

Communication

Psychopathie et troubles mentaux graves chez des patients internés [☆]

Psychopathy and major mental disorders in forensic patients

T.H. Pham^{a,*}, F. Malingrey^{c,d}, C. Ducro^a, X. Saloppé^a

^a Centre de Recherche en Défense Sociale, Rue Despars 94, 7500 Tournai, Belgique

^b Université de Mons Hainaut, Belgique

^c Institut Philippe Pinel, Montréal, Canada

^d Université de Montréal, Canada

Disponible sur internet le 20 août 2007

Résumé

L'étude examine les relations entre les scores à l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R, 1991) selon la structure bifactorielle et les troubles mentaux graves définis selon le DSM-III (DISSI). La population comprend 105 patients internés adultes de sexe masculin. Le score total de psychopathie est positivement corrélé (point bisérial) aux diagnostics de dépendance aux substances (0,31), de trouble des conduites (0,42) et de jeu pathologique (0,27). Des deux facteurs de la PCL-R, seul le facteur antisocial chronique (facteur 2) est corrélé à ces trois diagnostics (respectivement 0,34, 0,46, 0,29). Les analyses à correspondances multiples (SPAD) suggèrent une répartition en quatre classes, la dernière comprenant des participants présentant un score de 30 ou plus à la PCL-R. L'ensemble des résultats soutient la spécificité du diagnostic de psychopathie par rapport aux troubles mentaux graves tels que les troubles psychotiques, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The study assesses the relations between the PCL-R (2 factors structure) and major mental disorders. The population was composed of male adult patients from a Belgian security hospital ($N = 105$). Significant point biserial correlations were found between the total score of the PCL-R and the diagnoses of drug abuse/dependence (0.31), conduct disorder (0.42) and pathological game (0.27). While these three diagnoses were related to the antisocial component of psychopathy (factor 2), respectively 0.34, 0.46, 0.29, they were unrelated to the interpersonal component (factor 1). Multiple correspondence analyses (SPAD) suggested a four classes repartition with the fourth including scores of 30 or higher at the PCL-R. The overall data suggest that the diagnosis of psychopathy is rather specific and independent with regards to mental major diagnoses as psychoses, mood or anxiety disorders.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Analyses à correspondances ; Internés ; PCL-R ; Psychopathie ; Troubles mentaux graves

Keywords : Correspondences analyses; Forensic patients; Major mental disorders; Psychopathy; PCL-R

Le diagnostic de psychopathie figure parmi les diagnostics les plus fréquemment posés en psychiatrie légale [27]. D'une part, les praticiens de terrain soulignent que ce trouble

(« psychopathie grave ») peut s'accompagner d'une comorbidité psychiatrique substantielle (Serio, communication personnelle). D'autre part, l'évolution judiciaire belge récente questionne la place de la psychopathie dans le cadre de la loi de Défense Sociale qui s'applique aux personnes reconnues, en raison de leurs troubles mentaux, comme incapables du contrôle de leurs actes.

1. Définition opérationnelle

La définition même de la psychopathie a connu des modifications importantes depuis plus d'un siècle [9,10,15]. Toutefois, au cours des dernières décennies, la définition opération-

[☆] Cette recherche a été réalisée avec le soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé Affaires Sociales et Égalité des Chances. Contact: Thierry.pham@crds.be. CRDS, 94, rue Despars, 7500 Tournai, Belgique (www.crds.be). Les auteurs remercient l'ensemble du personnel médical, paramédical et infirmier du CHP « Les Marronniers » pour sa collaboration. Une version préliminaire du texte a été présentée au congrès annuel de l'International Academy of Law and Mental Health à Montréal en juillet 2001.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Thierry.pham@crds.be (T.H. Pham).

nelle qui semble la plus soutenue sur le plan empirique s'appuie sur l'échelle de psychopathie de Hare (Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R, [16,17]. Dans sa version finale, l'échelle de psychopathie comprend 20 items [16,17]. Elle est constituée de deux facteurs principaux ainsi que de plusieurs items ne figurant clairement sur aucun de ces facteurs. Nous trouvons, en premier lieu, le facteur décrivant les composantes affectives, interpersonnelles et narcissiques (facteur 1) et, en second lieu, le facteur plus comportemental décrivant la propension antisociale chronique (facteur 2) (Tableau 1).

