

PRÉVALENCES PSYCHIATRIQUES DE PATIENTS INTERNÉS DANS LES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES BELGES FRANCOPHONES⁽¹⁾

PSYCHIATRIC DISORDER FREQUENCIES OF INTERNEES PATIENTS IN THE FRENCH-SPEAKING BELGIAN PSYCHIATRIC HOSPITALS

Saloppé Xavier, Thiry Benjamin, Caeles Youri, Davaux Annick, Deloyer Jocelyn, Englebert Jérôme, Jacob Nathalie, Knott Aline, Leroy Ingrid, Sculier Thérèse, Senyoni Isaac, Seutin Alain, Titeca Pierre, Verdicq Sébastien, Pham Thierry H.

THE STUDY DESCRIBES THE PSYCHIATRIC DISORDER FREQUENCIES OF AN IMPORTANT COHORT OF FORENSIC PATIENTS INSIDE THE SOCIAL DEFENSE SYSTEM (N = 409) AND OF OTHER PSYCHIATRIC PATIENTS (N = 521) IN THE SAME HOSPITALS. DATA FROM THE "RÉSUMÉ PSYCHIATRIQUE MINIMUM" FROM FIVE FRENCH SPEAKING PSYCHIATRIC HOSPITALS WERE GATHERED. WE HENCE DESCRIBED DSM-IV AXES CHARACTERISTIC OF BOTH GROUP OF PATIENTS. ONLY THE PRINCIPAL DIAGNOSIS WAS RETAINED. COMPARED TO NON FORENSIC PATIENTS, THE FORENSIC PATIENTS HAVE A LOWER EDUCATION LEVEL, HAVE LESS OFTEN AN OCCUPATION, MORE OFTEN AN AXE 2 DIAGNOSIS, HAVE MORE SEXUAL DISORDERS, HAVE LESS DISORDERS RELATED TO SUBSTANCES, MORE PROBLEMS WITH JUSTICE AND A LONGER HOSPITALIZATION DURATION. THESE RESULTS SUGGEST EARLY ADAPTATION PROBLEMS LEADING TO A LONG INSTITUTIONALIZATION AMONG FORENSIC PATIENTS. THE INTEREST AND LIMITS OF THE STUDY ARE DISCUSSED.

Keywords: Psychiatric disorder frequencies, forensic patients, «Résumé Psychiatrique Minimum»

En Belgique, c'est peu après la première guerre mondiale que les premiers médecins des prisons constatèrent que de nombreux délinquants souffraient de maladies mentales. Ce constat fut à l'origine de la première loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude en 1930. Elle prévoyait que les déments, les déséquilibrés, les débiles mentaux et les récidivistes soient mis en *observation psychiatrique* afin d'y être traités dans des établissements spéciaux. Une nouvelle version en 1964 prévoyait que cette mesure d'internement ne soit levée qu'à condition de l'amélioration de l'état mental et de conditions de réadaptation sociale réunies, sans délai temporel précis. Cette loi avait pour but de distinguer les délinquants *normaux* des *anormaux*, nécessitant des soins. De nos jours, les délinquants belges, chez qui une pathologie psychiatrique est reconnue, ne sont pas condamnés à une peine de prison mais font l'objet d'une mesure d'internement prononcée par le tribunal. La plupart des internés attendent au sein des prisons, souvent en annexe psychiatrique, qu'une place se libère dans les Etablissements de Défense Sociale (EDS, qui sont des hôpitaux sécuritaires). Cette attente peut durer en moyenne deux ans en raison du fait que les EDS ne peuvent accepter qu'un

nombre limité de patients. Les patients internés peuvent, dès lors, se trouver dans quatre lieux : (a) l'annexe psychiatrique d'une prison, (b) un Etablissement de Défense Sociale, (c) une section spéciale d'hôpital psychiatrique, (d) un logement personnel. Le milieu de soins adapté est décidé par une commission indépendante présidée par un magistrat : la *Commission de Défense Sociale*.

Les internés peuvent ensuite bénéficier d'une *libération à l'essai*, et quitter les sections psychiatriques sécuritaires ou l'EDS pour vivre à l'extérieur, par exemple chez eux ou dans une autre structure de soins.

Cosyns et al. (2007) dénombraient 3306 internés en Belgique. Parmi ceux-ci, 848 (26%) séjournaient dans des établissements sécuritaires dépendant de la justice (y compris l'EDS de Païve), 374 (11%) dans un Etablissement de Défense Sociale (à Tournai ou Mons), 401 (12%) dans des institutions psychiatriques, 138 (4%) dans des projets pilotes, et 1545 (47%) dans des homes, des appartements supervisés, ou à leur domicile.

