



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Article de recherche

## Caractéristiques cliniques d'une population internée : un cas particulier, l'établissement de défense sociale « Les Marronniers » à Tournai (Belgique)

*Clinical characteristics among forensic inpatients: A special case, the establishment of social defense "Les Marronniers" in Tournai (Belgium)*

P. Oswald<sup>a,c,\*</sup>, X. Saloppé<sup>b,d,e</sup>, C. Ducro<sup>b,d</sup>, D. Macquet<sup>a</sup>, P.-J. Cornu<sup>a</sup>, T. Pham<sup>b,c</sup>, B. Delaunoit<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CRP Les Marronniers, 94, rue Despars, 7500 Tournai, Belgique

<sup>b</sup> Centre de recherche en défense sociale, CRDS, Tournai, Belgique

<sup>c</sup> Université de Mons, Mons, Belgique

<sup>d</sup> SCALab, CNRS UMR 9193, université de Lille, 59653 Lille, France

<sup>e</sup> Services psychiatriques, hôpital de Saint-Amand-les-Eaux, 59230 Saint-Amand-les-Eaux, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 10 mars 2014

Accepté le 19 octobre 2015

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Caractéristiques psychiatriques

Sociales

Criminologiques

Établissement de défense sociale

Psychiatrie sécurisée

### RÉSUMÉ

En Belgique, la loi de « Défense sociale » stipule qu'un inculpé « qui est soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions » peut être interné. L'établissement de défense sociale (EDS) de Tournai (Belgique) accueille 350 internés. En collaboration avec le centre de recherche en défense sociale, nous avons organisé une évaluation systématique des patients internés en EDS. Il s'agit de la première étude évaluant de manière prospective cette population. Sur l'ensemble, 229 patients ont signé un consentement informé. Nous avons mis en évidence que 48,8 % de nos participants avaient commis un délit à caractère sexuel (viol ou tentative de viol, attentat à la pudeur, outrage public aux mœurs ou mixte). Le Quotient Intellectuel moyen est de 71,4. Selon la MINI, 33,2 % des participants ne présentaient aucun trouble psychiatrique. Parmi les troubles psychiatriques, les troubles psychotiques sont les plus représentés (37,4 %). Évalués à la SCID, les troubles de personnalité étaient absents chez 26,8 % de nos participants. Les troubles de l'axe II les plus représentés sont les troubles de personnalité relatifs au cluster B (57,3 %) avec principalement le trouble de la personnalité antisociale (37,9 %). Ces données démontrent l'importante hétérogénéité de notre échantillon et la nécessité de la mise en place de trajets de soins spécifiques à chaque sous-population.

© 2016 L'Encéphale, Paris.

### ABSTRACT

**Background.** – In Belgium, the law of “social defense” stipulates that an accused “which is either in a state of dementia or in a serious state of mental disturbance or mental deficiency, incapable of controlling his actions” can be interned. The establishment of social defense (ESD) in Tournai (Belgium) hosts 350 inmates.

**Objectives.** – In collaboration with the Centre for research in social defense, we organized a systematic assessment of patients interned in ESD. This is the first study evaluating prospectively this population.

**Methods.** – Of the total, 229 patients signed informed consent. Different scales of assessment (MINI, WAIS-III, SCID II) were used. Descriptive analyzes were applied (SPSS version 12).

**Results.** – We show that 48.8 % of our participants had committed a sexual offense (rape or attempted rape, indecent assault, public outrage or mixed). The average intelligence quotient is 71.4. According to the MINI, 33.2 % of participants showed no psychiatric disorder. Among psychiatric disorders, psychotic

Keywords:

Criminological

Social

Psychiatric characteristics

Forensic hospital

Inpatient

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pierreoswald@yahoo.com](mailto:pierreoswald@yahoo.com) (P. Oswald).

disorders are the most represented (37.4 %). According to the SCID, personality disorders were absent in 26.8 % of our participants. Most of the axis II disorders are represented personality disorders related to cluster B (57.3 %) mainly with antisocial personality disorder (37.9 %).

**Conclusion.** – These data demonstrate the significant heterogeneity of our sample and the need for the establishment of specific care routes to each subpopulation.

© 2016 L'Encéphale, Paris.