Au sein de la littérature [13], les scores de l'échelle sont considérés soit comme une catégorie, soit comme un continuum. Cette distinction s'appuie sur la nature comparative ou linéaire de la recherche. En ce qui a trait à la catégorie, Hare [16,17] et ses collaborateurs ont proposé que le diagnostic de psychopathie soit posé sur la base d'un score de 30 ou plus. Ce point de coupure implique nécessairement que la personne présente à la fois des traits hautement narcissiques, et des comportements antisociaux chroniques. Ce point ne doit néanmoins pas être considéré comme un absolu. En effet, il fait l'objet de discussions importantes relatives aux potentielles variations interculturelles [3,4], aux analyses taxonométriques [19] ainsi qu'au raffinement psychométrique du concept [5]. En effet, la structure factorielle finale de la PCL-R fait actuellement l'objet d'intenses débats selon que l'on préfère une version affinée de la psychopathie composée de 13 critères s'organisant autour de trois facteurs : interpersonnel, affectif et impulsif [5–7] ou une version qui maintient les 20 critères originaux s'organisant autour de quatre facettes : interpersonnelle, affective, impulsive et comportement antisocial [17,18,23]. La différence entre les deux modèles repose sur la place accordée aux critères mesurant le comportement antisocial. Cooke et ses collègues considèrent que ces critères constituent des symptômes secondaires

et « consécutifs » par rapport aux symptômes premiers décrivant la personnalité du psychopathe [4,8].

2. Psychopathie et troubles mentaux graves

Les données antérieures de la littérature suggèrent une indépendance relative entre la psychopathie et les troubles mentaux graves. Tout d'abord, Hart et Hare [20] ont relevé, à partir d'une population de délinquants placés en milieu psychiatrique, une corrélation de $-0,26$ entre le score de la psychopathie et tout diagnostic de l'axe 1 du DSM-III (1980) [28]. Smith et Newman [29] ont rapporté auprès d'une population de détenus que la grande majorité des psychopathes présentaient un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool. Dans son premier manuel de la PCL-R [16], Hare rapporte, à partir de délinquants placés en milieu psychiatrique, des corrélations de $-0,15$, $-0,08$ et $-0,13$ entre le score total de la PCL-R, les facteurs 1 et 2 et le diagnostic de schizophrénie au DSM-III. À partir de délinquants en milieu psychiatrique, Stalenheim et Von Knorring [30] ont observé que le diagnostic de dépendance aux substances constituait la comorbidité la plus fréquente avec la psychopathie. De plus, parmi une population de détenus présentant des troubles mentaux graves, le trouble bipolaire est le seul comorbide avec un score de 30 ou plus à la PCL-R [14]. Plus récemment, Hildebrand et de Ruiter [21], à partir d'une population de délinquants en milieu psychiatrique, ont souligné que le diagnostic de psychopathie était positivement associé au diagnostic d'abus d'alcool et d'autres substances, mais pas aux autres diagnostics de l'axe 1.

L'objet de la présente étude est d'examiner les liens entre les scores de psychopathie et les troubles mentaux graves auprès de patients internés en Belgique.

Tableau 1
Les items de l'échelle de psychopathie de Hare (2003)

	FACTEUR Interpersonnel	FACTEUR Antisocial
1. Loquacité et charme superficiel	X	
2. Sens grandiose du moi	X	
3. Besoin de stimulation et tendance à l'ennui		X
4. Mensonge pathologique	X	
5. Manipulation	X	
6. Manque de remords et de culpabilité	X	
7. Étroitesse émotionnelle	X	
8. Manque d'empathie	X	
9. Tendance au parasitisme		X
10. Mauvais contrôle comportemental		X
11. Promiscuité du comportement sexuel		
12. Problèmes précoces de comportements		X
13. Manque de buts à long terme		X
14. Impulsivité		X
15. Irresponsabilité		X
16. Incapacité à accepter la responsabilité de ses propres actes	X	
17. Brèves et multiples relations conjugales		
18. Délinquance juvénile		X
19. Révocation de libération conditionnelle		X
20. Multiplicité des types de délits commis par le sujet		X