Ces mêmes auteurs se sont intéressés aux internés séjournant dans des établissements dépendant de la justice et constataient

¹. Cette recherche a été réalisée avec le soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé Affaires Sociales et Egalité des Chances. Contact: Thierry.pham@crds.be. CRDS, 94, rue Despars. (7500) Tournai. Belgique (www.crds.be). GROUPE DE TRAVAIL CIRCUIT DE SOINS INTERNES (GTCSI) : Saloppé Xavier, Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Services psychiatriques, Hôpital Saint-Amand-les-Eaux, France. Thiry Benjamin, Service psychosocial, prison de Forest. Caeles Youri, Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale. Davaux Annick, Hôpital psychiatrique Saint Martin, Dave. Deloyer Jocelyn, Hôpital psychiatrique Saint Martin, Dave. Englebert Jérôme, Etablissement de Défense Sociale, Païve. Jacob Nathalie, Etablissement de Défense Sociale, Païve. Knott Aline, Clinique psychiatrique, Vivalia La Clairière, Bertrix. Leroy Ingrid, C.R.P. Les Maronniers, Tournai. Sculier Thérèse, C.H.P. du Chêne aux Haies, Mons. Senyoni Isaac, Clinique psychiatrique, Vivalia La Clairière, Bertrix. Seutin Alain, Centre Hospitalier Jean Titeca A.S.B.L. (Schaerbeek). Titeca Pierre, Centre Hospitalier Jean Titeca A.S.B.L. (Schaerbeek). Verdicq Sébastien, Hôpital psychiatrique Saint Martin, Dave. Pham Thierry H., Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai.

qu'ils étaient majoritairement de sexe masculin (97%) et d'âge médian de 37,5 ans. Une comorbidité psychiatrique est notée pour 76% des internés. Les diagnostics principaux sont les troubles de la personnalité (29,6%), les troubles psychotiques (29%), le handicap mental (16,8%), les paraphilies (13,5%), la dépendance à des produits (7,4%), les troubles d'impulsivité (2%), et autres (1,7%). Des différences existent entre les internés francophones et les internés néerlandophones au niveau des diagnostics. Par exemple, les établissements de la justice comptent 41,7% de troubles de la personnalité en Flandre, et 11,6% en Wallonie et à Bruxelles. Le rapport est inversé concernant les troubles psychotiques : 16,9% en Flandre et 47,3% en Wallonie et à Bruxelles. Cosyns et al. (2007) expliquent ces différences par une politique différente des soins de santé psychiatrique dans chaque région du pays. En Flandre, il existe un circuit de soins « forensic » qui permet la prise en charge des patients psychotiques, notamment dans le réseau extra-pénitentiaire. Ce circuit de soins devrait idéalement être développé grâce à des collaborations étroites entre la justice et les hôpitaux psychiatriques.

Les données de l'étude de Cosyns et al. (2007), portant sur un large échantillon de patients, souffrent néanmoins d'un manque de clarté sur la manière dont les troubles ont été évalués et ne sont pas suffisamment mises en perspective par rapport aux données internationales. Toutes les études présentées ci-après portent sur des populations « forensics ». Pham et Saloppé (2010) ont analysé la prévalence des troubles mentaux et la comorbidité relative à l'axe I et II du DSM (American Psychiatric Association, 1980 ; 1994) en rapport avec l'échelle de psychopathie de Hare (2003) sur un échantillon de 84 patients internés dans le secteur de défense sociale du C.R.P. « Les Marronniers » à Tournai. Les troubles mentaux majeurs ont été évalués à l'aide du Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview, DSM-III (Robins et al., 1987) et les troubles de la personnalité à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Disorders (First et al., 1997). Les troubles mentaux majeurs sont très fréquents au sein de l'échantillon. Nonante-quatre pour cent des patients présentent au moins un trouble de l'axe I. Les troubles les plus représentés sont les troubles liés à un(e) abus/dépendance à l'alcool, 60,7%. Blackburn et al. (2003) obtenaient des taux de prévalence comparables avec 88% pour leur échantillon écossais et 62% pour leur échantillon anglais. Trente-trois pour cent des patients présentent, ou ont présenté, un trouble lié à une substance autre que l'alcool. La littérature internationale rapporte des taux compris entre 27% (Timmerman et Emmelkamp, 2001) et 62% (Blackburn et al., 2003 ; Hildebrand et de Ruiter, 2004). La prévalence des troubles anxieux au sein de l'échantillon, évaluée à 47%, est aussi marquée que dans les études anglaises (41%), écossaises (48%) (Blackburn et al., 2003) et hollandaises (41%) (Timmerman et Emmelkamp, 2001). Coïd (2003) obtenait cependant un taux notablement inférieur avec 20%. La prévalence des troubles de l'humeur dans la littérature oscille entre 18% (Coïd et al., 1999) et 51% (Timmerman et Emmelkamp, 2001). Au sein de l'échantillon, elle se situe dans la moyenne avec un taux de 44%. Quinze patients

(17,9%) présentent, ou ont présenté, un trouble psychotique, au cours de leur vie. Les taux de prévalence des troubles schizophréniques dans la littérature sont compris entre 3% (Timmerman et Emmelkamp, 2001) et 69% (Coïd et al., 1999). La faible prévalence de ces troubles dans la recherche hollandaise peut se comprendre de par leur critère d'échantillonnage visant à exclure de l'étude tout patient en état de décompensation psychotique aiguë. Enfin, le trouble somatisation est notablement supérieur dans l'échantillon, avec 20,2%, aux données de la littérature qui situent la prévalence moyenne du trouble à 7% (Coïd, 2003 ; Blackburn et al., 2003).

