

Université de Montréal

Délire mystique, narcissisme et comportements violents

par

Julie Snyders

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Philosophiae Doctor (Ph.D.)

en Psychologie.

Avril, 2007

© Julie Snyders, 2007



BF

22

U54

2008

V.011

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse est intitulée :
Délire mystique, narcissisme et comportements violents

Présentée par :

Julie Snyders

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

[REDACTED] président-rapporteur

Gilles Côté, directeur de recherche

[REDACTED] membre du jury

Henri Mercier, examinateur externe

[REDACTED] représentant du doyen de la FES

Résumé

Les études publiées ces vingt dernières années démontrent de façon de plus en plus évidente que les troubles mentaux graves comme la schizophrénie, les troubles affectifs majeurs et autres troubles psychotiques, sont associés à la violence. Plusieurs auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire qu'il serait toutefois nécessaire de se concentrer de façon plus spécifique sur le lien entre le trouble mental et la violence de façon à dépasser l'association entre le diagnostic et un comportement violent pour aller vers l'étude de symptômes spécifiques et de leur impact sur les différents types de comportements violents survenant dans divers contextes. Dans cette perspective, la présente recherche se propose d'investiguer le lien entre le délire mystique et les comportements violents, en particulier l'homicide. Les études précédentes ont manqué de perspective théorique dans l'explication des processus de passage à l'acte chez les sujets atteints de trouble mental grave. Un modèle théorique d'inspiration psychodynamique se concentrant sur les concepts traitant du narcissisme, du soi grandiose et de la violence fondamentale est proposé dans ce travail afin de soutenir la particularité du profil des sujets délinquants qui souffrent de délire mystique. La présente étude propose également d'observer si le délire mystique constitue un meilleur facteur de prédiction que d'autres types de délires et hallucinations, et si, dans le contexte des troubles mentaux relevant du spectre psychotique, le symptôme peut être un facteur de prédiction des comportements

violents plus robuste que le diagnostic. Par ailleurs, la recherche empirique a mis en évidence différents profils de délinquants souffrant de trouble mental grave relevant de la psychose. Dès lors, la présente recherche a étudié les sujets souffrant de délire mystique en rapport à des composantes spécifiques comme le diagnostic complémentaire du trouble de la personnalité antisociale, l'abus ou la dépendance à l'alcool ou aux drogues, le score à l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R : Hare, 1991, 2003) et l'adaptation personnelle et sociale, et cela en vue de dégager des profils cliniques chez les participants.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus dans cette thèse infirment le lien entre le délire mystique et la violence. Les sujets souffrant de délire mystique ne démontrent pas une probabilité significativement plus élevée de commettre des comportements violents. Les résultats montrent toutefois que l'hypothèse d'une relation significative entre la présence d'un délire mystique et l'adaptation personnelle et sociale se confirme. Finalement, dans la présente étude, seul le trouble psychotique non spécifié augmente significativement le risque de commettre un délit violent. Le trouble psychotique non spécifié s'associe davantage au risque de commettre des comportements violents quand il est observé en combinaison avec l'abus ou la dépendance à l'alcool, un âge supérieur à 35 ans et le trouble de la personnalité antisociale. Pour ce qui est de l'homicide, un lien significatif avec le délire d'être contrôlé, le délire bizarre et les symptômes TCO (Threat/Control Override) a été mis en évidence. Les

résultats sont ensuite discutés dans le cadre de conceptualisation d'inspiration psychodynamique.

Mots clés : délire mystique, TCO, troubles psychotiques, troubles mentaux graves, violence, homicide, adaptation sociale, narcissisme, soi grandiose.

Abstract

Studies published over the last twenty years show increase evidence of the association between major mental disorders including schizophrenia, major affective disorders and other psychotic disorders, and violence. Authors now agree that it is necessary to focus more specifically on the link between mental disorder and violence in revising a global association between diagnosis and violent behavior in particular contexts.

From this perspective, this study attempts to investigate the association between mystical delusion and violent behaviors, particularly focusing on homicide.

Because earlier studies lack of theoretical foundation on the underlying process of committing violent crimes, a theoretical model based on psychodynamic literature is discussed. This model examines concepts of narcissism, grandiose self and “fundamental/primitive violence” to explain the particularity of criminal offenders suffering from mystical delusion.

The present study also observes whether mystical delusion is a higher predictive factor of criminal behaviors than other types of delusions, and if, in the field of major mental disorders and their impact on violence, the symptom is a more robust predictor than the diagnosis. Because empirical research discusses different profiles of offenders suffering from a psychotic disorder, the present study observes mystical delusion in relation to specific components like comorbidity of antisocial personality disorder, dual diagnosis of substance use or/and dependence (alcohol or drugs), score at the PCL-R (Psychopathy

Checklist Revised: Hare , 1991, 2003) and social and interpersonal adaptation. These variables are observed in order to identify different clinical profiles of these offenders.

Results show no significant evidence of an association between mystical delusion and violent offenses. The probability to commit violent offences for persons who meet criteria for mystical delusion is not significantly higher than offenders suffering from other type of delusions or offenders who meet criteria for psychosis. Results demonstrate a significant positive association between mystical delusion and social and interpersonal adaptation compared to subjects suffering from other type of delusions or psychotic disorders. Finally, in this study, only NOS psychotic disorder (Not Otherwise Specified) significantly increased the risk to commit violent offences. NOS psychotic disorder is even more greatly associated to violence when combined with alcohol use, antisocial personality disorder and age above 35. Homicide is significantly correlated with the presence of control delusion, bizarre delusion and TCO symptoms (Threat/Control Override). Results were discussed regarding the psychodynamic theory.

Key words: mystical delusion, TCO, psychosis, major mental disorders, violent offences, homicide, social adaptation, narcissism, grandiose self.

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iv
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	xi
Liste des sigles et des abréviations	xii
Dédicace	xiii
Remerciements	xiv
Chapitre I : Introduction	2
Chapitre II : Recension des écrits	6
II.A. Éclairage psychodynamique du passage à l'acte	6
1. Soi et Soi grandiose, narcissismes normal et pathologique	7
2. Psychose et délire mystique	21
3. Passage à l'acte	34
4. Délire mystique et adaptation sociale	47
II.B. Troubles mentaux graves et violence:	
Revue de la littérature empirique	51
1. Démonstration d'une relation	51
1.1. <i>Les études épidémiologiques</i>	53
1.2. <i>Les études de suivi</i>	57
1.3. <i>Les études de cohortes</i>	59
1.4. <i>Les études sur les homicides</i>	64
2. Diagnostic, symptômes et comportements violents	67
2.1. <i>Schizophrénie, psychose et comportements violents</i>	67
2.2. <i>Symptômes spécifiques et violence</i>	74
2.2.1. <i>Délires et violence</i>	77

2.2.2. <i>Les symptômes TCO (Threat/Control Override)</i>	83
2.2.3. <i>Hallucinations et violence</i>	85
2.2.4. <i>Le délire mystique et la violence</i>	88
3. Traits de psychopathie et troubles mentaux graves	91
4. Trouble mental grave et adaptation sociale	93
Chapitre III : Hypothèses de recherche	95
1. Délire mystique et comportements violents	96
2. Délire mystique, TPA et psychopathie	97
3. Délire mystique et adaptation sociale	98
4. Délire mystique et typologies	98
Chapitre IV. Méthodologie	99
1. Participants	99
2. Instruments	102
2.1. Diagnostics	102
2.2. Symptômes TCO	103
2.3. Psychopathie	103
2.4. Comportements violents	104
2.5. La sévérité de la violence	104
2.6. L'adaptation sociale	105
2.7. Le délire mystique	105
3. Déroulement de la recherche	106
4. Aspects éthiques et confidentialité	110
5. Traitement statistique	110

Liste des tableaux

Chapitre IV : Méthodologie

Tableau 1 : Variables socio-démographiques	101
--	-----

Chapitre V : Résultats

Tableau 2a : Diagnostics primaires	112
Tableau 2b : Symptômes psychotiques	113
Tableau 3 : Diagnostics complémentaires	113
Tableau 4 : Comportements criminels	114
Tableau 5 : Délits et comportements violents auto-rapportés	115
Tableau 6 : Délire mystique et comportements criminels	117
Tableau 7 : Délire mystique et échantillon « spécificité clinique »	118
Tableau 8 : Délire mystique et échantillon « facteurs de risques »	118
Tableau 9 : Délire mystique et sous-groupe légal	120
Tableau 10 : Délire mystique, délit violent et sous-groupe légal	121
Tableau 11 : Délire mystique, sévérité de la violence et sous-groupe légal ..	124
Tableau 12 : Délits au regard des diverses variables indépendantes	127
Tableau 13 : Délits non-violents et variables indépendantes	128
Tableau 14: Délits violents et variables indépendantes	129
Tableau 15 : Régression logistique en fonction des délits violents	130
Tableau 16: Comportements violents auto-rapportés	132
Tableau 17 : Homicide	133
Tableau 18: Mesure de violence auto-rapportée : Homicide	134
Tableau 19 : Diagnostics, symptômes psychotiques et TPA.....	135
Tableau 20 : Diagnostics, symptômes psychotiques et sujets mixtes.....	137
Tableau 21 : Sujets psychotiques et adaptation personnelle et sociale	138
Tableau 22 : Sujets psychotiques et adaptation sexuelle pré-morbide	139

Liste des figures

Figure 1 : Représentation du délire mystique et de la violence selon l'échantillon d'appartenance légal	120
Figure 2 : Comparaison des sujets en fonction de leur provenance sur la sévérité des comportements violents	122
Figure 3 : Sous-groupe d'appartenance et sévérité des comportements violents.....	122
Figure 4 : Courbe d'analyse ROC montrant la capacité de prédiction du modèle de régression sur la présence de délits violents	131

Liste des sigles et des abréviations

ET : écart-type

ddl : degré de liberté (mesure statistique)

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

F : valeur du test F (fait référence à une distribution statistique)

HCR : *Assessing Risk for Violence*

IC : Intervalle de Confiance (mesure statistique)

N ou n : taille de l'échantillon

NS: Non Spécifié

P : *p-value* (niveau de signification d'un test statistique)

PCL-R : *Psychopathy Checklist Revised*

PFR : Projet Facteurs de Risques

PSC : Projet Spécificité Clinique

ROC : *Receiver Operating Characteristic*

SCID: *Structured Clinical Interview for DSM*

t : valeur du test t (fait référence à une distribution statistique)

TCO : *Threat/Control Override*

TPA: Trouble de la Personnalité Antisociale

VRAG : *Violence Risk Appraisal Guide*

χ^2 : valeur Khi-carré

À mon fils Nathan,

À ma grand-mère Jeanne, pour avoir cru en ce projet quand je n'y croyais plus, parce qu'elle m'a accompagnée de sa force et de son soutien tout au long de ce parcours, pour son modernisme et sa personnalité quelques fois originale pour son temps, qui m'ont appris qu'il n'y avait pas de projet impossible, juste des obstacles à contourner.

Remerciements

J'aimerais d'abord remercier mon directeur de thèse, Gilles Côté, qui m'a accompagnée, formée et donné la possibilité de réaliser ce long projet. Il a su aiguïser mon sens de l'analyse et, de par sa ténacité et son sens aigu du professionnalisme, m'a inculqué les fondamentaux incontournables qui font un bon chercheur. Merci aussi pour sa patience et son soutien dans un projet que nous avons dû mener, pendant une bonne partie du temps, entre deux pays. Gilles m'a aussi permis de continuer de croire que la réflexion clinique et la recherche quantitative empirique ne s'excluaient pas, mais étaient au contraire nécessaires l'une à l'autre.

J'aimerais également remercier l'équipe du Centre de recherche Philippe-Pinel, Nancy Leblanc et Jean-François Allaire pour leurs conseils avisés dans les analyses statistiques ; Catherine Gendron pour son aide efficace dans la collecte des données ; Éric Sulski qui, grâce à sa collaboration et à son engagement dans le projet, a permis un échange rapide des informations. Merci à Francine et Joëlle, pour leur travail de suivi administratif et leur perpétuelle bonne humeur ayant toujours facilité mon travail d'étudiante au centre de recherche.

Merci au Professeur Christian Mormont, du département de psychologie de l'Université de Liège en Belgique, pour m'avoir permis de travailler et m'avoir formée comme chercheur et clinicienne dans le champs de la psychologie légale à un niveau européen et international durant deux années, m'ouvrant ainsi les portes à ce doctorat outre-mer. Je remercie tout particulièrement Thierry Pham, Professeur au département de psychologie de l'Université Mons-Hainaut et chercheur associé au centre de recherche Philippe-Pinel, pour m'avoir initiée à l'application de la recherche sur l'évaluation du risque et la psychopathie. Nos échanges intellectuels et académiques, ainsi que son soutien moral, m'ont beaucoup aidée au début de mon doctorat, me permettant ainsi de définir de plus en plus finement mon domaine de recherche.

Ce travail est aussi le résultat de rencontres académiques, professionnelles et personnelles. Merci à Catherine Briand avec qui, dans le cadre d'un projet de recherche sur l'intervention thérapeutique chez des personnes souffrant de schizophrénie, j'ai pu développer davantage mes connaissances en recherche appliquée. Elle est devenue une amie et son soutien m'a porté jusqu'à ce jour. Je remercie également toute l'équipe du Centre de recherche Fernand-Seguin qui, dans le contexte de mon travail avec Catherine, m'a aidé à grandir dans le domaine de la recherche.

Je remercie tout particulièrement mon amie d'enfance, Anne-Françoise Lesuisse, pour son aide dans la phase finale de relecture de ce travail. Son style et son aisance littéraire ainsi que sa grande intelligence m'ont beaucoup aidée.

Merci aussi à tous mes amis et collègues avec qui je travaille actuellement au centre de recherche C-BIRG à Miami : Jonathan Tubman, pour sa patience, ses conseils de chercheur avisé et son soutien ; Terri Jennings, pour son aide en statistiques ; Nacire Garcia, Ashley Austin, Staci Morris, Ed Tucker, Lynn Hernandez, Sabrina Desrosiers et Eric Wagner, pour leur soutien quotidien en cette fin de parcours de rédaction.

Finalement, j'aimerais remercier les personnes qui ont marqué ma vie et mes accomplissements personnels et professionnels :

Ma mère, Annette, pour m'avoir appris comment mener à bien un projet d'envergure et donner un sens à ma vie dans l'avancement des connaissances pour aider les êtres plus démunis. Je la remercie tout particulièrement pour le combat d'une vie qu'elle a dévoué aux droits et à l'évolution des femmes dans le monde d'aujourd'hui. C'est par le combat acharné de personnes comme elle, que des jeunes femmes comme moi peuvent aujourd'hui s'épanouir et s'exprimer dans le monde académique et professionnel.

Mon père, Jean-Paul, qui par son perfectionnisme exacerbé, m'a enseigné tout au long de ma vie le « jusqu'au boutisme ».

Mon amie Chantale, qui lors de mes longs moments de solitude d'expatriée, m'a offert la chaleur de son foyer et est devenue avec son mari Sam, papy et tonton Kutscher, ma famille d'adoption canadienne.

Mon amie Corinne, pour m'avoir portée à bout de bras, par sa force et sa sagesse, dans les moments les plus difficiles de la fin de ce parcours.

Mes amis, certains d'enfance, d'autres rencontrés plus tard : Véronique Maquet, Laurence Goffin, Émilie Jouvin, Dominique Beaulieu-Prévost, Lisa Pollack, Pascale Discry, Pierre-Etienne Côté, qui à différentes phases de ce long processus m'ont soutenue et m'ont apporté chacun beaucoup de réflexion et de sagesse.

Je remercie ma famille qui, malgré mon exil, m'a soutenue et encouragée de tout son cœur. Merci aussi à ma belle-famille qui, restée au Canada, nous a soutenus chaleureusement, Paul et moi.

Finalement, à mon mari Paul, qui a dû vivre cette expérience doctorale au quotidien durant ces quatre dernières années et qui m'a permis, par son rationnel inébranlable, de garder les pieds sur terre.

Un merci tout spécial aux personnes atteintes de trouble mental grave. C'est grâce à leur collaboration que d'autres personnes pourront à leur tour bénéficier d'une meilleure prise en charge.

Délire mystique, narcissisme et comportements violents.

« F.S a terminé des études secondaires, s'est marié et il n'avait pas d'antécédents criminels. À l'âge de 22 ans, il commença à entendre « la voix de Satan » et il chercha secours auprès de sa femme et du prêtre pour éradiquer cette expérience désagréable. Pendant un bref laps de temps de deux mois, il consulta un psychiatre et prit des médicaments, mais sa femme et toute la congrégation de chrétiens fondamentalistes le persuadèrent que seule la prière serait efficace. Il interrompit les soins psychiatriques et, malgré l'aggravation des symptômes psychotiques, il s'embarqua dans une tentative futile pour exorciser les « démons » par des réunions de prières quotidiennes avec sa femme et les membres de sa paroisse. Deux ans après le déclenchement des symptômes paranoïdes aigus, il développa une identification délirante avec le Diable. Les injonctions hallucinatoires s'accrurent. Un soir, il entendit la voix de « Satan » lui disant : « Tue la personne que tu aimes le plus ». Effrayé et en proie à une agitation extrême, il fonça dans la chambre à coucher. Sa femme cria : « Au nom de Jésus, Satan va-t-en ! ». Il se précipita sur elle et l'étrangla. Puis il s'assit et appela la police. F.S fut admis au Service d'hospitalisation médico-légal dans un état d'agitation psychotique aiguë ».

Cas clinique décrit par Reid Meloy (1988/2000).

Chapitre I. Introduction

Le lien entre trouble mental et violence est probablement l'un des sujets les plus controversés de la psychologie légale. En effet, bien que le grand public ne doute pas de l'existence d'une relation entre violence et maladie mentale, ce lien a fait l'objet d'un débat animé au sein de la communauté académique depuis maintenant plusieurs dizaines d'années. Toutefois, depuis le milieu des années quatre-vingt, les études démontrent de façon de plus en plus évidente que les troubles mentaux graves comme la schizophrénie, les troubles affectifs majeurs et autres troubles psychotiques, sont associés à la violence et que le trouble mental constitue un facteur de risque robuste et significatif dans l'apparition du passage à l'acte violent (Arseneault et al., 2000 ; Côté & Hodgins, 2003 ; Hodgins, 1993 ; 2001 ; 2002 ; Hodgins & Janson, 2002 ; Monahan, 1992 ; Tardiff, 1983 ; Tardiff et Sweillam, 1980 a & b ; 1982 ; Taylor, 1995 ; Taylor & Schanda, 2000 ; Taylor et al., 1998 ; pour une synthèse, voir Beck & Wencel, 1998). Mais que sait-on exactement aujourd'hui de ce lien entre trouble mental et crime? Il semble de plus en plus raisonnable de penser que l'association diffère selon les troubles, mais également selon les individus souffrant d'un même trouble, et cela sur base de différents facteurs. Ainsi, une proportion importante des personnes qui souffrent d'un trouble mental ne commettra toutefois pas d'actes violents ou délictuels. Une sélection précise des personnes risquant de commettre des actes criminels voire violents permettra alors de

prévenir les droits de ceux qui ne sont pas dangereux pour autrui. Les études sur l'évaluation du risque permettent de déterminer de plus en plus finement les conditions sous lesquelles un patient risque de se comporter violemment, mais également de mettre en évidence les circonstances où le patient sera moins enclin à se comporter de façon violente.

Pour définir ce champ de recherche relatif à l'évaluation du risque chez les sujets qui souffrent de trouble mental, on a souvent parlé de psychologie et de psychiatrie légales. Au vu de l'aspect multidisciplinaire des professions concernées aujourd'hui par la prise en charge des personnes violentes qui souffrent de troubles mentaux (infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs, sociologues,...), nous sommes de plus en plus amenés à parler de Santé Mentale Légale ("*Forensic Mental Health*") (Hodgins, 2002). La Santé Mentale Légale comprend l'étude, le traitement et la gestion des personnes qui souffrent d'un trouble mental et qui s'engagent dans des comportements délictueux et violents. Ce champ de la recherche a considérablement progressé durant ces dix-huit dernières années ; il a permis d'éclaircir de façon appréciable les connaissances sur les variables associées au comportement violent chez les sujets souffrant de trouble mental (Douglas & Webster, 1999; Menzies & Webster, 1995; Monahan & Steadman, 1983 ; 1994 ; Monahan et al., 2001; Quinsey et al., 1998). Des procédures systématiques pour évaluer le risque chez les sujets souffrant de trouble mental grave ont par ailleurs été publiées (Douglas & Kropp, 2002 ; Webster & Eaves, 1995 ; Webster et al., 1994). Également,

plusieurs auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire qu'il est nécessaire de se concentrer de façon plus spécifique sur le lien entre trouble mental et violence (Côté, 2000b ; Douglas & Hart, 1995; Monahan & Steadman, 1994) en dépassant une association entre le diagnostic et le comportement violent pour aller vers l'étude de symptômes spécifiques et leur impact. C'est dans cette perspective que la présente recherche se propose d'investiguer le lien entre le délire mystique et les comportements délictuels et violents.

Cependant, bien que les études qui prédisent la violence procurent beaucoup d'information sur les déterminants de celle-ci chez les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves, il est essentiel de souligner qu'une prédiction n'équivaut pas à une explication. Si l'on peut définir l'occurrence d'un comportement violent de façon de plus en plus précise, la compréhension de la dynamique causale reste un volet de la recherche qui ouvre à de nombreuses questions. Les études récentes s'accordent pour dire que la plupart des délinquants qui souffrent d'un trouble mental ont rencontré de multiples problèmes depuis l'enfance. Si les recherches futures tendent à l'amélioration de l'efficacité des programmes de traitement, de gestion et de réhabilitation, ainsi qu'à affiner la capacité de prédiction d'un acte violent, elles doivent aussi contribuer à identifier l'étiologie du processus de passage à l'acte violent chez les personnes souffrant de troubles mentaux afin de prévenir la violence et la délinquance chez les enfants qui risquent de développer un trouble mental grave.

Peu d'auteurs se sont penchés sur les processus qui pouvaient, dans certaines circonstances, déclencher chez des sujets souffrant d'un trouble mental des actions violentes. Il ne s'agit pas ici de déterminer dans quels contextes externes peut naître la violence, mais surtout d'envisager certaines structures psychiques pathologiques qui la favoriseraient.

Pour ce faire, le recours à la psychanalyse est utile, puisque celle-ci étudie et décrit les modes d'organisation sous-jacents de la personnalité dont les manifestations comportementales, voire les symptômes, sont le reflet (Bergeret, 1985).

Chapitre II. Recension des écrits

A. Eclairage psychodynamique du passage à l'acte chez le sujet qui souffre de délire mystique.

Dans ce sous-chapitre, une réflexion sur les circonstances du passage à l'acte violent chez le délirant mystique sera amorcée. Dans cette optique, sera examinée la possibilité qu'existe un lien entre le délire mystique et le Soi grandiose. Le délire psychotique en général, et le délire mystique en particulier, est habituellement conçu comme émanant d'un processus régressif où le Moi n'a pas accès à la réalité, mais permet qu'existe une pseudo-réalité plus conforme aux désirs inconscients. Cette régression offre au Moi de n'être plus contraint et menacé par la réalité extérieure et de pouvoir, par conséquent, reconquérir l'illusion de la toute-puissance caractéristique des processus primaires, jusqu'à faire exister dans certains cas une néo-réalité plus tolérable. Il s'agira d'essayer de montrer en quoi cette expansion délirante du Moi peut être rapprochée du narcissisme primaire et du Soi grandiose caractéristique de la personnalité narcissique, et en quoi ce rapprochement peut mener à une meilleure compréhension du passage à l'acte violent.

Le parallèle entre d'une part, le Soi grandiose et d'autre part, cette expansion du Moi, conséquence dernière d'une régression signant l'entrée dans la psychose et pouvant donc mener au délire et, à sa suite, à des actes violents, sera exposé en quelques étapes. Tout d'abord, une définition brève de quelques concepts psychanalytiques liés à la problématique du narcissisme sera exposée:

à la suite de Kohut (1971) et Kernberg (1980), le Soi, et plus particulièrement le Soi grandiose, seront définis, ainsi que la distinction entre narcissisme normal et pathologique. Cette première partie offrira une assise pour élaborer la place d'un Soi grandiose ou, pour mieux dire, d'une forme d'expression de celui-ci, dans la psychose et particulièrement dans le délire mystique. En effet, dès à présent, il faut souligner qu'il n'est pas dans notre visée de discuter de la présence d'un Soi grandiose *per se* dans le registre de la psychose. Néanmoins, les mécanismes à l'œuvre dans le Soi grandiose peuvent offrir un intérêt heuristique dans la compréhension du fonctionnement d'un sentiment de toute-puissance, hérité du narcissisme primaire et à l'œuvre chez le délirant mystique. Ces jalons permettront ensuite de comprendre le développement du délire menant à un passage à l'acte violent. Finalement, les capacités potentielles d'adaptation sociale du sujet délirant mystique seront étudiées.

1. Soi et Soi grandiose, narcissismes normal et pathologique.

Le narcissisme a connu, depuis les premières élaborations de Freud, elles-mêmes sujettes à changement et à repositionnement, de très nombreuses tentatives de définition qui dessinent aujourd'hui un tableau où subsistent encore de nombreuses interrogations. Cependant, comme le dit Grunberger (1971), il y a dans ce chaos un fond extraordinairement positif. Le narcissisme, malgré les imprécisions, les significations multivoques, voire les contradictions internes, constitue le cadre élastique, mais sûr, d'une dimension spécifique du

psychisme (Grunberger, 1971). La majorité des auteurs reconnaissent d'ailleurs l'utilité et l'importance de cette notion, tant d'un point de vue clinique que métapsychologique, comme en témoignent les très nombreux ouvrages et travaux de recherche qui lui sont consacrés ces dernières années (Bergeret, 1984 ; 1985 ; Kernberg, 1980, Ledoux, 1980, Millaud, 1998b).

Pour les besoins de la présente recherche, nous allons modestement tracer un cadre conceptuel dans lequel pourra venir s'inscrire la problématique centrale de ce travail, à savoir le lien entre délire mystique et comportement violent et délictuel.

Sans d'emblée aborder le registre particulier de la psychose, la constitution de l'identité de tout individu peut être comprise schématiquement en observant la trajectoire de son développement sous l'angle narcissique. Selon l'orientation prise par cette évolution, la problématique du Soi grandiose peut ou non apparaître.

Dans le cadre d'un développement normal, le tout-petit enfant connaît d'abord un état particulier dans lequel il ne se différencie de rien et où rien ne se différencie de lui. Plongé dans un état d'homéostasie qui prolonge la vie intra-utérine où tous ses besoins ont forcément été comblés sans délai et sans obstacle, le nouveau-né subsiste en ce statut, celui-ci étant la seule réponse qu'il peut donner dans les tous premiers moments de sa venue au monde. Pour décrire ce stade anobjectal, résultat d'un investissement narcissique archaïque et originel, antérieur même aux premières prémisses du Moi et donc à toute forme de

contact avec ce qui ne peut encore être considéré comme l'extérieur, Freud parlera de « narcissisme primaire » (Freud, 1916). Dans la mesure où la mère sursoit de manière appropriée aux demandes du bébé, celui-ci s'installe pour un temps dans un état qui conforte son sentiment d'être un, non-clivé, en symbiose avec son environnement. Cette position toute-puissante se soutiendrait de productions fantasmatiques ou hallucinatoires permettant de résister aux premières et inévitables tensions.

Cependant, la toute-puissance narcissique de l'enfant ne tarde pas à rencontrer des obstacles et des résistances qui l'obligent à trouver des solutions acceptables pour conserver son intégrité narcissique. Ces solutions sont fondamentalement de deux ordres et viennent sans cesse à la rescousse l'une de l'autre, jusqu'à ce qu'un équilibre global s'installe et que l'épreuve de réalité puisse s'harmoniser au sentiment d'existence et à l'estime de soi.

Le premier type de solutions tient en ce que l'enfant, grâce aux réactions adaptées de la mère, acquiert progressivement une capacité à gérer ses pulsions agressives. Celles-ci sont issues d'une tendance à vouloir perpétrer un sentiment de possession et d'incorporation totale de l'Objet, à la seule fin de la survie. Cette violence primitive n'est pas comparable à la haine que l'être humain peut ressentir plus tardivement et qui se manifeste par des envies de blesser ou de détruire l'Objet. Dans le cas présent, il s'agit plutôt de l'émanation d'une énergie de vie qui apparaît donc dans la phase du narcissisme primaire, creuset des sentiments de toute-puissance gouvernés par un « instinct d'emprise »

(Grunberger, 1960 ; 1971), dont discutera longuement Bergeret (1984). Les actions de la mère et du père offrent un support et une réponse à cette agressivité, permettant tout à la fois à l'enfant de les exprimer et d'en expérimenter les limites. Par conséquent, l'enfant apprend progressivement, selon les canalisations et les réactions de son entourage, à gérer ses frustrations de même que la peur de ses propres pulsions agressives. L'Objet se construit progressivement au travers des « destructions-attaques » dont il est la cible et des « rétablissements » par lesquels il prodigue sa présence et son affection à l'enfant. Ce sont ces constants « allers-retours » qui dessinent doucement les limites entre le dedans et le dehors, qui permettent à l'Objet d'être différencié et intégré en tant que tel, qui établissent les fondations d'une bonne estime de soi et ouvrent la voie au processus de symbolisation par laquelle l'enfant « dévie » ses pulsions sur des substituts objectaux. Cette épreuve de réalité, faite de déceptions, de frustrations, mais aussi de réussites et de réponses comblantes, aboutira également à ce que l'enfant soit capable d'intégrer la haine et l'amour pour l'Objet et faire accéder celui-ci au statut d'objet total lors de la phase oedipienne. Ce premier type de solutions consiste donc essentiellement en une résistance et une adaptation grandissantes aux frustrations et aux tensions de la réalité.

Le second type de solutions, à l'inverse, vient freiner, pourrait-on dire, le processus de deuil engagé dans la confrontation à la réalité. En effet, en même temps que l'enfant apprend à faire des compromis avec le sentiment de toute-

puissance issu du narcissisme primaire, il tente également de le conserver à tout prix en le maintenant vivace illusoirement. La désillusion, si elle mène aux processus d'adaptation et de construction de soi, mène aussi à perpétuer les défenses contre les « blessures » occasionnées par celle-ci. C'est ainsi que l'enfant conserve un recours à des fantasmes de grandeur et qu'il projette sur autrui, sous forme de représentation d'objet idéalisé perçue comme une extension de lui-même – l'imago parentale idéalisée selon Kohut (1971), la perfection qu'il ne peut plus légitimement revendiquer de par les tensions qu'il subit et le deuil progressif de la toute-puissance.

Ces deux catégories de solutions s'entrelacent et fonctionnent conjointement pendant un temps, jusqu'à ce que, progressivement, les confrontations à la réalité voient les fantasmes de grandeur et d'exhibitionnisme, ainsi que les idéalizations, s'atténuer et s'intégrer vers le développement des fonctions du Moi et les fondations du Surmoi. Les ambitions de l'enfant à atteindre certains buts s'harmonisent avec ses capacités réelles et régulent ainsi l'estime de soi, tandis que les images parentales perdent de leur « corporéité » et deviennent abstraites, jusqu'à fonder les valeurs auxquelles la personnalité se réfèrera.

À l'inverse de ce schéma idéal de développement, les réponses parentales peuvent être inadaptées ou présenter des lacunes graves, qu'elles frustrent excessivement le petit ou, qu'au contraire, elles ne lui donnent pas l'occasion d'expérimenter la frustration. Dans ce cas, au lieu que les fantasmes grandioses et la tendance à incorporer au Soi la perfection d'une personne de référence de

l'entourage – l'Objet idéalisé - viennent aider ponctuellement les phénomènes d'adaptation donnés en réponse à l'épreuve de réalité et soutenir la structuration psychique, ils s'obstinent à déterminer la relation du sujet à la réalité, de manière à conserver ou restaurer la toute-puissance initiale que rien ne peut détrôner, l'enfant ne possédant pas d'autres outils susceptibles de l'aider à supporter les tensions. Dans le même registre, si la violence fondamentale de l'enfant n'est pas ou est mal canalisée, cela induit un sentiment d'insécurité et reporte l'exercice de cette violence dans le futur où, sans cesse, l'individu tentera de rentrer en contact avec un Objet censé faire office de pare - excitations. Continuellement, il sera enclin à attendre que l'objet le gratifie de cette agressivité, de manière à réparer les blessures narcissiques subies antérieurement.

C'est donc tout le passage entre la fusion et la différenciation qui est ici escamoté. L'abandon du sentiment d'être un, qui transite par le processus de symbolisation de l'Objet, n'est pas réalisé et l'enfant reste dépourvu de support fantasmatique où pouvoir accrocher son narcissisme originel. Dans le cas de la genèse d'une psychose, l'organisation du Moi n'atteint pas autre chose qu'une fragmentation généralisée qui, à la faveur de certaines circonstances, pourra se révéler, notamment dans le délire. Le Moi, tout entier noyé dans l'absence de scission avec l'Autre, n'offre au sujet aucune garantie de pouvoir subsister face à ce qui n'est pas lui. L'angoisse porte alors, non pas sur la peur de la castration, non pas sur la disparition de l'objet, mais de façon plus basique sur le

morcellement intérieur qui pourrait résulter de la confrontation avec une réalité jugée menaçante et ingérable (Bergeret, 1985).

Dans le cadre de troubles de la personnalité narcissique par contre, la perte de l'illusion, combinée à l'absence d'appuis et à la faiblesse de construction du Moi, s'avère tellement dangereuse, que la seule possibilité réside à trouver refuge dans des représentations de Soi et de l'Objet unanimement bonnes, une grande partie de l'énergie psychique étant dévolue à maintenir à l'écart les représentations mauvaises. Dans ce cas, au lieu que ces mécanismes issus du narcissisme primaire s'intègrent progressivement aux structures régulatrices du psychisme, ils subsistent tel quels (Kohut, 1971) ou se développent de manière pathologique (Kernberg, 1980). Dans les deux options, ces mécanismes travaillent alors chacun pour leurs buts archaïques propres et leur présence aura pour conséquence d'introduire chez l'individu adulte des troubles de la personnalité narcissique, plus ou moins graves, qui se marqueront tant dans le schéma des relations objectales que dans les processus équilibrant le sentiment d'existence et d'estime de soi.

Otto Kernberg (1980) et Heinz Kohut (1971) ont largement commenté et examiné cette problématique, dans laquelle va apparaître la notion de Soi grandiose. Leurs visions du narcissisme pathologique diffèrent significativement sur un certain nombre de points qu'il est utile de passer brièvement en revue.

En ce qui concerne l'étiologie du narcissisme pathologique, Kohut soutient que le patient en proie à des troubles de la personnalité narcissique a vu son

développement stoppé au stade du narcissisme infantile. En d'autres termes, l'adulte continue d'agir et de réagir sur base de schémas et de processus hérités d'une étape normale de la petite enfance à laquelle il est resté fixé. Ces schémas relèvent de deux ordres : le Soi grandiose (« Je suis parfait ») et l'imgo parentale idéalisée (« Tu es parfait, mais je fais partie de toi »). Pour centrer notre propos, nous nous tiendrons principalement à la première de ces configurations, qui co-existe relativement indépendamment de la seconde chez les personnalités narcissiques.

Comme dit précédemment, dans le cadre d'une maturation normale du psychisme, la démesure et le sentiment de grandeur du Soi hérités du narcissisme primaire s'amenuisent peu à peu, trouvent leur intégration dans la personnalité et fournissent « la charge instinctuelle nécessaire aux ambitions et aux visées syntones au Moi, à la capacité de prendre plaisir à ses activités et à des aspects importants de l'estime de soi. » (Kohut, 1971, p.34). Il arrive cependant que certaines circonstances traumatiques empêchent cette intégration du Soi grandiose au reste de l'appareil psychique, globalement orienté, quant à lui, vers le réel. Par conséquent, le Soi grandiose se trouve dissocié du moi-réalité et, hors de la sphère d'influence de ce dernier, poursuit des buts qui lui sont propres, que ceux-ci soient isolés, scindés du reste de la personnalité, ou encore qu'ils existent de manière latente, comme niés ou refoulés (Kohut, 1971). Les dysfonctionnements et les tensions qui résultent de cette intégration lacunaire tiennent principalement à une estime de soi mal régulée, incapable de

se maintenir relativement en équilibre (Kohut, 1971). Ainsi les besoins du Soi grandiose entraînent d'une part, sur le versant libidinal, des attitudes exhibitionnistes et un besoin illimité d'admiration et de reconnaissance indéfectibles et d'autre part, sur le versant de l'agressivité, un désir de maîtrise et de pouvoir absolu sur l'environnement. Dès lors, ces exigences du Soi grandiose rencontrent difficilement satisfaction et mènent périodiquement le sujet à ressentir un profond sentiment d'abattement et de désespoir envers ses capacités propres ou des accès de rage envers ceux rendus responsables d'un affront ou d'une blessure narcissique intolérable (Kohut, 1972).

Dans son argumentation, Kohut soutient qu'un raisonnement de type économique, selon lequel les investissements narcissiques se feraient au détriment des investissements objectaux, n'est pas pertinent. Il établit en effet deux lignes de développement séparées et largement indépendantes, l'une qui soutient le rapport aux objets et l'autre qui soutient la maturation du narcissisme. L'un des points majeurs qu'il développe dans son étude tient en effet en ce que, selon lui, «le narcissisme ne se définit pas par le lieu de l'investissement instinctuel (...) mais par la nature ou la qualité de la charge instinctuelle elle-même» (Kohut, 1971, p. 34). L'investissement narcissique, de façon autonome, ne s'efface donc pas, lorsque l'individu acquiert une plus grande maturité, pour laisser la place à l'amour objectal, mais il subsiste pour lui-même, se transforme et accède à un niveau plus élevé. Ainsi, Kohut souligne le fait que des expériences intenses de relations d'objet ne sont pas contradictoires avec la

présence de troubles de la personnalité narcissique, mais que ces expériences ne se fondent pas sur une relation objectale au sens plein du terme, vu que les objets sont d'abord et avant tout perçus narcissiquement, c'est-à-dire non pas pour leurs qualités ou l'affection qu'ils peuvent donner, mais en ce qu'ils servent unilatéralement les besoins du Soi grandiose (« l'autre est le miroir dans lequel je me vois parfait ») ou sont intériorisés dans le Soi-objet (« l'autre est parfait et je fais partie de lui et il fait partie de moi »). Le Soi grandiose empêche l'épanouissement des investissements objectaux en les maintenant prisonniers d'un système où seul prévaut le narcissisme pathologique. Par ailleurs, le manque d'intégration du Soi grandiose au reste de l'appareil psychique empêche le sujet de percevoir son Soi comme délimité et un, ce qui mène à immobiliser les investissements objectaux, par crainte de ne pouvoir supporter un rejet ou une humiliation (Kohut, 1971).