## 1. Introduction

Le lien entre la loi et la maladie mentale est étudié depuis la plus haute antiquité. L'interrogation entre la « folie » et le crime est présente dans l'ancienne Égypte, dans la Bible et à Babylone. En 1532, Charles V ordonnait l'exemption de peine si le criminel « en connaissance de cause n'avait pas toute sa tête ». Rappelons le cas de Daniel McNaghten en 1843, qui fit date dans le monde médico-légal. McNaghten souffrait d'un délire paranoïaque centré sur le Premier ministre anglais de l'époque. Dans une tentative de meurtre, il tua par erreur son secrétaire particulier. Il fut malgré tout acquitté pour « aliénation mentale ». Un groupe de juges fut mandaté pour réfléchir à cette épineuse question. Les règles McNaghten furent édictées, établissant l'aliénation mentale par « le manque de connaissance de l'acte » [1]. La psychiatrie médico-légale a pu dès lors profiter des modifications des perceptions sociales autour de la maladie mentale. Le développement des méthodes statistiques et épidémiologiques a également permis une meilleure compréhension factuelle du lien entre crime et maladie mentale et une meilleure applicabilité des méthodes thérapeutiques aux patients psychiatriques ayant commis des délits.

L'intervention psychiatrique médico-légale peut donc se situer à trois niveaux. Au début des procédures judiciaires, le psychiatre pourra évaluer la présence et le lien entre un délit et une maladie mentale possible. Si un lien est établi, l'intervention psychiatrique visera le soin du patient. Enfin, le psychiatre pourra déterminer la dangerosité, base indispensable avant la remise en liberté dans la communauté.

En Belgique, la première loi de « défense sociale » à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude date de 1930 [2]. Remodelée en 1964, la loi de Défense Sociale « à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels » stipule que lorsqu'il existe des raisons de croire que l'inculpé est soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions, les juridictions d'instruction peuvent, dans les cas où la loi autorise la détention préventive, délivrer un mandat d'arrêt en vue de le placer en observation (article 1). L'inculpé interné dépendra alors d'une commission de défense sociale (CDS, article 18) qui se tient informée de son état et qui peut ordonner sa mise en liberté définitive ou à l'essai, lorsque son état mental s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies. Les délinquants belges, chez qui une pathologie psychiatrique est attestée, ne sont dès lors pas condamnés à une peine de prison mais font l'objet d'une mesure d'internement prononcée par le tribunal. La durée de l'internement dépend donc de l'amélioration de l'état mental du patient et de son degré de réadaptation sociale. C'est la CDS qui est souveraine, après consultation des différentes parties.

Concrètement, les internés se retrouvent soit dans les annexes psychiatriques des prisons, en établissement de défense sociale (EDS), dans les sections spéciales des hôpitaux psychiatriques ou dans toute autre structure pour autant qu'ils aient recueilli l'accord de la CDS. Actuellement, le délai d'attente pour l'EDS de Tournai est d'environ deux ans. Cette structure accueille 350 internés qui dépendent de plusieurs CDS (Mons, Forest, Jamioulx, Lantin, Namur, Louvain, Anvers et Gand).

Le caractère hybride (surveiller, punir et soigner) et l'originalité belge de la prise en charge des patients délinquants limitent le nombre de références disponibles dans le domaine et la mise en perspective internationale. Les comparaisons avec d'autres hôpitaux sécuritaires peuvent apporter néanmoins plusieurs informations. Cosyns et al. ont étudié un large échantillon de patients internés incarcérés [3]. Ils ont mis en évidence que les patients étaient majoritairement de sexe masculin (97 %). Les auteurs ont détecté principalement des troubles de personnalité (29,6 %), des troubles psychotiques (29 %), des handicaps mentaux (16,8 %), des paraphilies (13,5 %) des dépendances à diverses substances (7,4 %) et autres (3,7 %). Sans rentrer dans les détails, notons une importante différence entre les régions francophone et néerlandophone. En Belgique, du côté flamand, les EDS prennent en charge moins de patients et les circuits de soin « forensic » sont plus développés. Cette vaste étude est néanmoins limitée par une évaluation clinique superficielle. Pham et al. ont pu étudier de manière plus détaillée un échantillon de 98 patients internés à l'EDS de Tournai [2]. L'échantillon ne représente pas exactement l'ensemble de la population de défense sociale mais, selon les auteurs, est plutôt représentatif des patients « stabilisés ». Les patients en phase aiguë ainsi que ceux présentant une déficience intellectuelle trop marquée et pour lesquels l'évaluation clinique ne pouvait être entreprise ont été exclus. Les auteurs ont mis en évidence une prévalence très importante de troubles mentaux majeurs selon l'axe 1 du DSM-IV (91 %), ainsi qu'une comorbidité élevée (67 %). Les principaux diagnostics représentés étaient les abus ou dépendances à l'alcool (61 %), les phobies (42 %), la dépression (40 %), les abus ou dépendances à des substances (35 %) l'anxiété généralisée (26 %) et la schizophrénie (16 %). Soixante-dix pour cent de l'échantillon présentaient au moins un trouble de personnalité et 45 % présentaient une comorbidité. Il est à noter que les troubles du cluster B sont les plus représentés au sein de l'échantillon avec notamment les troubles de personnalité antisociale (49 %), *borderline* (27 %) et narcissique (15 %). Concernant la comorbidité entre l'axe I et II du DSM, 64 % des patients présentent un ou plusieurs troubles mentaux majeurs associés à un ou plusieurs troubles de la personnalité.

