

Université de Montréal

La violence en cours d'hospitalisation chez les personnes atteintes
de maladies mentales grave :
Études de cas de patients présentant une symptomatologie
de type menace et atteintes aux mécanismes de contrôle

Par

Catherine Labarre

École de criminologie

Faculté des arts et des sciences

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en criminologie, option intervention

Août, 2010

© Catherine Labarre, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce rapport de stage intitulé :

La violence en cours d'hospitalisation chez les personnes atteintes
de maladies mentales grave :
Études de cas de patients présentant une symptomatologie
de type menace et atteintes aux mécanismes de contrôle

Présenté par :

Catherine Labarre

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Proulx, Président-rapporteur

Jean-Pierre Guay, Directeur de stage

Étienne Dubois, Superviseur de stage

SOMMAIRE

Plusieurs travaux suggèrent que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave représentent un risque plus élevé de passage à l'acte violent que les personnes de la population en générale. Les raisons pour lesquelles ces personnes seraient plus enclines à commettre des gestes violents restent toutefois souvent contradictoires. En 1994, Link et Stueve suggéraient qu'une personne atteinte de symptômes de type menace/atteintes aux mécanismes de contrôle (TCO), était significativement plus à risque de commettre un geste violent. Les résultats de ces travaux furent par la suite reproduits dans le cadre d'autres études. L'objectif de ce rapport de stage est de mieux comprendre la relation entre les symptômes TCO et le passage à l'acte agressif en cours d'hospitalisation. Pour ce faire, les informations concernant la symptomatologie et les passages à l'acte violents de deux résidents de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) sont présentées sous forme d'études de cas. L'analyse du contenu clinique des études de cas suggère qu'une approche nomothétique ne permet de comprendre qu'en partie l'association entre le passage à l'acte agressif et les symptômes TCO. Une telle approche ne permet pas d'intégrer d'autres facteurs cliniques tels les hallucinations ou les idées de violence, à l'étude du passage à l'acte agressif. Une approche phénoménologique où l'on s'intéresse à la compréhension qu'a la personne de son environnement et aux moyens qu'elle envisage afin d'y répondre semble offrir davantage de pistes afin de comprendre le passage à l'acte violent chez la personne atteinte d'une maladie mentale grave.

Mots clés : Symptômes Threat/Control-Override, violence, maladie mentale grave.

Abstract

Studies suggest that people with severe mental illnesses represent a higher risk of acting out violently than the general population. However, evidences as to why these individuals would be more prone to violence remain contradictory. In 1994, Link and Stueve suggested that a person with Threat/Control-Override (TCO) symptoms is at a significantly higher risk to act violently. Those results were subsequently reproduced. The objective of this report is to get a better understanding of the relation between TCO symptoms and violent acting out during hospitalization. Therefore, data concerning symptomatology and violent acting outs by two Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) inpatients are presented in two case studies. The analysis of the clinical content in these case studies suggests that a nomothetic approach would only allow us to understand part of the correlation between aggressive behaviors and TCO symptoms. More over, this approach does not integrate other clinical factors such as hallucinations to the comprehension of aggressive acting outs. A phenomenological approach where the person's understanding of his environment and what he considers as options in responding are investigated, provides additional clues that could lead to the understanding of why someone with a severe mental illness may be at risk of acting out violently.

Key words : Threat/Control-Override symptoms, violence, severe mental illness.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	1
INTRODUCTION	3
CHAPITRE I – CONTEXTE THÉORIQUE	5
1.1 MALADIES MENTALES GRAVES ET FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCE	5
1.2 FACTEURS CLINIQUES ET VIOLENCE.....	6
1.2.1 <i>Les idées de violence</i>	7
1.2.2 <i>Les hallucinations</i>	7
1.2.3 <i>Le délire</i>	8
1.3 LES SYMPTÔMES DE TYPE MENACE/ATTEINTES AUX MÉCANISMES DE CONTRÔLE.....	9
1.3.1 <i>L'échantillonnage</i>	13
1.3.2 <i>Le devis de recherche</i>	13
1.3.3 <i>Les symptômes de type TCO et leur mesure</i>	14
1.3.4 <i>La mesure des comportements de violence</i>	18
1.4 LA VIOLENCE DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES.....	20
1.5 UN PROJET DE STAGE QUI SE VEUT EXPLORATOIRE.....	20
CHAPITRE II – DESCRIPTION DU MILIEU DE STAGE.....	23
2.1 LES RÉSIDENTS DES UNITÉS B-1 ET B-2.....	23
2.2 LE CRIMINOLOGUE À L'IPPM	25
2.3 UN MILIEU QUI VEUT FAVORISER LA RÉINSERTION SOCIALE	27
CHAPITRE III – ACTIVITÉS PENDANT LE STAGE	29
3.1 OBJECTIFS CLINIQUES VISÉS PENDANT LE STAGE	29
3.1.1 <i>Connaissance du milieu</i>	29
3.1.2 <i>Habiletés professionnelles</i>	29
3.1.3 <i>Développement personnel et cheminement professionnel</i>	32
3.2 OBJECTIFS ACADÉMIQUES VISÉS PENDANT LE STAGE	32
3.3 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES EN COURS DE STAGE	33
CHAPITRE IV – LE CAS DE MONSIEUR A	37
4.1 MONSIEUR A EST ATTEINT D'UNE MALADIE MENTALE GRAVE?.....	39
4.2 PORTRAIT GLOBAL	40
4.2.1 <i>Portrait du passé</i>	40
4.2.2 <i>Portrait d'aujourd'hui</i>	42
4.2.2.1 <i>Aperçu d'une rencontre avec monsieur A</i>	43
4.2.2.2 <i>La réinsertion sociale après 40 ans en institution</i>	44
4.3 NOTRE PREMIÈRE RENCONTRE.....	44
4.4 LA PRÉSENCE DE SYMPTÔMES DE TYPE TCO CHEZ MONSIEUR A	45
4.5 UN HOMME BLEU, UN FANTÔME ET UN SACRIFICE HUMAIN.....	47
4.5.1 <i>Ses personnalités</i>	47
4.5.2 <i>Le sacrifice humain</i>	49
4.6 UN HOMICIDE? MAIS POURQUOI?.....	51

4.7 LE DÉLIRE DE TYPE TCO ET MONSIEUR A.....	53
CHAPITRE V - PRÉSENTATION DE MONSIEUR K.....	55
5.1 MONSIEUR K EST POSSÉDÉ PAR LE DÉMON?.....	55
5.2 PORTRAIT GLOBAL.....	56
5.2.1 <i>Portrait du passé</i>	56
5.2.2 <i>Portrait d'aujourd'hui</i>	58
5.3 NOTRE PREMIÈRE RENCONTRE.....	59
5.4 LA PRÉSENCE DE SYMPTÔMES DE TYPE TCO CHEZ MONSIEUR K.....	60
5.5 UNE RADIO BRISÉE, TROIS MORSURES ET DES SANGLES DE CUIR.....	61
5.6 LES SYMPTÔMES DE TYPE TCO ET MONSIEUR K.....	63
CHAPITRE VI - ANALYSE ET INTERPRÉTATION.....	65
6.1 RÉSUMÉ DES ÉTUDES DE CAS.....	65
6.1.1 <i>Le cas de monsieur A</i>	65
6.1.2 <i>Le cas de monsieur K</i>	66
6.2 LES SYMPTÔMES TCO ET LES COMPORTEMENTS DE VIOLENCE.....	67
6.2.1 <i>Confirmer la présence de symptômes de type TCO</i>	68
6.2.2 <i>Questionner l'association entre les TCO et l'agressivité</i>	70
6.2.2.1 Un diagnostic incertain.....	70
6.2.2.2 TCO sans agressions.....	72
6.2.2.3 La présence de symptômes d'hallucinations.....	73
6.3 CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES DU PROJET DE STAGE.....	74
6.3.1 <i>Spécificités de la clientèle choisie</i>	75
6.3.2 <i>Opérationnaliser les symptômes de type TCO</i>	77
6.3.3 <i>L'approche méthodologique choisie</i>	78
6.4 LA QUÊTE D'UNE STRUCTURE DANS UNE LOGIQUE CHAOTIQUE.....	79
6.4.1 <i>Un rationnel psychotique</i>	79
6.4.1.1 Le Théorème de Thomas.....	79
6.4.1.2 Le principe de rationality-within-irrationality.....	80
6.4.2 <i>Une trajectoire homicide</i>	81
6.4.2.1 Les étapes menant à l'homicide.....	81
6.4.2.4 Trouver des alternatives à l'agression.....	84
6.4.3 <i>Tuer, un choix de dernier recours</i>	85
CONCLUSION.....	87
RÉFÉRENCES.....	91
ANNEXE 1.....	I
ANNEXE 2.....	III
ANNEXE 3.....	IV
ANNEXE 4.....	VI

Remerciements

Pour commencer, je veux remercier mon directeur de stage, Monsieur Jean-Pierre Guay. Son calme se fait rassurant, ses questionnements nous poussent à toujours aller plus loin dans notre réflexion, son enthousiasme incite à poursuivre malgré les moments de découragement. Je te remercie Jean-Pierre pour ton soutien, tes idées, ta présence.

Également, je tiens à remercier sincèrement mon superviseur de stage, Monsieur Étienne Dubois. Tu m'as beaucoup appris, tant sur le plan professionnel que personnel. Nos longues discussions m'ont fait avancer dans mon cheminement. Tu m'as démontré ce qu'est le professionnalisme, l'intégrité, la sensibilité, l'ouverture. Ton soutien m'a été précieux.

Je ne pourrais oublier les équipes des unités B-1 et B-2. Sans vous, mon stage n'aurait pas été le même. Merci pour votre accueil, vos commentaires, votre implication. Vous faites un travail difficile et si peu reconnu. Cela fut un réel plaisir de travailler avec vous.

Je remercie aussi mon équipe de travail de l'unité H-4. Vous avez alimenté mes questionnements, répondu à mes nombreuses questions. Vous m'avez tant appris. Votre volonté d'aider les personnes malades, votre profond respect envers celles-ci et votre sens des valeurs a été une inspiration pour moi. Vous avez donné un sens à mon projet et je vous en serai toujours reconnaissante.

Je remercie également l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et les membres de son Service de Criminologie de m'avoir offert l'opportunité de mener à terme un projet académique auquel je tenais particulièrement.

Introduction

Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave ont des besoins qui sont particuliers afin de les soulager de leurs symptômes. Lorsque ces personnes présentent de plus des comportements d'agressivité ou de violence, le type de soins offert se doit d'être d'autant plus spécifique. En 1963, le Gouvernement du Québec a reconnu la nécessité de construire un hôpital à sécurité maximale visant à remplacer l'Hôpital psychiatrique de Bordeaux qui prenait jusqu'alors en charge les détenus présentant des problèmes de santé mentale (Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2010). À cette époque, on voulait s'assurer d'offrir des soins psychiatriques adéquats aux détenus qui présentaient des problèmes de santé mentale et ce, dans un contexte sécuritaire. C'est en 1970 que fut ouvert un établissement présentant à la fois les caractéristiques d'un milieu-thérapie et celles d'un milieu carcéral : l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM).

Aujourd'hui, l'objectif d'offrir des soins psychiatriques à une clientèle présentant un potentiel de dangerosité est toujours le même. L'IPPM est reconnu comme étant un hôpital psychiatrique à sécurité maximale possédant une expertise en psychiatrie légale. L'établissement offre des services de troisième ligne à une clientèle mixte provenant des milieux carcéral et hospitalier. La clientèle spécifique que l'IPPM accueille, en fait un milieu unique. Aussi, malgré la structure des lieux et l'expertise que possède le personnel qui y travaille, les manifestations d'agressivité sont quotidiennes. Cette distinction en fait un milieu particulièrement riche pour l'étude de la violence en lien avec la maladie mentale grave.

Divers travaux ont suggérés qu'un diagnostic de maladie mentale grave n'était pas suffisant afin d'évaluer les risques de passage à l'acte violent et que l'on devait plutôt considérer les facteurs de risques cliniques (Link, Andrews, & Cullen, 1992; Stompe, Ortwein-Swoboda, & Schanda, 2004; Swanson, Borum, Swartz, & Monahan, 1996). Ainsi, certains ont avancés qu'un type de délire particulier, celui de type *menace/atteintes aux mécanismes de contrôle*¹, puissent être en lien avec un risque plus élevé de passage à l'acte violent (Bjørkly & Havik, 2003; Link & Stueve,

¹ Il s'agit d'une traduction libre de l'expression anglophone : *threat/control-override* (TCO).

1994; Link, Stueve, & Phelan, 1998; Stompe et al., 2004; Swanson et al., 1996; Swanson et al, 1997).

Dans le cadre de ce projet de maîtrise, l'objectif principal était de mieux comprendre la relation entre les maladies mentales graves et les risques de violence. Plus spécifiquement, étant donné le milieu de stage choisi, l'objectif de ce projet était de mieux comprendre la relation existant entre les symptômes de type TCO et les comportements violents en cours d'hospitalisation.

Le premier chapitre est consacré au contexte théorique où il sera question des travaux s'étant intéressés à la relation entre le passage à l'acte violent et la maladie mentale ainsi que plus spécifiquement les symptômes de type TCO. Cette partie du rapport présentera également des textes portant sur la violence en cours d'hospitalisation. Les détails du projet de stage y seront également abordés.

Le deuxième chapitre concerne les caractéristiques du milieu de stage choisi ainsi que la composition et le rôle des membres du personnel composant les équipes multidisciplinaires.

Le troisième chapitre aborde les activités ayant eu lieu en cours de stage ainsi que les objectifs visés par ce rapport de maîtrise. Cette section inclut également certaines difficultés rencontrées en cours de stage ainsi que les moyens mis en place pour les dépasser.

Le quatrième chapitre est composé d'études de cas abordant l'historique criminel et psychiatrique de deux résidents de l'IPPM. Cette partie du rapport présente également la symptomatologie psychiatrique de ces deux personnes et plus particulièrement, celle de type TCO.

Le cinquième chapitre propose une analyse des informations obtenues en cours de stage. Cette section suggère également des pistes afin d'intégrer la symptomatologie de type TCO à l'évaluation du risque de passage à l'acte et ce, selon une perspective phénoménologique. Nous nous intéresserons donc au point de vue de nos participants en regard de leurs comportements d'agressivité.

Chapitre I – Contexte théorique

Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave souffrent non seulement des symptômes de leur maladie mais également des tabous qui entourent leur maladie. De manière générale, les personnes qui manifestent des symptômes tels que des hallucinations, un discours incohérent ou des bizarreries du comportement, suscitent l'éloignement. Ces personnes se retrouvent ainsi souvent isolées socialement. Plus particulièrement, ce type de manifestations fait peur. Les gens vont craindre de se faire agresser par une personne atteinte d'une maladie mentale puisqu'ils estiment qu'elles peuvent être violentes (Phelan & Link, 1998; Prescosolido, Monahan, Link, Stueve, & Kikuzawa, 1999).

1.1 Maladies mentales graves et facteurs de risque de violence

L'association entre les maladies mentales graves, définies comme étant la schizophrénie, le trouble bipolaire et la dépression majeure (Hodgins, 1992), et les risques de violence reste un lien controversé et souvent contesté (Dubreucq, Joyal, & Millaud, 2005; Pilgrim & Rogers, 2003; Rice & Harris, 1997). Ainsi, pour certains, les maladies mentales graves sont en lien avec un risque plus élevé de violence (Dubreucq et al., 2005; Hodgins, 2001). Par ailleurs, un homme atteint d'une telle maladie serait deux fois plus à risque de commettre un geste criminel qu'une personne sans troubles mentaux (Hodgins & Janson, 2002). De plus, un nombre important de gestes de violence envers autrui seraient commis par des personnes atteintes d'une maladie mentale grave (Côté & Hodgins, 1992; Hodgins & Janson, 2002; Mulvey, 1994).

Parmi ces maladies mentales graves, un diagnostic de schizophrénie est souvent considéré comme étant significativement en lien avec les comportements violents (Angermeyer, 2000; Hodgins, 2001). Un tel diagnostic pourrait également augmenter les risques de passage à l'acte homicide (Eronen, Tiihonen, & Hakola, 1996; Richard-Devantoy, Olie, & Gourevitch, 2009; Schanda, Knecht, Schreinzer, Stompe, Ortwein-Swoboda, & Waldhoer, 2004). Cette maladie mentale ne permet cependant pas de prédire la survenue d'un passage à l'acte homicide (Malmquist, 2006; Richard-Devantoy, Olie, & Gourevitch, 2009).

Pour d'autres, l'augmentation des risques de violence dû à la maladie mentale est minime et ces personnes ne sont pas plus violentes que la population en général (Côté & Hodgins, 1992; Monahan & Arnold, 1996). De ce fait, un diagnostic de maladie mentale grave ne semble pas être suffisant afin de bien comprendre les gestes de violence qui sont commis (Link, Andrews, & Cullen, 1992; Stompe, Ortwein-Swoboda, & Schanda, 2004; Swanson, Borum, Swartz, & Monahan, 1996). Par ailleurs, certains précisent que les comportements de violence ne sont significativement en lien avec une maladie mentale que lorsque d'autres facteurs de risques sont associés (Elbogen & Johnson, 2009). Pour d'autres, il s'agit de l'association de plusieurs facteurs de risque qui font augmenter le risque de passage à l'acte violent (Monahan, et al., 2001). Parmi les facteurs de risque criminologique, l'abus de substances chez la personne atteinte d'une maladie mentale grave est reconnu comme étant un des plus importants (Elbogen & Johnson, 2009; Monahan, et al., 2001; Soyka, 2000). Les antécédents de violence, la colère, l'impulsivité, et la psychopathie sont d'autres facteurs également en lien avec une augmentation du risque de violence chez la personne atteinte d'une maladie mentale grave (Monahan et al., 2001).

Un diagnostic de maladie mentale grave apparaît donc ne pas être assez précis afin de permettre une évaluation du risque de passage à l'acte violent ou homicide. Les facteurs de risque criminologique et clinique semblent être de meilleurs indicateurs du risque de violence (Monahan, et al., 2001). Plus particulièrement, les facteurs de risque cliniques chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave pourraient permettre une évaluation plus précise du risque de passage à l'acte violent (Link & Stueve, 1994).

1.2 Facteurs cliniques et violence

Les facteurs identifiés comme étant associés à la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux sont nombreux. Parmi ceux-ci, les troubles de la personnalité (Dubreucq, Joyal, & Millaud, 2005 ; Nestor, 2002) et les troubles organiques (Schuwey-Hayoz & Needham, 2006) sont en lien avec un risque plus élevé de passage à l'acte violent. Trois facteurs cliniques sont toutefois plus

fréquemment mentionnés, il s'agit des idées de violence, des hallucinations et des délires (Millaud & Dubreucq, 2005 ; Monahan, et al., 2001).

1.2.1 Les idées de violence

Le premier groupe de symptômes généralement associé à la violence sont les idées de violence. «Récemment, avez-vous eu des idées de faire du mal à d'autres personnes» est une question communément posée par les cliniciens en milieu psychiatriques afin d'évaluer la présence d'idées de violence (Monahan et al., 2001). Peu de travaux se sont toutefois intéressés à l'étude de ce facteur en lien avec le passage à l'acte violent (Monahan, et al., 2001). Aussi, ceux s'y étant intéressés l'on fait avec une clientèle spécifique, ne permettant pas la généralisation des résultats à une population atteinte d'une maladie mentale grave (Dean & Malamuth, 1997; Silver, 1996). Des résultats suggèrent toutefois qu'une personne présentant des idées de violence alors qu'elle est hospitalisée représente un risque plus élevé de commettre un geste de violence suite à son congé de l'hôpital (Appelbaum et al., 2000; Monahan et al., 2001). Si cette personne présente toujours des idées de violence suite à son hospitalisation, alors le risque de passage à l'acte agressif est d'autant plus élevé (Monahan et al., 2001). Ainsi, bien que certains aient évoqué la pertinence des idées de violence pour expliquer le passage à l'acte violent, peu ont documenté empiriquement ce lien.

1.2.2 Les hallucinations

Le second groupe de symptômes fréquemment mentionné comme lié au comportement violent est celui des hallucinations. Les hallucinations peuvent être de type visuel, olfactif, cénesthésique ou auditif (Lalonde, 1999). Les hallucinations visuelles illustrent souvent des personnages réels ou mystiques, distincts ou flous tel un membre de la famille, le diable, etc. Les hallucinations olfactives se rapportent à l'odorat. La personne peut sentir diverses odeurs, par exemple une odeur corporelle lui donnant l'impression d'être sale. Les hallucinations cénesthésiques concernent le sens du toucher. Il s'agit de perceptions tactiles, telles des chocs électriques ou des brûlures, ou la sensation d'être soumis à des attouchements, souvent de nature sexuelle. Certaines personnes peuvent également avoir l'impression que l'intérieur de leur corps est en train de se transformer (Lalonde, 1999). Les hallucinations

auditives sont les plus courantes chez les personnes atteintes de schizophrénie (Lalonde, 1999). Elles peuvent être des mots ou des phrases distinctes ou des sons que la personne ne peut identifier clairement et qui surviennent lorsqu'elle est éveillée. Il peut également s'agir de conversations auxquelles la personne répliquera. Chez certaines personnes, ces hallucinations seront constantes en période de réveil (Lalonde, 1999).

Les hallucinations auditives, et plus particulièrement celles où des voix commandent de poser un geste de violence, sont souvent décrites comme étant en lien avec un risque accru de passage à l'acte violent (McNiel, 1994). Les résultats de certains travaux n'appuient toutefois pas le lien entre les hallucinations et le risque de passage à l'acte violent (Appelbaum et al., 2000; McNiel, 1994; Rogers, Gillis, Turner, & Frise-Smith, 1990). Des études portant sur la relation entre les hallucinations de commande et les risque de passage à l'acte violent suggèrent toutefois qu'il pourrait y avoir un lien (McNeil, Eisner & Binder, 2000; Monahan et al., 2001). Si la personne identifie la provenance de ses voix, alors, elle pourrait être plus à risque de poser un geste violent en réponse à une commande (Junginger, 1997). La relation entre les hallucinations et le passage à l'acte violent pourrait également être influencée par la présence d'idées délirantes (Junginger & McGuire, 2004). Finalement, certains avancent que pour l'évaluation du risque de violence en lien avec les hallucinations, il est nécessaire d'adopter une approche large qui puisse considérer l'impact de divers facteurs sur le risque de passage à l'acte violent (Shawyer et al., 2008).

1.2.3 Le délire

La troisième famille de symptômes généralement rapportée comme étant en lien avec la violence sont les délires. Les résultats d'études concernant la relation entre le délire et la violence sont souvent contradictoires. Certains travaux suggèrent qu'il y aurait un lien entre la présence d'idées délirantes et l'augmentation du risque de passage à l'acte violent (Bjørkly, 2002; Swanson et al., 2006) alors que d'autres n'ont pu obtenir de résultats confirmant une telle relation (Junginger, Parks-Levy, & McGuire, 1998; Monahan et al., 2001). Junginger et al. (1998) affirment plutôt qu'un passage à l'acte violent, motivé par des idées délirantes, est rare. Il semble cependant

que la détresse émotionnelle puisse augmenter les risques de passage à l'acte en lien avec des idées délirantes (Bjorkly, 2002).

Plus spécifiquement, Link et Stueve (1994) suggèrent que les comportements de violence sont plus probables si des idées délirantes amènent la personne à se sentir menacée ou à avoir l'impression qu'elle risque d'être attaquée. De plus, ils proposent que la probabilité de commettre un geste violent augmente dans un contexte où ces mêmes idées délirantes donnent l'impression que des forces extérieures prennent le contrôle des pensées et des agissements de la personne et que ses contrôles internes sont diminués (Link & Stueve, 1994). Ce type de symptômes spécifiques est appelé *menace/atteintes aux mécanismes de contrôle*² (TCO).

1.3 Les symptômes de type menace/atteintes aux mécanismes de contrôle

En 1994, Link et Stueve ont proposé l'idée que des symptômes de type menace/atteintes aux mécanismes de contrôle sont en lien avec un risque plus élevé de passage à l'acte violent envers autrui. L'aspect *menace* désigne la personne qui se sent menacée par son environnement ou qui pense que des gens veulent lui faire du mal. L'aspect *atteintes aux mécanismes de contrôle* se définit comme étant l'impression que ses contrôles internes sont diminués dû à l'effet d'une force extérieure, et qu'ils ne peuvent plus empêcher un passage à l'acte agressif. Par ailleurs, dans l'évaluation du risque de violence, Link et Stueve (1994) soulignent l'importance de considérer la nature et le contenu de l'expérience psychotique. Ils suggèrent qu'une personne aura plus de difficultés à agir de façon non-violente si son expérience psychotique lui donne l'impression que des pensées ont été insérées dans son esprit ou que ce dernier est dominé par une force extérieure, diminuant de ce fait sa perception d'être en contrôle de ses gestes (Link & Stueve, 1994).

Par ailleurs, certains travaux appuient l'existence d'une relation entre les symptômes de type TCO et les comportements violents (Bjorkly & Havik, 2003; Link et al., 1998; Stompe et al., 2004; Swanson et al., 1996; Swanson et al., 1997). Ces résultats n'ont cependant pu être reproduit dans une étude qui n'a pu établir la présence d'une relation entre les symptômes de type TCO et les comportements de violence

² Il s'agit d'une traduction libre de l'expression *threat/control-override* (TCO).

(Appelbaum et al., 2000). Les résultats concernant une relation entre les symptômes de type TCO et les comportements violents ne s'accordent donc pas tous. Aussi, l'intérêt porté à cette symptomatologie est relativement récent et il s'agit d'un sujet encore peu abordé par la communauté scientifique. Ceux qui l'ont fait, ont semblé le faire selon leurs propres critères, rendant difficile la comparaison des différents résultats d'études.

Le tableau I ci-dessous résume les principaux éléments retenus dans l'étude des TCO et des comportements violents.

