Année 2022 / 2023

Thèse

Pour le

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat
par

Stanislas MARTIN

Né le 7 janvier 1986 à Troyes (10)

Dissociation et psychopathie : une étude exploratoire des corrélats psychopathologiques lors des demandes d'hospitalisation à l'UHSA de Fleury-les-Aubrais

---

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2023 devant un jury composé de :

Président du jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du jury :

Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Coralie LANGLET, Psychiatrie, PH, EPSM Georges Daumézon - Fleury les Aubrais

Directeur de thèse : Professeur Robert COURTOIS, Faculté d'Arts-et-Sciences Humaines – Tours

RESUME

Introduction : Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) accueillent des patients détenus aux profils hétérogènes qui nécessitent une hospitalisation complète dans une unité psychiatrique. L'objectif de l'étude est d'explorer les caractéristiques psychopathologiques (trouble de personnalité antisociale, psychopathie, expériences dissociatives, trouble de stress post-traumatique (TSPT)) des patients admis à l'UHSA et leurs impacts sur les demandes d'hospitalisation et les séjours réalisés.

Méthode : L'échantillon était constitué de tous les patients hospitalisés à l'UHSA de Fleury-les-Aubrais (45°400) entre novembre 2022 et mai 2023. Ces participants ont été sollicités et ceux qui ont accepté ont répondu à des échelles auto-rapportées (LSRP pour la psychopathie, DES pour l'expérience dissociative, PCL-5 pour le TSPT et le DSM-XC pour un screening des troubles psychiatriques). Les caractéristiques cliniques (par la recherche des troubles psychiatriques, mais aussi par une hétéroévaluation de la psychopathie à l'aide de la PCL-R) des répondants et des non-répondants ont été établies. Une déclaration de conformité à la CNIL a été réalisée auprès du délégué à la protection des données (DPO). Le traitement des données a été réalisé par une approche non-paramétrique (Chi2, corrélations de Spearman et Test U de Mann-Whitney), ainsi que par une classification non-hiérarchique (méthode de k-moyennes) pour permettre une approche en clusters.

Résultats : 113 patients ont été hospitalisés sur la période considérée, mais seuls 50 patients (44% du total) ont accepté de répondre aux questionnaires en auto-évaluation. Le groupe des non-répondants se caractérisait par des scores de psychopathie plus élevés, avec une augmentation du facteur « Antisocial » (facettes « Comportement antisocial » et « Style de vie impulsif »), plus que celle du facteur « Interpersonnel » (facettes « Relation interpersonnelle » et « Froideur émotionnelle »). Ces non-répondants étaient aussi plus jeunes, présentaient davantage de troubles schizophréniques, de troubles de la personnalité et ils avaient des durées de séjour plus importantes. Au sein du groupe des répondants, on a observé des corrélations modérées à fortes entre des expériences dissociatives et d'une part *(i)* des traits de psychopathie (qui concernaient surtout le profil « psychopathie secondaire » de la LSRP) et d'autre part *(ii)* un TSPT (particulièrement pour le critère D « Altérations négatives » (DSM-5)). L'approche en clusters permet de comparer les sujets ayant les corrélats psychopathologiques les plus élevés (expériences dissociatives et traits de psychopathie) qui sont aussi ceux qui présentent le plus de souffrance clinique (troubles anxiodépressifs, troubles schizophréniques et expériences dissociatives). L'examen des demandes d'hospitalisation à l'UHSA a permis de constater qu'à peine 37% concernaient des motifs d'ordre psychiatrique et que seuls 58% des patients avaient réussi à exprimer une demande individuelle (oral ou écrite), qu'il s'agisse d'un amendement de leur trouble, d'une adaptation de leur traitement ou simplement d'un séjour de rupture.

Discussion : Les résultats de cette étude éclairent l'importance de facteurs psychopathologiques (symptômes dissociatifs, traits psychopathiques, symptômes de stress post-traumatique) qui ne sont pas évalués de manière systématique en psychiatrie, notamment en UHSA. Ils pourraient améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients. Malgré ses limites, cette étude constitue une première approche en UHSA sur ce sujet.

Mots clés : Psychiatrie légale, UHSA, Psychopathie, dissociation, trouble de stress-post-traumatique, demande d'aide.

ABSTRACT

Introduction Special full-time inpatient hospital units (UHSA) receive inmate patients with heterogeneous profiles who require complete hospitalization in a psychiatric unit. The aim of the study is to explore the psychopathological characteristics (antisocial personality disorder, psychopathy, dissociative experiences, posttraumatic stress disorder (PTSD)) of patients admitted to the UHSA and their impacts on aid request and on their stay at the UHSA.

Methods The sample consisted of all patients hospitalized at the UHSA of Fleury-les-Aubrais (45°400) between November 2022 and May 2023. These participants were solicited and those who agreed answered self-report scales (LSRP for psychopathy, DES for dissociative experience, PCL-5 for PTSD and DSM-XC for screening psychiatric disorders). Clinical characteristics (with psychiatric disorders research and an assessment scale using the PCL-R) of respondents and non-respondents were established. A declaration of compliance with the CNIL has been made to the Data Protection Officer (DPO). Data analysis were performed with a non-parametric approach (Chi2, Spearman correlations and Mann-Whitney U Test), and a non-hierarchical classification (k-means clustering) to allow a cluster approach.

Results 113 patients were hospitalized over the period considered, but only 50 patients (44% of the total) agreed to answer self-report scales. The group of non-respondents was characterized by higher psychopathy scores. Their "Antisocial" factor's score ("Antisocial behavior" and "Impulsive lifestyle" facets) was superior to their "Interpersonal" factor ("Interpersonal relationship" and "Emotional coldness" facets). These non-respondents were also younger, had more schizophrenic disorders, personality disorders and their hospitalization rate was more important. Among respondents, we observed correlations (moderate to high) between dissociative experiences and psychopathic traits (it mainly concerned the "secondary psychopathy" profile of the LSRP), but also with PTSD (particularly for Criterion D "Negative Alterations" (DSM-5)). Cluster approach allowed us to compare the subjects with high psychopathological correlates (dissociative experiences and psychopathy traits) who are also those who present the most clinical suffering (anxio-depressive disorders, schizophrenic disorders and dissociative experiences). The assessment of aid requests in the UHSA reported that less than 37% aid request were for psychiatric issues. Furthermore, only 58% of patients had made individual requests (oral or written) like amendment of their disorder, adaptation of their treatment or simply a rupture's stay.

Discussion The findings of the study indicate the importance of psychopathological factors (dissociative symptoms, psychopathic traits, post-traumatic stress symptoms) which are not systematically assessed in psychiatry, particularly in UHSA. They could improve the diagnosis and the quality of patients care. Despite its limitations, this study constitutes a first approach in UHSA on this subject.

Key words: Legal psychiatry, UHSA, psychopathy, dissociation, psychotraumatic stress disorder, aid request.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

****

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE (†) - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....Cardiologie
APETOH Lionel .....Immunologie
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....Cardiologie
BACLE Guillaume.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David .....Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas .....Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle .....Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien .....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....Cardiologie
BERNARD Louis .....Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....Urologie
BUCHLER Matthias.....Néphrologie
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles .....Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....Anatomie
DI GUISTO Caroline .....Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan .....Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent .....Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....Thérapeutique
HANKARD Régis.....Pédiatrie
HERAULT Olivier .....Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....Physiologie
LABARTHE François .....Pédiatrie
LAFFON Marc .....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....Pneumologie
MARRET Henri.....Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....Pédiatrie
MOREL Baptiste.....Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....Physiologie
REMERAND Francis.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BISSON Arnaud.....Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....Physiologie
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie

HOARAU Cyrille ..... Immunologie
KERVARREC Thibault ..... Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie ..... Dermatologie
LEFORT Bruno ..... Pédiatrie
LEJEUNE Julien ..... Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien ..... Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas ..... Médecine d'urgence
PARE Arnaud ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl ..... Bactériologie
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline ..... Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure ..... Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences
NICOGLOU Antonine ..... Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald ..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain ..... Médecine Générale
BARBEAU Ludivine ..... Médecine Générale
CHAMANT Christelle ..... Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle ..... Médecine Générale
PAUTRAT Maxime ..... Médecine Générale
RUIZ Christophe ..... Médecine Générale
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie ..... Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric ..... Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie ..... Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille ..... Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud ..... Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

Ma gratitude va en premier lieu au Professeur Robert Courtois : j'ai bénéficié de son investissement sans limites. Rendez-vous fréquents, à distance, par téléphone, en temps de vacances y compris. Sa bienveillance et la sagacité de son jugement ont permis de me remettre en question. Je dois même remercier son épouse Colombe, qui a permis mes intrusions dans leur domicile, m'invitant à déjeuner.

Je remercie le Professeur Vincent Camus qui préside mon jury de thèse, ainsi que le Professeur Wissam El Hage qui en fait partie. La clarté de leurs enseignements m'a été bénéfique, je les remercie de porter attention à ce travail. Je veux aussi remercier chaleureusement le Professeur Frédérique Bonnet-Brilhault, qui m'a beaucoup apporté par son enseignement en pédopsychiatrie, par sa manière de concevoir l'hôpital public et le métier même de médecin. Sa qualité de relation m'a permis d'avancer, son style relationnel est un exemple pour moi.

Merci aussi à Coralie Langlet d'avoir permis que je puisse réaliser cette modeste étude dans le service de l'UHSA où elle travaille comme cheffe de pôle. Ses remarques et sa disponibilité m'ont été utiles. Son respect des patients détenus est un exemple pour tous les médecins de l'hôpital public. Sa bienveillance à l'égard des internes dont je fais partie, sa qualité d'écoute et son attitude toujours très professionnelle à l'égard des collègues forcent le respect.

Je remercie Hélène Estepa, absente pour la soutenance, mais présente durant la rédaction de ma thèse qu'elle a relue. Elle a creusé le sillon dans lequel je me suis faufilé : son sujet de thèse a été pour moi un appui : sa revue de littérature (citée dans cette thèse) mais aussi ses connaissances sur les sujets qui m'intéressaient m'ont servi pour permettre à ce travail de prendre forme.

Je veux également formuler des remerciements comme il est d'usage et surtout parce que ce fut un plaisir de travailler avec eux, chacun à sa manière, tous ceux qui ont été responsables ou accompagnateurs dans ma formation au cours de cet internat. Je pense aux premiers psychiatres avec lesquels j'ai travaillé et qui m'ont presque tout appris de l'entretien psychiatrique et du raisonnement diagnostique qui me passionne toujours grâce à eux : Anaïs Vandevelde, Johanne Breton, Marc Nasr et Jérôme Bachellier, ainsi que toute l'équipe soignante du service des urgences psychiatriques du CHU de Tours, c'est aussi grâce à eux que j'ai appris à prescrire et à gérer des situations complexes d'agitation. Parmi ceux qui ont participé à ma formation de psychiatre, je veux citer évidemment Mériadec Pierre Le Seac'h et Sandrine Cognet qui m'ont formé à la CPU de Tours, ainsi que Sami El Maziani qui a été mon co-interne durant ce deuxième semestre (et qui m'a appris par son savoir-faire déjà impressionnant). Je veux aussi évoquer tous les membres de l'équipe soignante et infirmière avec laquelle j'ai travaillé avec plaisir. Je remercie aussi Ugo Ferrer Catala, Thomas Gargot et toute l'équipe de pédopsychiatrie de liaison et du CRA au CHU de Tours (mention toute spéciale à Agnès Deffe qui sait combien je lui dois pour diverses raisons). A l'EPSM de Fleury-les-Aubrais, je veux dire merci à

Nicolas Mouly et Feriel Gali avec lesquels j'ai travaillé dans le service Van Gogh, ainsi qu'à toute l'équipe de ce même service (Patricia Dagorn, infirmière coordinatrice, en particulier), merci à Arnaud Bagdasarian qui m'a supporté comme colocataire (ainsi que ma femme Elise) durant ce semestre hivernal. Dans le service de l'UHSA où j'ai réalisé ma thèse, je remercie Lucie Leroux ainsi que toute l'équipe des formidables soignants qui s'occupent de patients qui suscitent parfois le plus de rejet. Enfin, je remercie Raphaël Serreau et Anne-Marie Brieude, ainsi que toute l'équipe d'addictologie de l'EPSM de Fleury-les-Aubrais avec lesquels j'ai la joie de travailler actuellement. Enfin, je remercie Romain Vasseur et toute l'équipe du CPAU de Daumezon, ainsi que les médecins généralistes qui nous aident dans les situations somatiques parfois difficiles.

De plus, chaque interne passé à Daumezon sait combien Sophie François est un pilier pour la cohésion des médecins, en particulier des internes : elle a été précieuse par ses nombreux conseils, son calme habituel, son sourire espiègle, son bon sens et sa capacité d'accueil, merci à elle !

Un merci tout spécial à mon cher Philibert Duriez, ami, témoin de mariage et collègue dans la même spécialité : il a été le premier à m'encourager à reprendre les études de médecine. Il a eu du flair... Merci aussi à ma marraine Geneviève et mes oncles Luc et Marc qui ont eu un rôle précieux dans mon retour en médecine, matériellement et relationnellement. Je veux enfin remercier mes chers parents qui m'ont vu évoluer tout au long de mon parcours sinueux et ô combien passionnant (non sans quelques frayeurs certainement). Inutile de préciser pour quelle raison je suis plein de gratitude à leur égard. Peut-être sont-ils désormais satisfaits…

Merci enfin à ma chère femme Elise (le meilleur est pour la fin). Elle a été à mes côtés durant presque tout mon retour en médecine (dès la quatrième année), elle a suivi mes espoirs et mes angoisses, mes réussites et mes échecs, ma joie de débuter la psychiatrie à Tours, elle m'a aidé aussi à la rédaction de cette thèse par son savoir-faire et sa dextérité au clavier (informatique pour cette fois…). A moi de la soutenir désormais dans son parcours universitaire et artistique qui se poursuit et ne fait certainement que commencer !

LISTE DES ABREVIATIONS

APA American Psychiatric Association

ASPD Antisocial Personality Disorder

ATDS Autre Trouble Dissociatif Spécifié

CAPP-IRS Comprehensive Assessment of. Psychopathic Personality–Institutional Rating Scale

CD Conduct Disorder (Trouble des Conduites)

CIM Classification internationale des maladies

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPOS Centre pénitentiaire d'Orléans Saran

CPP Code de Procédure pénale

DES Dissociative Experiences Scale

DMS Durée Moyenne de Séjour

DPO Délégué à la protection des données

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux)

DSM-XC DSM-5 Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure

DSP Dispositif de soins psychiatriques

EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EPSM Etablissement Public de Santé Mentale

ET écart-type

HAS Haute autorité de santé

HO Hospitalisation d'Office

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales

LSRP Levenson Self-Report Psychopathy Scale

PCL-R Psychopathy Checklist Revised

PPI-R Psychopathic Personality Inventory-Revised

LOPJ Loi d'Orientation et de Programmation pour la Justice

OMS Organisation mondiale de la santé

PAN Partie apparemment normale

PCL-5 Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5

PCL-M Posttraumatic Stress Disorder Checklist for Military,

PCL-S Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale

PCL-C Posttraumatic Stress Disorder CheckList Civilian Version

PE Partie émotionnelle

QI Quotient Intellectuel

RGPD Règlement Général sur la Protection des Données

SASRQ Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire

SCID-II Structured Clinical Interview for DSM Disorders

SMPR service médicaux psychologiques

SPDRE Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat

SRP(-SF) Self-Report Psychopathy (Scale Short Form)

TDI Trouble dissociatif de l'identité

TDNS Trouble Dissociatif Non Spécifié

TPA Trouble de personnalité antisociale

TSPT Trouble de stress post-traumatique

UCSA Unité de Consultations de Soins Ambulatoires

UHSA Unité hospitalière de soins aménagés

UHSI Unité hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD Unité pour malades difficiles

USIP Unité de soins intensifs psychiatriques

USMP Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

INTRODUCTION 15

Aspects cliniques et théoriques 15
I - Les unités hospitalières spécialement aménagées (uhsa) 15
1. La santé en prison, une histoire 15
2. Les niveaux de soins 15
3. L'UHSA en France 16
4. Demande d'aide 18
5. L'UHSA de Fleury-les-Aubrais 18
II - La psychopathie 20
1. Introduction 20
2. Epidémiologie 21
3. Histoire 21
4. Diagnostics de psychopathie 22
5. Psychopathie et anxiété 27
III - Troubles dissociatifs et traumatisme 28
1. Introduction 28
2. Epidémiologie 29
3. Histoire 30
4. La dissociation comme continuum 32
5. Dissociation et traumatisme 32
6. Classifications 35
7. Facteurs neurobiologiques 36
8. Comorbidités 37
IV - Synthèse des troubles chez les détenus et en uhsa 38
1. Psychopathie et trouble de personnalité antisociale 38
2. Trouble dissociatif et trouble de stress post-traumatique 39
3. Comorbidités des troubles psychopathologiques 39
Problématique et objectifs 40

METHODE 42

I - Participants 42
II - Outils 43
1. Le dossier remis au patient 43
2. Les diagnostics psychiatriques établis en UHSA 45
3. Hétéroévaluation de la psychopathie 45
III - Procédure 45
IV - Traitement des données 47

RESULTATS 48

I - L'échantillon complet 48

1. Résultats descriptifs 48
2. Comparaison « Répondants / Non-répondants 48
II - Le groupe « Répondants » 49
1. Inclusion 49
2. Résultats descriptifs 51
3. Comparaisons d'évaluations proches 51
4. Recherche de comorbidités entre les corrélats psychopathologiques 52
5. Analyse des corrélats psychopathologiques en fonction du niveau élevé de l'un d'entre eux 54
6. Analyse des individus ayant les scores les plus élevés pour l'ensemble des corrélats psychopathologiques 55
III – Analyse de la demande d'aide 57
1. Résultats descriptifs 57
2. Impact des troubles sur la demande d'aide 57

DISCUSSION 58

I - Synthèse des résultats 58
II – Discussion de ces résultats par rapport à la littérature 59
1. Statistiques descriptives 59
2. Corrélats psychopathologiques 60
3. Demande d'aide 61
III - Limites 62
IV - Implications de la recherche 63
V - Perspectives 65
VI - Conclusion 66

BIBLIOGRAPHIE 68

ANNEXES 78

INTRODUCTION

ASPECTS CLINIQUES ET THEORIQUES

I - LES UNITES HOSPITALIERES SPECIALEMENT AMENAGEES (UHSA)

1. La santé en prison, une histoire

La notion de soins aux détenus s'institutionnalise par l'arrêt du 9 décembre 1944 avec l'obligation pour tout établissement pénitentiaire d'avoir un service médical et médico-psychologique (Moreau, 2010). Plus tard, la loi du 29 décembre 1972[1] est votée pour promouvoir les soins somatiques et psychologiques en prison. La fameuse définition de la santé de l'OMS (1947) comme un « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » s'installe plus avant en prison (Moreau, 2010). En 1986, c'est la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), avec aujourd'hui 28 secteurs (c'est l'application de la sectorisation psychiatrique à la prison).

Entre l'arrêt de 1944 et 1994, la médecine en prison s'appelle la « médecine pénitentiaire », terme impropre résultant de la contraction de « médecine en milieu pénitentiaire ». La prise en charge des soins des détenus relève de la seule compétence de l'administration pénitentiaire. C'est suite à l'épidémie du VIH dans les années 80 et de l'état d'urgence qui en résulte que la loi du 18 janvier 1994 crée les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) pour les soins somatiques[2]. Globalement, la santé en prison s'organise en USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire), avec un dispositif de soins somatiques (DSS) et un dispositif de soins psychiatriques (DSP).

2. Les niveaux de soins

Les dispositifs de soins psychiatriques sont organisés en trois niveaux rappelés dans un rapport du Sénat sur la détention[3] :

[1] Loi 72-1226 du 29 décembre 1972
[2] Rapport de commission d'enquête, 2000
[3] (*Groupes de travail (Sénat)*, 2018)

- Le premier niveau : les consultations ambulatoires des médecins (et infirmiers) qui interviennent dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), dans les maisons d'arrêt, les centres de détention, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR).
- Le deuxième niveau : l'hospitalisation de jour en SMPR ou, dans certains cas, par une USMP qui n'a pas de SMPR.
- Le troisième niveau : l'hospitalisation à temps complet au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) rattachée à un établissement de santé, ou dans l'hôpital psychiatrique du secteur (EPSM), voire au sein d'une unité pour malades difficiles (UMD) si les critères cliniques le justifient.

3. L'UHSA en France

Les UHSA sont des dispositifs de recours de niveau 3, dont la création institutionnelle date de la loi d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ) du 9 septembre 2002 (Moreau, 2010). Son déploiement n'est cependant effectif qu'en 2010. Elle fait suite à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)[4] en 2000, dévolues aux soins non psychiatriques. Durant les années 90, on notait une réticence de la communauté hospitalière des médecins psychiatres à admettre des patients détenus. Dans les unités d'hospitalisation complète des services de psychiatrie ces détenus y étaient toujours hospitalisés sans consentement, sous un mode appelé « HO D398 » (Moncany et al., 2019). On n'admettait pas que l'hospitalisation en psychiatrie puisse relever d'un choix consenti par un détenu, avec le risque que les droits des patients détenus ne soient pas toujours respectés, notamment du fait d'une hospitalisation en isolement systématique.

En pratique, ce dispositif s'est déployé progressivement dans neuf villes, correspondant aux neuf directions interrégionales des services pénitentiaires (Lille-Seclin, Nancy, Rennes, Orléans, Toulouse, Lyon, Bordeaux, Marseille, Villejuif), entre mai 2010 et février 2018. La capacité d'accueil en UHSA est d'environ 440 places, pour des patients des deux sexes, mineurs et majeurs (circulaire du 18 mars 2011[5]). Leur objectif est d'avoir une prise en charge de qualité équivalente à celle des services de psychiatrie en soins libres tout en limitant les risques d'évasion par une sécurité renforcée (de Labrouhe et al., 2017). L'unité d'hospitalisation est en

[4] Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

5 LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1)

effet enserrée dans une enceinte pénitentiaire[6] (selon la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé[7]). Il devrait bientôt y avoir trois nouvelles structures UHSA, dans le contexte d'une nouvelle visite de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2023.

Depuis 2011[8], selon la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, les patients détenus ont la possibilité de faire une réelle *demande d'aide*. Il y a donc deux modalités d'admission, de proportion équivalente chacune (Moncany et al., 2019)[9] : une admission volontaire en soins libres, à la demande de la personne détenue ou une admission contrainte, par décision préfectorale, pour des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SPDRE). Cette demande d'aide est parfois floue, avec des raisons somatiques ou mentales qui interagissent dans la demande de soins en UHSA. Il y est donc parfois répondu de façon très variée, selon les possibilités des UHSA (les taux d'extraction[10] pour des soins somatiques variant d'un à huit selon les UHSA (IGAS, 2018)).

D'après le dernier rapport sur les UHSA de cette même inspection (2018), dans la population fréquentant ces unités, on retrouve :

- Une importante féminisation, par rapport à la population détenue écrouée, avec par exemple un taux d'environ 10% de femmes hospitalisées entre 2014 et 2017 (contre environ 4% environ de femmes détenues écrouée et hébergée) (IGAS, 2018; Moncany et al., 2019).
- Une sur-morbidité somatique et psychique et une surmortalité somatique par rapport à la population générale.

[6] Selon le rapport (évaluation, 2018) Il appartient aux équipes soignantes de solliciter l'intervention des personnels pénitentiaires à l'intérieur des unités qui viennent prêter main-forte.

[7] Art. L. 6111-1-2 du code de la santé publique : «Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins : « 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du CPP ; «2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ; «3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ; « 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.« Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code ».

[8] LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1)

[9] Notre étude ne semble pas refléter les statistiques nationales sur ce point.

[10] « L'extraction est l'opération par laquelle un détenu est conduit sous surveillance en dehors de l'établissement de détention, lorsqu'il doit comparaître en justice, ou lorsqu'il doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire, ou plus généralement lorsque l'accomplissement d'un acte ne pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire a été reconnu absolument nécessaire et compatible avec la situation de l'intéressé » (Code de procédure pénale, Section 2, Des transfèrements et des extractions, Article D292).

- Les affections psychotiques et les troubles de la personnalité sont les plus fréquemment rencontrés en UHSA (de Labrouhe et al., 2017), dans des proportions très supérieures à ce qui est observé à l'extérieur et au sein de la détention.
- La possibilité d'hospitaliser des adolescents sur dérogation du principe pénitentiaire de séparation des majeurs et des mineurs en détention (Buyle-Bodin et al., 2019).
- La demande de soins (libres donc) oscillerait entre 35 et 70% (Moncany et al., 2019)

4. Demande d'aide

Dans le dernier rapport de l'IGAS, il est dit que les UHSA ne jouent pas assez le rôle de structure de secours, en particulier vis-à-vis des SMPR. Les pratiques seraient considérées comme trop hétérogènes (activités partiellement retracées, files actives variées, pas d'indicateurs sur l'efficience des services, délais de séjour variant du simple au triple…), l'absence de pilotage territorial et national conduirait à « exclure les patients des UHSA des parcours de soins ou induirait des admissions inappropriées » (IGAS, 2018). On rapporte que 45,6 % des patients hospitalisés en hospitalisation sans consentement (SDRE) déclarent qu'ils accepteraient les soins libres en cas de nécessité d'une nouvelle hospitalisation. 84,8 % de l'ensemble des patients interrogés déclarent souhaiter poursuivre des soins en détention et 77,6 % déclarent souhaiter la poursuite des soins psychiatriques après la détention (de Labrouhe et al., 2017).

Les files actives en UHSA selon le rapport IGAS de 2018 s'échelonnent de 186 à 404 patients par an. S'agissant des hospitalisations en soins libres, elles représenteraient 30 à 75 % des séjours (en moyenne, 55%). D'après l'IGAS, les variations entre les UHSA ne seraient pas dues à un faible taux de demande, mais à des différences dans la gestion physique des files actives et dans les stratégies cliniques. Les besoins en hospitalisations ne sont pas tous couverts loin de là : en 2017, 4000 détenus auraient été hospitalisés dans un établissement public de santé mentale (EPSM) selon les dispositions D. 398 du Code de Procédure Pénale, 1500 à 2000 détenus par ans bénéficieraient du niveau 2 (SMPR) et 200 détenus seraient hospitalisés en UMD/ USIP (Unités malades difficiles / Unités de soins intensifs psychiatriques). Les patients hospitalisés en UHSA seraient au nombre de 2000 par an, soit 25% des hospitalisations nécessaires a priori.