3. Méthode

3.1. Participants

L'échantillon comprend uniquement des patients internés. Il a été évalué à des fins de recherche par le Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS). L'échantillon ne couvre donc pas l'ensemble de la population de Défense Sociale, mais est plutôt représentatif des patients dits « stabilisés ». Nous avons exclu de l'étude les patients psychiatriques en phase aiguë ainsi que ceux présentant une déficience intellectuelle marquée et pour lesquels une évaluation clinique valide ne pouvait être entreprise. Au total, 105 patients internés de sexe masculin ont accepté de participer à la recherche. L'âge moyen au moment du premier internement est de 34 ans. Le Quotient Intellectuel total moyen (mesuré par la WAIS-R, 1981) de l'échantillon est de 76.

3.2. Mesures

3.2.1. L'échelle de psychopathie de Hare

L'échelle de psychopathie (PCL-R) comprend 20 items. Chaque item est évalué sur une échelle de trois points :

- 0, indique que l'item ne s'applique pas à la personne ;
- 1, indique qu'il s'applique dans une certaine mesure ;
- 2, indique qu'il s'applique tout à fait.

L'évaluation diagnostique est réalisée par un clinicien dûment formé. Elle inclut la lecture préalable des dossiers sociaux, cliniques et institutionnels. Le score total peut donc varier de 0 à 40 et évalue la proximité du sujet avec le prototype du psychopathe décrit par Cleckley [2]. La procédure suggérée par Hare [16,17] a été suivie. Les informations pour l'évaluation proviennent :

- des dossiers moraux, sociaux, psychologiques et psychiatriques ;
- des deux interviews semi-structurées.

Ces interviews duraient approximativement 45 minutes et examinaient notamment le parcours scolaire et professionnel, les antécédents familiaux, le parcours délinquant, l'itinéraire sentimental et sexuel, les antécédents médicaux et psychologiques, la consommation de drogues ou d'alcool, les projets d'avenir. La version française de cette échelle a été validée au Québec [11, 12]. En Belgique, elle a fait l'objet d'une évaluation psychométrique en milieu carcéral [24] ; elle a été appliquée au sein d'une population psychiatrique sécuritaire [26] et a fait l'objet de validation prédictive [25].

3.2.2. Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview (DISSI)

Les troubles mentaux graves sont évalués à l'aide du Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview (DISSI) [28].

La DISSI est un outil épidémiologique informatisé permettant, notamment, d'évaluer les catégories diagnostiques suivantes :

- jeu pathologique ;
- trouble des conduites ;
- 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 de somatisation, schizophrénie.

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 [1] auprès d'un échantillon de Belges issus de la population générale.

4. Analyse des données

Nous avons calculé les corrélations (point biséral) se rapportant aux scores de psychopathie et aux diagnostics de troubles mentaux graves qui étaient suffisamment représentés au sein de l'échantillon. Le seuil de signification a été fixé à $p = 0,10/12 = 0,0083$ compte tenu du risque d'erreur de type 1 pour des comparaisons multiples. Nous avons ensuite mené des analyses à correspondances multiples à l'aide du logiciel SPAD. L'analyse des correspondances multiples (ACM) est une stratégie d'analyse statistique permettant de mettre en évidence des types d'individus ayant des profils semblables quant aux attributs choisis pour les décrire. De par sa nature descriptive, l'ACM permet d'établir des typologies émergentes en des classes les plus indépendantes les unes des autres [22]. Ce logiciel d'analyse SPAD permet une classification hiérarchique selon la méthode de Ward qui permet de maximiser la variabilité inter-classe tout en minimisant la variabilité intra-classe.

