry Neurosci*, 26(Suppl), 2001 : S23-S28.
27. KORAN LM. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 23(3), Sep, 2000 : 509-517.
28. LEHMAN AF., WARD NC., LINN LS. Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry*, 139(10), Oct, 1982 : 1271-1276.
29. LEHMAN AF., POSTRADO LT., RACHUBA LT. Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illnesses. *Qual Life Res*, 2(5), Oct, 1993: 327-333.
30. LEPLÈGE A., RÉVEILLÈRE C., CARIA A. et al. Propriétés psychométriques d'un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie, le WHOQOL-26, à partir d'une population de malades neuro-musculaires. *Encephale*, 26(5), Sep-Oct, 2000: 13-22.
31. MARKOWITZ JS., WEISSMAN MM., OUELLETTE R. et al. Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), Nov, 1989 : 984-992.
32. MASELLIS M., RECTOR NA., RICHTER MA. Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Can J Psychiatry*. 48(2), Mar, 2003 : 72-77.
33. NARUD K., DAHL A. A. Quality of life in personality and personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 2002 : 131-133.
34. NARUD K., MYKLETUN A., DAHL A. A. Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatry outpatient clinic. *BMC psychiatry*, 5, 2005 : 1-12.
35. OGLOFF JR., WONG S., GREWOOD A. Treating criminal psychopaths in a Therapeutic Community program. *Behav Sci Law*. 8(2), Spr, 1990 : 181-190.
36. OLIVER JP., HUXLEY PJ., PRIEBE S. et al. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire quality of life profile. *Social Psychiatry Epidemiology*, 32, 1997: 76-83.
37. OLIVER JP., HUXLEY PJ., BRIDGES K. *Quality of life and mental health services.* London : Routledge.1996.
38. ÖRSEL S., AKDEMIR A., DAG I. The Sensitivity of Quality-of-Life Scale WHOQOL-100 to Psychopathological Measures in Schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 45(1), Jan-Feb, 2004 : 57-66.

39. PANDE AC., FELTNER DE., JEFFERSON JW. Efficacy of the Novel Anxiolytic Pregabalin in Social Anxiety Disorder: A Placebo-Controlled, Multicenter Study. *J Clin Psychopharmacol*, 24(2), Apr, 2004 : 141-149.
40. PHAM TH, SALOPPE X. Caractéristique clinique de la population de Défense Sociale : importance de la comorbidité. *Perspective criminologique*.
41. QUILTY LC., AMERINGEN MV., MANCINI C. Quality of life and the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 17(4), 2003 : 405-426.
42. REVEILLERE C., PHAM T., DANNEELS M. et al. Etude comparative de caractéristiques psychopathiques narcissique et de détachement émotionnel au sein d'une population de délinquants à partir de la *PCL-R* de Hare et du Rorschach (Système Intégré d'Exner). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 53, 2, 2003 : 107-116.
43. RICE ME., HARRIS G. The treatment of mentally disordered offenders. *Psychology Public Policy and Law*, March, Vol. 3, No. 1, 1997 : 126-183.
44. ROBINS LN., MARCUS SC. The Diagnostic Screening Procedure Writer: A tool to develop individualized screening procedures. *Med Care*, 25(12), Dec, 1987 : 106-122.
45. SALOPPE X., PHAM TH. Evaluation de la qualité de vie en Défense Sociale. *Acta Psychiatrica Belgica*. Soumis.
46. SALOPPE X., PHAM TH. (2006). Validation du WHOQOL-bref en hôpital psychiatrique sécuritaire. Forensic. À paraître.
47. SAFREN SA., HEIMBERG RG., BROWN EJ. et al. Quality of life in social phobia. *Depress Anxiety*, 4, 1996-1997: 126-133.
48. SAXENA S., ORLEY J. Quality of Life assessment: the World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry*, 12 (Suppl 3), 1997: 263s-266s.
49. SKANTZE K., MALM U., DENCKER SJ. et al. Quality of life in schizophrenia. *Nord J Psychiatry*, 44, 1990 : 71-75.
50. SKEVINGTON SM., WRIGHT A. Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry*, 178, 2001: 261-267.
51. SCHNEIER FR., HECKELMAN LR., GARFINKEL R. et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry*, 55(8), Aug , 1994 : 322-331.
52. Statistical Package for the Social Sciences. SPSS for Windows (version 11.0). SPSS inc, Chicago. 2001.
53. SWINTON M., OLIVER J., CARLISLE J. Measuring quality of life in secure care: Comparison of mentally ill and personality disordered patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 1999 : 284-291.
54. VAN NIEUWENHUIZEN CH., SCHENE AH., KOETER WJ. Quality of life in forensic psychiatry: an unreclaimed territory?. *International Review of psychiatry*, 14, 2002: 198-202.
55. WALKER J., GUDJONSSON G. The Lancashire Quality of Life Profile: Data and experiences with 58 detained mentally disordered offenders. *Crim Behav Ment Health*, Vol. 10(2), 2000: 123-135.
56. WECHLER. D. *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised*. New York: Psychological Corporation. 1981.
57. WEISSMAN MM. Panic disorder: Impact on quality of life. *J Clin Psychiatry*, 52(2, Suppl), Feb, 1991 : 6-8.