Cette dernière phrase amène à envisager une donnée importante pour la suite du propos. Le Soi, pour Kohut, est un contenu de l'appareil psychique, mais pas l'un de ses constituants. Il n'est pas une instance, comme peuvent l'être le Moi, le Ça et le Surmoi, mais une structure psychique puisqu'il est investi d'énergie instinctuelle, possède un caractère de permanence et une localisation. Cette localisation s'avère souple, constituée par diverses représentations du Soi, parfois inconsistantes ou contradictoires, se rencontrant dans les divers contenants de l'appareil psychique (Kohut, 1972). Le côté épars des représentations du Soi, ainsi que les valeurs différentes qui lui sont accordées,

induisent plusieurs niveaux d'intégration pouvant aller, dans les cas de psychoses et dans le cadre de certaines régressions, jusqu'à la fragmentation.

Otto Kernberg (1980), quant à lui, se place dans une autre perspective. Selon lui, le narcissisme pathologique est d'une nature tout à fait différente du narcissisme infantile. Il n'y aurait donc pas d'arrêt du développement, mais plutôt un développement pathologique amenant à l'élaboration d'une structure psychique qui ne l'est pas moins. La définition qu'il donne du narcissisme « comme investissement libidinal du Soi » se complète de la définition du narcissisme pathologique, décrit alors « comme investissement libidinal dans une structure pathologique du Soi » (Kernberg, 1980, p.75). La pathologie narcissique est donc le résultat d'un conflit structural des différentes composantes du Soi, conflit qui prend ses origines, selon Kernberg, dans une charge excessive de pulsions archaïques agressives, principalement orales, et qui mène à l'élaboration de mécanismes de défense caractéristiques. La clé de voûte de l'édifice théorique de Kernberg tient dans sa conception du Soi, qu'il établit comme une « chicane » dont la structure sera à même ou non de configurer sainement le passage et l'intégration des pulsions agressives archaïques.

«Le soi est une structure intrapsychique constituée des multiples représentations de soi et des tendances affectives qui y correspondent. Les représentations du soi sont les structures cognitives et affectives qui traduisent la perception qu'une personne a d'elle-même dans ses interactions réelles avec d'autres personnes importantes et dans ses interactions fantasmatiques avec les représentations internes de ces autres personnes, c'est-à-dire avec les représentations d'objet. Le soi fait partie du moi, qui contient, en outre, les représentations d'objet qu'on

vient de mentionner, et également les images de soi idéales et les images d'objet idéales aux diverses étapes de non personification, d'abstraction et d'intégration. Le soi normal est intégré en ce sens que les représentations qui composent le soi s'organisent de façon dynamique en un ensemble cohérent.» (Kernberg, 1980, p.128).

Il est à noter qu'un soi normal, c'est à dire un soi capable de réguler correctement les investissements tant libidinaux qu'agressifs de manière à maintenir une estime de soi satisfaisante, doit nécessairement au préalable avoir correctement intégré les bonnes et les mauvaises représentations primitives d'objet et de soi. C'est dire que le soi kernbergien est le résultat de l'activité des instances psychiques traditionnelles, en particulier du Moi et du Surmoi. Il en épousera donc également les lacunes ou les carences, sur un mode défensif. «La représentation de soi est une conséquence de l'activité du Moi, non son moteur » (Kernberg, 1980, p.10).

Contrairement à Kohut (1971), les relations d'objets ont une place essentielle dans l'étude que Kernberg (1980) fait du narcissisme. Elles sont d'une importance capitale pour l'élaboration du concept de Soi, où elles sont envisagées comme un mode d'organisation fantasmatique avec un objet, plus ou moins soutenu par la perception d'autrui. Or, puisque toute relation imaginaire avec un objet implique un rapport entre une représentation de soi et une représentation d'objet, ces relations objectales deviennent constitutives de la personnalité du sujet et de son identité. C'est dire si la problématique du narcissisme, loin d'être indépendante des relations d'objet, repose sur

l'intériorisation d'un ensemble complexe de représentations de soi et de représentations d'autrui.

Kernberg envisage trois degrés de pathologie narcissique, dont la dernière seulement, la plus grave, est considérée par lui comme déterminante pour décrire la «personnalité narcissique». C'est dans ce cas seulement qu'apparaît la configuration du Soi grandiose. Kernberg reprend le terme de Soi grandiose et ses manifestations cliniques à Kohut, mais il y intègre également ce que ce dernier envisageait comme séparé, à savoir l'imgo parentale idéalisée, ce qui s'explique bien sûr par l'étroite interaction des représentations de soi et d'objet. Dans le système de Kernberg, il apparaît donc que le Soi grandiose résulte d'une «porosité» entre les différentes instances du psychisme et entre les diverses images, de soi et des objets, qui y trouvent leur place.

« La tension normale entre le soi actuel d'un côté, le soi idéal et l'objet idéal de l'autre, est éliminée par l'élaboration d'un concept de soi hypertrophié dans lequel se confondent le soi présent, le soi idéal et l'objet idéal. En même temps, les reliquats des images de soi inacceptables sont refoulés et projetés sur les objets externes qui sont dévalorisés » (Kernberg, 1980, p. 28-29).

Cette explication synthétique montre que la différenciation entre le soi et l'objet, de même qu'entre les représentations idéales de ces deux éléments, est brouillée à l'intérieur d'un Soi grandiose occupé à garder à bonne distance toute réalité relationnelle pouvant mettre au jour un conflit intolérable entre le besoin de l'objet et la crainte qu'il inspire. L'apparition du Soi grandiose ne s'explique

donc pas par une rivalité entre telle ou telle instance, comme c'est le cas dans les névroses traditionnelles, mais par des frontières mal délimitées, peu aptes à canaliser les pulsions agressives archaïques. Au fond des attitudes de dévalorisation ou de crainte, symptomatiques chez la personnalité narcissique, se dessine l'image de la relation aux objets contre laquelle le sujet a édifié ces mécanismes de défense : celle «d'un soi hargneux, enragé, vide, sauf de la colère impuissante d'être frustré et effrayé par un monde qui semble aussi haineux et revancharde que le patient lui-même» (Kernberg, 1980, p. 31). Ce schéma pathologique prend donc naissance et se construit sur une peur fondamentale d'attaque et de destruction (Kernberg, 1980).

Kernberg précise que l'irruption d'un narcissisme pathologique n'est possible qu'à partir du moment où les images de soi et d'objet ont été suffisamment différenciées pour donner une forme au Moi. Cela induit donc que les schémas de personnalités narcissiques n'adviennent pas sur des structures psychotiques, qui relèvent quant à elles d'un stade antérieur. Cependant, les composantes du Soi grandiose témoignent malgré tout d'un système où les différenciations sont faibles. Par ailleurs, l'angoisse primitive d'attaque et de destruction, relevant des pulsions archaïques et déterminante quant au fonctionnement du Soi grandiose, s'inscrit dans une perspective où prévaut non pas un sentiment de culpabilité *stricto sensu*, mais un sentiment intolérable d'écrasement et de dévalorisation amenant en conséquence des envies de vengeance et de destruction. Ces sentiments semblent relever d'une étape intermédiaire entre les

conséquences du conflit oedipien et la menace d'anéantissement à l'œuvre dans la psychose.

2. Psychose et délire mystique

Dans la formulation freudienne historique, les psychoses étaient décrites comme des « névroses narcissiques ». Sans entrer dans le détail des différents types d'organisations psychotiques (paranoïa, schizophrénie, maniaco-dépression ou mélancolie), on trouve en effet dans la structure psychotique une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie (Bergeret, 1985). Ces premières étapes, déterminantes pour l'accès au conflit oedipien, ne sont donc pas traversées de manière satisfaisante, bloquant ainsi toute possibilité que s'installe la dimension objectale. Comme le dit Bergeret (1985), la structure psychotique prend son origine dans une impossibilité pour l'enfant d'être considéré comme un objet distinct de la « mère-sujet », elle-même fonctionnant souvent sur un mode incomplet ne pouvant concevoir de se séparer de cette partie indispensable à son propre Moi qu'est l'enfant. Cette relation fusionnelle à la mère, qui peut adopter des modalités très différentes, opposées même, qu'elles soient de l'ordre d'une surprotection ou d'une frustration très importante, se trouvera sans cesse rejouée sur le plan interpersonnel par la suite. Par conséquent, une relation objectale vraie n'est pas envisageable, le fonctionnement psychotique étant dominé par les processus primaires qui, d'une part, ont tendance à brouiller les frontières entre intérieur

et extérieur et d'autre part, en conséquence évidente, à obturer l'accès au discernement de ce qu'est la réalité.

Ce schéma se fonde évidemment sur de graves lacunes au niveau de la construction du Moi. Chez le psychotique, l'organisation du Moi subit des dysfonctionnements dès la phase orale, l'amenant à se « pré-organiser », selon le terme de Bergeret (1985), sur un mode qui va déterminer la traversée des étapes suivantes. Les stratifications de maturation, qui permettent d'accéder progressivement aux aspects essentiels de la structuration objectale et qui sont déterminantes quant à l'autonomisation du Moi, se voient ici escamotées. En effet, comme expliqué plus en détail dans la première partie de ce chapitre, chez le sujet normal, le passage de la situation fusionnelle (orale) et narcissique à la reconnaissance progressive d'une distanciation entre le sujet et l'objet, inaugure les premières manifestations du Moi qui sera rendu peu à peu indépendant et limité. Sur le plan du fonctionnement mental, cette organisation du Moi, fondée sur la séparation d'avec le non-Moi, va permettre que la réalité intérieure (fantasmatique) et la réalité extérieure soient distinguées.

Le Moi psychotique, quant à lui, n'est jamais complet : d'emblée, il se trouve éclaté, « morcelé en noyaux épars ayant perdu toute relation entre eux » (Bergeret, 1974), ce qui induit une grande faiblesse à contrôler l'appréhension de la réalité et une déficience de l'activité synthétique du Moi. L'épreuve de réalité, qui trouve son institution dans le Moi, ne peut être traversée, ce qui implique que, dans la psychose, la régression ne met pas seulement en jeu la

libido, mais aussi le Moi lui-même. Le conflit dans lequel la personnalité se débat n'est causé, comme c'est le cas dans les névroses, ni par le Surmoi (qui n'est, dans cette structure, pas parvenu à un rôle organisateur ou conflictuel de base), ni par l'Idéal du Moi, mais par la réalité elle-même, face-à-face avec des besoins pulsionnels élémentaires (Bergeret, 1985). C'est ainsi que Freud a pu soutenir que, là où la névrose est le résultat d'un conflit entre le Moi et le Ça, la psychose naît du conflit entre le Moi et le monde extérieur (Freud, 1924). En d'autres termes, dans la névrose, le Moi, soumis à la réalité, réprime un fragment du Ça, alors que dans la psychose, le Moi s'allie au Ça pour mieux tenir à distance un fragment intolérable de la réalité. Chacune des deux grandes structures ruse donc avec la réalité extérieure, difficile à accepter, pour atteindre une autre réalité, plus conforme au désir. Mais si la névrose, pour ce faire, se tourne vers le fantasme, en tant qu'enclave bien délimitée du principe de plaisir à l'intérieur de l'appareil psychique globalement dominé par le principe de réalité, la psychose, quant à elle, opère un refus de la réalité et se tourne vers d'autres moyens pour y circonvenir. Cela permet ainsi de mieux comprendre comment, dans la psychose, face à une réalité déplaisante, surgisse l'angoisse intolérable de la mort par fragmentation, par l'éclatement irrémédiable d'un Moi déjà à la base morcelé. À cette angoisse répondent divers systèmes de défense primitifs comme la projection ou le déni de la réalité, mais une autre façon d'échapper à la menace de désintégration peut consister en la

reconstruction d'une néo-réalité plus avantageuse, bien qu'aberrante (Bergeret, 1985). C'est bien évidemment ici qu'apparaît le délire.

Le délire surgit lorsque la réalité oblige le Moi à subir une perte pour lui intolérable, perte qu'il dénie. Le délire est donc un mécanisme de défense et même, comme l'avait déjà souligné Freud, une tentative d'auto-guérison ou encore un effort de restauration des relations aux objets, une reconstruction (Bougerol et al., 1996). Le mécanisme menant au délire tire son origine du fait que les investissements pulsionnels sont retirés du système perceptif conscient, ce qui coupe l'accès à la réalité déplaisante. Les fantasmes, l'énergie pulsionnelle du Ça, peuvent alors pénétrer en masse dans le système du Moi où ils sont reconnus comme réels. Les frontières du Moi perdant leurs investissements, tout le fonctionnement mental est recouvert par le processus primaire qui tend, non pas vers la réalité, mais vers la réalisation des désirs (Bergeret, 1985). Nacht et Racamier (1958) insistent ainsi sur le rôle primordial que joue, dans l'accès au délire, l'angoisse créée par le reflux massif des pulsions détachées de leurs objets d'investissement.

Le délire peut être polymorphe dans ses thèmes, c'est-à-dire que ses thématiques de prédilection sont multiples et variables : de persécution, de grandeur, de transformation sexuelle, de possession, d'empoisonnement, d'influence, de fabuleuse puissance, ... Les idées délirantes dessinent et expriment ainsi les rapports du Moi avec son monde. Seul le délire mystique sera considéré dans ce travail, délire mystique que l'on peut définir, à la suite

d'Ey (1952 ; 1973), comme une forme de délire qui implique une communication avec des forces surnaturelles et le monde céleste. Si le contact est vécu comme bon ou bienveillant, les sujets présentent un aspect mégalomane, puisqu'ils se sentent protégés par l'être ou les êtres surnaturels en question. Par contre, si le contact est vécu comme démoniaque ou apocalyptique, les sujets se sentent possédés par ces êtres et damnés (Ey, 1952 ; 1973). Le délire mystique, en ce qu'il fait appel au sentiment d'être en contact direct avec les sphères célestes, que ce contact soit agréable ou désagréable, est particulièrement intéressant en ce qu'il fait écho à la notion de toute-puissance du narcissisme primaire et, plus loin, au Soi grandiose que l'on retrouve chez les personnalités narcissiques ou les psychopathes. Le délirant mystique retrouverait là l'illusion d'une toute-puissance infantile et des images archaïques idéalisées, sa structure psychotique permettant au Moi de reconstruire une néo-réalité plus conforme à ses désirs puisque issue de l'univers fantasmatique.

Avant de s'inquiéter de la question du délire mystique *stricto sensu*, notamment dans ses aspects psychodynamiques, il est sans doute utile de commencer par montrer en quoi, sans d'emblée entrer dans la sphère du pathologique, certaines formes d'expression mystique, telles le sentiment « océanique », le sentiment d'union indissoluble avec un grand Tout et d'appartenance à l'universel, ainsi que l'a décrit Freud (1929), sont déjà en elles-mêmes la résurgence d'une problématique narcissique primaire. Car, et c'est là toute la démonstration du

début de *Malaise dans la civilisation*, ce qui pourrait être considéré comme la source du sentiment religieux, dont la problématique mystique n'est bien sûr pas éloignée, n'est en définitive rattachée par Freud qu'à un état infantile de dépendance absolue, ainsi qu'à la nostalgie d'un père protecteur (Freud, 1929). En d'autres termes, l'accès à ce sentiment océanique est expliqué, d'une part, par une tendance au rétablissement du narcissisme illimité, lorsqu'aux premiers âges de la vie, le Moi et le non-Moi ne se trouvaient pas encore différenciés, faisant exister le nourrisson au centre d'un univers infini, et d'autre part, par l'appel à un Père pacifiant, un Autre complet¹. Dans le même registre d'idées, Grunberger soutient que la croyance en l'immortalité, la sensation d'être invulnérable ou le sentiment de l'infini, qui existent dans une certaine mesure chez tout un chacun et sans lesquels la vie ne serait sans doute pas possible, sont des héritages fœtaux (Grunberger, 1971). En effet, l'hypothèse qu'il émet quant aux origines du narcissisme se fonde sur le postulat d'un état élationnel prénatal qui serait la source de toutes les variantes du narcissisme. C'est la conception de cet état primal qui permettrait ainsi de déduire les traits narcissiques communs, tels ceux évoqués ci-dessus, ou pathologiques (Grunberger, 1971). Là aussi, la dimension spirituelle, voire religieuse, n'est pas absente et rencontre encore une fois la notion d'un narcissisme primaire, pour ne pas dire primordial.

¹ Dès maintenant, on peut remarquer que, tant le sentiment d'être relié à un « grand Tout » que l'appel à un Père, malgré le caractère apparemment contradictoire de ces deux formes (l'absence de limites d'une part ; la présence d'une Loi d'autre part) constituent deux expressions récurrentes dans les cas de délire mystique avérés. C'est un point qui sera développé plus loin.

Si ces sentiments et sensations ne peuvent être dits « délirants », au sens clinique du terme, ils constituent cependant un premier aspect du lien indéniable qui existe entre les prémisses ou, pour mieux dire, les fondements communs sur lesquels trouveront à se greffer le délire mystique en tant que manifestation pathologique et la question du narcissisme.

Une deuxième forme d'expression du narcissisme, plus clairement pathologique même si elle peut être accrochée à certains aspects de la précédente, repose sur la problématique de la filiation. Dans un registre plus proche de nos objets de recherche, et pour suivre Guyotat (1980), il existe des psychoses dans la détermination desquelles le « fardeau génétique » ou l'atteinte de la lignée, dont le sujet est un chaînon, prend une importance particulière. En cela, le délire mystique peut aussi être interprété comme une atteinte particulière au lien de filiation, lien que Guyotat définit comme « ce par quoi un individu se sent relié, explicitement ou non, à ses ascendants ou descendants réels ou imaginaires ». Le délire mystique peut donc prendre la forme d'un délire de filiation divine ou démoniaque (Guyotat, 1980). C'est dans ce contexte que l'on peut préciser le rapport entre les traits du délire qui s'inscrivent dans la fusion avec un univers infini ou qui évoquent plutôt la présence du Père. Dans ce dernier cas de figure, le délire fait montre d'un semblant d'organisation oedipienne qui fonctionne comme une filiation imaginaire de type divin. Le psychotique pressent l'existence de la Loi (du Père) sans toutefois pouvoir la faire sienne (c'est sur cette base que se fondent le raisonnement freudien et, à sa suite, celui de Lacan

(voir Guyotat, 1980) lorsqu'il parlera de « forclusion du Nom-du-Père »). En conséquence, le délire va offrir de mettre à la place de cette absence une construction idéalisante, narcissiquement satisfaisante, où la parenté détruite sera re-formée par un simulacre de structure oedipienne. Dans celle-ci, cependant, le père et la mère auront des places interchangeables, chacun possédant un statut ambivalent. Cette indifférenciation reconduit évidemment l'impossibilité pour le psychotique de s'identifier à autre chose qu'à des images archaïques (Rosolato, 1969). Le délire de filiation, en ce sens, conserve le sujet psychotique dans son statut de « pseudo-sujet » (De Waelhens, 1972) en le maintenant dans une sphère primaire caractérisée d'abord et avant tout par un fantasme d'auto-engendrement. À cet égard, Guyotat souligne qu'en contrepoint à la filiation réelle, souvent brisée, on observe chez les sujets psychotiques l'apparition « d'un lien de filiation narcissique, mobilisé de façon expansive lors de toute 'brèche' dans la filiation instituée » (Guyotat, 1980, p. 224). Pour répondre à une carence ou à une faille de la filiation réelle, le sujet psychotique fait donc intervenir un lien de filiation narcissique qui capte tout l'imaginaire de la parenté. Ce lien narcissiquement élaboré a pour but « de maintenir une image toute-puissante de soi-même, en vertu de laquelle on se sentirait confondu avec l'ensemble du lignage (ensemble des ascendants et des descendants) : projet d'éternité ou du moins d'immortalité » (Guyotat, 1980, p. 224). De l'irruption d'un Père divin, nous glissons peu à peu vers des formes délirantes plus apparentées au sentiment de fusion avec quelque chose

d'immense et d'indéterminé. Dans le cadre du délire de filiation, qu'il s'agisse de Force divine ou démoniaque, apparaît le fantasme d'une énergie issue d'une source originale, transmise à travers toute la lignée et que le sujet essaye de capter (Guyotat, 1980). Cette énergie, vécue comme bienveillante ou persécutrice, traverse la lignée dont est issu le sujet pour venir rencontrer celui-ci qui récolte ainsi, comme en une synthèse « plus grande que nature », la puissance d'une filiation directement issue du Divin ou de Satan et ayant traversé le « groupe vertical » (Guyotat, 1980) dont il est issu pour venir le toucher, lui seul.

Un autre aspect favorisant l'expérience mystique dans ce qu'elle peut avoir de délirant tient à ce que Ledoux (1980) a décrit comme « une relation fusionnelle manquante » dans l'histoire du sujet, qu'il s'agisse de séparation brutale ou de grande frustration. Cette rupture, quelle que soit sa cause, peut engendrer un attachement d'autant plus fort que l'absence ou la séparation s'est montrée frustrante. Le résultat tient en une sorte d'adhésivité, d'agrippement désespéré dont seul l'arrachement, avec son cortège de douleurs et de traumatismes, peut détacher le sujet (Ledoux, 1980). Lorsque telle frustration est présente, la symptomatologie vient s'inscrire dans le registre archaïque de la relation fusionnelle dont le prototype est celle qui s'instaure à l'origine entre la mère et l'enfant, où le lien relève plus de l'union, de la fusion, où les limites entre les deux pôles de la relation sont inexistantes, cette « condensation » pouvant aller jusqu'à « l'interchangeabilité des positions "subjectives" des deux partenaires

de la relation » (Ledoux, 1980, p. 239), chacun vivant l'autre dans une incorporation mutuelle.

Cette profusion d'expressions fantasmatiques tendant à atteindre une sorte d'Unité perdue rencontre étonnamment certains témoignages relatifs aux expériences mystiques, expériences différant significativement d'un vécu religieux traditionnel. Ainsi, au dire des mystiques, le Dieu atteint au cours de l'extase prend généralement la forme de « quelque chose de confus », de « général, d'universel » (Ledoux, 1980). La figuration historique du Dieu-homme, du Christ médiateur, c'est-à-dire d'un Dieu situé dans une temporalité et dans une histoire dont on garde le souvenir dans les moments d'absence, est éliminée au profit d'une relation dans la concomitance et la simultanéité (Ledoux, 1980). L'absence fondamentale de l'objet « Dieu » est vécue, dans l'expérience mystique, sur le registre fusionnel, c'est-à-dire que face à la souffrance d'une absence irrémédiable, les moyens d'y pallier vont tendre à nier l'espace et le temps qui spécifient toute relation. Sera alors vécue l'expérience d'une relation sans intermédiaire, une relation dans l'actuel de la présence, refusant l'attente et la médiation du souvenir (Ledoux, 1980).

Ces quelques réflexions soulignent assez nettement l'envergure ou la démesure que peut prendre la position du sujet mystique, *a fortiori* du sujet délirant mystique. Ces descriptions mettent en effet le doigt sur une forme relationnelle particulière, entièrement tournée vers la recherche de la fusion et de la simultanéité, où les frontières de l'être deviennent poreuses pour mieux

accueillir ou rejoindre une entité sans laquelle il n'est pas de vie possible. L'accès à cette « transcendance », qui peut être ou non pathologique, n'est pas sans faire écho à l'inflation typique du Soi grandiose, tendant lui aussi à atteindre une dimension « supra » où le sujet ne reconnaît plus de limites, que celles-ci soient « matérialisées » par la présence des autres ou par la réalité.

À cet égard, et pour aborder plus frontalement la question de la psychose, notamment dans ses conséquences violentes, nous voudrions maintenant envisager brièvement une étude relativement controversée, bien que très utile pour notre propos. Le travail de Reid Meloy (1988/2000) sur les psychopathes est, en effet, une recherche qui tente d'articuler la psychose au trouble de la personnalité narcissique aggravé, c'est-à-dire la psychopathie. L'hypothèse de Meloy est qu'il existe une « relation interactive entre psychose et psychopathie » (Meloy, 1988/2000) où le sujet, loin d'être strictement et définitivement d'un côté ou de l'autre de la « barrière psychotique », peut subir de la part de la portion psychotique de sa personnalité, un « enveloppement progressif » qui l'amène à basculer et à perdre l'épreuve de la réalité à la fin d'un processus plus ou moins long de « résistance » (Meloy, 1988/2000). Pour parler de ces sujets, notamment lorsqu'ils sont coupables d'acte de violence, Meloy (1988/2000) emploie les termes de « caractère psychopatique organisé à un niveau psychotique de la personnalité ». Cette organisation peut être le véhicule d'une violence grave lorsqu'elle s'accompagne de délires mystiques. L'étude de Meloy (1988/2000) le montre bien lorsqu'il parcourt les questions

de l'intégration de l'identité et de l'organisation défensive dans la déstructuration psychique caractéristique de la psychose.

Tout d'abord, au niveau de l'intégration de l'identité, à un niveau psychotique d'organisation de la personnalité, les représentations de soi et d'objet sont mal identifiées, ce qui peut amener à ce qu'elles fusionnent, tant au niveau de la pensée que de la perception. Cette absence de frontières, et cette tendance à la fusion dans tous les registres, peuvent évidemment amener à ce que l'expérience des autres et de soi prennent des formes délirantes, pouvant mener, dans certains cas de psychopathie, à l'identification projective à l'agresseur (Meloy, 1988/2000). Ensuite, en ce qui concerne l'organisation défensive de la structure psychotique lorsqu'elle accompagne la psychopathie, deux complexes de symptômes permettent à la structure grandiose du Soi de se perpétuer ou, à tout le moins, d'être protégée contre le risque de désintégration psychique. Il s'agit d'une part des hallucinations auditives et d'autre part, de l'apparition de délires grandioses et de persécution (Meloy, 1988/2000). Lorsque les hallucinations auditives interviennent chez un sujet à caractère psychopatique organisé sur une structure psychotique, elles sont placées dans un objet agressif auquel le sujet tend à s'identifier. « Les caractéristiques de l'objet halluciné ressembleront à la structure grandiose du Soi sous une forme grossièrement exagérée et fantastique » (Meloy, 1988/2000, p. 220), ce qui tendrait à corroborer la possibilité qu'existe un résidu du Soi grandiose à l'intérieur de la psychose. Meloy précise que, bien que les « voix » soient perçues comme

étrangères et venant du dehors, certains psychotiques, contrairement à d'autres, ne se sentiront pas victimes mais s'identifieront au stimulus comme s'ils en étaient l'agent, cette identification pouvant mener à des comportements dangereux. Ceci démontre l'existence de plusieurs formes d'expression des états psychotiques, et quelles sont celles qui peuvent amener à la violence. À cet égard, Meloy remarque que cette identification à l'agresseur rencontre une meilleure résistance chez les sujets schizophrènes, plus « endurants » aux injonctions hallucinatoires (Meloy, 1988/2000). En cela, l'état psychotique, lorsque articulé au caractère psychopatique, « est exprimé agressivement et utilisé de façon malveillante pour faire durer le sadomasochisme de la structure grandiose du Soi » (Meloy, 1988/2000, p. 222). En ce qui concerne le contenu délirant de la pensée, Meloy relève que, dans le cas d'un caractère psychopatique organisé à un niveau psychotique, l'identification s'effectue majoritairement avec le Mal et ses métaphores (le Diable, Satan, les démons, les forces des Ténèbres, etc.), ce qui fait écho à la définition du délire mystique tel que donnée par Ey (1952 ; 1973).

Il est à noter que le caractère d'injonction de certaines formes délirantes, comme les hallucinations auditives qui très souvent prennent l'aspect de « voix » parlant au sujet², a cette particularité d'introduire chez les psychotiques, notamment ceux décrits dans l'étude de Meloy (1988/2000), une propension à agir, ces agissements pouvant prendre la forme de comportements parfois très

² À cet égard, voir le témoignage consigné par Meloy (1988/2000) et placé en introduction de ce texte.

violents. Ici sera avancée l'hypothèse que ces agressions relèvent de la violence fondamentale, telle que décrite par Bergeret (1984), en ce sens que les hallucinations dont elles procèdent évoquent la nécessité du passage à l'acte, l'obligation de répondre aux « ordres », sous peine d'effondrement, de mort, de désintégration. La pression psychique apparaît tellement forte qu'elle ne semble, dans certains cas, ne pas avoir d'autres échappatoires que l'acte violent, celui-ci venant signer la fin d'un processus de déréliction mentale où le sujet se retrouve de plus en plus en prise avec la nécessité d'un exutoire comportemental, sous peine de ne pouvoir supporter la tension. Le mécanisme de défense extrême que représente le passage à l'acte prendrait donc ses origines dans une résurgence d'une forme de violence fondamentale, issue de la nécessité de (sur)vie.

3. Passage à l'acte

Après Bergeret (1984), nous pouvons faire une distinction entre violence et agressivité. En effet, faisant suite aux observations de nombreux auteurs, Bergeret distingue la violence fondamentale, primaire, originelle et universelle, d'une violence plus secondarisée, qui s'appuie sur des mécanismes beaucoup moins archaïques et fait intervenir la relation objectale dans un sens plus élaboré et plus complexe. Dans la dynamique de la violence fondamentale, l'objet extérieur n'a qu'une importance très secondaire et les souffrances dont il pourrait être victime n'apportent pas de satisfaction particulière, la priorité étant donnée au sujet mû par un instinct de (sur)vie et de conservation, sur le mode

d'un choix du type « lui ou moi ». Considérée comme un instinct plutôt que comme une pulsion, la violence n'est ni bonne, ni mauvaise. Elle est résistance, maintien en vie et conservation. Elle remplit à la base des fonctions d'édification d'une identité primaire narcissique dont le principal « objet » demeure le sujet lui-même. Contrairement à l'agressivité qui, dans une optique freudienne, concerne l'ambivalence affective, les aléas de l'union et de la désunion des pulsions amoureuses avec les tendances hostiles, la violence ne s'attache ni à l'amour, ni à la haine. Elle se situe dans une démarche imaginaire pré-ambivalente, de l'ordre des fantasmes narcissiques primitifs et élémentaires (Bergeret, 1984).

À cet égard, chez les personnes souffrant de troubles de personnalité narcissiques, Kohut, dans ses remarques sur la « rage narcissique » (1972), plaide pour une réévaluation des dynamiques narcissiques qui, selon lui, pourraient aider à l'autonomisation du Moi. En effet, cette « rage narcissique » primitive, très proche de la violence fondamentale de Bergeret, possède des bénéfices réparateurs lorsqu'elle se voit réactivée de façon imaginaire et ce, grâce à un fort pouvoir suggestif prenant sa source dans l'archaïsme qu'elle mobilise. Cependant, un déficit dans la gestion relationnelle ou une difficulté dans la négociation imaginaire peut avoir des conséquences comportementales dangereuses menant à un passage à l'acte violent. Meloy (1988/2000) parlera quant à lui de violence affective.

Cette distinction entre violence et agressivité est très utile sur un plan théorique, mais il faut cependant souligner que la diversité des passages à l'acte, ainsi que le foisonnement complexe d'événements déterminant le développement psychique d'un individu, amènent à ce qu'il est parfois très difficile de les différencier l'une de l'autre. La « violence » chez l'enfant rejoint des expressions beaucoup plus proches de l'instinct violent naturel que celle de l'adolescent et, *a fortiori*, que celle de l'adulte. Au fur et à mesure de l'évolution de la personnalité, il devient de plus en plus difficile de distinguer ce qui appartient en propre à l'instinct violent primitif de ce qui s'est trouvé peu à peu développé sous forme d'agressivité (Bergeret, 1998).

La difficulté à séparer violence et agressivité, lors de manifestations comportementales délinquantes, est également accrue par l'*opacité* de tout passage à l'acte, par le fait que son irruption pose inévitablement la question de sa signification, d'une façon d'autant plus aiguë que par essence, le passage à l'acte implique une évacuation totale ou quasi totale de mentalisation de la part du sujet (Millaud, 1998a), une expulsion des tensions dans l'agir plutôt que dans le penser. L'acte violent, l'expression manifeste dans le registre du comportement, doit être considéré, pour une bonne part, comme un fonctionnement régressif par lequel le psychisme cherche à combler une carence ou une lacune du mode d'expression mental, plus élaboré sur l'échelle des champs d'action du psychisme (Bergeret, 1998). Souvent, d'ailleurs, les patients ne se reconnaissent pas dans ce qu'ils ont fait et ils évoquent leurs

agissements comme si ceux-ci étaient détachés d'eux, non-ressemblants, hétérogènes à ce qu'ils sont. Une autre manière de souligner que la mentalisation n'a pas rempli son rôle est, pour les sujets, d'évoquer des forces extérieures qui les ont contrôlés et poussés à agir, une impulsion irrésistible, mais sans forme, qui les a amenés à faire ce qu'ils ont fait (Millaud, 1998b). Bref, entre le sujet et son acte, il y a un écart qu'aucun mot du sujet ne peut expliquer, une béance silencieuse qu'il s'agit alors de remplir, un non-sens apparent qu'il convient cependant de comprendre. Il incombe en grande partie au clinicien de tenter, avec tous les outils dont il dispose et notamment l'identification des phénomènes contre-transférentiels, de comprendre la logique interne du patient, son contenu mental, la dynamique de sa violence. Il faut souligner avec Millaud (1998b) que, dans le cadre d'une structure psychotique, une certaine forme de mentalisation, dont les raisonnements sont construits avec logique mais sur base de contenus délirants cependant, peut être très élaborée et parfois même occuper une grande part du champ de la conscience. Mais si l'on ne peut nier dans ce cas l'existence d'un processus de pensée, l'agir se situe « à l'étape antérieure de l'émergence même du contenu mental » (Millaud, 1998b), c'est-à-dire que la rupture intervient en amont, « au niveau du décodage perceptuel des informations extérieures ou corporelles » ou encore, comme l'affirme Meloy (1988/2000), dans une indifférenciation des percepts du Soi et de l'Objet, du monde interne et du monde externe du sujet.

Cette incapacité de décodage ou de différenciation conduit inévitablement à l'apparition du passage à l'acte.

Pour ce qui est des composantes psychodynamiques du passage à l'acte, elles semblent se loger, comme pressenti dans ce qui précède, au sein d'une mentalisation déficiente. Freud, dans *Les deux principes du fonctionnement mental* (1911), avait déjà établi le lien important qui existe entre la pensée et l'action, celle-ci se modifiant au contact de celle-là et se transformant d'une décharge motrice pure et simple à une capacité d'agir sur la réalité, cette dernière opération ne pouvant advenir que lorsque la pensée est assez mûre pour absorber et endurer les tensions qui, initialement, étaient déchargées dans la motricité. Le processus de « retard » de l'agir induit par l'activité de la pensée est donc une étape essentielle dans l'acquisition du principe de réalité.

L'incapacité à mentaliser ou la carence de l'élaboration psychique, selon l'expression de Chasseguet-Smirgel (1987), est un facteur déterminant pour le passage à l'acte. L'absence de mentalisation tend en effet à faire tomber toutes les barrières qui brident les mouvements de l'énergie psychique. Celle-ci récupère dès lors une liberté qui n'est pas sans rappeler sa fluidité lors des premiers âges de la vie, globalement dominés par les processus primaires. En cela, Chasseguet-Smirgel construit l'hypothèse que, derrière l'absence de mentalisation, se cache le désir de faire retour au désir primaire de retrouver le ventre maternel, là où n'existe aucune frustration, aucun obstacle, aucune loi, aucun autre, aucune réalité. C'est pourquoi il faut souligner que ce sont les

carences pré-oedipiennes qui détermineront la tendance à réagir par un acte plutôt que par la pensée, celle-ci ne pouvant advenir à maturité et offrir une résistance aux tensions que si la triangulation oedipienne a été intégrée (Chasseguet-Smirgel, 1987). C'est pourquoi, dans le cas de sujets psychotiques, où la mentalisation, par définition, est absente ou extrêmement pauvre, vu la précocité des traumatismes, le risque passage à l'acte, violent ou non, est existant.

À côté de ces considérations, il faut également souligner que le passage à l'acte peut aussi être interprété comme un moyen de défense. Plusieurs auteurs ont souligné cet aspect. Un Moi faible, incapable de régulariser une décharge ou un flux d'énergie trop important, ne pourra pas faire appel aux processus secondaires pour rééquilibrer les tensions, et, au contraire, aura tendance à les extérioriser (Tardif, 1998). Par conséquent, lorsque les pulsions sont trop déstabilisantes et trop menaçantes, elles sont déviées dans l'agir afin de ne pas subsister dans l'appareil mental où elles risqueraient d'être destructrices pour le Moi. Le passage à l'acte permet alors au sujet de maintenir l'angoisse à l'extérieur du Moi (Bergeret, 1985). D'après Foerenbach et collaborateurs (1991), le passage à l'acte apparaît comme une conséquence des déficiences du Moi, c'est une manœuvre défensive utilisée pour soustraire à la conscience la possibilité de se voir atteinte par des menaces *internes* ingérables vu ces déficiences. Le passage à l'acte devient alors nécessaire pour conserver l'intégrité du Moi (Balier, 1988), tant au niveau de sa cohérence interne que

pour rétablir une séparation claire entre l'intérieur et l'extérieur. En effet, l'analyse des comportements violents éclaire sur l'éclatement des limites du Moi au moment du passage à l'acte. Ce qui se passe sur la scène du réel peut alors être compris comme la transposition d'un conflit trop violent pour être maintenu dans un cadre intérieur. Ce qui s'annonçait comme un objet interne menaçant est remplacé d'urgence à l'extérieur, afin d'annuler un danger d'anéantissement interne (Balier, 1996). Cette désorganisation de la mentalisation, couplée à la faiblesse du Moi, repose, on le pressent, sur des processus pathologiques pré-oedipiens en liaison avec le narcissisme primaire tel que décrit dans la première partie de ce chapitre. Comme le rappelle Jeammet (1997), c'est en effet lors de la genèse des assises narcissiques de la petite enfance que l'on rencontre d'emblée des failles et des lacunes qui pourront, ultérieurement, favoriser la violence. Jeammet (1997), s'inscrivant dans la lignée des conclusions de Kernberg (1980), insiste sur le fait qu'il est difficile de concevoir un narcissisme indépendant de la qualité des échanges et des investissements objectaux. À cet égard, "l'appétence objectale" sera d'autant moins ressentie comme "anti-narcissique", selon l'expression de Patsche (1975 : voir Jeammet, 1997), que les bases narcissiques seront plus solidement établies ». Par conséquent, dans le cas de personnalités lacunaires au plan narcissique, et *a fortiori* dans le cas de personnalités psychotiques, le désir de l'objet va rentrer en conflit avec leur sentiment d'identité ou leur faible cohésion, et provoquer un renversement par lequel cet objet n'est plus perçu comme objet de *leur* désir,

d'une pulsion leur appartenant, mais où, au contraire, le sujet est victime d'une emprise de la part de l'objet, d'un pouvoir qui devient la cause extérieure des émois déstabilisants et dangereux pour son identité ou l'unité fragile de son Moi (Jeammet, 1997). La pulsion libidinale peut donc être à l'origine de la violence lorsqu'elle s'immisce de façon traumatique dans un Moi qui n'est pas « rembourré » narcissiquement. « L'Objet, le désir et le Moi se confondent dans un mouvement de régression vers "l'archaïque", comme le définit Green (1982), c'est-à-dire vers la perte des différenciations intrapsychiques » (Jeammet, 1997). La menace sur l'identité ou, dans le cas de psychoses, de la simple conservation, est le déclencheur privilégié de la violence. Lorsque le territoire personnel, l'image de soi, la cohérence minimale du Moi, sont ressentis comme menacés, lorsque le sentiment narcissique de soi subit une effraction, la réponse violente répond symétriquement au danger ressenti par le sujet (Jeammet, 1997).