5. L'UHSA de Fleury-les-Aubrais

L'unité qui a mobilisé notre attention se situe dans le département du Loiret, au nord d'Orléans, légèrement à distance de l'EPSM Daumezon de Fleury-les-Aubrais dont elle fait

partie. Elle est constituée de deux unités de vingt lits, enserrées dans une ceinture pénitentiaire. Actuellement, chaque unité n'accueille que 10 patients depuis l'année 2021 en raison d'un manque d'effectif (médical et paramédical). Les statistiques de l'UHSA de Fleury-les-Aubrais en 2022 rapportent 266 séjours pour 201 patients (dont 16 femmes) dans la file active, soit 183 hospitalisations sans consentement (68,80%), 83 hospitalisations libres (31,20%). La durée moyenne de séjour (DMS) est de 23,2 jours par patient. On notait sur cette même année 2022 : 200 condamnés (75,19%) pour 66 prévenus (24,81%), 114 (42,86%) faisant l'objet d'une procédure criminelle et 152 (57,14%) d'une procédure correctionnelle.

Les diagnostics retenus (principal et associé) selon les statistiques internes[11] à l'UHSA de Fleury-les-Aubrais étaient :

- La schizophrénie et son spectre (trouble délirant, personnalité schizotypique) : 54,51% des patients
- Les troubles de personnalité et du comportement : 26,69%
- Les troubles de l'humeur : 14,66%
- La déficience intellectuelle : 0,38%

Cet établissement compte actuellement deux praticiens hospitaliers à mi-temps, deux postes d'internes en psychiatrie. Il y a deux équipes d'infirmiers diplômés d'Etat et aides-soignants, deux cadres de santé, une assistante sociale, une psychologue présente deux jours par semaine, une psychomotricienne présente un jour par semaine. Les patients bénéficient d'activités thérapeutiques variées (cuisine, yoga, Jin Shin Jyutsu, sport, « qu'en dit-on ? » …). L'équipe des surveillants pénitentiaires (pilotés par un officier) est dans ses locaux et n'intervient dans les unités que pour la distribution des « cantines » (commandes d'aliments ou autres objets réalisées par les patients) ou des renforts dans des cas de danger pour l'équipe soignante (menaces de passage à l'acte hétéroagressif). Les patients arrivent en provenance d'établissements pénitentiaires du territoire administratif de la région (pilotée depuis la maison d'arrêt de Dijon) et on retrouve parmi eux :

- La Maison d'arrêt d'Auxerre
- La Maison d'arrêt de Blois
- La Maison d'arrêt de Bourges

[11] A consulter sur place

- Le Centre de détention de Châteaudun
- Le Centre de détention de Châteauroux
- Le Centre de détention de Joux la Ville
- La Maison d'arrêt de Nevers
- Le Centre pénitentiaire d'Orléans-Saran (CPOS)
- La Maison centrale de Saint-Maur
- La Maison d'arrêt de Troyes
- Le Centre de détention de Villenauxe-la-grande
- On peut également accueillir des patients pour des séjours de rupture d'autres UHSA, ainsi que de l'UHSI

II - LA PSYCHOPATHIE

1. Introduction

La psychopathie est à la fois un concept, un type ou un trouble de personnalité, pour certains un trouble neurodéveloppemental de la personnalité (Decety, 2020), voire « un mode particulier de l'être au monde » (Wulff, 2008). Sur le plan symptomatologique, il s'agit d'individus peu (ou pas) sensibles aux autres, sans culpabilité et plutôt sûrs d'eux-mêmes, n'ayant pas le souci des (responsabilités (y compris légales) et de leurs engagements, volontiers transgressifs et impulsifs. Ce trouble peut contenir d'autres troubles de personnalité (narcissique (Nioche et al., 2010; T. Pham & Côté, 2000, p.42), antisociale). Premier trouble de la personnalité reconnu en psychiatrie (Gillespie et al., 2023; Millon & Davis, 1998), les psychiatres en parlent toujours alors qu'il s'agit davantage d'un concept issu de la psychologie. Cependant, il continue de susciter de nombreux travaux, notamment en population générale (Gagnon, 2011). Il n'existe pas dans le DSM mais il peut se retrouver dans certains troubles de personnalité, en particulier ceux du Cluster B du DSM-5 (2013), parmi lesquels les troubles narcissique (Lynam, 2011), borderline et histrionique (Sarkar et al., 2011). Qu'on le considère comme une catégorie ou un continuum (Decety, 2020; Pham et al., 2007), on s'accorde à dire aujourd'hui que ce trouble comprend différentes facettes, décrites pour la première fois par le Dr Hervey Cleckley dans son ouvrage « *The mask of sanity » (*1941) (Cleckley, 1988). Avant de décrire davantage ces éléments symptomatiques et diagnostiques, donnons d'abord quelques chiffres.

2. Epidémiologie

a. En population générale

La prévalence de la psychopathie en population générale serait de 1% chez les femmes et 3% chez les hommes (HAS, 2005). Si on utilise de l'échelle de Levenson (LSRP), les taux de prévalence des traits psychopathiques répertoriés au sein de la population générale oscilleraient entre 2 % et 13 % (Savard et al., 2014).

b. En milieu carcéral

La première étude épidémiologique en milieu carcéral datant de 1918, menée par Sheldon Glueck (1896-1980) rapporte une prévalence de 18,90% de psychopathie en prison (Pham & Côté, 2000), p.35). Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2005), elle pourrait aller jusqu'à 30%. En réalité, le chiffre est très variable, notamment en raison des frontières établies du construit « psychopathie ». Elle varie selon les pays, selon les diagnostics utilisés et selon les sources : citons par exemple le chiffre de 50 à 80 % pour la personnalité antisociale (Pham & Côté, 2000), contre 5 à 10% pour la personnalité psychopathique pour d'autres auteurs (Pham, 2013).

3. Histoire

a. Des représentations morales aux classifications européennes

Les premières représentations d'hommes sans culpabilité, plutôt sûrs d'eux-mêmes et transgressant les règles sont décrites sous le regard de la morale. Citons par exemple le philosophe péripatéticien Théophraste (372-287 av. JC) et son ouvrage *Les Caractères* (*ca*. 319 av. J.-C), un recueil de défauts ou de vices (plus que de personnalités). Parmi les trente descriptions de ceux-ci, on y trouve, selon les traductions, celle de « l'impudent », « l'image d'un coquin », ou encore « de l'effronterie par intérêt »[12].

Le XIXe siècle voit différentes descriptions de patients dans les classifications psychiatriques françaises et allemandes. Philippe Pinel (1745-1826) décrit *« un exemple d'une sorte d'emportement maniaque sans délire »* (Pinel, 1809), pose la question du *« naturel*

[12] (Théophraste, 1799) *: « L'effronté est du genre, d'abord, à se rendre chez celui-là même qu'il ne rembourse pas, pour lui demander un emprunt. Il est homme, ensuite, à dîner chez autrui après avoir offert un sacrifice dont il a fait retirer les viandes pour les mettre en saumure. Il appelle son serviteur et lui donne la viande et le pain qu'il a chipés sur la table, en disant à la cantonnade: "Régale-toi, Tibios !". En faisant ses courses, il rappelle au boucher qu'il lui a rendu service et, debout près de la balance, y jette de préférence un morceau de viande ou, à défaut, un os pour le bouillon : s'il a pu en attraper, tant mieux, sinon, il chipe sur le comptoir un peu de tripes et se débine en riant ».*

pervers et indisciplinable » de ces patients et note leurs comportements antisociaux (*« procès »*, *« amendes »*). Valentin Magnan (1835-1916) et son élève Paul Maurice Legrain (1860-1939) réutilisent le terme de *« maniaques lucides »* (*« avec conservation de la conscience, à base d'obsessions, d'impulsions et d'inhibitions insurmontables »*) (Magnan & Legrain, 1895). Bénédict Augustin Morel (1809-1873) décrit la théorie de la dégénérescence (Morel, 1857) et Cesare Lombroso (1835-1909) celle du criminel-né (Faugeras, 2009) : elles entérinent toutes les deux l'importance de la génétique (l'hérédité) dans les maladies mentales.

b. Origine des termes actuels

Les *troubles de personnalité* sont spécifiquement reconnus à partir des années vingt (Pham & Côté, 2000). Ernest Dupré (1862-1921) utilise le terme de « *déséquilibre* », qui reste dans le langage courant ou la presse en France. Emil Kraepelin (1856-1926) utilise les termes d' « *états psychopathiques* » évoquant déjà les descriptions de Cleckley et Hare (mensonge, charme, loquacité, manque de responsabilité…). Aux Etats Unis, on préfère *antisocial* et en Allemagne *sociopathique* (Birnbaum, 1914) qui invoque le rôle de la société dans la genèse du trouble. On trouve aussi (en Allemagne) *psychopathe* (Julius Ludwig August Koch, 1888 (Wulff, 2008)), utilisé pour être opposé à la psychose (Schneider, 1923). C'est l'argument caractérologique plutôt que sociologique : un individu, une personnalité inhabituelle s'écartant de la moyenne (et non de la « norme »). Ces auteurs allemands évoquent une faiblesse de caractère, un mal incurable, qui provoque des conduites criminelles notamment.

4. Diagnostics de psychopathie

a. Les critères fondamentaux

Dans la première moitié du XXe siècle, on trouve deux auteurs qui publient la même année leur travail sur la psychopathie. Karpman (Karpman, 1941), psychanalyste américain, distingue en 1941 la psychopathie *idiopathique* (*primaire ou vraie psychopathie)* et la psychopathie *symptomatique (secondaire ou fausse psychopathie)*, avec ses conduites antisociales à visée défensive, par réaction émotionnelle (Pham & Côté, 2000). L'américain Hervey Cleckley (1903-1984) publie son ouvrage « *The mask of sanity* » (Cleckley, 1988) (1941) qui va devenir la référence du trouble. Il s'agit d'une collection d'études de cas, rapportée par l'auteur, suite à des entretiens réalisés en détention (mais aussi hors détention). Il va identifier seize critères qui sont restés comme étant la base de départ des échelles de psychopathie d'aujourd'hui (Figure 1).

Figure 1 : Caractéristiques de la psychopathie selon Cleckley (Pham & Côté, 2000, p. 38)

1. Charme superficiel et bonne « intelligence »
2. Absence de délires ou de tout autre signe de pensée irrationnelle
3. Absence de « nervosité » ou de manifestations psychonévrotiques
4. Sujet sur qui on ne peut compter
5. Fausseté et hypocrisie
6. Absence de remords et de honte
7. Comportement antisocial non motivé
8. Pauvreté du jugement et incapacité d'apprendre de ses expériences
9. Egocentrisme pathologique et incapacité à aimer
10. Réactions affectives pauvres
11. Incapacité d'introspection
12. Incapacité de répondre adéquatement aux manifestations générales qui marquent les relations interpersonnelles (considération, gentillesse, confiance, etc.)
13. Comportement fantaisiste et peu attirant lorsque sous l'effet de l'alcool, voir même sans ledit effet d'alcool
14 – Rarement porté au suicide
15. Vie sexuelle impersonnelle, banale et peu intégrée
16. Incapacité de suivre quelque plan de vie que ce soit

La rédaction du DSM par l'association américaine de psychiatrie (APA) a probablement joué un rôle dans les rééditions de la liste du Dr Cleckley, puisque ce dernier ne précise pas s'il parle de psychopathie ou de trouble de personnalité antisocial. Il utilise les deux dans son livre. La question des comportements objectivables et quantifiables se posera pour le diagnostic et deviendra l'élément dominant, évitant les théories et les critères de personnalité qualitatifs.

b. Le DSM et la CIM

Initialement (DSM-I et II, en 1952 et 1968), on trouve l'expression « *sociopathic personality disturbance* », les autres dénominations (*« antisocial reaction », « constitutional psychopathic state », « antisocial personality »*) étant considérées comme relativement équivalentes (Crego & Widiger, 2015). Ce flou persiste jusqu'au DSM-5 (2013), puisqu'on peut y lire au « *trouble de la personnalité antisociale* » (TPA) : *« Ce tableau a aussi été nommé* psychopathie, sociopathie, *ou* personnalité dyssociale *»*[13] (la CIM préfère ce dernier terme). On note que les critères 2 (« Absence de délires ou de tout autre signe de pensée irrationnelle ») et 3 (« Absence de « nervosité » ou de manifestations psychonévrotiques ») de la liste de Cleckley ont été affinés avec le temps : le critère « D » du trouble de la personnalité antisociale (du DSM-5) dit : « *les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant* ***l'évolution***

[13] DSM -5

d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire ». Ce qui revient à dire que l'on peut être atteint de schizophrénie et présenter un trouble de personnalité surajouté.

c. La « psychopathy » de Hare

1- Un diagnostic des comportements ?

Aux Etats-Unis, depuis les années quatre-vingt notamment, le psychologue Robert Hare (né en 1934) s'intéresse à la récidive criminelle, notamment chez les psychopathes (Wulff, 2008). Il va élaborer une *psychopathy checklist* (la PCL) comprenant les critères pour repérer de tels sujets. Il se base sur les travaux du psychiatre Hervey Cleckley. Robert Hare met l'accent sur le comportement des psychopathes, dans le but d'être plus objectif. Ses travaux estiment à 80% la proportion de TPA et 20% celle des psychopathes en détention. 50% des délits les plus graves (meurtres et viols répétés) seraient réalisés par des psychopathes. On retrouve également dans le DSM III (en 1980) la même approche : dogme de « l'a-théorie » (Demazeux, 2013), exclusivité du vérifiable, de l'objectivable. Aux USA, comme dans le DSM, le terme « *antisocial personality disorder* » (ASPD) est privilégié, faisant suite au « *conduct disorder* » (CD) des enfants et adolescents, avec la même volonté de rester sur le comportement, plus facile à étudier. C'est en grande partie pour cela que le terme de psychopathie n'apparaît plus dans les classifications internationales (HAS, 2005). En réalité, s'il y a un fort chevauchement théorique et empirique, les diagnostics ne sont pas réellement équivalents : la psychopathie est un concept plus large que la sociopathie. L'approche comportementale de la psychopathie est impactée par le critère « opérationnel » (Pham et al., 2007) de la psychiatrie depuis le DSM III.

Tableau 1 : Echelle de psychopathie de Hare, 2003 (Pérez et al., 2015)

FACTOR 1	**FACTOR 2**
FACET 1 : INTERPERSONAL	**FACET 3 : LIFESTYLE**
1. Glibness / superficial charm 2. Grandiose sense of self-worth 4. Pathological lying 5. Conning / manipulative	3. Need of stimulation / proneness to boredom 9. Parasitic lifestyle 13. Lack of realistic, long-term goals 14. Impulsivity 15. Irresponsibility
FACET 2 : AFFECTIVE	**FACET 4 : ANTISOCIAL**
6. Lack of remorse or guilt 7. Emotionally shallow 8. Callous / lack of empathy 16. Failure to accept responsibility for own actions	10. Poor behavioral control 12. Early behavioral problems 18. Juvenile delinquency 19. Revocation of conditional release 20. Criminal versatility
ITEMS THAT DID NOT SATURATE ANY FACTOR	
11. Promiscuous sexual behavior 17. Many short-term marital relationships	

2- La vision dimensionnelle, un diagnostic intégral ?

La révision de la première PCL (en 1980) devient la PCL-R (1991 puis 2003). Cette version décrit deux facteurs (traits fondamentaux et déviance sociale) qui se déclinent chacun en deux facettes (« *interpersonal* » et « *affective* » pour le premier, puis « *lifestyle* » et « *antisocial* » pour le second). Seuls deux items ne rentrent dans aucune facette : le 11, traduit par « *promiscuité sexuelle* », et le 17, traduit par « *nombreuses cohabitations de courte durée* ». Selon Robert Hare, le TPA du DSM-III (1980) pècherait par une description exclusive du deuxième facteur et passerait donc à côté de l'ensemble du trouble (Crego & Widiger, 2015; Dutton, 2012, p.94). Il y maintient une dichotomie (Hare & Neumann, 2008) entre le qualitatif (tradition d'Hervé Cleckley) et le quantitatif (le DSM de 1980), entre le clinique (psychologique) et l'empirique (comportementaliste).

3- La psychopathie infraclinique

Mais la vision dimensionnelle de la psychopathie est aussi renforcée par l'idée de psychopathie infraclinique (Shaw-Cloutier, 2022), qui se distingue de la psychopathie pathologique de Hare. Elle se retrouve dans la population générale, à travers des traits de personnalités, plutôt qu'à travers des profils types. C'est pourquoi, le score est plutôt en-dessous du seuil habituellement retenu pour le diagnostic, mais les corrélations peuvent exister en-dessous de ce seuil avec des actes posés par ces personnes (actes violents par exemple (Shaw-Cloutier, 2022)). Certains de ces traits sont parfois acquis ou adaptatifs dans diverses

professions, (monde des affaires, de l'armée, du divertissement) (Decety, 2020). Des moyens de les mesurer sont développés, comme l'échelle autorapportée de Levenson (LSRP pour *Levenson Self-Report Psychopathy*), qui est le seul instrument de mesure pour la psychopathie infraclinique disponible en langue française (Gagnon, 2011). Cette échelle est constituée de 26 énoncés mesurant les dimensions appelées primaire (seize premiers items) et secondaire (dix suivants) de la psychopathie, reprenant à la fois la dichotomie de Hare (dans la PCL-R), avec les termes de Karpman. Les biais associés à la désirabilité sociale sont minimisés en rendant les énoncés moins péjoratifs et certains items sont négatifs (par exemple : « ça me dérangerait que la réussite me vienne aux dépends d'un autre », item qui est plutôt l'apanage de patients avec un faible score de psychopathie).

4- La psychopathie fonctionnelle

Dans ce type d'approche, il a été décrit par certains auteurs des profils de patients ayant une dimension comportementale antisociale (ou secondaire ou facteur 2) peu marquée, mais une dimension narcissique ou interpersonnelle (ou primaire, ou facteur 1) plus marquée, ce pourquoi ils ne seraient jamais incarcérés. Ces auteurs (des psychologues (Dutton, 2015)) les appellent aussi les *« psychopathes qui réussissent »* (parfois appelés *« psychopathes à col blanc »*). Cette *« psychopathie fonctionnelle »* (qui fonctionne dans la société) s'intègre de façon adaptée à la communauté. Rester en-dessous du seuil (sur la deuxième dimension) et donc ne pas commettre de comportement criminel, c'est aussi un profil qui a pu être décrit par Cleckley dans son ouvrage cité plus haut.

Certaines études repèrent donc des sous-groupes au sein de la population, ayant suffisamment de facteurs protecteurs (niveau socio-économique, éducation, niveau intellectuel) pour être en-dessous du seuil pour se trouver dans la psychopathie infraclinique. Le cas de la psychopathie fonctionnelle serait donc un exemple de psychopathie infraclinique (sur le facteur 2), avec un seuil potentiellement dépassé sur l'autre dimension (facteur 1). Un autre outil utilisé dans ce cadre est le PPI (*Psychopathy Personality Inventory*) (Lilienfeld & Andrews, 1996), décrit par Scott Lilienfeld et Brian Andrews en 1996 (et révisé en 2005, le PPI-R). Il comprend 187 items et huit dimensions de la psychopathie. Ce questionnaire tente de décentrer la psychopathie de la population carcérale et médico-légale.

d. Déconstruire la psychopathie ?

L'usage de la vision plurifactorielle de Robert Hare a pénétré en Europe et la PCL-R est validée en français au Québec (Coté & Hodgins, 1991) durant les années 90. Elle est notamment utilisée en Belgique par Thierry Pham et son équipe, où elle a fait l'objet d'une évaluation psychométrique en milieu carcéral (Pham, 2013). Elle est toujours utilisée ainsi de façon quadri-

factorielle, même s'il existe un débat sur la pertinence d'autres visions (tri-factorielle par exemple) (Pham, 2018). Thierry Pham décrit aussi la psychopathie comme ayant une dimension qui correspond au trouble de personnalité narcissique (facteur 1) et une autre au trouble de personnalité antisociale (facteur 2) (Nioche et al., 2010), ce qui reprend des intuitions déjà existantes (Widiger et al., 1996). En effet, il existe également des corrélations entre le trouble de personnalité narcissique et la PCL-R. Cela veut-il dire que la psychopathie serait finalement un ensemble de deux troubles qui n'auraient jamais dû être reliés ensemble ?

e. Autres échelles

Plus récemment a été développé une évaluation élémentaire de la psychopathie (EPA) (Collison et al., 2016), avec une forme « super-courte » à 18 items.

Dans les échelles auto-rapportées, il existe aussi la *Self-Report Psychopathy scale* (SRP). Ce questionnaire est basé sur la PCL-R et comprend 64 items pour sa forme complète (SRP-III) et 28 pour sa forme abrégée (SRP-SF), avec cinq réponses possibles (de 1 à 5). La forme complète est validée en population générale. Il n'y a pas de seuil pour affirmer le diagnostic (Gordts et al., 2017 ; Gagnon, 2011).

Enfin, il existe une échelle qui apprécie les variations de la psychopathie : la *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality–Institutional Rating Scale* (CAPP-IRS). Elle contient 33 symptômes répartis en six domaines : celui de l'attachement, du comportemental, du cognitif, de la dominance, de l'émotionnel et le domaine de soi. Le score varie entre 0 et 198 (Delannoy et al., 2017).

5. Psychopathie et anxiété

a. Neuropsychologie

La psychopathie est habituellement un trouble que l'on croit généralement caractérisé par de graves déficiences émotionnelles (Archer & Wheeler, 2013). On attribue aussi aux psychopathes un comportement de parfait hédoniste, motivé par la recherche de sensations et excités par le danger.

En réalité, le déficit pourrait porter sur une faible expérience de la peur et de l'anxiété (émotion insuffisamment intense lors de l'anticipation de la punition ou d'un évènement négatif). Ceci empêcherait l'absence d'apprentissage de la sanction, de l'incarcération, de la blessure physique après les comportements antisociaux réalisés et finalement une difficulté à profiter de la punition. Ils auraient du mal à apprendre par évitement passif. Au contraire, leur conduite serait désinhibée, engendrant un déficit de socialisation.

Normalement, lorsqu'on avertit quelqu'un qu'une sensation désagréable va être infligée

(un signal sonore avant une décharge électrique par exemple), il se produit une réaction d'inhibition. On note pourtant que ces personnes présentent une fréquence cardiaque similaire ou supérieure aux patients non-psychopathes et une faible activité électrodermale (Hare & Craigen, 1974) lorsqu'on leur administre un choc électrique en les prévenant de ce choc. Robert Hare appelle cela un *« mécanisme d'adaptation actif »* (Hare et al., 1978).

En résumé, un stimulus aversif provoque chez le psychopathe une augmentation de la fréquence cardiaque par anticipation adaptative, ce qui a pour effet de diminuer l'impact émotionnel des indices de punition.

b. Imagerie

Sur le plan de l'imagerie fonctionnelle, on retrouve une réduction du volume de matière grise dans le cortex préfrontal des patients présentant un trouble de la personnalité antisociale (Raine et al., 2000), un corps calleux d'épaisseur et de longueur plus importante chez les personnes psychopathes (Pham, 2008). Concernant la gestion de l'anxiété et des traumatismes, l'amygdale est au centre des mécanismes émotionnels. Elle intervient dans le système défensif lié à la peur, comme on peut le dire souvent dans le cas du syndrome de stress post-traumatique. Il existe une étude qui s'intéresse au volume de l'amygdale qui rapporte une corrélation négative de ce volume avec le niveau de psychopathie à la PCL-R (Pham, 2008).

III - TROUBLES DISSOCIATIFS ET TRAUMATISME

1. Introduction

> *« L'option la plus pratique, pour eux[14], est d'éviter mentalement d'affronter ce passé et ce présent non traités, douloureux, et de maintenir autant que faire se peut une* ***façade de normalité*** *»* (Hart et al., 2017).

La dissociation est un concept ancien (1845) (Moreau de Tours, 1845 ; Kédia, 2009 ; Tapia et al., 2023), bien que redécouvert récemment, presque à la mode, ambigu (Fareng & Plagnol, 2014) pour certains, en tout cas sans consensus actuel quant à sa définition (Saillot, 2019 ; Tapia et al., 2023). Ce manque de consensus touche en particulier la terminologie française (Kédia, 2009), depuis qu'il a été utilisé par le français Moreau de Tours (1804-1884) en 1845. Après une période importante de naissance du concept (1850-1920), une période d'oubli ou d'éclipse (1920-1970) (Saillot, 2019) est survenue, notamment en raison de la

[14] Sous-entendu : les personnes ayant vécu un traumatisme

prépondérance de la psychanalyse durant cette période, puis du behaviorisme (Meares & Barral, 2021). Le retour aux études sur la dissociation suscite plusieurs formes. Si l'idée d'un continuum entre les expériences de dissociation normales et pathologiques existe, ce n'est peut-être pas étranger à la notion de psychiatrie dimensionnelle. Certains pensent que cela engendre parfois une confusion dans le diagnostic (Saillot, 2017). Cependant, depuis les années 2000, les troubles dissociatifs font l'objet de nombreuses études dans le champ de la psychotraumatologie (ou « psychotrauma ») (Kédia, 2009). D'après le DSM-5, il s'agit d'expériences de « perturbation », de « discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement »15.

2. Epidémiologie

Selon le DSM-5 (2013), qui cite des chiffres d'études américaines sur des échantillons en population générale, on retrouve les prévalences suivantes :

- Pour les troubles « dépersonnalisation/déréalisation », on retrouve des symptômes transitoires chez la moitié des adultes environ (quelques heures à quelques jours). Le chiffre est moindre mais inconnu sur 12 mois de symptômes. Enfin, il est de 2% sur la vie entière avec un sexe ratio de 1/1.
- Pour le trouble « amnésie dissociative », on retrouve une prévalence de 1,8% sur 12 mois, avec 1% chez l'homme et 2,6% chez la femme.
- Pour le trouble dissociatif de l'identité (TDI), on retrouve une prévalence de 1,5% sur 12 mois avec 1,6% chez l'homme et 1,4% chez la femme (TDI).