Tableau I

Tableau comparatif des études portant sur la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements de violence

Auteurs	Échantillon	Devis de recherche	Définition de la violence	Source d'information (violence)	Définition des TCO	Instrument d'évaluation	Relation TCO-Violence
Link et Stueve (1994)	232 patients, 521 résidents en communauté	Rétrospectif	<ul style="list-style-type: none"> • Frapper • Altercation physique • Utilisation d'une arme 	Auto-rapportée	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle externe de l'esprit/pensées • Insertion de pensées • Impression que des gens veulent faire du mal 	PERI (administré par évaluateur)	Oui
Swanson et al. (1996)	10 066 résidents en communauté (ECA)	Rétrospectif	<ul style="list-style-type: none"> • Frapper • Blessier un conjoint ou un enfant • Altercation physique (avec / sans alcool) Utilisation d'une arme 	Auto-rapportée	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle externe des pensées / mouvements • Insertion / retrait de pensées • Croyance que des gens complotent, veulent lui faire du mal ou l'empoisonner • Croyance d'être suivi 	DIS (administré par évaluateur)	Oui
Swanson et al. (1997)	TMHS (n = 169) et ECA (n = 129)	Rétrospectif (TMSH : en partie prospectif)	<ul style="list-style-type: none"> • TMHS : tout acte violent envers d'autres personnes • ECA : Voir Swanson et al. (1996) 	Auto-rapportée, dossiers d'hôpital, rapport de court	<ul style="list-style-type: none"> • TMHS : voir Link et Stueve (1994) • ECA : voir Swanson et al. (1996) 	DSM-III-R, PERI et DIS	Oui
Link et al. (1998)	Échantillon de la population (n = 2 678)	Rétrospectif	<ul style="list-style-type: none"> • Altercation physique • Utilisation d'une arme 	Auto-rapportée	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle externe de l'esprit / pensées • Insertion de pensées • Impression que d'autres veulent lui faire du mal • Délire de persécution • Délire de contrôle 	PERI (administré par évaluateur) et SADS (administré par psychiatre)	Oui

Tableau I (suite)

Tableau comparatif des études portant sur la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements de violence

Auteurs	Échantillon	Devis de recherche	Définition de la violence	Source d'information (violence)	Définition des TCO	Instrument d'évaluation	Relation TCO-Violence
Appelbaum et al. (2000)	1 136 patients ayant reçus leur congé de l'hôpital	Prospectif	<ul style="list-style-type: none"> • Altercations au cours desquelles il y a eu blessures physiques • Utilisation d'une arme • Agression sexuelle • Menaces faite à l'aide d'une arme 	Auto-rapportée	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle par des forces externes (actions, pensées) • Insertion/retrait de pensées • Impression d'être hypnotisé, sous l'influence d'un sort magique, d'être touché par des rayons-X ou rayons laser • Croyance d'être suivi, espionné, d'être victime d'expériences secrètes • Croyance que des gens complotent, veulent faire du mal ou empoisonner 	DIS, DSM-III-R, MMDAS (administrés par évaluateur et psychiatre)	Non
Bjorkly et Havik (2003)	39 patients avec antécédents criminels	Rétrospectif	<ul style="list-style-type: none"> • Homicide • Tentative de meurtre • Agression physique grave sans menace à la vie 	Dossier d'hôpital : raison d'admission	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle des pensées par une personne • Impression que des gens connaissent ses idées • Avoir des pensées qui ne lui appartiennent pas • Impression de ne pouvoir avoir confiance en la plupart des gens • Impression d'être observé ou que des gens parlent de lui • Impression que les gens vont profiter de lui 	SCL-90-R (auto-rapporté et version cotée par infirmières psychiatriques)	Oui
Stompe et al. (2004)	105 patients jugés NCR d'un délit	Rétrospectif	<p>Violence élevée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meurtre ou tentative • Blesser gravement • Dommages graves à la propriété qui menacent la vie <p>Violence faible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agression sexuelle • Agression verbale • Vol armé • Dommages graves à la propriété 	Dossier d'hôpital : délit pour lequel il a eu jugement de NCR	<ul style="list-style-type: none"> • Impression d'être menacé, que des gens lui veulent du mal ou l'empoisonner • Impression d'être espionné, persécuté, observé • Contrôle externe des mouvements, actions, pensées et émotions • Insertion/ retrait de pensées 	SADS-L et FPS (administrés par psychiatre)	Oui, seulement avec «violence élevée»

Il existe ainsi des limites méthodologiques qu'il est important de considérer lorsque l'on s'intéresse aux travaux portant sur la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements violents. Ces limites sont principalement liées : 1) à l'échantillonnage; 2) à la nature des devis de recherche; 3) à la définition des symptômes de type TCO; 4) à la définition des comportements violents; 5) aux instruments utilisés afin évaluer les symptômes de type TCO et les comportements violents. Ces nombreuses limites semblent indiquer que l'étude des TCO est toujours au stade exploratoire et qu'il n'existe toujours pas de consensus en ce qui concerne les principales définitions et composantes du concept.

1.3.1 L'échantillonnage

Les auteurs s'étant intéressés à la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements de violence ne se sont pas tous intéressés au même type de clientèle. Certains échantillons sont composés uniquement de résidents en communauté présentant une symptomatologie de type TCO (Appelbaum et al. 2000; Link et al., 1998; Swanson et al, 1996;) alors que certains sont composés de personnes étant toujours hospitalisés (Bjorkly & Havik, 2003; Stompe et al., 2004). Certains auteurs ont choisis de former leur échantillon de participants provenant de la communauté et d'autres étant toujours hospitalisés (Link & Stueve, 1994; Swanson et al. 1997). Cette variation dans la clientèle ciblée peut donc avoir influencé les résultats obtenus dans le cadre des différents travaux abordés. Plus spécifiquement, ceci rend difficile la généralisation des résultats à une clientèle psychiatrique.

1.3.2 Le devis de recherche

Les travaux portant sur les TCO sont principalement rétrospectifs et s'intéressent aux comportements de violence ainsi qu'aux manifestations symptomatiques passés (Bjorkly & Havik, 2003; Link & Stueve, 1994; Link et al., 1998; Stompe et al., 2004; Swanson et al. 1996; Swanson et al., 1997). Peu d'études ont eu recours à un devis prospectif où on étudiait cette relation au courant même de l'étude (Appelbaum, et al., 2000; Monahan, et al. 2001).

Les études avec un devis de recherche rétrospectif comportent certaines limites. Dans ce type de travaux, il est difficile d'établir formellement qu'une symptomatologie

telle que celle des TCO, était effectivement présente et a influencé la commission d'un acte violent dans le passé. La séquence des événements ne peut être établie que de manière subjective. Ainsi, il est difficile d'établir si les TCO étaient présents avant, ou au moment de la commission des gestes violents.

Par ailleurs, des études ayant porté sur le fonctionnement cognitif ont démontré à maintes reprises que la mémoire et les souvenirs sont très incertains (Ross, Homan, & Buck, 1994 ; Van der Linden, 2003). Ainsi, diverses variables peuvent influencer l'encodage et la récupération de souvenirs (Ross et al., 1994). Parmi ces variables, il y a les émotions. Dans un contexte où des événements violents sont étudiés et où la personne éprouve des émotions intenses, les souvenirs qu'elle a encodé peuvent avoir été biaisés par son processus de traitement et de récupération de l'information. Les mécanismes de défense peuvent aussi influencer le récit autobiographique d'une personne (Van der Linden, 2003). De ce fait, une personne ayant commis un geste qui n'est pas accepté socialement pourra tenter de justifier son geste afin qu'il devienne plus acceptable. La manière dont sont abordées les questions lors de l'entrevue peut également influencer la récupération mnésique des informations (Poupart, 1993). La personne qui est rencontrée peut ainsi répondre en fonction de ce qu'elle perçoit des attentes ou des suggestions du chercheur. La prise régulière de différentes médications antipsychotiques, ainsi que de forts dosages, est un autre facteur pouvant être à l'origine de difficultés cognitives chez des patients psychiatisés (Hori et al., 2006). En résumé, les études rétrospectives font appel à la mémoire de l'individu et par conséquent, peuvent souffrir des limites associées au rappel.

1.3.3 Les symptômes de type TCO et leur mesure

Les symptômes de type TCO ont initialement été définis comme étant l'impression que des gens veulent faire du mal, qu'une force externe contrôle l'esprit ou les pensées et que des pensées ont été introduites à l'esprit de la personne (Link & Stueve, 1994). Après cette première description de 1994, plusieurs ont proposé des aménagements dans la nature des symptômes de type TCO. Parmi les éléments proposés, on retrouve la sensation que des pensées sont retirées de l'esprit (Appelbaum et al., 2000 ; Stompe, et al., 2004 ; Swanson et al., 1996 ; Swanson et

al.,1997), la croyance que des gens veulent empoisonner (Appelbaum et al., 2000 ; Stompe, et al., 2004 ; Swanson et al., 1996 ; Swanson et al.,1997) ou complotent (Appelbaum et al., 2000 ; Swanson et al., 1996 ; Swanson et al.,1997). D'autres éléments tels que la croyance d'être suivi (Appelbaum et al., 2000 ; Swanson et al., 1996 ; Swanson et al., 1997), un délire de contrôle (Link et al., 1998) ou de persécution (Link et al., 1998 ; Stompe et al., 2004) ont aussi été ajouté à la définition initiale. Certains ont également considéré l'impression d'être hypnotisé, sous l'influence d'un sort magique, d'être touché par des rayons-X ou des rayons laser (Appelbaum et al., 2000). D'autres, ont ajouté le fait de ne pouvoir faire confiance aux gens ou la crainte de faire profiter de soi (Bjørkly & Havik, 2003). Finalement, la croyance d'être espionné (Appelbaum et al., 2000 ; Stompe et al., 2004) ou d'être victime d'expériences secrètes (Appelbaum et al. 2000) ont également été ajoutés à la définition suggérée par Link et Stueve (1994).

L'utilisation d'instruments d'évaluation des symptômes de type TCO pourrait expliquer les ajouts et précisions apportées à la définition de Link et Stueve (1994) qui avaient utilisés le *Psychiatric Epidemiology Research Interview* (PERI). D'autres études ont utilisés le DSM-III-R, le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), le *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS), *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Lifetime Version* (SADS-L), le *MacArthur-Maudsley Delsions Assessment Schedule*, le *Revised Symptom Check List* ou le *Fragebogen zur Erfassung Psychotischer Symptome* (FPS).

L'étude de Link et Stueve (1994) a ainsi utilisé le *Psychiatric Epidemiology Research Interview* (PERI). Cet instrument auto-rapporté comporte 25 échelles développées afin d'évaluer la détresse psychologique, par exemple une faible estime de soi, la tristesse, de fausses croyances, des symptômes psychotiques, etc. (Dohrenwend, Shrout, Egri, & Mendelsohn, 1980). Plus spécifiquement, dans l'étude de Link et Stueve (1994), trois items ont été sélectionnés sur les treize composants de l'échelle portant sur les symptômes psychotiques. Ces trois items désignent : 1) le nombre de fois où la personne a senti que son esprit était dominé par des forces en dehors de son contrôle, 2) le nombre de fois où la personne a senti que les pensées ne lui appartenant pas étaient introduites à son esprit et 3) le nombre de fois où la

personne a senti que des personnes voulaient lui faire du mal. Le reste des items de cette échelle ont catégorisés comme «autres symptômes psychotiques» (Link & Stueve, 1994; Link et al., 1998; Swanson et al., 1996).

Dans l'étude de Swanson et al. (1996), le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) a été utilisé. Il s'agit d'un instrument contenant une série de questions visant à déterminer la présence de critères de diagnostics psychiatriques. L'instrument a été conçu pour que des évaluateurs ou cliniciens, formés à cet effet, puissent établir des diagnostics psychiatriques en fonction des critères du DSM-III (APA, 1980) (Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981). Dans le cadre des études portant sur les symptômes de type TCO, l'emphase a été mise sur les symptômes des troubles psychotiques. Les quatre éléments du DIS désignés comme étant les plus similaires à la définition des TCO de Link et Stueve (1994) sont : 1) la croyance que d'autres contrôlent les mouvements et les pensées contre la volonté de la personne, 2) la croyance que d'autres complotent, veulent faire du mal ou veulent empoisonner, 3) la croyance que d'autres peuvent insérer des pensées à l'esprit de la personne ou y voler des pensées et 4) la croyance que des gens suivent la personne. D'autres éléments du DIS, tels les hallucinations et d'autres type de délire (percevoir des messages en provenance de la télévision ou d'une radio portative, se sentir observé, la télépathie et la lecture de l'esprit), ont été exclus de la définition des TCO (Swanson et al., 1996; Swanson et al., 1997).

Les travaux de Swanson et al. (1997) ont utilisé plus d'un instrument afin d'évaluer les symptômes de type TCO. Tel que mentionné précédemment, l'échantillon de cette étude comportait des résidents en communauté (Epidemiologic Catchment Area, ECA) ainsi que des personnes toujours hospitalisées (Triangle Mental Health Survey, TMHS). Avec l'échantillon provenant du TMHS, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Edition* (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) fut utilisé afin de confirmer le diagnostic établi dans les dossiers d'hospitalisation. Une fois ce diagnostic établi, le PERI a été administré afin d'identifier la présence de symptômes de type TCO. L'échantillon provenant du ECA a également été utilisé dans l'étude de Swanson et al., (1996) et a été évalué à l'aide du DIS afin d'identifier les symptômes de type TCO.

L'étude de Link et al. (1998) a employé deux instruments, le PERI et le *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS). Comme dans l'étude de Link et Stueve (1994), trois items de l'échelle du PERI portant sur les symptômes psychotiques ont été utilisés afin d'identifier les symptômes de type TCO. Le SADS fut ensuite utilisé afin d'établir le diagnostic psychiatrique de la personne. Le SADS est un instrument développé pour les psychiatres afin de réduire les variations dans l'évaluation diagnostique et descriptive de la personne (Endicott & Spitzer, 1978). Un certain nombre de questions ont été posées à l'aide du SADS afin de déterminer si la personne expérimentait des symptômes psychotiques. Si tel était le cas, davantage de questions étaient posées afin d'obtenir une mesure additionnelle d'un délire de persécution qui correspond, selon les auteurs, à la partie *menace* du concept des TCO, et d'un délire de contrôle, correspondant à la partie *atteintes aux mécanismes de défenses*.

Dans les travaux de Appelbaum et al., (2000), le DIS fut administré à chaque rencontre avec les participants afin d'évaluer s'ils présentaient des symptômes délirants. Par la suite, les évaluateurs ont utilisé les critères diagnostics du DSM-III pour évaluer si les symptômes relevés par le DIS étaient des éléments possiblement ou assurément délirants, ou s'il s'agissait d'éléments de la réalité qui n'étaient pas délirants. Les personnes identifiées comme étant possiblement ou assurément délirantes étaient ensuite évaluées à l'aide du *MacArthur-Maudsley Delusions Assessment Schedule* (MMDAS) afin de documenter de manière plus détaillée les symptômes délirants ayant été identifiés comme ayant le plus grand impact sur sa vie (Appelbaum et al., 2000). Cet instrument permet à l'évaluateur d'aborder sept dimensions du délire : l'affect négatif, l'action, l'inaction, les préoccupations, la fluidité, la conviction et l'envahissement (Appelbaum, Robbins, & Roth, 1999).

Bjørkly et Havik (2003) ont utilisé les critères diagnostics provenant du DSM-III pour les patients ayant été admis avant 1995 et du DSM-IV pour ceux ayant été admis après 1994. L'instrument utilisé afin d'identifier les symptômes de type TCO est le *Revised Symptom Check List* (SCL-90-R). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté, comportant 90 items construits afin d'évaluer un large éventail de

difficultés psychopathologiques chez des patients psychiatriques et médicaux (Derogatis, 1992). Les personnes qui répondent à ce questionnaire, doivent indiquer l'intensité à laquelle les symptômes causent une détresse sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Dans le cadre des travaux de Bjørkly et Havik (2003), neuf professionnels en santé mentale ont identifié six items du SCL-90-R correspondant à la partie *menace* du concept des TCO et sept items correspondant à la partie *atteintes aux mécanismes de défense*.

Finalement, les travaux de Stompe et al. (2004) ont inclus des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie, selon les critères du DSM-IV. Elles ont par la suite été évaluées à l'aide du SADS : *Lifetime Version* (SADS-L), qui est une version du SADS s'intéressant aux manifestations symptomatiques s'échelonnant sur toute la durée de vie de la personne. Le SADS-L a été utilisé afin de déterminer si le diagnostic de schizophrénie établi selon les critères du DSM-IV a pu être influencé par un problème d'abus de substances. Par la suite, un questionnaire semi-structuré, le *Fragebogen zur Erfassung Psychotischer Symptome* (FPS) a été utilisé afin de documenter la symptomatologie délirante (Stompe et al., 2004). Ce questionnaire a été développé pour les études transculturelles portant sur la symptomatologie psychotique de patients atteints de schizophrénie (Stompe & Ortwein-Swoboda, 1999, cité dans Stompe et al., 2004).

1.3.4 La mesure des comportements de violence

La définition des comportements de violence utilisée dans les différents travaux s'étant intéressés à la relation entre les symptômes de type TCO et les risque d'agressivité est une autre limite méthodologique relevée. Les comportements de violence n'ont pas été défini de la même façon dans toutes les études, rendant difficile la comparaison des résultats. Ainsi, les comportements violents sont définis comme étant une altercation physique ou l'utilisation d'une arme dans les cinq dernières années et sont des informations auto-rapportées (Link et al., 1998; Link & Stueve, 1994). D'autres ont ajouté à cette définition le fait de blesser ses enfants, son conjoint ou sa conjointe, ainsi que le fait de se battre sous l'influence de l'alcool, à tout moment depuis l'âge de 18 ans, qui sont également des informations auto-rapportées (Swanson et al., 1996). Swanson et al. (1997) ont repris la définition de

Swanson et al. (1996) pour l'échantillon provenant de l'ECA. Concernant l'échantillon provenant du TMHS, la définition désigne tout acte violent envers d'autres personnes (Swanson et al., 1997). Les informations proviennent soit de la personne même pour les 5 dernières années, soit des dossiers d'hospitalisation ou des rapports de cour pour les 18 derniers mois.

Certains ont étudié les comportements violents comme étant les conflits entraînant des blessures physiques ou impliquant l'utilisation d'une arme, des abus sexuels et des menaces faites avec une arme (Appelbaum et al., 2000). Ces auteurs ont étudiés les comportements violents étant survenus dans les dernières dix semaines et les informations proviennent de la personne même ou d'informateurs collatéraux (Appelbaum et al., 2000). D'autres ont identifiés les comportements violents comme étant un homicide, une tentative de meurtre ou une agression physique grave mais sans menace à la vie de la victime (Bjørkly & Havik, 2003). Dans cette dernière étude, il s'agit de la raison d'admission du patient dans l'hôpital psychiatrique. Finalement, Stompe et al. (2004) ont défini les comportements violents selon deux catégories fortement inspirées d'une classification proposée par Taylor (1985) qui divise ce concept selon la gravité du geste commis. Les comportements violents ont donc été étudiés selon qu'ils sont considérés comme de la violence faible ou élevée (Stompe et al., 2004). L'abus sexuel, le vol et l'utilisation d'une arme sans blessures physiques pour la victime ainsi que les dommages à la propriété privée sont considérés comme des délits à faible niveau de violence tandis que les blessures graves, les incendies criminels, le meurtre ainsi que la tentative de meurtre sont considérés comme des délits à violence élevée.

En somme, plusieurs éléments relatifs à la méthodologie utilisée dans les différents travaux portant sur la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements de violence rendent difficile la comparaison des résultats. Toutefois, malgré certaines limites méthodologiques, les symptômes de type TCO offrent une piste intéressante dans l'évaluation du risque de violence chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

1.4 La violence dans les hôpitaux psychiatriques

La violence en milieu psychiatrique hospitalier est un phénomène commun (Salamini, Schuwey-Hayoz, & Giacometti Bickel, 2010). Divers travaux ont tenté de mieux comprendre les particularités propres à ce type d'agression (Nijman, à Campo, Ravelli, & Merckelbach, 1999). Parmi les facteurs cliniques influençant les risques de passage à l'acte violent les plus fréquemment cités, on retrouve les troubles organiques (Schuwey-Hayoz & Needham, 2006), les troubles de la personnalité (Dubreucq et al., 2005) et les symptômes psychotiques tels les hallucinations, le délire et les troubles de la pensée (Millaud & Dubreucq, 2005).

Certains facteurs propres aux milieux psychiatriques hospitaliers peuvent également influencer les risques de passage à l'acte violent chez la personne atteinte d'une maladie mentale grave. C'est le cas notamment de variables dites externes, propres aux lieux physiques, tels des portes fermées, le manque d'intimité et un nombre trop élevés de patients (Duxbury & Whittington, 2005 ; Nijman et al., 1999). Il existe également des variables interactionnelles, désignant plus spécifiquement la relation avec le personnel soignant telles les relations thérapeutiques établies peu après l'admission sur l'unité (Beauford, McNeil, & Binder, 1997) et les difficultés de communication (Duxbury & Whittington, 2005). Finalement, plusieurs notent que des facteurs internes peuvent également avoir une incidence sur les risques de passage à l'acte violent en cours d'hospitalisation. Ces facteurs, propres aux caractéristiques du patient, désignent entre autres les symptômes psychotiques (Millaud & Dubreucq, 2005) et la consommation d'alcool ou de drogues (Duxbury & Whittington, 2005).

1.5 Un projet de stage qui se veut exploratoire

L'étude empirique de la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements de violence est relativement récente. La lecture des différents travaux ayant porté sur ce sujet propose des pistes intéressantes à l'évaluation du risque de passage à l'acte violent mais offre peu d'informations permettant une meilleure compréhension de cette relation. L'objectif principal de ce projet de stage était de mieux comprendre la relation pouvant exister entre les symptômes de type TCO et les gestes de violence.

Le milieu de stage choisi étant l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM), la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements de violence a été étudiée dans un contexte institutionnel. Plus particulièrement, nous avons choisi d'étudier la relation entre ce type de symptômes et les comportements de violence survenus en cours d'hospitalisation. Il s'agit donc d'un projet de stage qui se veut exploratoire. Afin d'obtenir le plus d'informations possible concernant ce type de symptomatologie en lien avec le passage à l'acte violent, une méthodologie de type qualitative sera préconisée afin de donner la parole aux personnes qui auront acceptées de nous dévoiler une partie de leur vécu hospitalier.

Dans le cadre de ce projet de stage, la définition des symptômes de type TCO de Stompe et al. (2004) sera utilisée pour diverses raisons. Tout d'abord, les auteurs ont offert une grille d'évaluation composée de questions facilitant l'évaluation des TCO (voir annexe 1). Également, l'étude de Stompe et al. (2004) a été faite auprès d'une clientèle hospitalisée ayant commis un délit pour lequel elle a été jugé non-criminellement responsable, ce qui rejoint une des caractéristiques de la clientèle de l'IPPM.

Selon la définition des symptômes de type TCO choisie, les éléments de type *menace* désignent l'impression qu'une personne a déjà menacé, voulu faire du mal ou tenté d'empoisonner. Cela comprend également le sentiment d'avoir été observé, espionné ou persécuté. Les éléments de type *atteintes aux mécanismes de contrôle*, sont constitués de l'impression que les mouvements, les actions, les pensées ou les émotions sont contrôlées par une force extérieure. De plus, cela désigne l'impression que quelqu'un a déjà inséré ou volé des pensées qui se trouvaient dans l'esprit de la personne.

Les comportements agressifs seront définis selon l'*Overt Aggression Scale (OAS)* (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott & Williams, 1986) qui est un instrument déjà intégré à la pratique des travailleurs de l'IPPM. Cet instrument est utilisé afin d'évaluer les comportements agressifs ou violent qui sont observables (voir annexe 2). L'évaluation avec cette grille se fait selon quatre catégories : 1) agression verbale,

2) agression physique contre un objet, 3) agression physique envers soi-même et 4) agression physique envers autrui. La dernière partie de l'instrument permet à l'évaluateur d'indiquer l'intervention préconisée au moment de l'incident agressif (voir annexe 2).

Afin de répondre à notre objectif principal qui est de mieux comprendre la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements de violence en cours d'hospitalisation, l'historique d'incidents violents de chaque personne rencontrée sera documenté avec le plus de détails possible. Il sera particulièrement intéressant d'obtenir des informations concernant les manifestations symptomatiques lors de l'incident violent ainsi que toutes autres informations disponibles. Ces éléments seront obtenus par la lecture des dossiers d'hospitalisation et par des rencontres avec les participants du projet.

En résumé, ce projet de stage a pour objectif de mieux comprendre la relation pouvant exister entre les symptômes de type TCO et les comportements d'agressivité étant survenus en cours d'hospitalisation. Dans le cadre de ce rapport, les informations obtenues en cours de stage prendront la forme d'études de cas qui aborderont l'historique psychiatrique et les incidents de violence de chaque personne rencontrée. Les études de cas permettront également de prendre connaissance des pensées et réflexions des participants en regard de leur historique de violence.

Chapitre II – Description du milieu de stage

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) est un hôpital psychiatrique à sécurité maximale. Il offre des services de troisième ligne à l'ensemble de la population du territoire québécois et à certaines personnes provenant de pénitenciers fédéraux d'ailleurs au Canada. Sa clientèle est mixte et provient de diverses origines culturelles et ethniques.

L'IPPM compte 15 unités de vie qui offrent divers programmes, selon leur spécialisation : réadaptation / troubles sévères et persistants, traitement, admission / réadmission / expertise, traitement / délinquants sexuels, adolescents, transition, soins spécialisés aux femmes incarcérées et finalement, expertise.

2.1 Les résidents des unités B-1 et B-2

Notre stage a eu lieu dans deux des quatre unités de réadaptation soit, les unités B-1 et B-2. Ces unités accueillent des hommes adultes présentant une problématique de maladie mentale sévère, chronique et persistante. La majorité souffre de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques (IPPM, 2008). Plusieurs ont également des diagnostics de trouble de la personnalité et de toxicomanie. Aussi, comme pour l'ensemble des bénéficiaires de l'IPPM, ceux qui séjournent aux unités de réadaptation présentent de plus, un potentiel de dangerosité nécessitant un encadrement sécuritaire.

Les unités de réadaptation B-1 et B-2 ont pour principal objectif d'offrir un milieu propice à la réinsertion sociale. Ainsi, le plan de traitement de chaque patient inclut des activités et sorties en fonctions de leurs besoins, et de leurs capacités mentale et physique. Ces plans sont normalement faits en accord avec le résident afin de l'inciter à participer à son traitement. La notion d'«empowerment» est d'ailleurs très importante pour les équipes traitantes qui en reconnaissent l'utilité. En effet, l'empowerment permet au bénéficiaire de se responsabiliser par rapport aux gestes commis et encourage son autonomie.