En collaboration avec le centre de recherche en défense sociale, nous avons organisé une évaluation systématique de tous les patients internés à l'EDS en appliquant une méthodologie clinique rigoureuse.

Cette étude vise une meilleure caractérisation de notre population et le développement de projets répondant mieux aux attentes de politique des soins de santé. Le présent article axe son propos sur les principales données descriptives cliniques, délictueuses et sociales. Il s'agit ici de la première étude évaluant systématiquement et de manière prospective les caractéristiques cliniques des internés.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Institution

L'établissement de défense sociale « Les Marronniers », située à Tournai en Belgique, 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. Le niveau de sécurité est identique, quel que soit le pavillon. Les chambres sont ouvertes la journée et fermées la nuit. Les patients peuvent recevoir des visites, bénéficier de 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.

## 2.2. Participants

La population d'étude est composée de 229 patients masculins internés au sein de l'établissement de défense sociale « Les Marronniers ». Ces patients issus des différents pavillons de l'hôpital ont été sélectionnés aléatoirement. 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.

## 2.3. Instruments

### 2.3.1. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) [4]

Le MINI est un entretien structuré pour adultes permettant de diagnostiquer essentiellement les troubles mentaux définis selon l'axe I du DSM-IV. Il nous a donc permis d'observer la présence de pathologies mentales au sein de notre population d'étude. Ce questionnaire est divisé en sections, chacune d'elles représentant une catégorie diagnostique. Il comprend au total 120 questions auxquelles les patients répondent simplement par « oui » ou « non ». Parmi les troubles qu'il est possible d'évaluer, se trouvent : l'épisode dépressif majeur, l'épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques, la dysthymie, le risque suicidaire, l'épisode (hypo)maniaque, le trouble panique, l'agoraphobie (avec ou sans trouble panique), la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique, l'abus ou dépendance à l'alcool, l'abus ou dépendance à la drogue, les troubles psychotiques, l'anorexie mentale, la boulimie, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de la personnalité antisociale. Le MINI se centre sur les problèmes actuels mais envisage pour certaines pathologies les épisodes précédents. Nous avons utilisé la version française de la MINI [5].

### 2.3.2. Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes, troisième édition (WAIS-III) [6]

L'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes permet d'obtenir un profil du fonctionnement cognitif, intellectuel d'une personne. Elle a été conçue pour être utilisée auprès de personnes âgées de 16 à 79 ans. En plus des scores de QI, elle inclut également plusieurs indices spécifiques (indices de compréhension verbale, d'organisation perceptive, de mémoire de travail et de vitesse de traitement) permettant d'établir un profil cognitif plus détaillé. La WAIS est une échelle composite, elle se compose de 14 subtests répartis en deux échelles. Ainsi, l'échelle verbale comprend six subtests de base (vocabulaire, similitudes, information, arithmétique, mémoire des chiffres, séquence lettres-chiffres) et un supplémentaire (compréhension). L'échelle performance est, quant à elle, constituée de cinq subtests de base (complément d'images, cubes, matrices, codes, symboles) et deux subtests optionnels (arrangement d'images et assemblage d'objets). L'ensemble des scores obtenus aux sous-tests permet d'obtenir un quotient intellectuel verbal et un quotient intellectuel performance. Ces deux QI réunis donnent le QI total, dont la moyenne est de 100 (écart-type de 15). Pour cette recherche, la plupart des évaluations ont été effectuées avec la WAIS-R et la WAIS III [6,7].

### 2.3.3. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Disorders (SCID II) [8]

Les troubles de la personnalité sont évalués à l'aide du SCID II. Cet instrument évalue 12 troubles de la personnalité décrits dans le DSM-IV [9]. Il est composé d'un questionnaire d'autoévaluation 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 [8]. Des informations additionnelles, nécessaires à l'établissement du/ou des diagnostics, sont obtenues sur la base du dossier médical légal situé au greffe de l'hôpital. Nous avons utilisé la version française du SCID II [10].

## 2.4. Analyse de données

Nous avons effectué des analyses descriptives à type de calcul de moyenne et de fréquences sur l'ensemble des données récoltées et encodées (SPSS version 12) [11].