Selon une étude plus récente (Loewenstein, 2018), les troubles dissociatifs concerneraient environ 9,1% de la population générale (à New York, en 2006), 12,2% (au Canada, en 1991), voire 18,3% (en Turquie, en 2007). Sur la population psychiatrique, on pourrait retrouver un trouble dissociatif chez environ 10% des patients (Hingray, 2018), voire 16% (Lazignac et al., 2005). Ces chiffres varient selon les outils de dépistage ou de diagnostic que l'on utilise.

Enfin, concernant le syndrome de stress post-traumatique, une étude internationale rapporte une prévalence vie entière de 3,9% (transnationale) de ce syndrome sur la totalité d'un échantillon, avec la moitié qui ont des symptômes persistants. Il faut noter que les disparités

[15] DSM-5

entre pays vont de 2,1% à 5,0% selon cette étude (les chiffres étant plus élevés lorsque les pays développés). La prévalence vie entière chez les personnes ayant rapporté un évènement traumatique s'élève à 5,9%, avec à nouveau une variation entre 3,0% et 6,9% selon le même sens des revenus moyens des pays (Koenen et al., 2017).

3. Histoire

a. Les prémisses de la dissociation

La théorie de Pierre Janet (1859-1947) est une synthèse des connaissances sur la dissociation, appelée aussi « synthèse classique » (Saillot, 2019), à partir de plusieurs expériences ou concepts : les traumatismes de la guerre de Sécession (années 1860s), les accidents des voies de chemin de fer, les descriptions des pratiques effectuées par les magnétiseurs et hypnotiseurs (descriptions de dissociation de la conscience, de la mémoire et de la personnalité). On trouve parmi ces dernières les séances de somnambulisme du marquis de Puységur (1751-1825), celles du magnétisme de Joseph Deleuze (1753-1835). Janet s'intéresse également aux descriptions variées de cas étonnants (celles de Charles Despine (1777-1852) ou d'Hippolyte Taine (1828-1893). Janet intègre aussi Charcot (1825-1893) et ses descriptions sur l'hystérie : celle-ci s'accompagnait d'idées subconscientes séparées de la conscience principale (Charcot estime que l'hystérie est la condition *sine qua non* de l'hypnose). Le concept d'hystérie finira par trouver sa place dans les troubles dissociatifs du DSM-III. Son origine placée dans l'utérus (d'Hippocrate au XIXe siècle) sera déplacée vers le cerveau par Paul Briquet (Mai & Merskey, 1980). Cette notion ancienne n'a disparu que tardivement des classifications et continue d'être utilisé dans le cadre des troubles de personnalité par de nombreux soignants.

b. La théorie de la dissociation de Janet

1- Les premiers concepts

Pierre Janet a d'abord réalisé un doctorat en philosophie avant de devenir psychologue et médecin. Il élabore des concepts dans sa thèse de philosophie (*L'automatisme psychologique*, 1889) (Janet, 1889) qu'il utilisera ensuite en médecine : subconscient, suggestion, idées fixes, automatisme psychologique (*« l'activité humaine dans ses formes les plus simples, les plus rudimentaires »* (Janet, 1889), p.20) total et partiel. Il décrit aussi le champ de la conscience : il s'agit d'un réceptacle du nombre maximum de données psychologiques contenues par la conscience qui va de la catatonie à la conscience (synthèse psychique). Dans sa thèse de médecine (*Contribution à l'état mental des hystériques*, 1893), il décrit la dissociation chez les patients hystériques. Enfin, à partir de 1900, il étudie la dissociation chez les non-hystériques

avec l'idée qu'il y a *continuité* entre les derniers puis les premiers.

2- La dissociation : une désintégration du psychisme

Pierre Janet décrit l'activité psychologique comme une association ou une synthèse des idées. En revanche, dans la dissociation, le psychisme subit un processus de *désintégration* (Meares & Barral, 2021), considéré comme une maladie de la mémoire, causé par un traumatisme. Dans cette désintégration, « *des fragments de personnalité, c'est-à-dire des fonctions mentales ou physiques, se détachent du moi par une sorte de vidange qui les place sous la conscience* » (ils deviennent subconscients) (Saillot, 2019). Un fragment de personnalité peut prendre le contrôle d'un individu selon deux modes différents. Soit il efface totalement la personnalité principale et le sujet n'en a aucun souvenir, c'est l'*amnésie dissociative*. Soit il fait intrusion et le sujet la perçoit partiellement, mais n'arrive pas à le rattacher à sa personnalité et le considère comme une manifestation extérieure (divinité, démon, esprit, personne morte, autre personne…), c'est la *dépersonnalisation*. Les deux « moi » (fragments de personnalité) sont alors comme des vases communicants s'échangeant leurs fonctions par vidange. Ce dédoublement se retrouve dans le somnambulisme naturel (crise d'hystérie) ou artificiel (hypnose par un thérapeute), dans le magnétisme, le médiumnisme.

c. Dissociation ou désorganisation ?

Le concept de schizophrénie est légèrement postérieur (1911) à celui de dissociation, mais une confusion s'est installée dès le début et a persisté jusqu'au DSM-III (1980). En France, la traduction du terme allemand « Spaltung » forgé par Bleuler est « dissociation », terme très utilisé par les psychiatres français pour « désorganisation ». Bleuler avait décrit la dissociation comme un syndrome vaste dans lequel on trouvait : l'impénétrabilité, la bizarrerie, le détachement et l'ambivalence… mais cela regroupait la psychose et les états-limites (Kédia, 2009). Jung et Bleuler ont rapproché dissociation et schizophrénie et ont présenté cela comme une innovation (1907) (Bottéro, 2001). Ils ont attribué à la schizophrénie un « abaissement du niveau mental » qu'ils ont rapproché de leur « relâchement des associations ». Entre hystérie et schizophrénie, il y avait pour eux une différence de degré et non de nature (Saillot, 2019). La première est réversible, la deuxième irréversible. La schizophrénie de Bleuler a pris toute la place (notamment en France). Lors de la rédaction du DSM-III (1980) (Bottéro, 2001), la dissociation a été comme transférée de la schizophrénie aux troubles dissociatifs. On observe toujours un vrai « chevauchement phénoménologique entre symptômes psychotiques et symptômes dissociatifs » (Hart et al., 2017, p.171), au point que certains auteurs imaginaient une disparition de la schizophrénie du DSM-5 (Bottéro, 2001) (ou une incorporation comme sous-type dissociatif (Sar, 2011)) avant qu'il soit publié, mais surtout au point que les troubles

dissociatifs sont encore largement méconnus.

4. La dissociation comme continuum

Aux Etats-Unis, la *dissociation* a pénétré sous le terme de *subliminal mind* forgé par William James (1842-1910) en 1896 (Spitzer et al., 2006), dans son ouvrage *Exceptional Mental States*. Son concept est plus large puisqu'il regroupe les aspects normaux et pathologiques, suivant davantage l'idée d'états de conscience modifiée. Herbert Spiegel, réutilise en 1963 le terme en premier et se réfère à un continuum des états de conscience modifiée allant de l'association à la dissociation (Spiegel, 1963). Si les troubles dissociatifs ont continué de susciter de l'intérêt aux Etats Unis, c'est aussi parce que certains événements historiques ont a pu rendre visible les troubles liés au stress et au traumatisme (Chu & Bowman, 2000) : la guerre du Vietnam, le mouvement féministe, puis la médiatisation des violences physiques et sexuels (Damsa et al., 2006; Lazignac et al., 2005). Durant les années 90 (Ross, 1996) est réapparue la notion de continuum entre le normal (les *symptômes d'absorption et d'imagination* (Boon & van der Hart, 2016) : rêverie, conduite sur autoroute, se perdre dans ses pensées, être inconscient de son environnement…) et le pathologique (les formes plus extrêmes : amnésie, dissociation de l'identité). En somme, une différence de degré plutôt que de nature. L'échelle DES (*Dissociative Expérience Scale*) est un outil de dépistage créé en 1986 (Bernstein & Putnam, 1986) qui recueille les symptômes dissociatifs dans ce type d'approche dimensionnelle.

5. Dissociation et traumatisme

a. Histoire

Le concept de dissociation s'est exporté outre-manche, puis outre-atlantique. Pendant la première guerre mondiale, a été décrit le phénomène du « *shell shock* » (ou « *obusite* »). Le psychologue britannique Charles Myers (1873-1946) y a étudié (Myers, 2012) et confirmé les théories de Janet, avec la description d'une fragmentation de la personnalité en partie émotionnelle (*emotionnal personality)* et partie apparemment normale (*apparently normal personality),* ce qui a été repris dans les années 2000 par Onno van der Hart et Ellert R. S. Nijenhuis, des auteurs néerlandais, ainsi que Kathy Steele. Ces auteurs estiment que pour les éléments normaux (absorption et imagination) il ne s'agit que d'un *rétrécissement ou d'une diminution de la conscience* et non de dissociation (Boon & van der Hart, 2016). La dissociation comprendrait toujours une division de la personnalité, avec un lien obligatoire à un traumatisme : c'est la lignée de Janet, Myers, van der Hart, Nijenhuis, Steele.

b. *Un facteur de risque*

D'un point de vue statistique, les traumatismes sont des facteurs de risque fréquents des troubles dissociatifs. Ainsi, dans le DSM, les troubles liés à un traumatisme ont une *relation étroite* (DSM-5, p. 345) avec les troubles dissociatifs, en particulier pour le TDI et l'amnésie dissociative. Les patients souffrant de troubles dissociatifs ont des fréquences élevées de traumatismes psychologiques infantiles, les plus fréquents parmi tous les troubles psychiatriques. Une étude rapporte les traumatismes suivants chez les personnes présentant un trouble dissociatif à l'âge adulte : violence et négligence sexuelles (57,1 % à 90,2 %), émotionnelles (57,1 %) et physiques (62,9 % à 82,4 %) pendant l'enfance (62,9 %) (Sar, 2011).

c. *La dissociation d'origine traumatique*

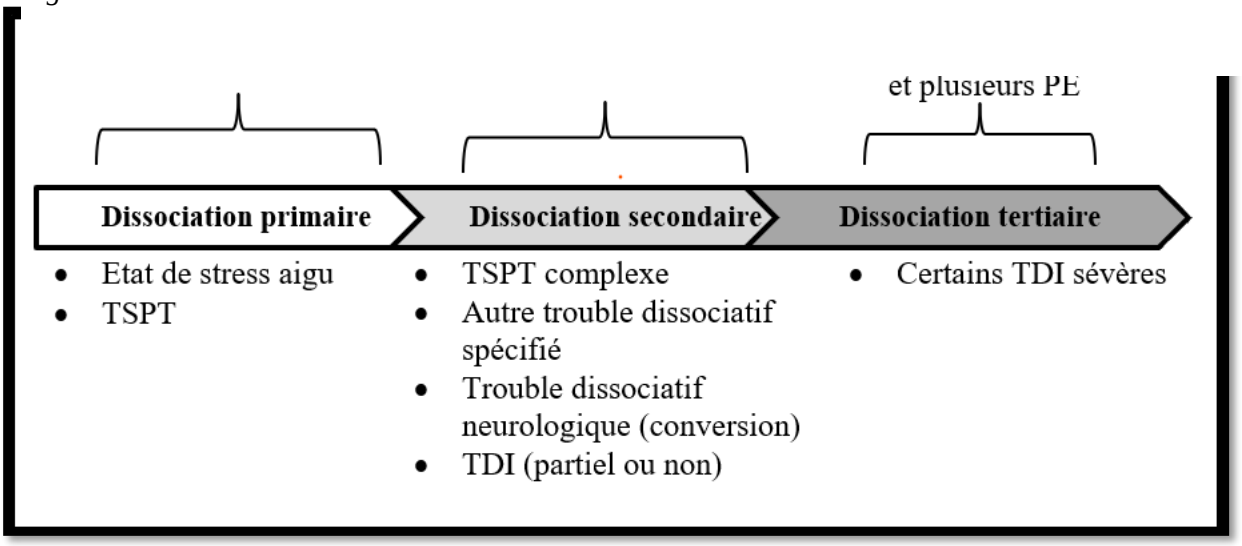
Janet a toujours relié trouble dissociatif et traumatisme, il parle même de *dissociation d'origine traumatique* (Saillot, 2017), qu'il appelle aussi modèle de « dissociation des idées et des fonctions » avec une origine traumatique. Il développe l'idée (appelée Loi Fondamentale de Janet) que plus un traumatisme est grave, moins il est fixé par la mémoire. D'où le rôle fondamental de l'amnésie selon lui. L'évènement traumatique est bien encodé, mais dans un autre lieu que la mémoire personnelle du sujet : il s'agit d'une sorte de mémoire parallèle à laquelle le sujet n'a pas accès. Janet considère la dissociation comme une maladie de la personnalité dans laquelle des idées et des fonctions sont décomposées, désunies. Quand elles sont réunies, cela constitue la conscience personnelle. L'expérience traumatique s'est donc détachée du « moi », elle existe comme dans un *îlot de souvenirs* (Saillot, 2017) (ressentis au moment de l'agression, avec des sensations corporelles, visuelles, olfactives), un véritable fragment de personnalité qui s'est séparé, dissocié (partie émotionnelle, PE sur le schéma). On trouve aussi dans cet îlot mémoriel, *une sorte d'émotion figée : l'état émotionnel du sujet au moment de l'agression.* Pour Janet, ce n'est pas un souvenir, mais un *acte subconscient* ou *automatique,* avec un autre « je » (d'où la division de la personnalité). Cette *mémoire souterraine* peut apparaître dans la vie de l'individu, causant ainsi les flashbacks, les crises d'angoisse, les crises de colère, certaines crises qui seront ensuite oubliées elles-mêmes. C'est tout le danger de la dissociation, car la mémoire traumatique échappe à la personnalité principale (partie apparemment normale, PAN), celle qui s'occupe de la vie quotidienne, évitant les rappels traumatiques.

d. *La dissociation structurelle de la personnalité*

Le contexte d'incertitude sur le concept même de dissociation incite certains auteurs à réaffirmer le rôle majeur du traumatisme dans la fragmentation structurelle de la personnalité. Il s'agit des travaux d'Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis et Kathy Steele, qui élaborent

un modèle de dissociation structurelle de la personnalité qui fait référence (Nijenhuis, 2006), que l'on retrouve développé dans le livre « *Le soi hanté* » (2010). Pour ces auteurs, *l'essence du traumatisme est la dissociation structurelle de la personnalité* (Hart et al., 2017). La dissociation est une organisation psychique particulière, comprenant des sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité, étanches entre eux, au fonctionnement plutôt rigide, dont la coordination est parfois défectueuse, incohérente. La théorie de cette dissociation structurelle de la personnalité *« suggère la façon dont les actions mentales et comportementales des survivants vont varier en fonction du type de partie dissociative qui exerce le contrôle exécutif »* (Hart et al., 2017, p.11). Cette théorie permet surtout de comprendre et de traiter les traumatisés chroniques qui échapperaient aux approches à court terme (les Thérapies Cognitivo-Comportementales et l'EMDR). Dans cette théorie, on décrit trois niveaux de dissociation structurelle dont le schéma suivant donne un aperçu (Figure 2) (Waldeck et al., 2021) :

Figure 2 : Les 3 niveaux de dissociation structurelle



e. Les symptômes dissociatifs

Les auteurs du *Soi hanté* (2010) ont résumé dans leur ouvrage les symptômes dissociatifs en quatre groupes que le tableau ci-dessous (Tableau 2) résume :

Tableau 2 : Catégorisation des symptômes dissociatifs (Van der Hart et al. 2010; Zimmerman & Piedfort-Marin, 2019) (Tarquinio & Auxéméry, 2022)

SYMPTOMES	PSYCHOFORMES (OU COGNITIVO--EMOTIONNELS)	SOMATOFORMES (OU SENSORIMOTEURS)
NEGATIFS	▪ Amnésie ▪ Dépersonnalisation ▪ Déréalisation	▪ Symptômes de conversion : perte de l'ouïe, vision, parole, odorat, goût, force

	▪ Restriction des affects ▪ « Perte » de talent ou capacités	dans les bras, jambes, paralysie ▪ Perte de sensation : la douleur, la faim, la soif, la chaleur, etc. ▪ Déconnexion avec le corps
POSITIFS	▪ Flashbacks ▪ Symptômes schneidériens de premier rang : voix commentant, se disputant, pleurant (interne), donnant des ordres ▪ Expériences d'influence de pensées, d'impulsions, d'actions, pensées volées ou insertion, hallucinations (liées aux traumas), délires (liés aux traumas), ▪ Expériences d'influence corporelle ▪ Intrusion de PE chez la PAN	▪ Douleurs ▪ Tics ▪ Mouvements involontaires (tremblements jusqu'à la fugue) ▪ Crises pseudo-épileptiques ▪ Perceptions sensorielles sans lien avec le « ici et maintenant » (hallucinations)

6. Classifications

a. Le DSM

- Les troubles dissociatifs font leur entrée dans le DSM en 1980 (Saillot, 2020), première version athéorique, aux côtés des troubles somatoformes et des troubles de stress. La version actuelle (2013) fait cohabiter les différentes définitions : on y retrouve à la fois la dissociation comme division de la mémoire traumatique et l'expérience dissociative plus continue entre normal et pathologique où la dissociation est essentiellement une altération de la conscience, un état de conscience modifié (Tapia et al., 2023). Cette dualité apparaît même dans l'usage des termes « symptômes positifs » (fragmentation de l'identité, dépersonnalisation, déréalisation) et « symptômes négatifs » (amnésie), usage initié par le groupe du *Soi hanté* (Hart et al., 2017), tout comme la distinction symptômes *psychoformes* et *somatoformes* (voir Tableau 2).
- Une limite parmi d'autres du DSM-5 serait l'absence de *troubles dissociatifs somatoformes* (troubles sensori-moteurs, que l'on trouve notamment chez les patients souffrants d'un TDI), ils font l'objet d'un chapitre différent, contrairement à la CIM (Boon & van der Hart, 2016). On trouve une classification plus simple, faite des troubles suivants :
- *Trouble dissociatif de l'identité (TDI)* : plusieurs états de personnalités distincts.

- *Amnésie dissociative* : perturbation de la mémoire autobiographique des traumatismes (ou évènements stressants).
- *Dépersonnalisation / Déréalisation* : expériences de détachement de soi (pensées, émotions, expérience du corps), de l'environnement.
- *Autre trouble dissociatif spécifié (ATDS)* : autres expériences spécifiques, comprenant les syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes, perturbations dues à des environnements coercitifs intense et prolongée, réactions dissociatives aigues à des événements stressants, transe dissociative.
- *Trouble dissociatif non spécifié (TDNS)* : reste des tableaux cliniques.

b. La CIM

La 11e version de la CIM (2019) est plus détaillée et englobe une partie des troubles somatoformes (du DSM) avec les symptômes neurologiques (Gysi, 2022). On y trouve :

- Le TDI.
- Le TDI partiel.
- Les troubles dissociatifs à symptômes neurologiques (avec perturbations visuelles ou acoustiques, avec vertiges ou étourdissements, avec d'autres perturbations sensorielles, avec crises non épileptiques, avec perturbations de l'élocution, avec parésie ou faiblesse, avec perturbation de la démarche, avec perturbations du mouvement, avec symptômes cognitifs).
- Amnésie dissociative.
- Trouble de dépersonnalisation/déréalisation.
- Trouble de transe.
- Trouble de transe de possession.

7. Facteurs neurobiologiques

Le fonctionnement du cerveau dans la dissociation est de plus en plus étudié, notamment grâce aux techniques d'imagerie fonctionnelle (IRMf). On décrit l'implication de structures telles que le cortex préfrontal (orbito-frontal et médiofrontal), des aires sensorielles associatives (temporales, pariétales et occipitales, le système limbique (amygdale, insula et gyrus cingulaire) à la fois dans la dépersonnalisation, le trouble dissociatif de l'identité et dans les états de stress post-traumatique (Damsa et al., 2006). Initialement, c'est la survenue d'expériences de type dépersonnalisation dans l'épilepsie du lobe temporal, les maladies cérébrovasculaires, les états

postencéphalitiques, la migraine et les traumatismes crâniens légers, qui a suggéré la mise en jeux de circuit neuronaux (Sierra & Berrios, 1998).

Dans la dépersonnalisation, la réponse du système nerveux autonome aux stimuli désagréables est diminuée, avec un état d'hypervigilance qui s'expliquerait par un mécanisme d'inhibition sélective du traitement émotionnel (Sierra et al., 2002). On aurait donc un système cérébral binaire : un circuit responsable de l'*état d'alerte* ou d'hypervigilance (activation du cortex préfrontal dorsolatéral droit et à une inhibition du cortex cingulaire antérieur, expliquant l'impression de « vide mental »), un autre responsable de *l'inhibition excessive de la réponse émotionnelle* (activation du cortex préfrontal gauche qui inhiberait l'amygdale (Sierra & Berrios, 1998)). D'autres études (Lanius et al., 2010) comparent le TSPT dissociatif au TSPT non-dissociatif. Elles exposent ainsi l'inhibition corticolimbique excessive dans les situations du TSPT dissociatif (dépersonnalisation, déréalisation) et l'échec de l'inhibition cortico-limbique dans les troubles de type reviviscence (symptômes intrusifs), comprenant une dérégulation des émotions qui implique une sous-modulation émotionnelle. Enfin, une autre étude (Brand & Lanius, 2014) rapporte des circuits neuronaux communs entre TSPT, trouble borderline et trouble dissociatif chronique. Il y aurait deux types de réponses à un traumatisme : la dissociation primaire (symptômes intrusifs, reviviscences) et la dissociation secondaire (symptômes dissociatifs, comme la dépersonnalisation, la déréalisation, l'insensibilité à la douleur). On retrouverait l'échec de l'inhibition corticolimbique dans le trouble borderline et les situations de dissociation primaire, tandis que l'inhibition excessive corticolimbique (appelée par certains *déconnexion limbique* (Sierra & Berrios, 1998)) serait retrouvée dans le groupe dissociation secondaire (dépersonnalisation, déréalisation) lors d'un rappel de la mémoire traumatique. Les patients souffrant d'un TDI vivraient les deux états décrits, selon qu'ils vivent en tant que PAN (dissociation secondaire), ou en tant que PE (dissociation primaire) (Brand & Lanius, 2014).

8. Comorbidités

Les troubles dissociatifs, classés auparavant dans les troubles de l'axe I (du DSM-III) peuvent être associés à d'autres troubles psychiatriques du même axe. Les patients souffrants de TDI et d'amnésie dissociative notamment, ont généralement de multiples comorbidités : troubles liés à un stress, troubles somatoformes (trouble de conversion en particulier), troubles anxieux et dépressifs, troubles de l'usage de substances, troubles du comportement alimentaire. Le trouble dépersonnalisation / déréalisation est plus rarement associé à un trouble de stress post-traumatique, il est plutôt associé aux troubles anxieux et aux épisodes dépressifs et au trouble dépressif unipolaire (DSM-5).

Les troubles de l'axe II sont également des comorbidités fréquentes : on retrouve les troubles de personnalité du Cluster B (68% pour une étude (Johnson et al., 2006)), en particulier le trouble de personnalité borderline (à plus de 70% selon certains auteurs), le Cluster C également (37% pour la même étude), le Cluster A (58%).

Le DSM-5 rappelle que dans le trouble dissociatif, on retrouve une *« appréciation intacte de la réalité »*, tandis qu'on trouve des *« idées délirantes de type nihiliste »* dans la schizophrénie. Dans ce cas, il s'agit davantage de diagnostic différentiel, puisque ces troubles peuvent avoir une apparence commune, mais avec des soubassements très différents : la schizophrénie est un trouble neurodéveloppemental, la dissociation est un manque d'intégration de certaines fonctions au sein de la personnalité, sans qu'il y ait eu nécessairement de trouble neurodéveloppemental.

IV - SYNTHESE DES TROUBLES CHEZ LES DETENUS ET EN UHSA

Plusieurs études montrent des corrélations entre les antécédents de traumatisme et de dissociation, mais aussi entre ces derniers et les antécédents de psychopathie (et de personnalité antisociale) (de Ruiter et al., 2022; Estepa, 2022; Grabow & Becker-Blease, 2023; Ireland et al., 2020; Poythress et al., 2006; Schorr et al., 2020; Yalch et al., 2022). Or, la prison et les structures de soins dédiées aux détenus (UHSA en France récemment, mais aussi dans d'autres pays) sont marquées par une prévalence plus élevée que la population générale de psychopathie (Pham, 2013), de troubles dissociatifs (Timmerman & Emmelkamp, 2001; Zavattini et al., 2017), ainsi que de troubles de stress post-traumatique (Akyüz et al., 2007; Belet et al., 2020).

1. Psychopathie et trouble de personnalité antisociale

Un entretien récent avec les médecins responsables des UHSA de Toulouse et Cadillac publié récemment (Moncany et al., 2019) rapporte une proportion de trouble de la personnalité (borderline et antisocial) de 30 à 40% pour Toulouse (28% en 2012 d'après un autre travail de thèse (Jullian B., 2014)). Pour Cadillac, l'ensemble des troubles de personnalité représenterait 25% des patients, ce qui est d'ailleurs presque le même chiffre qu'au Centre Pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan qui retrouve (comme diagnostic à l'admission des patients en milieu carcéral) 26% de troubles de la personnalité, 6% de troubles des conduites (Bénézech et al., 2011). Cet UHSA rapporte aussi la présence d'une *« entité psychopathique spécifique au sens d'une cotation supérieure à 23 à l'échelle psychopathique de Hare »*. La proportion de cette entité serait inférieure à 10%. Une autre étude réalisée dans les UHSA de Lille-Seclin et Villejuif, plus récente (de Labrouhe et al., 2017), a proposé une enquête de satisfaction aux

patients sur les soins. Elle retrouvait par ailleurs une proportion de patients souffrant d'un trouble de la personnalité Cluster B de 16,8%, sans préciser davantage.

2. Trouble dissociatif et trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (et les troubles liés à des facteurs de stress) est particulièrement représenté en détention et en tout cas supérieur à la population générale d'après une revue systématique de 2007 qui retient une prévalence évoluant entre 4 et 21%, le chiffre étant plus élevé chez les femmes (Goff et al., 2007). Une autre revue systématique publiée en 2020 retrouve une prévalence « vie entière » de 17,8 % chez les hommes et 40,1 % chez les femmes en détention (Belet et al., 2020), confirmant ce sex-ratio.