On peut voir apparaître dans ces descriptions l'image du Soi grandiose, qui se construit en réponse à des failles narcissiques graves dans la prime enfance, image caractéristique des personnalités narcissiques. Cette constellation est particulièrement susceptible de renverser sur son passage tout obstacle à sa prééminence. Berkowitz (1977) a décrit le double enjeu de la présence d'un Soi grandiose. D'une part, sous son aspect libidinal, le Soi grandiose est exhibitionniste, soutenu par l'ambition démesurée d'être sans défaut et admiré pour cette perfection. Lorsque cette attente n'est pas rencontrée, des sentiments exacerbés de désespoir et de rejet peuvent être engendrés, ce qui peut mener le

sujet à écarter l'objet déceptif, tout comme à s'autopunir. D'autre part, sous son aspect agressif, le Soi grandiose est tirillé par la faim d'un pouvoir et d'un contrôle absolu et illimité sur son environnement. Par conséquent, le psychisme du sujet narcissique conserve en lui des pulsions de fusion qui sont les résidus d'un processus de séparation de l'objet inachevé. Si l'objet ne répond pas aux attentes, il prend figure de mauvais objet dont il faut se débarrasser. Si la dépendance du sujet envers cet objet avec lequel il espère se fondre devient mortifère, si l'identité de la personnalité narcissique se trouve menacée par le bouleversement émotif induit par l'objet ou que cet objet résiste fortement et durablement aux demandes de collusion, la menace et la souffrance sont telles que la seule chose qui puisse rétablir le sentiment d'invulnérabilité et de toute-puissance réside dans la destruction pure et simple de l'objet (Lavoie, 1998). Partant des personnalités narcissiques, cette logique peut être menée à son terme en lui adjoignant les limites de la psychose où « l'objet est menaçant dès qu'investi et l'investissement de l'objet est indispensable : telle est la problématique de la relation d'objet psychotique » (Brusset, 1990 : voir Lavoie, 1998).

Pour poursuivre au niveau des troubles de la personnalité narcissique, dans le transfert idéalisant du psychopathe, forme aggravée de la personnalité narcissique, le sujet dans sa recherche mégalomane ne prend en compte ni la réalité, ni l'autre, ni lui-même (Kohut, 1971). L'autre est un prolongement de lui-même, de son Soi grandiose. Comme il n'y a pas de réelles élaborations

fantasmatiques, le Soi grandiose se doit d'être inattaquable car toute atteinte à celui-ci laisse ressurgir la carence narcissique ce qui provoque des défenses maniaques d'omnipotence et d'illusions ou encore de passage à l'acte. Ceci permet d'observer comment le passage à l'acte permet de lutter contre l'angoisse de la réalité, la dépression et la perte de l'objet.

Au-delà de l'enjeu narcissique, "moi ou l'autre", nous aurons en permanence à l'esprit l'histoire de *Totem et tabou* (Freud, 1912) sur lequel Bergeret (1984) se base pour définir la violence fondamentale.

« Le meurtre nécessaire du père primitif pour l'avoir en soi, définitivement, sous réserve de respecter certaines règles. Ainsi serons-nous confrontés à l'étrange destin de l'homme qui, pour accéder à l'humanité, doit tuer d'abord l'objet investi au-dehors pour le retrouver ensuite à la fois au-dedans de lui et au-dehors sous d'autres formes, qui pourront être aimables ou inquiétantes. C'est l'histoire douloureuse du deuil originaire » (Balier, 1996, p. 86).

Selon Balier (1996), ceux qui prétendent en faire l'économie ne récoltent que meurtres et désespoir.

Dans bon nombre d'agressions relevant de perturbations narcissiques, le sujet subit une forme d'amnésie de l'acte, comme si c'était "lui et pas lui". Tout se passe comme si le sujet était tout entier construit sur l'opposition "inexistence/toute-puissance", la toute-puissance étant alors l'expression du Moi-Idéal donnant lieu à ce que D. Lagache (1979) a appelé "l'identification héroïque". Nous sommes alors probablement dans le registre le plus élémentaire de la construction psychique, très proche de la psychose. Par ailleurs, la notion « d'identification héroïque » renvoie à une entité qui surplombe le sujet et avec

laquelle il fait corps, ce qui n'est pas sans faire écho à ce qui a été dit précédemment sur certaines formes du délire mystique. Ceci indique ainsi comment chez certains sujets, les actes violents, les meurtres et même certaines agressions sexuelles particulièrement sur des enfants sont autant de comportements de toute-puissance à fonction défensive. L'enjeu étant la menace psychotique extrême.

Pour en revenir à l'étude de Meloy (1988/2000), qui propose un lien intéressant entre les problématiques narcissiques, particulièrement celle du Soi grandiose, et la psychose, on peut mentionner un type de défense narcissique qui consiste, dans certaines circonstances de grande tension, à maintenir l'émotion en dehors du champ de la conscience. Ces évanouissements émotionnels ont été décrits par Modell en 1975 (cité dans Meloy, 2000) comme des phénomènes de « blocage affectif massif ». Meloy (2000) a repris ce concept pour décrire l'état émotionnel vide de certaines personnalités narcissiques, en particulier les psychopathes, lorsqu'ils se retrouvent dans des situations où la voracité du Soi grandiose ne peut plus être traitée par le détachement. Ces événements déterminent des mécanismes de projections intenses où

"La peur du sujet narcissique de sa propre avidité dévoratrice et des désirs de revanche qu'il perçoit dans l'objet réel sont ironiquement gérés à travers sa violence affective, qui rétablit encore une fois un contrôle détaché sur la sphère interpersonnelle" (Meloy, 2000, p. 180).

Par conséquent, on assiste, durant les épisodes de violence affective, à des manifestations de haine, une haine qui a prioritairement une fonction défensive et qui, selon les termes de Buie et Adler (1973, p.180), exprime « le droit à la

survie de l'individu ». Cette dernière observation fait appel aux fondements de la violence fondamentale et de l'auto-conservation.

Durant ces périodes de violence affective aiguë, Meloy (1988/2000) remarque que peuvent intervenir des moments d'effondrements psychiques où se manifeste une incapacité à faire la distinction entre les percepts de soi et d'objet, entre le passé et le présent, entre l'image de soi et l'image de l'autre. Ces instants signent évidemment l'entrée dans un état psychotique qui peut être transitoire, c'est-à-dire qu'il ne correspond pas entièrement à une structure psychotique *stricto sensu* tout en adoptant les symptômes les plus clairs, notamment, et pour ne parler que du plus évident, cette fusion des percepts de soi et d'objet qui est généralement l'indice d'une perte de l'épreuve de réalité. Pour décrire ces périodes psychotiques, Meloy emploie le terme, très parlant, « d'enveloppement psychotique » (Meloy, 1988/2000, p. 183), dont il a déjà été fait mention plus haut. Il apparaît évident que cette intrusion psychotique mène le sujet vers un état d'angoisse immense, d'où peuvent découler des comportements violents.

Il est à noter que cette entrée dans la psychose, et les agissements violents qui en découlent, peuvent être le fait d'un glissement progressif dans lequel l'individu lui-même se sent peu à peu dépossédé de sa capacité à éprouver la réalité jusqu'à un point critique où le Moi, trop affaibli par les assauts de la part psychotique de la personnalité, se brise et n'est plus en mesure de tenir à distance d'une part, un univers interne et d'autre part, les relations réelles au

monde environnant (Meloy, 2000). Meloy décrit un exemple particulièrement frappant, où le sujet reconnaît pendant un temps le statut hallucinatoire des voix qu'il se met à entendre et le mécanisme d'envahissement dont il est la proie, jusqu'à basculer à un certain moment dans la confusion, qui signe alors l'envahissement psychotique.

« K.I. souffrait de schizophrénie paranoïde chronique depuis une vingtaine d'années. Il savait bien que les signes précurseurs du retour de sa psychose étaient "la voix du commandant de l'espace" lui disant ce qu'il devait faire. (...) Alors qu'il vivait seul dans un studio, il entendit à nouveau la voix du commandant de l'espace lui disant d'incendier sa chambre. Effrayé par ces hallucinations auditives familières qu'il reconnaissait comme symptôme de sa psychose imminente, il appela la police et les pompiers et les informa de son " besoin compulsif" d'incendier son appartement et demanda de l'aide. La standardisteregistra la conversation, mais ne réagit pas. Quelques heures après, quand la psychose, sous forme d'une hallucination auditive à laquelle s'ajoutait maintenant la conviction délirante que la voix du commandant de l'espace était réelle, eut enveloppé K.I., il perdit toute capacité de tester la réalité et de résister à ses impulsions. Il mit le feu, courut chercher de l'aide, puis fut arrêté et inculpé d'incendie criminel. » (Meloy, 2000, p. 184)

Enfin, dans le cadre de certaines structures psychotiques, celles qui présentent des troubles schizophréniques, schizo-affectifs ou bipolaires réfractaires au traitement (Meloy, 1988/2000), la fusion des percepts de soi et d'objet, caractéristique d'une défaillance grave de l'épreuve de réalité, a un caractère beaucoup plus récurrent et surtout, une position pivot au sein de la personnalité qui induit que celle-ci a rompu avec toute réalité relationnelle au profit de cette indistinction entre le monde des images internes et l'extérieur. Cette confusion

peut évidemment mener à des actes d'autant plus violents que le patient n'est pas en mesure de distinguer le « vivant du non-vivant », selon l'expression de Searles (1979), ce qui entraîne que « la violence affective ne suit aucune règle dans le choix des victimes et peut être entièrement aléatoire, arbitraire, donc extrêmement dangereuse » (Meloy, 1988/2000, p. 182).

4. Délire mystique et adaptation sociale

La littérature, empirique (comme il le sera développé ultérieurement) et autre, met en évidence que tous les psychotiques ne possèdent pas le même degré d'adaptation sociale. En première approximation, une hypothèse serait que la capacité à se trouver et à se maintenir dans un réseau social et interpersonnel est fonction du niveau de construction du Moi. Un schizophrène retraitiste, dont la construction du Moi repose sur des bases archaïques, proches de l'instant où Moi et non-Moi ne sont pas différenciés (Bergeret, 1985), aurait un mode de fonctionnement plus « autistique », sa confrontation au monde extérieur et relationnelle comportant une trop grande menace de morcellement. En comparaison, un paranoïaque, dont la position dans l'évolution des fixations menant à la psychose est moins régressive, posséderait un Moi plus construit. La structure psychotique paranoïaque, plus que celle du schizophrène, a besoin de ménager une présence pour l'objet dans son système pour fournir à ce dernier matière à fonctionnement (Bergeret, 1985). La différenciation entre Moi et non-Moi, plus marquée dans ce dernier cas, est-elle cependant le gage d'une

meilleure adaptation sociale ? Adaptation sociale dans un sens peut être, mais peut-on parler de qualité relationnelle ? Rien n'est moins sûr. Si le paranoïaque se situe moins dans le retrait, s'il est donc plus dans l'affirmation de soi, cela peut cependant se faire aux dépens complets de l'objet, qui se voit totalement instrumentalisé. En effet, la présence réelle de l'objet est considérablement faussée pour mieux répondre aux attentes et aux nécessités du paranoïaque et la posture de l'objet en devient fondamentalement inconfortable, ce qui ne favorise en rien la sociabilité, bien au contraire.

Le problème est complexe. Si la construction du Moi semble être un point essentiel dans le développement d'une adaptation sociale, elle n'est sans doute pas le seul paramètre rentrant en ligne de compte. La place donnée à l'objet en regard du Moi semble à tout le moins aussi importante.

À cet égard, et pour examiner maintenant le cas des délirants mystiques dans la perspective qui fut la nôtre jusqu'à présent, plusieurs éléments doivent être passés en revue.

Tout d'abord, et pour reprendre la problématique qui a traversé l'entièreté de ce chapitre, si l'hypothèse de départ est correcte, à savoir la présence d'une composante du Soi grandiose chez les délirants mystiques, cette présence joue ici un rôle important. Pour confirmer ce que dit Bergeret, Kohut (1971) remarque lui aussi que les personnalités schizoïdes seraient moins enclines au contact social, vu leur vulnérabilité à la moindre blessure narcissique. La présence d'un Soi grandiose dans le chef des délirants mystiques serait une

mesure protectrice, même si démesurée, envers de telles blessures narcissiques potentielles. Le Soi grandiose est, dans un premier temps tout au moins, une forteresse qui empêche le sujet de se retrouver la proie de trop grands dangers mettant en péril son équilibre narcissique. Il permet à la personnalité d'échapper aux ébranlements destructeurs en érigeant un périmètre d'inviolabilité grâce auquel le sujet conserve une image de soi inaltérable et toute-puissante. Cette tour d'ivoire psychique peut donner le change, socialement parlant, pendant un certain temps et permettre au sujet de subsister plus longuement au sein d'un groupe, qu'un schizophrène retraitiste, par exemple. En effet, ces personnalités possèdent une certaine cohésion qui, pour être basée sur des fondements archaïques, n'en reste pas moins le gage d'un minimum de stabilité. Cependant, la sociabilité du sujet peut se révéler désastreuse lorsque le Soi grandiose n'est plus en mesure de protéger le Moi et que, par conséquent, celui-ci se voit envahi par les dangers de la désintégration et du morcellement. Dans ces situations, le Soi grandiose s'effondre et l'un des moyens de défense que la personnalité met en jeu peut être de recourir à la violence. La dangerosité soudaine du sujet envers les autres, ou envers lui-même, représente à ce moment l'inverse absolu de l'adaptation sociale relative qu'il avait pu manifester jusqu'alors (à l'inverse du schizophrène qui, tout en ayant des attitudes de retrait vis-à-vis du relationnel, est moins enclin à « attaquer » l'objet que d'autres psychotiques, notamment ceux chez lesquels une composante du Soi grandiose est présente). Comme dans le cas du paranoïaque qui, pour être plus adapté socialement, n'en utilise pas

moins l'objet à ses fins, on se retrouve ici dans un schéma analogue où la relative sociabilité des personnalités présentant un aspect grandiose peut se retourner contre l'objet dans des actes violents et dangereux.

Un deuxième élément à prendre en ligne de compte tient au contenu mystique des délires. Chez le sujet sain, le mysticisme est une modalité de symbolisation autant que l'émanation d'une forme de narcissisme primordial, comme le rappelait Freud. En présence de structures psychotiques avérées, on peut avancer l'hypothèse que la dimension mystique du discours et des actes témoigne peut-être, malgré son aspect délirant, d'une tentative d'arrimage à un système symbolique. À cet égard, on se rappellera la constatation de Guyotat (1980) qui portait sur la logique du délire mystique au regard de la triangulation oedipienne : en s'inventant une filiation divine ou démoniaque, le délirant mystique tente de constituer une organisation oedipienne dans laquelle il puisse trouver sa place. Cette tentative peut être considérée comme un essai pour s'ancrer dans une dimension qui, bien qu'échappant fondamentalement au sujet, n'en subsiste pas moins comme *visant* une structuration du Moi en défaut.

Enfin, dans une perspective psychodynamique, l'adaptation sociale correspond aussi à une capacité de porter ses conflits à l'extérieur, ce qui semble congruent avec le délire mystique, mais paraît comme non possible pour des sujets retraitistes.

B. Troubles mentaux graves et violence: Revue de la littérature empirique

Le sous-chapitre précédent discutait, sous l'angle de la théorie psychodynamique, les troubles mentaux graves, plus précisément le délire mystique, et leur impact sur les comportements violents en vue d'une approche explicative. Le chapitre qui suit discute ce lien par une recension des écrits de la littérature scientifique empirique.

1. Démonstration d'une relation

Depuis une vingtaine d'années, les études de nature empirique démontrent de façon de plus en plus évidente que les troubles mentaux graves sont associés à la violence (Arseneault et al., 2000 ; Hodgins, 1993 ; 2001 ; 2002 ; Hodgins & Janson, 2002 ; Monahan, 1992 ; Tardiff, 1983 ; Tardiff et Sweillam, 1980 a & b, 1982 ; Taylor, 1995 ; Taylor & Schanda, 2000 ; Taylor et al. 1998 ; pour une synthèse, voir Beck & Wencel, 1998).

Dans une démarche explicative basée sur les données recensées au travers des travaux empiriques, Hodgins et Janson (2002) proposent deux hypothèses explicatives d'une plus grande prévalence des crimes violents et non-violents chez les sujets qui souffrent d'un trouble mental grave. Premièrement, ils suggèrent que ce plus haut taux de comportements criminels pourrait être attribué au fait que les sujets souffrant d'un trouble mental grave sont plus susceptibles de se faire arrêter quand ils commettent un délit. Deuxièmement,

dans le domaine de la santé mentale, la politique de désinstitutionnalisation de ces quarante dernières années a mené à une situation dans laquelle un grand nombre de sujets souffrant d'un trouble mental grave se sont retrouvés sans traitement, ou du moins sans prise en charge spécifique à leurs besoins. Ces patients développant des symptômes aigus sans supervision dans la communauté, ce manque de prise en charge aurait précipité une augmentation des actes illégaux pour cette population. Certains affirment toutefois que ceci n'a pas été empiriquement démontré (Quinsey et al., 1998).

Par ailleurs, Arseneault et collaborateurs (2000), dans une étude de cohorte de naissance, ont développé trois hypothèses explicatives de la relation entre les troubles mentaux et la violence:

1. La prise de substances psychoactives dans les heures qui précèdent le passage à l'acte violent. Par exemple, certaines études montrent que la prise d'alcool peut faciliter le passage à l'acte violent en désinhibant les pulsions agressives (Pihl & Peterson, 1993). Toutefois, la plupart des études réalisées sur le lien entre violence et troubles mentaux ont du mal à différencier si l'impact sur le comportement violent provient d'une longue histoire d'abus de substance psychoactive ou d'alcool, ou d'un moment ponctuel d'intoxication (Collins & Schlenger, 1988; Lindqvist, 1991);
2. Un sentiment excessif d'être menacé. En effet, les délires psychotiques peuvent provoquer chez les patients de fortes impressions subjectives de

menaces externes qui désinhibent le contrôle de soi et stimulent le passage à l'acte violent (Link & Stueve, 1994);

3. Une histoire développementale du trouble de la conduite. Ainsi, les adultes, dont le contrôle de soi est compromis par l'occurrence d'un trouble mental, pourraient recourir plus rapidement à la violence s'ils ont déjà connu dans l'enfance des troubles de la conduite (Arseneault et al., 2000).

Ce sous-chapitre se propose de revoir brièvement la littérature scientifique traitant du lien entre la violence et le trouble mental grave, à travers différents schèmes expérimentaux comme les études épidémiologiques, les études portant sur le suivi de patients psychiatriques radiés des hôpitaux, les études de cohortes entières et les recherches sur l'homicide.

Cependant, afin d'apprécier plus finement le phénomène de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves, il est nécessaire de tenir compte des éléments de nature méthodologique qui peuvent influencer les résultats portant sur la violence de ces sujets. Au vu du caractère multidisciplinaire de la recherche sur la violence, des sources d'information choisies ainsi que des échantillons observés, les résultats peuvent en effet varier substantiellement d'une étude à l'autre.

1.1. Les études épidémiologiques

Deux types d'approche permettent d'évaluer le lien entre troubles mentaux et violence dans la population (Beck, 1998). La première approche vise à estimer la prévalence des comportements violents parmi les personnes souffrant de

troubles mentaux. La deuxième approche, à l'inverse, permet d'évaluer la prévalence des troubles mentaux parmi les personnes qui commettent des actes violents. Les études épidémiologiques se sont donc concentrées sur trois types de milieux : premièrement, auprès d'échantillons représentatifs de la population générale dans la communauté ; deuxièmement, dans les milieux offrant des services de santé mentale allant des unités de psychiatrie fermée aux services ambulatoires ; troisièmement, dans les milieux carcéraux et les centres de psychiatrie légale.

Les études épidémiologiques suggèrent que, comparativement aux individus de la population générale, le risque de commettre un acte violent est quatre à six fois plus élevé pour les individus atteints d'un trouble mental grave (Hodgins et al., 1996; Swanson et al., 1990). Ces résultats proviennent tant des études épidémiologiques comparant la criminalité de personnes présentant un trouble mental à des sujets de la population générale (Link et al., 1992) que des études épidémiologiques en milieu carcéral (Collins & Schlenger, 1983; Hodgins & Côté, 1990; 1995 ; Teplin, 1990). En 1990, Swanson et ses collègues publièrent les premières données épidémiologiques sur le lien entre trouble mental et violence. Dans leur étude *Epidemiologic Catchment Area* (ECA), les entretiens, avec plus de 10 000 sujets échantillonnés sur trois régions métropolitaines, ont procuré des données sur le trouble mental et sur la violence auto-rapportée durant une période d'un an. Entre 10 et 12% des sujets souffrant de troubles affectifs ou schizophréniques rapportaient avoir été violents, comparativement à

2% de sujets qui ne présentaient aucun trouble mental. Vingt-cinq pour cent de ceux qui abusaient d'alcool et 35% de ceux usant de substances illégales ont rapporté avoir commis des comportements violents. Ces catégories diagnostiques ne sont toutefois pas mutuellement exclusives, certaines personnes pouvant avoir plus d'un diagnostic. Swanson et ses collègues (1990) ont observé une relation linéaire entre le nombre de diagnostics et le taux de prévalence de la violence auto-rapportée, allant de 2,1% pour les personnes ne souffrant d'aucun diagnostic psychiatrique à 22,4% pour les personnes souffrant de trois diagnostics ou plus. Des tendances similaires ont été observées dans une cohorte de 2700 jeunes israéliens. Dans cette recherche, les personnes souffrant d'un trouble psychotique étaient environ trois fois plus susceptibles de prendre part à des altercations physiques que les personnes ne souffrant d'aucun trouble mental, et 6,6 fois plus susceptibles d'utiliser des armes (Stueve & Link, 1997). Link et collaborateurs (1992) ont réalisé la deuxième étude épidémiologique qui a permis d'établir un lien clair entre trouble mental et violence. Sur les sujets étudiés, ceux qui étaient ou avaient été des patients d'un centre de santé mentale présentaient un pourcentage significativement plus élevé d'arrestations pour des délits violents que les résidents de la communauté étudiée n'ayant pas eu de contact avec le centre de santé mentale. Ces patients rapportaient également avoir plus fréquemment utilisé des armes lors de leurs comportements violents des cinq dernières années. De plus, en se concentrant plus spécifiquement sur la psychopathologie, les auteurs ont montré que les individus qui rapportaient avoir

été violents témoignaient également de croyances délirantes actives. Dans une étude ultérieure, Link et Stueve (1994) se sont concentrés sur le lien entre délires et violence. Dans cette étude, les auteurs montrent que les délires comprenant une composante menaçante, comme par exemple, le délire de persécution appartenant à la schizophrénie paranoïaque et au trouble délirant, le délire de contrôle, des pensées intrusives ou la croyance que quelqu'un d'extérieur contrôle les pensées, sont associés avec la violence.

Des études sur des échantillons de sujets incarcérés aux Etats-Unis (Collins & Schlenger, 1983; Daniel et al., 1988; Hyde & Seiter, 1987; Neighbors et al., 1987; Robins & Regier, 1991,) au Canada (Bland et al., 1998 ; Brink, et al., 2001 ; Hodgins & Côté, 1990; 1995 ; Motiuk & Porporino, 1991) rapportent un taux de prévalence de troubles mentaux sévères plus élevé parmi les sujets incarcérés que dans la population générale. La dernière étude, menée au sein du milieu carcéral canadien de la région Québec, a également permis de mettre en évidence que, dans la plupart des cas, le trouble mental était pré-existant à l'incarcération. Les études montrent aussi qu'en milieu pénitentiaire, il y a peu de troubles mentaux qui répondent à un diagnostic unique. On y rencontre en effet une majorité de doubles diagnostics (*dual diagnosis*) . Une grande majorité des détenus présentent une comorbidité élevée avec des troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, ainsi qu'avec des troubles de la personnalité comme le trouble de la personnalité antisociale (Côté & Hodgins, 1990).

Cependant, des études similaires menées en Angleterre et en Écosse ont montré des taux de prévalence de troubles mentaux graves moindres en milieu carcéral que dans les milieux pénitentiaires canadiens et américains (Cooke, 1994; Gunn et al., 1992). Toutefois, ceci peut s'expliquer par des différences dans le système juridique. En Angleterre, par exemple, les sujets qui souffrent de troubles mentaux sévères et qui commettent des crimes sont de préférence orientés vers les services de santé mentale légale (*Forensic Hospital*) ; ils ne se retrouvent donc pas dans le système carcéral habituel.

1.2. Les études de suivi

Plusieurs études ont porté sur le suivi longitudinal de patients radiés d'hôpitaux psychiatriques (Belfrage, 1998 ; Klassen & O'Connor, 1988 a & b ; Lidz et al., 1993 ; Lindqvist & Allebeck, 1990 ; Link et al., 1992 ; Newhill et al., 1995 ; Rabkin, 1979 ; Steadman et al., 1998 ; Wessely, 1998). Malgré les différences possibles entre les hôpitaux où sont recrutés les sujets ainsi qu'entre les différents schèmes méthodologiques utilisés, les résultats sont plutôt similaires. Un certain nombre d'études de suivi de patients radiés d'un hôpital psychiatrique (Crocker, 2004 ; Crocker et al., 2005 ; Durbin et al., 1977; Giovannoni & Gurel, 1967; Lindqvist & Allebeck, 1990; Quinsey et al., 1997 ; Rappeport & Lassen, 1965, 1966; Sosowsky, 1974, 1978, 1980; Steadman et al., 1978; Steadman et al., 1998 ; Zitrin et al., 1976) suggèrent qu'un plus grand nombre des personnes souffrant d'un trouble mental grave commettent des crimes violents et non-violents, comparativement à des personnes de la population générale. Les taux

de condamnation pour les ex-patients, comparativement à la population générale, sont en majorité plus élevés. De plus, ces taux de condamnation sont plus importants pour les crimes violents que non-violents (Giovannoni & Gurel, 1967; Sosowsky, 1974, 1978; Zitrin et al., 1976) Les hommes concernés par des problèmes d'abus de substance psychoactive et ceux qui souffrent de schizophrénie, ou encore ceux souffrant des deux, présentent un risque accru de comportements criminels (Cohen, 1980; Giovanonni & Gurel, 1967; Meskinoff & Lauterbach, 1975; Rappeport & Lassen, 1966).

Quinsey et collaborateurs (1997), dans une étude sur la récidive de patients psychiatriques appartenant à une unité de psychiatrie légale en Ontario, montrent que, sur un échantillon de soixante patients psychiatriques ayant commis un crime, un peu plus de la moitié avait récidivé. Les taux de prévalence de comportements violents se situent en général entre 25% et 50%. Par ailleurs, l'étude de la *MacArthur* révèle que 27,5% des patients ont eu, au cours de l'année suivant leur congé de l'hôpital psychiatrique, des comportements violents (Monahan et al., 2001 ; Steadman et al., 1998). Par contre, dans cette étude, les personnes atteintes de troubles mentaux graves, mais ne souffrant pas de troubles d'abus de substances psychoactives, n'étaient pas plus susceptibles de commettre des actes de violence que les personnes dans la communauté qui ne souffraient ni de troubles mentaux ni d'abus de substance psychoactive (Steadman et al., 1998).

Cependant, les études de Harris et collaborateurs (1993) démontrent le contraire

en ce qui a trait à la schizophrénie. Ces derniers, dans le développement d'un instrument de prédiction de la récidive violente (VRAG: *Violent Recidivism Assessment Guide*) chez des sujets traités dans un établissement psychiatrique à haute sécurité, montrent que la schizophrénie, définie selon les critères du DSM-III, est négativement corrélée à la récidive violente (Harris, et al., 1993 ; Quinsey et al., 1998).

1.3. Les études de cohortes

Les études de cohortes comportent de nombreux avantages méthodologiques car elles procurent des données empiriques sur le développement d'un même sujet au long cours de sa vie, mais permettent également de comparer ce même sujet à d'autres sujets d'un large échantillon sur différentes étapes du développement. Six études de cohortes de naissance menées en Suède, au Danemark, en Finlande et en Nouvelle-Zélande (Arseneault et al., 2000 ; Hodgins, 1992; Hodgins et al., 1996 ; Hodgins & Janson, 2002 ; Ortmann, 1981 : voir Hodgins 1993 ; Tiihonen et al., 1997) ainsi que deux études de cohortes de la population générale (Stueve & Link, 1997 ; Wallace et al., 1998) sont souvent mentionnées dans la littérature scientifique. Deux de ces études ont été discutées de façon détaillée par Hodgins (1993; 2002). La première est le *Danish Metropolitan Project*, la deuxième est le *Swedish Metropolitan Project*. Ces six études de cohortes, bien que menées dans quatre pays différents, rapportent des résultats qui vont dans le même sens. Les troubles mentaux graves y sont plus fortement associés aux crimes violents qu'aux crimes non violents. Un risque accru de

comportement criminel apparaît véritablement associé au développement d'un trouble mental grave et ne peut être attribué à un faible statut socio-économique. La recherche danoise permet de constater un accroissement continu du risque de délits chez la personne souffrant de maladie mentale, même après l'âge de trente ans. Ces six études montrent que les augmentations de risque pour tous les types de délits, et particulièrement pour les délits violents associés à la présence d'un trouble mental sévère, sont très semblables, mais que les proportions des sujets, atteints et non atteints de trouble mental, qui commettent des délits, varient considérablement d'un pays à l'autre. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les taux de criminalité varient selon les pays, ce qui influence le ratio dans le calcul du risque puisque ce dernier tient compte directement du taux de criminalité dans la population générale (Hodgins, 2002). Dans l'étude danoise, Ortmann (1981 : voir Hodgins 1993; Brennan et al., 2000) a examiné les dossiers criminels d'une cohorte entière de sujets composée de 11540 hommes nés à Copenhague en 1953 et toujours vivants en 1975. Alors que 34,8% des hommes sans trouble ont été condamnés pour au moins un délit, 43,5% des hommes admis pour trouble mental sévère, 83,2% admis pour abus de substance psychoactive et 50,9% avec d'autres diagnostics ont été condamnés pour un délit. En fait, le pourcentage de condamnations pour chaque catégorie de délits est significativement plus élevé chez les personnes qui ont été admises en psychiatrie, comparativement aux autres. Une deuxième cohorte danoise (Hodgins et al., 1996a) composée de 165 602 hommes et de 158 799 femmes

nés entre 1944 et 1947 et suivis jusqu'en 1990 montrent que, parmi les hommes, la probabilité de commettre un délit violent était 4,6 fois plus grande chez les patients atteints de schizophrénie, et deux fois plus grande chez les patients présentant une psychose affective, que chez les sujets n'ayant jamais été admis dans une unité psychiatrique. Les taux de risque pour les femmes étaient respectivement de 23,2 et 3,9.

Une deuxième étude importante est le *Swedish Metropolitan Project*. Ce projet s'étend sur une durée de trente ans ; les chercheurs (Hodgins & Janson, 2002) ont examiné 15117 personnes nées à Stockholm en 1953 et y résidant toujours en 1963. Hodgins (1992) a utilisé ces données pour examiner la criminalité des sujets qui présentent des troubles mentaux. Les auteurs divisent les sujets en cinq groupes: 1) ceux qui présentent un diagnostic de trouble mental grave, 2) ceux qui présentent un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, 3) ceux qui souffrent d'autres troubles mentaux, 4) ceux qui présentent un diagnostic de retard mental et 5) tous les sujets de la cohorte qui n'ont jamais été admis en psychiatrie ou dans une classe spécialisée pour les enfants souffrant de retard mental. Cette dernière catégorie, qui comprend le plus grand nombre de sujets, constitue le groupe contrôle. On entend par trouble mental grave, la schizophrénie et autres troubles psychotiques, la dépression majeure et les troubles bipolaires. Les sujets admis en psychiatrie ont été divisés en trois groupes, sur base du diagnostic: les troubles mentaux graves (psychoses, schizophrénie, psychoses de type affectif et états paranoïdes), la

dépendance/abus à l'alcool ou aux drogues et les autres troubles mentaux. Les résultats du *Swedish Metropolitan project* montrent que, proportionnellement, les hommes et les femmes qui développent au cours de leur vie un trouble mental grave sont plus nombreux à être condamnés pour des délits violents et non-violents que les hommes et les femmes qui n'ont jamais été admis en psychiatrie. Les différences dans les taux de prévalence entre les sujets souffrant de troubles mentaux et les autres sont plus élevées pour les délits violents que pour les délits non-violents. De plus, les données montrent que le risque de commettre un délit associé à un trouble mental est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Parmi les hommes qui ne présentaient pas de troubles mentaux, 29,4% ont commis un délit. En comparaison, 47,6% de ceux qui souffraient d'un trouble mental grave, 89,7% parmi ceux présentant un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives et 34,4% de ceux présentant un autre type de trouble mental, ont commis au moins un délit. En résumé, parmi les hommes et les femmes, la proportion des sujets ayant commis au moins un délit à l'âge de 30 ans variait significativement en fonction du statut mental de la personne. Il faut noter, comme observé dans bien d'autres études, que la présence de problèmes d'alcool ou de drogues, chez les individus souffrant d'un trouble mental, potentialise le risque de commettre des délits violents et non violents. Une étude d'Arseneault et collaborateurs (2000) décrit un échantillon de 961 jeunes adultes qui constituent 94% d'une cohorte totale d'individus nés entre avril 1972 et mars 1973 à Dunedin, en Nouvelle Zélande.

Les auteurs ont classifié ces sujets sur base de trois diagnostics: dépendance à l'alcool, dépendance aux substances et troubles du spectre de la schizophrénie. Les sujets souffrant d'au moins un de ces trois troubles constituaient 1/5 de l'échantillon. Toutefois, ils constituent plus de la moitié des sujets de la population générale qui commettent des actes violents et qui sont condamnés pour des délits violents. Parce que chaque trouble comporte son propre risque, les sujets qui souffrent simultanément de deux de ces troubles ont huit à dix-huit fois plus de chance de commettre un acte violent, comparativement aux sujets qui ne souffrent d'aucun de ces troubles. L'étude d'Arseneault et al. (2000) suggère qu'une proportion significative de la violence envers la communauté peut être attribuée à de jeunes adultes qui sont prédisposés aux troubles du spectre de la schizophrénie ou à la dépendance à l'alcool et à d'autres substances psychoactives, dont la plupart n'ont ni été hospitalisés, ni traités. Le risque de violence chez les sujets de cette cohorte de Nouvelle Zélande est similaire aux résultats observés dans des études de cohortes scandinaves (Hodgins et al., 1996a; Tiihonen et al., 1997) et israéliennes (Stueve & Link, 1997). De même, chez les sujets qui souffrent d'un trouble du spectre de la schizophrénie, le risque de commettre un acte violent est similaire aux taux rapportés pour les patients psychotiques hospitalisés (Hodgins et al., 1996; Tiihonen et al., 1997) et les résidents psychotiques dans la communauté (Arseneault et al., 2000 ; Stueve & Link, 1997).

1.4. Les études sur les homicides

Sept études suggèrent que la prévalence des troubles mentaux graves est encore plus élevée chez les sujets qui ont commis un homicide. Ces études diffèrent de la plupart des recherches antérieures sur les sujets homicides. En effet, la plupart de celles-ci se fondaient exclusivement sur des compilations de cas pour lesquelles une évaluation psychologique et psychiatrique avait été menée sur demande de la Cour. Ces études ne portaient dès lors que sur une proportion très limitée de sujets ayant commis un homicide (pour une synthèse, voir Hodgins & Janson, 2002). Une étude de Gottlieb et collaborateurs (1987) sur tous les homicides commis à Copenhague sur une période de vingt-cinq ans montre qu'un diagnostic de psychose est établi chez 20% des hommes et 44% des femmes. Leurs résultats suggèrent que, dans les cas de psychose, la probabilité de commettre un homicide est 6 fois plus importante chez les hommes et 16 fois plus importants chez les femmes. Il est à noter que, parmi les psychotiques, 13% des femmes et 41% des hommes abusaient de substances psychoactives. Au moment de l'homicide, 89% des hommes psychotiques et 21% des femmes psychotiques étaient sous l'influence de la drogue ou de l'alcool.