La comorbidité des troubles de l'axe I est très fréquente sur l'échantillon. En effet, 94% des patients évalués présentent au moins un trouble mental majeur et 67,8% présentent une comorbidité sur l'axe I. Le nombre moyen de diagnostics par sujet est de 2.8. Les principaux travaux dans le domaine révèlent une forte concurrence entre les troubles mentaux majeurs recensés chez des patients provenant d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. Le nombre moyen de diagnostics par patient est compris entre 1.6 et 2.7 en fonction des études (Coïd, 2003 ; Timmerman et Emmelkamp, 2001 ; Blackburn et al., 2003).

La prévalence des troubles de la personnalité est également très importante sur l'échantillon. Soixante patients (71,4%) présentent au moins un trouble de l'axe II sur l'ensemble de l'échantillon. Ce sont les troubles de la personnalité appartenant au cluster B (61,9%) qui sont les plus représentés. La prévalence des troubles de la personnalité en Défense Sociale est, dans l'ensemble, conforme aux données de la littérature internationale. En effet, 47,6% des patients présentent un trouble de la personnalité antisociale alors que les données de la littérature se situent entre 37 et 56% (Blackburn et al. 2003 ; Coïd, 2003 ; Coïd, 1999 ; de Ruiter et al., 2000 ; Hildebrand et de Ruiter, 2004, Timmerman et Emmelkamp, 2001). Vingt-cinq pour cent des internés du secteur de Défense sociale de Tournai présentent un trouble de la personnalité borderline alors que la prévalence de ce trouble se situe entre 25% et 35% dans la littérature (Coïd, 1999, de Ruiter et al., 2000 ; Hildebrand et de Ruiter, 2004). Enfin, le trouble de la personnalité narcissique (17,9%) est légèrement moins fréquent dans l'échantillon que dans la littérature internationale qui situe sa prévalence entre 21% et 27,7% (Blackburn et al., 2003 ; Coïd, 1999, de Ruiter, et al., 2000 ; Hildebrand et de Ruiter, 2004).

La comorbidité des troubles de l'axe II est très fréquente sur l'échantillon. Trente-six patients (42,9%) présentent une comorbidité sur l'axe II. Le nombre moyen de diagnostics par sujet est de 1.62. La comorbidité relative aux troubles de la personnalité se situe dans la limite inférieure des études internationales (étendue entre 1.6 et 3.6) (Blackburn et al., 2003 ; Coïd, 2003 ; de Ruiter et al., 2000 ; Hildebrand et de Ruiter, 2004 ; Timmerman et Emmelkamp, 2001).

Concernant la comorbidité entre l'axe I et II relatif au DSM (American Psychiatric Association, 1980 ; 1994), 57 patients (67,9%) présentent un ou plusieurs troubles mentaux majeurs associés à un ou plusieurs troubles de la personnalité. Ce pour-

centage est légèrement inférieur à ceux issus de la littérature internationale. En effet, le pourcentage de personnes présentant des troubles de la personnalité qui répondent également aux critères diagnostiques d'un trouble mental majeur varie entre 72,4% et 89% (Blackburn et al., 2003 ; Hildebrand et de Ruiter, 2004 ; Timmerman et Emmelkamp, 2001).

Tant dans l'étude de Cosyns et al. (2007) portant principalement sur les internés séjournant dans les établissements carcéraux, que dans l'étude de Pham et Saloppé (2010), portant sur des patients internés dans le secteur de défense sociale du C.R.P. « Les Marronniers » de Tournai, la comorbidité diagnostique est très fréquente. Ces données confirmé celles de Coïd (1992) qui insiste sur la prégnance de la comorbidité, tant au niveau de l'axe I que de l'axe II, auprès de détenus et, de façon plus typique, auprès de patients d'hôpitaux psychiatriques sécuritaires.

Ces données relatives aux hôpitaux psychiatriques sécuritaires demandent à être confirmées sur un plus large échantillon comprenant plusieurs hôpitaux psychiatriques francophones dépendant principalement du Ministère de la Santé (soit approximativement 23% de la population totale des internés) et comparées à des patients n'ayant pas commis d'actes délictueux à l'origine d'une mesure d'internement.