3. Comorbidités des troubles psychopathologiques

On connaît davantage le lien entre le trouble de personnalité borderline et le trouble dissociatif (Rodríguez-Delgado et al., 2019), notamment chez les détenus (Timmerman & Emmelkamp, 2001). Par ailleurs, hors détention, une étude de 1996 sur 207 patients hospitalisés en psychiatrie en Suisse retrouve une corrélation entre le score de dissociation (avec la DES) et les troubles de personnalité antisociale, borderline et schizotypique (Modestin et al., 1996). Une étude de 2007 dans un hôpital militaire turc (population de 579 recrues diagnostiquées « Trouble de Personnalité Antisociale », appariées à 599 recrues non diagnostiquées antisociales) retrouve significativement plus de symptômes dissociatifs chez les personnalités antisociales avec 50,4 % d'entre eux qui ont signalé un niveau pathologique de dissociation (Semiz et al., 2007).

En revanche, certains auteurs ont décrit des corrélations entre un score de dissociation et la personnalité antisociale qui nous intéresse, dans la mesure où ce trouble de personnalité peut être assimilé au facteur 2 de la psychopathie (Estepa, 2022) : une étude de 2008 (Ruiz et al., 2008) chez 1551 sujets délinquants a retrouvé une corrélation entre le score de dissociation (à la DES) avec la présence de symptômes de personnalité antisociale et borderline (avec la SCID-II).

La revue systématique citée plus haut (Belet et al., 2020) rapporte plusieurs études sur des détenus ayant commis des homicides ou d'autres crimes et souffrant de Trouble de stress post-traumatique (TSPT). Parmi elles, une étude (Kruppa et al., 1995) décrit une prévalence du TSPT à 11% pour les *« Hommes et femmes souffrant de « troubles psychopathiques » ayant commis un crime grave »*, bien qu'elle ne décrive pas d'évaluation de ces psychopathes.

Thierry Pham a réalisé une étude (Pham, 2012) sur 48 hommes en unité psychiatrique

sécurisée (en Belgique). Les patients avaient tous été irresponsabilisés pénalement. Il a recherché des corrélations entre le niveau de stress (aigu et post-traumatique) et de dissociation avec le *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire* (SASRQ) - échelle qui comporte dix items de symptômes dissociatifs- et le score de psychopathie avec la PCL-R de Hare. Il a trouvé une corrélation négative entre les scores totaux (SASRQ et PCL-R). Il étudie aussi les différentes facettes de la psychopathie et découvre que le « Déficit affectif » de la psychopathie serait corrélé négativement à l'intensité des symptômes post-traumatiques après un traumatisme.

Enfin, il existe une étude américaine, sur un échantillon de 746 délinquants incarcérés, qui tente de chercher les relations entre traumatisme de la trahison de l'enfance (*« childhood betrayal trauma* »), la dissociation chez l'adulte et les traits de psychopathie chez l'adulte (Grabow & Becker-Blease, 2023). Les auteurs retrouvent une association entre ces trois termes, qui confirment l'idée d'une acquisition de traits de psychopathie du facteur 1 (traits affectifs insensibles) et d'éléments dissociatifs, via ce traumatisme de l'enfance.

PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

Les UHSA ont été créées en 2002 comme unités de recours pour augmenter l'accès aux soins des détenus (IGAS, 2018). Elles accueillent en hospitalisation complète des patients détenus aux profils hétérogènes. Il s'agit de patients de sexe masculins principalement (IGAS, 2018), qui souffrent de troubles psychotiques, mais aussi de troubles de la personnalité, de troubles dissociatifs et de troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Il a déjà été montré qu'une proportion importante de détenus présentait des traits de personnalité antisociale (Rotter et al., 2002 ; Seena Fazel et al., 2002) ou psychopathique (Ogloff, 2006). Il a aussi été suggéré pour cette population que la possibilité d'un vécu traumatique (Ireland et al., 2020; Schorr et al., 2020) ou d'expériences dissociatives (Estepa, 2022 ; Pham, 2012) soient associées à ce trouble. Or, la psychopathie est un ensemble complexe et comprend différentes dimensions ou « facteurs » (Hare, 1990). Certains auteurs ont suggéré de distinguer les facteurs (et facettes) en cause pour mieux préciser les corrélations avec des symptômes dissociatifs et/ou posttraumatiques (Pham, 2012). Il n'y a pas de publication d'études concernant l'impact de ces éléments psychopathologiques sur l'arrivée et la prise en charge des patients à l'UHSA et en particulier sur la demande d'aide des patients. Notre travail se propose principalement d'explorer des corrélats psychopathologiques (trouble de personnalité antisociale, psychopathie, expériences dissociatives, trouble de stress posttraumatique (TSPT)) des patients admis à l'UHSA. Les objectifs secondaires de l'étude sont d'étudier les demandes d'aides

effectuées par tous les patients hospitalisés et de voir ensuite l'intérêt de ces connaissances sur la prise en charge des patients, tant en UHSA qu'en psychiatrie adulte générale, de façon à adapter davantage la prise en charge à chaque patient.

On résume ainsi les objectifs du travail :

1) Objectif principal : rechercher des corrélats psychopathologiques observés en UHSA. Nous formulons l'hypothèse d'une corrélation positive entre le facteur 2 de la psychopathie et les symptômes dissociatifs.
2) Objectifs secondaires :

- Quel est l'impact de ces troubles sur la demande d'aide ?
- Quel est l'intérêt de cette étude pour la prise en charge des patients en UHSA et en psychiatrie générale ?

METHODE

I - PARTICIPANTS

L'échantillon comprenait 113 patients, tous adultes, avec une faible proportion de femmes (7,96%). Ils ont été hospitalisés sur une période entre le 2 novembre 2022 et le 28 avril 2023, soit une période de six mois. L'âge moyen des patients étaient de 34,62 ans (étendue de 19,22 à 67,71 ; écart-type (ET) = 10,66). Le nombre d'années d'études était de 9,46 en moyenne (3-18 ; ET = 2,54 ; la moyenne de 9 correspond à un niveau scolaire de classe de 3ème ou de CAP. Celle de 3 correspond à un niveau de CE2 et 18 à niveau de Master). On relève que sur 82 patients (72,57% de l'échantillon) ont été hospitalisés avec une mesure de soins sans consentement (SPDRE), 29 en soins libres (25,66% de l'échantillon), 2 patients (1,80% de l'échantillon) ont fait l'objet de séjours dans les deux types de régime. En effet, une proportion non négligeable de patients a réalisé plusieurs séjours sur le semestre (22 patients soit 19,47% de l'échantillon, c'est-à-dire près de 1 sur 5). La moyenne de durée de séjour était de 30,61 jours (1-167 ; ET = 26,28). L'échantillon comprenait également 7 patients présentant des troubles cognitifs (6,19% de l'échantillon), 10 patients présentant un déficit intellectuel[16] (8,85% de l'échantillon).

Sur le plan judiciaire, le nombre de peines déclarées était variable : 41 patients déclaraient en être à leur première peine (43,62% des déclarants) ; 14 patients à leur deuxième peine (14,89% des déclarants) ; 6 patients à leur troisième (6,38% des déclarants) ; 33 patients déclaraient en être à plus de trois peines (35,11% des déclarants) et 19 patients n'ont pas souhaité nous donner cette information (16,81% de l'échantillon). Concernant les motifs d'incarcération, 42 patients (37,84% de l'échantillon) faisaient l'objet d'une procédure criminelle (meurtre, viol), contre 69 patients (62,16% de l'échantillon) qui faisaient l'objet d'une procédure correctionnelle (vol, trafic de stupéfiants, délit sexuel). Il nous manquait l'information pour deux patients. On note au total que 21 patients (soit 18,58% de l'échantillon) avaient commis un délit sexuel.

[16] Déficit non évalué systématiquement par un outil fiable, à utiliser avec prudence

II - OUTILS

1. Le dossier remis au patient

Le dossier était composé de plusieurs pages : la première sur la demande d'aide, puis quatre questionnaires d'autoévaluation. Chacun des outils présentés est disponible en annexe.

a. La demande d'aide

La demande d'aide était évaluée par un espace pour rédiger en quelques lignes (environ trois ou quatre) ce qui motivait leur séjour et leur demande d'aide en venant à l'UHSA. L'identité du patient figurait donc sur la première page.

b. Le questionnaire DSM-XC

Ce questionnaire se trouve à la fin du DSM-5, dans les outils de la section III (p.862). Il est appelé « *évaluation symptomatique transversale de niveau 1* ». Cette échelle est utilisable en auto-évaluation, mais aussi avec une cotation réalisée par un tiers. Elle est appelée « *Cross-Cutting Symptom Measure-Adult* » (DSM-XC) (Mahoney et al., 2020) et a été développée aux Etats-Unis par l'association de psychiatrie américaine (APA). Il s'agit d'une évaluation transdiagnostique de la santé mentale, résumée en vingt-trois questions portant sur treize domaines (dépression, colère, manie, anxiété, symptômes somatiques, idéation suicidaire, psychose, problèmes de sommeil, mémoire, pensées et comportements répétitifs, dissociation, fonctionnement de la personnalité, usage de substances). Le recours à cet outil de dépistage vise à obtenir une auto-évaluation des symptômes d'ordre psychiatrique, comme le sont par ailleurs les autres troubles éventuels. La cotation de cette échelle se fait de la manière suivante : chaque item est coté sur une échelle de 0 à 5. Si on retrouve au moins un item par domaine qui obtient un score égal ou supérieur à 2 (pour presque tous les domaines, sauf « psychose », « substances » et « idées suicidaires » pour lesquels, un score de 1 suffit), on considère qu'il faut une évaluation symptomatique de niveau 2. Nous n'avons pas utilisé ce niveau 2, mais uniquement le score du niveau 1.

c. Le questionnaire DES

La *Dissociative Experiences Scale* (DES) -ou échelle d'expériences dissociatives- est un auto-questionnaire, de validation relativement ancienne (Bernstein & Putnam, 1986), notamment chez des sujets délinquants (Ruiz et al., 2008). Il a été développé par Bernstein, Carlson et Putnam (1986), dans la perspective dimensionnelle de ce trouble. Il est constitué de vingt-huit items permettant d'évaluer la fréquence des divers symptômes dissociatifs dans la vie quotidienne du patient. Il a été développé pour les adultes (18 ans et plus). Le score total est

obtenu en additionnant les scores des items et en divisant la somme par vingt-huit. On obtient ainsi un score entre 0 et 100. On peut ensuite scorer le niveau entre un niveau élevé de dissociation (> 25 ou 30 selon les pays, nous avons choisi les mesures françaises, soit supérieur à 25) et un bas niveau de dissociation.

d. Le questionnaire PCL-5

Le *Posttraumatic Stress Disorder Checklist version DSM-5* (PCL-5) (Weathers et al., 2013) est une auto-évaluation à vingt items (avec pour chacun une échelle à cinq niveaux (type Likert), de « Pas du tout » à « Extrêmement » (de 0 à 4).) des symptômes de l'état de stress post-traumatique du DSM-5 facile et rapide à remplir (5 à 10 minutes). Il date de 2013, tient compte de la dernière version du DSM et a été traduit en français par Nicolas Desbiendras (2013). Il est utile pour un dépistage et une surveillance des symptômes. Ce questionnaire existe pour les militaires (PCL-M), les civils (PCL-C) et les populations spécifiques (PCL-S), version la plus proche de la PCL-5. On découpe le questionnaire en quatre parties : la première concerne les symptômes d'intrusion, c'est le critère B du DSM-5 (les cinq premières questions) ; la deuxième partie concerne les symptômes d'évitement, c'est le critère C (les questions 6 et 7) ; la troisième partie décrit les modifications des cognitions et de l'humeur, c'est le critère D (questions 8 à 14) ; enfin, les six dernières questions concernent l'activité neurovégétative, c'est le critère E du DSM-5. On peut évoquer un syndrome de stress post-traumatique à partir d'un score supérieur ou égal à 38[17], sachant que le score maximal est de 80 (le diagnostic ne peut pas théoriquement être posé sur la base de ce seul questionnaire de dépistage).

e. Le questionnaire LSRP

Pour l'évaluation de la psychopathie, nous nous utilisé l'échelle auto-rapportée de *Levenson Self-Report Psychopathy Scale* (LSRP) (Levenson et al., 1995) dans sa traduction française (Savard et al., 2014). Elle contient vingt-six questions évaluant les traits psychopathiques dans la population générale (selon les dimensions retrouvées chez Hare (PCL-R, version 1991). Comme décrit plus haut, elle évalue les deux dimensions de la psychopathie : la partie « psychopathie primaire » sur les traits de personnalité (sphère interpersonnelle-émotionnelle) et la partie « psychopathie secondaire » (sphère comportementale) sur les comportements antisociaux. Les réponses sont cotées avec une échelle à quatre niveaux (type Likert) : de « Fortement en désaccord » à « Fortement en accord » (de 1 à 4). Cette échelle comporte également sept items négatifs pour minimiser les biais associés à la désirabilité

[17] Le seuil de 31-33 peut aussi être utilisé (notamment pour les autres versions de PCL).

sociale (Savard et al., 2014). On obtient donc un score total de LSRP et des scores pour les deux facteurs (« psychopathie primaire » et psychopathie secondaire »).

2. Les diagnostics psychiatriques établis en UHSA

Les diagnostics des troubles (troubles psychiatriques et troubles de personnalité) ont été posés par six médecins différents : deux médecins titulaires travaillant dans le service, trois remplaçants ponctuels (deux semaines chacun) et un interne travaillant dans le service pour six mois (l'investigateur). Ils ont pu consigner ces diagnostics dans le dossier médical ou dans les cotations administratives et ceux-ci ont ensuite été reportés dans notre base de données. Lorsque le diagnostic n'était pas signalé sur le plan administratif (par exemple si le trouble de personnalité apparaissait comme secondaire dans la prise en charge), si les éléments étaient tous présents dans le dossier, il était tout de même rapporté dans la base de données.

3. Hétéroévaluation de la psychopathie

Pour l'évaluation de la psychopathie, nous avons également réalisé une estimation de la psychopathie par hétéroévaluation avec la *Hare Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R ; Hare, 1990). La passation rigoureuse de cette échelle nécessite une formation particulière au soignant (plusieurs jours) et demande des éléments officiels concernant l'incarcération (Psederska et al., 2020). Ce qui n'a pas été tout à fait le cas pour cette étude, car l'expérimentateur principal a été sensibilisé à la formation de la PCL-R, mais sans tout l'entrainement requis et ne disposait pas de toutes les informations nécessaires dans les dossiers. La PCL-R a été créée en 1980, rééditée en 1991 et 2003, elle est aussi considérée comme étant plus pertinente que le DSM pour prédire la récidive criminelle. Elle est largement utilisée et préférée par les médecins et chercheurs qui travaillent en prison ou dans le domaine médico-légal, du fait qu'elle cible moins de patients (Crego & Widiger, 2015). Leur passation prend cependant du temps (environ une heure et demie d'entretien semi-dirigé) et nécessite une fouille approfondie du dossier, que nous avons tenté de réaliser. La version française de la PCL-R a été traduite en 1991 par une équipe du Québec (Coté & Hodgins, 1991).

III - PROCEDURE

Tous les patients hospitalisés ont été inclus. Un screening de chacun d'entre eux a été réalisé à l'aide de diagnostics psychiatriques établis habituellement au sein de l'UHSA et d'une

hétéroévaluation (PCL-R réalisée par nous-même pour la majeure partie des patients[18]). Nous avons donc rapporté les diagnostics psychiatriques et de personnalité consignés dans le dossier médical. S'agissant des éléments judiciaires, nous avons utilisé les dires des patients et les transmissions des soignants.

Deuxièmement, les questionnaires ont été proposé aux patients hospitalisés. Ont été exclu de cette proposition les patients qui présentaient un déficit intellectuel trop marqué (pas d'accès à la lecture ou l'écriture), des troubles cognitifs trop marqués (désorientation temporo-spatiale), une barrière de langue, un syndrome de désorganisation qui ne s'était pas atténué au cours de l'hospitalisation. Il faut noter aussi que quelques patients n'ont pu être sollicités par manque de temps ou une mauvaise coordination avec l'équipe de l'évaluateur (hospitalisation beaucoup trop rapide, sortie imprévue, manque de communication pour la date de sortie). Les auto-questionnaires ont été réalisés par le patient, parfois avec la présence d'un infirmier pour prévenir les difficultés de compréhension des questions. L'ordre de passation des questionnaires était aléatoire, pour tenir compte de la fatigue cognitive liée à la longueur de l'évaluation. Les questionnaires pouvaient être réalisés sur plusieurs jours si nécessaire. Ils ne pouvaient cependant être réalisés par les patients qu'après une période correspondant à l'acquisition d'un niveau de vigilance suffisant (en fonction de la sédation), une capacité intellectuelle à répondre aux questions et un recul suffisant par rapport à l'épisode actuel (épisode délirant, maniaque, mélancolique ou crise suicidaire…).

La première page du dossier était une feuille à remplir avec un espace de quelques lignes dédiées à la demande d'aide, ainsi que des éléments généraux pour les identifier temporairement (nom, prénom, date de naissance). Les noms des patients ainsi que leurs dates de naissance, écrits par les patients sur leur dossier, ont été répertoriés dans une table de correspondance utilisée pour la bonne restitution des données sur les fichiers Excel et minimiser le risque de perte d'informations. L'anonymat a donc été respecté. La recherche a été menée en respectant les règles en vigueur, tant sur le plan du règlement général sur la protection des données (RGPD), que sur la législation spécifique à la recherche en santé. Tous les patients ont en effet été informés selon le régime de non-opposition. Une déclaration de mise en conformité à la CNIL a été réalisée (et enregistrée avec un numéro) avec le délégué à la protection des données (DPO) sur le registre propre de l'hôpital George Daumezon de Fleury-les-Aubrais.

[18] Certains patients n'ont pas été évalués, jamais dans le groupe des « Répondants », mais lorsque aucun entretien n'avait pas été réalisé par l'évaluateur : il était en effet difficile de le réaliser avec la totalité des patients.

IV - TRAITEMENT DES DONNEES

Du fait des effectifs réduits (inférieurs à 30 pour certains échantillons de sous-groupes considérés au sein du groupe des « Répondants »), nous avons privilégié une approche non-paramétrique. Ainsi, les comparaisons ont été réalisées avec des tests U de Mann-Whitney, qu'il s'agisse de comparaisons entre les groupes « Répondants » et « Non-répondants » ou au sein des seuls « Répondants ». Les recherches de liens entre variables ont été réalisées par des corrélations de Spearman. Enfin, nous avons également eu recours à des tests de Khi2 (notamment pour des tris croisés et l'établissement de différences entre tableaux observés et tableaux théoriques). Nous avons ensuite effectué une analyse de classification non hiérarchique appelé analyse par k-moyenne (en utilisant la méthode de Ward avec le carré de la distance euclidienne). C'est une méthode de partitionnement de données en clusters et d'optimisation combinatoire. Chaque sujet est réparti dans le cluster dont le point central est le plus proche. Pour comparer les clusters, nous avons utilisé l'ANOVA.

RESULTATS

I - L'ECHANTILLON COMPLET

1. Résultats descriptifs

D'un point de vue descriptif, l'échantillon de 113 patients hospitalisés comportait 49,56% de patients avec un trouble psychotique chronique, 60,18% avec un trouble de personnalité, dont 46,90% avec un trouble de la personnalité antisociale, 16,81% de patients avec un trouble de la personnalité borderline, 5,31% de patients avec un trouble de la personnalité paranoïaque. Ces trois groupes représentaient donc 59,29% ayant une personnalité que l'on a qualifié de « problématique » (antisociale, borderline, paranoïaque).

Le score total moyen à l'estimation de la PCL-R était de 19,53 (4,00-34,00 ; ET = 7,28). Le score moyen du facteur « Interpersonnel et Déficit affectif » était de 7,31 (0-16 ; ET = 4,20), celui du facteur « Style de vie impulsif et Antisocial » était de 11,31 (0-19 ; ET = 4,30)[19]. Les différentes facettes présentaient les scores suivants : 4,54 pour la facette « Interpersonnelle » (0-10 ; ET = 2,88), 2,77 pour la facette « Froideur émotionnelle » (0-6 ; ET = 1,95), 6,82 pour la facette « Style de vie impulsif » (0-10 ; ET = 2,38) et de 4,49 pour la facette « Antisociale » (0-10 ; ET = 2,53). On ajoute que 8 patients (8,88%) avaient un score supérieur ou égal à 30/40 (soit le score habituellement retenu pour le diagnostic de psychopathie) et 36 patients (40%) avaient un score supérieur ou égal à 20/40 (score habituellement retenu pour ne pas exclure ce diagnostic).

2. Comparaison « Répondants / Non-répondants

a. Tableau général

Si l'on décrit le groupe « Non-répondants » comparativement aux « Répondants » (voir tableaux A et B en annexe pour les chiffres), le premier se caractérise par les éléments principaux suivants :

- Une moyenne d'âge plus faible (32 ans contre presque 38 pour les « Répondants »)

[19] Il faut tenir compte du fait que les critères 11 et 17 n'entrent dans aucun facteur, mais uniquement dans le total, ce qui explique la différence entre le total du score et celui de la somme des 2 facteurs (ainsi que celui des 4 facettes).

- A la PCL-R, on trouve des scores plus importants au facteur « Antisocial » et aux facettes « Froideur émotionnelle », « Style de vie impulsif ». On trouve aussi une moyenne de 18,17 au score de PLC-R pour le groupe « Répondants », tandis que celle du groupe « Non-répondants » est de 21,02. Si l'on exclut les femmes, on retrouve respectivement pour ces groupes des scores de 18,39 et 20,68.
- Le nombre de patients ayant un score de PCL-R ≥ 20 est significativement plus important chez les « Non-répondants », (Khi2 = 5,21 (p < 0,03)). En revanche, le résultat est non significatif pour un score de PCL-R ≥ 30 (Khi2 = 0,05 (ns)).
- On trouve 52% souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale chez les « Non-répondants » (contre 40% pour les « Répondants »). Cependant, la différence observée n'est pas significative (Khi2 = 1,356 (ns)).
- 59% de patients souffrant d'un trouble psychotique (contre 36% pour les « Répondants »). La différence observée entre les deux groupes est significative (Khi2 = 5,77 (p < 0,02).

Par ailleurs, on retrouve chez les « Non-répondants » un niveau scolaire moins élevé (ns), 11% patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (contre 26% pour les « Répondants », (ns)), une demande d'aide significativement plus faible chez les « Non-répondants » (36 % des « Non-répondants », contre 91% pour les « Répondants » (Khi2 = 44,41 ; p < 0,001).

b. Chez les hommes uniquement

Sachant que les scores de PCL-R sont habituellement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, on a réalisé les tests de Khi2 en excluant les femmes (3 chez les « Répondants » et 6 chez les « Non-répondants ») pour le résultat qui était significatif. On observe la même tendance (c.a.d. plus de patients ayant des PCL-R >20 chez les « Non-répondants ») mais le résultat n'est pas significatif (Khi2 = 3,675 (ns)).

On trouvera tous les tableaux des tests de Khi2 réalisés en annexe (Tableaux K1 à K5).

II - LE GROUPE « REPONDANTS »

1. Inclusion

50 patients ont accepté de remplir les questionnaires, ce qui correspond à 44,25% de l'échantillon. Parmi les 50 « Répondants », 1 questionnaire (rempli complètement) a été perdu

(0,88%) et 2 questionnaires (1,77%) ont été beaucoup trop peu remplis (moins de 10%) pour être exploitable, malgré une demande d'aide bien formulée sur la première page. Il nous a donc fallu les écarter. Nous avons donc finalement inclus 47 patients ayant accepté de remplir les questionnaires (soit 41,59% de l'échantillon initial). Par ailleurs, il faut noter que 19 patients (16,81%) qui auraient pu être inclus ont refusé la proposition du questionnaire. Sur les 63 autres, nous avons exclu 33 patients (38,94%), en raison d'une barrière de langue trop importante (7 patients, soit 6,19% de l'échantillon), d'un déficit intellectuel trop marqué (8 patients, soit 7,08% de l'échantillon), de troubles cognitifs (transitoires ou permanents) empêchant clairement le remplissage des questions (5 patients, soit 4,42% de l'échantillon), d'un syndrome de désorganisation trop intense avant la sortie (13 patients soit 11,50%). Enfin, n'ont pas pu être inclus 11 patients (9,73%) qui ont été victime d'un manque de temps et de synchronisation (hospitalisation beaucoup trop rapide, sortie imprévue, manque de communication pour la date de sortie) empêchant ainsi la proposition même du questionnaire. Nous avons inclus les patients qui n'avaient pas répondu à tous les items, voire à 1 ou 2 questionnaires (ce qui était rare, mais explique parfois le nombre variable de patients dans les colonnes des tableaux). La figure 3 résume le flux des patients passant de la première étape de l'étude (analyse de l'échantillon complet) à la deuxième (analyse de l'échantillon des seuls « Répondants » analysés).

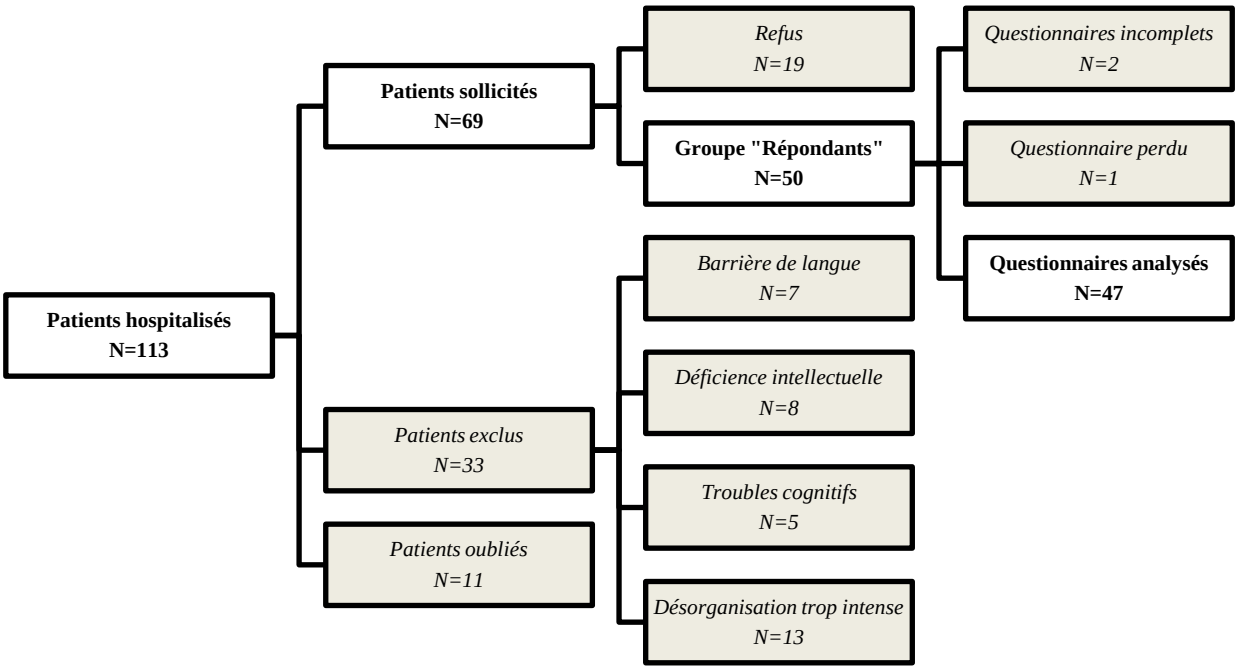


Figure 3 : Diagramme de flux

2. Résultats descriptifs

Pour les 47 patients « Répondants » inclus, nous avons obtenus des scores aux trois questionnaires principaux (DES, PCL-5, LSRP) qui se trouvent décrits avec leurs éléments statistiques dans le tableau 3. Par ailleurs, il y avait 21 patients ayant un seuil ≥ 38 à la PCL-5, soit 45,65% des « Répondants » analysés. S'agissant des patients qui ont un degré de dissociation ≥ 25%, on retrouve 27 patients, soit 57,45% des « Répondants » analysés.