Lindqvist (1986) a quant à lui étudié toutes les personnes (n=644) qui ont commis un homicide dans le nord de la Suède entre 1970 et 1981. Dans cet échantillon, 53% souffraient d'un trouble mental grave. Fazel et Grann (2004) ont mené une étude similaire en Suède, couvrant une période de 13 ans, soit de 1988 à 2001 (n=2005). Dans leur échantillon, 90% des homicides présentaient

un diagnostic de trouble mental et 20% d'entre eux souffraient d'un trouble psychotique. Dans le même sens, Côté et Hodgins (1992) ont examiné un échantillon représentatif de 495 détenus au Canada, en utilisant la DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) (Robins, et al., 1981). Une différence statistiquement significative portant sur la présence de trouble mental grave y est démontrée entre les personnes qui ont commis un homicide et celles qui n'en ont jamais commis. Par ailleurs, parmi les personnes ayant commis un homicide, 83% rencontraient des problèmes d'abus et de dépendance à l'alcool et 64% d'abus et de dépendance à la drogue. Une analyse récente de Wikström (1996) sur les homicides commis à Stockholm ces quarante dernières années a également permis d'observer que 18% des homicides ont été commis par des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Une autre étude, menée en Finlande sur 1423 homicides et portant sur une période de 12 ans (Eronen et al., 1996 a, b, & c), a mis en évidence que, comparativement au reste de la population, les sujets schizophrènes ne souffrant pas d'un trouble secondaire d'abus d'alcool avaient un risque de commettre un homicide 6,4 fois plus élevé pour les hommes et 5,3 fois plus élevé pour les femmes. Quant aux personnes schizophrènes souffrant d'un trouble secondaire d'abus d'alcool, les résultats ont montré que le risque de commettre un homicide était 16,6 fois plus important chez les hommes et 84,6 fois chez les femmes. Dans une étude sur 107 personnes arrêtées pour homicide en Finlande et soumises à une évaluation psychiatrique (Tiihonen, 1997), les résultats montrent que, parmi les hommes

ayant commis un homicide, la prévalence de la schizophrénie est 6,5 fois plus élevée que dans la population générale. Parmi les femmes, la prévalence de la schizophrénie est quant à elle 15 fois plus élevée. La prévalence des troubles affectifs est 1,8 fois plus élevée chez les hommes et aucune différence n'a été observée chez les femmes. Les auteurs notent également une association pertinente entre alcoolisme, trouble de la personnalité antisociale et homicide. L'étude de cohorte du *Swedish Metropolitan project* (Hodgins & Janson, 2002), montre de la même manière que les personnes souffrant de schizophrénie présentent un risque élevé de commettre un homicide.

Au vu de la littérature scientifique, il semble donc que ceux qui souffrent de schizophrénie sont responsables d'un pourcentage relativement élevé d'homicides, et cela dans différents pays et à différentes périodes : en Islande, de 1900 à 1979, 14.9 % (Petursson & Gudjonsson, 1981) ; à Copenhague, de 1959 à 1983, 8 % (Gottlieb et al., 1987) ; dans le nord de la Suède, de 1970 à 1980, 28.4% (Lindqvist, 1989); en Finlande, de 1984 à 1991, 6.1% (Eronen, 1995) et à Hessen, en Allemagne, de 1992 à 1996, 10% (Erb et al., 2001). Par ailleurs, dans une étude sur l'homicide chez les adolescents, Myers et Scott (1998) ont comparé un groupe de délinquants juvéniles, âgés de 14 à 17 ans, souffrant d'un trouble de la conduite et ayant commis un homicide, avec un groupe de délinquants juvéniles souffrant également d'un trouble de la conduite mais n'ayant pas commis d'homicide. Les résultats ont montré que les jeunes ayant commis un homicide avaient une probabilité significativement plus élevée

de souffrir de symptômes psychotiques, d'avoir des idées de type paranoïaques et d'avoir à leur acquis plus d'antécédents judiciaires.

En conclusion, la consistance des résultats au travers des différents types d'études (épidémiologiques, de suivi, de cohorte et sur les homicides), conduites à différents endroits par différentes équipes de recherche, renforce grandement la conclusion qu'un certain pourcentage des personnes souffrant de troubles mentaux graves présentent un risque élevé au plan des comportements criminels, voire violents, et cela, malgré les plans expérimentaux propres à chaque recherche. En effet, selon le type d'approche méthodologique de l'étude et les limites qu'elle comporte, les résultats estimant la probabilité d'un lien entre trouble mental et délit vont dans le même sens.

2. Diagnostic et symptomatologie associés aux comportements violents

2.1. *Schizophrénie, psychose et comportements violents*

Dans cette sous-section sont discutées les relations entre, dans un premier temps, la schizophrénie et les comportements violents, et dans un second temps, les autres troubles psychotiques et les comportements violents.

Il semble aujourd'hui établi que des comportements violents sont observés fréquemment parmi les sujets schizophrènes (Arseneault et al., 2000 ; Kallman, 1938; Kety et al., 1968; Landeau et al., 1972; Lewis & Bälla, 1970; Lindelius, 1970; Mednick et al., 1987; Ortmann, 1981 : voir Hodgins 1993; Robins, 1966; Silverton, 1985). En effet, bien qu'Harris et ses collaborateurs (1993) observent

une corrélation négative entre la schizophrénie et les comportements violents et, plus précisément, les comportements de récidive violente, un grand nombre de recherches s'accordent aujourd'hui pour confirmer qu'une proportion de certains schizophrènes présentent un risque plus élevé de comportements violents (Erb et al., 2001 ; Walsh, et al., 2002). Toutefois, bien qu'une association soit établie empiriquement entre schizophrénie et comportements violents, sur une échelle sociétale, les chiffres montrent que moins de 10% des délits violents sont commis par des schizophrènes (Walsh et al., 2002).

Dans une recension des écrits portant sur treize études sur la violence en milieu psychiatrique, Krakowski et al. (1986) ont recensé que le diagnostic le plus souvent associé à la violence durant l'hospitalisation est la schizophrénie, définie ici au sens large, particulièrement la schizophrénie paranoïde, suivie des troubles de la personnalité, puis des troubles organiques. Wessely et al. (1994) ont identifié tous les patients qui, entre 1965 et 1984, dans un hôpital psychiatrique londonien, avaient reçu un diagnostic de schizophrénie, incluant la paraphrénie et les autres psychoses non-organiques (n=538). L'échantillon contrôle (n=538) était composé de patients sans trouble schizophrénique appariés par âge, genre et date d'hospitalisation. Les taux de condamnation ne différaient pas entre ces patients et les sujets du groupe contrôle mais les schizophrènes comptaient trois fois plus de condamnations pour coups et blessures et autres délits violents que les sujets du groupe contrôle. Les taux de condamnation moyens pour les femmes schizophrènes étaient plus élevés que

pour les sujets du groupe contrôle, de même que les taux pour les délits violents. Dans une étude comparative du même type portant sur des patients schizophrènes (n=282) hospitalisés sur une période de trois ans, Modestin et Amman (1996) montrent que ces patients ont une probabilité cinq fois plus élevée d'être condamnés pour un délit violent. Une étude de Repo et collaborateurs (1997), sur 282 pyromanes, montre des résultats similaires. Dans une série d'études transversales parmi les patients violents, Tardiff (1983) montre que le sous-groupe le plus violent, au sein des unités psychiatriques étudiées, est composé d'un plus grand nombre de femmes que d'hommes et, en termes de diagnostics, d'un nombre plus élevé de schizophrènes non-paranoïdes. En contraste, cette étude montre une forte association entre la schizophrénie paranoïde et la violence commise avant l'admission (Tardiff & Sweillam, 1980a). Les auteurs expliquent ce phénomène par le fait que le confinement et l'oppression de l'espace institutionnel provoquent une plus grande décompensation chez le schizophrène non-paranoïde. Une autre explication, émise par les auteurs, tient en ce que le schizophrène paranoïde répond mieux aux traitements psychotropes administrés.

Les facteurs responsables de cette violence semblent très hétérogènes et permettent de distinguer trois types distincts de schizophrènes violents. Ces derniers se regroupent selon le type et les causes de la violence commise, le choix des victimes et le contexte dans lequel la violence a lieu. Joyal (2005), dans une recension des écrits, classe les patients schizophrènes selon trois sous-

groupes : (1) les sujets atteints de troubles neurologiques indépendants de la schizophrénie, occasionnant une violence de type irritative ; (2) les sujets en proie à des symptômes positifs de type délire et hallucination dont la violence est habituellement temporaire ; (3) les sujets ayant un diagnostic complémentaire soit d'abus de substance psychoactive, soit de trouble de la personnalité antisociale, ou encore une combinaison des deux, et dont la violence n'est pas nécessairement associée au diagnostic de schizophrénie.

De plus, au regard de la littérature scientifique, il semble se dégager deux typologies distinctes parmi les sujets schizophrènes qui commettent des crimes. Certains commencent leur carrière criminelle bien avant que les symptômes propres à la schizophrénie ne se manifestent, les débutants précoces (*early-starters*). D'autres commettent leur premier délit au moment où la maladie se déclare, ou encore, bien longtemps après le début de leur maladie, les débutants tardifs (*late-starters*) (Tengstrom et al., 2001). Ces différences dans la temporalité de la relation entre le délit et le diagnostic de schizophrénie supposent que le trouble en lui-même ne mène pas nécessairement l'individu à commettre un délit ou un crime violent. Cette observation se voit renforcée par les résultats contradictoires sur le rôle des symptômes psychotiques spécifiques et les comportements délictueux et violents. Alors que certaines études montrent que des patterns de symptômes spécifiques sont associés aux comportements violents (Junginger, 1996; Junginger et al., 1998; Taylor et al., 1998), d'autres études ne montrent aucune association significative entre le degré de sévérité

des symptômes ou encore, des patterns de symptômes spécifiques, et des comportements violents (Appelbaum et al., 2000, Monahan et al., 2001).

Il est à noter également que de nombreux sujets diagnostiqués comme schizophrènes abusent d'alcool et autres drogues. Dans beaucoup de cas, l'abus d'alcool et de drogues commence dès l'adolescence, particulièrement parmi les sujets dont les autres membres de la famille (père et frère) en abusent également (Hodgins & Janson, 2002; Tengström et al., 2001). En effet, selon les deux typologies de schizophrènes mentionnées ci-dessus, si aucune différence n'a été observée en termes de symptomatologie schizophrénique entre les deux groupes, les débutants précoces étaient toutefois plus nombreux à avoir une histoire d'abus d'alcool ou de substance psychoactives. De plus, en général, les études montrent que, en comparaison avec les sujets qui ne souffrent d'aucun trouble mental, les sujets schizophrènes sont plus susceptibles de consommer de l'alcool ou des drogues (Rach-Beisel et al., 1999). Une hypothèse possible serait alors que la schizophrénie puisse être associée à la délinquance parce qu'elle accroît la vulnérabilité à l'alcool et aux drogues. Toutefois, cette hypothèse s'est vue réfutée dans l'étude d'Arseneault et collaborateurs (2000). De plus, l'association ne peut être aussi simple puisqu'un grand nombre de sujets schizophrènes qui abusent de l'alcool ou des drogues ne commettent pas de délits violents ou non-violents (Hodgins, 2002). D'autres variables semblent ainsi venir exacerber le passage à l'acte du schizophrène. Par exemple, dans l'étude d'Arseneault et collaborateurs (2000), le risque de violence chez les sujets souffrant d'un trouble

du spectre de la schizophrénie est réduit de 19% quand la variable "abus de substance psychoactive avant l'acte" est contrôlée, de 44% quand la variable "diagnostic de trouble des conduites à l'adolescence" est contrôlée, et de 32% quand la variable "perception excessive de se sentir menacé" est contrôlée. Toutefois, plus de la moitié du lien entre trouble du spectre de la schizophrénie et violence demeure inexplicée par les trois variables prises en compte dans l'étude (abus de substance psychoactive, trouble de la conduite et sentiment d'être menacé). Également, une étude de Taylor et collaborateurs (1998) dans les hôpitaux psychiatriques à haute-sécurité en Angleterre met en évidence que, parmi les patients qui sont admis pour des comportements violents, deux tiers des hommes et la moitié des femmes sont psychotiques, et que la proportion est d'autant plus grande qu'il y a présence d'un trouble de la personnalité adjacent.

Pour conclure, bien que la démonstration soit encore à parfaire, ceci suggère que l'association entre schizophrénie et comportements violents diffère selon différents sous-groupes de schizophrènes. Dans certains de ces sous-groupes, les facteurs associés au développement de la schizophrénie peuvent contribuer au développement d'autres caractéristiques, comme par exemple le comportement antisocial à l'enfance et à l'adolescence, ou l'alcoolisme ; ces caractéristiques tendent à accroître le risque de commettre des actes délictueux. Pour d'autres sous-groupes de schizophrènes (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié ou résiduel), par contre, les aspects du trouble comme les symptômes psychotiques ou encore l'incapacité de supporter des relations

émotionnellement proches peuvent mener à des comportements violents (Taylor, 1995). Ceci sera abordé plus en détails dans la sous-section suivante.

En ce qui concerne les autres troubles psychotiques, si le lien entre schizophrénie et violence semble se confirmer au vu de la littérature empirique scientifique, peu d'études supportent cependant la relation entre le trouble délirant et la violence, et ceci bien que l'on suspecte ce trouble d'augmenter le risque de violence. Une des raisons méthodologiques pouvant expliquer ce paradoxe tient à ce qu'il semble très compliqué d'obtenir le consentement des personnes qui souffrent de trouble délirant de participer aux recherches (Hodgins, 2002). Toutefois deux études ont observé des taux élevés de troubles délirants et de troubles psychotiques non spécifiés chez des sujets incarcérés (Krakowski et al., 1986). Par exemple, Krakowski et collaborateurs (1986) démontrent que les patients qui souffrent d'un trouble délirant de type paranoïaque risquent davantage de commettre des crimes qui sont prémédités, organisés et dirigés contre une personne en particulier, alors que des patients souffrant de troubles affectifs ou d'états psychotiques désorganisés sont plus impulsifs, mais souvent moins dangereux (Krakowski et al., 1986).

Presque rien n'est connu à propos des autres troubles psychotiques et de leur association avec des comportements délictueux et violents même si quelques études démontrent que des taux élevés de ces troubles se retrouvent dans les populations de délinquants (Brink et al., 2001; Côté et al., 1997 ; Gunn, 2000).

Par ailleurs, certaines études ont observé un lien entre schizophrénie paranoïde et violence (Addad et al., 1981 ; Craig, 1982 ; Planasky & Johnston, 1977 ; Rofman, 1980 : voir Keene, 2000). Cette observation se voit toutefois nuancée dans d'autres études. Ainsi, dans une étude sur la récidive de 145 patients incarcérés, Rice et Harris (1992) n'ont pas observé de lien significatif entre les patients souffrant de schizophrénie paranoïde et ceux en proie à d'autres types de schizophrénie. De même, Keene (2000) n'obtient aucune différence significative dans le degré de sévérité des comportements violents entre les patients qui souffrent de schizophrénie paranoïde et les patients qui souffrent d'autres types de psychose. Tardiff et Sweillam (1982), bien qu'ayant mis en lumière une psychopathologie plus sévère et un taux plus élevé de sujets souffrant de schizophrénie parmi les patients ayant commis des agressions, ne relèvent aucune différence significative entre les patients souffrant de schizophrénie paranoïde et ceux aux prises avec d'autres types de schizophrénie.

2.2. Des symptômes spécifiques des troubles mentaux graves influencent-ils la violence?

Bien que discuté indirectement au moment d'aborder le diagnostic, comme par exemple dans le cadre de la schizophrénie paranoïde, il importe de considérer plus à fond l'effet d'une symptomatologie spécifique liée aux comportements violents. Plusieurs auteurs s'entendent aujourd'hui pour dire que la recherche sur la violence conduite auprès de sujets atteints de troubles mentaux graves devrait être plus spécifique. En effet, il semble recommandé d'abandonner des questions

générales de type: " La psychose est-elle associée à un risque futur de violence?", au profit de questions plus spécifiques et plus précises comme: " Quels sont les symptômes particuliers de la psychose, sous quelles conditions et en combinaison avec quels facteurs personnels, une augmentation du risque de différents types de violence est-elle associée?" (Douglas & Hart, 1995). Il apparaît nécessaire d'évaluer si le niveau d'analyse le plus pertinent est le symptôme (par exemple: les délires) ou le diagnostic (par exemple: la schizophrénie). La méta-analyse de Douglas et Hart (1995) soutient cette optique en indiquant que la spécificité de la relation entre trouble mental et violence est plus évidente quand le trouble mental est défini de façon plus circonscrite. Ces auteurs ont en effet mis en évidence une gradation dans les effets de taille en se déplaçant du global au particulier. Augmenter la spécificité permettrait alors d'améliorer l'amplitude de l'effet. Dans cette perspective, différentes études se sont concentrées sur l'influence des symptômes psychotiques et du délire sur les comportements violents. Par exemple, il semble que, dans la psychose, ce soit les symptômes positifs qui soient le plus directement associés à la violence (Link et al., 1992 ; 1999; Swanson, 1994). En d'autres termes, Link et collaborateurs (1992) concluent que, quand des patients expérimentent des symptômes psychotiques positifs, de type délire et hallucinations, le risque de commettre un délit violent est significativement plus élevé. Cette étude, ainsi que celle de Swanson et collaborateurs (1990), suggèrent que, chez les sujets atteints d'un trouble mental, ceux qui

expérimentent des symptômes psychotiques sévères présentent des comportements violents de façon nettement plus fréquente. Une étude de Hodgins et collaborateurs (2003) menée auprès de 128 hommes souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs, patients radiés d'hôpitaux de psychiatrie générale ou légale au Canada, en Finlande, en Allemagne et en Suède montre que, en contrôlant à la fois la présence des troubles de la personnalité antisociale, les scores élevés à l'échelle de psychopathie de Hare et les diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, la présence des symptômes positifs augmente significativement le risque de commettre un acte violent et cela, aussi bien dans les six mois que dans les douze mois qui suivent la radiation de l'hôpital.

La recherche épidémiologique menée par Link et collaborateurs (1992), sur 400 résidents issus de la communauté, montre que, lorsque les facteurs démographiques et le taux d'homicide parmi les citoyens sans trouble mental sont contrôlés, les patients psychiatriques s'avèrent plus violents que les résidents de la population générale. Par contre, lorsque la présence des symptômes psychotiques est contrôlée, le risque de violence parmi les patients ne diffère pas de celui de la population générale. Krakowski et Czobor (1994) ont quant à eux montré que les symptômes paranoïaques comptent pour beaucoup dans l'apparition de conduites violentes parmi 38 patients hospitalisés.

2.2.1. Délires et violence

Le délire semble être le symptôme psychotique le plus associé à la violence (Addad & Bénézech, 1977; Taylor, 1985). Cependant, bien que certaines études indiquent que la présence de délires augmente le risque de commettre un acte violent (Buchanan, 1993 ; 1997 ; Cheung et al., 1997 ; Junginger, 1996 ; Krakowski & Czobor, 1997 ; Swanson et al., 1996 ; Taylor et al., 1994 ; Taylor et al., 1998), ces conclusions sont contredites par d'autres (Appelbaum et al., 2000 ; Gardner et al., 1996 ; Milton et al., 2001; Monahan et al., 2001). Comme le spécifient Link et Stueve (1994) ainsi que Junginger (1996), dans beaucoup de cas, le comportement violent du sujet psychotique semble être une réponse rationnelle aux croyances irrationnelles et aux perceptions biaisées. En effet, le délire et les hallucinations, qui sont dans la réalité des phénomènes irrationnels, sont par contre rationnels dans la réalité très particulière du psychotique. Si le psychotique vit une expérience dans laquelle il sent qu'il perd le contrôle de lui-même, en ayant, par exemple, l'impression que quelqu'un s'introduit dans sa pensée et en prend le contrôle ou, s'il se sent dominé par des forces externes, il y a risque accru de violence. Dans leur étude sur des femmes meurtrières ayant tué leurs propres parents, D'Orban et O'Connor (1989) rapportent que les patients présentant des délires de persécution peuvent recourir à la violence, voire à l'homicide, simplement parce qu'ils pensent que c'est la seule réponse possible pour se protéger. Ce type de comportement, dans la problématique du psychotique, peut alors être interprété comme un mécanisme d'autodéfense.

Bjorkly (2002a), dans une recension des écrits sur délires et violence, mentionne que, malgré la présence de délires chez les patients non-violents, il semble de plus en plus évident que l'attention devrait dorénavant se diriger sur les traits spécifiques des délires qui jouent un rôle dans le risque de violence. Cette recension des écrits montre que 80% des études menées sur le sujet ont été réalisées au cours des huit dernières années, et que moins d'un tiers d'entre elles ont utilisé un design prospectif. Les résultats semblent montrer que les délires de persécution jouent un rôle dans l'apparition des comportements violents et qu'une co-occurrence de délires de persécution et de stress émotionnel peut augmenter ce risque de violence. Sur 20 études prises en compte par Bjorkly, 17 montrent un lien positif entre la présence de délires et une augmentation du risque de violence. Dans cinq études, plus de 40% des sujets appartenant au groupe violent s'identifient à leur délire. À l'exception d'une seule étude, toutes les études ayant spécifiquement examiné le rôle des délires de persécution ont montré que cette catégorie de délires pouvait être associée à une augmentation du risque de violence.

Junginger (1996), dans une recension des écrits sur la psychose et la violence, fait mention d'études très pertinentes dans la compréhension du lien entre hallucinations, délires et comportements violents. Ce dernier rapporte notamment une étude de Bartels et collaborateurs (1991) sur 133 patients schizophrènes vus en ambulatoire. L'étude conclut que les hallucinations et les délires sont des facteurs de prédiction significatifs de l'hostilité.

Une étude de Taylor et collaborateurs (1998) sur un large échantillon de patients psychotiques montre de façon significative qu'au moment de l'agression, 50% de ceux ayant commis un homicide étaient sous l'influence d'un délire, 51% de ceux ayant perpétrés d'autres actes de violence étaient délirants, 22% de ceux s'étant rendus coupables de délits sexuels et 27% de ceux ayant causé des dommages à la propriété d'autrui étaient également délirants. Les patients délirants s'avèrent plus souvent impliqués dans les crimes violents comme l'homicide. De plus, parmi les patients psychotiques, 75% ont admis avoir agi sous l'influence de leur délire. Celui-ci était presque invariablement un délire de persécution. Ces résultats corroborent ceux d'autres travaux (Krakowski & Czobor, 1994 ; Link & Stueve, 1994 ; Swanson et al., 1996 ; Taylor, 1985).

Une étude menée sur un sous-échantillon de 102 schizophrènes (Taylor & Schanda, 2000) montre que la violence commise avant l'admission risque trois fois plus d'être causée par un état de psychose accompagné de délires. De plus, le niveau de violence est significativement plus élevé que parmi les schizophrènes non-délirants.

Une autre étude intéressante menée par Martell et Dietz (1992) a examiné les caractéristiques de criminels violents qui ont poussé leurs victimes sur les rails du métro de New York. Ils identifient 49 incidents de ce genre entre 1975 et 1991. Vingt de ces criminels souffrent d'un trouble mental et ont subi une évaluation psychiatrique. L'étude de ces sujets révèle que 15 d'entre eux avaient des antécédents criminels : 3 avaient été jugé pour homicide, 11 pour tentative

d'homicide et 7 pour agression. Dix-neuf d'entre eux avaient été hospitalisés en psychiatrie durant leur vie. Au moment de l'agression, 13 sujets ont rapporté avoir des hallucinations auditives et 18 souffraient de délire. Les types de délires rapportés sont de type persécution (14), grandiose (5), salvateur (3), religieux (3), de contrôle (2), de référence (2) et d'intrusion dans la pensée (1).

Comme il l'est discuté précédemment, certaines recherches ont poussé l'exploration de la relation entre les délires et la violence en étudiant plus spécifiquement le thème délirant. Par exemple, le délire mystique, les délires de persécution et de suspicion (Bénézech et al., 1981; Derouin, 1996; Humphreys et al., 1992) sont associés à une dangerosité potentielle. Le sentiment d'être menacé ou contrôlé par une force externe est associé à des actes de violence (Link & Stueve, 1994; Link et al., 1998; Swanson et al., 1999; Taylor et al., 1998; pour une synthèse voir: Bjorkly, 2000; 2002 a & b et Taylor et al., 1994). Les délires d'interprétation, de référence, de persécution et de jalousie sont pour leur part corrélés à l'homicide (Hafner & Bokner, 1982).

Keene (2000), dans une recherche portant sur 100 patients d'un institut de psychiatrie légale, a étudié le lien entre des types particuliers de délire et les crimes les plus violents. Huit types de délires (persécution, grandiose, bizarre, religieux, somatique, référence, contrôle et jalousie) et des hallucinations mandatoires ont été étudiés. Keene compare deux groupes: un groupe de patients dangereux ayant commis des crimes violents contre des personnes et un groupe de patients ayant commis d'autres types de délits violents de sévérité

moindre. Ses résultats ne montrent toutefois aucune différence significative entre les deux groupes lorsque le diagnostic, le type de délire ou encore le type d'hallucinations est pris en compte. Toutefois, proportionnellement, tous les types de délires et d'hallucinations sont plus élevés dans le groupe des patients très violents, comparativement au groupe des patients moins violents.

Les résultats de ces différentes études varient considérablement. Cette disparité peut être due d'une part, aux définitions des types de délire qui varient d'une étude à l'autre, et d'autre part, au fait que la violence s'exerce différemment d'une étude à l'autre (Derouin, 1996).

Cependant, bien que non soutenue par quelques études, il semble qu'il se dégage dans la littérature scientifique une tendance démontrant que parmi les facteurs psychopathologiques en lien avec la violence, la présence de délires de persécution, et plus particulièrement ceux qui impliquent une action spécifique (Junginger, 1996) soient associés au passage à l'acte. Le risque de violence est augmenté pour les patients dont les délires de persécution sont accompagnés d'hallucinations mandatoires violentes (Volavka et al., 1997). Selon une étude de Sraznickas et collaborateurs (1993), les délires de persécution sont responsables de sept agressions sur un total de 24, portées contre des membres de la famille.

Les délires de persécution permettent de prédire des comportements violents chez des patients hospitalisés en psychiatrie (Krakowski & Czobor, 1994). Les délires de persécution jouent aussi un rôle important dans la récurrence de patients radiés d'un hôpital psychiatrique et admis pour avoir commis des actes violents

sous l'influence de délires et d'hallucinations (Shore et al., 1988). Selon une étude de Deutsch et collaborateurs (1991), les délires, particulièrement ceux de type persécution, précédaient des agressions chez 181 patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. Les délires de type persécution et les délires hypochondriaques constituent aussi des facteurs de précipitation du passage à l'acte dans 17 cas d'homicide commis par des femmes sur un parent (D'Orban & O'Connor, 1989).

Deux études (Buchanan, 1997 ; Buchanan et al., 1993) ont mis en évidence trois sphères phénoménologiques qui influencent de façon significative la probabilité qu'un délire, et plus particulièrement un délire de persécution, donne lieu à un comportement violent. Ces trois sphères sont les suivantes : (a) le patient identifie des preuves qui supportent son délire ; (b) le patient recherche activement des preuves qui confirment ou infirment sa croyance délirante ; (c) le patient se sent triste, effrayé ou anxieux par le contenu de son délire.

Le rapport entre délire et comportement violent (Junginger, 1996) peut s'étoffer d'autres caractéristiques des troubles psychotiques comme la peur, la colère et l'impulsivité. Ces traits peuvent jouer un rôle lorsqu'ils entrent en interaction avec le contenu du délire ; ils potentialisent ainsi l'occurrence d'un comportement violent. Plusieurs études indiquent qu'un affect négatif fort, comme par exemple la colère, peut fonctionner comme un catalyseur du comportement violent (Appelbaum et al., 1999). Des résultats préliminaires montrent que la présence de facteurs de stress perceptibles à travers un niveau

d'anxiété élevé (Freeman & Garety, 1999) et la colère (Cheung et al., 1997) ont un effet aggravant sur les délires de persécution.

Kennedy et collaborateurs (1992) ont réalisé une étude sur la relation entre l'affect et la violence. Cette recherche portait sur 15 patients ayant un diagnostic de trouble délirant de type paranoïaque. Les auteurs ont mis en lumière les sentiments présents chez l'agresseur avant et pendant l'acte criminel. Les délits comprennent trois homicides, quatre tentatives d'homicide, cinq autres types d'agression. Les résultats montrent que, pour seulement 3 cas sur les 15 étudiés, le crime n'est pas en relation avec le contenu du délire. Par ailleurs, tous les patients ont dit ressentir des sentiments de peur et de colère intenses un mois avant de commettre l'acte criminel.

2.2.2. Les symptômes TCO (Threat/Control Override)

Un type spécifique de symptômes délirants rapportés régulièrement dans la littérature scientifique semble également jouer un rôle important dans l'apparition des comportements violents, ce sont les symptômes TCO. Les symptômes TCO se définissent par la croyance que (1) les autres peuvent contrôler les pensées, soit en les volant, soit en faisant intrusion dans l'esprit, (2) qu'on est l'objet d'un complot, qu'on est suivi ou encore qu'on est menacé physiquement. Plusieurs études indiquent que la violence devient plus probable lorsque les individus qui souffrent de troubles mentaux se sentent menacés et quand leur contrôle interne (TCO) est compromis (Arseneault et al., 2000 ; Bjorkly & Havik, 2003; Hodgins et al., 2003 ; Link & Stueve, 1994; Link et al.,

1998 ; 1999). Bjorkly (2002a), dans une recension des écrits sur les délires et les comportements violents, constate que, sur les 20 études observées, trois d'entre elles montrent une relation positive entre les symptômes TCO et la violence. Une seule étude sur les 20 étudiées conclut que d'autres symptômes psychotiques constituent des facteurs de risque plus importants que les symptômes TCO. Swanson et collaborateurs (1996) soulignent que les patients présentant des symptômes TCO ont deux fois plus de risque de commettre des actes violents, comparativement à ceux ne souffrant que d'hallucinations ou d'autres symptômes psychotiques.

Il est par ailleurs intéressant de noter que dans l'étude de Bjorkly et Havik (2003), 54% des sujets étudiés (n=39) présentent des symptômes de type TCO en tant que précurseurs immédiats de l'incident violent survenu. Cependant, les auteurs ne relèvent aucune différence significative entre les scores TCO et les trois types de violence observés: homicide, tentative d'homicide et autres agressions physiques sévères. Les auteurs concluent ainsi que les symptômes dits TCO ne seraient pas associés au type de violence commise. En contraste, Stompe et collaborateurs (2004) ont comparé un échantillon d'hommes atteints de schizophrénie et ayant commis des délits, à un échantillon d'hommes atteints de schizophrénie mais n'ayant pas commis de délits. Bien que les auteurs ne trouvent aucune différence significative pour ce qui est de la prévalence des symptômes TCO entre les deux groupes, les symptômes TCO apparaissent significativement associés à des comportements violents plus sérieux. Cet effet

est attribué aux symptômes de menaces (*Threat*). Ceci met en évidence que les symptômes TCO pourraient être associés au type de violence commis et à son degré de sévérité ; cela vient ainsi questionner les résultats de l'étude de Bjorkly et Havik (2003). Arseneault et collaborateurs (2000) quant à eux rapportent que le risque de violence chez les sujets souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie est réduit de 32% quand la variable "perception excessive de se sentir menacé" est contrôlée.

Finalement, le lien potentiel entre TCO et violence se voit controversé dans quelques études (Appelbaum et al., 2000). Dans la *MacArthur Study*, Appelbaum et collaborateurs (2000) concluent que ni les délires en général, ni les symptômes TCO, ne sont associés à un risque plus élevé de violence. Toutefois, le design de l'étude *MacArthur* n'inclut pas d'informations sur un possible effet immédiat du délire sur l'acte violent (Bjorkly & Havik, 2003). Ces différences dans les résultats s'expliquent alors peut être par des différences méthodologiques.

2.2.3. Hallucinations et violence

Sur base des impressions cliniques d'un certain nombre d'auteurs et de professionnels de la santé mentale, une augmentation du risque de violence est associée à la présence d'hallucinations, et en particulier, d'hallucinations mandatoires (*command hallucinations*). Cependant, des résultats contradictoires sont rapportés à ce sujet dans la littérature scientifique. Une recension récente des écrits (Bjorkly, 2002b), portant sur 13 études, montre que 4 des 13 études

considérées mettent en évidence une relation positive entre hallucinations et violence. Cinq autres études, au contraire, montrent que la présence d'hallucinations ne joue pas de rôle dans la prédiction des comportements violents. Par ailleurs, dans cet article, Bjorkly (2002b) conclut que l'on ne détient pas de preuves suffisantes pour dire que les hallucinations auditives mandatoires sont dangereuses en soi. Il y apparaît cependant qu'au sein des hallucinations auditives mandatoires, des voix ordonnant des actes de violence envers autrui peuvent être associées à la prédiction des comportements violents. Deux des 13 études mettent en évidence un lien positif entre des hallucinations mandatoires violentes et la violence. Toutefois, trois autres études rapportent une faible corrélation et, deux études n'ont pas observé de relation entre ce type d'hallucinations et l'incidence de la violence. Par ailleurs, trois études examinent l'effet combiné des hallucinations mandatoires violentes et des délires de persécution. Une des études rapporte un lien positif à la violence tandis que les deux autres rapportent un lien faible entre cet effet combiné et les comportements violents. En ce qui concerne l'effet combiné des hallucinations et du délire, et son impact sur le risque de comportements violents, deux études sur six, reprises dans l'article de Bjorkly (2002b), soulignent que le jumelage hallucinations-délire a un effet potentiel sur le risque de violence, là où deux autres recherches (Appelbaum et al., 2000 ; Teplin et al., 1994) ne démontrent pas d'effet sur le risque de violence.

Dans une recension des écrits plus ancienne, McNeil (1994) note que les études, qui se basent sur une cotation clinique quantitative des patients psychotiques, montrent généralement une relation positive significative entre les hallucinations et le comportement violent. Ce lien a été démontré par des corrélations entre la violence et les symptômes psychotiques positifs de type "distorsions de pensée" et "désorganisation conceptuelle". Plus spécifiquement, au vu des résultats rapportés au travers des différentes études empiriques, le lien reste également peu claire entre des hallucinations de type mandatoire et la violence. Dans une étude de Hellerstein et collaborateurs (1987) menée auprès de 789 patients, bien que les auteurs observent une corrélation entre les hallucinations et les comportements violents, ces derniers ne trouvent aucune différence en ce qui concerne les comportements suicidaires ou violents entre, d'une part, les patients souffrant spécifiquement d'hallucinations auditives ou mandatoires (*command hallucinations*) et, d'autre part, ceux ne souffrant pas de ce type d'hallucinations. Les auteurs mettent en évidence que la plupart des patients ignorent les commandes hallucinatoires mais qu'il existerait cependant un profil particulier de patients qui ont une histoire de violence et qui répondent à ces commandes hallucinatoires.

Juninger (1990; 1995), dans deux études auprès de patients psychiatriques, a essayé d'identifier les variables qui pourraient influencer la réponse d'un patient aux hallucinations mandatoires. Dans les deux études, les patients répondent plus souvent à des voix qu'ils peuvent identifier et qui s'inscrivent de façon

cohérente dans un délire. De plus, les patients répondent plus souvent aux hallucinations mandatoires qui présentent un risque plus faible de mener au passage à l'acte violent. Toutefois, dans la deuxième étude de Juninger (1995), 18 des 93 patients observés sont passés à l'acte en répondant partiellement ou totalement à des commandes hallucinatoires très dangereuses de type meurtrière quand neuf sont passés à l'acte sous l'influence de commandes hallucinatoires plus ou moins dangereuses.

Dans une large étude de patients psychotiques, Taylor et collaborateurs (1998) ont montré que 75% des psychotiques sont portés à commettre des délits criminels sous l'influence de leurs délires. En l'absence de délires, les hallucinations n'ont pas autant d'effet. Cette observation se voit confirmée par d'autres études (Buchanan, 1993 ; 1997 ; Juninger, 1990 ; Swanson et al., 1996). Certains résultats suggèrent ainsi que les hallucinations sont « rarement » associées aux comportements violents (Cheung et al., 1997; Taylor, 1985), mais d'autres études montrent par ailleurs que les hallucinations mandatoires peuvent potentiellement précipiter des comportements violents (Volavka et al., 1997).

La recension des ces différentes études démontre que la relation entre hallucinations et comportements violents est loin d'être évidente et suscite encore de nombreux débats.

2.2.4. Le délire mystique et la violence

Comme le rappelle Bjorkly (2002a), le bilan des études publiées démontre que peu d'entre elles se sont vraiment concentrées sur le lien entre le contenu du

délires et le comportement violent. Pourtant, une meilleure compréhension de la relation entre le contenu du délire et la violence pourrait non seulement être utile dans l'évaluation du risque de violence, mais également permettre d'identifier des victimes potentielles.

Les délires de persécution ou de contrôle sont souvent associés à la violence. Par ailleurs, de façon indirecte, le délire mystique tel que défini par Henry Ey (1952; 1973) peut se retrouver chez des sujets souffrant de délire de contrôle spirituel. Par conséquent, les thèmes mystiques pourraient être associés eux-mêmes à des comportements violents. Dans une étude sur un échantillon de 55 psychotiques issus d'un centre de détention et d'un hôpital psychiatrique, Derouin (1996) a montré que le délire mystique différencie significativement les sujets violents des sujets non-violents. Les sujets présentant simultanément un diagnostic d'abus de substance psychoactive, un diagnostic primaire de trouble délirant ou de trouble psychotique non spécifié (NOS) et des délires de type mystique ont 27,1 fois plus de chances de commettre un acte violent que les autres sujets de l'étude.