Depuis près de 14 ans, un important travail de recueil d'informations psychiatriques a vu le jour dans les institutions hospitalières en Belgique. Le développement du Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) a été rendu obligatoire au 1er juillet 1996. Son objectif consiste en l'enregistrement de données psychiatriques offrant aux autorités (gestionnaires et ministères) une vue pertinente de l'organisation des soins pour adapter la prise de décision aux besoins évalués. Ces données recueillies sur plusieurs établissements de santé n'ont, à notre connaissance, jamais été exploitées à des fins comparatives. C'est dans le cadre d'une plateforme de concertation qui rassemble les hôpitaux acceptant les internés et grâce au groupe de travail des plates-formes de concertation en santé mentale wallonne, bruxelloise et germanophone que nous avons obtenu des données psychiatriques relatives à ceux-ci. La présente étude vise donc à dresser un état des lieux du profil psychiatrique mais aussi scolaire et professionnel des patients internés et non internés.

MÉTHODOLOGIE

POPULATION

Les patients proviennent de cinq hôpitaux psychiatriques prenant en charge des personnes internées dans le cadre de la loi de défense sociale : le C.H.P. du Chêne aux Haies (Mons), le C.R.P. Les Marronniers (Tournai), la Clinique psychiatrique Vivalia La Clairière (Bertrix), l'Hôpital psychiatrique Saint Martin (Dave) et le Centre hospitalier Jean Titeca A.S.B.L. (Bruxelles).

Nous avons retenu tous les internés hospitalisés depuis plus six mois à la date du 30 juin 2008. L'échantillon total se compose de 930 patients dont 409 patients internés et 521 patients non internés. La durée de séjour moyenne est de 2040 jours pour les patients internés et de 1203 jours pour les patients non internés. Par ailleurs, les données concernant l'âge portent sur 385 patients internés et 361 patients non internés dans la mesure où les données d'un établissement sont manquantes. L'âge moyen est de 41,6 ans pour les patients internés et de 46,9 pour les patients non internés.

PROCÉDURE

Les cinq hôpitaux psychiatriques sollicités nous ont communiqué les données du Résumé Psychiatrique Minimum (RPM). Ce registre est, en principe, rempli par le psychiatre traitant pour chaque patient séjournant à l'hôpital. Les variables du RPM sont celles du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), c'est-à-dire: (a) diagnostic sur l'Axe I (Troubles cliniques), (b) diagnostic sur l'Axe 2 (Troubles de la personnalité et retard mental), (c) diagnostic principal, (d) diagnostic sur l'Axe 4 (Problèmes psychosociaux et liés à l'environnement et (e) diagnostic sur l'Axe 5 (Evaluation globale du fonctionnement) tel que discuté par Jones et al. (1995) et Soderberg et al. (2005).

Dans la présente étude, les données diagnostiques sont recueillies à partir du bloc 3 du RPM et ne prennent pas en compte la comorbidité. Les troubles sont considérés en fonction de la variable « Axe principal ». A titre d'exemple, lorsque les troubles de l'axe 2 sont considérés comme étant principaux, les troubles des autres axes ne sont pas considérés.

Nous avons également récolté les données issues des items MA12 relatif au type d'enseignement, MA13 relatif au niveau d'enseignement, MA15 relatif au type de profession principale. L'âge et la durée de séjour sont également calculés.

Nous ne disposons pas des données descriptives plus détaillées en l'absence de données brutes pour l'ensemble des cinq institutions. Les effectifs peuvent varier dans les différents tableaux pour certaines des variables car des données sont manquantes.

RÉSULTATS

Comparaisons internés/non internés relatives aux variables type d'enseignement, niveau d'enseignement et profession principale

Les patients internés suivent moins fréquemment un enseignement *normal* et plus fréquemment un enseignement *spécial* (tableau 1). Seule la moitié des internés a suivi un enseignement normal et un interné sur vingt n'a suivi aucun enseignement structuré.

Tableau 1**Données descriptives relatives au Type d'enseignement (%)**

Type d'enseignement	Normal	Spécial	Aucun enseignement suivi	Autre non spécifié
Internés (N=409)	53.8	29.6	2.7	13.6
Non internés (N=521)	76.0	15.9	5.3	1.7

En Belgique, l'enseignement se compose de plusieurs niveaux : (a) maternel (facultatif), (b) primaire (6 années), (c) secondaire (6 années) et supérieur (de longueur variable, à l'université ou dans une école supérieure). Les patients internés ont un niveau d'enseignement primaire plus fréquent par rapport aux patients non internés qui ont plus souvent un niveau d'enseignement secondaire (tableau 2). Un interné sur huit dispose d'un niveau inférieur à celui du primaire.