Il existe diverses causes pour lesquelles une personne est admise à l'IPPM. Aussi, toutes les personnes qui y sont admises, séjournent d'abord aux unités d'admissions ou d'expertises. Elles sont par la suite transférées dans une unité de traitement ou de réadaptation, selon leurs besoins. Les hommes séjournant aux unités B-1 et B-2 ont divers statuts légaux. Certains ont commis des gestes criminels pour lesquels ils ont été jugés non responsables criminellement. Ainsi, lorsqu'une personne reçoit un tel verdict, il incombe à la Commission d'Examen des Troubles Mentaux (CETM) d'évaluer la dangerosité qu'elle peut représenter et d'intervenir en fonction de cette évaluation (Tribunal Administratif du Québec, 2007). Les personnes qui séjournent à l'IPPM suite à un verdict de non responsabilité criminelle sont considérées comme représentant un risque de dangerosité nécessitant un cadre sécuritaire. Tous les ans, une réévaluation du statut légal de la personne doit être faite par les membres de la CETM, composée de psychiatres et d'avocats³. La majorité des bénéficiaires de l'IPPM ont commis un délit ainsi, seulement 12,1 % en n'avaient jamais commis (IPPM, 2008). De plus, 52,3 % des délits commis sont des crimes contre la personne (IPPM, 2008).

Pour les personnes jugées non criminellement responsables de leur délit, trois types de sentences peuvent leur être imposés. Ainsi, il y a la libération avec ou sans modalités. Ces personnes ne se retrouvent normalement pas à l'IPPM, sauf dans certains cas où ils sont en attente d'une place dans une ressource d'hébergement. Il y a ensuite la détention avec modalités de sorties. La personne est donc détenue dans un milieu hospitalier, par exemple l'IPPM, mais a droit à des sorties seule, dépendamment de l'évaluation qui est faite par l'équipe traitante. En dernier lieu, il y a la détention sans modalité de sorties. Dans ces cas, la personne est détenue dans un milieu hospitalier et ne peut sortir de l'hôpital sauf si elle est accompagnée par un membre du personnel.

Pour les bénéficiaires hospitalisés à l'IPPM n'ayant pas commis de délits, certains proviennent d'hôpitaux psychiatriques. Normalement, il s'agit alors d'une entente entre l'hôpital de provenance et l'IPPM visant à offrir un encadrement plus adapté

³ Pour davantage d'informations concernant la CETM :
http://www.taq.gouv.qc.ca/pdf/commission_examen_trouble_mentaux.pdf

aux comportements de l'utilisateur. Ainsi, une personne démontrant des comportements d'agressivité en cours d'hospitalisation, peut être transférée à l'IPPM. Dans d'autres circonstances, il s'agira plutôt de détenus, c'est-à-dire de personnes ayant été jugées criminellement responsables de leur délit mais qui, en cours d'incarcération, nécessitent des soins psychiatriques. Il s'agira alors d'une entente entre l'établissement carcéral et l'IPPM. Lors d'ententes entre l'IPPM et une autre institution (hospitalière ou carcérale), la personne retournera dans son établissement d'origine lorsqu'elle ne nécessitera plus les soins spécialisés de l'IPPM.

L'IPPM est un milieu sécuritaire où l'ensemble des portes sont contrôlées électroniquement⁴. Une équipe de prévention des urgences, spécialement formée afin d'intervenir physiquement lorsque nécessaire, est située à un endroit stratégique de l'IPPM. Ses membres interviennent de manière régulière auprès de bénéficiaires nécessitant un cadre sécuritaire précis (tel que des mesures de contentions) et lors d'urgences (passage à l'acte agressif, urgence médicale, incendie). Les équipes qui se trouvent quotidiennement sur les unités de vie sont composées de psychothérapeutes, d'infirmières, d'un commis d'unité, d'un psychiatre, d'un criminologue, d'un psychologue et de coordonnateurs.

2.2 Le criminologue à l'IPPM

Le rôle du criminologue sur les unités de vie de l'IPPM est relativement diversifié. Ainsi, son rôle principal sera de faire l'évaluation du risque de dangerosité d'une personne par des entrevues cliniques et à l'aide d'instruments actuariels tel que le HCR-20 et le PCL-R. Le criminologue accompagne également le bénéficiaire dans diverses démarches sociales et légales. Cela se fait par des appels à différents acteurs du réseau communautaire et institutionnel afin d'aider la personne dans ses démarches de réinsertion sociale. Ces démarches peuvent concerner ses prestations d'aide sociale, des recherches d'emploi ou d'un lieu de résidence, etc.

Un autre moyen pour le criminologue de supporter le résident est de l'accompagner lors de ses sorties à l'extérieur de l'IPPM. Ainsi, plusieurs raisons peuvent justifier

⁴ Voir le plan d'unité (annexe 3).

l'accompagnement des résidents lors de ces sorties. Ainsi, certains résidents sont sous ordonnance de la Commission d'Examen des Troubles Mentaux du Québec (CETMQ) et nécessitent d'être accompagnés par un membre du personnel lors de sorties hors de l'IPPM. Dans d'autres situations, les accompagnements ont pour objectif de rassurer le résident dans le cadre de ses démarches de réinsertion sociale. Certains d'entre eux ne sont pas sortis depuis plusieurs années, l'accompagnement permet alors de faire diminuer l'anxiété suscitée par une telle sortie. Ces sorties sont également un moyen de poursuivre le travail d'évaluation dans un cadre extérieur à celui de l'IPPM.

Le criminologue est également en charge des contacts qui doivent être faits avec les membres de la famille du bénéficiaire et les professionnels du réseau communautaire. Ainsi, le criminologue peut être appelé à participer à des rencontres familiales. Il doit également présenter le dossier des bénéficiaires au Comité de sorties de l'IPPM ainsi qu'au Comité d'Accès aux Ressources (CAR). La présentation de dossiers au Comité de sorties est nécessaire pour les résidents qui sont sous mandat légal. Le comité est composé de psychiatres et de criminologues de l'IPPM qui prennent la décision finale quant à l'autorisation d'une sortie. La présentation de dossiers au CAR se fait lorsqu'une personne est libérée avec ou sans modalités. Ce comité a pour objectif de trouver une ressource d'hébergement qui convient aux besoins du bénéficiaire prêt à quitter l'IPPM. Il est formé de différents représentants de ressources d'hébergement et d'un responsable des services externes de l'IPPM.

En dernier lieu, le criminologue doit participer aux réunions d'équipe. Ainsi, dans chacune des unités B-1 et B-2, il y avait deux réunions d'équipe par semaine. L'une portait sur l'ensemble des résidents de l'unité de vie ainsi que sur les sujets qui étaient amenés de façon ponctuelle quant au quotidien. L'autre réunion concernait les résidents qui nécessitaient davantage d'attention de la part du personnel. Ce sont des patients qui sont en «plan de chambre». Ceci signifie qu'ils sortent de leur chambre pour un temps limité de la journée, déterminé par le psychiatre et l'équipe traitante. Les discussions portaient donc sur le type d'intervention à préconiser auprès de ces

personnes afin que ce soit le moins restrictif pour leur liberté, tout en considérant les risques de passage à l'acte violent.

2.3 Un milieu qui veut favoriser la réinsertion sociale

Outre le cadre sécuritaire qui rappelle les milieux carcéraux, l'IPPM est tout d'abord un milieu hospitalier. L'approche préconisée est celle de milieu-thérapie. De ce fait, les équipes tentent d'offrir un milieu qui soit propice au traitement et au rétablissement de la personne. Diverses activités ludiques et sportives sont offertes aux bénéficiaires de l'IPPM. Plus particulièrement, les unités B-1 et B-2 offrent des activités dans l'optique d'une réhabilitation. Ainsi, des activités de cuisine, de menuiserie et d'arts font régulièrement parties des plans de traitement. Ces activités, animées par des sociothérapeutes ayant des connaissances spécifiques dans ces domaines, sont offertes hebdomadairement aux résidents qui démontrent un intérêt à y participer. De plus, puisque le bénéficiaire peut avoir à manipuler des objets pouvant potentiellement être dangereux (couteaux, scie, marteaux, clous, produits chimiques, etc.) lors de ces activités, l'équipe traitante doit également avoir acceptée que la personne y participe en regard de l'évaluation du risque de violence. À cela, s'ajoute des sorties de groupe, accompagnées et individuelles qui offrent la possibilité à la personne de réintégrer graduellement la société, selon ses capacités et ses limites, et avec le support de l'équipe traitante.

La pratique des membres du personnel de l'IPPM est régie par un Code d'éthique. Ceci a pour objectif de s'assurer du respect de la personne, de la propriété, de la liberté d'action et d'opinion, de l'environnement et de la qualité de vie, et de l'accessibilité aux soins et services (IPPM, 2006). Ainsi, la mission de l'IPPM est d'évaluer les risques de violence d'une personne ainsi que son état mental. Il doit offrir des soins en fonction de l'évaluation qui est faite, tout en s'assurant du respect de la personne traitée. L'IPPM se doit également de questionner ses pratiques en favorisant la recherche et la formation d'étudiants de niveaux collégial et universitaire, ceci afin de mieux comprendre les gestes de violence commis par des personnes atteintes d'une maladie mentale. Des règles de confidentialité strictes doivent également être respectées par chacun des membres du personnel de l'IPPM afin de s'assurer des droits de chaque personne.

Chapitre III – Activités pendant le stage

3.1 Objectifs cliniques visés pendant le stage

Ce projet de stage de maîtrise avait pour but l'atteinte de divers objectifs cliniques et académiques. Les objectifs cliniques ont été divisés en trois catégories, soit la connaissance du milieu, le développement personnel ainsi que professionnel et les habiletés professionnelles.

3.1.1 Connaissance du milieu

Depuis 2007, nous travaillions à l'IPPM à titre de commis d'unité. Nous connaissions donc déjà, de manière générale, notre milieu de stage. Cependant, nous espérions approfondir nos connaissances quant au rôle spécifique des unités de réadaptation et les activités qui y sont particulières. Ainsi, dans le cadre de notre stage, nous avons eu l'occasion de participer à certaines activités de réadaptation sociale telles que la cuisine, l'art-thérapie et la menuiserie qui nous ont permis d'être en contact avec les patients dans un milieu différent de celui de l'unité de vie. Cela nous a également permis de participer à des activités de réadaptation, propres aux unités B-1 et B-2.

En outre, le travail au quotidien sur ces deux unités ainsi que nos discussions avec notre superviseur de stage, nous ont permis de mieux comprendre les différents statuts légaux des résidents de ces deux unités ainsi que les contraintes qui leurs sont imposées.

La lecture du document *Commission d'Examen des Troubles Mentaux (CETM) – Guide* (Tribunal Administratif du Québec, 2007), ainsi que nos discussions avec notre superviseur de stage nous ont permis de prendre connaissance du rôle et du fonctionnement de la CETM.

3.1.2 Habiletés professionnelles

Afin d'atteindre nos objectifs concernant les habiletés professionnelles, nous avons fait plusieurs rencontres de suivis. Ces rencontres pouvaient concerner de l'éducation par rapport aux risques de rechute, autant de la maladie que des comportements

d'agressivité, la réinsertion à l'emploi, les facteurs de risque de récidive criminelle et la préparation au retour en communauté. Pour certains, il s'agissait d'avantage de travailler sur la reconnaissance de la maladie ou du geste délictuel. Ces rencontres nous ont donc permis de mettre en pratique nos connaissances théoriques quant au risque de violence. Puisque ces rencontres abordaient parfois des sujets qui nous étaient moins familiers, par exemple l'interaction entre la maladie mentale, la consommation d'alcool et les risques de rechutes, nous avons faits quelques recherches afin de trouver de la documentation sur ces sujets particuliers, nous permettant de ce fait d'élargir notre champ de connaissances.

Nous avons également eu l'occasion d'évaluer les risques de violences de deux résidents à l'aide du PCL-R et du HCR-20. Pour ce faire, notre superviseur nous avait préalablement remis des textes afin que nous puissions mieux connaître ces instruments de mesure. Ces instruments ont ainsi été utilisés dans le cadre d'entrevues structurées faites en collaboration avec notre superviseur.

De plus, nous avons eu l'occasion d'assister à une rencontre familiale. Cette rencontre avait pour objectif de solidifier la relation entre un résident et sa sœur. La rencontre concernait la maladie du résident, le délit commis par celui-ci et la reconnaissance des signes précurseurs d'une rechute psychiatrique. Il s'agissait également d'une rencontre d'information quant à l'éventuel transfert du résident vers un hôpital n'ayant pas le même cadre sécuritaire que l'IPPM. De plus, au cours de notre période de stage, un projet de *Journée portes ouvertes* a été initié par des membres du personnel de l'unité B-2. Nous avons donc pu participer à l'organisation ainsi qu'au déroulement de cette journée qui avait pour objectif d'accueillir les proches des résidents afin de leur faire visiter l'IPPM et l'unité de vie. Cette journée permettait également au personnel d'établir un lien avec les familles des résidents qui sont des personnes importantes afin de favoriser la réinsertion sociale. Le contact avec les familles permettait aussi de faire de l'éducation quant aux manifestations et aux conséquences de la maladie mentale. Ces activités nous ont permis de mieux comprendre la nécessité de travailler avec le réseau naturel du résident ainsi que les enjeux importants concernant l'éducation sur la maladie et les risques de violence.

Par ailleurs, nous avons eu l'opportunité de faire des sorties hors de l'IPPM avec certains résidents, dans un but de réinsertion. Lors de ces sorties, nous sommes allés visiter des ressources d'hébergement (L'Intervalle et L'Entre-Toit), une ressource communautaire pour des activités ludiques (L'Art-Rivé) et des ressources communautaires pour des programmes de réinsertion à l'emploi (Les Ateliers Quatre Saisons et Le Clic). Nous avons également accompagné un bénéficiaire à un Centre Local d'Emploi dans le cadre de ses démarches de recherche d'emploi. Ces activités nous ont permis d'entrer en contact avec certaines ressources gouvernementales et communautaires.

De plus, nous avons participé à deux sorties de groupe (la cabane à sucre et le Zoo de Granby). Ces sorties, dont l'une a eu lieu au début de notre stage, nous ont permis de créer des liens et d'apprendre à mieux connaître les résidents dans un cadre autre que celui institutionnel. En outre, l'ensemble de ces sorties nous ont permis d'observer certains comportements qui ont été repris en entrevue dans les jours suivant les sorties. Ceci nous a donc permis d'apprendre à mieux connaître certains résidents à l'extérieur du cadre de l'IPPM et de poursuivre l'évaluation de leurs besoins dans la communauté.

Nous avons également fait des présentations de dossiers au Comité de sorties de l'IPPM ainsi qu'au CAR. Pour ces présentations, nous devions élaborer un rapport traitant des antécédents criminels et psychiatriques, les raisons d'admission, l'hospitalisation ainsi que la situation actuelle, pour finir avec une évaluation des risques de dangerosité de la personne. Le contenu de ces rapports devait considérer les faits rapportés par les différents membres de l'équipe traitante. Nous avons donc eu plusieurs discussions avec les intervenants afin de nous assurer d'intégrer leurs observations à ces rapports. De plus, nous avons pu assister à quelques audiences devant la Commission d'Examen des Troubles Mentaux du Québec (CETMQ). Ces activités nous ont permis de mieux connaître le processus légal permettant aux résidents de sortir de l'IPPM.

En dernier lieu, nous avons assisté aux réunions du Service de Criminologie. Ceci nous a permis de mieux comprendre le rôle du criminologue au sein de l'IPPM et des

différentes équipes traitantes. Également, ces réunions nous ont permis d'entrer en contact avec les différents criminologues de l'IPPM.

3.1.3 Développement personnel et cheminement professionnel

Des rencontres régulières avec notre superviseur de stage nous ont permis d'échanger sur nos interventions et de développer nos habiletés d'intervention auprès d'une clientèle psychiatisée. Dans le cadre de nos discussions, nous abordions souvent les rencontres faites avec des résidents de l'unité. Cela nous a permis de partager nos questionnements et incertitudes avec notre superviseur qui nous faisait alors part de son avis et de ses propres réflexions. Nos échanges avec notre superviseur concernaient également nos lectures ayant portées sur la maladie mentale et l'évaluation du risque d'agressivité. Cela nous offrait l'occasion de partager nos connaissances respectives ainsi que d'explorer des pistes d'intervention à adopter.

Pour les deux unités où nous avons fait notre stage, il y avait deux réunions d'équipe par semaine. Il s'agit d'occasions que nous avons eu de partager notre point de vue clinique avec les membres de l'équipe multidisciplinaire. Lors de rencontres plus informelles avec certains membres de l'équipe, nous avons également l'occasion de discuter de notre projet de stage et d'obtenir des informations pertinentes à notre projet.

3.2 Objectifs académiques visés pendant le stage

Notre projet de stage avait divers objectifs académiques :

- Approfondir nos connaissances quant à la relation entre la maladie mentale grave et le passage à l'acte violent ;
- Approfondir nos connaissances quant à la symptomatologie de type TCO ;
- Améliorer nos connaissances sur la violence institutionnelle et sur les facteurs l'influençant ;
- Apporter un regard critique quant à l'évaluation du risque de violence chez des personnes atteintes d'une maladie mentale grave.

Afin d'atteindre ces objectifs, nous voulions rencontrer des résidents de l'IPPM afin d'obtenir des informations sur leur historique de violence en cours d'hospitalisation,

sur leur symptomatologie psychiatrique et leur perception de leurs passages à l'acte violent ainsi que de leur symptomatologie. Dans le cadre de notre stage, il a été possible de rencontrer deux résidents de l'IPPM. Les informations obtenues dans le cadre de nos rencontres avec ces deux personnes nous ont permis d'écrire deux études de cas abordant le passage à l'acte agressif en cours d'hospitalisation en lien avec une symptomatologie de type TCO, tout en y intégrant les perceptions de ces deux hommes. Ces études de cas, ainsi que l'analyse qui a pu s'ensuivre nous permettent de considérer nos objectifs académiques atteints.

3.3 Difficultés rencontrées en cours de stage

Malgré que nous considérions la majorité de nos objectifs atteints, diverses difficultés ou imprévus ont nécessité une adaptation de notre part. Tout d'abord, un défi rencontré était de partager notre point de vue clinique lors des rencontres d'équipe. À ce moment, ayant peu confiance en notre maigre expérience clinique, nous trouvions difficile de partager nos considérations cliniques. Particulièrement, certains des membres de l'équipe travaillaient à l'IPPM depuis de nombreuses années et détenaient une très bonne connaissance de la clientèle ainsi que de ce milieu particulier. Nos discussions avec notre superviseur de stage ont su nous rassurer en partie quant à la validité de notre opinion et nous avons été en mesure de participer davantage aux discussions cliniques vers la fin de notre période de stage. Il s'agit toutefois d'un élément que nous considérons important à continuer de pratiquer dans le cadre de nos futures expériences professionnelles.

Un autre aspect de notre stage ayant suscité une certaine anxiété a été l'impossibilité d'implanter un outil d'évaluation, tel que nous l'espérions. L'idée de départ de notre projet de stage était d'implanter l'Instrument de Mesure des Progrès Cliniques pour patients psychotiques (IMPC) (Millaud, Auclair, Guay, & McKibben, 2007) dans les unités où prenait place notre stage. Notre intention était d'utiliser les informations obtenues à l'aide de cet instrument afin de dresser un portrait du fonctionnement général de nos participants sur l'unité de vie. Cet instrument permet d'évaluer les patients sur onze variables ayant été identifiées par des professionnels de l'IPPM comme étant des facteurs permettant d'évaluer les progrès d'une personne dans un cadre thérapeutique (McKibben & Guay, 2003 ; Millaud, Auclair, Guay, &

McKibben, 2007). Il a toutefois été impossible d'implanter cet instrument puisque le service informatique de l'IPPM avait d'autres projets prioritaires et n'avait pas la disponibilité, au moment de notre période de stage, pour implanter un tel instrument. Nous avons donc dû repenser à notre façon d'obtenir nos informations qui ne devait plus reposer sur cet instrument.

Un autre défi rencontré concerne plus spécifiquement un des deux hommes, monsieur A, rencontré dans le cadre de notre projet. Il est apparu que nos rencontres portant sur ses croyances délirantes ont pu alimenter une certaine désorganisation psychiatrique. Dans la soirée faisant suite à une de nos rencontres où nous avons abordé un thème important de sa symptomatologie délirante, le sacrifice humain, il aurait frappé dans sa porte de chambre à plusieurs reprises et aurait crié. Nous avons par la suite su qu'il avait eu peur que l'équipe l'oublie dans le cadre de leur sortie pour une activité à l'extérieur de l'unité. Il s'agissait toutefois d'une attitude agressive qui n'était plus observée chez cet homme depuis quelques années. Lors d'une discussion d'équipe ayant fait suite à cet incident, nous avons également appris que depuis quelques semaines, il avait recommencé à parler de sa symptomatologie délirante avec son intervenant principal, alors qu'il en n'avait plus parlé depuis plusieurs années. L'équipe avait manifesté ses inquiétudes face à ces observations. Ceci nous avait alors incitées à avoir une dernière rencontre avec cet homme afin de clore les sujets abordés, malgré que cette fin survenait alors que nous avions tant d'autres questions à poser concernant son passage à l'acte violent. La décision de mettre fin à nos rencontres avait pour objectif de ne pas contribuer davantage à sa désorganisation. Toutefois, cette crainte qui fait suite à la survenue d'incidents, somme toute mineurs, démontre bien la nécessité de préciser l'évaluation du risque de passage à l'acte violent en lien avec les symptômes d'une maladie mentale grave.

Un autre aspect que nous avons retenu de notre stage est la multitude des problématiques présentées par la clientèle de l'IPPM. À titre de stagiaire en criminologie, adopter une approche d'intervention visant à travailler sur les facteurs de risques criminologiques, tout en considérant les enjeux liés à la maladie mentale grave, aux troubles de la personnalité et à l'institutionnalisation n'est pas apparu être

une tâche facile. Afin de nous aider dans notre processus d'apprentissage, nous avons lu des articles portant sur ces diverses problématiques. Plus encore, nous avons eu de longues discussions cliniques avec notre superviseur de stage ainsi qu'avec le psychologue et les psychiatres des unités où nous travaillions. Ceci nous a permis une meilleure application pratique de nos connaissances théoriques acquises dans le cadre de nos lectures.

Finalement, un aspect de notre stage auquel nous avons dû nous adapter est le travail d'équipe. Cela a déjà été mentionné, l'IPPM est un milieu particulier. Au quotidien, les gens qui y travaillent ont à gérer différentes formes d'agressivité ainsi qu'un niveau élevé de stress. Ceci semble parfois affecter les relations entre collègues, particulièrement suite à des passages à l'acte agressif sur l'unité de vie. Certains peuvent réagir de manière plus émotive lorsqu'un tel évènement se produit, alors que d'autres feront une analyse clinique de la situation. La communication entre les différents intervenants peut alors devenir plus difficile, selon la position qui est prise. Plus particulièrement, il existe une sorte de rapport d'autorité entre l'équipe de «professionnels»⁵ et celle formée des sociothérapeutes et des infirmiers, pouvant également affecter les communications. Considérant que l'opinion, ainsi que les observations cliniques de chacun des membres de l'équipe étaient importants, nous avons parfois trouvé malaisé de constater cela. Afin d'avoir davantage accès à ce que tous avaient à dire, nous nous sommes parfois jointes aux sociothérapeutes ainsi qu'aux infirmiers dans leur travail quotidien. Cela signifiait alors d'être présente un peu plus tôt le matin afin d'assister à leur réunion et de dîner avec eux. Cela voulait également dire d'être présente aux activités spéciales qui étaient organisées par les sociothérapeutes, par exemple aller à la menuiserie ou à l'horticulture, participer à la journée *portes ouvertes* et les accompagner lors de sorties dans la cour intérieure, au Zoo de Granby ou à la cabane à sucre. Cela nous permettait de mieux comprendre la réalité quotidienne de ces travailleurs mais également d'établir une communication qui nous semblait davantage égalitaire, peu importe notre position professionnelle.

⁵ Ce terme est mis entre parenthèse puisqu'il s'agit davantage du jargon utilisé par le personnel de l'IPPM afin de distinguer ce sous-groupe des infirmiers et des sociothérapeutes qui peuvent également détenir une formation universitaire. Ce terme distingue donc les deux sous-groupes de manière imprécise.

Chapitre IV – Le cas de monsieur A

Le 18 février 1973. Marc, Sylvain et Jean⁶, tous trois membres du personnel de l'IPPM, avaient commencé leur quart de travail à 8h00. À 10h20, les résidents avaient pris leur déjeuner et s'occupaient avec des jeux de société, de la lecture ou la télévision. Marc était dans la console⁷ et Jean se trouvait dans la lingerie. Cela faisait partie de ses tâches, il s'affairait à plier du linge. Sylvain, quant à lui, se trouvait dans la grande salle où il jouait aux échecs avec un des résidents. C'est alors que monsieur A était venu le voir et lui avait dit: «Sylvain, je crois que j'ai tué quelqu'un».

Monsieur A, était âgé de 25 ans et avait été admis six mois plus tôt à l'IPPM. Il y avait été transféré parce qu'il présentait des comportements agressifs que son hôpital de secteur, pourtant réputé pour accueillir des personnes ayant des comportements problématiques, n'arrivait plus à gérer. Depuis son admission, il était en plan de chambre, c'est-à-dire qu'il ne sortait que trois fois par jour de sa chambre, pour une durée d'une heure. Monsieur A, depuis qu'il était hospitalisé à l'IPPM, présentait continuellement des comportements agressifs. Ainsi, le 7 août 1972, quelques jours seulement après son arrivée à l'hôpital, il s'infiltrait dans la chambre d'un autre résident et tentait de le saisir à la gorge. Le lendemain, il frappait un membre du personnel. Une semaine plus tard, le 16 août, il donnait un coup de poing à un autre résident. À peine trois semaines plus tard, le 11 septembre, il frappait un de ses pairs. Le 28 septembre, il tentait de se suicider par pendaison. Le 3 novembre, il attaquait un résident. Le 20 novembre, il faisait une violente crise d'agitation physique qui avait nécessité une intervention physique par l'équipe de sécurité afin de le maîtriser et de l'isoler. Le 27 novembre, il faisait une autre crise d'agitation au cours de laquelle il avait brisé du matériel de l'unité. Une intervention physique avait de nouveau été nécessaire. Le 2 décembre, il frappait un membre du personnel. Le 6 décembre, il manifestait de la colère obligeant alors une nouvelle intervention physique visant à l'isoler. Le 28 décembre, il attaquait un résident et le 8 janvier, il agressait de nouveau cette même personne. Finalement, le 22 janvier, un câble

⁶ Noms fictifs désignant les trois membres du personnel présents lors de cette journée.