5. Résultats

5.1. Corrélations entre les scores à la PCL-R et les troubles mentaux graves

Sur le plan dimensionnel, nous constatons que le score total de psychopathie est positivement corrélé à l'abus/dépendance de substance et, plus particulièrement, au niveau de son facteur impulsif et antisocial. Ces mêmes associations se retrouvent pour les diagnostics de jeu pathologique et de trouble des conduites. Aucun autre trouble mental grave n'est significativement associé à la PCL-R (Tableau 2).

5.2. Analyses à correspondances multiples

Nous avons tenté de cerner le diagnostic différentiel de psychopathie avec les troubles de l'axe 1 du DSM-III à l'aide du logiciel SPAD. Ce logiciel a pour fonction de proposer les meilleures partitions (classifications) calculées à partir des sco-

Tableau 2
Corrélations entre les scores de psychopathie et les troubles mentaux graves

Nombre = 105	Facteur 1	Facteur 2	Total score PCL-R
Toc	0,01	0,06	0,05
Somatisation	-0,13	-0,05	-0,08
Trouble panique	0,06	-0,05	0,02
Anxiété généralisée	0,02	0,06	0,07
Trouble phobique	-0,07	0,15	0,06
Dépression/Dysthymie	-0,20	-0,00	-0,10
Manie	0,17	0,24	0,26
Schizophrénie	0,10	0,13	0,14
Abus/dépendance d'alcool	0,09	0,11	0,17
Abus/dépendance de drogue	0,12	0,34*	0,31*
Trouble des conduites	0,24	0,46*	0,42*
Jeu pathologique	0,10	0,29*	0,27*

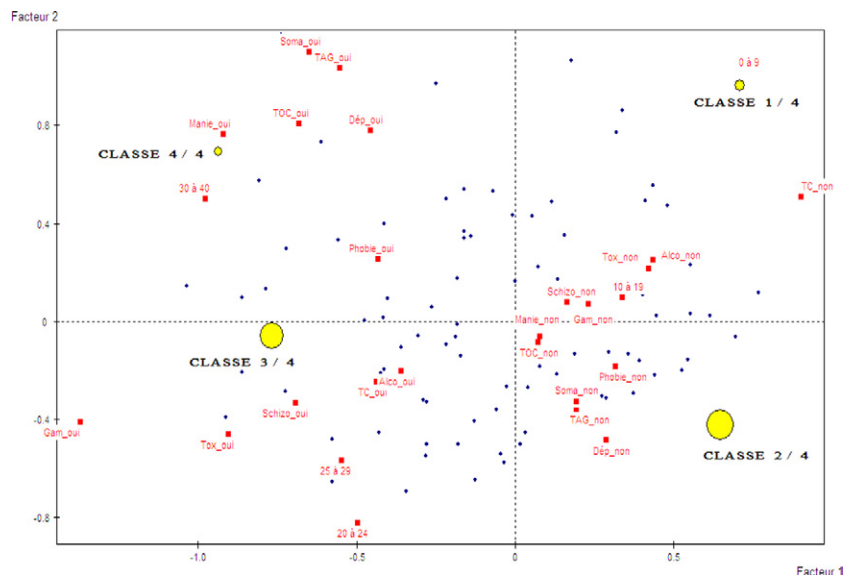
* $p < 0,008$.

res factoriels des axes issus de l'analyse des correspondances multiples. Nous avons retenu, pour des raisons de parcimonie et de facilité d'interprétation, la classification en quatre classes qui correspondent aux quatre intervalles suivants du score total à la PCL-R :

- 1–9 ;
- 10–19 ;
- 20–29 ;
- 30–40.