Tableau 2**Données descriptives relatives au Niveau d'enseignement (%)**

Niveau enseignement	Internés (n = 409)	Non internés (n = 521)
Aucun enseignement suivi	2.2	4.9
Maternel	11.0	4.0
Primaire	40.5	21.5
Secondaire	26.2	53.1
Supérieur	1.2	8.8
Autre non spécifié	16.2	4.8

Tant au niveau des patients internés que non internés, le statut *sans profession* est sur-représenté. Les patients internés sont moins souvent employés *par rapport aux patients non internés* (tableau 3).

Tableau 3**Données descriptives relatives à la Profession principale (%)**

Profession principale	Internés (N=409)	Non internés (N=521)
Employé	4.7	17.2
Ouvrier	16.6	21.7
Autre profession en qualité d'indépendant	0.5	1.3
Cadre moyen	0.2	0.6
Direction	0.2	0.8
Agriculteur	0.0	1.1
Profession libérale	0.0	0.8
Sans profession	67.5	53.0
Autre non spécifié	9.8	3.0

Comparaisons internés/non internés relatives aux cinq axes du DSM IV (APA, 1994)

Les troubles de l'axe 1 sont considérés comme étant principaux comparativement aux troubles sur l'axe 2 et 3 (tableau 4). La prévalence des troubles de la personnalité est plus importante dans la patientèle internée.

Tableau 4**Prévalence des troubles en fonction de la variable « Axe principal » (%)**

Axe principal	Axe 1	Axe 2	Axe 3
Internés (N=409)	79.9	22.1	0.3
Non internés (N=521)	89.2	9.2	0.0

Hormis les troubles sexuels, les patients internés présentent généralement moins de troubles mentaux majeurs comparativement aux patients non internés. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'importante prévalence des paraphilies par les internés (tableau 5). Les troubles les plus représentés sont, dans l'ordre décroissant, les troubles psychotiques, les troubles liés aux substances et les troubles de l'humeur. Les autres troubles sont très faiblement représentés.

Tableau 5**Prévalence des troubles mentaux majeurs (Axe 1) (%)**

Troubles Axe 1	Internés (N=409)	Non internés (N=521)
Tr. Psychotiques	41.7	45.5
Tr. Sexuels	20.4	0.6
Tr. Substances	8.5	17.8
Tr. Humeur	5.5	9.9
Tr. Impulsions	2.4	2.0
Tr. Adaptation	0.5	4.6
Tr. Démence/cognitifs	0.3	5.8
Tr. Anxieux	0.6	2.0
Tr. Autistiques	0.0	0.8

Les troubles de la personnalité sont nettement plus fréquents chez les patients internés comparativement aux patients non internés (tableau 6). De même, le diagnostic de « retard Mental » est légèrement supérieur.

Tableau 6**Prévalence des troubles de la personnalité et du retard mental (Axe 2) (%)**

Troubles Axe 2	Tr. de la personnalité	Retard Mental
Internés (N=409)	14.3	7.8
Non internés (N=521)	3.7	5.5

Les patients internés rencontrent plus souvent des problèmes avec la justice, des problèmes éducationnels ainsi que des problèmes liés au travail que les patients non internés (tableau 7).

Tableau 7**Prévalence des problèmes psychosociaux (Axe 4) (%)**

Problèmes	Internés (N=409)	Non internés (N=521)
Aucun	16.9	5.6
Au sein du groupe de soutien primaire	57.4	66.6
En rapport avec l'environnement	54.8	61.1
Éducationnels	32.0	15.2
Liés au travail	27.4	9.7
De logement	27.9	18.0
Financiers	20.7	26.5
Liés à l'accès aux soins de santé	8.0	2.8
Avec la justice, la police, ou délit	67.2	6.7
Autres	9.2	7.5

La comparaison interné / non interné montre que les scores à l'échelle d'évaluation globale de fonctionnement (GAF) sont quasi similaires. Le score moyen des internés appartient à la catégorie « 31–40 » (38.5) alors que celui des non internés appartient à la catégorie « 41–50 » (42.5). La première est définie par la présence de « Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi) ». La seconde est définie par « l'existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines (p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur) (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école) » (APA, DSM-IV, 1994, p. 32).

DISCUSSION

Cette étude visait à rassembler des données descriptives du RPM auprès d'un échantillon important d'internés hospitalisés dans cinq institutions francophones. L'étude a recensé des données telles que l'âge, la durée de séjour en internement, les caractéristiques éducatives et professionnelles ainsi que les données diagnostiques sur une population de 930 patients.

Les troubles mentaux majeurs sont très fréquents au sein de l'échantillon. Quatre-vingt pour cent des patients internés et 89% des patients non internés présentent au moins un trouble de l'axe I. Les patients internés présentent généralement moins de troubles mentaux majeurs comparativement aux patients non internés, excepté pour les troubles sexuels. Ces troubles sont nettement plus fréquents chez les internés que chez les autres patients psychiatriques. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que de nombreux comportements paraphiliques sont également des comportements délictueux, d'autant plus s'ils sont commis sur des mineurs d'âge. Par exemple, des actes exhibitionnistes ou des caresses à tonalité sexuelle constituent des outrages aux moeurs sanctionnés par le code pénal. Une réponse pénale à ces délits peut être l'internement de l'auteur.