⁷ Il s'agit d'une pièce vitrée, située au milieu de l'unité de vie, qui permet de voir l'ensemble des pièces occupées par les résidents, à l'exception de l'intérieur des chambres. Voir le plan d'unité (annexe 3).

fabriqué avec un pyjama a été retrouvé dans sa chambre... Ces nombreux passages à l'acte agressifs avaient justifié les mesures exceptionnelles qui avaient été mises en place afin d'assurer sa propre sécurité ainsi que celle des autres résidents et du personnel. Ainsi, lorsqu'il sortait de sa chambre, il devait y avoir deux membres du personnel qui se trouvaient du côté sécuritaire de l'unité⁸.

Donc, suite à ce qu'il venait d'entendre, Sylvain s'était levé afin d'accompagner monsieur A jusqu'à sa chambre. Celui-ci apparaissait trop délirant pour rester dans la salle avec les autres résidents. Il était donc préférable de le retourner à sa chambre afin de minimiser les stimulations sensorielles. C'est en ouvrant la porte de la chambre de monsieur A que Sylvain avait vu monsieur M, un autre résident de l'unité. Il avait alors décidé de reconduire monsieur A à la salle d'isolement. Par la suite, il s'était dirigé en courant vers la console où il avait demandé à Marc d'appeler le service d'urgence de l'hôpital. Il était ensuite allé voir Jean, qui était toujours à la lingerie. Il lui avait alors dit : «Je crois que monsieur M vient de faire une gaffe». Les deux hommes étaient retournés en courant vers la chambre de monsieur A. Ils y avaient retrouvé monsieur M. Il était étendu par terre et ne semblait plus respirer. Les manœuvres de RCR avaient été tentées, mais il était trop tard. Le médecin de garde avait constaté le décès de monsieur M à 11h45.

Le médecin de garde avait rencontré monsieur A dans les minutes qui avaient suivies. Celui-ci avait expliqué au médecin que :

Monsieur M était entré dans sa chambre pour lui voler des cigarettes. Il l'a immédiatement pris à la gorge pour le tuer. Il a vu, durant sa jeunesse, une personne qui en tuait une autre et cette image l'a marqué. Il sentait le besoin de tuer quelqu'un pour se soulager. Une patiente d'un hôpital mental⁹ lui avait dit qu'après avoir tué quelqu'un, elle s'était sentie beaucoup mieux. Subitement, durant ces instants, c'est monsieur M qu'il devait tuer parce que s'il ne le tuait pas, il devait se tuer lui-même. Un seul des deux pouvait vivre et ce devait être celui qui a la plus grande valeur. Monsieur A était convaincu d'avoir plus de valeur que monsieur M. Lui, monsieur A, il pouvait faire des études et aider les autres. Il avait toujours voulu aider les autres mais il n'avait pas pu. Il lui fallait être libéré de l'une des deux personnes à l'intérieur de lui. Il se dit

⁸ Voir le plan d'unité (annexe 3)

⁹ L'expression «hôpital mental» ne fait plus partie du vocabulaire contemporain, mais nous n'avons pas voulu modifier les écrits du médecin ayant rédigé la note d'évaluation. Aujourd'hui, l'expression «hôpital psychiatrique» serait de mise.

schizophrène. Il dit qu'il y a de la haine et de l'amour à l'intérieur de lui. Il mêle les deux personnes à l'intérieur de lui, et les deux personnes, dont l'une est lui et l'autre, monsieur M. Il ne le haïssait pas, il l'aimait mais, il l'a beaucoup blessé.

Le médecin avait poursuivi l'entrevue en informant monsieur A que monsieur M était décédé. Monsieur A avait semblé triste, il pleurait. Il avait alors dit : «Peut-être que vous ne me croirez pas mais, je sens un bonheur, un état de bien-être à l'intérieur de moi». Le médecin avait alors mis fin à la rencontre.

Comment comprendre cette agression ? Est-elle réellement la réponse démesurée à un simple vol de cigarette ? Afin de mieux comprendre cette journée, nous présenterons de manière détaillée monsieur A. Nous aborderons ses antécédents criminels et psychiatriques, les interventions qui ont été faites jusqu'à aujourd'hui auprès de monsieur A, ainsi que sa situation actuelle. Par la suite, nous préciserons les symptômes dont il souffre, la nature de ses idées délirantes ainsi que quelques-uns des comportements agressifs qu'il a présentés au cours de son hospitalisation à l'IPPM.

4.1 Monsieur A est atteint d'une maladie mentale grave?

Retour au 18 février 1973. Monsieur A a été transféré à la salle d'isolement. Il est soupçonné d'avoir étranglé et tué un de ses pairs. Dans les années qui suivirent, il fut accusé formellement de l'homicide de cette personne et fut jugé non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux.

Suite à son passage à l'acte homicide, monsieur A avait mentionné au médecin de garde qui était venu l'évaluer, que la victime était entrée dans sa chambre pour lui voler des cigarettes. Est-ce là un mobile pour tuer une personne? Il avait également mentionné ressentir un bonheur, un état de bien-être suite à l'annonce du décès de sa victime. Qu'est-ce que cela représente pour monsieur A? Quel est le lien entre le vol d'une cigarette, un homicide et un sentiment de bien-être? Dans l'optique de mieux comprendre le rationnel de monsieur A et de cerner davantage sa dynamique de passage à l'acte, nous avons rencontré ce résident à quelques reprises dans le cadre de notre stage. Voici donc les informations recueillies lors de nos rencontres avec

monsieur A. Certaines informations proviennent également de son dossier d'hospitalisation auquel il nous a donné accès.

L'objectif premier de ce projet de stage était d'explorer la relation entre les comportements agressifs du participant et sa symptomatologie de type TCO. Ce que nous voulions faire semblait relativement simple : identifier dans les dossiers les éléments d'agressivité ayant ponctué le parcours de monsieur A à l'IPPM puis, en entrevue, faire un retour sur chacun de ces événements afin de mettre en évidence la présence ou l'absence de symptômes de type TCO. Toutefois, rapidement nous nous sommes rendu compte qu'il serait difficile de le faire ainsi avec ce résident. Ayant un trouble de la pensée et étant toujours délirant, les retours dans le temps lui étaient difficiles à faire. Il s'égarait dans ses pensées ou ne se rappelait plus l'évènement questionné. Nous nous y sommes donc pris autrement afin de répondre à notre objectif de départ. Monsieur A était très volubile, discuter de ses convictions, de ses questionnements, de ses pensées apparaissait donc être une bonne alternative. Au fil des rencontres, nous avons aussi tenté de le questionner sur ses comportements agressifs ainsi que sur son homicide. Il s'agissait toutefois d'un sujet qu'il lui était difficile à aborder.

Les prochaines lignes ont pour but de présenter monsieur A. Différents éléments de son histoire psychiatrique et criminelle seront abordés. Par la suite, nous aborderons la symptomatologie de monsieur A ainsi que ses comportements d'agressivité en cours d'hospitalisation.

4.2 Portrait global

4.2.1 Portrait du passé

En 1963, à l'âge de 14 ans, monsieur A a été admis en psychiatrie pour une aversion à la nourriture. Selon le psychiatre qui le traitait à ce moment, cette problématique aurait en fait été le mode d'entrée dans un processus schizophrénique. Un diagnostic de schizophrénie avec un diagnostic différentiel d'anorexie nerveuse a alors été posé. À partir du mois de novembre 1963 jusqu'au mois d'août 1964, monsieur A a été hospitalisé pour une réaction dépressive psychotique. Par la suite, il a de nouveau été hospitalisé de 1968 à 1970 pour un trouble de la personnalité état-limite qui, selon un

psychiatre de l'IPPM, aurait en fait été une schizophrénie latente, ainsi qu'en 1970, cette fois pour une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse.

En 1971, il a commis ses premiers actes de violence judiciairisés. Le 4 août, il a été accusé de voies de fait ayant causé des lésions corporelles et de voies de fait sur un agent de la paix, mais la plainte a été retirée. Le 9 août, il a de nouveau été accusé de voies de fait. Puis, le 20 août, il a été jugé non-criminellement responsable pour cause de troubles mentaux à des accusations de voies de fait ayant causé des lésions corporelles et de possession d'arme dans un dessein dangereux. Il a été admis en cure fermée dans un hôpital en Ontario, sous mandat du Lieutenant-gouverneur de l'Ontario.

En 1972, il a été transféré à l'IPPM dû à des comportements agressifs constants. Le directeur de l'hôpital ontarien écrira dans une lettre adressée à l'IPPM qu'il a été un des patients avec lequel ils ont eu le plus de difficultés à gérer l'agressivité. C'est également au cours de cette année que monsieur A reçu un traitement de sismothérapie qui n'eut pas d'impacts positifs à plus long terme. Ainsi, six mois après son admission, le 18 février 1973, il a attaqué et tué par strangulation un bénéficiaire qui séjournait sur la même unité que lui. Il a été jugé non-criminellement responsable de son délit. Par ailleurs, en 2009, il s'agissait toujours du seul homicide ayant été commis dans cet établissement.

En 1975, il a subi une lobotomie bifrontale. À cette époque, ce traitement intrusif était devenu une option envisageable dans le cas de monsieur A puisque les traitements pharmacologiques avaient peu ou pas d'effets sur sa symptomatologie. Malheureusement, cette intervention n'avait pas donné les effets attendus, puisque monsieur A était resté très délirant et symptomatique. Ainsi, en novembre 1978, il a de nouveau agressé et a tenté d'étrangler un résident de son unité qu'il a laissé pour mort. La victime a survécu, mais avec de nombreuses séquelles neurologiques. Au mois de juin 1978, le statut légal de monsieur A a été changé, relevant alors d'un mandat du Lieutenant-gouverneur du Québec¹⁰.

¹⁰ Aujourd'hui, il s'agit plutôt de la Commission d'Examen pour Troubles Mentaux du Québec (CETMQ).

Lors de son hospitalisation à l'IPPM, monsieur A a commis de nombreux actes de violence. Ces gestes ont été en majorité hétéro-agressifs, dirigés vers le personnel ou les autres bénéficiaires. Jusqu'en 1983, les gestes agressifs ont été très nombreux. Monsieur A se trouvait en plan de chambre et bénéficiait seulement de quelques heures par jour de sorties dans le groupe. Des mesures exceptionnelles étaient également en vigueur lors de ces sorties afin d'assurer la sécurité du personnel et des autres résidents. Pendant un certain temps, la présence supplémentaire d'un membre du personnel était requise et ce, pour les quelques heures que devait sortir monsieur A durant la journée. À d'autres moments, il ne pouvait sortir que lorsque les autres résidents étaient à leur chambre. Lorsqu'il sortait, il se trouvait donc seul sur l'unité. De telles mesures ont rarement été instaurées à l'IPPM, démontrant ainsi la crainte du personnel face au potentiel agressif de cette personne.

Après 1983, les gestes agressifs commis par monsieur A se sont estompés. Ses comportements d'agressivité restent principalement au niveau verbal. En 1995, monsieur A avait toutefois commis une agression physique mineure sur un autre résident qui l'avait accusé d'être un tueur d'enfant. Monsieur A avait par la suite dit que «cela lui avait fait du bien».

4.2.2 Portrait d'aujourd'hui

En 2009, monsieur A était un homme âgé de 61 ans, hospitalisé de façon continue à l'IPPM depuis l'âge de 25 ans soit, depuis le 1^{er} août 1972. Le diagnostic posé par le psychiatre était celui de schizophrénie de type paranoïde, chronique, particulièrement sévère et résistante au traitement pharmacologique.

Tel que mentionné précédemment, les interventions intrusives du passé (sismothérapie et lobotomie) n'ont eu que très peu d'impacts positifs à long terme sur la symptomatologie de monsieur A. Il apparaît plutôt qu'un traitement psychopharmacologique, s'ajoutant à une intervention de type thérapie de milieu, semble mieux convenir aux besoins de ce bénéficiaire.

Monsieur A était un homme dont le discours était teinté d'éléments historiques, religieux et para-philosophiques. Ainsi, monsieur A faisait souvent allusion à des

conflits historiques ayant opposés les Chrétiens et les Juifs où le sacrifice humain aurait pris une place significative. Monsieur A nous a d'ailleurs expliqué qu'à l'origine, les Juifs avaient tué un Chrétien, Jésus, le crucifiant sur la croix. Plusieurs centaines d'années plus tard, c'était aux Chrétiens de se venger. Hitler prit alors le rôle principal en créant l'Holocauste¹¹. En 2009, monsieur A s'identifiait comme étant moitié juif, moitié chrétien. Cette double origine, qui s'inscrivait dans un historique de guerre et de vengeance, justifiait qu'il puisse tuer une personne à titre expiatoire.

4.2.2.1 Aperçu d'une rencontre avec monsieur A

Les rencontres avec monsieur A ont été particulièrement fascinantes. Afin que le lecteur puisse se faire une image de l'atmosphère de ces rencontres, nous décrirons monsieur A avec un peu plus de détails. Donc, on se rappelle qu'il s'agissait d'un homme de 61 ans, qui avait subi une lobotomie bi-frontale. Il était de plus atteint d'un trouble de la pensée et d'une maladie mentale grave qui avaient, entre autres, un impact sur ses fonctions cognitives et mnésiques ainsi que sur sa motricité. L'ensemble de ces facteurs explique que son discours était très peu structuré, parfois complètement décousu, en plus d'être teinté de réflexions philosophiques et religieuses. Ses propos étaient également très imagés, faisant souvent référence au monde animal afin d'illustrer ses dires. Son élocution était parfois difficile à comprendre. D'ailleurs, un effet secondaire de sa médication était l'hypersalivation. Parfois, un filet de salive s'échappait d'entre ses lèvres pour tomber sur son chandail ou bien, lorsqu'il s'en rendait compte, il tentait de la retenir. Il y a des journées où il semblait davantage affecté par sa médication, il semblait alors plus fatigué et articulait moins, le rendant alors plus difficile à comprendre. Ses idées étaient plus éparpillées et il se perdait alors dans ses réflexions philosophiques. La plupart du temps, lorsqu'il nous parlait, son regard était orienté vers le bas, se retournant pour nous regarder qu'une fois de temps en temps, lorsqu'il ne nous comprenait pas bien ou qu'il voulait s'assurer de notre compréhension. Il était généralement calme mais parfois, il se laissait emporter par ses récits, faisant alors de grands gestes avec ses bras ou se levant afin de nous mimer des événements.

¹¹ Afin de respecter le vocabulaire de monsieur A, nous avons décidé de garder l'expression «Holocauste» dans le cadre de ce rapport. Il est à noter que par cette expression, monsieur A fait référence au génocide Juif dont l'expression juste est le «Shoah».

Cette brève description, nous l'espérons, aura permis de mieux faire comprendre la particularité des interactions que nous pouvons avoir avec une telle clientèle.

4.2.2.2 La réinsertion sociale après 40 ans en institution

Pour le moment, les interventions qui sont faites auprès de monsieur A visent à lui permettre d'acquérir un maximum d'aptitudes qui lui seront utiles lors d'un éventuel retour dans la société. Ainsi, entrer en communication avec autrui et maintenir cette relation, avoir une hygiène corporelle adéquate ainsi qu'un meilleur contrôle de ses symptômes et de sa pensée sont des éléments importants de son processus de réinsertion sociale. Pour finir, monsieur A est en attente depuis plus de deux ans d'une place dans une ressource d'hébergement. Lorsque cette place sera disponible, il s'agira de la première opportunité pour monsieur A de retourner vivre en communauté depuis près de 40 ans.

Monsieur A fait maintenant des sorties six jours par semaine. Il travaille trois après-midi et deux journées complètes par semaine dans un atelier de production à l'extérieur de l'IPPM. Son implication et son comportement aux ateliers semblent tout à fait adéquats selon le personnel de l'atelier. Il bénéficie également d'une journée de sortie libre par semaine. Finalement, il participe aux activités proposées par les éducateurs de l'IPPM, tels que des sports ou des loisirs, en plus d'avoir la responsabilité de certaines tâches ménagères sur son unité de vie.

4.3 Notre première rencontre

Le 14 mai 2009. Il s'agissait de notre première rencontre officielle avec monsieur A concernant notre projet. Nous le rencontrions afin de lui expliquer notre projet de stage et lui faire signer un formulaire de consentement (voir annexe 4). Il ne s'agissait cependant pas de la première fois que nous le rencontrions. Nous avons déjà fait des démarches afin de s'informer concernant une ressource communautaire où il pourrait s'inscrire à des activités de loisirs. Nous étions également sorties avec lui afin de visiter cette ressource. Le contact s'est donc fait facilement, mais il l'avait également été lors des précédentes rencontres. Ceci démontrait, selon nous, l'habitude qu'il a de rencontrer des gens qu'il ne connaît pas, ou très peu, et qui veulent lui poser des questions. Mais cela va au-delà de la simple habitude. Lorsque

nous l'avons questionné à propos de son intérêt à participer à un projet de recherche, nous n'avons même pas eu le temps de commencer à lui expliquer le sujet de notre projet qu'il avait déjà accepté d'y participer. Nous avons dû insister pour lui donner plus de détails. Suite à ces explications, sa première question a été de savoir s'il serait payé. Il a accepté sans problème une réponse négative. Cette attitude nous a fait réfléchir à deux réalités du quotidien de cet homme : la première est l'institutionnalisation, et la deuxième est sa difficulté à entrer en relation avec les autres. L'institutionnalisation fait qu'il a participé à plusieurs projets de recherche au cours de son hospitalisation. Se faire poser des questions sur sa vie personnelle et ses symptômes par des inconnus fait partie de sa réalité quotidienne. De plus, sa difficulté à entrer en relation avec ses pairs fait qu'il semblait apprécier les contacts qu'il peut avoir, même s'ils se font avec des inconnus. Ceci lui donne alors l'occasion de discuter de ses réflexions et d'être écouté.

Monsieur A avait posé qu'une seule autre question. Celle-ci concernait la confidentialité. Il voulait s'assurer que son nom n'apparaîtrait nulle part et que les informations qu'il nous transmettrait ne serviraient que dans le cadre de notre travail universitaire. Dans les rencontres qui suivirent, il nous a dit avoir vécu une expérience difficile par le passé. Son homicide et les démarches judiciaires qui en ont découlées ont été grandement médiatisés. Lors de ses transferts entre la cour et l'IPPM, il a été à de nombreuses reprises pris en photo et on parla de son geste dans de nombreux articles de journaux. Ceci semblait l'avoir marqué énormément, le faisant alors craindre qu'une telle situation se reproduise. Nous l'avions alors rassuré et avons convenu de se rencontrer quelques jours plus tard afin de débiter nos entretiens.

4.4 La présence de symptômes de type TCO chez monsieur A

Deuxième rencontre. Celle-ci était davantage formelle. Nous voulions nous assurer de la présence de symptômes de type TCO à l'aide d'une grille de questions (annexe 1). Monsieur A voulait vraiment nous aider pour notre travail, il voulait «bien faire». Il répondait donc «oui» à toutes les questions de notre grille, à l'exception de celles lui demandant s'il avait déjà eu l'impression que ses émotions étaient manipulées de l'extérieur ou qu'une personne volait ou prenait les pensées qui se trouvaient à son esprit. Ainsi, il nous a dit s'être déjà senti menacé par une personne et avoir eu

l'impression qu'une personne voulait lui faire du mal, l'empoisonner ou l'observait. De plus, il nous a affirmé avoir effectivement déjà eu l'impression qu'une personne contrôlait ses mouvements ou mettait des idées dans son esprit. Également, il a mentionné avoir déjà vécu des moments où il sentait que ses actions et ses pensées étaient contrôlées de l'extérieur. Toutes ses réponses affirmatives étaient accompagnées d'exemples qui nous permettaient de mieux cerner sa compréhension de la question. La majorité des exemples qu'il nous a donnés concernaient des hospitalisations antérieures. Ainsi, il s'est souvent senti menacé par les membres du personnel ainsi que par le milieu de la psychiatrie en général. Par exemple, il nous a dit qu'un médecin d'un autre hôpital avait effectivement inséré des idées qui ne lui appartenaient pas dans son esprit. Lorsque questionné sur ces idées, il nous a affirmé qu'il s'agissait de l'idée de tuer une personne qu'en réalité, il ne souhaitait pas voir mourir. Il nous a également confié avoir été menacé de mort à quelques reprises par d'autres résidents des hôpitaux où il se trouvait. Monsieur A nous a même dit qu'un autre patient avait tenté de l'agresser avec un couteau. Aussi, il nous a affirmé qu'un médecin d'un autre hôpital avait tenté de l'empoisonner avec une médication l'ayant fait dormir pendant plusieurs jours. Un autre médecin, avait quant à lui eu comme habitude de se placer devant sa fenêtre de chambre afin de l'observer. Il nous a également affirmé avoir déjà pensé que le Christ était gai, et l'avoir interprété comme étant une manipulation de son esprit.

Nos rencontres suivantes, ainsi que les informations présentes dans le dossier d'hospitalisation de monsieur A, sont également venu confirmer la présence de symptômes de type TCO. Ainsi, en début d'hospitalisation, monsieur A s'était à maintes reprises senti menacé de mort par d'autres résidents. Par exemple, en 1976, un autre résident avait été admis sur l'unité où était hospitalisé monsieur A. Ce résident avait une expérience en karaté et monsieur A en avait déduit qu'il avait été envoyé dans le but de le tuer. En entrevue, monsieur nous a parlé d'un autre résident qui avait tué trois de ses employeurs et qui voulait maintenant le tuer. Ce discours semblait s'être répété à plusieurs reprises, dans différents contextes, au cours des cinq premières années de son hospitalisation. Monsieur A maintenait par ailleurs toujours des propos de persécution. En entrevue, il nous a par exemple affirmé que les institutions psychiatriques le «testaient» et que si elles en avaient l'occasion, elles

le tueraient. À un autre moment, il nous a dit qu'il croyait que les hôpitaux généraux voulaient tuer les patients, mais il excluait l'IPPM en prétextant que ce n'était pas ce que cet hôpital tentait de faire. Il semble ainsi que monsieur A ressent de la gratitude envers l'institution qu'il habite depuis 37 ans. Finalement, dans son dossier, on pouvait également y lire que monsieur A parlait parfois d'empoisonnements, sans que davantage d'informations y soient notées.

Également, on pouvait lire dans le dossier de monsieur A qu'il croyait qu'un thérapeute d'un hôpital où il avait déjà séjourné, agissait sur lui par télépathie. On pouvait également y lire qu'il parlait alors d'un phénomène de transmissions de pensées, sans qu'il n'y ait davantage d'informations de notées. Toujours dans son dossier, il était inscrit que monsieur A croyait également que les membres du service de sécurité de l'IPPM, ainsi que son médecin, tentaient d'exercer un contrôle à distance sur son cerveau. Ceci, plus particulière suite à la lobotomie qu'il avait subi. Par ailleurs, en cours d'entrevue, il nous avait dit que les institutions psychiatriques voulaient le contrôler.

Finalement, dans le dossier de monsieur A, il y était noté qu'il était soumis à des hallucinations de type visuel, auditif et cénesthésique.

4.5 Un Homme bleu, un fantôme et un sacrifice humain

Rencontres suivantes. Nous avons questionné monsieur A sur le contenu de sa pensée. Afin de bien cerner la logique de monsieur A, nous présenterons donc ces informations selon deux thèmes principaux : ses personnalités, ainsi que le sacrifice humain.

4.5.1 Ses personnalités

Vous savez docteur, j'ai un Homme bleu en moi, il me donne toujours de bons conseils et je lui obéis tout le temps parce que je crois qu'il est mon ami, [qu'il] fait partie de ma deuxième personnalité et qu'il essaie de m'aider. Il me fait faire toujours de bonnes choses. J'ai trois personnes à l'intérieur de moi: l'une est moi, la deuxième est un fantôme qui est contre moi et la troisième personne, c'est l'Homme bleu. Je lui obéis tout le temps parce que je crois qu'il est mon ami et qu'il essaie de m'aider. J'ai besoin d'immoler quelqu'un pour être délivré. Il me donne l'ordre de tuer quelqu'un pour être délivré, mais je ne sais pas ce que je dois faire,

je ne sais pas qui je dois tuer. Je me suis habitué à suivre ses conseils (note d'un psychiatre, datée du mois de juillet 1978).

Au cours de ce même mois, il était entré de manière abrupte et imprévisible dans le bureau de son psychiatre. Il avait alors bloqué la porte et expliqué à son médecin qu'il devait tuer quelqu'un puisqu'il se devait d'obéir à l'Homme bleu. On n'en sait pas beaucoup plus sur l'Homme bleu. Apparemment, il serait «disparu» peu de temps après cette entrevue. Monsieur A associe d'ailleurs cette disparition au sacrifice humain qu'il a commis en 1973.

Aujourd'hui, il ne parle plus de cet Homme bleu, mais il parlera plutôt de l'«Esprit Sain» (*Holy ghost*). Ce personnage semble avoir pris la même importance pour monsieur A que l'Homme bleu avait plusieurs années plus tôt. Mais à notre connaissance, cette nouvelle entité ne lui aurait pas demandé de faire un sacrifice afin de se libérer de sa possession.

Quant à son fantôme, monsieur A nous a dit qu'il était apparu alors qu'il était âgé de seulement cinq ans. Son père l'avait alors battu et laissé pour mort. Il a survécu, mais il ne fut plus jamais seul. Cet épisode de sa vie fut un *shot gun in marriage* avec celui qu'il appelle l'Esprit Sain. Cette grande violence à son égard avait permis à ce fantôme de prendre une place importante dans sa vie, dans son esprit. Depuis cette journée, son fantôme le suit, sans relâche. Que fait cette entité? Premièrement, «sa sagesse est magique». Ensuite? Elle le menace, le manipule, le contrôle. Elle s'oppose constamment à sa volonté. Monsieur A nous a dit au début de l'une de nos rencontres : «*it antagonises me*». Ceci, afin de mieux situer le rôle de son fantôme dans son quotidien. Mais pourquoi fait-il cela? Son fantôme lui a dit que la deuxième guerre mondiale n'a pas été assez efficace, l'action de son fantôme serait donc une revanche. Ainsi, monsieur A doit constamment négocier avec son fantôme qui l'empêche parfois de faire ce qu'il veut.