Le Tableau 3 présente les analyses à correspondances multiples dans un format à deux dimensions. Ce format ne tient malheureusement pas compte de l'effet de profondeur. Le Tableau 3 suggère néanmoins que les quatre classes de psychopathie se répartissent selon une trajectoire en U de la droite vers la gauche à travers les deux dimensions comprenant les différents diagnostics de l'axe 1 :

Tableau 3
Analyse à correspondance multiple entre classes de patient selon les niveaux de psychopathie et les diagnostics de troubles mentaux graves



- Classe 1 ($n = 14$) : Score total de 1 à 9 à la PCL-R. Les patients appartenant à cette classe manifestent un profil peu pathologique. Cette classe se caractérise par une absence de diagnostic de trouble des conduites durant l'enfance.
- Classe 2 ($n = 43$) : Score total « faible » de 10 à 19 à la PCL-R. Cette classe se caractérise par un profil psychopathologique peu problématique. Nous observons en effet une absence des diagnostics de dépression, d'anxiété généralisée, de jeu pathologique, de somatisation, de toxicomanie et, dans une moindre mesure, de schizophrénie.
- Classe 3 ($n = 37$) : Score total « modéré » à la PCL-R (20–29). Cette classe comprend de nombreux diagnostics positifs : jeu pathologique, toxicomanie, dépression et, dans une moindre mesure, schizophrénie ainsi que les troubles des conduites durant l'enfance.
- Classe 4 ($n = 10$) : Diagnostic de psychopathie (score total de 30 à 40). Cette dernière classe se caractérise par la présence du diagnostic de manie. Soulignons toutefois que la valeur test associée à ce diagnostic est peu élevée.

Cette trajectoire suggère que la co-occurrence avec les troubles mentaux diffère en nature selon les quatre classes/niveaux de psychopathie. Dans cette perspective, le diagnostic de psychopathie, représenté par la dernière classe, constituerait plutôt une entité, un mode d'organisation assez spécifique.

6. Discussion

Dans cette étude, nous avons d'abord analysé les corrélations entre les scores de psychopathie et les troubles mentaux graves auprès de patients internés. Les trois diagnostics qui corrélaient avec la PCL-R sont l'abus/dépendance aux drogues, le trouble de conduite et le jeu pathologique. Ces diagnostics sont davantage corrélés à la composante impulsive et antisociale de la psy-

chopathie. Nous avons ensuite mené des analyses à correspondances multiples qui suggèrent une discontinuité psychopathologique entre les quatre niveaux de psychopathie préalablement définis. En concordance avec la littérature internationale [14, 20, 21, 30], les scores de psychopathie sont relativement indépendants des troubles mentaux graves. Ces résultats convergent avec les données psychométriques [17] confirmant plutôt la spécificité du diagnostic de psychopathie à partir d'un point de coupeure de 30, alors que la classe incluant les scores de 20 à 30, numériquement plus nombreuse, présente une importante comorbidité psychiatrique qui complique le diagnostic différentiel des praticiens de terrain.