58. WITTCHEN HU., FUETSCH M., SONNTAG H. et al. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry*, 15(1), Feb, 2000 : 46-58.
59. WHOQOL Group. *Australian WHOQOL-100, WHOQOL-bref and CA-WHOQOL instruments : user's manual and interpretation guide*. Melbourne WHOQOL field study center University of Melbourne Department of psychiatry St vincent's mental health service, Melbourne Australia. 2000.
60. WOODY GE., McLELLAN AT., LUBORSKY L. et al. Sociopathy and psychotherapy outcome.. *Arch Gen Psychiatry*. 42(11), Nov, 1985 : 1081-1086.
61. ZANNOTTI M. Construction d'une échelle de qualité de vie : la SQUALA et application à la schizophrénie. *Qualité de vie subjective et santé mentale*, sous la direction de TERRA JL. Ellipses. 1994.



Tableau I Facteurs et facettes du WHOQOL-100

<b>Domaines</b>	<b>Facettes</b>
<b>Santé physique</b>	Energie et fatigue
	Douleur et inconfort
	Sommeil et repos
<b>Santé psychologique</b>	Image du corps et apparence
	Sentiments négatifs
	Sentiments positifs
	Estime de soi
	Pensée, apprentissage, mémoire et concentration
<b>Niveau de dépendance</b>	Mobilité
	Dépendance à des substances médicales et soutien médical
	Activité de tous les jours
	Capacité de travail
<b>Relations sociales</b>	Relations personnelles
	Support social
	Activité sexuelle
<b>Environnement</b>	Ressources financières
	Liberté, sûreté physique et sécurité
	Aide sociale et à la santé : accessibilité et qualité
	Habitat
	Opportunités d'acquisition de nouvelles informations et compétences
	Participation et opportunité de récréations /loisirs
	Environnement physique (pollution/bruit/climat)
Transport	
<b>Spiritualité/ Religion/croyances personnelles</b>	Religion, spiritualité/croyances personnelles

**Tableau II Grille de calcul du WHOQOL-bref**

Santé physique = (6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18
Santé psychologique = Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)
Relation sociale = Q20 + Q21 + Q22
Environnement = Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25

**Tableau III Plus petits et plus grands scores du WHOQOL-bref en fonction des domaines**

<b>Domaines</b>	<b>Score le plus bas (A)</b>	<b>Score le plus haut (B)</b>	<b>Etendue des scores possibles (B-A)</b>
<b>Santé physique</b>	7	35	28
<b>Santé psychologique</b>	6	30	24
<b>Relation sociale</b>	3	15	12
<b>Environnement</b>	8	40	32

**Formule de calcul**

Score transformé = 
$$\frac{(\text{score du patient au domaine} - \text{score le plus bas au domaine}) \times 100}{\text{score possible au domaine}}$$

**Tableau IV Analyse descriptive des scores au WHOQOL-bref**

WHOQOL-bref (N=72)		Santé physique (0-100)	Santé Psychologique (0-100)	Relation sociale 0-100)	Environnement (0-100)	Item « santé » (0-100)	Item « qualité de vie » (0-100)	Score total (0-100)
<b>Nombre d'items</b>		7	6	3	8	1	1	26
<b>Score moyen</b>		74.75	59.72	52.08	51.52	68.40	52.08	59.76
<b>Ecart-type</b>		14.42	19.83	18.96	17.88	26.53	28.07	13.60
<b>Etendue</b>		39.29-100	16.67-100	0-100	6.25-90.63	0-100	0-100	33.01-94.20
<b>Quartiles</b>	<b>25</b>	64,29	45,83	41,67	37,50	50,00	50,00	50,02
	<b>50</b>	75,00	58,33	58,33	51.56	75,00	50,00	58,47
	<b>75</b>	85,71	75,00	58,33	65.62	75,00	75,00	68,33
<b>skewness</b>		-.349	-.022	-.304	-.123	-.901	-.107	.450
<b>kurtosis</b>		-.366	-.729	.645	-.154	.308	-.298	-.261