## 2.5. Procédure

Tous les patients ont signé un consentement informé avant de participer à la recherche. L'ensemble des données a été recueilli par le personnel de l'EDS et transmis de manière anonymisée aux chercheurs du centre de recherche en défense sociale afin de les encoder et les analyser.

Les données démographiques et délictueuses ont été recueillies par les assistants sociaux et le personnel du greffe de l'hôpital. Ainsi, les données relatives à l'âge au moment de l'arrestation et de l'admission, à la durée d'internement, l'état civil, aux CDS dont dépendent les patients, aux délits, aux antécédents psychiatriques, aux types et au nombre d'institutions fréquentées, à l'activité avant l'internement et la source de revenu ont été récoltées.

Concernant les données psychiatriques, dans un premier temps, les psychologues, exerçant dans les différentes unités de soins, ont évalué les prévalences diagnostiques à partir de la MINI et l'efficacité intellectuelle à l'aide de la WAIS-III [5,6]. Dans un second temps, les psychiatres ont procédé à une évaluation clinique afin de confirmer ou infirmer les diagnostics basés sur l'évaluation standardisée. De cette manière, nous avons pu mener des analyses statistiques, d'une part, sur les diagnostics standardisés et d'autre part, sur les diagnostics dits « consensuels ».

## 3. Résultats

### 3.1. Données démographiques et délictueuses

Les premières données concernent l'âge à l'arrestation, à l'admission en EDS et la durée de séjour (Tableau 1). La durée moyenne d'internement est donc estimée à 8 ans, avec une médiane estimée à 7 ans, expliquée par un échantillon de patients qui sont engagés dans de très longs internements. Les personnes, en grande majorité célibataires (75,9 %) et belges (77,3 %), dépendent des CDS de Mons (33,2 %), Forest (27,2 %), Jamioulx (15,7 %), Lantin (11,5 %)

**Tableau 1**  
Âge et durée.

	M	SD	Min Max
Âge : arrestation (n = 225)	32,60	9,74	18,36 73,68
Âge : admission (n = 224)	34,51	10,01	18,84 74,40
Durée de séjour EDS (années) (n = 229)	8,17	6,45	0,64 32,93