Toutefois, si peu d'études se sont penchées spécifiquement sur le délire de type mystique dans ses rapports avec la violence, des études de cas sur le syndrome d'Identification Erronée (*Misidentification Syndrome: MS*) apportent des éléments intéressants. Depauw et Szulecka (1988) ont réalisé une recension des écrits sur ce syndrome spécifique qui se manifeste par un trouble délirant où le sujet croit que lui-même, ou une autre personne, est en fait quelqu'un d'autre ou

autre chose, par exemple un extra-terrestre, Dieu ou l'Antéchrist. Il semble que ce type de délire comporte un aspect mégalomane qui se retrouve dans le délire mystique. La littérature clinique et scientifique montre qu'une proportion importante de patients souffrant de ce type de trouble délirant commettent des actes violents, voire des crimes atroces, au regard de leur délire. Silva et al. (1995) ont comparé 25 patients souffrant d'un délire de type identification erronée (IE) avec 25 autres patients souffrant d'autres types de délires. Les résultats ont montré que les patients IE avaient une plus grande probabilité de présenter des idées grandioses, des troubles de la pensée, de l'hostilité, de l'excitation, un tableau de psychopathologie générale plus perturbé et des antécédents violents. De plus, la probabilité qu'ils utilisent des armes est plus grande que pour le groupe contrôle. Silva et collaborateurs (1997), dans un travail ultérieur, discutent également du cas d'un patient ayant commis de nombreux actes de violence sous l'influence d'un délire où il se prenait pour l'Antéchrist. Ici se tisse un lien plus clair vers le délire mystique. Dans cet article, les auteurs discutent également de différents cas de meurtre de masse qui ont eu lieu sous les ordres de leaders de diverses sectes souffrant potentiellement d'un délire religieux de type mystique. Jim Jones, leader du *People's Temple* à Jonestown en Guyane, a convaincu 900 de ses disciples de se suicider, sur base de la venue de l'apocalypse, en 1978. Dans l'attente de l'apocalypse également, David Koresh, qui se prenait pour le messie, a ordonné le massacre de 74 membres de son culte en 1993. En 1995, Shoko Asahara, leader du *Doomsday*

Cult, s'est rendu responsable d'une fuite de gaz dans le métro de Tokyo qui a tué 11 personnes et a envoyé plus de 5000 autres à l'hôpital. Il semble qu'Asahara ait agi sous l'influence de croyances religieuses apocalyptiques.

Ces résultats viennent confirmer l'importance d'un thème mystique en liaison avec la violence, par rapport aux autres types de délires. Ils justifient également l'intérêt pour l'étude d'un tel symptôme, en interaction avec d'autres facteurs, dans le processus des comportements violents. De plus, le délire mystique semble très fortement associé à l'abus de substances psychoactives, tant dans le cas de comportements violents (Derouin, 1996) qu'en général. En effet, dans l'étude de Derouin (1996), seuls 4 sujets sur les 23 souffrant de délire mystique, n'avaient jamais abusé de substances psychoactives.

3. Les traits de psychopathie chez les sujets atteints de trouble mental grave

De par la question développée dans le sous-chapitre psychodynamique, de l'existence d'un trouble narcissique tel une forme de Soi grandiose chez le délirant mystique, il semble intéressant de mesurer les traits psychopathiques potentiels chez les sujets délirants mystiques.

La prévalence de la psychopathie sur base de l'échelle de psychopathie (PCL-R) (Hare, 1991) est faible pour les sujets atteints d'un trouble mental grave, comparativement aux sujets qui se trouvent en milieu carcéral. À l'exception de Rasmussen et Levander (1996), qui obtiennent une prévalence de 25%, les taux varient entre 0% et 13% (Côté & Lesage, 1995; Freese et al., 1996; Hare, 1991 ; Hart & Hare, 1989; Sreenivasan et al., 1997). Selon Côté (2000b), il semble que,

bien que le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale se retrouve chez un bon nombre de sujets incarcérés atteints d'un trouble mental grave (entre 39,1% selon Côté & Lesage, 1995, et plus de 60 à 70% selon Côté & Hodgins, 1990), les caractéristiques retenues pour définir la psychopathie cadrent difficilement avec ces sujets. A cet égard, il faut remarquer que ces études ont utilisé un score de trente et plus pour définir la psychopathie. Toutefois, si l'on tient compte des scores qui se situent entre 20 et 29, la prévalence des sujets dits alors « mixtes », selon la terminologie utilisée pour l'instrument de Hare, augmente nettement, pour s'élever jusqu'à 44,4% (Hare, 1991). Le sous-groupe des cas mixtes a été très peu étudié à ce jour et paraît représenter un groupe très hétérogène. En effet, un sujet peut se retrouver dans la catégorie des "cas mixtes" en cotant presque exclusivement au facteur 2 de la PCL-R qui répond aux items comportementaux de la psychopathie; ce facteur est d'ailleurs fortement corrélé au trouble de la personnalité antisociale du DSM-III-R. Parmi les cas mixtes, la prévalence des patients souffrant de trouble mental semble plus élevée, non seulement parmi les populations dites de psychiatrie légale, mais également parmi la population de psychiatrie générale et dans le milieu carcéral. Toutefois, les données rapportées montrent une prévalence des cas mixtes plus élevée pour les patients issus du milieu médico-légal (44,4%) comparativement à ceux provenant de la psychiatrie générale et du milieu carcéral (15,5%) (pour une synthèse, voir Côté, 2000a).

Dans le sous-chapitre antérieur, il est mentionné que le rôle de l'abus de substance psychoactive est secondaire aux traits de psychopathie dans la relation au passage à l'acte chez les débutants précoces (Hodgins, 2000; 2002). Par contre, pour les sujets schizophrènes qui ne présentent pas de traits de psychopathie, le trouble d'abus de substance psychoactive est associé à un risque plus élevé de commettre un délit.

4. Les sujets atteints d'un trouble mental grave et l'adaptation sociale

Comme il est mentionné dans le sous-chapitre de l'analyse psychodynamique du délire mystique et de l'adaptation sociale, la littérature empirique semble démontrer que tous les psychotiques ne possèdent pas le même degré d'adaptation sociale.

Taylor (1982) observe que les schizophrènes violents sont plus souvent mariés que les schizophrènes non-violents. Ils apparaissent donc comme des sujets potentiellement plus aptes au plan relationnel. Cette étude de Taylor (1982) permet de voir se dessiner un lien entre des conduites violentes et une certaine adaptation sociale. Côté et Lesage (1995) ainsi que Lépine et Côté (1997) montrent que des sujets psychotiques, qui ont abusé de l'alcool ou de la drogue, manifestent une meilleure adaptation sociale dans certaines sphères de leur fonctionnement. Dans le même ordre d'idées, des études ont montré que les débutants précoces présentent un fonctionnement social plus satisfaisant que les débutants tardifs (Hodgins et al., 1996; Schanda et al., 1992). Ce meilleur niveau de fonctionnement social semble être associé au comportement antisocial,

incluant aussi bien l'abus de substances psychoactives (Hallé et al., 1995; Laroche et al, 1995) que le comportement agressif (Léveillé, 1994). Toutefois, bien qu'une hypothèse neuropsychologique très pertinente ait été mise en évidence pour expliquer ce processus (Tengström et al, 2001), une hypothèse plus dynamique des processus psychiques, notamment de la structure psychotique, peut apporter une lecture différente du phénomène d'adaptation sociale chez certains psychotiques violents. Ceci a été abordé plus en détails dans la première partie théorique du travail. Cependant, si les études empiriques rapportent une meilleure adaptation sociale pour certains des sujets psychotiques, il n'est pas fait mention de la qualité relationnelle lors de leurs interactions sociales.

Chapitre III. Hypothèses de recherche

Une question qui se pose au regard du contexte théorique est: "Peut-on dégager un profil particulier au sein des sujets atteints d'un trouble mental grave, profil lié non seulement à l'existence de symptômes psychotiques positifs comme le délire, mais plus encore, lié au contenu de ce dernier?"

En résumé, en se basant sur la théorie psychodynamique, la place du délire mystique chez le sujet psychotique est, de façon défensive, un morceau du soi éclaté investi par la toute puissance narcissique. Par ailleurs, il est démontré que le narcissisme pathologique est associé aux passages à l'acte délictuels et violents (Kernberg, 1980/1997 ; Meloy, 1988/2000), ces derniers seraient le reflet de l'expression d'une violence fondamentale telle que définie par Bergeret (1984). Une violence qui s'appuie sur des mécanismes de défense plus archaïques du narcissisme primaire relevant de la psychose. Selon cette logique, le sujet délirant mystique devrait ainsi avoir une plus grande probabilité de passage à l'acte puisque, bien que psychotique car délirant, il présente toutefois, dans sa charpente de personnalité, en termes psychodynamiques, des traits narcissiques mégalomaniques. De plus, la littérature empirique confirme que ce sont les sujets psychotiques à symptômes positifs qui semblent être les plus violents ; une étude souligne le lien entre le délire mystique et les comportements violents (Derouin, 1996).

Sur base de ce qui vient d'être résumé, découlent les hypothèses suivantes :

1. Délire mystique et comportements violents

1.1. *Préambule* : Selon le cadre conceptuel, de par leur structure psychodynamique, les sujets souffrant de délire mystique devraient présenter une probabilité élevée de comportements violents.

Hypothèse : Les sujets souffrant de délire mystique devraient ainsi commettre plus de comportements violents que les sujets souffrant d'autres types de délires incluant le délire de référence, le délire de persécution, le délire de grandeur, le délire somatique, le délire d'être contrôlé, la transmission de pensée, les autres délires (culpabilité, jalousie, nihiliste, etc.), les hallucinations auditives et visuelles, ainsi que les sujets souffrant de symptômes TCO (*Threat Control Override*).

1.2. *Préambule* : Plusieurs auteurs s'entendent aujourd'hui pour dire que la recherche sur la violence conduite auprès de sujets atteints de troubles mentaux graves devrait être plus spécifique et s'intéresser ainsi davantage au symptôme qu'au diagnostic. La littérature scientifique de ces dernières années montre que, dans la psychose, ce sont les symptômes positifs qui sont le plus directement associés à la violence.

Hypothèse : Dans cette perspective, le délire mystique devrait avoir une valeur de prédiction supérieure aux différents diagnostics du spectre psychotique : la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant et le trouble psychotique non spécifié.

1.3. *Préambule* : Les études empiriques montrent que le diagnostic de psychose est associé de façon significative à la probabilité de commettre un homicide, que l'homicide peut être lié à des symptômes positifs de la schizophrénie comme le délire et les hallucinations. Par ailleurs, selon l'analyse psychodynamique développée dans l'introduction théorique, le délire mystique peut envahir le sujet au point de le précipiter dans un passage à l'acte homicide.

Hypothèse : Les sujets souffrant de délire mystique devraient par conséquent présenter une probabilité plus élevée de commettre un homicide comparativement à d'autres sujets psychotiques.

2. Délire mystique, Trouble de la Personnalité Antisociale et Psychopathie

Préambule : Au regard des éléments de type narcissique qui sont discutés dans le volet psychodynamique, les sujets souffrant d'un délire mystique devraient présenter des traits de personnalité communs avec les sujets psychopathes.

2.1. *Hypothèse* : Ainsi, les sujets psychotiques souffrant d'un délire mystique devraient présenter un score plus élevé à l'échelle de psychopathie de Hare.

2.2. *Hypothèse* : Également, de par la forte corrélation entre le trouble de la personnalité antisociale et le diagnostic de psychopathie, les sujets psychotiques souffrant d'un délire mystique devraient davantage présenter un diagnostic complémentaire de trouble de la personnalité antisociale.

3. Délire mystique et adaptation sociale

Préambule : Sur la base de ce qui a été discuté dans le volet théorique psychodynamique, la structure de personnalité des sujets souffrant de délire mystique semble sous-tendre un meilleur potentiel relationnel. D'une part, parce que la capacité à se maintenir dans un réseau social et interpersonnel est fonction du niveau de construction du Moi; d'autre part, parce que le mysticisme est une modalisation de symbolisation et que cette capacité de symbolisation devrait permettre un meilleur arrimage à la réalité.

Hypothèse : Ces sujets devraient ainsi posséder de meilleures capacités d'adaptation personnelle et sociale que les sujets souffrant d'autres types de délires ou d'autres diagnostics du spectre psychotique.

4. Délire mystique et typologies

Préambule : Parce que différentes variables entrent en jeu et interagissent pour chaque sujet dans le processus du passage à l'acte délictuel et violent, il semble intéressant de pouvoir dégager des profils sur base de ces variables.

Hypothèse : Dans cette optique, un profil particulier pourrait se dégager au sein des sujets psychotiques qui serait lié au délire mystique, à l'abus de substances psychoactives, au score à l'échelle de psychopathie et à l'adaptation sociale.

Chapitre IV. Méthodologie

1. Participants

Un premier échantillon est composé de 108 hommes francophones atteints d'un trouble mental grave lié à la psychose, sur base des critères du SCID (*Structured Clinical Interview Diagnostic*). Cet échantillon fait partie d'un projet sur les facteurs de risque associés aux comportements violents; cet échantillon est composé (1) de sujets libérés d'une mise sous garde (n=28), (2) de sujets radiés d'un centre hospitalier après avoir été reconnus non-responsables d'un acte criminel pour cause de troubles mentaux (n=48) et (3) de sujets libérés d'une prison ou d'un pénitencier situé au Québec (n=32). Les sous-groupes (1) et (2) sont recrutés dans les régions administratives québécoises de Mauricie-Bois Francs, Québec, Sherbrooke et Montréal. Ce projet de recherche est mené par Gilles Côté, Sheilagh Hodgins, Marc Daigle, et Belkacem Abdous comme chercheurs principaux.

Un deuxième échantillon provient d'un projet de recherche qui compare la spécificité clinique de sujets atteints de schizophrénie ou d'un trouble grave de l'humeur en milieu carcéral à celle observée chez des sujets atteints de schizophrénie ou d'un trouble grave de l'humeur en milieu hospitalier. Ce deuxième échantillon est composé de 55 hommes diagnostiqués psychotiques sur base du SCID. Vingt-neuf d'entre eux proviennent du Centre de réception régional de la province du Québec, établissement fédéral où sont envoyés tous

les hommes nouvellement sentencés à deux ans ou plus de détention et 26 de l'hôpital psychiatrique Louis-H Lafontaine de Montréal. Ce projet a été mené par Gilles Côté et Alain Lesage comme chercheurs principaux.

Les deux études ont partagé les mêmes instruments. En regroupant les deux échantillons, une plus grande représentation de la population étudiée ainsi qu'une plus grande puissance statistique se voit ainsi assurée. Ultérieurement et à des fins pratiques, le premier échantillon sera référé sous l'appellation « projet facteurs de risque ». Le deuxième échantillon s'intitulera « projet spécificité clinique ». L'échantillon final se compose ainsi de 163 sujets de sexe masculin qui rencontrent le diagnostic principal d'un trouble psychotique.

L'échantillon se sub-divise en quatre sous-groupes en fonction du statut légal: (1) 28 sujets du projet « facteurs de risque » libérés d'une mise sous garde en établissement (n=28), (2) 48 sujets du projet « facteurs de risque » et ayant un statut médico-légal (n=48), (3) 61 sujets du projet « facteurs de risque » et du projet « spécificité clinique » provenant du milieu carcéral (n=61) et (4) 26 sujets du projet « spécificité clinique » hospitalisés dans un hôpital psychiatrique général après avoir été hospitalisé sur une base volontaire (n=26). Ceci permet de dégager quatre catégories légales nommées respectivement : mise sous garde en établissement, non-responsables, condamnés et hospitalisés dans un hôpital psychiatrique général après avoir été hospitalisé sur une base volontaire.

Le tableau 1 présente les données socio-démographiques, décrivant respectivement l'âge des sujets, leur niveau de scolarité, leur origine ethnique, leur citoyenneté et leur statut civil.

Tableau 1 : Variables socio-démographiques

Variables	Sous-groupes				Total (N=163)
	Mise sous garde (n=28)	Non responsables (n=48)	Condamnés (n=61)	Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général (n=26)	
Âge					
0 à 35 ans	20 (71,4%)	15 (31,3%)	33 (54,1%)	20 (76,9%)	88 (54,0%)
35 ans et plus	8 (28,6%)	33 (68,8%)	28 (45,9%)	6 (23,1%)	75 (46,0%)
Minimum	19,7	20,8	20	19	19,0
Maximum	67,7	69,0	66	41	69,0
Moyenne	30,901	38,515	35,125	30,731	34,697
Écart-type	11,114	10,453	8,942	5,902	9,833
Scolarité					
Niveau secondaire	8 (28,6%)	15 (31,3%)	8 (13,1%)	7 (26,9%)	38 (23,6%)
Sous le niveau secondaire	20 (71,4%)	33 (68,8%)	52 (85,2%)	18 (69,2%)	123 (76,4%)
Minimum	3	3	3	7	3,2
Maximum	16	19	16	16	19,0
Moyenne	9,82	10,52	8,88	10,96	9,86
Écart-type	3,345	3,094	2,565	2,336	2,937
Origine ethnique					
Canadienne française	27 (96,4%)	37 (77,1%)	52 (85,2%)	21 (80,8%)	137 (84,0%)
Canadienne anglaise	0	1 (2,1%)	2 (3,3%)	0	3 (1,8%)
Autre	1 (3,6%)	10 (20,8%)	7 (11,5%)	5 (19,2%)	23 (14,1%)
Citoyenneté					
Canadienne	28 (100%)	45 (93,8%)	60 (98,4%)	25 (96,2%)	158 (96,9%)
Immigrant reçu	0	3 (6,3%)	0	1 (3,8%)	4 (2,5%)
Réfugié en attente de statut	0	0	1 (1,6%)	0	1 (0,6%)
Statut civil					
Jamais été marié ou en couple	25 (89,3%)	38 (79,2%)	45 (73,8%)	20 (76,9%)	128 (78,5%)
Marié, déjà été marié ou union de fait	3 (10,7%)	10 (20,8%)	16 (26,2%)	6 (23,1%)	35 (21,5%)

2. Instruments

2.1. Diagnostics

L'instrument utilisé pour établir le diagnostic sur base d'entrevues est le SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*) (First, Gibbon, & Williams, 1997). et al., 1997). Le SCID est un instrument hautement valide pour établir des diagnostics Axe I et Axe II (Segal et al., 1994; Williams et al., 1992). Bien que cette affirmation s'appuie sur les études portant sur la version III-R, elle demeure pertinente pour la version IV. Les accords inter-juges obtenus avec la version française de l'instrument adaptée pour les critères du DSM-III-R sont comparables à ceux rapportés avec la version originale de l'instrument (Côté et al., 1997). Les coefficients d'accord inter-juges pour les diagnostics de l'axe 1 rapportés dans la littérature scientifique varient entre 0.70 et 1.00 ; le coefficient moyen se situe à 0.91. Les différents diagnostics (abus ou dépendance à l'alcool, abus ou dépendance à la drogue, schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble psycho-affectif, trouble délirant et trouble non spécifié) ainsi que les délires (délire de référence, délire de persécution, d'être contrôlé, transmission de pensée, délire de grandeur, délire somatique et autres délires) et les hallucinations (visuelles et auditives) sont évaluées sur base de la version française du SCID axe I. Le trouble de la personnalité antisociale est évalué à l'aide de la version française du SCID axe II, mais dans sa version DSM-III-R (Spitzer et al., 1989). Pour les diagnostics de l'axe II, les coefficients d'accords inter-juges rapportés dans la littérature scientifique pour la version III-R varient

entre 0,60 et 0,79 (Riskind, et al., 1987; Williams et al., 1992). Par ailleurs, les coefficients kappas rapportés pour la version française du SCID III-R dans l'étude du projet « Spécificité clinique » sont également excellents avec des coefficients variant de 0,70 à 1,00 pour l'axe I et de 0,91 à 1,00 pour l'axe II.

2.2. Symptômes TCO

L'évaluation des symptômes TCO (*Threat/Control Override*) se fait sur base du diagnostic combiné du délire de persécution et du délire de contrôle qui sont évalués sur base du SCID axe I.

2.3. Psychopathie

La psychopathie est évaluée à l'aide de la version française de la PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised* : Hare, 1991). La *Hare Psychopathy Checklist* est un instrument diagnostique permettant l'évaluation de la psychopathie dans des populations carcérales et cliniques légales masculines. Il se présente plus communément sous son acronyme PCL-R. Cet instrument a été conçu sur base des travaux cliniques de Cleckley (1976) sur la psychopathie et comprend des items relatifs d'une part à un ensemble de traits de personnalité et, d'autre part, à un ensemble de comportements.

Il existe une version française validée par Côté et Hodgins (1996). L'échelle comprend vingt items et chacune des caractéristiques est cotée sur une échelle en 3 points : (0) si la description de l'item ne caractérise pas le sujet, (1) si la description de l'item le définit à certains égards mais des réserves ou des doutes subsistent et (2) si la description de l'item le caractérise dans l'ensemble assez

bien. Le diagnostic de psychopathie est posé pour un score de 30 ou plus, l'absence de psychopathie est notée pour un score inférieur à 20, alors que les résultats se situant entre 20 et 29 définissent une problématique dite mixte. Les qualités psychométriques de la PCL-R se révèlent excellentes, puisque la fidélité interjuges, établie généralement à l'aide du coefficient intraclass, varie de .78 à .98 au travers de différents échantillons, notamment de .86 à .97 auprès d'échantillons de patients psychiatriques et de .86 à .94 auprès d'hommes incarcérés (pour une synthèse, voir Côté 2000a). La littérature scientifique rapporte que les accords inter-juges évalués à l'aide du coefficient kappa (.67 à 1.00) et que la consistance interne mesurée par le coefficient alpha de Cronbach (.76 à .96) sont également très bons voire excellents.

2.4. Comportements violents

Les comportements violents sont définis comme toute voie de fait (coup porté ou tenté, menace) à l'endroit d'une autre personne. Il s'agit d'un geste qui aurait pu donner lieu à une mise en accusation formelle par le système de justice criminelle. Les informations ont été recueillies auprès du Service d'empreinte digitale de la Gendarmerie Royale du Canada, des divers dossiers institutionnels et du sujet lui-même.

2.5. La sévérité de la violence

La sévérité de la violence a été établie à l'aide de l'échelle sur la gravité des délits de Wolfgang et collaborateurs (1985). Bien que validée aux États-unis,

cette échelle est plus récente et plus détaillée que celle d'Akman et Normandeau (1966) validée au Canada. Les deux échelles sont fortement corrélées.

2.6. L'adaptation sociale

L'adaptation sociale est évaluée à l'aide d'une traduction française de la version abrégée du *Philipps Rating Scale of Premorbid Adjustment in Schizophrenia* (Harris, 1975). La version abrégée développée par Harris regroupe les cinq sous-échelles originales de Philipps en 2 sous-échelles: *The Abbreviated Scale of Premorbid Sexual Adjustment* et *The Abbreviated Scale of Premorbid Social - Personal Adjustment*. Cet instrument peut être complété à partir de dossiers et de données d'entrevue recueillies pour d'autres instruments. La valeur de ses propriétés métrologiques a été démontrée, y compris pour la version française (Lépine & Côté, 1997). La version française utilisée repose sur une triple traduction, la version finale ayant été l'objet d'une concertation. Les coefficients de fidélité pour l'une et l'autre sous-échelles sont respectivement de 0,99 et de 0,90.

2.7. Le délire mystique

Les sujets souffrant de délire mystique sont identifiés sur base de la définition du délire mystique d'EY (1952; 1973) opérationnalisée par Derouin (1996) :

« Le délire mystique implique une communication avec des forces surnaturelles et le monde céleste. Si le contact est vécu comme bon ou bienveillant, les sujets présentent un aspect mégalomane, puisqu'ils se sentent protégés par l'être ou les êtres surnaturels en question. Si le contact est vécu comme démoniaque ou apocalyptique, les sujets se sentent possédés par ces êtres et damnés ».

C'est l'aspect « communication avec des êtres surnaturels » qui constitue le critère de sélection essentiel. En parallèle, l'évaluation prend en compte si le délire est vécu par le sujet comme positif, neutre ou menaçant. Les forces surnaturelles incluent toutes les représentations possibles d'êtres qui sont capables de dominer les humains, que ce soit Dieu, les démons, les anges et les êtres supérieurs venant d'autres planètes comme les extra-terrestres. Le délire mystique est identifié au travers des verbatims du patient recueillis lors de l'entrevue. Par exemple, en suivant les réponses au SCID pour les délires, le délire mystique peut se retrouver dans le délire de référence, le délire de persécution, le délire de grandeur, les autres délires et le délire d'être contrôlé. Les accords inter-juges rapportés sur les 55 cas de l'échantillon du projet « spécificité clinique » pour évaluer le délire mystique sur base de la définition de Derouin se sont avérés excellents ($k = .92$) et très bons concernant la classification du délire comme positif, neutre ou menaçant ($k = .87$) (Derouin, 1996). Pour l'échantillon du projet « facteurs de risques », des accords inter-juges menés sur 26 des 108 sujets donnent également un coefficient kappa excellent ($k = 0,92$).

3. Déroulement de la recherche

La collecte des données s'est faite dans le cadre de deux projets plus large portant sur les troubles mentaux graves et la violence. Un des projets porte sur les facteurs de risques et la violence ; l'autre porte sur la spécificité clinique des

sujets en fonction de leur milieu d'appartenance (milieu carcéral versus milieu hospitalier). Le plan de recherche est quasi-expérimental dans l'un et l'autre cas. Pour le projet « Facteurs de risques », l'évaluation des sujets s'est faite dans les jours qui précédaient ou suivaient leur libération ou leur radiation. Les sujets souffrant de troubles mentaux graves ont été identifiés 1) pour les sujets en mise sous garde, à partir des services des archives des établissements participants à la recherche, 2) pour les cas de non-responsabilité criminelle, à partir des dossiers de la Commission québécoise d'examen relevant du Tribunal administratif du Québec, 3) pour les détenus, sur base du dossier institutionnel, des contacts avec les psychologues de l'établissement carcéral et auprès du service d'évaluation du Centre de réception régional; la possibilité d'une libération pouvant être établie par le biais des listes de la Commission nationale des libérations conditionnelles. Tous les sujets rencontrant le diagnostic de psychose sur base du SCID ont été retenus. Afin d'assurer la fidélité des données recueillies, 15 % des sujets ont été soumis à une procédure d'accord inter-juges. Des accords inter-juges établis à l'aide du coefficient kappa furent réalisés pour évaluer l'absence ou la présence d'un diagnostic de psychose, les diagnostics complémentaires de trouble de la personnalité et d'abus de substances psychoactives. Finalement, des accords inter-juges sont effectués pour évaluer d'une part, la présence ou non d'un délire mystique sur base de la définition d'Ey (1973), d'autre part, si le délire est de nature positive, neutre ou menaçante. Selon Landis et Koch (1977), un kappa de moins de 0.40 correspond à un faible accord inter-juge, un kappa se situant entre

0.41 et 0.60 est considéré modéré, un kappa de 0.61 à 0.80 est substantiel tandis qu'un kappa supérieur à 0.81 témoigne d'un accord inter-juges presque parfait.

Dans le cadre du projet « Spécificité clinique », le recrutement des participants du Centre de réception régional de la province du Québec a été effectué dans un premier temps par les employés réguliers et contractuels du Centre. Le nombre d'admission se chiffre aux environs de 50 par semaine; les participants y ont été sentencés à deux ans de détention et plus. Le service correctionnel du Canada procède à une évaluation de tous les sujets sentencés pour un délit dans les jours et les semaines qui suivent la condamnation. Les chercheurs se sont appuyés sur cette procédure déjà en place pour évaluer et sélectionner les sujets pris en compte dans l'étude. Ils ont rencontré les responsables de l'évaluation à l'établissement de détention afin de leur présenter le projet et de leur fournir toute la documentation nécessaire. Ces responsables se sont chargés de présenter le projet aux agents de gestion de cas, aux psychologues et aux cliniciens contractuels appelés à rencontrer les nouveaux arrivants. Une lettre a également été envoyée à chacun de ceux-ci pour s'assurer que les critères de sélection soient bien définis. Pour ce qui est des sujets provenant du centre hospitalier de Louis-H Lafontaine, la coordinatrice du projet recevait une liste de tous les nouveaux patients chaque semaine ainsi qu'une liste synthèse de tous les patients de courte durée tous les deux mois. Ces listes spécifiaient le diagnostic, l'âge, et la durée du séjour, soit les indices sur lesquels repose le jumelage. Si un sujet semblait rencontrer les critères de jumelage avec un sujet provenant du

Centre de réception régional, la coordinatrice vérifiait dans le dossier si le diagnostic inscrit sur la liste correspondait bien à celui du dossier et si la durée de séjour correspondait bien à la durée réelle d'hospitalisation. Si le sujet était sélectionné, il était rencontré par l'équipe de recherche. La procédure prévoyait également l'établissement d'accords inter-juges pour les mesures diagnostiques.

Pour ce qui est de l'évaluation SCID, pour l'échantillon « Facteurs de risques », les coefficients kappa sont 0,92 pour la schizophrénie, 1,00 pour le trouble schizophréniforme, 0,65 pour le trouble schizo-affectif et 0,87 pour le trouble psychotique non spécifié. Pour les diagnostics d'abus ou dépendance à l'alcool et abus ou dépendance à la drogue, les coefficients kappas sont respectivement 1,00 et 0,87. Les coefficients kappas variaient en fonction du type de délire : 0,84 pour le délire de référence, 1,00 pour le délire de persécution, 0,83 pour le délire de grandeur, 0,75 pour le délire somatique, 1,00 pour la transmission de pensée, 1,00 pour le délire d'être contrôlé, 0,41 pour « les autres délires ». Pour l'échantillon « Spécificité clinique », les coefficients kappa obtenus sont les suivants : 0,91 pour le diagnostic général de psychose, 0,78 pour la schizophrénie, 1,00 pour le trouble schizo-affectif, 0,83 pour le trouble délirant et 0,78 pour le trouble psychotique non spécifié. Pour les diagnostics d'abus ou dépendance à l'alcool et abus ou dépendance à la drogue, les coefficients kappas sont respectivement 0,90 et 0,75. Les accords inter-juges ont été réalisés sur 24 participants de l'échantillon global. La moyenne des accords pour la présence ou l'absence de délire était relativement bonne ($k=0,69$). Les kappas variaient

cependant en fonction du type de délire : 0,58 pour le délire de référence, 0,80 pour le délire de persécution, 0,80 pour le délire de grandeur, 0,80 pour le délire somatique, 1,00 pour la transmission de pensée et 0,58 pour le délire d'être contrôlé. Toutefois, parce que les coefficients kappas obtenus pour les diagnostics de psychose étaient excellents, les accords inter-juges portant spécifiquement sur la présence ou l'absence des délires n'ont été effectués que sur 10 cas (Derouin, 1996).

4. Aspects éthiques et confidentialité

En ce qui concerne les aspects éthiques, les formulaires de consentement ainsi que le questionnaire départemental relatif au certificat d'éthique se trouvent en annexe. L'autorisation de fournir les coordonnées du patient à l'équipe de recherche est obtenue auprès de ce dernier avant sa libération ou sa radiation par le personnel traitant. Les participants ont été jugés aptes à fournir un consentement éclairé au moment de leur évaluation.

5. Traitement statistique

Des tests d'hypothèses simples sont utilisés pour mettre en évidence l'aspect discriminant des variables indépendantes (les variables socio-démographiques, le délire mystique, les autres délires, les hallucinations, les symptômes TCO, les diagnostics primaires ainsi que les diagnostics complémentaires comme problème d'alcool, problème de drogue, trouble de la personnalité antisociale)

face aux variables dépendantes (comportements violents, homicide, adaptation sociale, score à la PCL-R). Pour évaluer l'apport direct de chacune des variables indépendantes aux variables dépendantes, des régressions multiples et logistiques sont utilisées. Dans le cas des variables non-continues, les effets interactifs contrôlés par la régression logistique sont identifiés par des analyses hiérarchiques logarithmiques, qui mettent en évidence des variables qui tiennent compte de l'effet combiné. En vue de comparer les participants qui souffrent de délire mystique et les autres participants psychotiques sur la variable dépendante « délits violents », des analyses ROC (*Receiver Operating Characteristic Analyses*) sont effectuées en reprenant les variables indépendantes continues statistiquement significatives dégagées dans les analyses de régression logistique. Les analyses ROC sont recommandées car elles sont moins dépendantes du taux de base de la variable critère dans l'échantillon que les mesures traditionnelles de prédiction (Rice & Harris, 1995).

Cependant, pour dépasser l'approche linéaire et dans l'optique de dégager une typologie liée au délire mystique, une analyse taxinomique est considérée. Dans ce contexte, des analyses de correspondances multiples sont envisagées. Les analyses des correspondances permettent de situer un ensemble de variables en fonction de leurs similitudes et de leurs dissimilitudes. L'objectif est de trouver l'axe qui maximise la différence entre les profils, permettant ainsi de décrire le pourcentage de variabilité expliqué par les profils qui définissent l'axe.

Chapitre V : Résultats

Tout d'abord, des analyses descriptives ont été effectuées sur l'ensemble de l'échantillon en fonction du sous-groupe d'appartenance légal. Les tableaux de 2a, 2b et 3 se rapportent aux données cliniques des sujets, décrivant respectivement le diagnostic principal (tableau 2a), les délires et les hallucinations (tableau 2b) et les diagnostics complémentaires (tableau 3). Le tableau 4 met en évidence toutes les données délictuelles qui figurent dans le dossier criminel alors que le tableau 5 rapporte les comportements agressifs et délictuels auto-rapportés. Toutefois, ce dernier tableau ne concerne que les sujets du premier sous-échantillon (projet « Facteurs de risque »), soit 108 participants.

Tableau 2a : Diagnostic primaire (N=163)

Variables	Sous-groupes				Total (N=163)
	Mise sous garde (n=28)	Non responsables (n=48)	Condamnés (n=61)	Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général (n=26)	
Schizophrénie	17 (60,7%)	31 (64,6%)	21 (34,4%)	16 (61,5%)	85 (52,1%)
Trouble schizophréniforme	0	0	2 (3,3%)	0	2 (1,2%)
Trouble schizo-affectif	7 (25,0%)	7 (14,6%)	4 (6,6%)	5 (19,2%)	23 (14,1%)
Trouble délirant	0	4 (8,3%)	14 (23,0%)	2 (7,7%)	20 (12,3%)
Trouble psychotique NS*	4 (14,3%)	6 (12,5%)	20 (32,8%)	3 (11,5%)	33 (20,2%)

*Non Spécifié

Tableau 2b : Symptômes psychotiques (N=163)

Variables	Sous-groupes				Total (N=163)
	Mise sous garde (n=28)	Non responsables (n=48)	Condamnés (n=61)	Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général (n=26)	
Délire de référence	16 (57,1%)	28 (58,3%)	33 (54,1%)	16 (61,5%)	93 (58,1%)
Délire de persécution	19 (67,9%)	40 (83,3%)	26 (42,6%)	16 (61,5%)	101 (62,0%)
Délire de grandeur	17 (60,7%)	30 (62,5%)	39 (63,9%)	16 (61,5%)	102 (63,0%)
Délire somatique	4 (14,3%)	12 (25,0%)	12 (19,7%)	8 (30,8%)	36 (22,9%)
Délire d'être contrôlé	12 (42,9%)	20 (41,7%)	25 (41,0%)	9 (34,6%)	66 (43,1%)
Transmission de pensée	10 (35,7%)	18 (37,5%)	20 (32,8%)	10 (38,5%)	58 (38,4%)
Délire mystique	13 (46,4%)	25 (52,1%)	25 (41,0%)	8 (30,8%)	71 (44,4%)
Autres délires	7 (25,0%)	15 (31,3%)	13 (21,3%)	4 (15,4%)	39 (24,8%)
Symptômes TCO	21 (75,0%)	42 (87,5%)	38 (62,3%)	19 (73,1%)	120 (76,4%)
Hallucinations auditives	22 (78,6%)	36 (75,0%)	39 (63,9%)	17 (65,4%)	114 (73,1%)
Hallucinations visuelles	13 (46,4%)	23 (47,9%)	26 (42,6%)	7 (26,9%)	69 (45,1%)

Tableau 3 : Diagnostics complémentaires (N=163)

Variables	Sous-groupes				Total (N=163)
	Mise sous garde (n=28)	Non responsables (n=48)	Condamnés (n=61)	Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général (n=26)	
Problème d'alcool*	15 (53,6%)	20 (41,7%)	44 (72,1%)	6 (23,1%)	85 (53,1%)
Problème de drogue*	23 (82,1%)	25 (52,1%)	49 (80,3%)	13 (50,0%)	110 (67,9%)
Trouble de la personnalité antisociale**	8 (28,6%)	9 (18,8%)	28 (45,9%)	0	45 (28,5%)

*abus ou dépendance, ** selon les critères du DSM-III-R

Tableau 4 : Comportements criminels (N=163)

Variables	Sous-groupes				Total (N=163)
	Mise sous garde (n=28)	Non responsables (n=48)	Condamnés (n=61)	Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général (n=26)	
Délits	17 (60,7%)	41 (85,4%)	61 (100,0%)	11 (42,3%)	130 (79,8%)
Délits non-violents	17 (60,7%)	34 (70,8%)	58 (95,1%)	10 (38,5%)	119 (73,0%)
Délits violents	11 (39,3%)	36 (75,0%)	61 (100,0%)	5 (19,2%)	50 (30,7%)
Homicides	3 (10,7%)	8 (16,7%)	10 (16,4%)	0	21 (12,9%)
Tentative de meurtre	0	3 (6,3%)	6 (9,8%)	0	9 (5,5%)
Délit sexuel ¹	1 (3,6%)	2 (4,2%)	12 (19,7%)	1 (3,8%)	16 (9,8%)
Délit sexuel ²	1 (3,6%)	2 (4,2%)	10 (16,4%)	1 (3,8%)	14 (8,6%)
Délit incendie	1 (3,6%)	4 (8,3%)	7 (11,5%)	0	12 (7,4%)
Délits subst. psych.*	4 (14,3%)	9 (8,8%)	32 (52,5%)	3 (11,5%)	48 (29,4%)
Méfaits	6 (21,4%)	23 (47,9%)	37 (60,7%)	3 (11,5%)	69 (42,3%)
Fraudes	2 (7,1%)	10 (20,8%)	14 (23,0%)	0	26 (16,0%)
Voies de fait simple	0	4 (8,3%)	2 (3,3%)	0	6 (3,7%)
Voies de fait grave	2 (7,1%)	10 (20,8%)	21 (34,4%)	0	33 (20,2%)
Voies de fait	10 (35,7%)	31 (64,6%)	52 (85,2%)	4 (15,4%)	97 (59,5%)
Agression non- définie	7 (25,0%)	20 (41,7%)	21 (34,4%)	1 (3,8%)	49 (30,1%)
Vol simple	10 (35,7%)	20 (41,7%)	50 (82,0%)	6 (23,1%)	86 (52,8%)
Vol qualifié	0	4 (8,3%)	34 (55,7%)	1 (3,8%)	39 (23,9%)
Vol d'auto	0	2 (4,2%)	8 (13,1%)	0	10 (6,1%)

*Délits substances psychoactives, ¹ sans prostitution; ² avec prostitution

Tableau 5 : Délits et comportements violents auto-rapportés (n=108).