Références

- [1] Baruffol E, Thilmann MC. Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatr Belg* 1993;93:136–53.
- [2] Cleckley H. *The mask of sanity*. New York: Mosby; 1976.
- [3] Cooke DJ. Psychopathic personality in different cultures: How much do we know? What do we need to find out? *J Person Disorders* 1995;10:23–40.
- [4] Cooke DJ. Psychopathy across culture. In: Cooke DJ, Forth AE, Hare RD, editors. *Psychopathy: Theory, research and implications for society*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1998. p. 13–45.
- [5] Cooke DJ, Michie C. Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychol Assess* 2001;13:171–88.
- [6] Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark DA. Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *J Person Disorder* 2004;18:337–57.
- [7] Cooke DJ, Michie C, Hart D, Clark D. Searching for the pan-cultural of psychopathic personality disorder. *Pers Individ Dif* 2005;39:283–95.
- [8] Cooke DJ, Michie C, Skeem J. Understanding the structure of the PCL-R: An exploration of methodological confusion. *B J Psychiatry* (under press).
- [9] Côté G. Vers une définition de la psychopathie. In: Pham TH, Côté G, editors. *Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion*; 2000. p. 21–46.
- [10] Pham TH, Côté G, editors. *La psychopathie : Théorie et Recherche*. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion; 2000.
- [11] Côté G, Hodgins SD. L'échelle de psychopathie de Hare : validation de la version française. *Bull Psychol* 1991;15:14–20.
- [12] Côté G, Hodgins S. *L'Échelle de Psychopathie de Hare-Révisée - Manuel*. Toronto: Multi-Health Systems; 1996.
- [13] Côté G, Hodgins S, Toupin HT. Psychopathie : Prévalence et spécificité clinique. In: Pham HT, Côté G, editors. *La psychopathie : Théorie et Recherche*. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion; 2000. p. 47–74.
- [14] Côté G, Lesage A, Chawky N, Loyer M. Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders: A case study. *Br J Psychiatry* 1997.
- [15] Côté G, Toupin J, Hodgins S, Pham HT. Psychopathie et comportements violents. In: HT Pham, G Côté; 2000. p. 75–95.
- [16] Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist: Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc; 1991.
- [17] Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist: Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc; 2003.
- [18] Hare RD, Neumann CS. Structural models of psychopathy. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:57–64.
- [19] Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Psychopathy as a taxon: Evidence that psychopaths are a discrete class. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:387–97.
- [20] Hart SD, Hare RD. Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment: J Consult Clin Psychol* 1989;1:211–8.
- [21] Hildebrand M, De Ruiter C. PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in The Netherlands. *Int J Law Psychiatr* 2004;27:233–48.
- [22] Lébart L, Morineau A, Piron M. *Statistique exploratoire multidimensionnelle (3^e éd.)*. Paris: Dunod; 2000.
- [23] Neumann CS, Vitacco MJ, Hare RD, Wupperman P. Reconstructing the "reconstruction" of psychopathy: A comment on Cooke, Michie, Hart, and Clark. *J Person Disorder* 2005;19:624–40.
- [24] Pham HT. Analyse psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *Encéphale* 1998;24:435–41.
- [25] Pham HT, Ducro C, Marghem B, Réveillère C. Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;163:842–5.
- [26] Pham HT, Remy S, Dailliet A, Lienard L. Psychopathie et prédiction des comportements violents : évaluation en milieu psychiatrique fermé. *Encéphale* 1998;24:173–9.
- [27] Pham HT, Saloppé X. Caractéristiques cliniques de la population de défense sociale : Importance de la comorbidité. Bruxelles: De Boeck-Larcier; 2006.
- [28] Robins L, Marcus SM. 0.02w?>The diagnostic Screening procedure Writer. A tool to develop individualized screening procedures. *Med Care* 1987;25(suppl.12):106–22.
- [29] Smith SS, Newman JP. Alcohol and drug abuse-dependence disorders in psychopathic and non psychopathic criminal offenders. *J Abn Psychol* 1990;99:430–9.
- [30] Stalenheim EG, Von Knorring L. Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:217–23.

Discussion

Dr E. Hache – Qu'en est-il de la comorbidité psychopathie-schizophrénie, de la schizophrénie pseudopsychopathique et de l'héboïdophrénie de Kahlbaum ?

Th. Pham insiste dans le groupe 4 sur l'association avec les troubles dysthymiques, le jeu pathologique, la dépendance aux drogues et la manie. Mais qu'en est-il avec la schizophrénie ?

Lorsque j'évoque l'association avec la psychose, je pense à d'authentiques épisodes dissociatifs délirants, d'automatisme mental, de délire hallucinatoire, de dépersonnalisation schizophrénique, de bouffée délirante, etc.

Dr P. Estingoy – On observe l'importance d'une corrélation avec la manie avec différentiel à remarquer sur la sphère affective (item empathie) avec corrélation nulle. De même, la corré-

lation négative avec la dépression semble confirmer que les sujets psychopathiques seraient « malheureusement » incapables de déprimer et d'éprouver une empathie à l'égard d'autrui (indifférence affective) ce qui pourrait les différencier des troubles de l'humeur, y compris des hypomanies ou hyperactifs.

Dr Birnbaum – Devant l'association étroite de la délinquance et de la psychomorbidité, comment positionner l'index d'une responsabilité pénale et sa traduction pratique dans les institutions ?