Tableau 3
Descriptif des éléments psychopathologiques des « Répondants » analysés

Statistiques descriptives (scores)	*Nb*	*Moy.*	*Méd.*	*Min.*	*Max.*	*1er*	*3e*	*ET*
DES (dissociation) total (%)	47	32,21	28,57	0,36	71,11	14,64	51,07	20,13
DES Absorption dans l'imaginaire (%)	47	36,79	38,18	0,91	83,64	16,36	51,82	22,81
DES Amnésie dissociative (%)	47	31,77	32,00	0,00	74,00	12,00	50,00	21,32
DES Dépersonnalisation–Déréalisation (%)	47	26,02	21,43	0,00	77,14	8,57	40,00	20,30
PCL 5 (Total sur 80)	46	36,72	36,00	4,00	74,00	25,00	51,00	19,45
Critère B_Intrusif (score sur 20)	46	10,37	9,50	0,00	20,00	6,00	16,00	6,09
Critère C_Evitement (score sur 8)	46	4,17	4,00	0,00	8,00	2,00	7,00	2,92
Critère D_Altérations négatives (score sur 28)	46	12,13	10,00	1,00	25,00	5,00	19,00	7,71
Critère E_Activation-réactivité (score sur 24)	46	10,04	9,50	0,00	22,00	5,00	15,00	6,15
« Psychopathie Primaire »	45	32,07	30,00	18,00	57,00	25,00	39,00	9,31
« Psychopathie Secondaire »	45	26,07	26,00	15,00	36,00	23,00	30,00	5,26
LSRP (Score Total)	45	58,13	56,00	40,00	85,00	48,00	66,00	12,32

Nb : nombre de « Répondants » analysés (il est variable, car un ou deux patients n'ont pas répondu à tous les questionnaires) ; Moy : moyenne ; Méd : Médiane ; Min : score minimum ; Max : score maximal ; 1er : 1er quartile ; 3e : 3e quartile ; ET : Ecart-type.

3. Comparaisons d'évaluations proches

a. Corrélation PCL-R / LSRP

Nous avons réalisé un rapprochement entre les deux types d'évaluation des traits psychopathiques : l'autoévaluation par la LSRP et l'hétéroévaluation par la PCL-R. Les chiffres de corrélation entre la LSRP et la PCL-R ont une valeur modérée pour le score total de la LSRP et son facteur « Psychopathie secondaire », avec le facteur « Antisocial » (et ses deux facettes) et le total de la PCL-R, comme l'indique le tableau C (en annexe). Les autres éléments (les deux facettes du facteur « Interpersonnel ») n'ont pas de résultat significatif.

b. Auto et hétéroévaluation psychiatriques

Les résultats au DSM-XC permettent d'obtenir des résultats par domaine ou par item. Ici, il s'agissait de voir en fonction de certains diagnostics psychiatriques établis par les médecins du service, les résultats des patients aux 13 domaines investigués. De façon résumée, il faut retenir que les patients « Répondants » analysées chez lesquels on avait diagnostiqué un trouble psychotique chronique ont des scores significativement moins élevés aux domaines I (« Dépression », avec les items d'anhédonie et de tristesse), VI (« Idéation suicidaire ») et X (« Pensées et comportements répétitifs » qui contient les pensées et images intrusives et les injonctions) que ceux qui n'ont pas ce diagnostic. Dans ce même groupe de patients, on retrouve les mêmes domaines avec le même résultat chez ceux qui avaient un diagnostic de trouble psychiatrique chronique (schizophrénie ou bipolarité), en ajoutant le domaine IV (« Anxiété », avec les items de nervosité, de panique et d'évitement). S'agissant de ceux qui avaient un diagnostic de trouble de la personnalité borderline, on retrouve des scores significativement plus élevés aux items I, VI et IX (« Mémoire »), tandis que ceux qui avaient un diagnostic de trouble de la personnalité (tous confondus) avaient des scores significativement plus élevés aux items I et XII (« Fonctionnement de la personnalité »). Tous ces résultats sont chiffrés dans les tableaux D à G en annexe.

c. Corrélats psychopathologiques et auto-évaluations psychiatriques

Le tableau H qui se trouve en annexe décrit les corrélations entre les domaines du DSM-XC et les quatre types d'évaluations psychopathologiques (DES, PCL-5, LSRP et PCL-R). On y trouve trois niveaux de corrélations (forte, modéré, faible). Les corrélations sont globalement modérées à fortes entre les scores de DES et de PCL-5 pour les scores des domaines I, IV, VI, VIII, X, XI et XII. S'agissant de la LSRP, excepté les domaines III (Manie) et IX (Mémoire), on observe que des corrélations au moins modérées pour tous les autres domaines avec le score de psychopathie secondaire (LSRP), sauf un domaine qui obtient un score de corrélation forte : c'est l'item XII (« Fonctionnement de la personnalité »). Le score de psychopathie primaire (LSRP) obtient un score de corrélation modérée avec le domaine III (Manie), mais tous les autres domaines ont des chiffres de corrélations inférieurs à 0,19. Le score de LSRP total est modérément corrélé avec les domaines I (« Dépression »), III (« Manie »), VII (« Psychose »), XI (« Dissociation ») et XII (« Fonctionnement de la personnalité »).

4. Recherche de comorbidités entre les corrélats psychopathologiques

Les corrélations des scores de la DES avec les scores de la PCL-5 et de la LSRP sont détaillés au tableau 4, il s'agit de corrélations modérées à fortes, sauf pour la LSRP

« Psychopathie primaire ». Le critère C « Evitement » est non significatif et n'y apparaît pas sur le tableau synthétique.

Tableau 4
Corrélations des échelles psychopathologiques

Echelles	*DES total*	*DES Absorption dans l'imaginaire*	*DES Amnésie dissociative*	*DES Dépersonnalisation / Déréalisation*
PCL 5 (Total)	0,65***	0,67***	0,64***	0,50***
Critère B « Intrusif »	0,57***	0,63***	0,56***	0,35*
Critère D « Altérations négatives »	0,68***	0,67***	0,65***	0,61***
Critère E « Activation-réactivité »	0,58***	0,61***	0,58***	0,44**
LSRP « Psychopathie Primaire »	0,23	0,17	0,27	0,34*
LSRP « Psychopathie Secondaire »	0,54***	0,48***	0,59***	0,47*
LSRP (Score Total)	0,45**	0,38**	0,50***	0,48***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ Approche non-paramétrique, corrélations de Spearman

On observe dans le groupe des « Répondants » des corrélations fortes entre la LSRP et la PCL-5, uniquement en rapport avec la « Psychopathie secondaire », le tableau 5 rapporte donc uniquement celles qui touchent à ces éléments. Le facteur « Psychopathie primaire » ne retrouve pas de corrélations positives et les chiffres sont non significatifs.

Tableau 5
Corrélation LSRP et PCL5

	LSRP_Psychopathie Secondaire	*LSRP_Psychopathie (Total)*
PCL5 (Total)	0,60***	0,30*
Critère B « Intrusif »	0,54***	0,19
Critère D « Altérations négatives »	0,64***	0,42**
Critère E « Activation-réactivité »	0,59***	0,30*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Concernant le groupe des « Répondants » toujours, on retrouve aussi des corrélations modérées entre d'une part le facteur 2 (« Antisocial ») de la PCL-R ainsi que ses deux facettes et le critère « Amnésie dissociative » de la DES, décrites dans le tableau 6.

Tableau 6
Corrélation DES et PCL-R

	DES (dissociation) total	*DES Amnésie dissociative*
Facteur « Antisocial » (PCL-R)	0,26	0,34*
Facette « Style de vie impulsif » (PCL-R)	0,21	0,30*
Facette « Comportement antisocial » (PCL-R)	0,26	0,32*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5. Analyse des corrélats psychopathologiques en fonction du niveau élevé de l'un d'entre eux

a. En fonction des niveaux de dissociation chez les « Répondants »

Parmi les « Répondants », nous avons pu comparer les scores aux échelles entre les patients dont le pourcentage de dissociation total était inférieur au seuil (25%), avec le groupe dont ce pourcentage était au-dessus du seuil. On retrouve dans le tableau I (en annexe) les éléments de comparaison qui étaient significatifs ($p < 0,05$) : la moyenne d'âge est significativement plus élevée dans le groupe « DES<25% », les scores de DES (avec chaque groupe d'items), de PCL-5 (total et tous les critères sauf le C « Evitement ») et de LSRP (total et « Psychopathie secondaire ») sont significativement plus importants dans le groupe « DES < 25% ». Enfin, les scores de douze domaines du DSM-XC (seul le III (Manie) fait exception) sont significativement plus importants chez le groupe « DES ≥ 25% ». Le score de PCL-R n'est pas significativement différent entre les deux groupes.

b. En fonction des niveaux de stress post-traumatique chez les « Répondants »

On retrouve des résultats équivalents avec les groupes de niveau de PCL-5 (supérieur ou égal à 38 ou inférieur) : les résultats sont significatifs pour tous les éléments de la DES (total et ses critères), tous ceux de la PCL-5, la « Psychopathie secondaire » de la LSRP et presque tous les éléments du DSM-XC. Seul le score total de la LSRP et les domaines III et IX n'obtiennent pas de résultats significativement supérieurs pour le groupe « PCL-5 ≥ 38 »). Le score de PCL-R n'est pas différent comme pour le tableau précédent. On retrouve ces résultats en annexe au tableau J.

c. En fonction du niveau de psychopathie chez les « Répondants »

1- Tableau général

On a réalisé une comparaison au sein des « Répondants » entre les groupes de niveaux de PCL-R (entre le groupe « PCL-R ≥ 20 » et le groupe « PCL-R < 20 », puis entre le groupe

« PCL-R ≥ 30 » et le groupe « PCL-R < 30 »). On retrouve dans le groupe « PCL-R ≥ 20 » des scores qui ne sont pas significativement différents des scores du groupe « PCL-R < 20 », que ce soit à la DES, à la PCL-5, à la LSRP ou aux domaines du DSM-XC. Seuls les scores de la PCL-R et toutes ses facettes sont significativement plus élevés pour le groupe « PCL-R ≥ 20 » (tableau L en annexe). S'agissant du groupe « PCL-R ≥ 30 », l'effectif étant inférieur à 6 (5 patients sur les 47 « Répondants »), on a recours à un test de Khi2 : les scores sont significativement plus élevés dans ce groupe (« PCL- R ≥ 30 ») au critère E « Activation-réactivité » de la PCL-5 (Khi2 = 33,96, $p < 0,02$), au facteur « Psychopathie secondaire » de la LSRP (Khi2 = 39,94, $p < 0,001$), ainsi qu'aux domaines II (« Colère ») (Khi2 = 9,30, $p < 0,05$) et X (« Pensées et comportements répétitifs ») (Khi2 = 11,43, $p < 0,02$).

2- Descriptions chez les hommes uniquement

Pour être plus juste, on ne peut raisonnablement comparer que les résultats concernant les hommes s'agissant de la psychopathie, étant donné que le score de PCL-R est habituellement plus important chez les hommes. En utilisant le cut-off de PCL-R ≥ 20, on ne retrouve aucune différence significative sur les échelles précédentes.

6. Analyse des individus ayant les scores les plus élevés pour l'ensemble des corrélats psychopathologiques

De façon complémentaire à ce qui précède, nous avons réalisé une analyse en clusters (par la méthode de k-moyennes) qui permet de dégager 2 groupes : la « classe 1 », de 24 patients, avec des scores élevés à tous les corrélats, la « classe 2 », de 21 patients, avec des scores plus faibles (et en-dessous des seuils déjà décrits pour la DES et la PCL-5). La figure 4 et le tableau 7 décrivent les différences entre les deux clusters. L'analyse de variance (tableau M en annexe) entre ces deux groupes montre des résultats significatifs pour les trois corrélats (DES, PCL-5 et LSRP ; facteur « Psychopathie secondaire » uniquement) ($p < 0,001$).

On observe que ceux qui ont des scores élevés dans les trois corrélats (« classe 1 ») sont aussi ceux qui verbalisent le plus de souffrance psychiatrique (évaluée par le DSM-XC), avec des résultats significatifs pour les domaines I (« Dépression ») et VI à XIII (« Idées suicidaires », « Psychose », « Problèmes de sommeil », « Mémoire », « Pensées et comportements répétitifs », « Dissociation », « Fonctionnement de personnalité », « Usage de substances ») ($p < 0,01$). On note aussi plus de troubles de personnalité borderline dans la « classe 1 » ($p < 0,02$). Le tableau N (en annexe) donne le détail des résultats, y compris ceux des corrélats.

Figure 4
Graphique linéaire : scores des corrélats selon les clusters

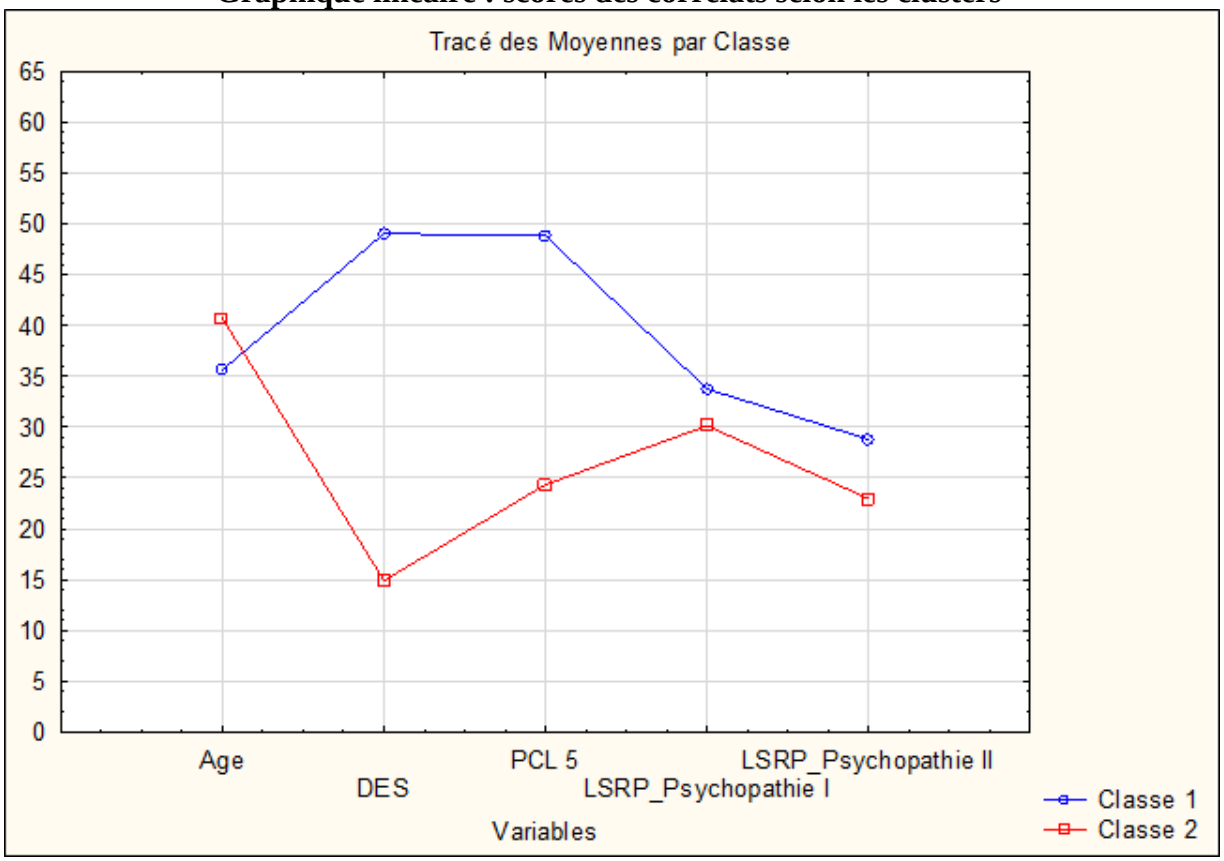


Tableau 7
Tableau descriptif des clusters

Classe 1 (n=24 sujets)			
Variables	*Moyenne*	*Ecart*	*Variance*
Age	35,63	11,08	122,82
DES (total)	49,04	11,69	136,55
PCL 5 (total)	48,83	15,02	225,62
LSRP Psychopathie Primaire	33,75	10,29	105,85
LSRP Psychopathie Secondaire	28,79	4,37	19,13
Classe 2 (n=21 sujets)			
Variables	*Moyenne*	*Ecart*	*Variance*
Age	40,71	11,77	138,57
DES (total)	14,90	8,89	79,07
PCL 5 (total)	24,33	14,39	206,93
LSRP « Psychopathie Primaire »	30,14	7,86	61,73
LSRP « Psychopathie Secondaire »	22,95	4,44	19,75

III – ANALYSE DE LA DEMANDE D'AIDE

1. Résultats descriptifs

Il y a eu 67 patients à formuler une demande d'aide (orale ou écrite), ce qui représentait 59,29% des patients hospitalisés. Cette demande concernait des soins psychiatriques pour 43 patients (38,05%). Dans ce cas-là, il s'agissait d'une demande pour gérer l'anxiété (12,39%), d'une aide sur le plan thymique (12,39%), d'une aide concernant les idées suicidaires (6,19%), d'une aide concernant des symptômes psychotiques (2,65%), d'une simple écoute de la part des soignants (3,54%). Il y a eu très peu de demandes non-psychiatriques : elles étaient somatiques (2,65%), addictologiques (1,77%) ou socio-judiciaire (7,08%). Enfin, la catégorie utilisée à l'UHSA (au moins celui de Fleury-les-Aubrais) appelée « séjour de rupture » (souvent synonyme de difficultés générales avec les conditions de la détention) concernait 9,73% des patients.

2. Impact des troubles sur la demande d'aide

Pour approcher l'impact des différents corrélats psychopathologiques sur la demande d'aide, nous avons tenté de comparer les scores aux échelles en fonction de la présence d'une demande d'aide. Les demandeurs d'aide chez les « Répondants » sont plus de 40, mais ceux qui ne demandent pas d'aide sont 4. Nous avons donc réalisé un test de Khi2. On retrouve des scores significativement plus élevés chez les demandeurs d'aide pour le critère E de la PCL-5 (Activation-réactivité) (Khi2 = 43,00, $p < 0,001$), pour le facteur « Psychopathie primaire » de la LSRP (Khi2 = 42,00, $p < 0,01$), pour le facteur « Psychopathie secondaire » de la LSRP (Khi2 = 42,00, $p < 0,001$) et pour le score total de la LSRP (Khi2 = 42,00, $p < 0,05$). En revanche, aucun élément de la DES, ni de domaine du DSM-XC ne présente de résultat significatif.

Concernant l'échantillon total, on retrouve une moyenne d'âge significativement plus élevée chez les demandeurs d'aide : 36,69 ans avec 67 patients contre 31,61 ans pour 46 patients non-demandeurs d'aide ($p < 0,02$). Sur ce même échantillon, on ne retrouve pas de résultat significatif si l'on compare les scores de PCL-R entre demandeurs et non-demandeurs d'aide. Aux tests de Khi2, nous avons également croisé la demande d'aide avec la présence d'un score de PCL-R ≥20 ou à 30, mais aussi avec d'autres éléments (seuil de dissociation ≥ 25% à la DES, présence d'un trouble de personnalité antisociale) mais les résultats ne sont pas significatifs. Un seul résultat est significatif : l'absence d'un trouble psychotique sur l'échantillon général est associée à une demande d'aide (générale), avec un score de 3,97 (p <0,05) au test de Khi2 (voir en annexe le tableau K6).

DISCUSSION

I - SYNTHESE DES RESULTATS

En résumé, on retient de cette étude exploratoire que 50 patients (44,25% des patients hospitalisés) ont accepté de répondre aux questionnaires en auto-évaluation (47 ont été analysés dans les Résultats). Le groupe des « Non-répondants » (N=63) se caractérisait par une plus petite moyenne d'âge, des scores de psychopathie plus élevés à la PCL-R (avec des scores plus importants au facteur « Antisocial » et aux facettes « Froideur émotionnelle », « Style de vie impulsif ») et un nombre de patient présentant un score de PCL-R ≥ 20 significativement plus important que les « Répondants » (en prenant en compte hommes et femmes seulement), plus de troubles schizophréniques.

Au sein du groupe des « Répondants », on a observé des corrélations modérées à fortes entre des expériences dissociatives et des traits de psychopathie (surtout le profil « psychopathie secondaire » de la LSRP), mais aussi entre ces expériences dissociatives et un TSPT (particulièrement pour le critère D « Altérations négatives » (DSM-5)). On a également observé des corrélations modérées entre la PCL-5 (score total et surtout « altérations négatives ») et la LSRP (score total) et des corrélations fortes entre PCL-5 (tous les critères sauf « Evitement ») et LSRP (« Psychopathie secondaire »). On note également une corrélation modérée entre LSRP (total et « Psychopathie secondaire ») et PCL-R (facteur antisocial et ses deux facettes). Les comparaisons de groupes au sein des « Répondants » (avec des seuils pour chaque échelle : DES<25% ; PCL-5 ≥ 38 ; PCL-R ≥ 20 ou 30) vont dans le même sens que ces résultats.

L'analyse des sujets ayant des corrélats psychopathologiques les plus élevés (expériences dissociatives et psychotraumatiques, traits de psychopathie) sont aussi ceux qui présentent le plus de souffrance clinique (humeur dépressive, problème de sommeil, pensées et comportements répétitifs, idées suicidaires, usage de substances, mais aussi troubles psychotiques, dissociation, et troubles de la personnalité, etc.).

Concernant la demande d'hospitalisation en UHSA, on retiendra que seuls 59,29% des patients avaient réussi à exprimer une demande individuelle (oral ou écrite) et qu'à peine 37% des patients faisaient une demande pour des motifs d'ordre psychiatrique (amendement de leur trouble, une adaptation de leur traitement, séjour de rupture). Parmi les « Répondants », on a retrouvé une association statistique entre le fait de ne pas demander de l'aide et d'avoir été diagnostiqué « trouble psychotique chronique, mais aussi d'avoir un score de PCL-R ≥ 20. Ces

résultats semblent confirmer partiellement le fait que les patients présentant un diagnostic possible de psychopathie (la PCL-R n'étant qu'une estimation) n'ont généralement pas tendance à demander de l'aide, de même que les patients souffrant d'une schizophrénie.

II – DISCUSSION DE CES RESULTATS PAR RAPPORT A LA LITTERATURE

1. Statistiques descriptives

Sur le plan des statistiques descriptives, la prévalence du trouble de personnalité antisociale est de 46,90%, ce qui rentre dans les chiffres évoqués plus haut en introduction. La prévalence du trouble psychotique est de 49,56%, ce qui est supérieur à celle de l'étude de de Labrouhe et al. (2017) où on retrouve 37,6% de trouble psychotiques sur un échantillon comparable (125 patients avec 92% d'hommes).

Si l'on regarde les scores moyens aux échelles auto-rapportées, on note que la moyenne du score de DES des « Répondants » est de 32,21% (ET = 20,13). La revue systématique de Moskowitz et al. (2004) portant sur des populations de délinquants donne des chiffres similaires. L'étude de Ruiz et al. (2008) sur 1551 sujets délinquants rapporte une moyenne à la DES de 18,6 (ET = 13.6) et l'étude de Modestin et al. rapporte une moyenne du score de DES de 13,7 (ET = 13,5). La proportion de patients « Répondants » ayant un score moyen supérieur à 25% à la DES est de 57,45%. Cela ne semble pas contredire les études rapportées dans la revue systématique de Moskowitz et al. (2004) qui retrouve une proportion de 7 à 49% de délinquants (incarcérés ou non) ayant un score de dissociation supérieur à 30% à la DES (aucune des études citées n'a de seuil à 25%). Cela reste plus que la population psychiatrique étudiée par Modestin et al. (1996) où 16,5% des patients avaient un seuil supérieur à 25%.

La moyenne du score de la PCL5 est de 36,72 (ET = 19,45) chez les « Répondants ». 45,65% des patients ont un score supérieur à 38. C'est un test de dépistage, on ne peut en déduire de diagnostic de trouble de stress post-traumatique. On retrouve une moyenne de 42,91 (ET = 17,94) à la PCL-5 dans une étude de 2014 portant sur une population de 266 chinois ayant vécu un tremblement de terre (Liu et al., 2014), une moyenne de 35,9 (ST = 22,9) chez des patients nord-coréens ayant été en prison et y ayant subi des sévices (Lee et al., 2021). Ces populations sont différentes, mais peuvent permettre de mieux se rendre compte.

La moyenne du score de LSRP est de 58,13 (ET = 12,32), ce qui est plus important que celle donnée par Savard et al. (2014) qui rapportent une moyenne de 51,58 (ET = 8,89) sur une

population de 2529 participants âgés de 15 à 26 ans (en population générale) pour la validation française de l'échelle. Une étude de 2018 sur 437 détenus chinois rapporte une moyenne de 54,01 (ET = 9,16) (Wang et al., 2018). Des études avec une LSRP à trois facteurs mesurant l'égocentrisme, l'insensibilité et les facteurs antisociaux (avec 19 items sur 26) sont réalisées et certains auteurs (2019) estiment qu'elle est plus pertinente que le modèle à deux facteurs (Garofalo et al., 2019).