L'Homme bleu et son fantôme personnifient pour monsieur A l'amour et la haine. Il doit donc se constituer l'arbitre entre ces deux entités qui se disputent à l'intérieur de lui. L'Homme bleu et son fantôme représentent bien les forces opposées dont parle monsieur A. Il dira d'ailleurs souvent être *half and half*, ajoutant qu'Hitler et le

Christ l'étaient également. Ainsi, les conflits historiques opposants les Juifs et les Chrétiens sont toujours d'actualité pour monsieur A qui affirmait être en partie Juif et en partie Chrétien. Si ces conflits historiques ont été empreints de nombreux gestes de violence dans le passé, il n'en est pas autrement pour monsieur A chez qui cette dualité de sa personne est source de pulsions de violence.

4.5.2 Le sacrifice humain

L'Homme bleu et le fantôme ont toujours été à l'esprit de monsieur A. Ils sont à l'intérieur de lui, ils lui parlent, ils influencent ses pensées, ils modifient son comportement. D'ailleurs, comme monsieur A l'avait déjà mentionné, l'Homme bleu, selon lui, lui donne toujours de bons conseils et il essaie de l'aider. Quant à son fantôme, il est contre lui. Monsieur A souhaiterait d'ailleurs s'en débarrasser. Pour ce faire, l'homme bleu lui suggérerait, à l'époque, de sacrifier une personne. Puisqu'il faisait confiance à cette entité, il se devait de lui obéir.

Par ailleurs, avant son admission à l'IPPM, monsieur A avait rencontré une femme dans un autre hôpital psychiatrique. Cette personne avait tué son enfant et elle lui avait alors expliqué que ce geste lui avait permis de se sentir libérée. Quelques années plus tard, alors qu'il était hospitalisé à l'IPPM, cette rencontre lui était revenue à l'esprit. Ce témoignage est peut-être venu confirmer chez monsieur A l'idée qu'un sacrifice humain pouvait le libérer de sa possession, de son fantôme.

De plus, monsieur A avait déjà expliqué que lorsqu'un sacrifice humain était fait, il se produisait un phénomène bien particulier. Tout d'abord, ce geste permettait à la victime de bénéficier de la vie éternelle en revenant dans une vie prochaine, ce qui représenterait pour monsieur A, le bonheur suprême. De plus, toujours selon lui, la population se diviserait en deux groupes de personnes distinctes. Le premier serait celui des gens qui souhaitent mourir, le deuxième serait celui dont les gens veulent vivre. Ce deuxième groupe aurait par ailleurs la faculté de distinguer les gens qui veulent mourir de ceux qui veulent vivre. Donc, le sacrifice humain pourrait être bienvenu pour la victime qui voit son souhait de mort se réaliser, en plus d'avoir la possibilité de revenir dans une prochaine vie. Pour l'agresseur, le geste peut avoir plusieurs conséquences positives.

De surcroît, monsieur A avait déjà expliqué dans le passé que lorsqu'une personne était sacrifiée, son esprit était propulsé chez l'agresseur de manière positive. Ainsi, cet état «permettait la mise en place dans le cerveau d'un corridor sans problèmes permettant la réhabilitation». L'agresseur avait alors la possibilité de bénéficier du traitement qui lui était offert et de guérir sa maladie. À l'époque, il appelait ce phénomène les *natural shocks*, et désignait les sacrifices faits à l'aide de plusieurs coups de couteau et où le sang giclait. En entrevue, il nous a plutôt parlé de la personne qui se retrouvait *in shock* et ce, dans un contexte où le geste ne nécessitait plus autant de violence. Un exemple de ce phénomène est cette femme qu'il avait rencontrée dans un autre hôpital psychiatrique et qui avait tué son enfant. Ce geste avait mis la femme en état de choc, ce qui lui permit de recevoir l'esprit de l'enfant. À la fin de son traitement, monsieur A nous a dit qu'elle avait reçu le *Holy Spirit* comme récompense.

Lorsque nous l'avons questionné afin de savoir d'où origine l'idée du sacrifice humain, monsieur A était resté vague. Il avait affirmé que «la pensée du sacrifice était motivée par la peur puisqu'il ne connaissait pas le principe de réincarnation et n'avait pas lu par rapport au concept d'évolution de Darwin». Cela laissait alors supposer que, connaissant le principe de réincarnation ainsi que la théorie sur l'évolution de Darwin, les convictions de monsieur A se seraient modifiées avec les années.

Notre dernière entrevue nous a cependant laissé douter de cette supposition. D'ailleurs, nous avons choisi, suite à cette rencontre, de mettre fin aux entrevues avec monsieur A suite à une discussion avec son équipe traitante qui était inquiète de certains comportements observés tels que frapper dans sa porte de chambre et recommencer à parler de son fantôme avec sa personne de référence alors qu'il ne l'avait pas fait depuis de nombreuses années.

Ainsi, lors de cette dernière rencontre, nous voulions savoir quelles étaient les réflexions actuelles de monsieur A par rapport au sacrifice humain. Nous lui avons donc rappelé qu'avant, il croyait que le sacrifice humain pouvait l'aider à se libérer de son fantôme. Mais aujourd'hui, qu'en pensait-il? D'emblée, il avait répondu ne

plus y croire, que son médecin lui disait que ce n'était pas possible. Il disait que le sacrifice était un moyen de «laisser aller» et que la médication était un moyen pour le guider. Il avait ensuite affirmé ne pas être en mesure de «laisser aller», qu'il n'y arrivait pas. «Mais vous, qu'en pensez-vous? Croyez-vous votre médecin?». Monsieur A nous avait regardées avec insistance, normalement calme, il avait commencé à s'agiter sur sa chaise. Il savait que ce qu'il s'apprêtait à nous révéler, lui était interdit. Il semblait même ne pas se donner le droit d'y réfléchir. Cela faisait des années que l'interdit lui était répété par les membres du personnel.

Il avait alors poursuivi en se questionnant : *I'm I the boss?* Ceci semblait être davantage une réflexion qu'une question nécessitant une réponse de notre part. Il nous avait également informé qu'il considérait que la discipline, le focus, donnaient une voie à suivre et que de l'autre côté, il y avait la liberté. Il disait qu'il «laisait l'air sortir», qu'il ferait n'importe quoi pour être libéré... Il nous avait alors questionnées afin de savoir si nous savions ce qu'était une guillotine. Il avait illustré avoir à ce moment la tête sous une guillotine, et en tenir la corde. Il était devenu plus insistant dans ses questions à notre égard, il voulait savoir ce que nous pensions du sacrifice humain, si nous pensions qu'il y avait une solution à son mal-être. Sans attendre une réponse de notre part, il avait finalement poursuivi en disant que si les souliers lui faisaient, il le ferait. Il voulait vraiment se débarrasser de son fantôme et ne voulait plus vivre avec sa présence. Il parlait de son libre arbitre. Il affirmait qu'il ne souhaitait pas devoir tuer. Ensuite, il avait dit que «si ça [le sacrifice] marche, il le ferait. Mais il ne sait pas si ça marche.» Il avait dit être motivé par la peur. Il avait peur de l'acte du sacrifice. Puis, que *any solution would work*. Il avait terminé en affirmant qu'il ne savait pas s'il se croyait. Notre entrevue s'était terminée plusieurs minutes plus tard, après une longue discussion sur le suicide assisté. Monsieur A ne voulait plus vivre avec la présence constante de son fantôme et songeait à cette alternative comme solution à sa souffrance.

4.6 Un homicide? Mais pourquoi?

Nous retournons à cette journée du 18 février 1973. Monsieur A était soupçonné d'avoir étranglé un autre résident de son unité. L'entrevue qui avait été faite par son psychiatre dans les instants suivant son geste ne permettait pas de bien comprendre

les raisons l'ayant incité à commettre un homicide. Un vol de cigarette? Ou bien sentait-il sa vie menacée? Les motifs n'étaient pas très clairs. Nous rapporterons donc dans cette partie du rapport les informations ayant été inscrites au dossier de monsieur A, ainsi que les détails que nous avons pu obtenir lors de nos entrevues.

Depuis le mois de février 1973, les membres du personnel de l'IPPM ont tenté de mieux comprendre le geste de monsieur A. Dans certaines notes évolutives psychiatriques, on pouvait lire que ce geste répondait à des perceptions intérieures de danger par rapport à d'autres résidents de l'unité. D'autres psychiatres interprétaient le geste comme étant une forme de soulagement, de délivrance, sans que l'on sache de quoi. Enfin, dans certaines autres notes psychiatriques, on pouvait lire que monsieur A considérait son geste homicide comme étant une tentative de survie. Dans les instants suivants son geste, monsieur A avait par ailleurs dit qu'il avait dû tuer parce que, s'il ne l'avait pas tué, il aurait dû se tuer lui-même. Finalement, selon ses dires, l'élément déclencheur avait été le fait que sa victime s'était introduite dans sa chambre afin d'y dérober quelques cigarettes.

En entrevue, le sujet de l'homicide a été difficile à aborder directement. Toutefois, d'emblée, à la fin de l'une de nos premières rencontres, monsieur A nous a dit que son meurtre avait été motivé par la peur. À ce moment, il n'avait pas pris conscience de l'existence des vies antérieures ou futures. Mais c'était tout ce qu'il était prêt à nous révéler à ce moment. À la rencontre suivante, sachant que nous aimerions reparler de son homicide, monsieur A nous a devancé dès le début de la rencontre, disant qu'il ne voulait plus parler de ce sujet. Il semblait ressentir un grand malaise face à ce sujet. Un psychiatre avait déjà écrit que l'homicide de monsieur A était une blessure narcissique pour lui. À ce moment de notre entrevue, nous avons cru mieux cerner ce que cette expression voulait dire. Monsieur A semblait mal à l'aise face à ce sujet, et ce n'était pas parce qu'il avait peur de notre réaction ou que nous le jugions. Cela semblait être davantage dû au fait qu'il s'agissait d'un geste que, rationnellement, il regrettait avoir commis. Discuter de nouveau de ce geste du passé équivalait à lui rappeler cette erreur qu'il avait fait, une erreur qu'il lui est difficile d'accepter. Toutefois, parallèlement à cela, sa logique délirante, son rationnel psychotique

l'amenaient à croire que ce geste en valait peut-être la peine. C'est d'ailleurs ce que nous tenterons d'expliquer dans la prochaine section de ce rapport.

Donc, en réponse à son refus d'aborder le thème de son homicide, nous lui avons expliqué que nous ne voulions pas discuter des gestes ayant été commis lors de cette journée du 18 février 1973 mais plutôt, que nous voulions en apprendre davantage sur ce qu'il pensait de ce qui s'était passé lors de cette journée. Il a finalement accepté de nous en parler brièvement, disant : *I gave up and fear took it over*. Il nous a dit avoir senti que sa vie était en danger, ce qui avait motivé son geste.

Lors de notre rencontre suivante, monsieur A ajouta que la pensée du sacrifice, telle que présente en 1973, était motivée par la peur puisqu'il ne connaissait alors pas le principe de réincarnation et n'avait pas lu par rapport à la théorie de Darwin. Pour monsieur A, le thème de la peur représentait une émotion forte qui était source de motivation. Lors d'une de nos rencontres, il nous avait expliqué que la peur motivait les sentiments que l'on ressentait, qu'elle détruisait et qu'elle nourrissait la haine.

4.7 Le délire de type TCO et monsieur A

Dans le cadre de ce projet de stage, la définition du délire de type TCO choisie est celle provenant de l'étude de Stompe et al. (2004) selon laquelle les éléments de type *menace* désignent l'impression qu'une personne l'a déjà menacé, a voulu lui faire du mal ou a tenté de l'empoisonner. Cela comprend également le sentiment d'avoir été observé, espionné ou persécuté. Les éléments de type *atteinte aux mécanismes de contrôle*, sont constitués de l'impression que ses mouvements, ses actions, ses pensées ou ses émotions ne sont plus en son contrôle et sont manipulées par une force extérieure. De plus, cela désigne l'impression que quelqu'un a déjà inséré ou volé des pensées qui se trouvaient dans son esprit.

Selon les éléments relevés dans l'étude de cas de monsieur A, il apparaît que ses symptômes correspondaient à la définition utilisée pour ce projet de stage à l'exception de l'impression que ses émotions sont contrôlées ou manipulées de l'extérieur, ainsi que le sentiment que des pensées ont été retirées de son esprit.

Il semble également qu'outre les aspects délirants de la pensée de monsieur A, celui-ci a présenté au cours de son hospitalisation des hallucinations auditives où l'Homme bleu lui aurait suggéré l'idée du sacrifice humain.

Monsieur A a présenté de nombreux gestes d'agressivité depuis le début de son hospitalisation à l'IPPM en 1973 et ce, jusqu'en 1983. Depuis, il n'a eu que des comportements d'agressivité mineurs, malgré la présence d'une symptomatologie délirante toujours très présente en 2009 dans le discours de monsieur A.

Chapitre V - Présentation de monsieur K

5.1 Monsieur K est possédé par le démon?

Monsieur K faisait des crises d'agitation psychomotrice lors desquelles il perdait le contrôle de lui-même. Il criait, se débattait, ses yeux se révulsaient. Parfois, il tenait même des propos désinhibés à caractère sexuel. Normalement conformiste, il lui arrivait de ne plus répondre aux interventions des sociothérapeutes dans ces instants. Monsieur K était alors transféré à la salle d'isolement avec l'aide des membres de l'équipe de prévention des urgences, spécifiquement formés pour intervenir lors de telles situations. Il se faisait attacher au lit avec des sangles de cuir aux poignets et aux chevilles. Ceci était fait afin d'éviter qu'il ne se blesse ou blesse une tierce personne. Dans des moments similaires, il lui était déjà arrivé de frapper des membres du personnel ou encore, de les mordre.

Depuis 2002, le psychiatre de monsieur K modifiait sa médication dans l'espoir d'arriver à le soulager, mais il ne parvenait pas à bien comprendre l'origine de ces crises. Monsieur K affirmait qu'il était possédé par le démon, résultat d'un sort vaudou que lui avait jeté une ancienne copine. monsieur K demandait depuis quelques temps qu'un exorcisme soit fait par le prêtre de l'IPPM afin de le délivrer de ce qu'il percevait comme étant une possession démoniaque. En 2009, son psychiatre songeait alors à accéder à cette demande plutôt inusitée. En effet, plusieurs bénéficiaires de l'IPPM se croient possédés par une entité tel le démon, mais jamais un exorcisme n'a fait partie des interventions préconisées dans le milieu de la psychiatrie légale contemporaine.

Lors de nos rencontres avec monsieur K, nous espérions mieux comprendre le déroulement de ses crises ainsi que l'influence de cette possession démoniaque sur ses comportements agressifs. Afin de recueillir les informations dont nous avons besoin, nous avons questionné monsieur K sur les épisodes d'agressivité relevés dans son dossier d'hospitalisation auquel il nous avait préalablement donné accès. Ceci, afin de mieux comprendre les motivations et les facteurs l'ayant incité au passage à l'acte. Toutefois, à l'inverse de monsieur A, monsieur K n'était pas très volubile. Nous avons donc dû poser plusieurs questions, ce qui en faisait des entrevues

davantage structurées. Aussi, monsieur K affirmait ne plus se rappeler de plusieurs épisodes d'agressivité que nous questionnions. À d'autres moments, il semblait minimiser la portée de ses gestes, rendant alors difficile l'approfondissement de certains événements d'agressivité.

Les prochaines sections présenteront différents aspects de la vie de monsieur K tels que son histoire psychiatrique et criminelle. Par la suite, nous aborderons plus précisément la symptomatologie de monsieur K ainsi que son comportement depuis son admission à l'IPPM.

5.2 Portrait global

5.2.1 Portrait du passé

Dès sa naissance, monsieur K a eu des problèmes de santé physique. Ainsi, il a souffert d'un problème d'anoxie cérébrale lors de sa naissance, dû au cordon ombilical qui était noué autour de son cou. Par la suite, à l'âge de 5 ans, monsieur K a été victime d'un traumatisme crânien suite à une chute. À l'âge de 5½ ans, il a été atteint d'une méningite virale qui n'aurait cependant laissé aucune séquelle. Puis, alors qu'il était âgé de 8 ans, monsieur K a été évalué pour des troubles d'apprentissage au niveau du langage expressif et réceptif. Il présentait alors des bizarreries du discours ainsi que des difficultés sociales qui l'auraient amené à redoubler sa première année d'école. Finalement, à l'âge de 15 ans, il aurait éprouvé des difficultés du langage ainsi que sociale, dû à un «dysfonctionnement cortical diffus».

Au début de la vingtaine, monsieur K a expérimenté ses premières décompensations psychotiques. D'origine Africaine, il a alors été hospitalisé dans divers pays d'Europe et d'Afrique. Ses symptômes étaient caractérisés par des préoccupations de nature religieuse. Il se disait investi de la mission de sauver le monde, il voulait prêcher la bonne nouvelle et devenir un prédicateur. Sa symptomatologie a été ponctuée de crises d'agitations psychomotrices auxquelles s'ajoutait un discours incohérent. Le père de monsieur K avait également affirmé que dans les moments précédents les moments de crises, ses yeux faisaient de petits mouvements et qu'il avait un regard hagard.

En 2001, monsieur K a été hospitalisé dans un hôpital montréalais après avoir menacé son beau-frère avec un couteau. Il se trouvait alors dans un état psychotique qui l'avait amené à adopter une attitude menaçante envers ses proches. En 2002, il a de nouveau été hospitalisé et ce, à deux reprises. Lors de l'une de ces hospitalisations, il aurait tenté d'échapper à ses états psychotiques en sautant du haut d'un balcon.

Lors de sa deuxième hospitalisation en 2002, le personnel de l'hôpital avait pu observer une aggravation de ses symptômes psychotiques. Il présentait à ce moment des hallucinations auditives importantes qui prenaient place dans un délire religieux où Satan tenait un rôle important. Monsieur K présentait alors des agitations psychomotrices intenses qui devenaient incontrôlables. D'ailleurs, lors de l'une de ces périodes d'agitations, monsieur K avait agressé une infirmière qui lui demandait de se retirer à sa chambre. Monsieur K l'aurait alors prise par le cou afin de la projeter hors de son trajet. Sur son chemin jusqu'à sa chambre, il aurait également agressé d'autres personnes qui venaient aider l'infirmière. Suite à ces événements, il fut transféré à l'IPPM dans le cadre d'une entente entre les deux hôpitaux.

Depuis son admission à l'IPPM, monsieur K a présenté plusieurs crises d'agitations psychomotrices. À son arrivée, elles étaient espacées de deux à sept jours et duraient en moyenne cinq heures. Monsieur K eu pendant de longues périodes de temps un plan de chambre qui ne lui permettait de sortir que quelques heures par jour dans le groupe. Ceci, dû à une symptomatologie trop envahissante et à des désorganisations comportementales qui mettaient monsieur K à risque de se blesser lui-même ou de blesser une tierce personne. En 2003, son psychiatre traitant avait noté que «son état alternait entre une léthargie persistante et de brefs moments d'agitations psychotique». Il avait également inscrit qu'avant ses crises, monsieur K pouvait marcher de long en large dans sa chambre. Il pouvait alors devenir soliloque, adoptant un ton hostile et parlant de thèmes religieux.

En 2006, monsieur K fut soumis à des séances de sismothérapie. Cependant, le traitement fut interrompu suite à l'apparition de comportements d'agressivité qui survenaient lors de ses crises. Ces dernières étaient d'ailleurs toujours aussi

régulières malgré la sismothérapie qui devait contribuer à diminuer leur fréquence. Une approche thérapeutique qui semble toutefois avoir aidé monsieur K est la musicothérapie. Lors de ses séances, il écoutait des compositions de Mozart. En rencontre, monsieur K nous a d'ailleurs confirmé que cette intervention lui faisait du bien.

5.2.2 Portrait d'aujourd'hui

En 2009, monsieur K était alors âgé de 33 ans. Il était hospitalisé à l'IPPM depuis le mois de septembre 2002. Le diagnostic inscrit à son dossier était une schizophrénie de type catatonique.

Tel que mentionné dans l'étude de cas de monsieur A, l'approche préconisée par l'IPPM est celle de milieu-thérapie. Il s'agit donc de vivre le quotidien avec les résidents. Les interventions psycho-éducatives ont ainsi plusieurs objectifs tels que la reconnaissance et l'acceptation de la maladie, la gestion de la colère, la prise de médicaments ainsi que la prise de conscience du potentiel de dangerosité représenté. Cela vise également des aspects plus élémentaires tels que les règles de bienséance pour vivre dans un groupe ou de manière plus générale, en société.

En ce qui concerne monsieur K, les interventions faites par son psychiatre traitant avaient pour principal objectif de mieux cerner les symptômes de sa maladie ceci, afin de préciser son diagnostic et lui offrir une médication davantage aidante. Également, un travail visant l'acceptation de sa maladie mentale ainsi que la reconnaissance de ses symptômes avait été entrepris avec son psychiatre depuis son admission sur l'unité de réadaptation.

Par ailleurs, un processus de réinsertion sociale n'avait pu être tenté jusqu'alors dû aux nombreuses crises d'agitation psychomotrice de monsieur K. Toutefois, notre période de stage coïncida avec la plus longue période de temps où monsieur K n'eut aucune de ces crises. Ainsi, un programme de sortie où monsieur K pouvait quitter l'unité de vie afin de se promener dans l'établissement avait été débuté. Depuis son admission à l'IPPM, il s'agissait de la première fois que monsieur K était autorisé à se déplacer à l'extérieur de l'unité.

En entrevue, monsieur K apparaissait beaucoup moins affecté par la maladie et la médication que pouvait l'être monsieur A. Son discours était teinté d'idées grandioses et religieuses. Il faisait souvent référence à sa volonté d'aider le monde et aux personnes qui voulaient l'empêcher d'agir ainsi entre autres, par des sorts qui lui étaient jetés par des personnes qui lui étaient inconnues. Monsieur K parlait peu, ne répondant qu'à nos questions et n'élaborant que très peu.

5.3 Notre première rencontre

Le 14 mai 2009. Nous rencontrons monsieur K pour la première fois afin de lui parler de notre projet de stage et lui faire signer le formulaire de consentement pour sa participation (voir annexe 4). Il avait accepté rapidement de participer au projet. Il était par ailleurs très curieux, il posait plusieurs questions, ce qui avait d'ailleurs contrasté avec la suite des rencontres où il était beaucoup moins volubile. Il voulait alors comprendre le mieux possible ce qui serait étudié, ainsi que les objectifs du projet. Il nous avait également questionnées afin de savoir si ses précédentes hospitalisations sur le continent africain seraient étudiées. Nous avons alors interprété qu'il aurait aimé que nous le fassions. Nous lui avons expliqué que notre projet porterait principalement sur sa présente hospitalisation.

La rencontre s'était poursuivie. Il nous avait d'emblé informée que cela faisait alors 104 jours qu'il n'avait pas eus de crises (depuis le mois de janvier 2009). Il nous avait expliqué qu'il se faisait mettre des contentions aux poignets et aux chevilles lors de ses crises, pas avec des menottes, autre chose. Il ne se rappelait plus du mot. Il avait continué en nous demandant si les criminologues étudiaient le crime, parce qu'il n'avait pas commis de délit. Nous lui avons expliqué que nous nous intéressions aux comportements agressifs et violents qui découlaient possiblement des symptômes de la maladie mentale. Monsieur K avait été rassuré. Il avait posé d'autres questions. Il voulait bien comprendre notre projet, ce que nous allions étudier. Nous l'avons informé de nos disponibilités au cas où il aurait d'autres questions dans les jours qui suivaient. Il avait bien pris soin de mémoriser notre nom dans l'éventualité où il aurait voulu nous revoir prochainement.

5.4 La présence de symptômes de type TCO chez monsieur K

Deuxième rencontre. Tel que nous l'avons fait avec monsieur A, nous voulions nous assurer de la présence de symptômes de type TCO chez monsieur K. Le déroulement de cette rencontre avait donc également été guidé par le questionnaire que nous avons utilisé avec monsieur A (voir annexe 1). Cependant, à l'opposé de monsieur A qui était très ouvert à discuter des symptômes de sa maladie, monsieur K semblait plus réticent à répondre à nos interrogations. Ainsi, aux questions de la section sur les symptômes de type *menace*, monsieur K avait répondu ne pas présenter ce type de symptômes. La lecture de son dossier ainsi que le contenu de nos entrevues qui avaient suivies, nous permettait cependant de conclure qu'il présentait de tels symptômes. En effet, monsieur K avait affirmé en entrevue que des personnes qu'il ne connaissait pas et qu'il n'arrivait pas à identifier, exerçaient sur lui de la sorcellerie afin de l'envoyer en enfer. De plus, les hallucinations auditives qui précédaient ses crises le menaçaient d'aller en enfer. La mention de cette menace était d'ailleurs revenue à quelques reprises en cours d'entrevue. Également, monsieur K se disait victime d'un sort vaudou qui, selon lui, causait ses crises. Lorsqu'on le questionnait sur la personne qui lui aurait jeté ce sort, il identifiait une ancienne copine, sans connaître les raisons qui l'aurait incitée à agir ainsi. Ces informations nous avaient donc permis de conclure que monsieur K se sentait menacé, qu'il avait l'impression que des gens voulaient lui faire du mal et qu'il se sentait persécuté par ces même personnes (questions 1, 2 et 4 du questionnaire à l'annexe 1).

Pour la deuxième partie du questionnaire désignant les symptômes *atteintes aux mécanismes de contrôle*, monsieur K avait répondu avoir déjà eu l'impression que quelqu'un contrôlait son esprit. Il avait alors associé cette impression à des personnes qui pouvaient provenir d'Afrique, du Canada ou d'Angleterre, qui sont en fait des endroits où il a déjà vécu. Selon monsieur K, ces personnes exerçaient de la sorcellerie, ce qui leur donnait le pouvoir de contrôler son esprit ainsi que d'influencer ou plutôt, de tenter d'affecter sa croyance en Dieu. Il affirmait également que les voix qu'il entendait dans les instants précédents la survenue de ses crises contrôlaient son esprit, ses pensées, son corps. Ceci l'amenait alors à perdre totalement le contrôle sur lui-même. Il se mettait alors à trembler violemment et s'ensuivait alors la crise. Finalement, lors d'une entrevue où nous le questionnions

afin de savoir pourquoi des gens qu'il ne connaissait pas exerceraient de la sorcellerie sur lui, il nous avait affirmé que c'était «parce qu'il essayait de faire trop de bonnes choses pour le futur donc, quelqu'un voulait l'en empêcher en envoyant de mauvaises pensées». Cette dernière affirmation nous avait amené à considérer que monsieur K vivait également un phénomène d'insertion de pensées.