Les troubles les plus représentés sont les troubles psychotiques (41,7%). Il existe peu de différences avec le groupe de patients non internés. Rappelons que les taux de prévalence des troubles schizophréniques dans la littérature sont compris entre 3% (Timmerman et Emmelkamp, 2001) et 69% (Coïd et al., 1999). La faible prévalence de ces troubles dans la recherche hollandaise peut se comprendre de par leur critère d'échantillonnage visant à exclure de l'étude tout patient en état de décompensation psychotique aiguë. Les troubles liés aux substances, évalués à 8,5% chez les internés, sont nettement moins fréquents comparativement aux données de la littérature qui rapporte des taux compris entre 27% (Timmerman et Emmelkamp, 2001) et 62% (Blackburn et al., 2003 ; Hildebrand et de Ruiter, 2004). Cette différence pourrait s'expliquer par une tendance actuelle, en Belgique, du milieu judiciaire à considérer la toxicomanie comme un problème psychiatrique plutôt que comme un problème délinquant. En effet, actuellement, les consommateurs de drogues sont dirigés de manière privilégiée vers les réseaux de soin plutôt que vers le système judiciaire. Cela dit, la seule toxicomanie constitue rarement un motif d'internement.

La prévalence des troubles anxieux est quasi nulle dans notre échantillon alors qu'elle est nettement plus marquée dans les études anglaises (41%), écossaises (48%) (Blackburn et al., 2003) et hollandaises (41%) (Timmerman et Emmelkamp, 2001). Coïd (2003) obtenait cependant un taux notablement inférieur avec 20%. La prévalence des troubles de l'humeur dans la littérature oscille entre 18% (Coïd et al., 1999) et 51% (Timmerman et Emmelkamp, 2001). Au sein de notre étude, elle se situe largement en dessous avec un taux égal à 5,5%. Nous pouvons faire l'hypothèse de la sous-évaluation de certains troubles au sein du RPM. Les différences par rapport à la littérature peuvent être liées d'une part à la variété des méthodes utilisées. En effet, pour poser un diagnostic, la méthode

peut être clinique, standardisée (entretien semi-structuré, questionnaire auto-rapporté) ou encore consensuelle. D'autre part, un manque de précision concernant la manière d'encoder les diagnostics dans le RPM peut également être à l'origine de ces différences de résultats. En effet, nos résultats permettent de constater que les troubles anxieux sont rarement retenus comme *trouble principal* au sein de la population d'hôpitaux psychiatriques sécuritaires.

Les patients internés présentent davantage de troubles de la personnalité (14,3%) que les patients non internés (3,7%). Il est fort probable que les tableaux cliniques présentés par les patients internés soient plus complexes sur le plan des troubles associés. Comme le dit Coïd (2003), la comorbidité est *plus la norme que l'exception* au sein des échantillons carcéraux et psychiatriques sécuritaires. Ces prévalences sont bien en dessous de celles décrites dans la littérature internationale. En effet, la prévalence des troubles de la personnalité auprès d'une population issue d'un hôpital psychiatrique sécuritaire est comprise entre 57% et 87% (Blackburn et al., 2003 ; Timmerman et Emmelkamp, 2001 ; Hildebrand et de Ruiter, 2004). Cette différence est notamment imputable à la méthodologie utilisée dans le cadre de notre étude qui ne considère pas la comorbidité diagnostique. Il en va de même pour la prévalence du diagnostic de retard mental (7,8%) qui est inférieure à celle estimée dans la littérature à environ 20% (Crocker et al., 2007).

La comparaison interné/non interné montre que les scores à l'échelle d'évaluation globale de fonctionnement (GAF) sont quasi similaires.

Concernant l'évaluation des problèmes psychosociaux (Axe 4 du DSM-IV), les patients internés rencontrent beaucoup plus de problèmes avec la justice, la police, ou des délits, des problèmes éducatifs et liés au travail par rapport aux patients non internés. Ce résultat n'est guère étonnant puisque la mesure d'internement résulte justement d'une procédure judiciaire et policière. Par conséquent, de nombreux psychiatres hospitaliers ont retenu les problèmes avec la justice comme un problème psychosocial. On aurait d'ailleurs pu penser que la prévalence soit de 100%. Cette différence est probablement liée au manque d'opérationnalisation des conditions de remplissage du critère des problèmes psychosociaux défini dans le RPM. Une seconde limite est liée à l'opérationnalisation du RPM qui couvre peu les aspects historiques et environnementaux dans lesquels évolue l'individu. Une troisième limite, liée à l'utilisation du RPM, est qu'il n'est pas complété par les mêmes professionnels de santé selon les différents hôpitaux.