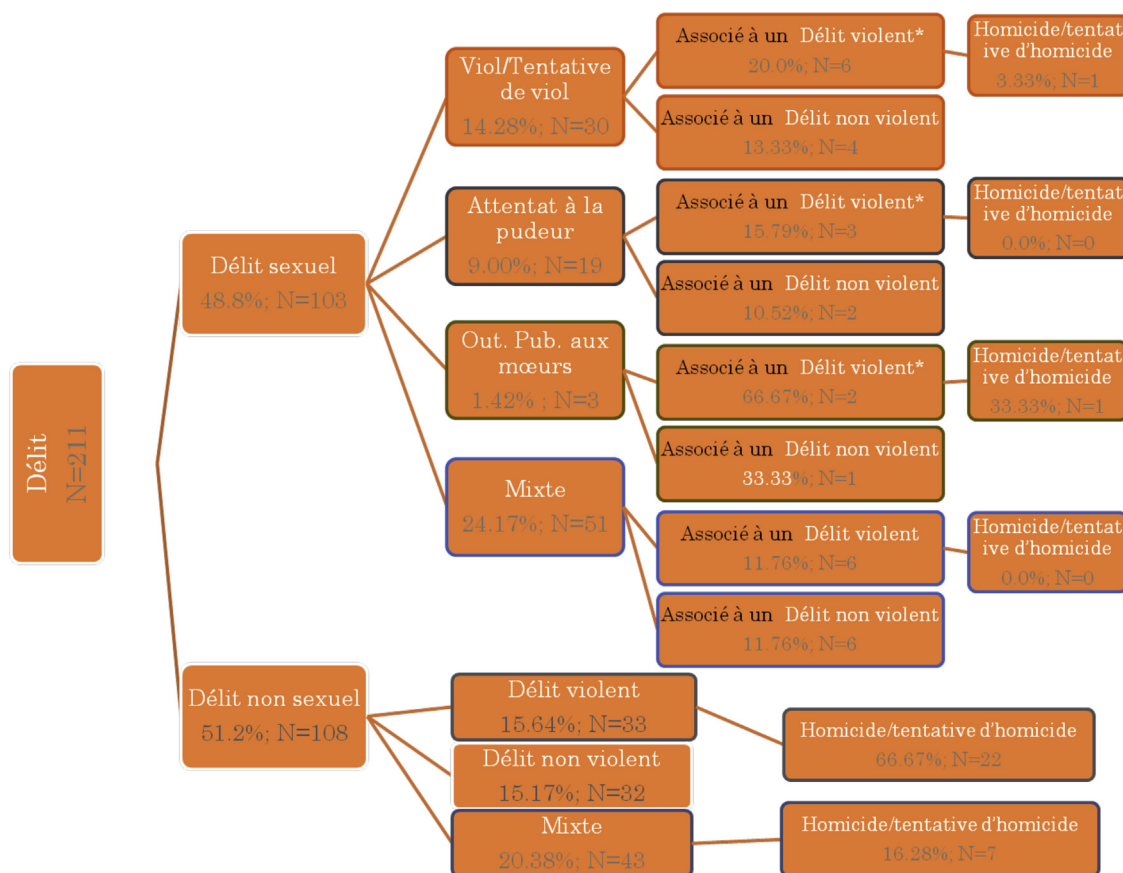


Fig. 1. Délits actuels.

et Namur (11,1 %). Seuls 3 patients (1,2 %) dépendent des CDS néerlandophones (Louvain, Anvers et Gand). Sur le plan professionnel, seuls 17,9 % ( $n=39$ ) des patients de notre échantillon exerçaient une activité professionnelle rémunérée. Plus de 75 % percevaient un revenu de remplacement (indemnité de la mutuelle, allocations de chômage ou d'handicapé...).

Le trajet délictueux a également été étudié sur 211 participants ayant signé un consentement informé (Fig. 1). Les délits non-sexuels concernent le vol, les coups et blessures, l'homicide ou la tentative d'homicide et l'escroquerie et ont été répartis en délits violents (vol avec violence, coups et blessures, homicide ou tentative d'homicide) et non-violents (vol sans violence et escroquerie). Les délits sexuels concernent le viol (défini comme tout acte de pénétration vaginale, anale ou pratique de fellation), la tentative de viol, le délit d'attentat à la pudeur (c'est-à-dire tout acte d'attouchements), le délit d'outrage public aux mœurs (c'est-à-dire tout acte d'exhibitionnisme). Les délits sexuels ont été répartis en délits sexuels violents (commis avec violence ou menace) et en délits sexuels non-violents (commis sans violence ni menaces). Les délits sexuels représentent près de 50 % des délits justifiant d'un internement. Parmi eux, les vols ou tentatives de viol en tant que délits uniques ou mixtes sont majoritaires. Parmi les délits non sexuels, relevons près d'un tiers d'homicides ou de tentatives d'homicide.

### 3.2. Données psychiatriques et psychologiques

Les données de quotient intellectuel sont disponibles sur 197 participants. La moyenne du Quotient intellectuel total est de 71,4 (SD = 17,59, étendue = 42–155).

La prévalence diagnostique relative aux troubles mentaux majeurs a été établie, à partir de la MINI, sur 210 participants. Dans

notre échantillon, 33,2 % ( $n=69$ ) ne présentaient aucun diagnostic, 15,9 % ( $n=33$ ) présentaient un unique diagnostic et 51 % ( $n=106$ ) au moins deux diagnostics. Parmi la population de personnes présentant au moins un diagnostic, la comorbidité (définie comme la présence d'au moins deux diagnostics sur la MINI) était la règle plus que l'exception (73,6 %,  $n=106$ ).

Les troubles de l'axe I les plus représentés sont les troubles psychotiques (période explorée actuelle ou vie entière) avec 37,4 % ( $n=79$ ), les troubles de l'humeur (période explorée actuelle ou vie entière) avec 31,4 % ( $n=66$ ), les troubles anxieux (période explorée actuelle ou vie entière) avec 23,2 % ( $n=49$ ), les troubles addictifs (période explorée actuelle) avec 17,2 % ( $n=36$ ) et les troubles du comportement alimentaire (période explorée actuelle) avec 1,9 % ( $n=4$ ).

Tous ces diagnostics ont été vérifiés par les psychiatres des différentes unités afin d'établir un diagnostic consensuel. La comparaison des prévalences diagnostiques a donné lieu à des calculs de coefficient de concordance Kappa pour chaque catégorie diagnostique. Il existe une bonne, voire une très bonne concordance diagnostique, selon les normes définies par Cohen, car l'ensemble des coefficients de Kappa sont supérieurs à 0,66 ( $p < 0,001$ ) [12].