La moyenne du score estimé de la PCL-R de notre échantillon (90 patients évalués sur les 113) est de 19,53 (SD=7,28), ce qui est tout à fait proche de l'étude de Nioche et al. (2010) sur 80 détenus (à Paris) de sexe masculin présentant des troubles de personnalité variés qui retrouve une moyenne de 20,33 (SD=9,70). Cependant, cette étude avait exclu tout patient avec un QI<70 et tout patient présentant un trouble psychotique avéré. Une étude de Thierry Pham (2012) sur un petit échantillon (N=26) comparait un groupe (N=13) avec un haut score de psychopathie (moyenne à 28,49, avec un seuil à 27) avec un groupe avec un score faible (moyenne à 11,64, pour un seuil à 15), ce qui donne une moyenne globale de 20,07, comparable à notre échantillon. Cette étude portait sur un échantillon de patients hospitalisés en psychiatrie dans une unité de haute sécurité (Belgique) ayant commis un crime et jugés irresponsable de leurs actes. La proportion de patients psychotiques n'était pas renseignée. Quant à notre échantillon, la population de trouble psychotique était de 49,56%. Il faut toutefois noter que la proportion de patients psychotiques était plus importante dans le groupe « Non-répondants », ce qui pourrait aussi être une explication du score de la PCL-R plus élevé dans ce groupe.

2. Corrélats psychopathologiques

Les niveaux de corrélations entre les échelles de psychopathie LSRP et PCL-R retrouvés dans notre étude sont comparables à ceux retrouvés dans un travail de thèse de 2017 : il s'agit d'une revue critique d'études qui utilisaient des échelles auto-rapportées de psychopathie ainsi qu'une corrélation avec la PCL-R (Sériès, 2017) : les corrélations de Pearson retrouvées sur 2224 patients adultes (incarcérés ou non) étaient faibles à modérées, sans différence notable entre les facteurs (contrairement à notre travail). L'auteur estimait que les différences conceptuelles entre les instruments pouvaient expliquer ce faible niveau de corrélation, de même que le type de patients participants aux études. Par ailleurs, l'étude sur la validation française pour la LSRP (Savard et al., 2014) rapporte que les deux échelles LSRP (à deux ou à trois facteurs) seraient modérément corrélées et surtout significativement associées aux deux facteurs du PCL-R (Brinkley et al., 2001).

S'agissant des corrélations entre dissociation et psychopathie, nous avons utilisé une combinaison d'échelles auto-rapportées (LSRP et DES) qui n'avait a priori pas été utilisée

auparavant. On trouve cependant des corrélations entre PCL-R et DES chez Poythress et al. (2006) parfaitement équivalentes aux nôtres, c'est-à-dire faibles (0,16 pour les scores totaux entre PCL-R et DES, à peine différentes (0,17) pour le facteur 2). Par ailleurs, nous considérons dans cette étude les symptômes dissociatifs (DES) et posttraumatiques (PCL-5) comme s'ils étaient distincts (deux échelles), mais nous les traitons souvent comme un ensemble, ce pour quoi notre titre est plus simple (et peut-être contestable). Selon l'étude de Thierry Pham ((2012) le syndrome de stress post-traumatique (SASRQ) et la psychopathie (PCL-R) seraient négativement corrélées pour les scores totaux et ce pour tous les critères de la SASRQ (échelle auto-rapportée qui contient des éléments post-traumatiques et dissociatifs). Nous n'avions pas les mêmes échelles et en particulier nos deux échelles étaient auto-rapportées : elles étaient négatives pour la « Psychopathie primaire » (-0,01, mais non significatif), modérée pour la LSRP totale (0,30), forte pour la « Psychopathie secondaire » (0,60), avec un score plus élevé encore (0,64) entre « Altérations négatives » et « Psychopathie secondaire ». Néanmoins, lorsque nous utilisions l'estimation de la PCL-R (score total), nos corrélations étaient faibles à modérées, surtout au facteur « antisocial ». Nos résultats confirment en partie ceux de Pham (2012) concernant l'absence de corrélation positive entre score de stress et de dissociation et facteur 1 de la psychopathie, lorsqu'on utilise la PCL-R. Mais lorsqu'on utilise la LSRP, cette corrélation entre facteur 1 (« Psychopathie primaire ») et DES (faible niveau) existe, plus encore pour le critère « Déréalisation-dépersonnalisation » (niveau modéré : 0,34). Cela revient à la question de l'échelle la plus adaptée pour évaluer la psychopathie : faut-il utiliser l'échelle auto ou hétéro-rapportée ? Par ailleurs, cela continue de poser la question de l'association des facettes 1 et 2 dans un ensemble appelé psychopathie. Nioche et al. (2010) ont rappelé la possibilité de plusieurs sous-types de psychopathie, avec notamment le sous-type 2 (de la PCL-R) qui présente davantage de traits anxieux. Notre étude va effectivement dans le sens d'un lien entre des symptômes de stress et de dissociation d'une part et le facteur 2 « Psychopathie secondaire » de la psychopathie. Les auteurs de l'étude de Poythress et al. (2006) citée évoquent aussi la possibilité d'une corrélation entre le sous-type de psychopathie (1 ou 2) et le niveau d'agressivité (plus élevé pour le sous-type 2 (« Antisocial » pour la PCL-R). L'approche en clusters n'a jamais été étudiée en UHSA. S'agissant des autres structures pénitentiaires, nous n'avons pas trouvé non plus ce type d'analyse et de résultats concernant ces corrélats psychopathologiques.

3. Demande d'aide

S'agissant de la demande d'aide, il n'y a pas à notre connaissance d'études sur ce sujet en détention ou en UHSA. On a cité cependant l'étude bicentrique de Labrouhe et al. (2017)

sur les enquêtes de satisfaction. Si aucune comparaison n'est possible, notre exploration peut apparaître comme une prolongation de cette étude qui cherchait à estimer par des scores, la satisfaction des patients concernant l'organisation et le fonctionnement de l'UHSA durant leur hospitalisation, ainsi que le score de satisfaction concernant les soins reçus en UHSA. Les auteurs rapportent un ensemble de 70% de patients satisfaits.

III - LIMITES

Les effectifs réduits constituent un élément notable qui nous invite à ne pas généraliser davantage les résultats. En effet, il n'y a pas beaucoup de « Répondants » (moins de la moitié) : même si un certain nombre ont été exclu (près d'un tiers), près de 17% ont refusé de participer alors que le groupe « Non-répondants » a précisément une moyenne plus haute au score total de la PCL-R.

Concernant les outils, il a déjà été question des critiques faites aux échelles d'autoévaluation (Sériès, 2017) en général, notamment pour des échelles de dépistage (ce qui est le cas de la DES et de la PCL5) et pour l'évaluation de la psychopathie, même si la LSRP a aussi corrigé les biais associés à la désirabilité sociale. Il faut ajouter cependant qu'une méta-analyse sur 45 études (relativement récente) a déjà rapporté qu'il n'y avait pas d'association statistique significative entre la mesure d'autoévaluation par la LSRP et celle de la désirabilité sociale (Ray et al., 2013).

D'autre part, l'hétéroévaluation par la PCL-R (réalisée par l'expérimentateur principal) pourrait être considérée comme une estimation faute d'avoir reçu toute la formation nécessaire à l'usage de l'outil et d'avoir pu mettre en place une double évaluation (par un second psychiatre de l'équipe de l'UHSA ou un membre externe à l'équipe) pour en augmenter la fiabilité.

Concernant l'auto-évaluation avec la DSM-XC, elle est exploitable par domaine uniquement, mais s'inscrit dans le cadre d'une étude qui reste exploratoire : les diagnostics posés par les médecins ne peuvent être rigoureusement comparés aux résultats des domaines, bien que le rapprochement soit intéressant. Quant aux diagnostics psychiatriques établis par les médecins de l'UHSA, ils le sont certainement en appui des outils en vigueur (DSM-5, CIM), mais l'usage d'un outil standardisé est plus rigoureux. Cet échantillon comprenait par ailleurs, beaucoup de patients souffrant de troubles psychotiques, ce qui peut aussi fausser l'évaluation de la personnalité et celle de la dissociation.

Par ailleurs, la demande d'aide n'est pas vraiment éclairée par les corrélats psychopathologiques étudiés dans l'objectif principal de l'étude. Cette demande d'aide avait le

mérite de faire état des préoccupations du patient lors de son hospitalisation (notamment lorsqu'ils demandaient de l'aide sur le plan sociale et judiciaire). Mais peut-être faut-il tenir compte du fait qu'il peut y avoir des demandes non exaucées de patients en amont de l'hospitalisation (en prison) : notre étude ne s'intéresse ici qu'aux patients parvenus à se faire hospitaliser (pour les demandeurs) et ne prend pas en compte les demandes refoulées. Enfin, on note une forte proportion d'hospitalisation en SPDRE (72,57%) qui peut être un élément de réponse à la faible demande, même s'il faut dire aussi que certains médecins confiaient parfois l'usage d'hospitaliser leurs patients en SPDRE pour accélérer l'arrivée de ces derniers à l'UHSA.

IV - IMPLICATIONS DE LA RECHERCHE

Notre étude a le mérite de réaliser une première exploration à l'UHSA portant sur la demande d'aide. On peut effectivement voir qu'elle est faible parmi les patients hospitalisés, alors même qu'il y a la possibilité d'être hospitalisé en soins libres depuis quelques années. Par ailleurs, il nous a semblé pertinent de choisir des questionnaires auto-rapportés pour étudier cette demande d'aide, dans la mesure où ces questionnaires auraient pu l'éclairer.

Si cette étude plaide pour une vision dimensionnelle des patients (avec notamment une distinction des profils de psychopathie), elle nous incite à prendre en considération le concept de psychopathie : il n'est pas pris en compte comme un diagnostic de trouble de personnalité dans le DSM-5, bien qu'évoqué en passant dans le trouble de personnalité antisociale. Cette étude apporte un nouvel élément en faveur d'une distinction entre les deux facteurs de la psychopathie, que ce soit en hétéroévaluation (PCL-R), ou en autoévaluation (LSRP). En effet, le patient ayant été évalué avec un score important sur le facteur « Psychopathie secondaire » (comme le facteur « Antisocial » de la PCL-R) est plus susceptible de présenter des troubles dissociatifs et des symptômes de stress post-traumatique. De plus, notre échantillon contient une moyenne de score au facteur 2 (PCL-R) plus importante que celle du facteur 1. C'est également vrai avec la LSRP : le facteur « Psychopathie primaire » obtient un score moyen par question moins élevé que le facteur « Psychopathie secondaire ». De plus, la prévalence du trouble de personnalité antisociale dans notre échantillon est de près de 50%. A l'UHSA comme en prison, le facteur 1 et le facteur « Psychopathie primaire » est moins représenté. La population hospitalisée en UHSA contient donc davantage de facteur 2 que de facteur 1, ce qui est vrai aussi dans les groupes « Répondants » et « Non-répondants ». Il serait intéressant de voir si l'on retrouve une telle différence entre population carcérale (non-hospitalisée) et UHSA

y compris sur la prévalence des troubles dissociatifs. La demande augmente-t-elle avec les troubles dissociatifs et avec le facteur 2 (et/ou avec le facteur « Psychopathie secondaire ») ?

De plus, la population hospitalisée en UHSA comporte des patients aux profils plutôt variés, ce que l'on voit sur l'échantillon complet de notre étude au moins (plutôt comparable à d'autres populations retrouvées en psychiatrie adulte classique). Cet échantillon ne ressemble pas à la population d'autres structures de psychiatrie légale, qui prennent en charge des patients avec des scores élevés aux différents scores de psychopathie et comportant un haut niveau de sécurité, ayant été irresponsabilisé pénalement (Pham, 2012). Or, le type de population retrouvée à l'UHSA ne nous a pas empêché de retrouver un cluster (« classe 1 ») de hauts scores aux trois corrélats psychopathologiques étudiés (y compris à la PCL-R). Pour expliquer ces scores élevés, on pourrait d'abord penser qu'il peut y avoir une sur-cotation des échelles correspondants (ce qui peut être le cas d'échelles de dépistage et pourrait aussi être en lien avec les limites apportées à l'usage de la PCL-R). Deuxièmement, on peut aussi penser que ces hauts scores s'expliquent par la spécificité du recrutement des patients en UHSA. Dans une lecture institutionnelle, ces patients présentant les corrélations psychopathologiques les plus élevés seraient essentiellement des patients posant un problème en détention, restant (souhaitant rester) relativement longtemps une fois arrivés en UHSA, revenant régulièrement dans cette structure (20% des patients dans notre échantillon) et présentant des hauts scores aux corrélats étudiés dans notre travail. Les patients de ce cluster (« classe 1 ») présenteraient (d'après notre étude) davantage de souffrance psychiatrique (plus d'idées suicidaires, plus de tristesse, de troubles du sommeil et de la mémoire, d'usage de substances) et mériteraient une prise en charge spécifique, adaptée à eux, où l'UHSA trouverait sa véritable spécificité : une structure de niveau 3, accueillant la population carcérale générale, mais aussi un cluster de patients (« classe 1 »), avec une association significative (peu commune ailleurs) de traits psychopathiques, de symptômes dissociatifs et psychotraumatiques.

Cette prise en charge pourrait se décliner dans la recherche systématique de comorbidités (nos trois corrélats), dans un bilan spécifique (même si certains patients bénéficient déjà de réunions cliniques centrées sur l'anamnèse, la description des symptômes et la proposition d'une prise en charge). Cette recherche se ferait en particulier lorsqu'on repèrerait des allers et retours en UHSA ne s'expliquant pas uniquement par une rupture du traitement médicamenteux (qui peut nécessiter une « simple » reprise du traitement). Le fait de trouver un des trois corrélats devrait amener à rechercher les deux autres. Par exemple, les patients présentant un trouble de personnalité antisociale (« Psychopathie secondaire » ou facteur 2 de la PCL-R) pourraient bénéficier d'une écoute attentive dans le but de rechercher un traumatisme, des symptômes dissociatifs associés, des conduites addictives ayant parfois

comme rôle de prendre en charge leurs traumatismes. Dans un deuxième temps ou conjointement, ces patients pourraient bénéficier d'un programme de soins individuels (en plus des activités déjà proposées au sein de l'UHSA qui sont davantage des activités de groupe) réduisant la charge anxieuse : hypnose, EMDR, thérapie de la reconsolidation, thérapie cognitivo-comportementale, mais aussi la prescription d'antidépresseurs.

Du côté des soignants, une formation concernant les troubles dissociatifs mérite d'être envisagée et prise au sérieux. La connaissance des liens entre ces profils de personnalité et les troubles dissociatifs et ceux associés au stress est également utile pour ces mêmes soignants, d'autant plus que ces troubles sont encore trop peu connus dans les hôpitaux psychiatriques et par les équipes soignantes alors que leur prévalence en UHSA et en psychiatrie est forte. Le rejet que suscitent ces patients, y compris en UHSA pourrait être modéré par ces résultats : par exemple atténuer le rejet du trouble de personnalité antisociale et des profils « Psychopathie secondaire » en découvrant les corrélations avec les troubles dissociatifs, ceux associés au stress post-traumatique. Le fait que ces patients présentent davantage de troubles dissociatifs ainsi que des symptômes liés au stress post-traumatique doit aider les soignants à les regarder autrement.

Ensuite, l'existence d'une demande de soins est utile à prendre en compte. Le fait qu'elle puisse exister peut inciter les soignants à ne pas exclure trop rapidement ces patients, même si cette demande est ambivalente (ce qui est déjà le cas chez des patients présentant d'autres troubles de personnalité) : s'ils présentent des troubles dissociatifs ou des symptômes liés au stress, il y a tout intérêt à les connaître, à les prendre en charge, notamment pour prévenir les passages à l'acte en hospitalisation (UHSA comme psychiatrie adulte classique), ou dans la société. Enfin, le faible taux de demande est aussi un levier pour la psychothérapie : un enjeu peut être d'aider ces patients à progresser en détention comme en UHSA sur cette demande de soins. Certains patients « Répondants » avaient en effet été hospitalisés initialement sous contrainte (levée de la mesure avec la résolution de l'épisode). L'hospitalisation en UHSA pourrait participer à l'objectif de réinsertion dans la société des détenus, qui pourrait signifier réinsertion dans un parcours de demandeur d'aide, ne serait-ce que pour éviter ces passages à l'acte.

V - PERSPECTIVES

Pour améliorer l'étude, il faudrait tout d'abord réaliser une étude sur une durée plus longue pour avoir des échantillons plus larges. Sur un plan purement diagnostic, il faudrait peut-être réaliser une étude en n'incluant que des patients sans trouble psychotique (comme cela est

fait parfois dans des études sur les détenus), en raison du *« chevauchement phénoménologique entre symptômes psychotiques et symptômes dissociatifs »*. Une approche transdiagnostique pourrait d'ailleurs se discuter dans la mesure où les sujets présentent des comorbidités. Concernant le choix des échelles, on pourrait utiliser la SCID-D-R et la PCL-R ensemble avec deux évaluateurs formés à ces échelles pour obtenir une méthodologie basée sur l'hétéroévaluation, afin de confirmer cette étude exploratoire.

Autre possibilité, on pourrait comparer les patients hospitalisés en UHSA et ceux insérés dans un suivi (en consultation de psychiatrie postpénale), de façon à voir si les troubles dissociatifs sont essentiellement dus au passage en détention et aux circonstances du passage à l'acte, ou bien s'ils persistent avec le temps. Un autre objectif serait de prévenir davantage les passages à l'acte en prison (Reidy et al., 2015).

S'agissant de la demande d'aide, on aurait besoin d'échelles ou de scores évaluant la demande d'aide, comme il existe des questionnaires de satisfaction (de Labrouhe et al., 2017). Peut-être faudrait-il inclure des items concernant les demandes des patients et d'autres concernant la demande des soignants et de l'administration pénitentiaire. On pourrait ainsi prévenir les demandes « inadaptées », loin de toute participation à un contrôle social qui ne serait pas du soin (car hospitalisation qui dure davantage et des attitudes non-soignantes, isolement excessif…) (Wilmes, 2014).

VI - CONCLUSION

Ce travail peut être considéré comme original : nous avons tenté ici d'en connaître davantage sur les corrélats psychopathologiques qui sont hospitalisés en psychiatrie à l'UHSA. Nous avons tenté d'associer cette recherche à la demande d'aide des patients : la possibilité récente d'une hospitalisation libre pour des détenus le justifiait et l'existence d'échelles auto-rapportées pour chacun des corrélats se prêtaient à la recherche de liens entre ceux-ci et la demande d'aide.

Cette thèse sur un petit échantillon a permis de mettre davantage en évidence ces corrélats : traits psychopathiques, symptômes dissociatifs et posttraumatiques. La présence d'un cluster de patients présentant de hauts scores à ces corrélats, associés à davantage de souffrance psychiatrique (idées suicidaires, symptômes dépressifs, troubles du sommeil et de la mémoire), pose la question d'un bilan spécifique. Il s'agirait de les repérer, puis de les prendre en charge : déculpabilisation vis-à-vis des traumatismes vécus en amont de l'incarcération et en incarcération, diminution de la charge anxieuse par voie médicamenteuse, psychothérapie

axée sur le traumatisme (hypnose, EMDR, reconsolidation…). Là pourrait être la spécificité de cette structure de niveau 3 qu'est l'UHSA.

Cette étude poursuit les travaux déjà réalisés avec le souci de décrire davantage les troubles parfois mal connus des patients de l'UHSA : la psychopathie étant davantage un concept issu de la psychologie qui s'invite dans la psychiatrie légale et s'impose aux soignants ; le champ dissociatif et du psychotraumatisme est relativement récent et demande à être davantage connus par les soignants, notamment en psychiatrie clinique et médico-légale (Gillespie et al., 2023). La demande d'aide chez les détenus hospitalisés reste faible, il conviendrait d'avoir davantage d'outils pour mieux l'évaluer, la comprendre.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages cités

Cleckley, H. M. (1988). *The mask of sanity : An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality* (5. ed). Selbstverlag Emily S. Cleckley.

Dutton, K. (2015). *La sagesse du psychopathe* (Larousse).

Moreau de Tours, J. J. (1845). *Du hachisch et de l'aliénation mentale : Études psychologiques*. Fortin, Masson.

Pinel, P. (1745-1826) A. du texte. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, par Ph. Pinel, [...] Seconde édition, entièrement refondue et très-augmentée.* (*https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g*)

Pham, & Côté, G. (2000). *Psychopathie : Théorie et recherche*. Presses universitaires du Septentrion.

Théophraste. (1799). *Les Caractères de Théophraste, d'après un manuscrit du Vatican contenant des additions qui n'ont pas encore paru en France. Traduction nouvelle, avec le texte grec, des notes critiques et un discours préliminaire sur la vie et les écrits de Théophraste, par Coray,...* (*https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1511158h*)

Thèses

Estepa, H. (2022). *La dissociation dans le trouble de personnalité antisociale et la psychopathie : Revue de la littérature*. Université de Tours.

Gagnon, V. (2011). *Validation préliminaire de l'échelle de psychopathie autorapportée*. Université de Laval.

Jullian, B. (2014). *Approche descriptive du profil et du parcours de soin des patients admis à l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée de Toulouse en 2012.*

Sériès, T. (2017). *La validité convergente des instruments auto-rapportés de la psychopathie : Recension systématique et revue critique*.

Articles cités dans la thèse

Akyüz, G., Kuğu, N., Sar, V., & Doğan, O. (2007). Trauma and dissociation among prisoners. *Nordic journal of psychiatry*, *61*, 167-172. https://doi.org/10.1080/08039480701352348

Archer, R. P., & Wheeler, E. M. A. (2013). *Forensic Uses of Clinical Assessment Instruments*. Routledge.

Belet, B., D'Hondt, F., Horn, M., Amad, A., Carton, F., Thomas, P., Vaiva, G., & Fovet, T. (2020). Trouble de stress post-traumatique en milieu pénitentiaire. *L Encéphale*, *46*. https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.017

Bénézech, M., Dandelot, D., & Rémus, A. (2011). La psychiatrie en milieu pénitentiaire : Chronique d'une pratique psychiatrique au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *169*(10), 638-642. https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.09.011

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*(12), 727-735. https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004

Boon, S., & van der Hart, O. (2016). Chapitre 4. Évaluation et diagnostic des troubles dissociatifs du DSM-5. In *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 35-51). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.smith.2016.01.0035

Bottéro, A. (2001). Une histoire de la dissociation schizophrénique. *L'Évolution Psychiatrique*, *66*(1), 43-60. https://doi.org/10.1016/S0014-3855(01)90004-0

Brand, B. L., & Lanius, R. A. (2014). Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder : Disorders of emotion dysregulation? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *1*, 13. https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-13

Brinkley, C. A., Schmitt, W. A., Smith, S. S., & Newman, J. P. (2001). Construct validation of a self-report psychopathy scale : Does Levenson's self-report psychopathy scale measure the same constructs as Hare's psychopathy checklist-revised? *Personality and Individual Differences*, *31*(7), 1021-1038. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00178-1

Buyle-Bodin, S., Amad, A., Medjkane, F., Bourion-Bedes, S., Thomas, P., & Fovet, T. (2019). Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des adolescents détenus hospitalisés en unité hospitalière spécialement aménagée : Résultats d'une étude transversale nationale. *L'Encéphale*, *45*(3), 207-213. https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.07.008

Chu, J., & Bowman, E. S. (2000). Trauma and dissociation : 20 years of study and lessons learned along the way. *Journal of Trauma and Dissociation*, *1*, 5-20.

Collison, K. L., Miller, J. D., Gaughan, E. T., Widiger, T. A., & Lynam, D. R. (2016). Development and validation of the super-short form of the Elemental Psychopathy Assessment. *Journal of Criminal Justice*, *47*, 143-150. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.09.002

Coté, G., & Hodgins, S. (1991). L'échelle de psychopathie de Hare : Validation de la version française. *Bulletin de psychologie*, *45*(404), 14-20.

Crego, C., & Widiger, T. A. (2015). Psychopathy and the DSM. *Journal of Personality*, *83*(6), 665-677. https://doi.org/10.1111/jopy.12115

Damsa, C., Lazignac, C., Pirrotta, R., & Andreoli, A. (2006). Troubles dissociatifs : Aspects cliniques, neurobiologiques et thérapeutiques. *Rev Med Suisse*, *052*, 400-405.