Dr P. Moutin – Les deux groupes de critères de l'échelle de Hare me rappellent les travaux de deux grands criminologues : d'abord, Jean Pinatel (« Criminologie », in *Manuel de Droit*

pénal et de criminologie de Bouzat et Pinatel, 2^e éd. 1970, Dalloz) pour qui la « personnalité criminelle » comprenait quatre éléments : l'égoïsme, la labilité émotionnelle, l'égoïsme et l'indifférence affective ; ensuite, A. Hesnard qui, dans sa *Psychologie du crime* (1963, Payot), insistait beaucoup sur les aspects psychanalytiques (causes affectives provoquant des troubles de l'identification) et aussi phénoménologiques à travers les perturbations du lien interhumain. J'ai pu, dans mon activité de psychiatre traitant en détention, mesurer l'importance de ce dernier point dans la rencontre avec le détenu consultant et la progression de la psychothérapie.

Réponse du Rapporteur – au Dr Hache : Je rappelle que la population qui est décrite comprend des internés ayant commis au préalable une infraction et qui souffrent, en principe, de troubles mentaux affectant leur discernement. Au départ donc, il s'agit d'une population dont la comorbidité psychiatrique est importante (voir notre article sur l'expertise en défense sociale présenté ici même, cf. *Ann. Méd. Psychol.* 2007 ; 165 : 49–55). Par ailleurs, la classe présentant le plus de comorbidité psychiatrique est bien la classe n° 3, c'est-à-dire celle qui intègre les scores de 20 à 29 à l'échelle de psychopathie. Ces patients présentent un niveau de psychopathie « modéré » associé à des caractéristiques psychiatriques diverses, dont le trouble schizophrénique. Selon moi, c'est de cette classe dont parlent les cliniciens qui sont confrontés aux symptômes d'antisocialité associés à la psychose. Toutefois, ces patients dénotent par rapport à la classe 4, celle du niveau le plus élevé de psychopathie qui est beaucoup plus indépendante par rapport aux autres troubles. Or, le diagnostic de psychopathie s'applique avant tout à cette dernière classe. Sur le terrain, le diagnostic de psychopathie est souvent posé pour des niveaux

plus modérés de psychopathie, qui sont beaucoup plus comorbides.

Au Dr P. Estingoy : Votre remarque a des implications sur le plan des attentes que l'on peut avoir par rapport au traitement. Au niveau le plus élevé de psychopathie (classe 4), il est très peu probable de rencontrer de la dépression, ce qui réduit nettement la marge de manœuvre thérapeutique. La corrélation négative entre le facteur 1 de la PCL-R et la dépression suggère même que l'étroitesse émotionnelle du psychopathe protégerait ce dernier contre la dépression. Nous avons récemment dégagé que cette même étroitesse les protège contre le stress traumatique.

Au Dr Birnbaum : La comorbidité psychiatrique au sein des populations antisociales est reconnue par la majorité des praticiens. Mais, curieusement, elle est très rarement évoquée dans les rapports d'expertise en Belgique. Nous avons estimé qu'en général, un patient interné souffre de plusieurs troubles de la personnalité associés à plusieurs troubles psychiatriques. Il me semble que la comorbidité devrait, davantage qu'elle ne l'est aujourd'hui, constituer un critère spécifique, reconnu et discuté au sein des rapports d'expertise dans le sens d'une perte de capacité de contrôle des actes. En effet, la majorité des experts se contentent de poser le diagnostic principal. Sur le plan du traitement, cette comorbidité nécessite davantage de soins et une panoplie plus large de modalités thérapeutiques.

Au Dr Moutin : L'échelle de Hare intègre les caractéristiques psychologiques qui font écho aux auteurs que vous citez. Ces caractéristiques d'égoïcentricité et d'émotionnalité, traits centraux de la psychopathie, sont essentielles dans la rencontre clinique. D'autant qu'au sein du monde carcéral, les caractéristiques impulsives et antisociales sont davantage, de par l'enfermement, mises sous contrôles.