La prévalence diagnostique relative aux troubles de la personnalité a été établie, à partir du SCID II, sur 211 participants. Dans notre échantillon, 26,8 % ( $n=55$ ) ne présentaient aucun trouble de personnalité, 26,8 % ( $n=55$ ) présentaient un unique trouble et 46,3 % ( $n=95$ ) au moins deux troubles de personnalité. Parmi les personnes présentant au moins un trouble de personnalité, la comorbidité était également majoritaire (63,3 %,  $n=95$ ).

Les troubles de l'axe II les plus représentés sont les troubles de personnalité relatifs au cluster B « dramatisation, émotivité et conduites excentriques » (57,3 %,  $n=118$ ) avec le trouble de la personnalité antisociale (37,9 %,  $n=78$ ), *borderline* (27,5 %,  $n=57$ ),



narcissique (17,4 %,  $n = 36$ ) et histrionique (2,4 %,  $n = 5$ ). Viennent ensuite les troubles appartenant au cluster A « bizarrerie et originalité » (36,7 %,  $n = 76$ ) avec le trouble de personnalité paranoïaque (21,6 %,  $n = 54$ ), schizotypique (11,6 %,  $n = 24$ ) et schizoïde (9,2 %,  $n = 19$ ). Enfin, 24,8 % ( $n = 51$ ) des troubles appartiennent au cluster C « anxiété et inhibition » avec le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (14,6 %,  $n = 30$ ), évitante (9,7 %,  $n = 20$ ) et dépendante (5,3 %,  $n = 11$ ).

Comme pour les données relatives à l'axe I, tous ces diagnostics ont été vérifiés par les psychiatres des différentes unités afin d'établir un diagnostic consensuel. La comparaison des prévalences diagnostiques a donné lieu à des calculs de coefficient de concordance Kappa pour chaque catégorie diagnostique. Il existe une bonne concordance diagnostique, selon les normes définies par Cohen, car l'ensemble des coefficients de Kappa sont supérieurs à 0,74 ( $p < 0,001$ ) [11].

En incluant dans une même analyse, les données recueillies à partir de la MINI et la SCID II, 13,4 % ( $n = 26$ ) de notre échantillon ne présentait aucun diagnostic, que ce soit sur l'axe I ou sur l'axe II. Par contre, 54,1 % des participants présentaient au moins un diagnostic sur l'axe I et sur l'axe II.

Nous avons également pu évaluer la présence d'antécédents psychiatriques dans notre échantillon. Nous avons défini un antécédent psychiatrique comme la fréquentation, avant l'arrestation, d'un service psychiatrique ou psychosocial, résidentiel ou ambulatoire. Ces données sont disponibles pour 217 participants. Parmi eux, 71,7 % ( $n = 157$ ) ont des antécédents psychiatriques. Soixante et onze pour cent ( $n = 112$ ) des patients, ayant des antécédents psychiatriques, avaient déjà été en contact avec un hôpital psychiatrique. Et pour près d'un tiers de ces derniers, ils avaient fréquenté au moins deux institutions psychiatriques ou psychosociales avant leur arrestation.

#### 4. Discussion

À notre connaissance, il s'agit ici de la première étude nationale qui analyse dans le cadre d'un projet de recherche systématique la population de défense sociale. Cette étude avait pour principal objectif de décrire la patientèle internée à l'EDS de Tournai en se basant sur les données sociales, délictueuses et cliniques.

Nous avons pu recueillir le consentement informé de près de deux tiers de la population actuellement internée. Nous ne pouvons évidemment pas extrapoler nos résultats à l'ensemble de la population de défense sociale, mais d'après les différents intervenants et évaluateurs, aucune caractéristique clinique évidente ne permet de distinguer la population qui a accepté de participer de celle qui a refusé.

La durée de séjour en EDS est longue et approche les 8 ans. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer. Le premier est lié au statut parfois considéré comme ambigu de la défense sociale. Comme indiqué plus haut, le placement en EDS n'est pas considéré comme une peine mais comme le résultat d'une expertise concluant à la présence d'un trouble mental. Mais il s'agit aussi, et son nom l'indique bien, de défendre la société de certains individus ayant commis des délits parfois très graves. Il n'est donc pas rare d'avoir affaire à des patients qui voient leur état mental s'améliorer par l'instauration d'un traitement efficace, mais ne voient pas leurs demandes de libération acceptées par les CDS, et ce, explicitement, du fait de la gravité de leur délit. Également, certains patients, multirécidivistes, présentant des critères cliniques ou personnels de récidive ou résistants au traitement, doivent rester au sein de l'EDS pour une très longue période. Nous connaissons les difficultés d'orienter vers un lieu de vie certains patients après un séjour hospitalier en psychiatrie. Cette difficulté est particulièrement vécue en EDS car la stigmatisation, et parfois l'abord complexe qu'ils nécessitent, limite énormément l'élaboration d'un projet de sortie.