Variables	Sous-groupes				Total (N=137)
	Mise sous garde (n=28)	Non responsables (n=48)	Condamnés (n=61)	Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général (n=26)	
Comportements agressifs sévères	11 (39,3%)	26 (54,2%)	19 (31,1%)	—	56 (52,3%)
Comportements agressifs généraux	20 (71,4%)	30 (62,5%)	23 (37,7%)	—	73 (67,6%)

1. Délire mystique et comportements violents

1.1. et 1.2 Une des premières questions de recherche mène à investiguer le lien entre le délire mystique et les comportements délictuels et violents. Plus précisément, les sujets présentant un délire de type mystique sont-ils plus à risque de commettre des délits et plus particulièrement des délits violents que les sujets répondant (1) aux autres délires et hallucinations, (2) aux différents diagnostics du spectre psychotique.

Pour répondre à cette question, des analyses de tests simples ont été effectuées ainsi que des analyses de régressions logistiques et des analyses de courbes ROC.

La variable « présence de délire mystique » a été comparée à différentes variables afin d'étudier sa capacité de prédiction des comportements délictuels

et violents. Des tests d'hypothèses simples ont été effectués pour voir l'association de variables indépendantes statiques comme l'âge (sous forme de catégorie), le degré de scolarité, l'abus ou la dépendance à l'alcool, l'abus ou la dépendance aux drogues et le trouble de la personnalité antisociale aux comportements délictuels et violents. Ces variables ont en effet, comme le montre la littérature empirique de ces dernières années, un impact certain sur la prédiction des comportements délictuels et violents ; elles sont considérées comme des variables de prédiction dans différentes échelles d'évaluation du risque (ex :VRAG³, HCR⁴). Dans le cadre du présent travail, elles jouent également en quelque sorte un rôle de variables contrôles.

Également des tests d'hypothèses simples ont été effectués pour observer la relation aux comportements délictuels et violents des variables indépendantes relatives aux diagnostics incluant la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant et le trouble psychotique non spécifié ainsi que les délires et hallucinations comme le délire de référence, le délire de persécution, le délire de grandeur, le délire somatique, le délire d'être contrôlé, la transmission de pensée, les autres délires (culpabilité, jalousie, nihiliste, etc.), les hallucinations auditives et visuelles et les symptômes TCO

³ HCR-20. Assessing risk for violence (version 2). Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997).

⁴ VRAG: Violence Risk Appraisal Guide. Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. A. (1998).

(*Threat Control Override*), ceci, en vue de comparer la valeur de prédiction de ces variables à la valeur de prédiction du délire mystique.

Les variables dépendantes délits et violence se constituent de dix-huit variables provenant du dossier criminel et de quatorze variables provenant de mesures de violence auto-rapportées.

Le tableau 6 présente une comparaison des participants délirants mystiques et non délirants mystiques au regard du comportement criminel et du comportement violent pour l'ensemble des 163 participants.

Nous observons que le délire mystique n'est pas associé de façon significative aux mesures des délits non-violents et violent. Le délire mystique s'associe toutefois de façon significative à la mesure de violence auto-rapportée « comportements agressifs généraux ».

Tableau 6 : Délire mystique et comportements criminels
Variables provenant du dossier criminel (N=160) et provenant des mesures de violence auto-rapportées (N=105)

	Délire mystique		Valeur <i>p</i>
	Présence n=71	Absence n=89	
Délit en général	57 (80,3%)	70 (78,7%)	<i>p</i> <0,479
Délit non-violent	51 (71,8%)	65 (73%)	<i>p</i> <0,502
Délit violent	50 (70,4%)	60 (67,4%)	<i>p</i> <0,408
Homicide	11 (15,5%)	10 (11,2%)	<i>p</i> <0,288
	Présence n=48	Absence n=57	
Comportements agressifs sévères	22 (45,8%)	33 (58,9%)	<i>p</i> <0,128
Comportements agressifs généraux	28 (58,3%)	43 (75,4%)	<i>p</i> <0,049*

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

Dans le but d'explorer s'il y a des différences selon l'échantillon, deux tableaux récapitulatifs reprenant les comparaisons au regard des variables délictuelles et de violence pour chacun des deux échantillons sont présentés (tableaux 7 et 8).

Tableau 7 : Délire mystique et différences en fonction de l'échantillon
(Variables provenant du dossier criminel)
Échantillon provenant du projet « spécificité clinique » (N=55)

	Délire mystique		Valeur <i>p</i>
	Présence n=23	Absence n=32	
Délit en général	19 (47,5%)	4 (26,7%)	<i>p</i> <0,138
Délit non-violent	17 (44,7%)	6 (35,3%)	<i>p</i> <0,362
Délit violent	18 (52,9%)	5 (23,8%)	<i>p</i> <0,033*
Homicide	2 (33,3%)	21 (42,9%)	<i>p</i> <0,505

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

Tableau 8 : Délire mystique et différences en fonction de l'échantillon
(Variables provenant du dossier criminel)
Échantillon provenant du projet « facteurs de risques » (N=108)

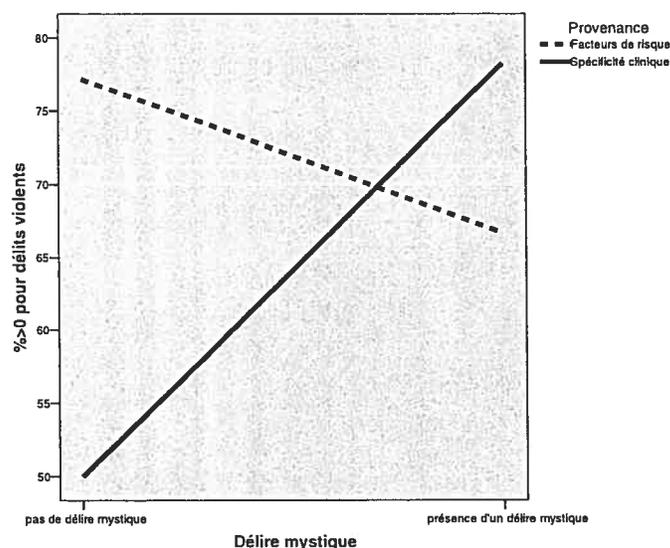
	Délire mystique		Valeur <i>p</i>
	Présence n=48	Absence n=57	
Délit en général	38 (43,7%)	10 (55,6%)	<i>p</i> <0,254
Délit non-violent	34 (43,6%)	14 (51,9%)	<i>p</i> <0,301
Délit violent	32 (42,1%)	16 (55,2%)	<i>p</i> <0,163
Homicide	9 (60%)	39 (43,3%)	<i>p</i> <0,179

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

Ces tableaux permettent d'observer l'interaction entre la présence d'un délire mystique et les différents types de délits en fonction respectivement des échantillons « spécificité clinique » et « facteurs de risque ». Au regard de la pertinence de ce travail, seule la variable dépendante « délit violent » sera discutée dans les analyses suivantes qui portent sur le lien entre la présence d'un délire mystique au regard de la provenance de l'échantillon. Les variables de

mesures auto-rapportées ne seront pas prises en compte puisque nous ne possédons ces données que pour une partie de l'échantillon. La relation délire mystique/délict violent n'est pas statistiquement significative pour l'ensemble de l'échantillon (échantillon combiné à partir des deux projets de recherche) ($\chi^2(160)=0,166, p<0,408$) ni pour l'échantillon provenant du projet «facteurs de risques» ($\chi^2(105)=1,444, p<0,163$); elle est par contre significative pour les données provenant de l'échantillon du projet «spécificité clinique» ($\chi^2(55)=4,528, p<0,033$). Le diagramme suivant (figure 1) montre comment l'association entre le délire mystique et la violence est différente selon la provenance des sujets. En effet, la présence d'un délire mystique pour les sujets de l'échantillon du projet «spécificité clinique» est associée à la présence de violence, tandis que pour les sujets du projet «facteurs de risque», la présence d'un délire mystique est associée à une diminution de la violence. Des analyses complémentaires postérieures montrent que tous les sujets des projets «spécificité clinique» et «facteurs de risques» qui proviennent du milieu carcéral, ont été violents. Ceci rend alors très difficile l'analyse du lien entre le délire mystique et la violence.

Figure 1 : Représentation du délire mystique et de la violence selon l'échantillon d'appartenance



Ce graphique permet de s'interroger sur les 4 sous-groupes d'appartenance légaux (mise sous garde, non responsables, condamnés et hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général).

Des analyses de fréquence pour chaque sous-groupe légal ont été effectuées respectivement pour les variables « délire mystique » et « délit violent ».

Tableau 9 : Fréquences des sujets souffrant de délire mystique pour chaque sous-groupe d'appartenance.

	Délire mystique	
	Présence n=71	Absence n=89
Mise sous garde (n=27)	13 (48,1%)	14 (51,9%)
Non responsables (n=48)	25 (52,1%)	23 (47,9%)
Condamnés (n=59)	25 (42,4%)	34 (57,6%)
Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général (n=26)	8 (30,8%)	18 (69,2%)

Tableau 10 : Fréquences des sujets souffrant de délire mystique ayant commis au moins un délit violent en fonction de leur sous-groupe d'appartenance.

	Délit violent	
	Présence n=113	Absence n=50
Mise sous garde (n=28)	11 (39,3%)	17 (60,7%)
Non responsables (n=48)	36 (75,0%)	12 (25,0%)
Condamnés (n=61)	61(100,0%)	0
Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général (n=26)	5 (19,2%)	21 (80,8%)

Ces résultats montrent que la répartition du délire mystique est proportionnée parmi les divers sous-groupes à l'exception du sous-groupe « hospitalisé sur base volontaire ». Par contre, pour le sous-groupe « condamnés », il n'y a que des sujets violents, ce qui rend difficile l'analyse du lien entre la présence de délire mystique et la présence de violence. Des analyses portant sur la sévérité de la violence plutôt que sur la présence ou l'absence de violence ont alors été réalisées, permettant ainsi de voir la violence sous forme de continuum.

De nouveau, ces résultats permettent de constater que les différents sous-groupes n'évoluent pas de la même façon. Il est alors intéressant de voir si les pentes des droites du graphique précédent sont significativement différentes de 0, c'est-à-dire s'il existe une différence significative entre les sujets ayant un délire mystique et ceux n'en ayant pas concernant la sévérité de la violence (Moyenne de sévérité maximum selon Wolfgang).

Figure 2 : Comparaison des sujets en fonction de leur provenance (Facteurs de risques versus Spécificité clinique) sur la sévérité des comportements violents.

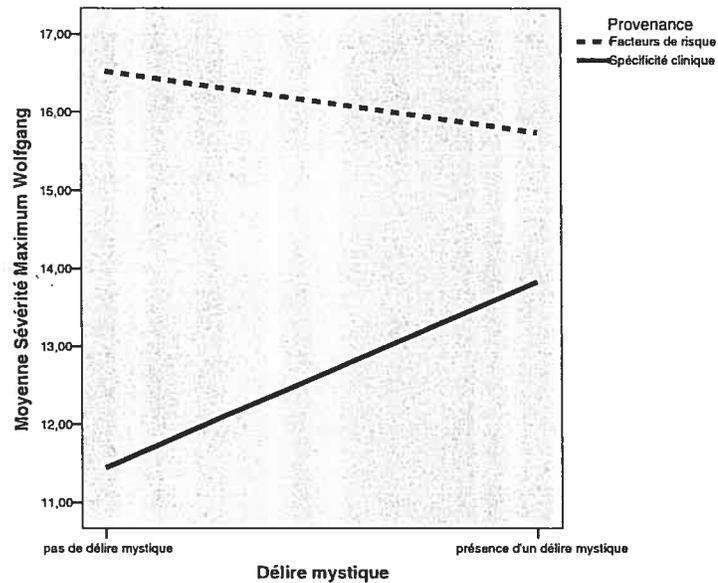
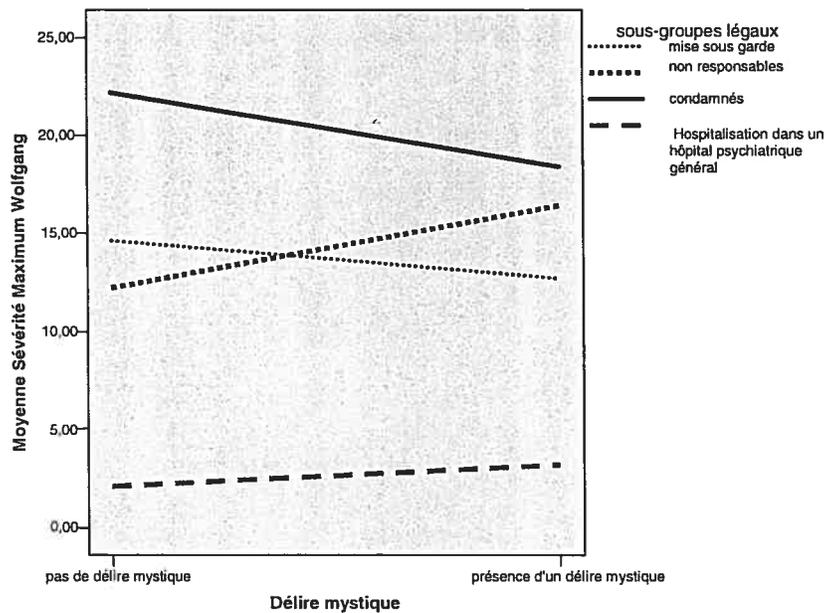


Figure 3 : Comparaison des sujets en fonction de leur sous-groupe d'appartenance sur la sévérité des comportements violents.



Des test T de Student ont alors été effectués pour chacun des sous-groupes afin de vérifier si la moyenne de sévérité est significativement différente entre les sujets souffrant de délire mystique en comparaison à ceux n'en souffrant pas.

Cependant, peu importe la transformation utilisée, les conclusions sont les mêmes : il n'y a pas d'effet d'interaction. Ainsi, le délire mystique évolue indépendamment du sous-groupe légal et vice versa. Comme il est constaté avec des tests de comparaison de moyennes, l'effet « délire mystique » n'est pas statistiquement significatif, ce qui signifie que, peu importe le sous-groupe d'appartenance, la différence entre la moyenne des sujets ayant un délire mystique et ceux n'ayant pas de délire mystique n'est pas statistiquement significative en ce qui a trait à la sévérité de la violence. Par contre, l'effet « division » est significatif, ce qui signifie que, dépendamment du sous-groupe d'appartenance des participants, la sévérité de la violence est différente. Les condamnés sont plus violents que les participants appartenant aux trois autres sous-groupes (mise sous-garde, non responsables et hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général) ; par contre, les participants provenant du sous-groupe «hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général » sont moins violents que les participants appartenant aux autres sous-groupes (mise sous-garde, non responsables et condamnés).

En conclusion, le délire mystique ne semble pas avoir d'effet sur la violence, que la violence soit observée sous une forme catégorielle (présence/absence) ou sous forme de continuum (échelle de sévérité de la violence).

Tableau 11 : Délire mystique et sévérité de la violence selon chaque sous-groupe

	Délire mystique		
	Présence	Absence	
Moyenne de Sévérité	12,66 (ET=4,78)	14,61 (ET=3,59)	t(13)=0,331, $p < 0,746$
Maximum selon Wolfgang	n=7	n=8	
Mise sous garde	16,39 (ET=2,89)	12,19 (ET=1,53)	t(35)=-1,263, $p < 0,215$
Non responsables	n=19	n=18	
Condamnés	18,36 (ET=1,49)	22,14 (ET=1,40)	t(57)=1,812, $p < 0,075$
Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général	n=25	n=34	
	3,16 (ET=4,42)	2,06 (ET=3,63)	t(24)=-0,665, $p < 0,512$
	n=8	n=18	

Il n'y a pas non plus d'association significative entre le délire mystique et la violence lorsqu'on considère l'ensemble de l'échantillon ou le sous-groupe provenant du projet « Facteurs de risques ». Il y a cependant une comparaison significative (faiblement significative étant donné la valeur- p de 0,033) dans le cas de la violence lorsqu'on considère exclusivement l'échantillon provenant du projet « Spécificité clinique ». Face à ces résultats, il n'est plus alors pertinent de définir un modèle de régression logistique avec la variable délire mystique.

Par contre, les tableaux 12, 13 et 14 (hypothèse 1.2) mettent en évidence les comparaisons des différentes variables indépendantes citées ci-dessus (âge, degré de scolarité, problème d'alcool (abus ou dépendance), problème de drogue (abus ou dépendance), trouble de la personnalité antisociale, schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, trouble délirant, trouble psychotique non spécifié, délire de référence, délire de persécution, délire de grandeur, délire somatique, délire d'être contrôlé, transmission de pensée, les autres délires, les hallucinations auditives et visuelles, les symptômes TCO) aux variables dépendantes délits (tableau 12), délits non-violents (tableau 13), délits violents (tableau 14). Des résultats significatifs sont observés. Respectivement, pour les délits et les délits non-violents, la catégorie âge supérieure à 35 ans respectivement (χ^2 (163)=5,849, $p<0,012$ et χ^2 (163)=3,448, $p<0,046$), le degré de scolarité (études secondaires non-complétées) (χ^2 (161)=4,278, $p<0,037$ et χ^2 (161)=13,785, $p<0,001$), le problème d'alcool (χ^2 (160)=7,686, $p<0,005$ et χ^2

(160)=9,988, $p<0,001$), le problème de drogue ($\chi^2(162)=8,089$, $p<0,005$ et $\chi^2(162)=12,288$, $p<0,001$) et le trouble de la personnalité antisociale ($\chi^2(158)=12,665$, $p<0,001$ et $\chi^2(158)=16,470$, $p<0,001$) sont significativement associés aux délits en général et aux délits non-violents. Aucune des autres variables ne marque de différence statistiquement significative.

Par ailleurs, pour les délits violents, outre la catégorie d'âge ($\chi^2(163)=9,420$, $p<0,002$), le problème d'alcool ($\chi^2(160)=11,887$, $p<0,001$), le problème de drogue ($\chi^2(162)=11,539$, $p<0,001$) et le trouble de la personnalité antisociale ($\chi^2(158)=20,759$, $p<0,001$) sont significatifs ; il est aussi intéressant de noter que le trouble psychotique non spécifié est associé significativement aux délits violents ($\chi^2(163)=9,065$, $p<0,001$). Par contre, la schizophrénie ($\chi^2(163)=7,264$, $p<0,006$) est associée de façon significative à la violence de façon négative.

Tableau 12 : Délits au regard des diverses variables indépendantes

Délits N=163			
	Présence n=130	Absence n=33	Valeur p
Âge catégorie ¹	66 (50,8%)	9 (27,3%)	p<0,012*
Degré de scolarité ²	103 (79,8%)	20 (62,5%)	p<0,037*
Problème d'alcool	75 (58,6%)	10 (31,3%)	p<0,005**
Problème de drogue	95 (73,1%)	15 (46,9%)	p<0,005**
TPA ³ (DSM-III-R)	44 (34,9%)	1 (3,1%)	p<0,001***
Schizophrénie	64 (49,2%)	21 (63,6%)	p<0,099
Trouble schizophréniforme	2 (1,5%)	0	p<0,635
Trouble délirant	17 (13,1%)	3 (9,1%)	p<0,389
Trouble psychotique NS ⁴	30 (23,1%)	3 (9,1%)	p<0,055
Trouble schizo-affectif	17 (13,1%)	6 (18,2%)	p<0,308
Délire de référence	74 (58,3%)	19 (57,6%)	p<0,548
Délire de persécution	81 (62,3%)	20 (60,6%)	p<0,504
Délire de grandeur	81 (62,8%)	21 (63,6%)	p<0,549
Délire somatique	30 (24%)	6 (18,8%)	p<0,355
Autres délires	30 (24,2%)	9 (27,3%)	p<0,437
Délire d'être contrôlé	58 (47,9%)	8 (25%)	p<0,015*
Transmission de pensée	49 (40,8%)	9 (29%)	p<0,159
Hallucinations auditives	91 (72,8%)	23 (74,2%)	p<0,536
Hallucinations visuelles	56 (46,3%)	13 (40,6%)	p<0,356
TCO ⁵	98 (78,4%)	22 (68,8%)	p<0,179
Délire mystique	57 (44,9%)	14 (42,4%)	p<0,479

¹Oui=plus de 35 ans - Non=moins de 35 ans, ²Oui=n'a pas complété ses études secondaires - Non= a complété ses études secondaires, ³Trouble de la personnalité antisociale, ⁴Trouble psychotique Non Spécifié, ⁵Symptômes *Threat Control/Override*
*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tableau 13 : Délits non-violents au regard des diverses variables indépendantes

Délits non-violents N=163			
	Présence n=119	Absence n=44	Valeur p
Âge catégorie ¹	60 (50,4%)	15 (34,1%)	p<0,046*
Degré de scolarité ²	99 (83,9%)	24 (55,8%)	p<0,001***
Problème d'alcool	71 (60,7%)	14 (32,6%)	p<0,001***
Problème de drogue	90 (75,6%)	20 (46,5%)	p<0,001***
TPA ³ (DSM-III-R)	43 (37,4%)	2 (4,7%)	p<0,001***
Schizophrénie	57 (47,9%)	28 (63,6%)	p<0,53
Trouble schizophréniforme	2 (1,7%)	0	p<0,532
Trouble délirant	16 (13,4%)	4 (9,1%)	p<0,324
Trouble psychotique NS ⁴	28 (23,5%)	5 (11,4%)	p<0,63
Trouble schizo-affectif	16 (13,4%)	7 (15,9%)	p<0,431
Délire de référence	66 (56,9%)	27 (61,4%)	p<0,372
Délire de persécution	71 (59,7%)	30 (68,2%)	p<0,209
Délire de grandeur	72 (61%)	30 (68,2%)	p<0,257
Délire somatique	26 (22,8%)	10 (23,3%)	p<0,554
Autres délires	27 (23,7%)	12 (27,9%)	p<0,362
Délire d'être contrôlé	51 (46,4%)	15 (34,9%)	p<0,134
Transmission de pensée	42 (38,5%)	16 (38,1%)	p<0,557
Hallucinations auditives	83 (72,8%)	31 (73,8%)	p<0,537
Hallucinations visuelles	51 (46,4%)	18 (41,9%)	p<0,375
TCO ⁵	88 (77,2%)	32 (74,4%)	p<0,432
Délire mystique	51 (44%)	20 (45,5%)	p<0,502

¹Oui=plus de 35 ans - Non=moins de 35 ans, ²Oui=n'a pas complété ses études secondaires - Non= a complété ses études secondaires, ³Trouble de la personnalité antisociale, ⁴Trouble psychotique Non Spécifié, ⁵Symptômes *Threat Control/Override*

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

Tableau 14: Délits violents au regard des diverses variables indépendantes

Délits violents N=163			
	Présence n=113	Absence n=50	Valeur p
Âge catégorie ¹	61 (54%)	14 (28%)	p<0,002**
Degré de scolarité ²	89 (79,5%)	34 (69,4%)	p<0,119
Problème d'alcool	69 (62,2%)	16 (32,7%)	p<0,001***
Problème de drogue	86 (76,1%)	24 (49%)	p<0,001***
TPA ³ (DSM-III-R)	43 (39,4%)	2 (4,1%)	p<0,001***
Schizophrénie	51 (45,1%)	34 (68%)	p<0,006**
Trouble schizophréniforme	2 (1,8%)	0	p<0,479
Trouble délirant	16 (14,2%)	4 (8%)	p<0,201
Trouble psychotique NS ⁴	30 (26,5%)	3 (6%)	p<0,001***
Trouble schizo-affectif	14 (12,4%)	9 (18%)	p<0,237
Délire de référence	64 (58,2%)	29 (58%)	p<0,983
Délire de persécution	71 (62,8%)	30 (60%)	p<0,431
Délire de grandeur	71 (61,6%)	33 (66%)	p<0,362
Délire somatique	69 (23,9%)	10 (20,8%)	p<0,423
Autres délires	26 (23,1%)	14 (28,6%)	p<0,295
Délire d'être contrôlé	25 (47,6%)	16 (33,3%)	p<0,069
Transmission de pensée	50 (41,3%)	15 (31,9%)	p<0,178
Hallucinations auditives	79 (73,1%)	35 (72,9%)	p<0,561
Hallucinations visuelles	49 (46,7%)	20 (41,7%)	p<0,345
TCO ⁵	84 (77,1%)	36 (75%)	p<0,464
Délire mystique	50 (45,5%)	21 (42%)	p<0,408

¹Oui=plus de 35 ans - Non=moins de 35 ans, ²Oui=n'a pas complété ses études secondaires - Non= a complété ses études secondaires, ³Trouble de personnalité Antisociale, ⁴Trouble Psychotique Non Spécifié,

⁵Symptômes *Threat Control/Override*

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

Afin d'investiguer davantage la relation de ces différentes variables aux délits violents, des analyses de régression logistique ont été effectuées. Sur la base des recommandations de Hosmer et Lemeshow (1989), les variables qui différencient les sujets violents des sujets non-violents à un niveau de signification de 0,25 ou moins ont été retenus. Ainsi, les variables suivantes ont été considérées : âge, problème d'alcool, problème de drogue, trouble psychotique non spécifié, absence de schizophrénie, délire d'être contrôlé et transmission de pensée. En effectuant une analyse de régression ascendante pas

à pas, les variables problème de drogue, délire d'être contrôlé et transmission de pensée ont été rejetées du modèle. C'est-à-dire que ces variables n'apportent rien au modèle et deviennent non-significatives une fois entrées dans le modèle de régression.

Enfin, les résultats obtenus se sont avérés très intéressants puisque les variables conservées dans le modèle (âge, problème d'alcool, trouble de la personnalité antisociale et trouble psychotique non spécifié) ont un apport significatif à la prédiction des délits violents et cela bien que certains intervalles de confiance soient très grands (tableau 15). Il est intéressant de noter que c'est la variable « problème d'alcool » qui a été conservée au détriment de la variable « problème de drogue ».

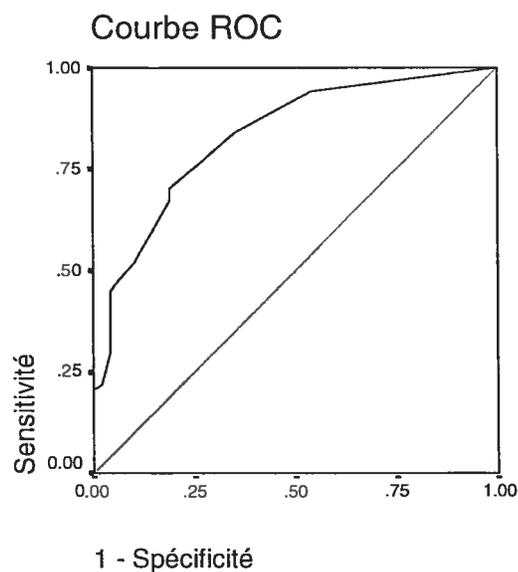
Tableau 15 : Régression logistique ascendante des variables âge, problème d'alcool, trouble de personnalité antisociale et trouble psychotique non spécifié en fonction de la présence/absence des délits violents

Variable	Wald	p	Exp(B)	IC pour Exp (B) 95%	
				Inférieur	Supérieur
Âge	10,077	0,002	3,918	1,686	9,103
Problème d'alcool	5,174	0,023	2,600	1,141	5,924
TPA	14,422	0,000	19,716	4,232	91,853
Tr. Psych. NS	5,213	0,022	4,837	1,250	18,717
Constante	6,924	0,009	0,393		

Test de spécification du modèle : Khi-deux=50,398 dl=4 p<0,001

Une analyse ROC vient confirmer l'association entre ces variables et les délits violents (figure 4) avec une aire sous la courbe de 0,83 (95% IC=0,76-0,90).

Figure 4 : Courbe d'analyse ROC montrant la capacité de prédiction du modèle de régression comprenant les variables âge, problème d'alcool, trouble de personnalité antisociale et trouble psychotique non spécifié sur la présence de délits violents.



Pour les mesures de violence auto-rapportées, le tableau 16 montre que le délire de persécution, la transmission de pensée, les TCO et les hallucinations auditives sont associées de façon significative au risque de commettre un acte violent.

Tableau 16: Comportements violents auto-rapportés

Comportements agressifs sévères (N=107)			
	Présence n=56	Absence n=51	Valeur <i>p</i>
TCO ¹	49 (90,7%)	36 (76,6%)	<i>p</i> <0,047*
Délire de persécution	44 (78,6%)	31 (60,8%)	<i>p</i> <0,036*
Hallucinations auditives	49 (87,5%)	33 (71,7%)	<i>p</i> <0,041*
Comportements agressifs généraux (N=108)			
	Oui n=73	Non n=35	Valeur <i>p</i>
Transmission de pensée	34 (48,6%)	8 (25,8%)	<i>p</i> <0,026*

¹Symptômes *Threat Control/Override*

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

1.3. Les sujets présentant un délire de type mystique sont-ils plus à risque de commettre un homicide que les sujets répondant (1) aux différents diagnostics du spectre psychotique, (2) aux autres délires et hallucinations ?

Pour répondre à cette question, des analyses khi-carré (voir tableau 17) ont tout d'abord été effectuées. Ces analyses ne démontrent aucun lien significatif entre le délire mystique et la probabilité de commettre un homicide. Les seules variables indépendantes qui montrent une association significative avec l'homicide sont le délire d'être contrôlé ($\chi^2(153)=4,483$, *p*<0,031) et les symptômes TCO ($\chi^2(157)=4,386$, *p*<0,026). Toutefois, la transmission de pensée ($\chi^2(151)=3,488$, *p*<0,055) et le TPA ($\chi^2(158)=3,782$, *p*<0,051) s'associent de façon marginalement significative à la probabilité de commettre un homicide

Tableau 17 : Homicides N=163

Homicides			
	Présence n=21	Absence n=142	Valeur p
Âge catégorie ¹	10 (47,6%)	65 (45,8%)	p<0,528
Degré de scolarité ²	16 (76,2%)	107 (76,4%)	p<0,585
Problème d'alcool	13 (61,9%)	72 (51,8%)	p<0,265
Problème de drogue	16 (76,2%)	94 (66,7%)	p<0,272
TPA ³ (DSM-III-R)	9 (47,4%)	36 (25,9%)	p<0,051
Schizophrénie	10 (47,6%)	75 (52,8%)	p<0,416
Trouble schizophréniforme	1 (4,8%)	1 (0,7%)	p<0,242
Trouble délirant	2 (9,5%)	18 (12,7%)	p<0,506
Trouble psychotique NS ⁴	5 (23,8%)	28 (19,7%)	p<0,426
Trouble schizo-affectif	3 (14,3%)	20 (14,1%)	p<0,599
Délire de référence	14 (70%)	79 (56,4%)	p<0,183
Délire de persécution	16 (76,2%)	85 (59,9%)	p<0,114
Délire de grandeur	13 (65%)	89 (62,7%)	p<0,525
Délire somatique	6 (30%)	30 (21,9%)	p<0,292
Autres délires	5 (26,3%)	34 (24,6%)	p<0,535
Délire d'être contrôlé	13 (65%)	53 (39,8%)	p<0,031*
Transmission de pensée	11 (57,9%)	47 (35,6%)	p<0,055
Hallucinations auditives	17 (81%)	97 (71,9%)	p<0,278
Hallucinations visuelles	9 (45%)	60 (45,1%)	p<0,593
TCO ⁵	19 (95%)	101 (73,7%)	p<0,026*
Délire mystique	11 (52,4%)	60 (43,2%)	p<0,288

¹Oui=plus de 35 ans - Non=moins de 35 ans, ²Oui=n'a pas complété ses études secondaires - Non= a complété ses études secondaires, ³Trouble de personnalité antisociale, ⁴Trouble psychotique Non Spécifié, ⁵Symptômes *Threat Control/Override*

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

Des analyses de régression logistique ont alors été effectuées afin d'étudier davantage ces trois variables et leur relation à l'homicide. Les résultats montrent toutefois qu'aucune combinaison des quatre variables n'est statistiquement significative. La combinaison délire d'être contrôlé et TCO a été omise car le diagnostic du premier fait partie du diagnostic du deuxième. En effet, pour rencontrer le critère du diagnostic TCO, le sujet doit rencontrer à la fois les critères du diagnostic lié au délire d'être contrôlé et du diagnostic lié au délire de persécution. Dans les régressions logistiques, la multicollinéarité est inacceptable. Chacune des variables doit alors être observée seule dans chaque

modèle de régression ce qui n'apporte rien par rapport à un simple test d'hypothèse.

Pour les mesures de violence auto-rapportées, le tableau 18 montre une tendance entre le délire de persécution, le délire de grandeur, la transmission de pensée et le risque de commettre un homicide.

Tableau 18: Mesure de violence auto-rapportée : Homicide

	Déjà tué quelqu'un (N=108)		Valeur <i>p</i>
	Présence n=13	Absence n=95	
Délire de persécution	12 (92,3%)	64 (67,4%)	<i>p</i> <0,056
Délire de grandeur	11 (84,6%)	55 (57,9%)	<i>p</i> <0,056
Transmission de pensée	8 (66,7%)	34 (38,2%)	<i>p</i> <0,060

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

Aucun des diagnostics du spectre psychotique (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, trouble délirant, trouble psychotique non spécifié) ne s'associe de façon significative à l'homicide ce qui vient confirmer la nécessité d'observer les symptômes au profit du diagnostic dans le cadre de l'homicide.

2. Délire mystique, TPA (Trouble de la Personnalité Antisociale) et Psychopathie

2.1. Les sujets souffrant d'un délire mystique ont-ils une plus grande probabilité de présenter un diagnostic complémentaire de trouble de la personnalité antisociale en comparaison des sujets souffrant d'autres types de psychose ou d'autres symptômes psychotiques?

Les résultats aux tests d'hypothèses simples khi-carré (tableau 19) montrent en effet que les sujets souffrant de délire mystique ont significativement une plus grande probabilité de présenter un diagnostic complémentaire de trouble de la personnalité antisociale en comparaison aux sujets souffrant d'autres types de psychose, de délire et d'hallucination ($\chi^2(155)=4,814$. $p<0,022$).

Tableau 19 : Diagnostics de psychose, symptômes psychotiques et trouble de la personnalité antisociale

Sujets souffrant d'un trouble de la personnalité antisociale N=158			
	Présence n=45	Absence n=113	Valeur p
Schizophrénie	21 (25,3%)	24 (32%)	$p<0,225$
Trouble schizophréniforme	0	45 (28,8%)	$p<0,510$
Trouble délirant	7 (35,0%)	38 (27,5%)	$p<0,327$
Trouble psychotique NS ¹	11 (34,4%)	34 (27%)	$p<0,268$
Trouble schizo-affectif	6 (28,6%)	39 (28,5%)	$p<0,588$
Délire de référence	23 (25,8%)	22 (33,3%)	$p<0,201$
Délire de persécution	28 (28,6%)	17 (28,3%)	$p<0,562$
Délire de grandeur	30 (30%)	15 (26,3%)	$p<0,382$
Délire somatique	8 (23,5%)	35 (29,7%)	$p<0,320$
Autres délires	10 (26,3%)	34 (29,8%)	$p<0,424$
Délire d'être contrôlé	22 (34,4%)	21 (24,7%)	$p<0,134$
Transmission de pensée	17 (30,4%)	26 (28,6%)	$p<0,480$
Hallucinations auditives	34 (31,2%)	11 (26,2%)	$p<0,347$
Hallucinations visuelles	21 (32,8%)	22 (26,2%)	$p<0,243$
TCO ²	35 (29,9%)	9 (25%)	$p<0,365$
Délire mystique	26 (37,1%)	18 (21,2%)	$p<0,022^*$

¹Trouble psychotique Non Spécifié, ²Symptômes *Threat Control/Override*

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

3.2. Les sujets souffrant de délire mystique en comparaison des autres types de sujets psychotiques, ont-ils des scores plus élevés à l'échelle de psychopathie de Hare, et correspondent-ils davantage aux sujets mixtes, c'est-à-dire possédant un score entre 20 et 29 à l'échelle?

Un test T de Student a été effectué afin de déterminer si les sujets souffrant de délire mystique obtiennent des scores plus élevés à l'échelle de psychopathie que les sujets ne souffrant pas de délire mystique. Les résultats montrent que les sujets souffrant de délire mystique n'obtiennent pas des scores plus élevés à l'échelle de psychopathie en comparaison de ceux ne souffrant pas de délire mystique ($t(101) = -0,180, p < 0,855$).

Des tests d'hypothèses simple du khi-carré ont aussi été effectués sur la variable dépendante non-psychopathe (score entre 0 à 19)/sujets mixtes (scores entre 20 et 29). Les sujets diagnostiqués psychopathes (score entre 30 et 40) ont été éliminés des analyses car ils représentaient 2,5% (4 sur 161) de l'échantillon; les inclure dans l'analyse pouvait induire un biais. Les résultats montrent que les sujets souffrant de délire mystique ne se retrouvent pas de façon statistiquement significative dans la catégorie des sujets mixtes ($\chi^2(155) = 0,170, p < 0,405$). En fait, aucun des types de psychose observés ne se distinguent de façon significative dans la catégorie des sujets mixtes (tableau 20).

Tableau 20 : Diagnostics de psychose, symptômes psychotiques et sujets mixtes

	Sujets mixtes N=157		Valeur p
	« Sujets mixtes » n=51	« Non psychopathes » n=106	
Schizophrénie	24 (28,2%)	27 (37,5%)	$p<0,144$
Trouble schizophréniforme	2 (100,0%)	49 (31,6%)	$p<0,104$
Trouble délirant	7 (35,0%)	44 (32,1%)	$p<0,490$
Trouble psychotique NS ¹	12 (41,4%)	39 (30,5%)	$p<0,180$
Trouble schizo-affectif	6 (28,6%)	45 (33,1%)	$p<0,445$
Délire de référence	25 (28,4%)	24 (36,4%)	$p<0,191$
Délire de persécution	28 (28,6%)	23 (39,0%)	$p<0,121$
Délire de grandeur	35 (35,4%)	16 (28,1%)	$p<0,225$
Délire somatique	9 (25,0%)	41 (35,3%)	$p<0,171$
Autres délires	13 (33,3%)	37 (33,0%)	$p<0,561$
Délire d'être contrôlé	20 (31,3%)	27 (32,1%)	$p<0,526$
Transmission de pensée	18 (32,7%)	29 (32,2%)	$p<0,546$
Hallucinations auditives	37 (34,3%)	13 (31,0%)	$p<0,427$
Hallucinations visuelles	22 (33,8%)	26 (31,7%)	$p<0,460$
TCO ²	34 (29,3%)	15 (42,9%)	$p<0,099$
Délire mystique	23 (33,3%)	26 (30,2%)	$p<0,405$

¹Trouble psychotique Non Spécifié, ²Symptômes *Threat Control/Override*

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

3. Délire mystique et adaptation personnelle et sociale

Les sujets présentant un délire mystique possèdent-ils de meilleures capacités d'adaptation sociale et un meilleur potentiel relationnel que les sujets souffrant d'autres délires, d'autres symptômes psychotiques ou d'un diagnostic psychotique?