Decety, J. (2020). La psychopathie – L'éclairage des neurosciences médicolégales. *L'Encéphale*, *46*(4), 301-307. https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.02.007

de Labrouhe, D., Plancke, L., Amad, A., Charrel, C.-L., Touitou, D., Bodon-Bruzel, M., Thomas, P., & Fovet, T. (2017). Hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée : Enquête de satisfaction auprès des patients. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *65*(4), 285-294. https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.03.129

Delannoy, Saloppé, Tiberi, Delescluse, & Pham. (2017). Deux mesures de psychopathie chez les patients médicolégaux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *175*(3), 297-299. https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.02.002

Demazeux, S. (2013). *Qu'est-ce que le DSM ?* (1er édition). Les Éditions d'Ithaque.

de Ruiter, C., Burghart, M., De Silva, R., Griesbeck Garcia, S., Mian, U., Walshe, E., & Zouharova, V. (2022). A meta-analysis of childhood maltreatment in relation to psychopathic traits. *PLoS ONE*, *17*(8), e0272704. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272704

Fareng, M., & Plagnol, A. (2014). Dissociation et syndromes traumatiques : Apports actuels de l'hypnose. *PSN*, *12*(4), 29-46. https://doi.org/10.3917/psn.124.0029

Faugeras, P. (2009). Le criminel né. De l'actualité surprenante de Cesare Lombroso, phrénologue italien du xixe siècle et de ses thèses organicistes où se conjoignent ouvertement et intimement criminalité et folie. *Sud/Nord*, *24*(1), 55-67. https://doi.org/10.3917/sn.024.0055

Garofalo, C., Noteborn, M. G. C., Sellbom, M., & Bogaerts, S. (2019). Factor Structure and Construct Validity of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP) : A Replication and Extension in Dutch Nonclinical Participants. *Journal of Personality Assessment*, *101*(5), 481-492. https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1519830

Gillespie, S. M., Jones, A., & Garofalo, C. (2023). Psychopathy and dangerousness : An umbrella review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *100*, 102240. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102240

Goff, A., Rose, E., Rose, S., & Purves, D. (2007). Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, *17*(3), 152-162. https://doi.org/10.1002/cbm.653

Gordts, S., Uzieblo, K., Neumann, C., Van den Bussche, E., & Rossi, G. (2017). Validity of the Self-Report Psychopathy Scales (SRP-III Full and Short Versions) in a Community Sample. *Assessment*, *24*(3), 308-325. https://doi.org/10.1177/1073191115606205

Grabow, A., & Becker-Blease, K. (2023). Acquiring Psychopathy and Callousness Traits : Examining the Influence of Childhood Betrayal Trauma and Adult Dissociative Experiences in a Community Sample. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, *24*(2), 268-283. https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2168827

Gysi, J. (2022). Chapitre 3. Les troubles dissociatifs dans la CIM-11 : Un changement de paradigme dans l'histoire de la psychiatrie. In *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité* (p. 31-50). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.binet.2022.01.0031

Hare, R. D. (1990). *Psychopathy Checklist Revised (PCLR)*. Addiction Research Center. https://arc.psych.wisc.edu/self-report/psychopathy-checklist-revised-pclr/

Hare, R. D., & Craigen, D. (1974). Psychopathy and Physiological Activity In a Mixed-Motive Game Situation. *Psychophysiology*, *11*(2), 197-206. https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1974.tb00839.x

Hare, R. D., Frazelle, J., & Cox, D. N. (1978). Psychopathy and physiological responses to threat of an aversive stimulus. *Psychophysiology*, *15*(2), 165-172. https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1978.tb01356.x

Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4*, 217-246. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452

Hart, O. van der, Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2017). *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. De Boeck Superieur.

Hingray, C. (2018). La dissociation de Janet au DSM-5. *French Journal of Psychiatry*, *1*, S22. https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30049-2

Ireland, J. L., Mann, S., Lewis, M., Ozanne, R., McNeill, K., & Ireland, C. A. (2020). Psychopathy and trauma : Exploring a potential association. *International Journal of Law and Psychiatry*, *69*, 101543. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101543

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Alcan.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, *40*(2), 131-140. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.03.003

Karpman, B. (1941). On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types : The symptomatic and the idiopathic. *Journal of Criminal Psychopathology*, *3*, 112-137.

Kédia, M. (2009). La dissociation : Un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatrique*, *74*(4), 487-496. https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2009.09.013

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., … Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *47*(13), 2260-2274. https://doi.org/10.1017/S0033291717000708

Kruppa, I., Hickey, N., & Hubbard, C. (1995). The Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder in a Special Hospital Population of Legal Psychopaths. *Psychology, Crime and Law*, *2*(2), [i]-142.

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD : Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *The American journal of psychiatry*, *167*(6), 640-647. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168

Lazignac, C., Cicotti, A., Bortoli, A.-L., Kelley-Puskas, M., & Damsa, C. (2005). Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *163*(10), 889-895. https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.09.021

Lee, S. H., Noh, J.-W., Kim, K.-B., Lee, H.-W., Jun, J. Y., & Lee, W. W. (2021). The Effects of Inhumane Treatment in North Korean Detention Facilities on the Posttraumatic-Stress

Disorder Symptoms of North Korean Refugees. *Psychiatry Investigation*, *18*(7), 688-694. https://doi.org/10.30773/pi.2020.0427

Levenson, M., Kiehl, K., & Fitzpatrick, C. (1995). Assessing Psychopathic Attributes in a Noninstitutionalized Population. *Journal of personality and social psychology*, *68*, 151-158. https://doi.org/10.1037//0022-3514.68.1.151

Lilienfeld, S. O., & Andrews, B. P. (1996). Development and Preliminary Validation of a Self-Report Measure of Psychopathic Personality Traits in Noncriminal Population. *Journal of Personality Assessment*, *66*(3), 488-524. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6603_3

Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., Zhang, B., Wu, Q., Zhang, H., Zhao, Z., Fan, G., & Elhai, J. D. (2014). The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(4), 345-351. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.008

Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates : Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *20*(3), 229-242. https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein

Lynam, D. R. (2011). Psychopathy and Narcissism. In *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder* (p. 272-282). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781118093108.ch24

Magnan, V. (1835-1916) A. du texte, & Legrain, P.-M. (1860-1939) A. du texte. (1895). *Les dégénérés : (État mental et syndromes épisodiques) / par le Dr Magnan et le Dr Legrain,...* https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76742q

Mahoney, M. R., Farmer, C., Sinclair, S., Sung, S., Dehaut, K., & Chung, J. Y. (2020). Utilization of the DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure-Adult to Screen Healthy Volunteers for Research Studies. *Psychiatry research*, *286*, 112822. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112822

Mai, F. M., & Merskey, H. (1980). Briquet's Treatise on hysteria. A synopsis and commentary. *Archives of General Psychiatry*, *37*(12), 1401-1405. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780250087010

Meares, R., & Barral, C. (2021). Chapitre 8. Le projet holistique de Pierre Janet. Partie I. Désintégration ou désagrégation. In *Pierre Janet : Trauma et dissociation* (p. 135-146). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.vand.2021.01.0135

Millon, T., & Davis, R. D. (1998). Ten subtypes of psychopathy. In *Psychopathy : Antisocial, criminal, and violent behavior* (p. 161-170). The Guilford Press.

Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M., & Erni, T. (1996). Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *37*(5), 355-361. https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90017-6

Moncany, A.-H., Dandelot, D., & Bouchard, J.-P. (2019). Entre détention et psychiatrie, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour prendre en charge les personnes détenues dont l'état psychique relève d'une hospitalisation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *177*(3), 295-301. https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.01.004

Moreau, F. (2010). La santé dans les prisons françaises. *Pouvoirs*, *135*(4), 69-86. https://doi.org/10.3917/pouv.135.0069

Morel, B.-A. (1809-1873) A. du texte. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine.... [Volume 2] / par le D B.A. Morel,...* https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k85077d

Moskowitz, A. (2004). Dissociation and Violence A Review of the Literature. *Trauma, violence & abuse*, *5*, 21-46. https://doi.org/10.1177/1524838003259321

Myers, C. S. (2012). *Shell Shock in France, 1914-1918 : Based on a War Diary*. Cambridge University Press.

Nioche, Pham, Ducro, Beaurepaire, Chudzik, Courtois, & Réveillère. (2010). Psychopathie et troubles de la personnalité associés : Recherche d'un effet particulier au trouble Borderline ? [Psychopathy and associated personality disorders: searching for a particular effect of the borderline personality disorder?]. *L Encéphale*, *36*, 253-259. https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.07.004

Ogloff, J. R. P. (2006). Psychopathy/Antisocial Personality Disorder Conundrum. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(6-7), 519-528. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x

Pérez, B., Herrero, J., Velasco, J., & Rodríguez-Díaz, F. (2015). A contrastive analysis of the factorial structure of the PCL-R : Which model fits best the data? *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, *7*, 23-30. https://doi.org/10.1016/j.ejpal.2014.10.001

Pham (2008). Chapitre 9. La psychopathie : Corrélats anatomiques et neurophysiologiques. In *Psychopathologie et neurosciences* (p. 215-227). De Boeck Supérieur. https://www.cairn.info/psychopathologie-et-neurosciences--9782804158996-page-215.htm

Pham (2013). *Pham, H.T. (2013). Evaluation de la psychopathie. IN J.L. Senon. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Paris : Masson.*

Pham (2018). La structure factorielle du concept de psychopathie (PCL-R) parmi des détenus francophones. *French Journal of Psychiatry*, *1*, S117. https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30316-2

Pham, Malingrey, Ducro, C., & Saloppé, X. (2007). Psychopathie et troubles mentaux graves chez des patients internés. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *165*(7), 511-516. https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.06.006

Pham (2012). Psychopathy and Traumatic Stress. *Journal of personality disorders*, *26*, 213-225. https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.2.213

Poythress, N., Skeem, J., & Lilienfeld, S. (2006). Associations among early abuse, dissociation, and psychopathy in an offender sample. *Journal of abnormal psychology*, *115*, 288-297. https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.288

Psederska, E., Yankov, G. P., Bozgunov, K., Popov, V., Vasilev, G., & Vassileva, J. (2020). Validation of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale in Bulgarian Substance-Dependent Individuals. *Frontiers in Psychology*, *11*. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01110

Raine, A., Lencz, T., Bihrle, S., LaCasse, L., & Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 57*(2), 119-127; discussion 128-129. https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.2.119

Ray, J. V., Hall, J., Rivera-Hudson, N., Poythress, N. G., Lilienfeld, S. O., & Morano, M. (2013). The relation between self-reported psychopathic traits and distorted response styles : A meta-analytic review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(1), 1-14. https://doi.org/10.1037/a0026482

Reidy, D. E., Kearns, M. C., DeGue, S., Lilienfeld, S. O., Massetti, G., & Kiehl, K. A. (2015). Why psychopathy matters : Implications for public health and violence prevention. *Aggression and violent behavior, 24*, 214. https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.018

Rodríguez-Delgado, A., Fresán, A., Miranda, E., Garza-Villarreal, E., Alcalá-Lozano, R., Duque-Alarcón, X., Balducci, T., & Arango de Montis, I. (2019). Comorbid personality disorders and their impact on severe dissociative experiences in Mexican patients with borderline personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry, 73*(8), 509-514. https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1658127

Ross, C. A. (1996). History, Phenomenology, and Epidemiology of Dissociation. In *Handbook of Dissociation* (p. 3-24). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0310-5_1

Rotter, M., Way, B., Steinbacher, M., Sawyer, D., & Smith, H. (2002). Personality Disorders in Prison : Aren't They All Antisocial? *Psychiatric Quarterly, 73*(4), 337-349. https://doi.org/10.1023/A:1020468117930

Ruiz, M. A., Poythress, N. G., Lilienfeld, S. O., & Douglas, K. S. (2008). Factor Structure and Correlates of the Dissociative Experiences Scale in a Large Offender Sample. *Assessment, 15*(4), 511-521. https://doi.org/10.1177/1073191108315548

Saillot, I. (2017). Grand angle : Le concept de dissociation de Janet à aujourd'hui, dérive et écueil. *European Journal of Trauma & Dissociation, 1*(4), 211-216. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.002

Saillot, I. (2019). Chapitre 1. Petit historique de la dissociation. In *Dissociation et mémoire traumatique* (p. 1-28). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.kedia.2019.01.0005

Saillot, I. (2020). Achille en Afrique. Pertinence de Janet pour les cas actuels de possession dissociative. *European Journal of Trauma & Dissociation, 4*(3), 100114. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.05.007

Sar, V. (2011). Epidemiology of Dissociative Disorders : An Overview. *Epidemiology Research International, 2011*, e404538. https://doi.org/10.1155/2011/404538

Sarkar, S., Clark, B. S., & Deeley, Q. (2011). Differences between psychopathy and other personality disorders : Evidence from neuroimaging. *Advances in Psychiatric Treatment, 17*(3), 191-200. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004747

Savard, C., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2014). Échelle auto-rapportée de psychopathie de Levenson : Adaptation française et validation. *Criminologie, 47*(2), 263-293. https://doi.org/10.7202/1026736ar

Schorr, M. T., Tietbohl-Santos, B., de Oliveira, L. M., Terra, L., de Borba Telles, L. E., & Hauck, S. (2020). Association between different types of childhood trauma and parental bonding with antisocial traits in adulthood : A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, *107*, 104621. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104621

Seena Fazel et al. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners : A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, *359*(9306), 545-550. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1

Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., & Cetin, M. (2007). Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(11), 865-873. https://doi.org/10.1007/s00127-007-0248-2

Shaw-Cloutier, A.-A. (2022, septembre 1). *Analyse longitudinale des associations dyadiques entre les traits psychopathiques et la violence psychologique chez des couples de la communauté*. Analyse Longitudinale Des Associations Dyadiques Entre Les Traits Psychopathiques et La Violence Psychologique Chez Des Couples de La Communauté. https://library-archives.canada.ca/eng/services/services-libraries/theses/Pages/item.aspx?idNumber=1132101179

Sierra, M., & Berrios, G. E. (1998). Depersonalization : Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, *44*(9), 898-908. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00015-8

Sierra, M., Senior, C., Dalton, J., McDonough, M., Bond, A., Phillips, M. L., O'Dwyer, A. M., & David, A. S. (2002). Autonomic response in depersonalization disorder. *Archives of General Psychiatry*, *59*(9), 833-838. https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.833

Spiegel, H. (1963). The dissociation-association continuum. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *136*, 374-378. https://doi.org/10.1097/00005053-196304000-00008

Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, *5*(2), 82-86.

Tapia, G., Nadia, K., Hingray, C., & Wissam, E.-H. (2023). L'amnésie dissociative dans le Trouble de Stress Post-Traumatique : Analyse de la validité scientifique d'un phénomène psychologique controversé. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100314. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100314

Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). Chapitre 6. Psychotraumatisme, dissociation et troubles dissociatifs. In *Manuel des troubles psychotraumatiques* (p. 174-223). Dunod. https://www.cairn.info/manuel-des-troubles-psychotraumatiques--9782100796342-p-174.htm

Timmerman, I. G., & Emmelkamp, P. M. (2001). The relationship between traumatic experiences, dissociation, and borderline personality pathology among male forensic patients and prisoners. *Journal of Personality Disorders*, *15*(2), 136-149. https://doi.org/10.1521/pedi.15.2.136.19215

Waldeck, R., Mathieu, E., & Hingray, C. (2021). *Troubles dissociatifs : Quelles formes cliniques ? | Dr Coraline HINGRAY, Dr Romain WALDECK*. https://www.edimark.fr/revues/la-lettre-du-psychiatre/n-2-juin-2021-copy/troubles-dissociatifs-quellesformescliniques

Wang, M.-C., Shou, Y., Deng, Q., Sellbom, M., Salekin, R. T., & Gao, Y. (2018). Factor structure and construct validity of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP) in a sample of Chinese male inmates. *Psychological Assessment*, *30*(7), 882-892. https://doi.org/10.1037/pas0000537

Widiger, T. A., Cadoret, R., Hare, R., Robins, L., Rutherford, M., & Alterman, A. (1996). *DSM-IV Antisocial Personality Disorder Field Trial*.

Wilmes, A. (2014). Le concept de psychopathie est-il cohérent ? Bases cérébrales et responsabilité morale. *PSN*, *12*(1), 31-49.

Wulff, E. (2008). La situation des délinquants « psychopathes » en Allemagne. *L'information psychiatrique*, *84*(1), 45-49. https://doi.org/10.3917/inpsy.8401.0045

Yalch, M. M., Dehart, R. M., & Ceroni, D. B. (2022). Influence of Betrayal Trauma on Psychopathy. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, *23*(3), 296-306. https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1989117

Zavattini, G. C., Garofalo, C., Velotti, P., Tommasi, M., Romanelli, R., Santo, H. E., Costa, M., & Saggino, A. (2017). Dissociative Experiences and Psychopathology Among Inmates in Italian and Portuguese Prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *61*(9), 975-992. https://doi.org/10.1177/0306624X15617256

Autres documents

Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

Desbiendras. (2013). *PCL-5, traduction française*, http://desbiendras.eklablog.com/protocoles-emdr-specialises-c24791728

Groupes de travail sur la détention (Sénat). (2018). https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/docs/RAPPANR5L15B0808.raw

HAS. (2005). *Prise en charge de la psychopathie*.

IGAS. (2018). *Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues*. (*https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article775*)

Articles consultés mais non cités dans la thèse

Blanchet, M. (2015). Un nouveau dispositif de soin : L'uhsa. *Empan*, *100*(4), 173-182.

Carlson, E., & Putnam, F. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, *6*, 16-27.

De Brito, S. A., Forth, A. E., Baskin-Sommers, A. R., Brazil, I. A., Kimonis, E. R., Pardini, D., Frick, P. J., Blair, R. J. R., & Viding, E. (2021). Psychopathy. *Nature Reviews Disease Primers*, *7*(1), 49. https://doi.org/10.1038/s41572-021-00282-1

Murphy, C., & Vess, J. (2003). Subtypes of Psychopathy : Proposed Differences Between Narcissistic, Borderline, Sadistic, and Antisocial Psychopaths. *The Psychiatric quarterly*, *74*, 11-29. https://doi.org/10.1023/A:1021137521142

Nijenhuis, E., van der Hart, O., Steele, K., de Soir, E., & Matthess, H. (2006). *Dissociation structurelle de la personnalité et trauma*.
Norton, G. R., Ross, C. A., & Novotny, M. F. (1990). Factors that predict scores on the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *46*(3), 273-277. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199005)46:3<273::aid-jclp2270460304>3.0.co;2-x

Shi, Z., Bureau, J.-F., Easterbrooks, M. A., Zhao, X., & Lyons-Ruth, K. (2012). Childhood Maltreatment and Prospectively Observed Quality of Early Care as Predictors of Antisocial Personality Disorder Features. *Infant mental health journal*, *33*(1), 55-96. https://doi.org/10.1002/imhj.20295

Spitzer, C., Dudeck, M., Liss, H., Orlob, S., Gillner, M., & Freyberger, H. J. (2001). Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients. *Journal of Forensic Psychiatry*, *12*(1), 63-77. https://doi.org/10.1080/09585180010027879

Thomas-Anterion, C. (2017). L'amnésie dissociative. *Revue de neuropsychologie*, *9*(4), 213-217. (https://doi.org/10.3917/rne.094.0213)

Thomson, N. D., Bozgunov, K., Psederska, E., Aboutanos, M., Vasilev, G., & Vassileva, J. (2021). Physical abuse explains sex differences in the link between psychopathy and aggression. *Journal of interpersonal violence*, *36*(19-20), 9208-9231. (https://doi.org/10.1177/0886260519865956)

Tikkanen, R., Auvinen-Lintunen, L., Ducci, F., Sjöberg, R. L., Goldman, D., Tiihonen, J., Ojansuu, I., & Virkkunen, M. (2011). Psychopathy, PCL-R, and MAOA genotype as predictors of violent reconvictions. *Psychiatry Research*, *185*(3), 382-386. (https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.026)

Trélat, U. (1795-1879) A. du texte. (1861). *La folie lucide : Étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société / par le Dr Trélat,...*
https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k769219

Urbaniok, F., Endrass, J., Noll, T., Vetter, S., & Rossegger, A. (2007). Posttraumatic stress disorder in a Swiss offender population. *Swiss medical weekly*, *137*, 151-156. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.01.290

Williamson, S., Harpur, T. J., & Hare, R. D. (1991). Abnormal Processing of Affective Words by Psychopaths. *Psychophysiology*, *28*(3), 260-273. https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1991.tb02192.x

ANNEXES

DOSSIER REMIS AU PATIENT

1) Page de garde

INFORMATIONS GENERALES

Nom ……

Prénom ……..

Date de naissance ……../……../……

Niveau scolaire ……

Nature de la demande d'aide (qu'attendez-vous de votre séjour) ? ……

……

……

……

2) DSM-XC

QUESTIONNAIRE 1

	Durant les deux dernières semaines, avez-vous été dérangés par les problèmes suivants et à quelle fréquence ?	**Non, pas du tout**	**Léger, rarement, moins d'un jour ou deux**	**Moyen, plusieurs jours**	**Plus d'un jour sur deux**	**Presque tous les jours**
1	Avez-vous ressenti peu d'intérêt ou de plaisir en faisant des choses ?					
2	Vous êtes-vous sentis mal, déprimé ou désespéré ?					
3	Vous êtes-vous sentis plus irrité, de mauvaise humeur ou en colère que d'habitude ?					
4	Avez-vous moins dormi que d'habitude, mais tout en ayant plein d'énergie ?					
5	Avez-vous débuté beaucoup plus de projets ou pris plus de risques que d'habitude ?					
6	Vous êtes-vous sentis nerveux, anxieux, effrayé, préoccupé ou sur les nerfs ?					
7	Vous-êtes-vous sentis paniqué ou effrayé ?					
8	Avez-vous évité des situations qui vous rendent anxieux ?					
9	Souffrez-vous de courbatures et douleurs inexpliquées (par exemple, à la tête, dos, articulations, ventre, jambes) ?					
10	Avez-vous le sentiment que votre maladie n'est pas assez prise au sérieux ?					
11	Avez-vous pensé à réellement vous faire du mal ?					
12	Avez-vous entendu des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix, même lorsque personne n'était autour de vous ?					
13	Avez-vous déjà pensé que quelqu'un pouvait entendre vos pensées, ou que vous pouviez entendre ce qu'une autre personne pense ?					
14	Avez-vous des problèmes de sommeil (en termes de qualité) ?					
15	Avez-vous des problèmes de mémoire ? (apprendre de nouvelles choses) ou de localisation (se souvenir d'un trajet habituel)					
16	Avez-vous des pensées désagréables, des envies irrépressibles (très fortes), ou des images qui font irruption dans votre esprit de façon répétée ?					
17	Vous êtes-vous sentis poussés à réaliser certains comportements ou actes mentaux encore et encore ?					
18	Vous êtes-vous sentis détachés ou distant de vous-même, de votre corps, de votre environnement physique, ou de votre mémoire ?					
19	Avez-vous vécu le fait de ne pas savoir qui vous étiez vraiment ou ce que vous vouliez dans la vie ?					
20	Sentez-vous que vous êtes loin des autres personnes et que les relations avec eux ne vous donne pas de plaisir ?					
21	Avez-vous bu au moins 4 verres d'alcool (tout type) sur un seul jour ?					
22	Fumez-vous des cigarettes, un cigare, une pipe, ou consommez-vous du tabac à priser ou du tabac à mâcher ?					
23	Avez-vous utilisé des médicaments pour vous, sans prescription, en plus grande quantité ou plus longtemps que prescrit (par exemple antalgiques, psychostimulants comme la Ritaline, sédatifs, hypnotiques,) ou des drogues comme la marijuana, la cocaïne, l'ecstasy, les drogues hallucinogènes (LSD), l'héroïne, solvants (colle) ou des amphétamines (speed) ?					

2) DES

QUESTIONNAIRE 2

Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage du temps où cela vous arrive.

1	Certaines personnes font l'expérience de conduire ou d'être dans un bus ou un métro et de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qu'il s'est passé durant tout ou une partie du trajet.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
2	Certaines personnes constatent que, parfois, elles écoutent quelqu'un·e parler et se rendent soudainement compte qu'elles n'ont pas entendu tout ou une partie de ce qui a été dit.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
3	Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
4	Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
5	Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
6	Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
7	Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme il elles regardaient une autre personne.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
8	On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
9	Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise de diplôme).												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
10	Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
11	Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
12	Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
13	Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
14	Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
15	Certaines personnes font l'expérience de ne pas être certaines de savoir si des choses dont elles se souviennent être arrivées sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps

QUESTIONNAIRE 2 (SUITE)

Entourez un nombre pour indiquer le pourcentage du temps où cela vous arrive.

16	Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
17	Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
18	Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'était réellement en train de leur arriver.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
19	Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables d'ignorer la douleur.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
20	Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
21	Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
22	Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
23	Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une facilité étonnantes, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situation sociales …).												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
24	Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent pas se rappeler si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster).												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
25	Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
26	Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
27	Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps
28	Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou confus.												
	Jamais	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Tout le temps

3) PCL-5

QUESTIONNAIRE 3

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour Indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois.**

	Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	**Pas du tout**	**Un peu**	**Modérément**	**Beaucoup**	**Extrêmement**
1	Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2	Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3	Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4	Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5	Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6	Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7	Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8	Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9	Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10	Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11	Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12	Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13	Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14	Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15	Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16	Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17	Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18	Sursauter facilement ?					
19	Avoir du mal à vous concentrer ?					
20	Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

4) LSRP

QUESTIONNAIRE 4

	Question	Pas du tout d' accord	Pas vraiment d' accord	Plutôt d' accord	Complètement d' accord
1	Le succès est fondé sur la loi du plus fort ; je ne me soucie pas des perdants.				
2	Pour moi, tout est correct du moment que je m'en tire bien.				
3	Dans le monde d'aujourd'hui, je me sens justifié(e) de faire n'importe quoi pour réussir.				
4	Mon but principal dans la vie, c'est d'aller chercher le plus de bonnes choses possibles.				
5	Mon premier but, c'est de faire beaucoup d'argent.				
6	Je laisse aux autres le souci des belles valeurs ; moi, je me préoccupe du résultat final.				
7	En général, les gens qui sont assez stupides pour se faire avoir le méritent.				
8	Ma priorité absolue, ce sont mes propres intérêts.				
9	Je dis aux autres ce qu'ils veulent bien entendre pour les amener à faire ce que je veux.				
10	Ça me dérangerait que la réussite me vienne aux dépens d'un autre.				
11	Souvent, ça me plaît bien une belle petite combine.				
12	Je me fais un point d'honneur de ne pas blesser les autres dans la poursuite de mes intérêts.				
13	Je prends plaisir à jouer avec les sentiments des autres.				
14	Je me sens mal si mes paroles ou mes gestes font de la peine à quelqu'un.				
15	Même si j'essaie à tout prix de vendre quelque chose, je n'irais pas jusqu'à mentir pour le faire.				
16	Ce n'est pas bien de tricher parce que c'est injuste pour les autres.				
17	Je me retrouve devant le même type de problèmes d'une fois à l'autre.				
18	J'éprouve souvent de l'ennui.				
19	Je me sens capable de poursuivre un même but sur une longue période de temps.				
20	Je ne fais pas de projets très longtemps à l'avance.				
21	Je perds vite intérêt dans ce que j'entreprends.				
22	La plupart de mes problèmes viennent du fait que les autres ne me comprennent tout simplement pas.				
23	Avant de faire quoi que ce soit, j'en pèse toutes les conséquences possibles.				
24	J'ai eu un tas d'engueulades avec d'autres personnes.				
25	Quand je suis frustré(e), souvent je me défoule en piquant une crise de colère.				
26	On surestime l'amour.				