**Tableau V Moyenne (écart-type) des scores au WHOQOL-bref en fonction des troubles mentaux majeurs (DSM-III-R)**

Troubles mentaux majeurs (N=72)	Santé physique (0-100)	Santé psychologique (0-100)	Relation sociale (0-100)	Environnement (0-100)	Score total (0-100)
Trouble panique (N=3)	75.00 (16.37)	61.11 (28.36)	41.67 (8.33)	55.21 (7.86)	62.44 (8.15)
Trouble du comportement pendant l'enfance (N=46)	77.48 (12.23)	60.05 (19.53)	55.62 (18.68)	52.99 (18.15)	60.68 (12.85)
Jeu pathologique (N=16)	78.57 (12.84)	62.76 (15.62)	50.52 (21.18)	50.39 (18.78)	60.43 (13.70)
Phobie (N=30)	75.24 (13.43)	58.47 (16.21)	52.50 (14.70)	51.67 (14.61)	59.09 (10.47)
Schizophrénie (N=13)	72.25 (14.59)	57.37 (17.44)	49.36 (20.82)	56.73 (14.08)	58.52 (15.84)
Manie (N=6)	75.60 (12.66)	61.81 (24.50)	59.72 (34.73)	43.75 (22.62)	58.20 (13.38)
Abus/dépendance à l'alcool (N=45)	73.89 (13.38)	57.04 (17.56)	51.85 (16.84)	51.46 (15.63)	57.93 (11.20)
Anxiété généralisée (N=17)	77.31 (11.43)	61.03 (21.14)	44.12 (22.39)	50.18 (15.60)	57.40 (11.28)
Trouble dépressif (N=28)	72.19 (14.33)	54.02 (18.05)	47.62 (19.88)	49.44 (12.56)	57.01 (10.14)
Abus/dépendance à une substance (N=25)	74.29 (11.98)	59.33 (17.93)	52.00 (19.73)	48.87 (17.67)	56.58 (11.91)
Trouble obsessionnel-compulsif (N=7)	73.98 (11.45)	60.71 (15.38)	46.43 (15.11)	51.79 (12.08)	56.08 (10.43)
Trouble somatisation (N=17)	76.47 (13.84)	54.17 (18.22)	47.55 (22.59)	45.96 (14.69)	55.00 (11.93)

Tableau VI Moyenne (écart-type) des scores au WHOQOL-bref en fonction des troubles de la personnalité (DSM-IV)

Troubles de la personnalité (N=72)		Santé physique (0-100)	Santé psychologique (0-100)	Relation sociale (0-100)	Environnement (0-100)	Score total (0-100)
Cluster B	Narcissique (N=9)	87.30 (8.20)	72.69 (22.25)	67.59 (15.84)	63.54 (15.86)	73.06 (13.67)
	Histrionique (N=3)	86.90 (14.43)	76.39 (16.84)	58.33 (8.33)	48.96 (28.36)	65.93 (18.66)
	Antisociale (N=35)	78.57 (13.31)	60.95 (19.78)	57.62 (18.67)	51.52 (20.14)	60.73 (14.06)
	Borderline (N=16)	78.35 (12.20)	56.25 (18.63)	49.48 (23.86)	48.63 (13.31)	58.84 (9.72)
Cluster C	Obsessionnelle- compulsive (N=12)	72.32 (15.54)	61.46 (20.50)	55.56 (17.53)	57.29 (18.48)	64.02 (14.12)
	Dépendante (N=3)	69.04 (14.43)	41.67 (14.43)	55.55 (4.81)	63.54 (16.04)	57.75 (14.53)
	Évitante (N=1)	39.29	37.50	41.67	28.12	45.26
Cluster A	Panoïaque (N=17)	78.99 (12.49)	55.64 (18.57)	47.55 (21.60)	52.57 (15.24)	57.75 (11.55)
	Schizotypique (N=4)	68.75 (15.80)	46.87 (25.09)	45.83 (15.96)	50.78 (5.92)	55.16 (14.44)
	Schizoïde (N=5)	67.14 (13.46)	38.33 (10.79)	45.00 (9.50)	39.37 (13.37)	51.64 (6.22)