Pour vérifier ces hypothèses, de simples Chi-carrés ont été effectués comparant les sujets souffrant de délire mystique aux scores de (1) la sous-échelle de l'adaptation personnelle et sociale du Phillips et (2) la sous-échelle de l'adaptation sexuelle pré-morbide du Phillips. Ces scores ont également été

comparés pour les sujets psychotiques souffrant d'autres types de délires, d'autres symptômes psychotiques ou d'un diagnostic psychotique. Les résultats (tableau 21) montrent que les sujets souffrant d'un délire mystique ont une meilleure adaptation personnelle et sociale ($\chi^2(145)=6,100, p<0,011$); ces derniers ne se distinguent toutefois pas sur la sous-échelle de l'adaptation sexuelle pré-morbide (tableau 22).

Par contre, les sujets souffrant d'un délire de persécution obtiennent des scores significativement plus faibles pour l'adaptation personnelle et sociale ($\chi^2(148)=4,450, p<0,026$).

Tableau 21 : Comparaison des différents sujets psychotiques aux scores de la sous-échelle d'adaptation personnelle et sociale du Phillips

	Adaptation personnelle et sociale N=148		
	Moyenne ou bonne n=114	Faible n=34	Valeur p
Schizophrénie	63 (55,3%)	21 (61,8%)	$p<0,319$
Trouble schizophréniforme	2 (1,8%)	0 (0,0%)	$p<0,592$
Trouble délirant	14 (12,3%)	2 (5,9%)	$p<0,237$
Trouble psychotique NS ⁴	20 (17,5%)	7 (20,6%)	$p<0,429$
Trouble schizo-affectif	15 (13,2%)	4 (11,8%)	$p<0,547$
Délire de référence	65 (58,6%)	17 (50%)	$p<0,247$
Délire de persécution	68 (59,6%)	27 (79,4%)	$p<0,026^*$
Délire de grandeur	72 (63,7%)	20 (58,8%)	$p<0,373$
Délire somatique	24 (21,8%)	9 (27,3%)	$p<0,332$
Autres délires	30 (27,3%)	5 (15,2%)	$p<0,115$
Délire d'être contrôlé	44 (40,7%)	16 (48,5%)	$p<0,278$
Transmission de pensée	40 (37,7%)	14 (43,8%)	$p<0,341$
Hallucinations auditives	78 (70,9%)	25 (80,6%)	$p<0,199$
Hallucinations visuelles	46 (43,0%)	17 (53,1%)	$p<0,209$
TCO ⁵	82 (75,2%)	29 (87,9%)	$p<0,093$
Délire mystique	56 (49,6%)	8 (25,0%)	$p<0,011^*$

¹Oui=plus de 35 ans - Non=moins de 35 ans, ²Oui=n'a pas complété ses études secondaires - Non= a complété ses études secondaires, ³Trouble de personnalité antisociale, ⁴Trouble psychotique Non Spécifié,

⁵Symptômes Threat Control/Override

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

Cependant, les sujets souffrant d'un trouble délirant ($\chi^2(158)=3,996, p<0,036$) et les sujets souffrant d'un trouble psychotique non spécifié ($\chi^2(158)=3,458, p<0,047$) démontrent de meilleures capacités relationnelles sur la sous-échelle de l'adaptation sexuelle pré-morbide du Phillips. Les sujets souffrant de schizophrénie ($\chi^2(158)=8,496, p<0,003$) et d'hallucinations auditives ($\chi^2(151)=10,832, p<0,001$) possèdent significativement de moins bons scores à cette dernière sous-échelle (Tableau 22).

Tableau 22 : Comparaison des différents sujets psychotiques aux scores de la sous-échelle d'adaptation sexuelle pré-morbide du Phillips

Adaptation sexuelle pré-morbide N=158			
	Moyenne ou bonne n=94	Faible n=64	Valeur <i>p</i>
Schizophrénie	41 (43,6%)	43 (67,2%)	<i>p</i> <0,003**
Trouble schizophréniforme	0	2 (3,1%)	<i>p</i> <0,163
Trouble délirant	16 (17,0%)	4 (6,3%)	<i>p</i> <0,036*
Trouble psychotique NS ⁴	23 (24,5%)	8 (12,5%)	<i>p</i> <0,047*
Trouble schizo-affectif	14 (14,9%)	7 (10,9%)	<i>p</i> <0,319
Délire de référence	53 (57,0%)	38 (61,3%)	<i>p</i> <0,358
Délire de persécution	54 (57,4%)	43 (67,2%)	<i>p</i> <0,143
Délire de grandeur	57 (60,6%)	42 (66,7%)	<i>p</i> <0,276
Délire somatique	20 (21,5%)	13 (22,0%)	<i>p</i> <0,546
Autres délires	22 (23,7%)	17 (28,8%)	<i>p</i> <0,300
Délire d'être contrôlé	36 (40,4%)	28 (45,9%)	<i>p</i> <0,310
Transmission de pensée	30 (34,5%)	25 (41,7%)	<i>p</i> <0,238
Hallucinations auditives	59 (63,4%)	51 (87,9%)	<i>p</i> <0,001***
Hallucinations visuelles	36 (40,0%)	31 (52,5%)	<i>p</i> <0,091
TCO ⁵	64 (71,1%)	52 (83,9%)	<i>p</i> <0,051
Délire mystique	44 (47,3%)	24 (38,7%)	<i>p</i> <0,186

¹Oui=plus de 35 ans - Non=moins de 35 ans, ²Oui=n'a pas complété ses études secondaires - Non= a complété ses études secondaires, ³Trouble de la personnalité antisociale, ⁴Trouble psychotique Non Spécifié, ⁵Symptômes *Threat Control/Override*

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

4. Typologie liée aux sujets souffrant de délire mystique

Parce que différentes variables entrent en jeu et interagissent pour chaque sujet dans le processus du passage à l'acte délictuel et violent, il semblait intéressant de pouvoir dégager des profils en rapport avec ces variables.

Dans le prolongement des analyses de regroupement envisagées par Magnusson (1998) c'est-à-dire qui sont orientées sur la personne et non sur les variables, des analyses de correspondances multiples ont été considérées afin de mettre en évidence un profil particulier lié au délire mystique, à la violence, à l'abus de substances psychoactives, aux scores à l'échelle de psychopathie et à l'adaptation sociale. Ce type d'analyses permet de rendre compte d'une approche taxinomique, rencontrant ainsi plus adéquatement le cadre conceptuel théorique dessiné dans ce travail. Cependant, parce que les hypothèses précédentes n'ont pu se vérifier pour le délire mystique dans le cadre de ce travail, il n'est plus pertinent de s'interroger sur un tel profil.

Chapitre VI : Discussion

L'objectif de ce travail était d'investiguer le lien entre le délire mystique et la violence. Un cadre conceptuel a été tracé sur base d'une approche théorique de nature psychodynamique afin d'apporter une compréhension de la dynamique causale. Ce cadre conceptuel a été complété par une revue de la littérature empirique. Les hypothèses portaient sur le lien entre la présence de délire mystique et les comportements délictuels et violents, en particulier l'homicide. En vue de dégager un profil éventuel des sujets souffrant de délire mystique, ces derniers ont été comparés à d'autres sujets psychotiques quant à leurs capacités d'adaptation sociale. Leurs résultats à l'échelle de psychopathie ont également été pris en compte.

La discussion de ce travail reprendra tout d'abord les résultats observés en regard des différentes hypothèses émises. Ceux-ci seront ensuite discutés et interprétés dans le cadre de la littérature empirique existante. Finalement, une discussion des résultats à la lumière des concepts théoriques psychodynamiques dégagés antérieurement sera proposée.

Pour ce qui est du lien entre la présence d'un délire mystique et la violence, aucune des hypothèses avancées n'a pu être soutenue. En effet, que la violence soit considérée sous une forme catégorielle (absence/présence) ou sous la forme d'un continuum (degré de sévérité), aucune comparaison entre le délire mystique et la violence n'a pu être isolée. Les analyses effectuées sur l'ensemble

de l'échantillon, c'est-à-dire sur les sujets provenant des deux projets de recherche combinés, ne montrent aucun lien significatif avec les comportements violents, que ce soit sur base des informations provenant du dossier criminel ou des données issues des mesures auto-rapportées.

Des analyses complémentaires ont été menées afin d'essayer de dégager un lien entre délire mystique et comportements violents en fonction de la provenance de l'échantillon, d'une part, sur base du projet de recherche sélectionné (« facteurs de risque » versus « spécificité clinique »), et d'autre part, au regard du statut légal des sujets (mise sous garde, non responsables, condamnés, hospitalisés en hôpital psychiatrique général). Les résultats indiquent une relation significative, bien que faible ($\chi^2(55)=4,70, p<0,033$), entre le délire mystique et les délits violents pour l'échantillon « spécificité clinique ». Cependant, aucune différence significative n'apparaît au regard des comportements violents dans le cadre du projet de recherche « facteurs de risque ». Alors que la présence de délire mystique pour les sujets du projet « spécificité clinique » augmente le risque de commettre un acte violent, à l'opposé, la présence d'un délire mystique chez les sujets provenant du projet « facteurs de risque » diminue le risque de violence. Pour ce qui est de l'influence du statut légal du sujet sur le lien entre la présence de délire mystique et la violence, il semble que cette relation évolue indépendamment du statut légal. Aucune interaction significative n'a été observée entre le délire mystique et la sévérité de la violence au regard du statut

légal des sujets, que la violence soit considérées sous forme catégorielle ou sous forme de continuum.

Comment expliquer ces résultats non significatifs au vu de la littérature empirique? Tout d'abord, le lien entre délire mystique et violence a été très peu exploré dans la littérature scientifique. Dans l'ensemble des recherches recensées, seule l'étude de Derouin (1996) s'est réellement penchée sur le délire mystique tel que défini dans ce travail. Derouin (1996) a montré que le délire mystique différenciait significativement les sujets violents des sujets non-violents sur l'échantillon des 55 sujets du projet « spécificité clinique » repris dans ce travail. Les sujets avaient 27.1 fois plus de chances de commettre un acte violent si le délire mystique était associé simultanément à un diagnostic d'abus de substance psychoactive et, un diagnostic primaire de trouble délirant ou de trouble spécifique non spécifié. La seule présence d'un délire mystique s'alliait de façon faiblement significative aux comportements violents ($p < 0,03$). Par ailleurs, DePauw et Szulecka (1988) ainsi que Silva et collaborateurs (1995), dans des études sur le syndrome d'identification erronée (*Misidentification Syndrome* : MS), un syndrome pouvant envelopper dans sa définition le délire mystique, montraient que les patients souffrant de ce type de syndrome avaient une plus grande probabilité de commettre des actes violents. Toutefois, cette étude portait de nouveau sur un nombre restreint de sujets ($n=50$) et le syndrome d'identification erronée ne correspond pas *stricto sensu* au délire mystique tel que défini dans ce travail. Mis à part ces deux travaux, ce sont plutôt des

analyses de cas qui ont été rapportées dans la littérature scientifique (Silva et al., 1997).

Au vu des résultats, la question de la définition du délire mystique telle que reprise dans ce travail mérite d'être posée. La définition de Derouin (1996), qui se base sur les travaux de Ey (1952; 1973), repose en effet sur une acception large du délire mystique. Une définition plus circonscrite de celui-ci, qui se rapporterait davantage au délire messianique, pourrait peut-être s'inscrire plus fortement dans la relation aux comportements violents. Le délire messianique, qui se définit par une identification au messie, à un être supérieur doué d'une mission salvatrice, semble en effet mieux correspondre au cadre théorique développé ici, qui cherche à établir la relation entre présence d'un Soi grandiose et violence, voire homicide. Cet aspect sera discuté plus en détails dans la partie psychodynamique de la discussion. Par ailleurs, le syndrome d'identification erronée étudié par DePauw et Szulecha (1988) ainsi que Silva et collaborateurs (1995) fait aussi appel à une définition plus limitée qui s'approche du délire messianique. Le syndrome d'identification erronée se caractérise en effet par un trouble délirant basé sur une identification à un être supérieur, par exemple Dieu ou l'Antéchrist. Ceci peut venir expliquer les résultats significatifs des études de ces derniers auteurs.

Une deuxième question qui vient se poser au vu des résultats de ce travail est l'hétérogénéité de la provenance des sujets mais également la taille de l'échantillon. Pour ce qui est de l'hétérogénéité de l'échantillon, Derouin (1996)

obtenait des résultats statistiquement significatifs entre les sujets souffrant de délire mystique et les comportements violents. Cependant, l'étude de ce dernier se penchait sur un groupe spécifique de sujets délirants mystique (hospitalisation en psychiatrie générale et détention en établissement fédéral). Dans le cadre de cette thèse, l'échantillon se compose de sujets appartenant à quatre statuts légaux différents (mise sous garde, non responsables, condamnés et hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général). La pluralité, l'hétérogénéité de l'échantillon de notre étude semble plutôt comporter une force méthodologique permettant d'éviter une généralisation erronée du lien entre délire mystique et violence. En effet, travailler sur un échantillon trop homogène comporte le risque de mener à une fausse représentation du lien entre délire mystique et violence, ce qui est le cas lorsque seuls les patients du projet «Spécificité clinique» sont considérés.

Quant à la taille de l'échantillon, la présente étude porte sur 163 participants, ce qui est une taille tout à fait appréciable dans le cadre d'une recherche quantitative. En conclusion, il ne semble pas possible d'avancer que la taille et l'hétérogénéité de l'échantillon influe les résultats de cette étude.

Cependant, la violence est un aspect complexe et il est parfois difficile de l'approcher de façon suffisamment spécifique.

Puisque la littérature scientifique, bien que controversée à ce sujet (Monahan et al., 2001), rapporte que, chez les personnes souffrant de psychose, les symptômes positifs sévères peuvent être associés aux comportements violents

(Link et al., 1992 ; Swanson, 1994), le délire étant le symptôme le plus associé avec la violence (Taylor, 1985), il semblait pertinent d'observer, dans le cadre de cette thèse, quels étaient les différents délires qui s'associaient de façon significative aux délits violents. Toutefois, aucun des autres délires observés dans le cadre de cette étude ne semblent s'associer directement aux délits violents. De même, sur base des principes statistiques dégagés par Hosmer et Lemeshow (1989), lorsque sont considérées les variables qui différencient les sujets violents des sujets non-violents à un niveau de signification de 0,25, afin de les faire entrer dans un modèle de régression, le délire d'être contrôlé et la transmission de pensée ne semblent rien apporter au modèle de prédiction qui comprend l'alcool, l'âge (supérieur à 35 ans), le trouble de la personnalité antisociale et le trouble psychotique non spécifié. Le délire d'être contrôlé et la transmission de pensée ne présentent aucun lien significatif avec les délits violents. Également, le délire de persécution ne montre aucun lien significatif avec la présence ou l'absence de délits violents, alors que ce symptôme est généralement rapporté dans la littérature scientifique comme associé à la violence (Arseneault et al., 2000 ; Bjorkly & Havik, 2003 ; Hodgins et al., 2003 ; Link & Stueve, 1994 ; Link et al., 1998 ; 1999 ; Stompe et al., 2004). Ces résultats plutôt s'inscrivent dans la lignée des résultats de l'étude *MacArthur* (Appelbaum et al., 2000 ; Monahan et al., 2001).

Par ailleurs, alors que les études publiées récemment soutiennent l'idée de la nécessité de se déplacer du diagnostic aux symptômes pour l'étude de

l'évaluation du risque, dans la présente étude, le trouble psychotique non spécifié augmente significativement le risque de commettre un délit violent. Ceci corrobore les résultats de l'étude de Côté et Lesage (1995) sur des personnes souffrant de troubles mentaux graves, où les différences d'un point de vue des diagnostics primaire et complémentaire sont fonction de la provenance des sujets étudiés, soit les milieux carcéral et hospitalier psychiatrique général. L'étude de Côté et Lesage (1995) relève une prévalence significativement plus élevée de sujets rencontrant les critères diagnostiques du trouble psychotique non spécifié et du trouble délirant dans le milieu carcéral comparativement à la population issue du milieu hospitalier de psychiatrie générale qui présente quant à elle une prévalence significativement plus élevée de sujets répondant au diagnostic de schizophrénie. Également, dans notre étude, le trouble psychotique non spécifié s'associe davantage au risque de commettre des délits violents quand il est observé en combinaison avec l'abus ou la dépendance à l'alcool, un âge supérieur à 35 ans et le trouble de la personnalité antisociale.

Comme il l'a été mentionné précédemment, chez les patients atteints de troubles mentaux, la présence d'alcool et le trouble de la personnalité antisociale jouent également un rôle important sur la capacité de prédiction des délits violents. En effet, le trouble de la personnalité antisociale, quand il est combiné à un trouble psychotique, peut jouer à lui seul un rôle majeur dans l'association avec les délits violents (Côté & Lesage, 1995; Hodgins et Janson., 2002; Hodgins et al., 2003; Taylor et al., 1998). Ceci vient corroborer les résultats de multiples études

sur l'évaluation du risque (Arseneault et al., 2000 ; Brennan et al., 2000; Eronen et al., 1996 a,b, & c; Hodgins et Côté, 1990 ; Hodgins, 1992 ; 1993 ; Lindqvist et al., 1986; Monahan et al., 2001; Swanson et al., 1990). En effet, en milieu carcéral, là où une majorité de double diagnostics est rencontrée, une grande partie des détenus présentent une comorbidité élevée avec des troubles d'abus/dépendance à l'alcool ou aux drogues, ainsi qu'un trouble de la personnalité antisociale (Côté & Hodgins, 1990). Si l'alcool peut ainsi avoir une influence directe sur le passage à l'acte violent, il est toutefois difficile de différencier si l'impact vient d'une longue histoire d'abus ou d'un moment ponctuel d'intoxication (Collins & Schlenger, 1988; Lindqvist, 1991). Finalement, dans la présente étude, le diagnostic de schizophrénie est associé de façon négative à la présence d'un acte violent. Cette observation ne corrobore pas les résultats des recherches empiriques de ces dernières années (pour une revue de la littérature : Hodgins & Janson, 2002) et vient plutôt conforter les résultats de l'étude de Harris et collaborateurs (1993). Dans leur étude, ces auteurs montraient que la schizophrénie définie selon les critères du DSM-III était négativement corrélée à la récurrence violente. Au vu des résultats de notre étude, l'une des explications possibles peut être que la schizophrénie n'a pas été définie de façon spécifique dans la plupart des recherches antérieures et qu'elle englobait ainsi dans sa définition d'autres diagnostics comme le trouble schizophréniforme, le trouble délirant et le trouble psychotique non spécifié. Le type de schizophrénie (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié ou

résiduel) entrant en jeu dans la probabilité de commettre un acte violent n'a par ailleurs pas été investiguée dans la présente étude. Or, la littérature illustre le rôle différentiel du type de schizophrénie sur le degré de sévérité et le type de délit commis (Krakowski et al., 1986 ; Tardiff & Sweillam, 1980b ; Tardiff, 1983 ; Taylor, 1985 ; Taylor et al., 1998).

Pour ce qui est de l'homicide, un lien significatif avec le délire d'être contrôlé et les symptômes TCO a été mis en évidence. Par ailleurs, le délire d'être contrôlé et les symptômes TCO ne peuvent pas être observés en interaction puisque le diagnostic du premier fait partie du diagnostic du second. Il est intéressant de noter que les symptômes TCO sont associés positivement au risque de commettre un homicide mais ne s'associent pas au risque de commettre un délit violent. L'hypothèse d'une différence en fonction de la nature et du type de l'acte violent se voit renforcée. Cette observation conforte également les résultats mis en évidence par Stompe et collaborateurs (2004). Dans une étude comparative portant sur 119 hommes schizophrènes ayant commis des crimes et ayant été jugés légalement non responsables de leurs actes, Stompe et collaborateurs (2004) montrent que, bien que les symptômes TCO ne différencient pas les sujets sur la présence ou l'absence de comportements violents, ils sont associés significativement au degré de sévérité et au type de la violence. Il n'est évidemment nul besoin de préciser que l'homicide correspond bien à une forme particulière de violence.

Le délire mystique s'associe positivement avec la présence d'un trouble de la personnalité antisociale. Cependant, aucune association positive n'est mise en évidence entre le délire mystique et les scores observés à l'échelle de psychopathie d'une part, et les catégories dégagées sur base de l'échelle de psychopathie d'autre part. Les sujets souffrant de délire mystique ne se retrouvent pas davantage dans la catégorie des sujets dits « mixtes », c'est-à-dire des sujets obtenant des scores entre 20 et 29 sur l'échelle de psychopathie de Hare (Hare, 1991), ce qui infirme l'hypothèse émise dans notre étude. Ceci peut s'expliquer par le fait que les sujets dits mixtes, puisqu'ils possèdent significativement de plus hauts scores sur l'échelle de psychopathie, devraient se comporter de façon significativement plus violente. Or, au regard des résultats obtenus dans ce travail sur l'association entre le délire mystique et la violence, les sujets délirant mystiques ne semblent pas se définir comme des sujets particulièrement violents.

De prime abord, la raison pour laquelle les sujets souffrant de délire mystique présentent de façon significative une comorbidité plus élevée avec le trouble de la personnalité antisociale que les autres sujets de l'étude, reste cependant peu claire et difficile à expliquer, surtout en présence d'un trouble de la personnalité qui, comme mentionné plus haut, se trouve fortement associé aux actes délictuels non-violents et violents. Toutefois, ce résultat devient intéressant s'il est lu à la lumière des résultats présentés ci-dessous sur le délire mystique et l'adaptation sociale.

En effet, pour ce qui est de la relation entre le délire mystique et l'adaptation sociale, l'hypothèse d'une relation significative entre la présence d'un délire mystique et l'adaptation personnelle et sociale se confirme. Or, comme il l'est mentionné dans l'étude de Côté et Lesage (1995), le trouble de la personnalité antisociale associé à la psychose peut constituer une force pour le fonctionnement social, un arrimage à la réalité, une forme d'adaptation sociale. Au plan comportemental, la conduite antisociale exige plus d'organisation et de capacités relationnelles.

Les sujets souffrant de délire mystique ne se distinguent toutefois pas des autres sujets psychotiques au vu de leurs scores à la sous-échelle de l'adaptation sexuelle pré-morbide. Ils ne semblent pas être différents des autres sujets quant au nombre d'unions ou de relations maritales. Par contre, les sujets souffrant d'un trouble délirant et d'un trouble psychotique non spécifié se distinguent de façon significative dans leurs relations intimes par de meilleures capacités à développer de tels liens. Cette dernière observation s'inscrit dans la lignée des résultats de l'étude comparative de Côté et Lesage (1995) dans laquelle les auteurs démontrent que les sujets violents, provenant du milieu carcéral et qui répondent significativement plus aux diagnostics de trouble psychotique non spécifié et de trouble délirant, possèdent de meilleures capacités d'adaptation notamment au plan relationnel, ce qui peut prendre la forme de la présence d'une relation de couple.

Ceci permet un retour intéressant sur les aspects psychodynamiques discutés dans le chapitre théorique. Ceux-ci traitaient des mécanismes et processus psychodynamiques possiblement à l'œuvre dans le fonctionnement du sujet souffrant de délire mystique. Pour tenter de comprendre le passage à l'acte violent, des modes d'organisations psychiques sous-jacents aux manifestations comportementales ont été mis en évidence. Des hypothèses ont été dégagées et il s'agit maintenant de les confronter aux résultats empiriques.

Pour rappel, les propositions théoriques s'articulaient autour d'un développement qui postulait tout d'abord la présence d'une émanation du Soi grandiose chez les sujets délirants mystiques.

Une des propositions avancées soulevait ce fait qu'entre le Soi grandiose tel qu'il est observé chez les personnalités narcissiques selon Kernberg (1980) et Kohut (1971), et les mécanismes en jeu dans le cadre d'une psychose accompagnée d'un délire mystique, il n'y avait pas une stricte correspondance mais plutôt un parallélisme heuristiquement intéressant.

Ce parallélisme reposait notamment sur un modèle d'aménagement psychique où la frontière entre les différentes instances et les représentations de soi et d'objet s'avérait floue, cette porosité favorisant dès lors le développement d'un Soi grandiose. Cet aménagement typique des personnalités narcissiques, même si elle n'atteint pas *stricto sensu* la fragmentation caractéristique de la psychose, peut, dans une certaine mesure, s'y apparenter. Etait discuté également le fait qu'il subsiste dans ce type d'aménagement psychique une angoisse primitive

d'attaque et de destruction, issue de la persistance des pulsions archaïques, qui peut déterminer un passage à l'acte motivé d'abord et avant tout par un sursaut de survie face à des sentiments intolérables d'écrasement et de dévalorisation. Enfin, l'expansion caractéristique du délire mystique, qui met le sujet en contact avec des « forces surnaturelles et le monde céleste », selon la définition d'Henri Ey (1952 ; 1973), fait écho au sentiment de toute-puissance et d'inflation du Soi que le Soi grandiose s'efforce de conserver à tout prix. Dans les formes diverses que peut prendre le délire mystique, tant le traumatisme d'une rupture dans une « relation fusionnelle manquante » (Ledoux, 1980) qui unit le sujet à un « Autre » divin venant palier à l'absence, que l'atteinte de la lignée réelle qui amène le psychotique à s'inventer une filiation imaginaire divine ou démoniaque (Guyotat, 1980), sont des solutions délirantes visant à rétablir la primauté du narcissisme primaire, caractérisé par un sentiment de toute-puissance et par un désir d'incorporation de l'autre. Ces accès défensifs à une transcendance font écho à la démesure et à l'hypertrophie du Soi grandiose.

Dès à présent, et au vu des résultats empiriques, l'hypothèse selon laquelle l'un des aspects du délire mystique, tel que défini dans cette étude, pourrait être en relation avec l'inscription d'une forme de Soi grandiose hérité du narcissisme pathologique demande à être nuancée quant à ses conséquences en termes de passage à l'acte violent. En effet, il semble qu'il puisse exister des cas où le délire mystique, sur base de la définition de Derouin (1996), s'inscrit d'emblée comme mécanisme protecteur dans la structure psychotique, sans que celle-ci ait

présenté des symptômes liés à la présence d'un Soi grandiose. En d'autres termes, une façon d'expliquer l'absence de lien significatif dans les résultats empiriques entre délire mystique et violence pourrait venir du fait que le Soi grandiose n'est pas nécessairement articulé avec la présence d'un délire de type mystique tel qu'il est défini par Derouin (1996). En effet, là où le Soi grandiose s'inscrit dans des structures peu différenciées, il repose malgré tout sur des fondations où le Moi est moins affaibli que dans le cadre d'une psychose. Le délire mystique, tel que défini dans cette étude, – certaines formes de celui-ci, en tout cas – pourraient donc « protéger », d'une certaine façon, l'intégrité du sujet psychotique dont la structure psychique n'a pas permis que s'installe un Soi grandiose. Par contre, dans le cas de personnalités narcissiques, la confrontation à un autre décevant ou menaçant, à un certain point où le Soi grandiose n'est plus en mesure de faire barrage, ne peut qu'entraîner un sentiment de rage dévastateur, vu la constitution du Moi, aussi minimale fut-elle. Il est ainsi possible de rappeler ici l'intérêt d'une définition plus circonscrite du délire mystique tel le délire messianique, qui se définit par une identification au messie, à un être supérieur doté d'une mission salvatrice ? Le délire messianique ne s'inscrit-il pas ainsi davantage dans l'expression d'un Soi grandiose ? La définition de Ey (1952 ; 1973) parle de contact, de communication avec des forces surnaturelles et le monde céleste mais, contrairement au délire messianique, elle ne fait pas directement référence à une identification du sujet à ceux-ci au travers de son délire. Le délire messianique s'approcherait ainsi

davantage de la notion de toute-puissance du narcissisme primaire et, plus loin, de l'expression d'une forme de Soi grandiose.

Ainsi, si le délire mystique, au sens large, et le Soi grandiose peuvent fonctionner de manière indépendante l'un de l'autre, il est des cas où le délire semble bien emboîter le pas au Soi grandiose. En cela, le contenu et les thèmes du délire, qui sont diverses, sont peut-être une donnée symptomatique importante, et cela également au regard de la polarité du Bien *versus* des formes maléfiques telle qu'exprimée dans le contenu du délire. Les idées délirantes et leur contenu expriment les rapports du Moi du psychotique avec le monde. S'identifier à Dieu ou entendre la voix de Satan n'est pas significatif du même rapport au monde et la béatitude de l'un porte à d'autres conséquences, en termes de mécanismes défensifs, que les injonctions terrorisantes de l'autre. Par analogie, rappelons que l'irruption de « voix » étrangères lors d'un événement d'hallucination auditive donnera lieu à des attitudes différentes selon les sujets : certains s'en sentiront victimes, d'autres – tels les sujets schizophrènes, dont on sait qu'ils présentent une meilleure résistance aux injonctions hallucinatoires – les ignoreront autant que faire se peut, là où d'autres encore auront tendance à s'identifier comme étant à l'origine de ces « voix », ce qui peut alors entraîner des comportements violents (Hellerstein et al., 1987). Ces différences de réaction au sein des psychoses peuvent également permettre de penser que l'absence de liens significatifs entre délire mystique et violence peut être attribuable à pareil polymorphisme de réaction face au délire mystique.

En ce qui concerne la violence, il a été avancé que lorsqu'elle apparaît, elle s'apparenterait à la violence fondamentale telle que définie par Bergeret (1984). Cette forme de violence relève de mécanismes primaires et d'un instinct de conservation où la destruction de l'objet n'a qu'une valeur secondaire par rapport au maintien et à la conservation du sujet.

A cet égard, la présence ou l'absence d'un prolongement d'une forme du Soi grandiose à l'intérieur de la configuration du délire mystique n'entraîne pas véritablement de différence significative pour le raisonnement. En effet, qu'il s'agisse d'une psychose où la déstructuration du système psychique n'a pu rendre possible l'émanation d'un Soi grandiose ou qu'à l'inverse, la fragmentation et la perte d'adhésion à la réalité s'inscrivent dans les effets de troubles narcissiques graves tendant à la psychose, la réponse violente répond, dans ses grandes lignes, à une même logique tournée vers l'auto-conservation à la différence des états névrotiques. D'une part, la pression psychique induite par l'angoisse de morcellement propre aux épisodes aigus de psychose, combinée à une mentalisation déficiente caractéristique de celle-ci, entraînent que, dans certains cas, seul le passage à l'acte apparaît comme une solution à même de soulager le sujet des tensions internes intolérables. D'autre part, si une brèche est forcée dans le Soi grandiose et que la prééminence de celui-ci se voit menacée, c'est toute l'identité du sujet qui risque l'anéantissement. Là encore, une réponse possible pour rétablir le sentiment d'invulnérabilité et de toute-puissance sur lequel le sujet se maintient en équilibre est le passage à l'acte qui,

même s'il est tourné vers la destruction de l'objet, s'inscrit d'abord dans une nécessité de répondre à la menace qui pèse sur l'intégrité du sujet.

Finalement, les sujets délirants mystiques de cette étude se montrent significativement plus adaptés socialement et d'un point de vue interpersonnel que les autres sujets souffrant d'autres types de délires, en particulier les sujets schizophrènes pour qui nous avons des résultats significatifs montrant une très pauvre adaptation. D'un point de vue psychodynamique, deux hypothèses quant à cette capacité d'adaptation sociale et interpersonnelle sont envisageables.

Premièrement, il se pourrait que le délire mystique ou, à tout le moins, certaines formes de délires mystiques, se développent sur une structure psychotique moins archaïque, offrant au sujet un arrimage plus adéquat à la réalité. Le fait que, dans cette hypothèse, le Moi soit moins éclaté et que le narcissisme s'ancre dans une pseudo-construction de Soi grandiose, permettrait une certaine adaptation dans le sens où ces sujets seraient moins vulnérables à la moindre blessure narcissique. La différenciation entre Moi et non-Moi étant plus marquée, cela rendrait possible une certaine adaptation sociale, en opposition au schizophrène retraitiste dont la confrontation au monde extérieur comporte une trop grande menace de morcellement.

Deuxièmement, un autre élément envisageable tient compte du contenu mystique du délire. Chez le sujet sain, le mysticisme est une modalité de symbolisation. Chez le psychotique, la dimension mystique du délire témoigne peut-être d'une tentative d'arrimage à un système symbolique, en d'autres termes

à une réalité plus proche du sujet socialement fonctionnel. En effet, comme Rosolato (1969) en a émis l'hypothèse, un délire mystique peut, de manière sous-jacente, tendre à reconstruire, à travers des personnages idéalisés, une forme de triangulation oedipienne. La filiation délirante dans laquelle le sujet s'inscrit s'organise autour d'un simulacre d'organisation oedipienne reconstituée sur des bases idéales où, malgré la fragilité, quand ce n'est pas l'interchangeabilité des places des figures paternelle et maternelle, on assiste malgré tout à l'apparition d'une ébauche de système symbolique.

Chapitre VII. Conclusion

L'objectif premier de cette étude était d'investiguer le lien entre le délire mystique et les comportements violents, en particulier l'homicide. Elle se proposait également d'observer si le délire mystique constitue un meilleur facteur de prédiction que d'autres types de délires et si, dans le contexte des troubles mentaux relevant du spectre psychotique, le symptôme peut être un facteur de prédiction des comportements violents plus robuste que le diagnostic. Les résultats obtenus infirment le lien entre le délire mystique tel que défini dans ce travail et les délits en général ou la violence. Les sujets souffrant de délire mystique ne démontrent pas une probabilité significativement plus élevée de commettre des actes violents. De même, les sujets souffrant de délire mystique, comparativement aux autres sujets psychotiques observés, ne présentent pas des scores plus élevés à l'échelle de psychopathie de Hare et ne se retrouvent pas davantage dans la catégorie dite des « cas mixtes ». Toutefois, les sujets souffrant de délire mystique rencontrent, significativement plus que les autres sujets psychotiques, les critères du diagnostic complémentaire de trouble de la personnalité antisociale. Finalement, les résultats montrent que l'hypothèse d'une relation significative entre la présence d'un délire mystique et l'adaptation personnelle et sociale est maintenue. Les sujets souffrant de délire mystique se distinguent ainsi des autres sujets psychotiques par une dynamique relationnelle et sociale particulière.

La présente étude montre par ailleurs que seul le trouble psychotique non spécifié augmente significativement le risque de commettre un délit violent. Le trouble psychotique non spécifié s'associe davantage au risque de présenter des comportements violents quand il est observé en combinaison avec l'abus ou la dépendance à l'alcool, un âge supérieur à trente-cinq ans et un trouble de la personnalité antisociale. Aucun des autres délires observés ne se trouvent associés significativement aux délits violents. Par contre, pour ce qui est de l'homicide, un lien significatif avec le délire d'être contrôlé et les symptômes TCO a été mis en évidence.

Par ailleurs, bien que notre hypothèse de départ ne se voit pas validée, la prise en compte d'une limite méthodologique importante comprenant l'aspect peut-être trop large de la définition du délire mystique dans ce travail pourrait contribuer à fournir davantage d'informations sur certains aspects du délire mystique et sa relation aux comportements violents. En définitive, une définition plus circonscrite du délire mystique comme le délire messianique, bien que ce dernier ne soit pas directement documenté dans la littérature scientifique, pourrait éventuellement permettre de poursuivre l'étude des manifestations de la violence fondamentale, dans ses aspects psychodynamiques, en regard du comportement violent, dans l'aspect plus empirique de la démarche. Le délire messianique, de par sa définition, se caractérisant par une identification à un être supérieur, par exemple Dieu ou l'Antéchrist, peut mieux correspondre au cadre

théorique développé sur la relation entre présence de Soi grandiose et violence, voire l'homicide développé dans la partie théorique de ce travail.

Également, bien que les résultats peuvent apparaître décevant au regard des hypothèses et notamment du contexte théorique psychodynamique développé, un des résultats, soit le lien entre le délire mystique et l'adaptation sociale, qui peut être exprimé au travers de la comorbidité significative de ces sujets avec un trouble de la personnalité antisociale, vient soutenir partiellement les hypothèses psychodynamiques pour la recherche chez le délirant mystique. Les hypothèses psychodynamiques sur le lien entre le délire mystique et la violence fondamentale ne sont ainsi pas nécessairement à rejeter. Il semble qu'un lien plus complexe puisse être exploré sous l'angle de l'adaptation sociale de ces sujets traduisant un sentiment de survie, d'adaptation, d'auto-conservation.

Finalement, la présence des résultats obtenus sur les différents délires et la violence signale la pertinence pour les recherches futures, d'investiguer davantage le lien entre les symptômes TCO, le délire d'être contrôlé et les comportements très violents, tel l'homicide.

Références:

Addad, M., & Bénézech, M. (1977). Schizophrénie et délinquance. Enquête médico-sociale chez 116 psychotiques, dont 63 délinquants, hospitalisés en centres hospitaliers spécialisés. *Annales médico-psychologiques*, 1, 1-33.

Addad, M., Bénézech, M., Bourgeois, M., & Yesavage, J. (1981). Criminal acts among schizophrenics in French mental hospital. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 169, 289-293.

Akman, D. D., & Normandeau, A. (1966). *Constructing a crime and delinquency index in Canada*. Montreal, Quebec: Center for the Study of Criminal Statistics, Department of Criminology, University of Montreal.

Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: data from Mac Arthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 566-572.

Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Roth, L. H. (1999). Dimensional approaches to delusions: Comparison across types of diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1938-1943.

Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-986.

Balier, C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris : PUF.

Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris: PUF.

Beck, J. C., & Wencil, H. (1998). Violent crime and axis I psychopathology. In A. E. Skodol (Ed.), *Psychopathology and violent crime* (pp. 1-27). Washington DC: American Psychiatric Press.