Si l'on s'intéresse au profil scolaire et professionnel des internés, force est de constater qu'ils rencontrèrent précocement des problèmes d'apprentissage qui motivèrent des placements en écoles spéciales (29,6%), que la majorité ne dépassa pas le niveau d'enseignement primaire (51,5%) et qu'ils étaient sans profession stable (67,5%). Ces caractéristiques laissent deviner des difficultés d'adaptation précoce pouvant entraîner des problèmes d'insertion sociale qui les mèneraient finalement à une prise en charge institutionnelle souvent de longue durée

(en moyenne 2040 jours). Cette institutionnalisation peut elle-même être conçue comme une forme de marginalisation. Les faibles ressources adaptatives, éducationnelles et professionnelles vont donc de pair avec la prévalence des troubles psychiatriques mis en évidence dans notre étude. La coexistence des problématiques psychiatriques, psychologiques, éducationnelles, professionnelles et sociales constitue une caractéristique

majeure de la population internée hospitalisée dans les hôpitaux psychiatriques francophones. Elle pose un défi de prise en charge majeur mais incontournable. L'intrication des problématiques complexifie le travail des soignants tout en les confrontant à des difficultés rencontrées de manière plus exceptionnelle au sein d'autres populations de patients.

CONCLUSION

Si ce recueil de données est à l'origine conçu pour fournir des données descriptives servant à orienter les politiques de soin grâce à la connaissance des populations accueillies au sein des hôpitaux, nous pouvons concevoir une autre utilisation pratique en termes d'orientation du patient au sein du circuit de soin.

Comme évoquées dans la discussion, cette étude présente certaines limites: (a) absence de contrôle de la fiabilité inter-juges dans la récolte de données, (b) non-prise en compte de la comorbidité psychiatrique, (c) non-accès à certaines données brutes, empêchant le calcul de certains indices statistiques de dispersion ou de tests de comparaison de moyennes. Pour approfondir la collecte de données, il serait souhaitable d'utiliser une méthodologie structurée à partir d'instruments diagnostiques standardisés.

Malgré ces limites, l'intérêt principal et novateur de cette étude est de rapporter les caractéristiques sociodémographiques et psychiatriques de l'ensemble des internés hospitalisés au sein d'hôpitaux psychiatriques sécuritaires francophones. Bien qu'elle n'implique pas les internés détenus dans les structures dépendant de la justice et les internés libérés chez eux ou dans des maisons d'accueil, l'étude concerne les internés hospitalisés de manière exhaustive. Elle offre donc une description de la population internée hospitalière francophone, description qui n'existe pas jusqu'alors.

Elle ouvre bien d'autres pistes d'investigations relatives notamment aux paramètres de la prise en charge et au devenir des internés.

RÉSUMÉ

L'étude décrit les prévalences psychiatriques d'une importante cohorte de patients internés ($n = 409$) relevant de la loi de Défense Sociale et de patients non internés ($n = 521$). Les données du Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) de cinq hôpitaux psychiatriques belges francophones ont été groupées. Une description relative aux patients internés et non internés est ainsi fournie à travers les différents axes du DSM-IV. Seul le diagnostic principal a été retenu. Comparés à des patients psychiatriques non internés, les internés ont un niveau d'étude inférieur, exercent plus rarement une profession, présentent plus souvent un diagnostic sur l'axe 2, plus de troubles sexuels, moins de troubles liés aux substances, plus de problèmes avec la justice et une durée d'hospitalisation plus longue. Ces résultats suggèrent des difficultés d'adaptation précoces menant à une institutionnalisation de longue durée chez les patients internés. L'intérêt et les limites de l'étude sont abordés.

Mots clés : prévalence psychiatrique, patients internés, Résumé Psychiatrique Minimum.

SAMENVATTING

De studie beschrijft de psychiatrische prevalenties voor geïnterneerde patiënten ($n = 409$) die onder de Wet van Bescherming va de Maatschappij vallen, alsook van niet-geïnterneerde patiënten ($n = 521$) binnen dezelfde ziekenhuizen. De Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) van vijf Franstalige Belgische psychiatrische ziekenhuizen werden verzameld. Een beschrijving van de geïnterneerde en de niet-geïnterneerde patiënten op de verschillende hoofdassen van de DSM-IV werd op die basis bekomen. Enkel de hoofddiagnose werd weerhouden. Vergelijken met de niet-geïnterneerden hebben de geïnterneerde patiënten: een lager studieniveau, oefenen ze minder frequent een beroep uit, bekomen vaker een diagnose op hoofdas 2, hebben meer seksuele problemen, minder druggerelateerde problemen, meer juridische problemen en een langere ziekenhuisopname duur. Deze resultaten bevestigen de hypothese van vroegtijdige aanpassingsproblemen gepaard gaande met een langdurige institutionalisering bij de geïnterneerde patiënten. Het belang en de grenzen van de studie worden behandeld.