PCL-R

L'échelle de psychopathie de Hare-Révisée (Robert HARE) *(Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist -Revised (2nd ed.). Toronto: Multi-Health System; 2003)*

0 = ne caractérise pas le sujet ;
1= définit le sujet bien à certains égards, mais avec des réserves ou des doutes selon les observations
2= caractérise dans l'ensemble assez bien le sujet

			Facteur Interpersonnel		***Facteur Antisocial***	
	Facteur Interpersonnel	**Facteur Antisocial**	*Facette 1 : relation interpersonnelle*	*Facette 2 : froideur émotionnelle*	*Facette 3 : style de vie impulsif*	*Facette 4 : comportement antisocial*
1. Loquacité et charme superficiel						
2. Surestimation de soi						
3. Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer						
4. Tendance au mensonge pathologique						
5. Duperie et manipulation						
6. Absence de remords et culpabilité						
7. Affect superficiel						
8. Insensibilité et manque d'empathie						
9. Tendance au parasitisme						
10. Faible maîtrise de soi						
11. Promiscuité sexuelle						
12. Apparition précoce de problèmes de comportement						
13. Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste						
14. Impulsivité						
15. Irresponsabilité						
16. Incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes						
17. Nombreuses cohabitations de courte durée						
18. Délinquance juvénile						
19. Violations des conditions de mise en liberté conditionnelle						
20. Diversité des types de délits commis par le sujet						

Interprétation catégorielle : Hare et al. ont proposé un point de coupure de 30/40 pour affirmer le diagnostic de psychopathie (traits hautement narcissiques, froideur émotionnelle, style de vie impulsif, et comportements antisociaux chroniques). A contrario, il peut être exclu pour un score inférieur ou équivalent à 20/40.

Interprétation qualitative : L'approche en continuum est également possible, de 0 à 40. Une approche par facette est possible en sachant que le premier facteur comprend les facettes évoquant la relation interpersonnelle (facette 1) et la froideur émotionnelle (facette 2) du sujet psychopathe, le deuxième comprend les facettes style de vie impulsif (facette 3), et comportement antisocial (facette 4) du psychopathe.

TABLEAUX SUPPLEMENTAIRES DE RESULTATS

Tableaux de comparaison « Répondants » / « Non-répondants »

Tableau A (cf. p. 47)
Tableau de comparaison des « Répondants » et des « Non-répondants »

Variables	*Moyenne des répondants*	*Moyenne des non-répondants*	*Z ajusté (équivalent t)*	*Valeur p*
Sexe	0,94	0,91	0,52	0,61
Age	37,92	32,27	2,72	0,007
Graduate	9,96	8,64	1,54	0,123
PCL-R (totale)	18,17	20,68	-1,78	0,08
Facteur Interpersonnel	7,04	7,60	-0,50	0,62
Facteur antisocial	10,17	12,56	-2,63	0,008
Facette interpersonnelle	4,68	4,40	0,57	0,566
Facette froideur émotionnelle	2,36	3,21	-2,06	0,039
Facette style de vie impulsif	6,00	7,72	-3,55	0,000
Facette comportement antisocial	4,17	4,84	-1,44	0,149
Diagnostic d'un trouble Psychotique	0,36	0,59	-2,39	0,017
Trouble de personnalité borderline	0,26	0,11	2,08	0,038
Trouble de personnalité antisociale	0,40	0,52	-1,16	0,248
Demande d'aide (en général)	0,91	0,36	5,85	0,000

Test non paramétrique, groupes < à 30 (comparaison = Test U de Mann-Whitney)

Tableau B (cf. p. 47)
Tableau de comparaison des « Répondants » et des « Non-répondants » chez les hommes uniquement

Variable	*Moy1 (répondants)*	*Moy0 (non-répondants)*	*Z ajusté (équivalent t)*	*Valeur p*
Age	37,57	31,85	2,65	0,01
Graduate	10,00	9,00	1,15	0,25
PCL-R (totale)	18,39	20,68	-1,41	0,16
Facteur Interpersonnel	7,16	7,43	-0,17	0,86
Facteur antisocial	10,30	12,53	-2,36	0,02
Facette interpersonnelle	4,73	4,20	0,91	0,36
Facette froideur émotionnelle	2,43	3,23	-1,81	0,07
Facette style de vie impulsif	6,02	7,65	-3,25	0,001
Facette comportement antisocial	4,27	4,88	-1,24	0,22

Tableaux croisés avec tests de Khi2 entre « Répondants » et « Non-répondants » (cf. p.48)

1) Résultats en prenant en compte tous les patients

Récapitulatif des patients évalués (hommes et femmes)

Récapitulatif					
Évalués		Non-évalués		Total	
N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
90	79,6%	23	20,4%	113	100,0%

Croisement des « Répondants » avec le diagnostic possible de psychopathie (score de PCL-R ≥ à 20)

		PCL-R ≥ 20		Total
		Non	Oui	
Répondants à l'étude	Non	20	23	43
	Oui	33	14	47
Total		53	37	90

Tableau K1
(Test de Khi2)

	Valeur	*df*	*Signification asymptotique (bilatérale)*	*Signification exacte (bilatérale)*	*Signification exacte (unilatérale)*
Khi-deux de Pearson	**5,210**[a]	1	**0,022**		
Correction pour continuité[b]	4,277	1	0,039		
Rapport de vraisemblance	5,255	1	0,022		
Test exact de Fisher				0,032	0,019
Association linéaire par linéaire	5,152	1	0,023		
N d'observations valides	90				
a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 17,68.					
b. Calculée uniquement pour une table 2x2					

Croisement des « Répondants » et du diagnostic possible de psychopathie (score de PCL-R ≥ à 30)

		PCL-R ≥ 30		Total
		Non	Oui	
Répondants à l'étude	Non	39	4	43
	Oui	42	5	47
Total		81	9	90

Tableau K2
(Test de Khi2)

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	**0,045**[a]	1	**0,833**		
Correction pour continuité[b]	0,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	0,045	1	0,833		
Test exact de Fisher				1,000	0,557
Association linéaire par linéaire	0,044	1	0,834		
N d'observations valides	90				
a. 2 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,30.					
b. Calculée uniquement pour une table 2x2					

Croisement des « Répondants » et d'une évaluation psychiatrique de schizophrénie

		Schizophrénie		Total
		Non	Oui	
Répondants	Non	27	30	57
	Oui	39	17	56
Total		66	47	113

Tableau K3
(Test de Khi2)

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	**5,769**[a]	1	**0,016**		
Correction pour continuité[b]	4,889	1	0,027		

Rapport de vraisemblance	5,828	1	0,016		
Test exact de Fisher				0,022	0,013
Association linéaire par linéaire	5,718	1	0,017		
N d'observations valides	113				
a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 23,29.					
b. Calculée uniquement pour une table 2x2					

Croisement des « Répondants » et d'une évaluation psychiatrique d'un trouble de personnalité antisociale (TPA)

		TPA		Total
		Non	Oui	
Répondants	Non	32	28	60
	Oui	34	17	53
Total		66	47	113

Tableau K4
(Test de Khi2)

	Valeur	*df*	*Signification asymptotique (bilatérale)*	*Signification exacte (bilatérale)*	*Signification exacte (unilatérale)*
Khi-deux de Pearson	**1,356**[a]	1	**0,244**		
Correction pour continuité[b]	0,947	1	0,331		
Rapport de vraisemblance	1,361	1	0,243		
Test exact de Fisher				0,258	0,165
Association linéaire par linéaire	1,344	1	0,246		
N d'observations valides	113				
a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 22,04.					
b. Calculée uniquement pour une table 2x2					

2) Résultats en prenant en compte que les hommes

Récapitulatif des patients évalués (femmes exclues)

Récapitulatif					
Évalués		Non-évalués		Total	
N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
84	80,8%	20	19,2%	104	100,0%

Croisement des « Répondants » et du diagnostic possible de psychopathie (scores de PCL-R ≥ à 20) pour les hommes uniquement

		PCL-R ≥ 20		Total
		Non	Oui	
Répondants à l'étude	Non	20	20	40
	Oui	31	13	44
Total		51	33	84

Tableau K5
(Test de Khi2)

	Valeur	*df*	*Signification asymptotique (bilatérale)*	*Signification exacte (bilatérale)*	*Signification exacte (unilatérale)*
Khi-deux de Pearson	**3,675**[a]	1	**0,055**		
Correction pour continuité[b]	2,868	1	0,090		
Rapport de vraisemblance	3,697	1	0,055		
Test exact de Fisher				0,074	0,045
Association linéaire par linéaire	3,632	1	0,057		
N d'observations valides	84				
a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 15,71.					
b. Calculée uniquement pour une table 2x2					

Comparaison d'évaluations proches (p. 50-51)

Tableau C
Echelles de corrélation sur la psychopathie (n=45)

PCL-R / *LSRP*	*Score total*	*Facteur Interpersonnel*	*Facteur Antisocial*	*Facette Style de vie impulsif*	*Facette Comportement antisocial*
« Psychopathie Primaire »	0,18	0,05	0,23	0,15	0,27
« Psychopathie Secondaire »	0,30*	0,07	0,36*	0,37*	0,35*
Score total	0,28	0,04	0,36*	0,32*	0,38*

** p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001 Approche non-paramétrique,* corrélations de Spearman

Tableau D
« Répondants » analysés présentant un trouble psychotique chronique

Domaine du DSM-XC	*Moyenne si trouble*	*Moyenne si pas de trouble*	*Z ajusté (équivalent t)*	*Valeur de p*
I Dépression	1,94	2,93	-2,33	0,02
VI Idéation suicidaire	1,00	2,17	-2,19	0,03
X Pensées et comportements répétitifs	1,29	2,20	-2,01	0,04

Test non paramétrique partout car groupes inférieurs à 30 (comparaison = Test U de Mann-Whitney)

Tableau E
« Répondants » analysés présentant un trouble psychiatrique chronique (psychotique ou bipolarité)

Domaine du DSM-XC	*Moyenne (trouble psychiatrique)*	*Moyenne (pas de trouble psychiatrique)*	*Z ajusté (équivalent t)*	*Valeur de p*
I Dépression	2,00	3,08	-2,71	0,007
IV Anxiété	2,59	3,36	-2,09	0,04
VI Idéation Suicidaire	1,05	2,36	-2,56	0,010
X Pensées et comportements répétitifs	1,41	2,28	-1,97	0,05

Tableau F
« Répondants » analysés présentant un trouble de la personnalité borderline

Domaines du DSM-XC	*Moyenne (trouble psychiatrique)*	*Moyenne (pas de trouble psychiatrique)*	*Z ajusté (équivalent t)*	*Valeur de p*
I Dépression	3,67	2,20	3,03	0,002
VI Idéation suicidaire	3,25	1,23	3,32	0,001
IX Mémoire	2,17	1,09	2,03	0,04

Tableau G
« Répondants » analysés présentant un trouble de la personnalité (tous confondus)

Domaines du DSM -XC	*Moyenne (trouble psychiatrique)*	*Moyenne (pas de trouble psychiatrique)*	*Z ajusté (équivalent t)*	*Valeur de p*
I Dépression	2,94	1,88	2,30	0,02
XII Fonctionnement de la personnalité	2,65	1,47	2,44	0,015

Tableau H
Corrélation des domaines du DSM-XC avec les échelles DES, PCL-5, LSRP, PCL-R

	I	*II*	*III*	*IV*	*V*	*VI*	*VII*	*VIII*	*IX*	*X*	*XI*	*XII*	*XII*
DES (dissociation) total	**0,54**	0,29	0,17	**0,39**	**0,48**	**0,52**	**0,44**	**0,51**	**0,48**	**0,61**	**0,61**	**0,68**	**0,37**
Absorption dans l'imaginaire	**0,53**	0,29	0,07	**0,42**	**0,45**	**0,52**	**0,42**	**0,55**	**0,44**	**0,59**	**0,64**	**0,65**	**0,34**
Amnésie dissociative	**0,48**	0,24	0,21	**0,35**	**0,46**	**0,49**	**0,44**	**0,51**	**0,45**	**0,58**	**0,52**	**0,65**	**0,37**
Dépersonnalisation–Déréalisation	**0,53**	**0,33**	0,19	**0,31**	**0,40**	**0,49**	**0,40**	**0,35**	**0,49**	**0,54**	**0,64**	**0,64**	**0,32**
PCL 5 (Total)	**0,70**	**0,41**	0,10	**0,50**	**0,56**	**0,66**	**0,42**	**0,59**	**0,38**	**0,72**	**0,50**	**0,65**	**0,41**
Critère B (Intrusif)	**0,48**	**0,36**	0,11	**0,51**	**0,43**	**0,49**	**0,36**	**0,71**	0,27	**0,66**	**0,40**	**0,50**	0,27
Critère C (Evitement)	**0,34**	0,08	0,23	0,20	**0,61**	**0,29**	0,27	0,24	0,23	**0,35**	0,20	0,04	0,08
Critère D (Altérations négatives)	**0,72**	**0,39**	0,04	**0,45**	**0,57**	**0,64**	**0,46**	**0,46**	**0,44**	**0,66**	**0,55**	**0,69**	**0,48**
Critère E (Activation-réactivité)	**0,61**	**0,43**	0,11	**0,55**	**0,37**	**0,54**	0,25	**0,54**	0,27	**0,60**	**0,33**	**0,60**	**0,34**
LSRP (Total)	**0,39**	0,09	**0,36**	0,28	0,29	0,24	**0,33**	0,22	0,05	0,19	**0,30**	**0,32**	0,13
« Psychopathie Primaire »	0,18	-0,05	**0,35**	0,12	0,16	0,06	0,19	-0,01	0,02	-0,04	0,16	0,03	-0,11
« Psychopathie Secondaire »	**0,48**	**0,35**	0,26	**0,39**	**0,37**	**0,45**	**0,46**	**0,46**	0,07	**0,49**	**0,37**	**0,58**	**0,39**
PCL-R (Total)	0,12	0,20	0,23	0,24	0,07	0,19	0,16	0,27	0,01	0,26	0,01	**0,31**	0,10
Facteur « Interpersonnel »	-0,06	0,12	0,09	0,09	-0,04	-0,04	0,00	0,16	0,02	0,09	-0,21	0,16	-0,08
Facteur « Antisocial »	0,25	0,24	0,21	**0,32**	0,10	0,25	0,24	0,25	-0,03	**0,29**	0,18	**0,31**	0,23
Facette « Interpersonnelle »	-0,02	0,11	0,00	0,02	-0,06	-0,01	-0,04	0,13	-0,06	0,07	-0,20	0,23	-0,05
Facette « Froideur émotionnelle »	-0,10	0,09	0,14	0,15	-0,05	-0,08	0,06	0,10	0,04	0,07	-0,21	-0,02	-0,02
Facette « Style de vie impulsif »	0,18	0,17	0,24	0,28	0,11	0,18	0,14	**0,30**	-0,03	**0,30**	0,10	**0,33**	0,07
Facette « Comportement antisocial »	0,27	0,28	0,19	**0,30**	0,15	0,26	0,23	0,17	-0,01	0,24	0,19	**0,30**	**0,31**

Domaines du DSM-XC : I Dépression, II Colère, III Manie, IV Anxiété, V Symptômes somatiques, VI Idéation suicidaire, VII Psychose, VIII Problèmes de sommeil, IX Mémoire, X Pensées et comportements répétitifs, XI Dissociation, XII Fonctionnement de la personnalité, XIII Usage de substances

Analyse des corrélats psychopathologiques en fonction du niveau élevé de l'un d'entre eux (p. 53)

Tableau I
Comparaison chez les Répondants du niveau de dissociation

Variables	*DES<25%*	*DES > 25%*	*Z ajusté (équivalent t)*	*Valeur p*
Age	41,62	35,19	1,95	0,05
DES (dissociation) total	12,76	46,62	-5,80	0,000
DES Absorption dans l'imaginaire	15,70	52,41	-5,66	0,000
DES Amnésie dissociative	12,25	46,22	-5,43	0,000
DES Dépersonnalisation–Déréalisation	8,83	38,75	-5,34	0,000
PCL 5 (Total)	23,37	46,11	-3,81	0,000
Critère B_Intrusif	6,89	12,81	-3,20	0,001
Critère D_Altérations négatives	6,79	15,89	-4,01	0,000
Critère E_Activation-réactivité	5,95	12,93	-3,92	0,000
LSRP « Psychopathie Primaire »	30,44	33,15	-0,72	0,47
LSRP « Psychopathie Secondaire »	22,89	28,19	-3,25	0,001
LSRP « Psychopathie (Total)	53,33	61,33	-2,10	0,036

Test non paramétrique partout car groupes inférieurs à 30 (comparaison = Test U de Mann-Whitney)

Tableau J
Comparaison chez les Répondants du niveau de PCL-5

Variables	*PCL-5 <38*	*PCL-5 ≥ 38*	*Z ajusté (équivalent t)*	*Valeur p*
Age	38,43	37,15	0,24	0,81
DES (dissociation) total	43,44	23,53	-3,29	0,001
DES Absorption dans l'imaginaire	48,72	27,58	-3,11	0,002
DES Amnésie dissociative	43,19	22,92	-3,21	0,001
DES Dépersonnalisation–Déréalisation	35,51	18,74	-2,71	0,01
PCL 5 (Total)	53,57	22,56	-5,78	0,000000
Critère B Intrusif	14,71	6,72	-4,47	0,000008
Criètre C Evitement	5,43	3,12	-2,68	0,01
Critère D Altérations négatives	18,52	6,76	-5,08	0,000000
Critère E Activation-réactivité	14,90	5,96	-4,87	0,000001
LSRP « Psychopathie Primaire »	30,95	33,04	0,75	0,45
LSRP « Psychopathie Secondaire »	28,62	23,83	-2,97	0,003
LSRP Psychopathie (Total)	59,57	56,88	-0,99	0,32

Tableau L
Comparaison chez les Répondants du niveau de PCL-R, hommes et femmes

Variables	*PCL-R <20*	*PCL-R ≥ 20*	*Z ajusté (équivalent t)*	*Valeur p*
Age	37,03	32,31	-1,45	0,15
DES (dissociation) total	30,53	36,17	0,88	0,38
DES Absorption dans l'imaginaire	36,28	37,99	0,44	0,66
DES Amnésie dissociative	28,67	39,07	1,40	0,16
DES Dépersonnalisation–Déréalisation	24,67	29,18	0,86	0,39
PCL 5 (Total)	35,25	40,07	0,59	0,56
Critère B Intrusif	9,81	11,64	0,95	0,34
Critère C Evitement	4,03	4,50	0,47	0,64
Critère D Altérations négatives	11,88	12,71	0,38	0,70
Critère E Activation-réactivité	9,53	11,21	0,74	0,46
LSRP « Psychopathie Primaire »	31,26	33,86	1,19	0,23
LSRP « Psychopathie Secondaire »	25,48	27,36	1,18	0,24
LSRP « Psychopathie (Total)	56,74	61,21	1,33	0,18

Analyse des individus ayant les scores les plus élevés pour les corrélats (p. 54)

Tableau M
Analyse de variance chez les individus ayant les corrélats les plus élevés

Variable	*Variance*	*Nombre*	*Variance*	*Nombre*	*F*	*p*
Age	288,53	1	5596,259	43	2,2170	0,143797
DES (total)	13049,74	1	4721,910	43	118,8372	0,000000
PCL 5 (Total)	6722,80	1	9328,000	43	30,9906	0,000002
LSRP « Psychopathie Primaire »	145,73	1	3669,072	43	1,7079	0,198207
LSRP « Psychopathie Secondaire »	381,89	1	834,911	43	19,6683	0,000063

Tableau N
Détail des scores psychiatriques chez les individus ayant les corrélats les plus élevés

Variable	*Moyenne « classe 1 »*	*Moyenne « classe 2 »*	*Z ajusté (équivalent t)*	*p*
DES Absorption dans l'imaginaire	54,75	18,29	5,54	0,000
DES Amnésie dissociative	49,17	13,71	5,52	0,000
DES Dépersonnalisation–Déréalisation	40,62	11,27	5,07	0,000
Critère B_Intrusif	13,67	7,00	3,67	0,000
Critère D_Altérations négatives	16,79	7,33	4,17	0,000
Critère E_Activation-réactivité	13,92	6,00	4,49	0,000
DSM XC I Dépression	3,25	2,00	3,04	0,002
DSM XC VI Idéation Suicidaire	2,63	0,90	3,20	0,001
DSM XC VII Psychose	2,21	0,86	2,89	0,004
DSM XC VIII problèmes de sommeil	2,75	1,29	3,05	0,002
DSM XC IX Mémoire	2,04	0,71	2,51	0,01
DSM XC X Pensées et comportements répétitifs	2,71	1,05	3,66	0,000
DSM XC XI Dissociation	2,00	0,62	3,23	0,001

DSM XC XII Fonctionnement de la personnalité	3,29	1,20	4,52	0,000
DSM XC XIII Usage de substances	3,42	2,19	2,33	0,02
Trouble de personnalité borderline	0,42	0,10	2,39	0,02

Demande d'aide : Croisement des demandeurs d'aide et du diagnostic possible de trouble psychotique (p. 56)

		Demande d'aide		Total
		Non	Oui	
Trouble psychotique	Non	18	39	57
	Oui	28	28	56
Total		46	67	113

Tableau K6
Test de Khi2

	Valeur	*df*	*Signification asymptotique (bilatérale)*	*Signification exacte (bilatérale)*	*Signification exacte (unilatérale)*
Khi-deux de Pearson	**3,971**[a]	1	**0,046**		
Correction pour continuité[b]	2,245	1	0,072		
Rapport de vraisemblance	3,997	1	0,046		
Test exact de Fisher				0,057	0,036
Association linéaire par linéaire	3,936	1	0,047		
N d'observations valides	113				
a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 22,80.					
b. Calculée uniquement pour une table 2x2					

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

université de TOURS | Faculté de médecine

Thèse 2022/2023

D O C T O R A T e n M E D E C I N E

Diplôme d'Etat

D.E.S. de psychiatrie

Présentée et Soutenue le 18 septembre 2023

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : MARTIN

Prénoms : Stanislas, Marie, Jean

Date de naissance : 7 janvier 1986 **Nationalité : français**

Lieu de naissance : Troyes (10)

Domicile : 106 route de Chanteau, 45400 SEMOY **Téléphone : 06 85 48 96 46**

Directeur de Thèse : Pr Robert Courtois

Titre de la Thèse : *Dissociation et psychopathie : une étude exploratoire des corrélats psychopathologiques lors des demandes d'hospitalisation à l'UHSA de Fleury-les-Aubrais*

JURY

Membres :

Président : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours
Membres : Professeur Robert COURTOIS, Faculté d'Arts-et-Sciences Humaines – Tours
Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours
Docteur Coralie LANGLET, Psychiatrie, PH, EPSM Georges Daumézon - Fleury les Aubrais

Avis du Directeur de Thèse **Avis du Directeur de l'U.F.R. Tours**

À Tours, le 12 juillet 2023

à Tours, le 13. 7

Signature

Signature Robert Courtois

MARTIN Stanislas
98 pages - 7 tableaux – 4 figures

Résumé

Introduction : Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) accueillent des patients détenus aux profils hétérogènes qui nécessitent une hospitalisation complète dans une unité psychiatrique. L'objectif de l'étude est d'explorer les caractéristiques psychopathologiques (trouble de personnalité antisociale, psychopathie, expériences dissociatives, trouble de stress post-traumatique (TSPT)) des patients admis à l'UHSA et leurs impacts sur les demandes d'hospitalisation et les séjours réalisés.

Méthode : L'échantillon était constitué de tous les patients hospitalisés à l'UHSA de Fleury-les-Aubrais (45°400) entre novembre 2022 et mai 2023. Ces participants ont été sollicités et ceux qui ont accepté ont répondu à des échelles auto-rapportées (LSRP pour la psychopathie, DES pour l'expérience dissociative, PCL-5 pour le TSPT et le DSM-XC pour un screening des troubles psychiatriques). Les caractéristiques cliniques (par la recherche des troubles psychiatriques, mais aussi par une hétéroévaluation de la psychopathie à l'aide de la PCL-R) des répondants et des non-répondants ont été établies. Une déclaration de conformité à la CNIL a été réalisée auprès du délégué à la protection des données (DPO). Le traitement des données a été réalisé par une approche non-paramétrique (Chi2, corrélations de Spearman et Test U de Mann-Whitney), ainsi que par une classification non-hiérarchique (méthode de k-moyennes) pour permettre une approche en clusters.

Résultats : 113 patients ont été hospitalisés sur la période considérée, mais seuls 50 patients (44% du total) ont accepté de répondre aux questionnaires en auto-évaluation. Le groupe des non-répondants se caractérisait par des scores de psychopathie plus élevés, avec une augmentation du facteur « Antisocial » (facettes « Comportement antisocial » et « Style de vie impulsif »), plus que celle du facteur « Interpersonnel » (facettes « Relation interpersonnelle » et « Froideur émotionnelle »). Ces non-répondants étaient aussi plus jeunes, présentaient davantage de troubles schizophréniques, de troubles de la personnalité et ils avaient des durées de séjour plus importantes. Au sein du groupe des répondants, on a observé des corrélations modérées à fortes entre des expériences dissociatives et d'une part *(i)* des traits de psychopathie (qui concernaient surtout le profil « psychopathie secondaire » de la LSRP) et d'autre part *(ii)* un TSPT (particulièrement pour le critère D « Altérations négatives » (DSM-5)). L'approche en clusters permet de comparer les sujets ayant les corrélats psychopathologiques les plus élevés (expériences dissociatives et traits de psychopathie) qui sont aussi ceux qui présentent le plus de souffrance clinique (troubles anxiodépressifs, troubles schizophréniques et expériences dissociatives). L'examen des demandes d'hospitalisation à l'UHSA a permis de constater qu'à peine 37% concernaient des motifs d'ordre psychiatrique et que seuls 58% des patients avaient réussi à exprimer une demande individuelle (oral ou écrite), qu'il s'agisse d'un amendement de leur trouble, d'une adaptation de leur traitement ou simplement d'un séjour de rupture.

Discussion : Les résultats de cette étude éclairent l'importance de facteurs psychopathologiques (symptômes dissociatifs, traits psychopathiques, symptômes de stress post-traumatique) qui ne sont pas évalués de manière systématique en psychiatrie, notamment en UHSA. Ils pourraient améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients. Malgré ses limites, cette étude constitue une première approche en UHSA sur ce sujet.

Mots clés : Psychiatrie légale, UHSA, Psychopathie, dissociation, trouble de stress-post-traumatique Demande d'aide.

Jury :

Président de jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Professeur Robert COURTOIS, Faculté d'Arts-et-Sciences Humaines – Tours

Membres du jury : Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Coralie LANGLET, Psychiatrie, PH, EPSM Georges Daumézon - Fleury les Aubrais

Date de soutenance : 18 septembre 2023