Belfrage, H. (1998). New evidence for a relation between mental disorder and crime. *British journal of Criminology*, 38, 145-154.

Bénézech, M., Addad, M., & Grasset, A. (1981). Criminologie et psychiatrie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie*, 10, 1-19.

Bergeret, J. (1974). *La dépression et les états-limites*. Paris: Payot.

- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris: Dunod.
- Bergeret, J. (1985). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1998) Actes de violence: réflexion générale. In F. Millaud, (Ed.), *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques* (pp. 9-14). Paris : Masson.
- Berkowitz, D. (1977). The vulnerability of the grandiose self and the psychotherapy of acting out patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77 (4), 13.
- Bjorkly, S. (2000). High risk factors for violence : Emerging evidence and its relevance to effective treatment and prevention of violence in psychiatric wards. In S. Hodgins (Ed.), *Violence among the mentally ill : Effective treatments and management strategies* (pp. 237-250). Dordrecht, The Netherlands : Kluwer Academic Publishers.
- Bjorkly, S. (2002a). Psychotic symptoms and violence towards others - A literature review of some preliminary findings: Part 1. delusions. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 617-631.
- Bjorkly, S. (2002b). Psychotic symptoms and violence toward others - A literature review of some preliminary findings: Part 2. hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 605-615.
- Bjorkly, S., & Havik, O. E. (2003). TCO Symptoms as markers of violence in a sample of severely violent psychiatric inpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2, 87-97.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Thompson, A. H., & Dyck, R. J. (1998). Psychiatric disorders in the population and in prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 273-279.
- Brennan, P. A., Mednik, S. A., & Hodgins, S. (2000). Psychotic disorders and criminal violence in a total birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- Bougerol T., Huber J. P., Liauzu J. P., Trouvé, J-N., & Scotto, J-C. (1996). Article Schizophrénie. In A. Porot (Ed.), *Manuel alphabétique de psychiatrie*, (pp. 619-630) (7è ed). Paris : PUF.

- Brink, J., Doherty, D., & Boer, A. (2001). Mental disorders in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 339-356.
- Buchanan, A. (1993). Acting on delusion: A review. *Psychological Medicine*, 23, 123-134.
- Buchanan, A. (1997). The investigation of acting on delusions as a tool for risk assessment in the mentally disordered. *British Journal of Psychiatry*, 170, 12-16.
- Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Garety, P., Taylor, P., Grubin, D., & Dunn, G. (1993). Acting on delusions II. The phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry*, 163, 77-81.
- Buie, D. H. Jr., & Adler, G. (1973). The uses of confrontation in the psychotherapy of borderline cases. In G. Adler & P. Myerson (Eds.) *Confrontation in psychotherapy* (pp. 123-162). New York : Science House.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1987). L'acting-out, quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique. *Revue Française de Psychanalyse*, 51, 1083-1099.
- Cheung, P., Schweitzer, I., Crowley, K., & Tuckwell, V. (1997). Violence in schizophrenia: Role of hallucinations. *Schizophrenia Research*, 26, 181-190.
- Cleckley, H. M. (1976). *The mask of sanity* (5th. Ed.) St. Louis, MO : Mosby.
- Cohen, C. I. (1980). Crime among mental patients: A critical analysis. *Psychiatric Quarterly*, 52, 100-107.
- Collins, J. J., & Schlenger, W. E. (1983) *The prevalence of psychiatric disorder among admissions to prison*. Paper presented at the 35th Annual Meeting of the American Society of Criminology, Denver, CO.
- Collins, J. J., & Schlenger, W. E. (1988). Acute and chronic effects of alcohol use on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 516-521.
- Cooke, D. J. (1994). *Psychological disturbance in the Scottish prison system: Prevalence, precipitants and policy*. Scotland: Scottish Prison Service Occasional Papers.

Côté, G. (2000a). Vers une définition de la psychopathie. In T. H. Pham & G. Côté (Eds.), *Psychopathie: théorie et recherche* (pp. 21-47). Villeneuve d'Asq, France : Presses universitaires du Septentrion.

Côté, G. (2000b). Commentary. In S. Hodgins (Ed.), *Violence among the mentally ill: Effective treatments and management strategies* (pp. 49-57). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Côté, G., & Hodgins, S. (1990). Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18, 271-283.

Côté, G., & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89-99.

Côté, G., & Hodgins, S. (1996). *L'échelle de psychopathie de Hare-Révisée (PCL-R): Éléments de la validation française*. Toronto: Multi-Health Systems.

Côté, G., & Hodgins, S. (2003). Les troubles mentaux et le comportement criminel. In M. Le Blanc, M. Ouimet, & D. Szabo (Eds.), *Traité de criminologie empirique* (pp. 503-548). Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.

Côté, G., Hodgins, S., & Toupin, J. (2000). Psychopathie: Prévalence et spécificité clinique. In T. H. Pham & G. Côté (Eds.), *Psychopathie: Théorie et recherche* (pp. 45-74). Villeneuve d'Asq, France : Presses Universitaires du Septentrion.

Côté, G., & Lesage, A. (1995). *Diagnostics complémentaires et adaptation sociale chez des détenus schizophrènes ou dépressifs*. Montréal, Québec: Centre de Recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 170, 571-577.

Craig, T. J. (1982). An epidemiological study of problems associated with violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1262-1266.

Crocker, A. (2004). Troubles mentaux graves et violence: Prévalence, évaluation et gestion du risque. In T. Lecomte & C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (pp. 277-313). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Crocker, A. G., Mueser, K. T., Drake, R. E., Clark, R. E., McHugo, G. J., & Ackerson, T. H., & Alterman, A. I. (2005). Antisocial personality, psychopathy, and violence in persons with dual disorders: A longitudinal analysis. *Criminal Justice and Behavior*, *32*, 452-476.

Daniel, A. E., Robins, A. J., Reid, J. C., & Wilfley, D. E. (1988). Lifetime and six-month prevalence of psychiatric disorders among sentenced female offenders. *Bulletin of American Academy Psychiatry and the Law*, *16*, 333-342.

Depauw, K. W., & Szulecka, T. K. (1988). Dangerous delusions: Violence and the misidentification syndromes. *British of Journal Psychiatry*, *159*, 91-96.

Derouin, M. (1996). *Délire mystique et violence*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Québec à Trois Rivières.

Deutsch, L., Bylsma, F., Rovner, B., & Steele, C. (1991). Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1159-1163.

De Waelhens, A. (1972). *La psychose: Essai d'interprétation analytique et existentielle*. Louvain et Paris : Nauwelaerts, Pathei Mathos.

Dodge, K. A., Petit, G. S., Bates, J. E., & Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 632-643.

D'Orban, P. & O'Connor, A. (1989). Women who kill their parents. *British Journal of Psychiatry*, *154*, 27-33.

Douglas, K. S., & Hart, S. D. (1995). *Psychosis and violence: A quantitative review of the research*. Paper presented for the conference: Criminal justice and mental disorder: Changes, challenges, and solutions. April, 1995, Vancouver, Canada.

- Douglas, K. S., & Kropp, P. R. (2002). A prevention based-paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior, 29*, 617-658.
- Douglas, K. S., & Webster, C. D. (1999). Predicting violence in mentally and personality disordered individuals. In R. Roesch, S. D. Hart, & J. R. P. Ogloff (Eds.), *Psychology and Law: The state of the discipline* (pp. 175-239). New York: Kluwer/Plenum.
- Durbin, J. R., Pasewark, R. A., & Albers, D. (1977). Criminality and mental illness: A study of current arrest rates in a rural state. *American Journal of Psychiatry, 134*, 80-83.
- Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R., & Jöckel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: Maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health, 11*, 6-26.
- Eronen, M. (1995). Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1216-1218.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996a). Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatric Services, 47*, 403-406.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996b). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry, 53*, 497-501.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996c). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin, 22*, 83-89.
- Ey, H. (1952). *Études psychiatriques* (2^{ème} éd. Vol. 3). Paris: Desclée de Brouwer.
- Ey, H. (1973). *Traité des hallucinations*, (Vol. 1). Paris: Masson.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1978). *Manuel de psychiatrie*. (5^{ème} éd.). Paris : Masson.
- Fazel, S., & Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders : A Swedish population study. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2129-2131.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders: Clinical version*. Toronto: Multi-Health Systems.

Foerenbach, L., Lane M.A. et Lane R. C. (1991). Acting out in the treatment situation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 21, 185-196.

Freeman, D., & Garety, P.A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 47-62.

- Freese, R., Müller-Isberner, R., & Jöckel, D. (1996). Psychopathy and comorbidity in a German hospital order population. In D. Cooke, A. E. Forth, J. Newman, & R. D. Hare (Eds.), *Issues in criminological and legal psychology: No. 24. International perspectives on psychopathy* (pp. 45-46). Leicester UK: British Psychological Society.

Freud, S. (1954). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le président Schreber). In M. Bonaparte & R. Loewenstein (Eds.) *Cinq psychanalyses* (pp.263-324). Paris : P.U.F. (Première publication, 1911)

Freud, S. (1989) *Totem et Tabou*. Paris : Payot. (Première publication, 1912-1923)

Freud, S. (2005). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot. (Première publication, 1916)

Freud, S. (1997). La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose. In *Névrose, psychose et perversion* (pp. 283-286). Paris : PUF. (Première publication, 1924).

Freud, S. (1989). *Malaise dans la civilisation*. Paris : PUF. (Première publication, 1929-1930).

Gardner, W., Lidz, C., Mulvey, E., & Shaw, E. (1996). A comparison of actuarial methods for identifying repetitively violent patient with mental illness. *Law and Human Behavior*, 20, 35-48.

Giovanni, J. M., & Gurel, L. (1967). Socially disruptive behavior of ex-mental patients. *Archives of General Psychiatry*, 17, 146-153.

- Gottlieb, P., Gabrielsen, G., & Kramp, P. (1987). Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1988. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 285-292.
- Green, A. (1982). Après-coup l'archaïque. *Nouvelle Revue de la Psychanalyse*, 26, 195-215.
- Grunberger, B. (1960). Étude sur la relation objectale anale. *Revue Française de Psychanalyse*, XXIV, 137-169.
- Grunberger, B. (1971). *Le Narcissisme: Essai de psychanalyse*. Paris: Payot.
- Gunn, J. (2000). Future directions for treatment in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 176, 332-338.
- Gunn, J., Maden, A., & Swinton, M. (1992). *The number of psychiatric cases among sentenced prisoners*. London: Home Office.
- Guyotat, J. (1980). Délire mystique et mystique du soin. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 22, 219-231.
- Hafner, H., & Bokner, W. (1982). *Crimes of violence by mentally abnormal offenders* (2^e ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hallé, P., Fiset, S., Hodgins, S., Toupin, J., Lapierre, D., Braun, C., Léveillé, S., & Constantineau, C. (1995). Profil neuropsychologique des personnes atteintes de schizophrénie avec ou sans trouble d'abus, de drogues ou d'alcool. *Poster présenté, Société Québécoise de la Recherche en Psychologie*.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Harris, G. T. (1975). An abbreviated form of the Philipps rating scale of premorbid adjustment in schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 129-137.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335.
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1989). Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical psychology*, 1, 211-218.

Hellerstein, D., Frosch, W., & Kownigsberg, H. W. (1987). The clinical significance of command hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 219-221.

Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 476-483.

Hodgins, S. (1993). Mental disorder and crime. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime* (pp. IX-XVII). Newbury Park: Sage.

Hodgins, S. (2000). The etiology and development of offending among persons with major mental disorders: Some preliminary findings. In S. Hodgins (Ed.), *Effective prevention of crime and violence among the mentally ill*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.

Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, *24*, 427-446.

Hodgins, S. (2002). Research priorities in forensic mental health. *International Journal of Forensic Mental Health*, *1*, 7-23.

Hodgins, S., & Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec. *Santé Mentale au Canada*, *38* (1), 1-5.

Hodgins, S., & Côté, G. (1995). Major mental disorders among Canadian penitentiary inmates. In L. Stewart, L. Sternac, & C.D. Webster (Eds.), *Clinical criminology: Toward effective correctional treatment* (pp. 6-20). Toronto: Solicitor general and correctional service of Canada.

Hodgins, S., Hiscoke, U. L., & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: A prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, *21*, 523-546.

Hodgins, S., & Janson, C.-G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Metropolitan Project*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 489-496.

Hodgins, S., Toupin, J., Fiset, S., & Moisan, D. (1996). *Soins communautaires pour patients souffrant de troubles mentaux graves et ayant une histoire d'actes illégaux: Une comparaison de l'efficacité des soins spécialisés et non-spécialisés*. Rapport soumis au Conseil Québécois de la Recherche Sociale.

Hosmer, D. W., & Lemeshow, S.E. (1989). *Applied Logistic Regression*. Toronto: Wiley.

Humphreys, M. S., Johnstone, E. C., MacMillan, J. F., & Taylor, P. J. (1992). Dangerous behavior preceding first admissions for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *161*, 501-505.

Hyde, P. S., & Seiter, R. P. (1987). *The prevalence of mental illness among inmates in the Ohio prison system*. Report for the department of mental health and the Ohio departments of rehabilitation and correction. Interdepartmental planning and oversight committee for psychiatric services to corrections.

Jeammet, P. (1997). La violence comme réponse à une menace sur l'identité. *Revue de Psychanalyse Filigrane*, *6*, 24-38.

Joyal C. C. (2005). Schizophrénie et violence: mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic*, mai 2005, 5-9.

Junginger, J. (1990). Predicting compliance with command hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 245-247.

Junginger, J. (1995). Command hallucinations and the prediction of dangerousness. *Psychiatric Services*, *46*, 911-914.

Junginger, J. (1996). Psychosis and violence: The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia Bulletin*, *22*, 91-103.

Junginger, J., Parks-Levy, J., & McGuire, L. (1998). Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric Services*, *49*, 218-220.

Kallman (1938). *The genetics of schizophrenia*. New York: Augustin.

Keene, C. A. (2000). *Delusions and violence: An investigation into the relationship between psychosis and violent crime*. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin, WI.

Kennedy, H. G., Kemp, L. I., & Dyer, D. E. (1992). Fear and anger in delusional paranoid disorder: The association with violence. *British Journal of Psychiatry*, *160*, 488-492.

Kernberg, O. (1980). *La personnalité narcissique*. Paris : Dunod.

Kety, S. F., Rosenthal, D., Wender, P. H., & Schulsinger, F. (1968). The types and prevalences of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In D. Rosenthal & S. S. Kety (Eds.), *The transmission of schizophrenia* (pp. 345-362). London: Pergamon Press.

Klassen, D., & O'Connor, W. A. (1988a). Crime, inpatient admissions, and violence among male mental patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, *11*, 305-312.

Klassen, D., & O'Connor, W. A. (1988b). Predicting violence in schizophrenic and non-schizophrenic patients: A prospective study. *Journal of Community Psychology*, *16*, 217-227.

Kohut, H. (1971). *Le Soi. La psychanalyse des transferts narcissiques*. Paris: PUF.

Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *27*, 360-400.

Krakowski, M., Volavka, J., & Brizer, D. (1986). Psychopathology and violence: A review of literature. *Comprehensive Psychiatry*, *27*, 131-148.

Krakowski, M., & Czobor, P. (1994). Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, *45*, 700-705.

Krakowski, M., & Czobor, P. (1997). Violence in psychiatric patients: The role of frontal lobe impairment, and ward turmoil. *Comprehensive Psychiatry*, *38*, 230-236.

Lagache, D. (1979). *Le psychologue et le criminel*. Paris: PUF.

Landau, R., Harth, P., Othnay, N., & Sharthertz, C. (1972). The influence of psychotic parents on their children's development. *American Journal of Psychiatry*, *129*, 38-43.

Landis, J. R., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*, 159-174.

- Laroche, I., Hodgins, S., & Toupin, J. (1995). Liens entre les symptômes et le fonctionnement social chez des personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble affectif majeur. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 27-34.
- Lavoie, J.-G. (1998). In F. Millaud (Ed.), *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques* (pp. 41-56). Paris : Masson.
- Ledoux, M. (1980). La relation d'absence. *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 22, 235-246.
- Lépine, A., & Côté, G. (1997). Abus de substances psychoactives chez les psychotiques de l'adaptation sociale. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 43, 1036-1039.
- Léveillé, S. (1994). *Évaluation multidimensionnelle du réseau de support social de sujets schizophrènes*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Lewis, D. O., & Bålla, D. A. (1970). *Delinquency and psychopathology*. New York, NY: Grune Stratton.
- Lidz, C. W., Mulvey, E. P., & Gardner, W. P. (1993). The accuracy of predictions of violence to others. *Journal of Medical Association*, 269, 1007-1011.
- Lindelius, R. (1970). A study of schizophrenia: A clinical prognostic and family investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplement*, 216, 1-125.
- Lindqvist, P. (1986). Criminal homicide in Northern Sweden 1970-1981: Alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *International Journal of Law & Psychiatry*, 8, 19-37.
- Lindqvist, P. (1989). *Violence against a person: The role of mental disorder and abuse*. Unpublished medical dissertation, Umeå University, Sweden.
- Lindqvist, P. (1991). Homicides committed by abusers of alcohol and illicit drugs. *British Journal of Addiction*, 86, 321-326.
- Lindqvist, P., & Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and crime: A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, 157, 345-350.

Link, B. G., Andrews, H., & Cullen, F. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, *57*, 275-292.

Link, B. G., Monahan, J., Stueve, A., & Cullen, F. T. (1999). Real in their consequences: A sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *American Sociological Review*, *64*, 316-332.

Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In J. Monahan, & H. J. Steadman, *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 137-159). Chicago: University of Chicago Press.

Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: Probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *33*, 55-60.

Magnusson, D. (1998). The person in developmental research. In J. G. Adair (Ed.), *Advances in psychological science* (pp. 495-511). Hove, UK: Psychology Press.

Martell, D. A., & Dietz, P. E. (1992). Mentally disordered offenders who push or attempt to push victims onto subway tracks in New York City. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 472-475.

McNeil, D. E., & Binder, R. L. (1994). The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis, and short-term risk of violence. *Hospital & Community Psychiatry*, *45*, 133-137.

McGue, M., Bacon, S., & Lykken, D. T. (1993). Personality stability and change in early adulthood: A behavioral genetic analysis. *Developmental Psychology*, *29*, 96-109.

Mednick, S. A., Parnas, J., & Schulsinger, F. (1987). The Copenhagen high-risk project, 1962-1986. *Schizophrenia Bulletin*, *13*, 485-495.

Meloy, J. R. (2000). *Les psychopathes: Essai de psychopathologie dynamique*. Paris: Éditions Frison Roche. (Première publication, 1988).

Menzies, R., & Webster, C. D. (1995). Construction and validation of risk assessments in a six-year follow-up of forensic patients: A tridimensional analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 766-778.

- Mesnikoff, A. M., & Lauterbach, C. G. (1975). The association of violent dangerous behavior with psychiatric disorders: A review of the research literature. *The Journal of Psychiatry and Law*, 3, 415-445.
- Millaud, F. (1998a). Pour une clinique du passage à l'acte. In F. Millaud (Ed.), *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*, (pp. 1-5), Paris : Masson.
- Millaud, F. (1998b). Le passage à l'acte : points de repères psychodynamiques. In F. Millaud (Ed.), *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*, (pp. 15-24), Paris : Masson.
- Milton, J., Amin, S., Singh, S. P., Harrison, G., Jones, P., Coudace, T., Medley, I., & Brewin, J. (2001). Aggressive incidents in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 433-440.
- Modestin, J., & Ammann, R. (1995). Mental disorders and criminal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 166, 667-675.
- Modestin, J., & Ammann, R. (1996). Mental disorder and criminality: Male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 69-82.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The Mac Arthur Study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior. Perception and evidence. *American Psychologist*, 47, 511-521.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (1983). Crime and mental disorder: An epidemiological approach. In M. Tonry & N. Morris (Eds.), *Crime and justice: Annual review of research* (pp. 145-189). Chicago: University of Chicago Press.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (Eds.) (1994). Toward a rejuvenation of risk assessment research. In J., Monahan, & H. J., Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder developments in risk assessment* (pp. 1-18). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Motiuk, L. L., & Porporino, F. J. (1991). *The prevalence, nature and severity of mental health problems among federal male inmates in Canadian penitentiaries*. Report No. 24, Research and Statistics branch, Correctional Service Canada.

- Myers, W. C., & Scott, K. (1998). Psychotic and conduct disorder symptoms in juvenile murderers. *Homicide Studies: An Interdisciplinary and International Journal*, 2, 160-175.
- Nacht, S., & Racamier, P. (1958). La théorie psychanalytique du délire. *Revue de Psychanalyse*, 22, 417-574.
- Neighbors, H. W., Williams, D. H., Gunnings, T. S., Lipscomb, W. D., Broman, C., & Lepkowski, J. (1987). *The prevalence of mental disorders in Michigan prisons*. Final report submitted to the Michigan Department of Corrections, MI.
- Newhill, C., Mulvey, E. P., & Lidz, C. W. (1995). Characteristics of violence in the community by female patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 46, 785-795.
- Petursson, H., & Gudjonsson, G. H. (1981). Psychiatric aspects of homicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, 363-372.
- Pihl, R. O., & Peterson, J. B. (1993). Alcohol/drug use and aggressive behavior. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime* (pp. 263-283). California: Sage.
- Planasky, K., & Johnston, R. (1977). Homicidal aggression in schizophrenic men. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 55, 65-73.
- Quinsey, V. L., Coleman, G., Jones, B., & Altrows, I. (1997). Proximal antecedents of eloping and reoffending among mentally disordered offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 794-813.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rabkin, J. G. (1979). Criminal behaviour of discharged mental patients. A critical appraisal of the research. *Psychological Bulletin*, 86, 1-29.
- RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50, 1427-1434.
- Rappeport, J. R., & Lassen, G. (1965). Dangerousness arrest rate comparisons of discharged patients and the general population. *American Journal of Psychiatry*, 121, 776-783.

Rappeport, J. R., & Lassen, G. (1966). The dangerousness of female patients: A comparison of the arrest rate of discharged psychiatric patients and the general population. *American Journal of Psychiatry*, *123*, 413-419.

Rasmussen, K., & Levander, S. (1996). Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, *19*, 27-37.

Repo, E., Virklunen, M., Rawlings, R., & Linnoila, M. (1997). Criminal and psychiatric histories of Finnish arsonists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*, 318-323.

Rice, M. E., & Harris, G. T. (1992). A comparison of criminal recidivism among schizophrenic and nonschizophrenic offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, *15*, 397-408.

Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). Violent recidivism: Assessing Predictive Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 737-748.

Riskind, J. H., Beck, A. T., Berchick, R. J., Brown, G., & Steer, R. A. (1987). Reliability of DSM-III diagnosis for major depression and generalized anxiety disorder using the Structured Clinical interview for DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 817-820.

Robins, L. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore, MD : Williams and Wilkins.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 381-389.

Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, NY: Free Press.

Rosolato, G. (1969). *Essais sur la symbolique*. Paris : Gallimard.

Rosolato, G. (1980). Présente mystique. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, *22*, 5-36.

Schanda, H., Födes, P., Topitz, A., & Knecht, G. (1992). Premorbid adjustment of schizophrenic criminal offenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *86*, 121-126.

Searles, H. (1979). *Countertransference and related subjects*. N.Y.: International Universities Press.

Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 316-327.

Shore, D., Filson, C. R., & Johnson, W. E. (1988). Violent crime arrests and paranoid schizophrenia: The White House case studies. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 279-281.

Silva, J. A., Leong, G. B., Weinstock, R., & Klein, R. L. (1995). Psychiatric factors associated with dangerous misidentification delusions. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 53-61.

Silva, J. A., Leong, G. B., & Weinstock, R. (1997). Violent behaviors associated with the antichrist delusion. *Journal of Forensic Science*, 42, 1058-1061.

Silverton, L. (1985). *Crime and the schizophrenia spectrum: A study of two Danish cohorts*. Unpublished doctoral dissertation, University of Southern California, CA.

Sosowsky, L. (1974). Violence and the mentally ill. In L. Sosowsky (Ed) *Putting state mental hospital out of business-The community approach to treating mental illness in San Mateo County* (pp. 17-33). Berkeley: University of California Graduate School of Public Policy.

Sosowsky, L. (1978). Crime and violence among mental patients reconsidered in view of the new legal relationship between the State and the mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1602-1605.

Sosowsky, L. (1980). Explaining the increased arrest rate among mental: A cautionary note. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1602-1605.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1989). *Instruction manual for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID, 5/1/89 Revised)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Sraznickas, K. A., McNiel, B. E., & Binder, R. L. (1993). Violence towards family caregivers by mentally ill relatives. *Hospital and Community Psychiatry*, 4, 385-387.

- Sreenivasan, S., Kirkish, P., Eth, S., Mintz, J., Hwang, S., Van Gorp, W., & Van Vort, W. (1997). Predictors of recidivistic violence in criminally insane and civilly committed psychiatric inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 279-291.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., & Roth, L. H. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Steadman H. J., Cocozza, M. J., & Melick, M. E. (1978). Explaining the increased arrest rate among mental: The changing clientele of state hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 135, 816-820.
- Steury, E. H., & Choinski, M. (1995). "Normal" crimes and mental disorder: A two-group comparison of deadly and dangerous felonies. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 183-207.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: The threat/control-override concept reexamined. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 31-44.
- Stueve, A., & Link, B. G. (1997). Violence and psychiatric disorders: Results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly Special Issue: The Ninth Annual New York State Office of Mental Health Research Conference*, 68, 327-342.
- Swanson, J. W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 101-136). Chicago: University of Chicago Press.
- Swanson, J., Borum, R., Swartz, M. S., & Hiday, V. (1999). Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and Human Behavior*, 23, 185-204.
- Swanson, J., Borum, R., Swartz, M.S., & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 309-329.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E. III, Ganju, V. K., & Tsutomu, J. R. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.

Tardiff, K. (1983). A survey of assault by chronic patients in a state hospital system. In J. Lion & W. Reid (Eds.), *Assaults within psychiatric facilities* (pp. 3-19). New York: Grune and Stratton.

Tardiff, K., & Sweillam, A. (1980a). Assault, suicide and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 37, 164-169.

Tardiff, K., & Sweillam, A. (1980b). Factors related to increased risk of assaultive behavior in suicidal patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 63-68.

Tardiff, K., & Sweillam, A. (1982). Assaultive behavior among chronic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 139, 212-215.

Tardif, M. (1998). Le déterminisme de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte. In F. Millaud (Ed.), *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques* (pp. 25-40). Paris : Masson.

Taylor, P. J. (1982). Schizophrenia and violence. In J. Gunn & D. P. Farrington (Eds.), *Abnormal offenders delinquency, and the criminal justice system* (pp. 269-284). Toronto: Wiley.

Taylor, P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry*, 147, 491-498.

Taylor, P. J. (1995). Schizophrenia and the risk of violence. In S. R. Hirsch and D. R. Weinberger (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 163-183). Oxford: Blackwell Science.

Taylor, P. J., Garety, P., Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Katarzyna, R., Dunn, G., & Grubin, D. (1994). Delusions and violence. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

Taylor, P. J., Leese, M., Williams, D., Butwell, M., Daly, R., & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence: A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 218-226.

Taylor, P. J., & Schanda, H. (2000). Violence against others by psychiatric hospital inpatients with psychosis: Prevention strategies and challenges to their evaluation. In S. Hodgins (Ed.), *Violence among the mentally ill: Effective treatments and management strategies* (pp. 251-275). Dordrecht, The Netherlands : Kluwer Academic Publishers.

- Tengström, A., Hodgins, S., & Kullgren, G. (2001). Men with schizophrenia who behave violently: The usefulness of an early versus late-start offender typology. *Schizophrenia Bulletin*, *27*, 205-218.
- Teplin, L. A. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, *39*, 794-803.
- Teplin, L. A. (1990). Detecting disorder: The treatment of mental illness among jail detainees. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 233-236.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., & McClelland, G. M. (1994). Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six-year longitudinal study. *American Psychologist*, *49*, 335-342.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific mental disorders and criminality: A 26 year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 840-845.
- Volavka, J., Laska, E., Baker, S., Meisner, M., Czobor, P., & Krivelevich, I. (1997). History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 9-14.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P. Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 477-484.
- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: Examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 490-495.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing Risk for Violence. Version 2*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C. D., & Eaves, D. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. British Columbia, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission.
- Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C., & Quinsey, V. L. (1994). *The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men*. Toronto, Canada: Center of Criminology.

Wessely, S. (1998). The Camberwell study of crime and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 24-28.

Wessely, S.C., Castle, D., Douglas, A.J., & Taylor, P.J. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 483-502.

Wikström, P. O. (1996). Causes of crime and crime prevention. In T. Bennett (Ed.), *Preventing crime and disorder: Targeting strategies and responsibilities* (pp. 115-158). Cambridge: University of Cambridge.

Williams, J. B., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G. Jr., Rounsaville, B., & Wittchen, H. U. (1992). The structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID); II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.

Wolfgang, M. E., Figlio, R. M., Tracy, P. E., & Singer, S. I. (1985). *The national survey of crime severity*. U.S. Department of Justice.

Zitlin, A., Hardesty, A. S., Burdock, E. T., & Drossman, A. K. (1976). Crime and violence among mental patients. *American Journal Psychiatry*, 133, 142-149.

ANNEXES

Annexe A: Formulaires de consentement



FORMULE DE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE RESSOURCE

Par la présente, je _____ confirme mon consentement à participer au projet de recherche conduit par une équipe du département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières et du département de l'Université de Montréal (responsable : monsieur Gilles Côté, téléphone : (819) 376-5085 poste 3567). Celui-ci porte sur les facteurs de risque liés au comportement violent chez les sujets atteints de troubles mentaux graves. Ma participation consiste :

- en une entrevue d'environ 1 ½ à 2 heures portant sur les expériences de vie de M.Mme _____;
- possiblement en une entrevue de suivi qui aura lieu dans environ 2 ans, selon les indications que vous fournira la personne concernée et ci-dessus désignée; une nouvelle formule de consentement me sera alors soumise.

Ma participation est absolument volontaire et je peux y mettre fin en tout temps. Les informations recueillies ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé ou d'un service judiciaire sauf si elles laissent fortement supposer que ma vie ou celle d'autrui puisse être menacées. Les données seront comptabilisées pour fin de recherche seulement.

J'ai été assuré(e) que mon refus de participer à ce projet n'aura aucune répercussion sur la nature et la durée des services que la personne ci-dessus mentionnée reçoit ou qu'elle pourra recevoir.

Signature du sujet : _____ Date : _____

Signature du chercheur : _____ Date : _____

Signature d'un témoin : _____ Date : _____

Signée à : _____

26/11/99/2



Université du Québec à Trois-Rivières

C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada / G9A 5H7
Téléphone: (819) 376-5011

**FORMULE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT
(Première rencontre)**

Par la présente, je _____ confirme mon consentement à participer au projet de recherche conduit par une équipe du département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (responsable : monsieur Gilles Côté) et de l'Université de Montréal. Celui-ci porte sur les facteurs de risque liés au comportement violent chez les sujets atteints de troubles mentaux graves. Ma participation consiste :

- en une ou deux entrevue(s) portant sur mes expériences de vie (durée totale d'environ 3 heures);
- à fournir l'autorisation de consulter mes divers dossiers au cours des deux prochaines années;
- à autoriser une personne me connaissant bien, en l'occurrence, Monsieur ou Madame _____ (préciser le nom) à rencontrer un membre de l'équipe de recherche afin de compléter les informations portant sur mes expériences de vie;
- en une entrevue de suivi qui aura lieu au cours des prochaines années (environ 2 ans); une nouvelle formule de consentement me sera alors soumise.

Ma participation est absolument volontaire et je peux y mettre fin en tout temps. Les informations recueillies ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé ou d'un service judiciaire sauf si elles laissent fortement supposer que ma vie ou celle d'autrui puisse être menacées. Les données seront comptabilisées pour fin de recherche seulement.

Je donne également l'autorisation à l'équipe de recherche de consulter mes dossiers pendant une période de deux ans (dossiers hospitaliers, dossiers judiciaires, dossiers institutionnels, dossier de l'assurance maladie, selon le cas).

J'ai été assuré(e) que mon refus de participer à ce projet n'aura aucune répercussion sur la nature et la durée des services que je reçois ou que je pourrai recevoir.

Signature du sujet : _____ Date : _____

Signature du chercheur : _____ Date : _____

Signature d'un témoin : _____ Date : _____

Signée à : _____

Annexe B: Fiche de diagnostic du délire mystique

Délire mystique et comportements violents

Procédure pour le travail de codification des dossiers

Définition :

Définition du délire mystique sur base des travaux de Henry Ey (1952; 1973) et opérationnalisée par Marco Derouin (1996) :

Le délire mystique implique **une communication avec des forces surnaturelles et le monde céleste**. Si le contact est vécu comme bon ou bienveillant, les sujets présentent un aspect mégalomane, puisqu'ils se sentent protégés par l'être ou les êtres surnaturels en question. Si le contact est vécu comme démoniaque ou apocalyptique, les sujets se sentent possédés par ces êtres et damnés.

« La communication avec des êtres et des forces surnaturels » est le critère de sélection fondamental.

Les forces surnaturelles incluent toutes les représentations possibles d'êtres qui sont capables de dominer les humains, que ce soit **Dieu, les démons, les anges** et les êtres supérieures venant d'autres planètes comme **les extra-terrestres**.

Dans le SCID, le délire mystique peut se retrouver dans le délire de référence, le délire de persécution, le délire de grandeur, les autres délires (nihiliste), le délire d'être contrôlé, le délire systématisé et le délire bizarre.

Procédure par étapes :

1. Veuillez noter le numéro de dossier du sujet, la date de travail dans le dossier, le nom de l'évaluateur et le sexe du patient (1=masculin; 2=féminin)

2. Dans le SCID :
 - lire les notes de l'*Overview* pp.14-18
 - Symptômes psychotiques et associés pp. 37-39 (les différents délires)
 - Hallucinations psychotiques pp. 40-41
 - Ensuite lecture des notes au dossier

3. **Noter si oui/non** il y a présence d'un délire à thème mystique.
 - Si oui, indiquez pourquoi, quels sont les indices qui vous permettent d'en conclure.
 - Retranscrire les verbatims à thème mystique et indiquer le type de délire correspondant (**exemples** : Persécution : « Mon grand-père était le diable et mes frères faisaient de la sorcellerie et m'ont rendu fou », Grandeur : « J'ai déjà été le Christ », Contrôle : « Des prêtres miniatures me rentrent dans le corps pour me contrôler »).
 - Veuillez vérifier et noter systématiquement les hallucinations auditives et visuelles et voir si elles sont en rapport avec un thème mystique (vu Dieu, entend le Diable qui parle, vu des extra-terrestres, etc..)

4. Si pas de présence d'un délire mystique, indiquez si présence d'un délire de grandeur, de persécution ou de contrôle.

Délire mystique et comportements violents
Feuille de screening par patient

Numéro de dossier : _____
Date du travail dans le dossier : ___ / ___ / _____
Nom de l'évaluateur : _____
Sexe du patient : _____

Délire Mystique : Oui Non

Si oui, quels sont les éléments qui vous permettent d'en conclure?

Indiquer le verbatim à thème mystique et le délire correspondant (délire de référence, délire de persécution, délire de grandeur, autres délires (nihiliste), délire d'être contrôlé, délire systématisé, délire bizarre)

Hallucinations auditives : oui non

Hallucinations auditives à thème mystique : oui non

Si oui, expliquer brièvement

Hallucinations visuelles : oui non

Hallucinations visuelles à thème mystique : oui non

Si oui, expliquer brièvement

Si pas de présence d'un délire mystique, indiquer s'il y a présence d'un :

Délire de grandeur	oui	non
Délire de persécution	oui	non
Délire d'être contrôlé	oui	non

Annexe C : Tableaux

**Tableau I : Analyse de variance univariée à deux facteurs
Tests des effets inter-sujets**

**Tableau II : Tests post hoc : DIV Division des sujets
Comparaisons multiples**

Tableau I : Analyse de variance univariée à deux facteurs

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante: SEYB Sévérité Maximum Wolfgang

Source	Modèle corrigé	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
	Constante	6355.432(a)	7	907.919	12.746	.001
	GROUPE ¹	16489.628	1	16489.628	231.501	.001
	DELMYST ²	5034.659	3	1678.220	23.561	.001
	GROUPE * DELMYST	.298	1	.298	.004	.948
	Erreur	380.689	3	126.896	1.782	.154
	Total	9188.571	129	71.229		
	Total corrigé	45064.603	137			
	Total corrigé	15544.003	136			

a R deux = .409 (R deux ajusté = .377)

¹DIV : Division des sujets; ²DELMYST : Délire mystique

Tableau II : Tests post hoc : DIV Division des sujets
Comparaisons multiples
Division des sujets – Sous-groupes légaux

Variable dépendante: SEVB Sévérité Maximum Wolfgang
Test de Tukey

		Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Limite supérieure
(J) Sous-groupes légaux	1 Mise sous garde	—	—	—	—	—
	2 Non responsables	-.6440	2.58336	.995	-7.3680	6.0801
	3 Condamnés	-6.8416*	2.44047	.029	-13.1937	-.4894
	4 Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général	11.2995*	2.73646	.001	4.1769	18.4220
(I) Division des sujets	1 Mise sous garde	.6440	2.58336	.995	-6.0801	7.3680
	2 Non responsables	—	—	—	—	—
	3 Condamnés	-6.1976*	1.76986	.004	-10.8043	-1.5910
	4 Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général	11.9435*	2.15979	.001	6.3219	17.5650
(J) Sous-groupes légaux	1 Mise sous garde	6.8416*	2.44047	.029	.4894	13.1937
	2 Non responsables	6.1976*	1.76986	.004	1.5910	10.8043
	3 Condamnés	—	—	—	—	—
	4 Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général	18.1411*	1.98667	.001	12.9701	23.3120
(J) Sous-groupes légaux	1 Mise sous garde	-11.2995*	2.73646	.001	-18.4220	-4.1769
	2 Non responsables	-11.9435*	2.15979	.001	-17.5650	-6.3219
	3 Condamnés	-18.1411*	1.98667	.001	-23.3120	-12.9701
	4 Hospitalisation dans un hôpital psychiatrique général	—	—	—	—	—