En dernier lieu, tel que nous l'avons déjà mentionné, monsieur K entendait des voix avant la survenue de ses crises. De façon générale, il disait avoir régulièrement des hallucinations auditives qui lui disaient des «choses positives». Dans les instants précédents ses crises, ces voix devenaient cependant négatives, lui disant qu'il n'était pas bon ou qu'il irait en enfer, ce dont il nous disait avoir très peur. Finalement, monsieur K présentait également des hallucinations olfactives lors desquelles il affirmait sentir l'odeur du diable.

5.5 Une radio brisée, trois morsures et des sangles de cuir

Monsieur K a été admis à l'IPPM suite à une agression sur une infirmière de l'hôpital psychiatrique où il était hospitalisé. Dans son dossier, on pouvait lire que «lors d'une désorganisation psychotique, il aurait pris l'infirmière par le cou pour l'enlever de son chemin». Il aurait également affirmé à son psychiatre avoir tenté de l'étrangler. Toutefois, en rencontre avec nous, monsieur K disait ne pas être d'accord avec ce dernier point. Il affirmait plutôt avoir mis ses mains autour du cou de l'infirmière, sans toutefois avoir serré. Il niait donc avoir tenté de l'étrangler. De plus, il disait ne pas se rappeler qu'il y ait eu d'autres personnes impliquées lors de cet incident.

Nous l'avons déjà mentionné, monsieur K faisait régulièrement des crises depuis son admission à l'IPPM. Il s'agissait de crises d'agitations psychomotrices. Nous avons demandé à monsieur K de nous parler davantage de ces épisodes de crises. Monsieur K avait expliqué entendre souvent des voix qui lui disent des choses positives. Toutefois, lors de ses crises, ces voix s'amplifiaient et commençaient à lui dire des choses négatives : «tu n'es pas bon», «tu vas aller en enfer». Pour tenter de se débarrasser de ces voix, il disait que parfois, il pouvait crier afin de leur répondre. Il disait avoir tendance à se fâcher contre ces voix puisqu'il avait vraiment peur d'aller en enfer. D'ailleurs, cette colère l'avait déjà amené à jeter des objets par terre, dont

sa radio portative. Par la suite, il disait perdre le contrôle. Les voix contrôlaient son esprit, ses pensées, son corps. Cet état de perte de contrôle l'amenait à trembler, d'où s'ensuivait la crise d'agitation lors de laquelle les interventions verbales qui étaient tentées par les membres du personnel n'avaient plus d'impact sur lui. Lors de ces crises, il décrivait également ressentir une douleur diffuse dans son corps, qui durait environ 20 minutes. C'est dans ces moments que des comportements d'agressivité avaient été observés par les membres du personnel.

Les transferts vers la salle d'isolement semblaient particulièrement difficiles pour monsieur K. Dans son dossier, il était mentionné que jusqu'en juillet 2004, lorsqu'il sentait qu'une crise allait survenir, il «tentait désespérément de se contenir». À cette époque, il lui était d'ailleurs arrivé à quelques reprises de se cacher sous son lit afin d'éviter un transfert éventuel vers la salle d'isolement.

Par la suite, son comportement semblait avoir commencé à changer. Ainsi, lors de ses crises, monsieur K devenait plus agressif envers les membres du personnel. D'ailleurs, en 2004, il avait mordu deux membres du personnel lors de transferts vers la salle d'isolement. Aussi, à deux reprises en 2006, il avait présenté des comportements plutôt particuliers. Ainsi, une première fois, il avait été observé fonçant dans un mur dès le début d'une crise. Lors d'un deuxième événement, il était sortit au pas de course de la salle de douche pour courir dans l'unité. Lors d'autres crises, il avait été décrit se montrant davantage hostile envers les membres du personnel. Cependant, ceux-ci avaient noté que cette attitude ne semblait pas clairement dirigée contre eux. Ceci rappelle par ailleurs des comportements que monsieur K avait adoptés en 2003, alors qu'il se trouvait dans une crise. Il était alors noté que parfois, il regardait vers quelqu'un, mais sans sembler le voir. Il faisait également des mouvements, comme s'il voulait attraper quelque chose dans le vide. En 2006, davantage de comportements d'agressivité avaient été relevés. Ainsi, au mois de mai, il avait brisé sa radio portative en la lançant lors d'une crise. Dans ce même mois, il avait tenté d'agresser les intervenants qui voulaient l'amener à la salle d'isolement. Au mois de juin, il avait mordu un intervenant, toujours lors d'un transfert. Puis, au mois de juillet, il avait à nouveau tenté de frapper les intervenants. À quelques reprises, il avait également présenté des propos désinhibés et grossiers à

caractère sexuel. Depuis le mois d'avril 2007, il avait présenté plus de 40 crises d'agitation sans qu'aucun évènement d'agressivité n'ait été noté dans son dossier.

5.6 Les symptômes de type TCO et monsieur K

Tel que mentionné dans l'étude de cas de monsieur A, la définition des symptômes de type TCO utilisée dans le cadre de ce projet de stage est celle provenant de l'étude de Stompe et al. (2004). Ainsi, les éléments de type *menace* désignent l'impression qu'une personne l'a déjà menacé, a voulu lui faire du mal ou a tenté de l'empoisonner. Cela comprend également le sentiment d'avoir été observé, espionné ou persécuté. Les éléments de type *atteinte aux mécanismes de contrôle*, sont constitués de l'impression que ses mouvements, ses actions, ses pensées ou ses émotions ne sont plus en son contrôle et sont manipulées par une force extérieure. De plus, cela désigne l'impression que quelqu'un a déjà inséré ou volé des pensées qui se trouvaient dans son esprit.

Selon les éléments relevés dans l'étude de cas de monsieur K, il apparaît que ses symptômes correspondaient à la définition utilisée pour ce projet de stage à l'exception de l'impression d'avoir déjà été empoisonné ou que ses émotions étaient contrôlées ou manipulées de l'extérieur. Monsieur K n'avait également pas le sentiment que des pensées avaient été retirées de son esprit.

Finalement, en plus de symptômes de type TCO, monsieur K avait présenté des hallucinations auditives et olfactives. Il semblait également avoir oublié certains épisodes d'agressivité étant survenus au cours de son hospitalisation à l'IPPM.

Chapitre VI - Analyse et interprétation

6.1 Résumé des études de cas

6.1.1 Le cas de monsieur A

Monsieur A est un homme de 61 ans, atteint de schizophrénie paranoïde chronique, particulièrement sévère et résistante au traitement pharmacologique. Hospitalisé de façon continue à l'IPPM depuis 1972, monsieur A y avait été admis suite à de nombreux gestes d'agressivité dans son hôpital de provenance. Depuis son admission à l'IPPM, divers traitements ont été tentés afin de le soulager des symptômes de sa maladie. Parmi ces interventions, la sismothérapie ainsi qu'une lobotomie bi-frontale eurent très peu d'impacts sur les manifestations symptomatiques de sa maladie. En 2009, les traitements psychopharmacologiques, combinés à des interventions de type thérapie de milieu semblaient être la meilleure façon d'apaiser une partie des symptômes psychotiques de monsieur A.

Avant même d'être admis à l'IPPM en 1972, monsieur A avait des idées délirantes, ainsi que des manifestations hallucinatoires. Son délire était composé de deux entités (un fantôme et un homme bleu) qui le possédaient. Selon la perception de monsieur A, chacune de ces entités occupait un rôle particulier dans sa vie. Par exemple, l'homme bleu était l'entité à laquelle il devait obéir dû à la confiance qu'il lui portait. À l'opposé, son fantôme était l'entité qui le persécutait, le contrôlait et dont il souhaitait se débarrasser. Son délire était également composé de la croyance qu'un sacrifice humain puisse lui permettre de se débarrasser de son fantôme. Il semble que cette dernière croyance ait suivi une hallucination auditive où l'homme bleu lui aurait suggéré cette idée.

En 1973, monsieur A a tué un autre résident de l'IPPM par strangulation. Dans les minutes suivant son geste homicide, monsieur A avait affirmé que sa victime avait pénétré sa chambre afin d'y dérober des cigarettes et qu'il l'avait alors immédiatement tué. Il avait également affirmé avoir posé ce geste afin de se soulager. À un autre moment, il mentionnait qu'il devait tuer cet autre résident sinon, il aurait eu à se tuer lui-même. En 1978, soit trois ans après avoir eu une lobotomie bi-frontale supposée apaiser ses manifestations symptomatiques et agressives,

monsieur A a à nouveau tenté de tuer un résident par strangulation. Il l'avait alors laissé pour mort, pensant qu'il était décédé.

Ces gestes homicides semblent avoir teinté les idées délirantes de monsieur A. Selon lui, une des entités qui le possédait, l'homme bleu, serait disparue peu de temps après avoir commis son homicide. Depuis, il doit vivre seul avec son fantôme dont il n'a pu se débarrasser puisqu'aucun autre sacrifice humain n'a pu être accompli depuis 1973.

6.1.2 Le cas de monsieur K

Monsieur K est un homme de 33 ans, dont le diagnostic est une schizophrénie de type catatonique. Monsieur K était hospitalisé à l'IPPM depuis 2002, suite à une agression physique commise contre une infirmière de son hôpital psychiatrique. Un traitement de sismothérapie avait été tenté peu après son arrivée à l'IPPM mais, n'eut comme résultat que d'exacerber ses comportements d'agressivité. Depuis, son traitement psychopharmacologique a constamment été ajusté afin de tenter de mieux répondre à ses besoins. La musicothérapie avait également été tentée et avait semblé apaiser monsieur K.

Depuis le début de la vingtaine, monsieur K présentait des idées grandioses dans lesquelles il se disait investi de la mission de sauver le monde. Il présentait également un délire de persécution dans lequel il avait l'impression que des gens voulaient l'empêcher d'accomplir cette mission entre autres, en lui jetant des sorts vaudou. Monsieur K pensait également avoir été possédé par le démon, résultat d'un sort vaudou, qui l'amenait à faire des crises d'agitation psychomotrice.

Depuis son arrivée à l'IPPM, monsieur K a fait de nombreuses crises d'agitation au cours desquelles il avait des hallucinations auditives ainsi que parfois, olfactives. Lors de ces crises, il semblait perdre le contrôle sur lui-même et les interventions verbales n'avaient plus d'impact. L'origine de ces crises n'avait toujours pas pu être précisée lors de notre période de stage. C'est d'ailleurs au cours de ces crises que des comportements d'agressivité (bris d'objets, agressions physique et verbale) avaient été observés. Pour certains de ces comportements, tels les bris d'objets, monsieur K

affirmait avoir agi ainsi dû à la colère et à la crainte qu'il éprouvait face au contenu de ses hallucinations. Monsieur K affirme également ne plus se rappeler de ces moments de crises et de ce qui se passe dans ces moments.

6.2 Les symptômes TCO et les comportements de violence

Link et Stueve (1994) furent les premiers à proposer qu'un groupe de symptômes délirants particuliers puisse être en lien avec un risque plus élevé de passage à l'acte violent. Les symptômes de type TCO avaient alors été désignés comme étant l'impression que des gens veulent faire du mal, une sensation de perte de contrôle de l'esprit ou des pensées au profit d'une force externe, ainsi que l'insertion de pensées.

Depuis, certains ajouts ou précisions ont été apportés à cette définition. Parmi ces éléments, on retrouve la sensation que des pensées sont retirées de l'esprit (Appelbaum et al., 2000 ; Stompe, et al., 2004 ; Swanson et al., 1996 ; Swanson et al., 1997), et la croyance que des gens veulent empoisonner (Appelbaum et al., 2000 ; Stompe, et al., 2004 ; Swanson et al., 1996 ; Swanson et al., 1997) ou complotent (Appelbaum et al., 2000 ; Swanson et al., 1996 ; Swanson et al., 1997). D'autres éléments tels que la croyance d'être suivi (Appelbaum et al., 2000 ; Swanson et al., 1996 ; Swanson et al., 1997), un délire de contrôle (Link et al., 1998) ou de persécution (Link et al., 1998 ; Stompe et al., 2004) et l'impression d'être hypnotisé, sous l'influence d'un sort magique, d'être touché par des rayons-X ou des rayons laser (Appelbaum et al., 2000) ont aussi été ajoutées à cette définition. Finalement, la croyance d'être espionné (Appelbaum et al., 2000 ; Stompe et al., 2004) ou d'être victime d'expériences secrètes (Appelbaum et al. 2000) ont également été inclus à la définition initiale.

Plus particulièrement, dans le cadre de ce projet de stage, la définition des TCO utilisée fut celle provenant de l'étude de Stompe et al. (2004). Selon cette définition, les éléments de type *menace* désignent l'impression qu'une personne a déjà menacé, a voulu faire du mal ou a tenté d'empoisonner. Cela comprend également le sentiment d'avoir été observé, espionné ou persécuté. Les éléments de type *atteintes aux mécanismes de contrôle*, sont constitués de l'impression que les mouvements, les actions, les pensées ou les émotions sont manipulées par une force extérieure. De

plus, cela désigne l'impression que quelqu'un a déjà inséré ou volé des pensées à l'esprit de la personne.

6.2.1 Confirmer la présence de symptômes de type TCO

Les premières rencontres avec monsieur A et monsieur K visaient à confirmer la présence de symptômes de type TCO. Pour ce faire, la grille de questions de l'étude de Stompe et al. (2004) a été utilisée (voir annexe 1). Les rencontres suivantes ont permis de documenter davantage les manifestations symptomatiques et violentes présentes chez ces deux personnes. Il a également été nécessaire de lire les dossiers d'hospitalisation des deux résidents afin de compléter les informations obtenues lors des rencontres.

Selon les informations recueillies, il semble que monsieur A et monsieur K présentent effectivement des symptômes de type TCO, tel que défini par Stompe et al. (2004). Le tableau II présente d'ailleurs un résumé de cette définition et des informations obtenues en cours de stage.

Tableau II
Les symptômes de type TCO de monsieur A et monsieur K

	Entrevues monsieur A	Dossier monsieur A	Entrevues monsieur K	Dossier Monsieur K
<i>Menace</i>				
Menacé	oui	oui	non	oui
Lui faire du mal	oui	oui	non	oui
Empoisonnement	oui	oui	non	--
Observé, espionné, persécuté	oui	oui	non	oui
<i>Atteinte aux mécanismes de contrôle</i>				
Mouvements	oui	oui	oui	oui
Actions	oui	oui	oui	oui
Pensées	oui	oui	oui	oui
Émotions	non	--	non	--
Insertion de pensées	oui	oui	oui	oui
Retrait de pensées	non	--	non	--

Lors de nos rencontres, monsieur A a affirmé avoir déjà eu l'impression que

quelqu'un le menaçait, voulait lui faire du mal ou voulait l'empoisonner. Il a donné divers exemples, tirés de son expérience en milieu psychiatrique, afin d'illustrer ses propos. Ainsi, il s'était senti menacé de mort à plusieurs reprises par d'autres résidents et par la psychiatrie en général qui, pense-t-il, le tuera lorsqu'elle en aurait l'occasion. Il croit aussi qu'un médecin a tenté de l'empoisonner avec une médication qui l'aurait fait dormir pendant plusieurs jours. Il a également déjà eu le sentiment d'être observé, espionné et persécuté soit par des médecins ou encore, par son fantôme. Ces réponses, qui font référence à la partie *menace* du concept des TCO, ont d'ailleurs pu être confirmées par les informations relevées dans son dossier. Il a aussi affirmé avoir déjà senti que ses mouvements, ses actions et ses pensées sont contrôlées de l'extérieur. Par exemple, monsieur A a déjà cru que des membres du personnel agissaient sur lui par télépathie ou contrôlaient son cerveau à distance. Il n'a cependant jamais eu l'impression de perdre le contrôle de ses émotions. Monsieur A a également déjà eu la sensation que des pensées étaient insérées à son esprit. Par exemple, il a expliqué avoir déjà eu l'idée de tuer une personne qu'en réalité, il ne voulait pas voir mourir. Il n'a toutefois jamais eu le sentiment que des pensées lui appartenant avaient été retirées de son esprit. Ces informations qui font référence à la partie *atteintes aux mécanismes de contrôle* du concept des TCO, sont également en concordance avec celles recueillies dans son dossier d'hospitalisation.

Lors des rencontres avec monsieur K, celui-ci a dit n'avoir jamais senti qu'une personne le menaçait, voulait lui faire du mal ou l'empoisonner. Il a également affirmé ne s'être jamais senti observé, espionné ou persécuté. Ses réponses ne correspondent cependant pas aux informations inscrites dans son dossier d'hospitalisation ni à celles obtenues dans le cadre de nos rencontres. Lors de celles-ci, il a notamment affirmé que des gens exerçaient sur lui de la sorcellerie afin de l'envoyer en enfer. Il se croit également victime d'un sort vaudou, possiblement jeté par une ex-copine, qui cause ses crises d'agitations psychomotrices. Monsieur K se croit également possédé par le diable, résultat d'un sort vaudou. Ces informations nous permettent de croire qu'il a déjà senti que quelqu'un le menaçait, voulait lui faire du mal et le persécutait, correspondant à la partie *menace* du concept des TCO. Monsieur K pense de plus que les personnes qui exercent de la sorcellerie sur lui ont

le pouvoir de contrôler son esprit et d'affecter sa croyance en Dieu. Il affirme de plus que les voix qu'il entend juste avant la survenue de ses crises d'agitation contrôlent son esprit, ses pensées et son corps. Monsieur K pense aussi qu'une personne, qui lui est inconnue, lui envoie de mauvaises pensées afin de l'empêcher de poser des actions bénéfiques pour le futur. Ces informations permettent de conclure que monsieur K a déjà senti que ses mouvements, ses pensées et ses actions sont contrôlés de l'extérieur. Ceci confirme également qu'il a déjà eu l'impression que des pensées sont introduites dans son esprit, désignant alors la présence de la partie *atteinte aux mécanismes de contrôle*.

6.2.2 Questionner l'association entre les TCO et l'agressivité

Divers éléments du portrait clinique de ces deux personnes ne semblent cependant pas correspondre à celui relevé dans les écrits scientifiques portant sur la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements d'agressivité. Parmi ces éléments, il est apparu en cours de stage que le diagnostic de monsieur K puisse être une psychose postictale. De plus, monsieur A présentait toujours en 2009 des symptômes de type TCO, mais n'avait plus manifesté de comportements d'agressivité physique majeurs depuis 1983. Finalement, les deux hommes présentaient des hallucinations qui semblent avoir pu influencer le processus de prise de décision ayant mené à certains passages à l'acte agressifs. Dans le cadre de cette analyse, il apparaît donc nécessaire de considérer l'impact qu'ont pu avoir ces éléments sur la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements violents.

6.2.2.1 Un diagnostic incertain

Un premier élément ne correspondant pas aux écrits ayant porté sur les symptômes de type TCO est l'origine possiblement épileptique du délire de monsieur K. Ainsi, suivant une rencontre où monsieur K avait affirmé ne plus se rappeler de certains de ses passages à l'acte violents, nous avons rencontré son psychiatre traitant afin de discuter de ses pertes de mémoire. Son psychiatre nous avait alors informée se questionner quant au diagnostic de schizophrénie de type catatonique de monsieur K. Il pensait que les manifestations symptomatiques de monsieur K pouvaient en fait être une psychose postictale.

La psychose postictale survient normalement dans les 24 à 48 heures faisant suite à une ou plusieurs crises d'épilepsie. La psychose peut prendre différentes formes mais présente souvent des thèmes paranoïdes, affectifs ou religieux (Krishnamoorthy & Reghu, 2007). Des comportements auto-agressifs tels de l'automutilation ou des gestes suicidaires ainsi que des comportements violents tels des agressions peuvent être observés lors de ces épisodes où la personne semble perdre le contrôle de manière épisodique (Krishnamoorthy & Reghu, 2007). Entre les crises, la personne retrouve un comportement normal. Il semble également que ce type de manifestation épileptique soit en lien avec un risque plus élevé de comportements d'agressivité (Kanemoto, Kawasaki, & Mori, 1999; McConnell & Duncan, 1998).

Malgré quelques tentatives, l'équipe traitante de monsieur K n'avait toutefois pas été en mesure de lui faire passer un électroencéphalogramme (EEG) lors de l'une de ses crises. Ce relevé de l'activité cérébrale aurait permis à son médecin d'établir avec certitude la présence ou l'absence d'un foyer épileptique et de confirmer son hypothèse diagnostic de psychose postictale. La confirmation d'une telle hypothèse pourrait expliquer certaines caractéristiques présentées par monsieur K, que le diagnostic de schizophrénie n'arrive pas à bien cerner. Ainsi, selon le psychiatre traitant de monsieur K, un tel diagnostic pourrait expliquer qu'il ait eu des hallucinations olfactives (sentir le diable) juste avant une de ses crises, qu'il ne se rappelle plus des gestes posés lors ses crises et qu'il ait présenté davantage de comportements d'agressivité suite aux séances de sismothérapie.

L'origine de la symptomatologie délirante de monsieur est donc possiblement d'origine épileptique, plutôt que psychiatrique. Si tel était le cas, cela pourrait influencer notre compréhension de la relation entre les symptômes de type TCO présenté par monsieur K et ses passages à l'acte violents. Les travaux portant sur la relation entre les agressions et l'épilepsie présentent la possibilité qu'une telle condition puisse être en lien avec un risque plus élevé de passages à l'acte violents (Schachter, 2007). Les résultats de ces travaux restent toutefois contradictoires, ce qui n'offre pas la possibilité de clarifier l'impact possible d'une telle condition

physique sur la relation entre les symptômes de type TCO et le passage à l'acte violent.

6.2.2.2 TCO sans agressions

Un deuxième aspect de nos études de cas ne correspondant pas aux travaux sur les symptômes de type TCO est la présence de ces symptômes mais sans passage à l'acte violent. Ainsi, la majorité des textes suggère qu'il existe effectivement une relation entre les symptômes de type TCO et les comportements de violence (Link et Stueve, 1994; Link et al., 1998; Stompe et al., 2004; Swanson et al., 1996; Swanson et al., 1997). Un seul groupe n'a pas obtenu de résultats similaires (Appelbaum et al., 2000). Ces différents résultats ont principalement été expliqués par des distinctions dans la définition utilisée des symptômes de type TCO et des comportements de violence ainsi que dans la manière d'évaluer les TCO et les comportements violents. Les divers travaux ayant porté sur ce sujet n'ont cependant pas abordé les cas où une personne présenterait ce type de symptômes mais n'ayant jamais commis de gestes de violence. Les cas où une personne aurait agressé dans le passé, en lien avec une symptomatologie de type TCO, mais qui n'agresserait plus, malgré la présence continue de cette même symptomatologie, n'a pas été abordé non plus.

Il s'agit d'un questionnement pouvant être posé en lien avec l'étude de cas de monsieur A. La symptomatologie semblant avoir motivé son passage à l'acte homicide en 1973, paraissait toujours être active en 2009. Monsieur A n'a cependant plus commis d'agressions majeures depuis 1983. Lors de la dernière rencontre, monsieur A a toutefois mentionné toujours se questionner si un sacrifice humain ne pourrait le libérer de son fantôme. Monsieur A a par ailleurs parlé du rôle actuel de son fantôme dans sa vie en expliquant qu'il le menace, le manipule, le contrôle et s'oppose constamment à sa volonté. Ces éléments semblent correspondre à une partie de la définition des TCO qui comprend l'impression que quelqu'un le menace, veut lui faire du mal, le persécute ainsi que le sentiment de perte de contrôle de ses mouvements, de ses actions et de ses pensées. Monsieur A émet cependant des doutes quant à l'efficacité d'un sacrifice humain afin de se libérer de son fantôme. Lors de cette même rencontre, il a dit ne plus être certain s'il se croyait. Il avait alors nommé la médication comme étant un moyen de le guider et pouvant expliquer ses

doutes quant à l'efficacité du sacrifice humain. Il a tout de même affirmé que s'il pouvait confirmer que le sacrifice pouvait être efficace afin de le libérer de son fantôme, il le ferait.

Ainsi, malgré des idées délirantes similaires à celles présentes en 1973, monsieur A n'a plus agressé depuis 1983. On peut alors supposer que des facteurs de protection n'étant pas présents à l'époque de ses passages à l'acte agressifs, aient désormais une influence sur son risque de passage à l'acte.

6.2.2.3 La présence de symptômes d'hallucinations

Une troisième variante entre nos études de cas et les textes sur les symptômes de type TCO est la présence d'hallucinations. Selon Lalonde (1999), un délire accompagne toujours des hallucinations et aurait pour fonction d'expliquer et de justifier ce type de manifestations symptomatiques. Le délire, dont celui de type TCO, pourrait ainsi être interprété comme étant un élément cognitif chez la personne qui expérimente des hallucinations. Les textes ayant porté sur la relation entre un délire de type TCO et les comportements agressifs ont cependant peu ou pas abordé le rôle des hallucinations dans le risque de passage à l'acte agressif (Appelbaum et al., 2000; Bjørkly & Havik, 2003; Link et al., 1998; Stompe et al., 2004; Swanson et al., 1996). Certains ont quant à eux classifié les hallucinations dans une catégorie regroupant d'autres symptômes psychotiques ne correspondant pas aux TCO (Link & Stueve, 1994; Swanson et al., 1997). Ceci ne permet ainsi pas d'explorer de manière plus précise le possible impact des hallucinations sur la relation entre les symptômes de type TCO et les risques de passage à l'acte violent.

Les écrits scientifiques ayant considéré la relation entre les hallucinations et le passage à l'acte agressif offrent des résultats parfois contradictoires. Ainsi, certains suggèrent que les hallucinations, même celles de commande, ne seraient pas liées avec un passage à l'acte agressif (Appelbaum et al., 2000; McNeil, 1994; Rogers, Gillis, Turner, & Frise-Smith, 1990) alors que d'autres avancent qu'il pourrait y avoir un lien (McNeil, Eisner & Binder, 2000; Monahan et al., 2001). Certains nuancent toutefois les résultats obtenus en affirmant que cette relation pourrait être

influencée par divers facteurs dont des idées délirantes (Junginger & McGuire, 2004; Shawyer et al., 2008).