La prévalence des délits à caractère sexuel est très importante. Elle s'explique par deux éléments fondamentaux. Le premier est de considérer de plus en plus tout acte d'agression sexuelle comme un trouble psychiatrique. L'évolution idéologique, issue principalement du DSM, tend à élargir les critères des paraphilies. Ainsi, le DSM-IV, puis le DSM-V ont amendé le critère A du trouble pédophilique en rajoutant aux critères classiques de « fantasmes imaginaires sexuellement excitantes et d'impulsions sexuelles survenant de façon répétée ou intense », la notion de « comportements répétés ou intenses » [13]. Cette modification a poussé de plus en plus d'experts américains, puis européens, à considérer les actes sexuels délictueux répétitifs comme des troubles mentaux, justifiant un internement.

Ensuite, rappelons encore que la loi de défense sociale est une mesure de sûreté du public contre certains délinquants dangereux, qualifiés, selon les termes de la loi d'« anormaux » ou de « délinquants d'habitude ». Les magistrats, chargés de décider une procédure d'internement, veilleront donc à placer en EDS les délinquants sexuels, dont le risque hypothétique de récidive est fortement connoté socialement.

Les troubles psychotiques représentent les troubles de l'axe I les plus fréquemment rencontrés en EDS. Ce résultat se rapproche des données de Cosyns et al. [3]. La différence de prévalence entre l'échantillon investigué par Pham et al. (16 % de patients schizophrènes) et le nôtre (37,4 % de patients psychotiques) tient entre autres des critères d'inclusion du premier échantillon et à la définition plus restrictive du concept de schizophrénie par rapport à la définition plus générale de la « psychose », utilisée dans le présent travail [2]. En Belgique, un relatif consensus existe pour considérer que la notion de « démence » de l'article 1 de la loi de défense sociale s'applique aux patients psychotiques [2].

Le MINI est un outil qui permet de détecter plusieurs troubles, sans en considérer l'un comme principal ou un autre comme secondaire. C'est ainsi qu'on peut expliquer la prévalence finalement élevée de troubles anxieux et de l'humeur. À l'exception de certains troubles mélancoliques ou bipolaires, ils sont rarement à l'origine du délit et de l'internement mais ils ont un impact fondamental sur la qualité de vie du patient à l'intérieur de l'EDS [14].

Les troubles addictifs ont été estimés à 17,2 %. Cette spécificité tient à un principe généralement admis qu'une toxicomanie ne constitue pas un motif d'internement. Les patients présentant un problème d'addiction sont plus fréquemment orientés vers des structures de soin spécialisées en dehors des EDS.

Les troubles de personnalité sont fréquents. Près de 3/4 des patients évalués présentaient un trouble de personnalité selon la SCID. Le cluster B est le plus fréquemment rencontré. C'est au sein de ce cluster qu'on définit la personnalité antisociale. La place des patients antisociaux et psychopathes fait débat au sein de l'EDS [15,16]. Nous ne disposons à ce jour que de peu de moyens d'intervention et l'incurabilité est souvent la règle chez les patients présentant un profil de dangerosité élevé. Pham et al. ont comparé les scores de psychopathie entre les populations en prison et en EDS et ont montré une prévalence légèrement supérieure au sein de la population carcérale (prévalence diagnostique hypothétique entre 5 et 8 % en EDS et entre 9 et 12 % en prison) [2]. Cette différence est au cœur du paradoxe de la loi de défense sociale.

Plus globalement, notons la prévalence de patients ne présentant aucun diagnostic sur l'axe I. En majorité, il s'agit de patients présentant un retard mental. Cette population, explicitement citée dans la loi de défense sociale, reste le parent pauvre de la prise en charge, tant les interventions restent limitées.

Les antécédents psychiatriques sont fréquents. Rares sont les patients de défense sociale qui n'ont pas fréquenté un service psychiatrique avant leur délit. Les abords préventifs, tant du point de vue psychiatrique que criminologique, sont dès lors indispensables. Ces derniers éléments nous permettent d'insister sur la

création d'un véritable trajet de soins pour patients internés. D'une part, un effort doit être fait dans la prévention des délits chez les patients psychiatriques. On le sait, ces derniers sont particulièrement à risque de développer des conduites délictueuses. Mais les stratégies efficaces et validées manquent encore.