Dans le cas particulier de nos deux études de cas, il semble que les hallucinations manifestées par monsieur A et monsieur K aient alimenté leurs idées délirantes. En ce qui concerne monsieur A, il semble qu'une hallucination auditive où l'homme bleu lui aurait suggéré l'idée du sacrifice humain afin de se libérer de son fantôme soit à l'origine d'une partie importante du délire qui semble avoir fortement contribué au passage à l'acte homicide de 1973. Monsieur K avait quant à lui des hallucinations auditives qui précédaient ses crises d'agitations psychomotrices. Il entendait notamment des voix qui lui disaient : «tu n'es pas bon», «tu vas aller en enfer». Monsieur K avait affirmé que ces voix lui faisaient peur et le mettaient en colère, ce qui l'avait incité à des passages à l'acte agressif tels que des bris d'objets et des cris. Il affirmait également que ces voix amenaient des moments de perte de contrôle de son corps, de son esprit et de ses pensées lors desquels il lui était arrivé de mordre des membres du personnel.

Dans les deux études de cas, il semble donc que les hallucinations soient en lien avec certains de leurs passages à l'acte violent. Des symptômes de type TCO semblent cependant être présents lors de la majorité de ces passages à l'acte, rendant alors difficile la mise en relation des comportements d'agressivité avec l'une ou l'autre de ces manifestations symptomatiques de manière distincte.

6.3 Caractéristiques particulières du projet de stage

Le portrait clinique des participants de notre projet de stage correspond en partie seulement à celui relevé dans les études sur les TCO. Ceci peut être dû à divers aspects propres à notre projet. La clientèle choisie est un premier élément possible d'explication. La définition des TCO utilisée est un second élément. Un dernier aspect envisageable est la façon d'aborder la relation entre les TCO et les comportements d'agressivité. La prochaine section abordera ces différents éléments et tentera d'offrir une perspective différente de cette relation.

6.3.1 Spécificités de la clientèle choisie

Un premier aspect distinct de notre rapport de stage est le choix de la clientèle. Ainsi, une majorité des études portant sur la relation entre les symptômes de type TCO et le risque de passage à l'acte violent ont été faites auprès d'une clientèle vivant dans la communauté (Appelbaum et al. 2000; Link & Stueve, 1994; Link et al., 1998; Swanson et al, 1996; Swanson et al. 1997). Parmi ces travaux, deux ont également inclus à leur échantillon une clientèle toujours hospitalisée (Link & Stueve, 1994; Swanson et al. 1997). Seulement deux études ont été faites auprès d'une clientèle similaire à celle présente à l'IPPM, c'est-à-dire une clientèle ayant posé un geste violent pour lequel elle a été jugée non-criminellement responsable et pour lequel elle est toujours hospitalisée (Bjørkly & Havik, 2003; Stompe et al., 2004).

La clientèle choisie dans le cadre de ce projet de stage est celle de l'IPPM. Cette institution offre des services de troisième ligne à une clientèle nécessitant des soins spécialisés. Les personnes y étant admises ont une double problématique de troubles mentaux grave et un potentiel de dangerosité élevé nécessitant un cadre physique similaire à celui offert dans les milieux carcéraux. La clientèle se retrouvant hospitalisée à l'IPPM pour de nombreuses années représente un sous-groupe très restreint de la clientèle fréquentant les milieux psychiatriques québécois et n'est donc pas représentative d'une clientèle psychiatrique en ce qui a trait à la gravité de la maladie mentale dont elle est atteinte et au risque de dangerosité.

Plus spécifiquement, nos rencontres ont été faites auprès de deux personnes ayant un long historique psychiatrique. Monsieur A et monsieur K étaient hospitalisés à l'IPPM depuis 37 ans et 7 ans respectivement. Les deux y avaient également été transférés d'un autre hôpital psychiatrique, témoignant ainsi de nombreuses années d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Ils séjournèrent également dans des unités de l'IPPM accueillant des personnes ayant une problématique psychiatrique sévère et chronique. La médication n'offrait qu'un soulagement limité des symptômes de leur maladie. Également, certaines interventions majeures ayant été tentées dans le passé, telles que la lobotomie bi-frontale de monsieur A et les séances de sismothérapie chez les deux hommes, n'avaient donné que très peu ou pas de résultats bénéfiques.

Les deux hommes semblaient également éprouver certaines difficultés mnésiques et, dans le cas de monsieur A, cognitives. Une des causes possibles à cela sont les interventions subies dans le passés ainsi que les nombreuses années où les deux hommes ont eu à consommer une forte médication antipsychotique. Le temps passé entre les évènements et notre période de stage est un autre facteur pouvant avoir causé ces difficultés. Par exemple, monsieur A a commis son homicide il y a 37 ans. En considérant la lobotomie qu'il a eu, les nombreuses années où il a reçu de fortes doses de médication ainsi que les émotions suscitées par son geste, il apparaît compréhensible qu'il soit difficile pour monsieur A de se rappeler certains détails de cet évènement. La possibilité que l'origine des symptômes de monsieur K soit des crises d'épilepsie peut également avoir un impact sur sa capacité de rappel de certains évènements passés. Ces difficultés de rappel chez les deux participants peut avoir influencé l'accès à certains informations nécessaires à une meilleure compréhension de la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements d'agressivité.

Un autre élément particulier à la clientèle choisie sont les risques élevés de passage à l'acte agressif qu'elle représente. La clientèle séjournant à l'IPPM est donc censée représenter un risque de dangerosité ne pouvant être géré dans la communauté ou dans les hôpitaux psychiatriques généraux. Cette caractéristique de la clientèle choisie la distingue ainsi des clientèles ciblées dans le cadre d'une majorité de travaux portant sur les symptômes de type TCO et les risques d'agressivité, qui se retrouvaient dans la communauté (Appelbaum et al. 2000; Link & Stueve, 1994; Link et al., 1998; Swanson et al, 1996; Swanson et al. 1997).

Certains travaux ont suggéré qu'il pouvait y avoir des facteurs de risque de violence propres aux lieux physique des milieux psychiatriques hospitaliers (Duxbury & Whittington, 2005; Nijman et al., 1999). Puisqu'aucune étude n'a porté sur les symptômes de type TCO et les comportements violents étant survenus en cours d'hospitalisation, il est possible que cela ait influencé les résultats obtenus dans le cadre de ce rapport de stage. En effet, il apparaît que des variables spécifiques aux agressions en cours d'hospitalisation puissent influencer les risques de passage à l'acte. Ceci ajoute donc un élément à considérer dans les distinctions entre notre

projet et les études sur les symptômes de type TCO auxquelles nous faisons référence.

6.3.2 Opérationnaliser les symptômes de type TCO

Dans le cadre de ce projet, la définition des TCO de Stompe et al. (2004) a été utilisée pour diverses raisons. Tout d'abord, les auteurs offraient une grille de questions facilitant l'évaluation des TCO (voir annexe 1). Également, l'étude de Stompe et al. (2004) a été faite auprès d'une clientèle toujours hospitalisée, ayant commis un délit pour lequel elle a été jugé non-criminellement responsable. Cette caractéristique rejoint une de celles de la clientèle choisie dans le cadre de notre projet. L'évaluation des TCO chez monsieur A et monsieur K a donc été faite selon cette définition.

Certaines définitions des symptômes de type TCO se distinguent toutefois de celle de Stompe et al. (2004) par l'ajout de l'impression d'être suivi (Appelbaum et al., 2000; Swanson et al., 1996; Swanson et al., 1997), l'impression que des gens vont profiter de lui, connaissent ses idées ou de ne pouvoir faire confiance aux gens (Björkly & Havik, 2003), l'impression d'être hypnotisé, sous l'influence d'un sort magique, d'être touché par des rayons-X ou des rayons laser (Appelbaum et al., 2000), un délire de persécution ou de contrôle (Link et al., 1998), l'impression que des gens complotent (Swanson et al. 1996 ; Swanson et al., 1997). La définition utilisée dans l'étude de Link & Stueve (1994) se distingue de celle de Stompe et al. (2004) en n'abordant pas l'impression d'être espionné, persécuté, observé, menacé ou empoisonné.

Or, une des critiques des travaux portant sur les symptômes de type TCO est que les auteurs n'ont pas utilisés la même définition ni les mêmes instruments d'évaluation. Dans le cadre de ce rapport de stage, il a évidemment été nécessaire de choisir une définition des TCO ainsi qu'un instrument d'évaluation. Ces choix qui étaient nécessaires ont cependant comme conséquence de limiter la possibilité de comparaison de nos propres résultats à ceux des autres études n'ayant pas la même définition des symptômes de type TCO.

6.3.3 L'approche méthodologique choisie

Un troisième élément se distinguant des textes sur symptômes de type TCO est l'approche méthodologique préconisée. Tout d'abord, un devis de recherche rétrospectif, tel que celui choisi dans le cadre de ce rapport de stage, comporte certains désavantages faisant principalement référence aux difficultés pouvant être rencontrées lorsque l'on fait appel à la mémoire. Il peut être difficile de se rappeler la séquence exacte d'un événement étant survenu plusieurs années auparavant, tel que ce fut le cas avec monsieur A. Les émotions et les mécanismes de défense sont d'autres éléments pouvant influencer le rappel d'événements (Ross et al., 1994 ; Van der Linden, 2003). Dans le cas de monsieur A et monsieur K, chacun semblait ressentir une certaine honte à aborder leurs passages à l'acte violents du passé ce qui semble effectivement avoir influencé les informations qu'ils ont voulu nous transmettre. De même, les deux hommes, et particulièrement monsieur A, devaient prendre une médication antipsychotique régulière pouvant avoir affecté leurs capacités mnésiques (Hori et al., 2006).

Également, une méthodologie de type qualitative a été préconisée dans le cadre de ce projet de stage, alors que les études sur les symptômes de type TCO ont utilisé une méthodologie quantitative (Appelbaum, *et al.*, 2000; Bjørkly & Havik 2003; Link, *et al.*, 1998; Link, *et al.*, 1999; Link & Stueve, 1994; Stompe, *et al.*, 2004; Swanson, *et al.*, 1996; Swanson, *et al.*, 1997). Cette différence méthodologique pourrait avoir un impact important sur les résultats obtenus, mais plus particulièrement sur la manière d'aborder cette relation. Or, notre objectif principal était de mieux comprendre la relation entre les symptômes de type TCO et les risques de passage à l'acte agressif ce qui a influencé notre choix d'une méthodologie de type qualitative, qui répondait mieux à nos besoins.

Une approche nomothétique semble avoir été adoptée dans une majorité d'études portant sur la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements violents (Appelbaum, *et al.*, 2000; Bjørkly & Havik 2003; Link, *et al.*, 1998; Stompe, *et al.*, 2004; Swanson, *et al.*, 1996; Swanson, *et al.*, 1997). Les symptômes de type TCO y étaient alors étudiés afin d'en connaître la valeur prédictive quant au risque d'un passage à l'acte violent. D'autres ont toutefois adopté une approche

idiographique (Link, *et al.*, 1999; Link & Stueve, 1994), laquelle avait principalement pour objectif de décrire et de comprendre la particularité de chacun des cas, plus spécifiquement à l'aspect rationnel du passage à l'acte agressif. L'idée des symptômes de type TCO était par ailleurs apparue dans le cadre d'une approche compréhensive du passage à l'acte agressif (Link & Stueve, 1994). C'est aussi dans le cadre d'une telle démarche idiographique que d'autres explications complémentaires du rationnel agressif peuvent être mises de l'avant.

6.4 La quête d'une structure dans une logique chaotique

De manière générale, l'étude des symptômes de type TCO s'est insérée dans une logique nomothétique qui vise principalement la prédiction des incidents violents. Cependant, afin de mieux comprendre le passage à l'acte des deux participants de notre projet, les travaux issus d'une perspective idiographique offrent un cadre plus flexible. Une telle approche permet de s'intéresser au processus qui mène, dans ces cas-ci, à des comportements de violence. Certains ont d'ailleurs abordé le passage à l'acte violent selon une telle perspective (Link & Stueve, 1994; Link *et al.*, 1999; Loretto, Sanna, & Nivoli, 2009; Thomas, 1951; Thomas & Thomas, 1928)

6.4.1 Un rationnel psychotique

Il apparaît donc important de considérer l'aspect rationnel de la personne afin de mieux comprendre ses comportements. D'ailleurs, en 1928, le Théorème de Thomas abordait déjà l'importance de considérer la perception de la situation de la personne, afin de mieux comprendre ses comportements (Thomas & Thomas, 1928).

6.4.1.1 Le Théorème de Thomas

En 1928, Thomas et Thomas se sont intéressés aux troubles de l'adaptation chez l'enfant. Ils ont présenté leurs résultats d'étude en abordant les différentes problématiques pouvant être rencontrés au cours de l'enfance, dans le but de généraliser leurs résultats au comportement humain en général. La première partie de leur texte présente ainsi une grande variété de difficultés pouvant être rencontrées lors des premières années de vie. Par la suite, différents programmes d'intervention ciblant entre autres la délinquance, l'éducation scolaire et parentale ainsi que les

organisations scolaires sont abordés. Pour finir, différentes approches compréhensives de ces problématiques sont présentées.

Dans cette dernière partie, Thomas et Thomas (1928) proposent une méthodologie pour l'étude du comportement humain. Ils soulignent cependant la difficulté de généraliser leurs résultats puisque le comportement humain est changeant, sous certaines conditions, et qu'il ne peut être mesuré. Ce chapitre aborde ainsi le comportement humain manifesté dans différents contextes, dont celui de la psychiatrie. Plus spécifiquement, ils ont réfléchi au comportement d'une personne en lien avec ses idées délirantes.

Afin de comprendre le comportement d'une personne qui manifeste des idées délirantes, Thomas et Thomas (1928) proposent que lorsqu'une personne identifie une situation comme étant réelle, elle agit alors selon ce qu'elle perçoit comme étant réel. La perception de la personne prend donc une place importante dans le processus de prise de décision menant à un comportement. Ainsi, la perception de la personne face à la situation, comment elle la considère, peuvent être les aspects les plus importants de l'interprétation (Thomas & Thomas, 1928). Aussi, même si la manière de concevoir son environnement peut ne pas être similaire à la perception d'un observateur externe, la personne agira en fonction de ce qu'elle perçoit comme étant réel (Thomas, 1951). La personne qui présente un délire où elle se sent menacée par des gens et où elle a l'impression de ne plus avoir le contrôle de ses mouvements, peut choisir de se protéger et d'agir en fonction de cette menace qui est perçue comme représentant réellement un risque pour sa vie.

Par ailleurs, le principe de *rationality-within-irrationality*, évoqué par Link et Stueve (1994) afin d'introduire l'idée des symptômes de type TCO, tire ses origines du Théorème de Thomas.

6.4.1.2 *Le principe de rationality-within-irrationality*

Link et Stueve (1994) ont utilisé un principe de *rationality-within-irrationality*, afin d'expliquer leurs résultats. Selon ce principe, lorsque les préoccupations de l'observateur externe concernant l'irrationalité des symptômes psychotiques de la

personne sont mises en suspend, et qu'ils sont acceptés comme étant son expérience réelle, il est possible de comprendre que la violence survient de manière rationnelle (Link & Stueve, 1994). En d'autres termes, une personne agit en fonction de ce qu'elle perçoit être réel, peu importe si ce qu'elle perçoit ne correspond pas à la réalité d'une autre personne. C'est pourquoi la nature de l'expérience psychotique de la personne, ainsi que son contenu, apparaissent être des éléments fondamentaux à la compréhension du passage à l'acte violent (Link & Stueve, 1994).

Selon Link et Stueve (1994), si ce principe est utilisé, alors cela permet d'identifier quels symptômes psychotiques peuvent contribuer à la compréhension du phénomène de la violence chez les personnes hospitalisées et chez celles se trouvant dans la communauté. Utiliser un tel principe dans le cadre du présent rapport de stage pourrait ainsi offrir la possibilité de mieux comprendre la relation entre les symptômes de type TCO chez monsieur A et monsieur K, et leurs passages à l'acte violents.

6.4.2 Une trajectoire homicide

Toujours dans l'optique de mieux comprendre le processus rationnel en lien avec un geste agressif, certains ont également proposé une trajectoire menant au passage à l'acte homicide par une personne psychotique (Loretto et al., 2009). Cette trajectoire rappelle que même les gestes les plus graves, tel que celui de tuer un autre humain, répondent à une certaine logique qu'il est important de considérer afin de mieux en comprendre le sens. La différence dans le processus décisionnel entre la personne psychotique et celle qui ne l'est pas rejoint la section précédente qui abordait la réalité subjective de la personne psychotique. Celle-ci agit donc, selon ce qu'elle perçoit être réel. Le processus décisionnel qui mène ultimement à la prise de décision face à une situation jugée menaçante sera de ce fait teinté par ses troubles perceptuels.

6.4.2.1 Les étapes menant à l'homicide

Loretto et al. (2009) proposent quatre étapes pouvant mener au passage à l'acte homicide par une personne psychotique. La première étape de cette trajectoire est la *naissance de la situation dangereuse* (Loretto et al., 2009). L'apparition de la

situation dangereuse survient lorsque la personne atteinte d'une maladie mentale grave vit des frustrations ou des échecs dus à la maladie et qui génèrent une détresse psychologique. Parmi ces situations, cela peut être la perte d'un emploi, des difficultés d'acceptation de la maladie et du traitement ou des relations familiales tendues. Les symptômes d'une maladie psychiatrique, tels un délire, dont celui de type TCO, ou des hallucinations, peut également faire augmenter la détresse psychologique perçue. Si l'on considère monsieur A et monsieur K, ceux-ci avaient exprimés avoir déjà eu l'impression que quelqu'un les menaçait ou voulait leur faire du mal. Monsieur A avait de plus eu l'impression qu'une personne avait cherché à l'empoisonner. Les deux hommes s'étaient également sentis observés, espionnés ou persécutés. De même, ils avaient eu le sentiment que leurs mouvements, leurs actions et leurs pensées avaient été contrôlées de l'extérieur ou que des pensées avaient été introduites dans leur tête. Outre ses manifestations délirantes, monsieur K vivait également des crises lors desquelles il perdait le contrôle de lui-même. Les deux hommes avaient exprimés avoir perçu que ces manifestations représentaient une menace à leur intégrité psychologique ou physique. Cette détresse psychologique exprimée par monsieur A et monsieur K constitue donc la première étape de la trajectoire homicide (Loretto, et al., 2009).

La deuxième étape correspond à **la recherche de causes**. Cette étape apparaît lorsque la détresse psychologique ressentie à la première étape devient intolérable pour la personne et que celle-ci souhaite faire diminuer l'inconfort perçu. La personne cherche alors à en identifier les causes. Il s'agit alors de ce qui est appelé la concrétisation de la pensée (Loretto et al., 2009). Certaines personnes ou entités pourront alors être identifiées comme étant à l'origine des souffrances perçues. Monsieur A avait identifié certains médecins, les institutions psychiatriques, d'autres résidents et, plus particulièrement, son fantôme, comme étant ceux qui le menaçaient et qui voulaient le tuer. Monsieur K avait quant à lui interprété qu'il était victime d'un sort vaudou jeté par des gens qu'il ne connaissait pas ou encore, par une ex-copine, ayant fait en sorte qu'il soit possédé par le diable.

Lorsqu'une cause a été identifiée, cela mène ensuite à la troisième étape du processus qui est la **recherche de solutions**. À cette étape, la personne choisie d'affronter la

situation ou de la fuir. Parmi les moyens de fuir une situation, il y a les tentatives de suicide. Monsieur A et monsieur K ont d'ailleurs tout deux pensé au suicide comme solution à leurs souffrances. Ainsi, en 1970, monsieur A avait été hospitalisé suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse. En 1972, peu de temps après son admission à l'IPPM, monsieur A avait tenté de se suicider par pendaison. Par la suite, au début de l'année 1973, quelques jours avant son geste homicide, un câble fabriqué avec un pyjama avait été retrouvé dans sa chambre laissant supposer qu'il s'apprêtait possiblement à commettre un autre geste suicidaire. Monsieur K avait quant à lui tenté d'échapper à ses états psychotiques en 2001 en sautant de haut d'un balcon d'un hôpital montréalais. Afin d'affronter une menace, une personne peut utiliser divers moyens dont faire des demandes d'aide dans des hôpitaux, dans des cliniques médicales, aux agents de police ou à un proche. C'est d'ailleurs ce qu'a fait monsieur K lorsqu'il demandait qu'un exorcisme soit exercé. Pensant que ses crises d'agitations psychomotrices étaient le résultat d'un sort vaudou, un exorcisme apparaissait donc être un bon moyen d'affronter la menace perçue. Un autre moyen d'affronter la menace est de la devancer. Des gestes tel des menaces verbales ou des voies de fait pourront alors représenter des demandes d'aide ou des avertissements (Loretto, et al., 2009). Monsieur A semble avoir choisi d'affronter la menace perçue à plusieurs reprises par diverses agressions commises à l'endroit du personnel hospitalier et des autres résidents. À certains moments, monsieur K semble également avoir choisi d'affronter la menace en lançant sa radio portative ou en mordant des membres du personnel.

Lorsque les solutions tentées afin de gérer la détresse psychologique ne sont pas effectives afin de faire baisser la détresse psychologique ressentie, la personne pourra ultimement se rendre à la dernière étape de la trajectoire qui est le *passage à l'acte homicide*. Monsieur K ne s'est pas rendu à cette dernière étape de la trajectoire. On pourrait donc interpréter que les moyens employés à la troisième étape ont suffi afin de faire baisser la détresse psychologique ressentie. D'ailleurs, monsieur K n'avait plus eu de crises d'agitations, qui semblaient être à l'origine d'une partie importante des souffrances exprimées, depuis quelques mois lors de notre période de stage. Monsieur A avait quant à lui tenté de diverses façons de faire diminuer ses propres souffrances, mais ces moyens n'avaient pas été efficaces. Alors que les autres

solutions envisageables avaient été tentées, l'idée du sacrifice humain pouvait alors représenter sa dernière chance de faire disparaître l'entité à l'origine de ses souffrances, c'est-à-dire son fantôme. Le geste homicide apparaît alors être un moyen de faire diminuer la détresse psychologique ressentie alors que les autres moyens tentés ont échoués face à cet objectif (Loretto, et al., 2009). Ainsi, le 18 février 1973, monsieur A avait trouvé une personne dans sa chambre qui lui volait des cigarettes. Ceci a pu être l'élément déclencheur (Zagury, Millaud, Marleau, & Auclair, 2009) ayant mené à la dernière étape de la trajectoire, le passage à l'acte homicide. Par la suite, monsieur A avait bien exprimé la fonction expiatoire de son geste homicide lorsqu'il avait dit au médecin étant venu le rencontrer peu de temps après : «peut-être que vous ne me croirez pas mais, je sens un bonheur, un état de bien-être à l'intérieur de moi».

6.4.2.4 Trouver des alternatives à l'agression

Une trajectoire homicide telle que celle proposée par Loretto et al. (2009) offre la possibilité d'une meilleure compréhension du passage à l'acte violent. Elle permet également d'intégrer les symptômes de type TCO non comme étant un facteur prédictif d'un passage à l'acte agressif mais plutôt comme étant un indicateur d'une détresse psychologique. Ainsi, tout symptôme d'une maladie mentale ou tout élément de la vie d'une personne qui suscite une détresse psychologique pourra enclencher un processus ayant pour objectif premier la diminution d'un inconfort psychique. Le choix d'agresser, et ultimement de tuer, dépendra, outre la nature même des symptômes psychotiques, des facteurs de risques criminologique ainsi que des facteurs de protection de la personne.

Une telle trajectoire permet également de mieux comprendre pourquoi une personne telle que monsieur A ne présente plus de comportements de violence alors qu'il présente une symptomatologie similaire à celle active lors de son homicide. On peut alors supposer qu'à la troisième étape de la trajectoire, soit la *recherche de solutions*, il a trouvé de nouvelles façons de gérer la détresse psychologique engendrée par sa symptomatologie délirante. Des relations significatives avec sa personne de référence, son psychiatre et son psychologue semblent faire partie de ces nouveaux moyens. De plus, un cadre physique sécurisant tel que celui de l'IPPM, ainsi qu'une

médication plus efficace, apparaissent être d'autres facteurs de protection importants dans la trajectoire de monsieur A.

6.4.3 Tuer, un choix de dernier recours

Le choix de tuer par la personne atteinte d'une maladie mentale grave semble être la dernière étape d'une trajectoire où diverses solutions ont été tentées, sans succès, afin de faire diminuer une détresse psychologique ressentie. Tuer apparaît donc être un choix rationnel, influencé par des perceptions qui sont certes délirantes dans le cas de monsieur A et de monsieur K. Il s'agit d'un choix de dernier recours qui vise en premier lieu à faire diminuer une souffrance interne qui n'est plus tolérable.

Questionner les idées, les perceptions, les interprétations d'une personne atteinte d'une maladie mentale grave pourrait permettre de mieux comprendre le processus pouvant mener au passage à l'acte agressif. Une approche où on s'intéresse aux cognitions et aux émotions permet également de ne pas réduire la personne aux symptômes de sa maladie et de la considérer pour ce qu'elle est, un être humain. De cette façon, le geste agressif ou homicide apparaît alors être l'expression de souffrances profondes, plutôt que d'être le simple geste d'un «malade mental».

Conclusion

Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave sont souvent considérées comme représentant un risque élevé de passage à l'acte violent (Phelan & Link, 1998; Prescosolido, Monahan, Link, Stueve, & Kikuzawa, 1999). Certains résultats d'études ont cependant suggéré qu'un diagnostic de maladie mentale grave ne puisse être suffisant afin d'évaluer le risque de comportements violents d'une personne (Link, Andrews, & Cullen, 1992; Stompe, Ortwein-Swoboda, & Schanda, 2004; Swanson, Borum, Swartz, & Monahan, 1996). Divers facteurs de risques cliniques ont été documentés dans la littérature scientifique afin de mieux outiller les cliniciens ayant à évaluer les risques de passages à l'acte violents chez des personnes atteintes de maladies mentales graves (Monahan et al., 2001). Parmi ces facteurs cliniques, les symptômes de type TCO ont été identifiés comme étant un indice important de risque de passage à l'acte violent (Bjørkly & Havik, 2003; Link & Stueve, 1994; Link et al., 1998; Stompe et al., 2004; Swanson et al., 1996; Swanson et al., 1997).