D'autre part, les connexions entre les prisons, les EDS et les structures alternatives doivent être renforcées. C'est dès l'ordonnance d'internement que le travail doit commencer par une véritable concertation sur des projets individualisés. Le long délai d'attente dans les prisons avant d'arriver en EDS est préjudiciable pour des patients fortement fragilisés. Ce délai doit être mis à profit pour initier un trajet de soins individualisé. Lorsque le patient est en EDS, les contacts avec l'extérieur sont difficiles et limitent les possibilités de libération à l'essai. L'EDS est un maillon nécessaire dans le parcours de soins d'un patient mais évidemment pas la fin de son parcours. Multiplier les contacts avec les structures d'accueil en aval et assurer un quota de places réservées à cette population participeront d'un travail plus efficace et accéléreront la déstigmatisation.

Plusieurs limites peuvent être évoquées. Nous n'avons pas pu recueillir le consentement informé de tous les patients de l'EDS. Comme indiqué plus haut, nous avons exclu les patients en crise, ainsi que ceux qui étaient considérés comme incapables d'assumer la passation des tests. Certains patients ont également refusé de participer à l'étude, mais leur nombre est très limité.

Le recueil d'informations anamnestiques est restreint quant aux types de troubles sexuels chez les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Nous ne disposons que de leur qualification légale. Les débats sont actuellement nombreux quand il s'agit de sélectionner le meilleur outil de détection des troubles sexuels. Le DSM-V nous livre une classification des paraphilies qui remodèle celle du DSM-IV, ce qui traduit l'insatisfaction des experts dans le domaine. Néanmoins, la qualification légale des délits sexuels nous permet une première tentative de classification en fonction de la sévérité des actes et du type de victimes.

Enfin, si notre étude est prospective, elle n'est pas longitudinale. À l'avenir, le recueil de données répétées sur une longue période permettra de mieux appréhender et connaître la population de défense sociale.

## 5. Conclusion

Inédite en Belgique francophone, cette étude a le premier mérite d'avoir réuni chercheurs et cliniciens dans le projet commun de mieux connaître les patients. À l'aide d'une méthodologie rigoureuse, nous avons pu dresser un tableau de la population rencontrée

en EDS. Hétérogène, elle se caractérise par un nombre important de troubles psychiatriques comorbides et de troubles de la personnalité. Près d'un tiers de l'échantillon ne présente pas de trouble psychiatrique selon le DSM-IV et nous retrouvons un nombre important de patients internés pour des faits de nature sexuelle. Ces données nous permettent d'insister sur la création d'un véritable trajet de soins pour patients internés.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Arboleda-Flórez J, Weisstub DN. Psychiatrie médico-légale. Envergure, responsabilités éthiques et conflits de valeurs. *Sante Mentale Quebec* 2006;31(2): 193–214.
- [2] Pham TH, Saloppé X, Bongaerts X, et al. L'expertise dans le cadre de la loi de défense sociale en Belgique : repères diagnostiques et recommandations. *Ann Med Psychol* 2007;165:49–55.
- [3] Cosyns P, Koeck S, Verellen R. Mentally disturbed offenders in Flanders. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50:63–8.
- [4] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatr [Engl Ed]* 1998;159:22–33.
- [5] Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatr [Engl Ed]* 1997;12:224–31.
- [6] Wechsler D. Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes. 3<sup>e</sup> ed. (WAIS-III) Paris: Édition du centre de psychologie appliquée; 2000.
- [7] Wechsler D. Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes, forme révisée (WAIS-R). Paris: Édition du centre de psychologie appliquée; 1989.
- [8] First, Spitzer, Gibbons, et al. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1997.
- [9] Association AP. Diagnosis and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [10] Bouvard M, Fontaine-Buffer M, Cungi C, et al. Preliminary studies of the structured diagnostic interview for personality disorders: SCID II. *L'Encéphale* 1999;25:416–21.
- [11] SPSS Inc. SPSS for Windows, Version 12.0. Chicago, SPSS Inc.
- [12] Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. NJ: Hillsdale; 1988.
- [13] First MB, Frances A. Issues for DSM-V: unintended consequences of small changes: the case of paraphilias. *Am J Psychiatry [Engl Ed]* 2008;165(10): 1240–1.
- [14] Saloppé X, Pham TH. The impact of mental disorders on quality of life perceived by patients discharged from a security psychiatric hospital. *L'Encéphale* 2007;33(6):892–901.
- [15] Pham TH, Saloppé X. Psychopathy and axis-I and axis-II syndromes in forensic facility. *Int J Forensic Ment Health [Engl Ed]* 2010;9(3):205–14.
- [16] Pham TH, Saloppé X. Influence of psychopathy on self-perceived quality of life in forensic patients: a cohort study in Belgium. *J Forensic Psychiatry Psychol [Engl Ed]* 2013;24(1):31–47.