L'objectif de ce projet de stage était de mieux comprendre la relation pouvant exister entre les symptômes de type TCO et le passage à l'acte violent. Le milieu de stage choisis étant l'IPPM, cet objectif a été précisé à la compréhension de la relation entre ces symptômes et les comportements violents survenant en cours d'hospitalisation.

L'analyse de nos études de cas suggère que nos participants présentent effectivement des symptômes de type TCO, tels que défini dans l'étude de Stompe et al. (2004). Cela offre cependant peu d'informations permettant une meilleure compréhension de la relation entre cette symptomatologie et le passage à l'acte violent. Ainsi, il est apparu en cours de stage la possibilité que l'origine des symptômes psychotique de monsieur K puisse être de nature épileptique. Monsieur A présentait quant à lui toujours une symptomatologie qui était similaire à celle active lors de son passage à l'acte homicide de 1973. Il n'avait cependant plus commis de gestes de violence majeur depuis 1983. Finalement, les deux participants présentaient, en plus de la symptomatologie de type TCO, des hallucinations qui semblaient avoir pu influencer leurs passages à l'acte agressifs. Ces différents éléments apparaissent donc avoir pu

influencer la relation entre les symptômes de type TCO et les comportements violents.

Ce rapport de stage présente également certaines limites méthodologiques. Parmi ces limites, on retrouve la spécificité de la clientèle choisie qui ne permet pas de généraliser les résultats obtenus puisqu'elle ne représente qu'un sous-groupe très restreint de la clientèle psychiatrique québécoise. Une méthodologie rétrospective a également été choisie, imposant ainsi des contraintes imputables aux difficultés de rappel de nos deux participants.

Afin de mieux comprendre la relation entre les symptômes de type TCO et le passage à l'acte violent, une approche idiographique, basée sur le rationnel des patients, a été choisie afin de poursuivre l'analyse des études de cas. Ceci a permis de considérer les cognitions et les émotions qui ont sous-tendus les passages à l'acte violents de monsieur A et monsieur K. Ainsi, monsieur A avait la conviction qu'un sacrifice humain pourrait lui permettre de se libérer du fantôme qui le possédait, qui le contrôlait et qui le menaçait. Monsieur K croyait quant à lui qu'un exorcisme aurait pu le libérer d'un sort vaudou qui visait à l'empêcher de poser des actions bénéfiques pour le monde et qui provoquait ses crises d'agitations psychomotrices. Les deux hommes avaient tenté par divers moyens de trouver une solution à la détresse suscitée par leur symptomatologie. Pour monsieur A, cela avait pris la forme d'un homicide alors que pour monsieur K, il s'agissait d'agressions physiques, de cris ou de bris de matériel.

Après avoir obtenus les éléments logiques du passage à l'acte agressif des deux hommes, nous avons proposé l'introduction de la symptomatologie de type TCO à la trajectoire menant au passage à l'acte homicide proposée par Loretto et al. (2009). Ceci offre la possibilité de considérer la relation entre les symptômes de type TCO et le passage à l'acte homicide en fonction d'un ensemble plus complexe de relations entre différents facteurs de risque, telles que les hallucinations et de protection tels que la médication et des relations significatives avec le personnel soignant.

En résumé, l'intérêt porté aux symptômes de type TCO semble utile toutefois, l'intégration de ces symptômes à une approche qui s'intéresse à l'individu, à ses cognitions et à ses émotions a permis de compléter notre compréhension du tableau clinique de nos deux participants. Il est également apparu que la considération d'un ensemble de facteurs de risque et de protection nous a permis de mieux saisir la relation entre une symptomatologie psychotique et le passage à l'acte violent en cours d'hospitalisation.

Références

- Angermeyer, M. C. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 63-67.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3e éd.). Washington: American Psychiatric Association.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and Delusions: Data From the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566-572.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Roth, L. H. (1999). Dimensional Approach to Delusions: Comparison Across Types and Diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1938-1943.
- Barlow, K., Grenyer, B., & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 967-974.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and Agression. Dans J. Monahan, & H. J. Steadman (Éds.), *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment* (pp. 61-79). Chicago: The University of Chicago Press.
- Beauford, J., McNiel, D., & Binder, R. (1997). Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1272-1276.
- Bjørkly, 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(1), 87-97.
- Blumenthal, S., & Lavender, T. (2004). *Violence and Mental Disorder. A Critical Aid to the Assessment and Management of Risk*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Côté, G., & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89-99.
- Dean, K., & Malamuth, N. (1997). Characteristics of men who aggress sexually and men who imagine aggressing: Risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 449-455.
- Derogatis, L. R. (1992). SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual – II for the revised version. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P., Egri, G., & Mendelsohn, F.S. (1980). Measures of nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1229-1236.

- Dubreucq, J.-L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 852-865.
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478.
- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161
- Endicott, J., & Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35(7), 873-43
- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 83-89.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
- 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. & Janson, C.-G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Project Metropolitan*. Cambridge University Press: New-York.
- Hori, H., Noguchi, H., Hashimoto, R., Nakabayashi, T., Omori, M., Takahashi, S., et al. (2006). Antipsychotic medication and cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 86, 138-146.
- Institut Philippe-Pinel de Montréal. (2006). *Code d'éthique*. Montréal : Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Institut Philippe-Pinel de Montréal. (2008). *Rapport annuel 2007-2008*. Montréal : Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Institut Philippe-Pinel de Montréal. (2010). *Historique*. Récupéré le 8 mars 2010 de <http://pinel.qc.ca/ContentT.aspx?NavID=101&CultureCode=fr-CA>
- Junginger, J. (1997). Command Hallucinations and the Prediction of Dangerousness. Dans APA (Éd.), *Violent Behaviors and Mental Illness: A Compendium of Articles from Psychiatric Services and Hospital and Community Psychiatry* (pp.69-73). Washington: Psychiatric Services Resource Center of the American Psychiatric Association.

- Junginger, J., & McGuire, P. (2004). Psychotic motivation and the paradox of current research on serious mental illness and rates of violence. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 21–30.
- Junginger, J., Parks-Levy, J., & McGuire, P. (1998). Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric Services*, 49, 218-220.
- Kanemoto, K., Kawasaki, J., & Mori, E. (1999). Violence and Epilepsy: A Close Relation Between Violence and Postictal Psychosis. *Epilepsia*. 40(1)107-109.
- Krishnamoorthy, E. S. & Reghu, R. (2007). The Psychoses of Epilepsy. Dans A. B. Ettinger & A. M. Kanner (Éds.), *Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment*, (2e éd.) (pp.264-271). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lalonde, P. (1999). Schizophrénies. Dans P. Lalonde, J. Aubut, F. Grunberg et coll. (Éds.), *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale* (pp.242-285). Montréal : Gaëtan Morin éditeur ltée.
- Link, B. G., Andrews, H., & Cullen, F. T. (1992). The violent and illegal behaviour 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. Dans J. Monahan, & H. J. Steadman (Éds.), *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment* (pp. 137-159). Chicago: The University of Chicago Press.
- Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, A. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviours: Probing the components of “threat / control-override” symptoms. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 55-60.
- Loretto, L., Sanna, N., & Nivoli, G. (2009). Le passage à l’acte homicide du schizophrène. Dans F. Millaud (Éd.), *Le passage à l’acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*, (2^e éd.) (pp.71-87). Paris : Masson.
- Malmquist, C. P. (2006). *Homicide : A Psychiatric Perspective*, (2e éd.). Washington : American Psychiatric Publishing.
- McConnell, W. H. & Duncan, D. (1998). Treatment of Psychiatric Comorbidity in Epilepsy. Dans H. W. McConnell, & P. J. Snyder (Éds.), *Psychiatric Comorbidity in Epilepsy: Basic Mechanisms, Diagnosis, and Treatment* (pp.245-362). Washington : American Psychiatric Press, Inc.
- McKibben, A., & Guay, J.-P. (2003). La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique et approche

- phénoménologique. *Forensic : Revue de psychiatrie et psychologie légales*, 12, 9-16.
- McNeil, D. E. (1994). Hallucinations and Violence. Dans J. Monahan, & H. J. Steadman (Éds.), *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment* (pp. 183- 202). Chicago: The University of Chicago Press.
- McNeil, D. E., Eisner, J. P., & Binder, R. L. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric Services*, 51, 1288-1292.
- Millaud, F., Auclair, N., Guay, J.-P., & McKibben, A. (2007). Un instrument de mesure des progrès cliniques pour des patients psychotiques violents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 735-743.
- Millaud, F., & Dubreucq, J. L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique: Introduction. *Annales Médico-psychologiques*, 163(10), 846-851.
- Millaud, F., Roy, R., Gendron, P., & Aubut, J. (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité chez les patients psychiatriques. *Revue canadienne de psychiatrie*, 37(9), 608-615.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robins, P. C., Mulvey, E. P., et al. (2001). *Rethinking Risk Assessment. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. New-York: Oxford University Press, Inc.
- Mulvey, E. P. (1994). Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(7), 663-668.
- Nestor, P. G. (2002). Mental Disorder and Violence: Personality Dimensions and Clinical Features. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1973-1978.
- Nijman, H. L. I., à Campo, J. M. L. G., Ravelli, D. P., & Merckelbach, H. L. G. J. (1999) A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50(6), 832-834.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a Risk Assessment for Violence among the Mentally Disordered. Dans J. Monahan, & H. J. Steadman (Éds.), *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment* (pp. 21-59). Chicago: The University of Chicago Press.
- Phelan, J. C., & Link, B. G. (1998). The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 7-13.
- Pilgrim, D. & Rogers, A. (2003). Mental disorder and violence : An empirical picture in context. *Journal of Mental Health*, 12, 7-18.
- Poupart, J. (1993). Discours et débats autour de la scientificité des entretiens de recherche. *Sociologie et sociétés*, 25(2), 93-110.

- Prescosolido, B.A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The Public's View of the Competence, Dangerousness, and Need for Legal Coercion of Persons with Mental Health Problems. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1339-1345.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (1997). The treatment of mentally disordered offenders. *Psychology, Public Policy, and Law, 3*, 126-183.
- Richard-Devantoy, S., Olie, J.-P., & Gourevitch, R. (2009). Risque d'homicide et troubles mentaux graves : revue critique de la littérature. *L'Encéphale, 35*, 521-530.
- Robins, L., Helzer, J., Croughan, J., & Ratcliff, K. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry, 38*, 381-389.
- Rogers, R., Gillis, J. R., Turner, R. E., & Frise-Smith, T. (1990). The clinical presentation of command hallucinations in forensic population. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1304-1307.
- Ross, E. D., Homan, R. W., & Buck, R. (1994). Differential hemispheric lateralization of primary and social emotions. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology, 7*, 1-19.
- Salamin, V., Schuwey-Hayoz, A., & Giacometti Bickel, G. (2010). *Épidémiologie des comportements agressifs en psychiatrie hospitalière : états des lieux dans le canton de Fribourg, 161*(1), 23-29.
- Schachter, S. C. (2007). Aggression in Epilepsy. Dans A. B. Ettinger & A. M. Kanner (Éds.), *Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment*, (2e éd.) (pp.307-320). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schanda, H., Knecht, G., Schreiner, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Waldhoer, T. (2004). Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand, 110*, 98-107.
- Schuwey-Hayoz, A., & Needham, I. (2006). Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Recherche en Soins Infirmiers, 86*, 108-115.
- Shawyer, F., Mackinnon, A., Farhall, J., Sims, E., Blaney, S., Yardley, P. et al. (2008). Acting on Harmful Command Hallucinations in Psychotic Disorders: An Integrative Approach. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 196*, 390-398.
- Silver, R. (1996). Sex differences in the solitary assaultive fantasies of delinquent and nondelinquent adolescents. *Adolescence, 31*, 543-552.
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *British Journal of Psychiatry, 176*, 345-350.

- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, Delusional Symptoms, and Violence: The Threat/Control-Override Concept Reexamined. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(1), 31-44.
- Swanson, J. W., Borum, R., Swartz, M. S., & Monahan, J. (1996). Psychiatric symptoms and disorders and the risk of violence behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *6*, 309-329.
- Swanson, J. W., Estroff, S., Swartz, M., Borum, R., Lachicotte, W., Zimmer, C., et al. (1997). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment. *Psychiatry*, *60*, 1-22.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., et al. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 490-499.
- Taylor, P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 491-498.
- Thomas, W. I. & Thomas, D. S. (1928). *The child in America. Behavior Problems and Programs*. New York: Alfred A. Knopf, Inc.
- Thomas, W. I. (1951). *Social behavior and personality / contributions of W. I. Thomas to theory and social research, Edmund H. Volkart (Éd.)*. New-York: Social Science Research Council.
- Tribunal Administratif du Québec. (2007). *Commission d'Examen des Troubles Mentaux (CETM) – Guide*.
http://www.ta.qc.ca/pdf/commission_examen_trouble_mentaux.pdf
- Van der Linden, M. (2003). Une approche cognitive du fonctionnement de la mémoire épisodique et de la mémoire autobiographique. *Cliniques méditerranéennes*, *67*, 53-66.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Évaluation du risque de violence*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1994). Personality Disorders and Violence. Dans J. Monahan, & H. J. Steadman (Éds.), *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment* (pp. 203-226). Chicago: The University of Chicago Press.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *American Journal of Psychiatry*, *143*(1), 35-39.
- Zagury, D., Millaud, F., Marleau, J., & Auclair, N. (2009). Le passage à l'acte parricide psychotique. Dans F. Millaud (Éd.), *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques* (2^e éd.) (pp.123-139). Paris : Masson.

Annexe 1

Grille de questions pour l'évaluation des symptômes de type TCO

Definitions (A), screening (B), and obligatory differentiating questions (C) for the assessment of threat/control-override symptoms (Stompe et al., 2004)

Threat

A. Clear, unequivocal persecutory delusions that impose a feeling of imminent danger on the patient

B. *Being hurt or poisoned*

1. Have you ever felt threatened by someone?
2. Have you ever had the impression that someone wanted to do you harm?
3. Did you ever believe that someone tried to poison you?

Being followed

4. Have you ever felt watched, spied on, or persecuted?

- C.
1. How did you realize this? Describe these situations as precisely as possible.
 2. Have you been able to identify the person/the persons being hostile toward you?
 3. How did this person/these persons try to harm/poison/follow you?
 4. What could have been the motive for this?

Control-override

A. Control-override symptoms are passivity phenomena comprising external interference. They were described by Jaspers (1913) as an "alteration in the awareness of one's own performance" (p.122) and cover part of the Schneiderian first-rank symptoms (1939). Thought shifting consists of the belief that the patient's thoughts are put into or stolen out of his or her mind. These phenomena have to be experienced directly and not only as the result of the assumption of being influenced in general (e.g., by advertising, media). Made volition includes all other passivity phenomena of external control. Again, they have to be experienced directly by the patient and must not be understood only as the assumption of being influenced or controlled in general.

B. *Made volition*

1. Have you ever had the feeling that someone is controlling your movements? (made motion)
2. Have you ever felt your actions directed from outside? (made actions)
3. Have you ever had the feeling that your thoughts were manipulated from outside? (made thoughts)
4. Have you ever had the feeling that your emotions were manipulated from outside? (made emotions)

Thought shifting

5. Have you ever felt that someone is putting thoughts into your mind? (thought insertion)

6. Have you ever felt that someone is taking/stealing thoughts out of your mind?
(thought withdrawal)

- C. 1. Describe these experiences as precisely as possible.
2. Do you know who was manipulating you?
3. How/by which means was this done?
4. What could have been the motive for these manipulations?
-

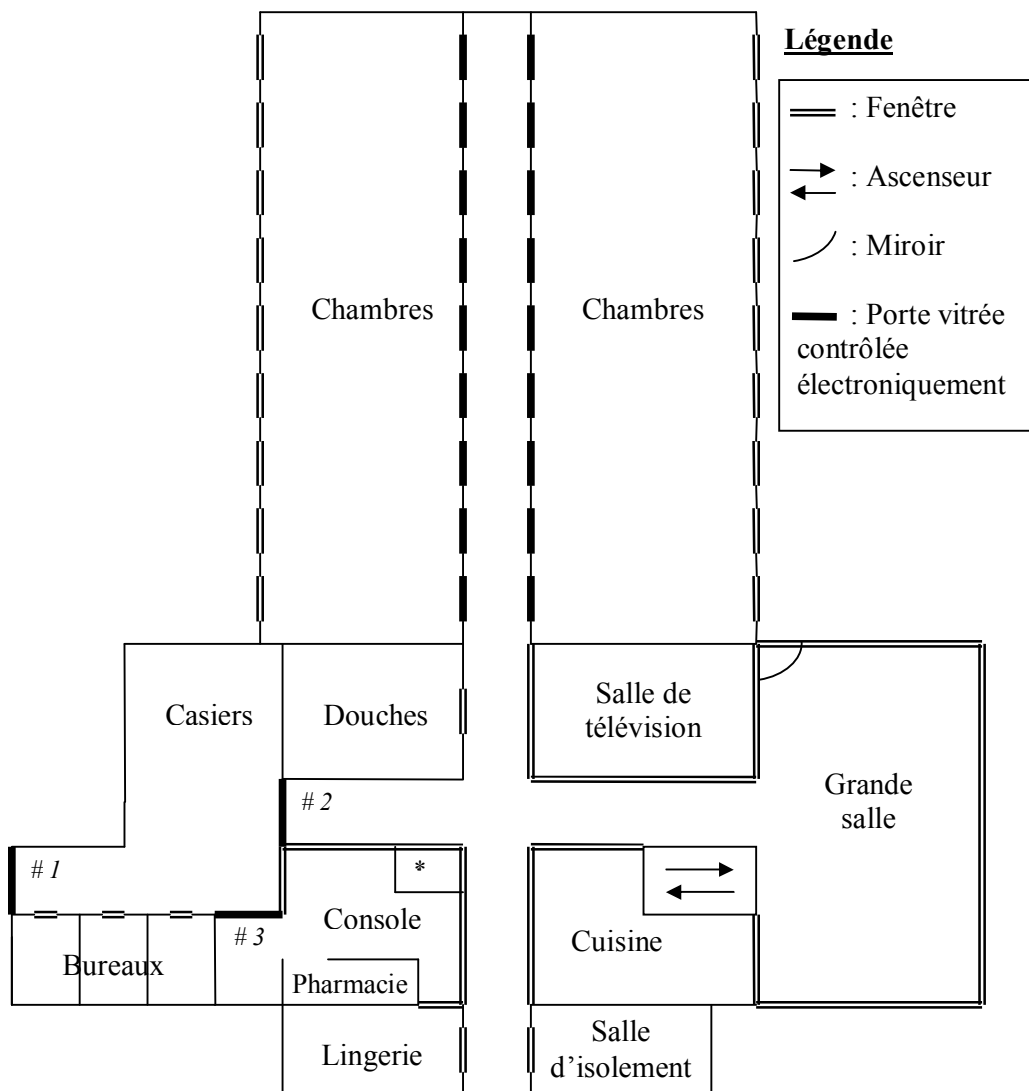
Annexe 2

Grille d'évaluation de l'agressivité

Overt Aggression Scale (OAS) Stuart Yudofsky, M.D., Jonathan Silver, M.D., Wynn Jackson, M.D., and Jean Endicott, Ph.D.		
Identifying Data		
Name of patient	Name of rater	
Sex of patient: 1 male 2 female	Date / / (mo/da/yr) Shift: 1 night 2 day 3 evening	
<input type="checkbox"/> No aggressive incident(s) (verbal or physical) against self, others, or objects during the shift (check here).		
Aggressive Behavior (check all that apply)		
Verbal aggression	Physical aggression against self	
<input type="checkbox"/> Makes loud noises, shouts angrily <input type="checkbox"/> Yells mild personal insults (e.g. "You're stupid!") <input type="checkbox"/> Curses viciously, uses foul language in anger, makes moderate threats to others or self <input type="checkbox"/> Makes clear threats of violence toward others or self (I'm going to kill you.) or requests to help to control self	<input type="checkbox"/> Picks or scratches skin, hits self, pulls hair (with no or minor injury only) <input type="checkbox"/> Bangs head, hits fist into objects, throws self onto floor or into objects (hurts self without serious injury) <input type="checkbox"/> Small cuts or bruises, minor burns <input type="checkbox"/> Mutilates self, makes deep cuts, bites that bleed, internal injury, fracture, loss of consciousness, loss of teeth	
Physical aggression against objects	Physical aggression against other people	
<input type="checkbox"/> Slams door, scatter clothing, makes a mess <input type="checkbox"/> Throws objects down, kicks furniture without breaking it, marks the wall <input type="checkbox"/> Breaks objects, smashes windows <input type="checkbox"/> Sets fires, throws objects dangerously	<input type="checkbox"/> Makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes <input type="checkbox"/> Strikes, kicks, pushes, pulls hair (without injury to them) <input type="checkbox"/> Attacks others, causing mild to moderate physical injury (bruises, sprain, welts) <input type="checkbox"/> Attacks others, causing severe physical injury (broken bones, deep lacerations, internal injury)	
Time incident began ____:____ am/pm	Duration of incident: ____:____ hours/minutes)	
Intervention (check all that apply)		
<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Talking to patient <input type="checkbox"/> Closer observation <input type="checkbox"/> Holding patient	<input type="checkbox"/> Immediate medication given by mouth <input type="checkbox"/> Immediate medication given by injection <input type="checkbox"/> Isolation without seclusion (time out) <input type="checkbox"/> Seclusion	<input type="checkbox"/> Use of restraints <input type="checkbox"/> Injury requires immediate medical treatment for patient <input type="checkbox"/> Injury requires immediate treatment for other person
Comments		

Copyright, Stuart C. Yudofsky, M.D.

Annexe 3
Plan d'une unité de vie de l'IPPM



* **Console électronique** : Endroit d'où l'on contrôle l'ouverture des portes # 1, 2 et 3 ainsi que celles des chambres. De cette position, on peut également surveiller l'ensemble des pièces de l'unité, à l'exception de l'intérieur des chambres et des bureaux. Une personne doit se trouver en tout temps à ce poste.

Porte # 1 : Porte d'entrée de l'unité. Toutes les entrées et sorties de l'unité se font par cette porte.

Porte # 2 : Porte menant au «côté sécuritaire» de l'unité. Le côté sécuritaire est la partie de l'unité où les résidents peuvent circuler librement. Des mesures de sécurité particulières sont imposées plus spécifiquement pour cette partie de l'unité afin de minimiser l'accès à des armes potentielles pouvant causer des blessures.

Porte # 3 : Porte menant à la pièce appelée «console», réservée aux psychothérapeutes et au personnel infirmier. Aucun résident ne peut traverser cette porte qui est le seul endroit de l'unité de vie où l'accès est interdit aux résidents. Il s'agit de la pièce où se trouve la pharmacie et où les dossiers des résidents sont gardés. L'accès limité permet également à la personne qui travaille à la console électronique de s'acquitter de ses tâches dans un endroit plus sécuritaire. La tâche principale de cette personne est de s'assurer de la sécurité des personnes se trouvant du côté sécuritaire de l'unité (les résidents et les membres du personnel) ainsi que de celles se trouvant dans les bureaux. Si une situation d'urgence se présente, cette personne doit contacter l'équipe d'urgence et s'assurer de leur permettre de circuler rapidement en ouvrant les portes de l'unité. Le rôle de cette personne est donc central au fonctionnement de l'unité, justifiant ainsi que l'accès à cette pièce soit limitée au personnel.

Douche, cuisine et console : Ces trois pièces sont vitrées permettant l'observation à l'intérieur de celles-ci.

Toutes les chambres, les bureaux, la salle d'isolement et la lingerie ont une porte avec une fenêtre permettant de voir à l'intérieur de la pièce lorsque l'on circule dans le corridor.

Annexe 4
Formulaire de consentement

**Training project: History of life of violent or aggressive patients with
threat/control-override symptoms hospitalized at the Institut Philippe-Pinel de
Montréal**

Under the responsibility of:
Catherine Labarre
Master's student in Criminology, Université de Montréal

Participant's name:- _____

Date of birth: - _____

Establishment: Institut Philippe-Pinel de Montréal

Introduction

This research is carried out within the framework of the master's project of Catherine Labarre, directed by Jean-Pierre Guay, of the department of Criminology at the *Université de Montréal*.

Before agreeing to take part in this research project, please take time to read and understand the information which follows. This document explains the goal of this project of training course, its procedures, advantages, risks and disadvantages. We invite you to put all the questions which you will consider useful for the person who presents this document to you.

Aims of the study

The purpose of this research is to study the relations between the aggressive behaviors and violent one at the time of the hospitalization and the Threat /Control-Override symptoms.

Nature of my participation

You will be invited to take part to several interviews, of which the duration will be of approximately an hour. At the time of these meetings, questions concerning the symptoms of my disease, my aggressive and violent behaviors, my medication and my everyday life, will be asked to me. Moreover, my official file (files of precedent hospitalizations, active file, police report, etc) will be consulted. In order to ensure the confidentiality of the informations which I will provide, my name will not appear on any report. I am however informed that the information which I will provide concerning the nature of my symptoms, my aggressive and violent behaviors, my medication and my hospitalization, will be written in the form of history of life.

Warning

My participation in this project is voluntary and I can withdraw my assent at any time. The decision to take part or not to this study will not affect in any way my rights to receive a treatment that is just and equitable.

If I wish additional informations or if I wish to withdraw myself from this project, I can mention it with the person in charge for the project, Catherine Labarre.

I understand that the informations collected within the framework of this project is strictly confidential, except if its responsible considers that the informations strongly lets suppose that my life or the life of others can be threatened.

It is possible that the fact of telling your experience causes thoughts or memories moving or unpleasant. If that occurs, do not hesitate to speak about it with the person who carries out the interview.

I accept, in a free and voluntary way, that the informations collected at the time of the interview with Catherine Labarre, as well as the informations contained in my official file (files of former hospitalizations, active file, police report, etc) can be used only for purposes of the project of training course, as explained in this form of assent.

In a general way, the objectives and the conditions of my participation in this project were clearly explained to me. All my questions have been answered. I agree to participate to this project. I will keep a copy of this form.

Name of the participant in letter moulded: _____

Signature of the participant: _____

Signed at: _____, the __ of the month of __ of the year ____

Name of the student: _____

Signature of the student: _____

Signed at: _____, the __ of the month of __ of the year ____