Sleutelwoorden: psychiatrische prevalenties, geïnterneerde patiënten, Minimale Psychiatrische Samenvatting.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author. 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author. 1994.
- Blackburn, R., Logan, C., Donnelly, J., Renwick, S.** Personality disorders, psychopathy and other mental disorders: Co-morbidity among patients at English and Scottish high-security hospitals. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 14: 111-137 (2003).
- Coïd.** DSM-III diagnosis in criminal psychopaths : A way forward. *Criminal Behaviour & Mental Health*. 2(2), Spec Issue: 78-94 (1992).
- Coïd, J. W.** Aetiological risk factors for personality disorders. *Br J Psychiatry*. 174: 530-538 (1999).
- Coïd, J. W., Kahtan, N., Gault, S., Jarman, B.** Patients with personality disorder admitted to secure forensic psychiatry services. *Br J Psychiatry*. 175: 528-536 (1999).
- Coïd, J. W.** The comorbidity of personality disorder and lifetime clinical syndromes in dangerous offenders. *The journal of forensic psychiatry and psychology*. 14(2): 341-366 (2003).
- Cosyns P., D'Hont C., Janssens D., Maes E., Verellen R.** Geïnterneerde in België: de cijfers. *Panopticon*. 28: 46-61 (2007).
- Crocker AG, Cote G, Toupin J, St-Onge B.** Rate and characteristics of men with an intellectual disability in pretrial detention. *J Intellect Dev Disabil*. 32:143-152 (2007).
- de Ruiter, C., Greeven, P. G. J.** Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: Convergence of interview and self-report measures. *J Personal Disord*. 14: 162-170 (2000).
- First, MD., Spitzer, RL., Gibbon, M., Williams, JB., Benjamin, L.** *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute. 1997.
- Hare, R.D.** *The Hare Psychopathy Checklist : Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc. 2003.
- Hildebrand, M., De Ruiter, C.** PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in The Netherlands. *Int J Law Psychiatry*. May-Jun, 27(3): 233-248 (2004).
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., Dunn, G.** A brief mental health outcome scale: Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry*. 166: 654-659 (1995).
- Pham, H.T., Saloppé, X.** PCL-R psychopathy and its relation to DSM Axes I and II disorders in a sample of male forensic patients in a Belgian security hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*. 9(3): 205-214 (2010).
- Robins, L., Marcus, S.M.** The diagnostic Screening procedure Writer. A tool to develop individualized screening procedures. *Med Care*. 25 (suppl.12): 106-122 (1987).
- Soderberg, P., Tungstrom S., Armelius, BA.** Reliability of global assessment of functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatr Serv*. 56: 434-438 (2005).
- Stalenheim, E.G., Von Knorring, L.** Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 94(4): 217-23 (1996).
- Timmerman, I. G. T., Emmelkamp, P. M. G.** The prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II pathology in a group of forensic patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 45: 198-213 (2001).

GLOSSAIRE RPM DES NOTIONS UTILISÉES

TYPE DU DERNIER ENSEIGNEMENT RÉUSSI : (Tableau 1)

Définition : Le type d'enseignement terminé avec succès en dernier lieu.

Possibilités de choix :

Normal : Le patient a suivi l'enseignement normal (général, technique et professionnel)

Spécial : Le patient a suivi l'enseignement spécial (Handicap ou sélectionné par le PMS). On peut suivre ce type d'enseignement jusqu'au niveau secondaire supérieur.

Aucun enseignement suivi : Le patient n'a pas suivi d'enseignement.

Autre non spécifié : Est visé ici le cas où le type d'enseignement donné ne correspond en rien avec les deux premiers visés ci-dessus (exemples : enseignement à l'étranger ou enseignements religieux spécifiques, ...).

NIVEAU DU DERNIER ENSEIGNEMENT RÉUSSI : (Tableau 2)

Définition : Le niveau d'enseignement le plus élevé terminé avec succès.

Possibilités de choix :

Maternelle

Primaire

Secondaire inférieur : Cette répartition est d'application dans les anciennes structures d'enseignement et se réfère à l'achèvement avec succès des trois premières années de l'enseignement secondaire.

Secondaire supérieur : Cette répartition est d'application dans les anciennes structures d'enseignement et se réfère à l'achèvement avec succès des trois dernières années de l'enseignement secondaire.

La répartition suivante est d'application dans les nouvelles structures d'enseignement secondaire :

1e degré / Observation : Cette notation se rapporte à la réussite du premier degré (années 1 et 2)

2e degré / Orientation : Cette notation se rapporte à la réussite du deuxième degré (années 3 et 4)

3e degré / Détermination : Cette notation se rapporte à la réussite du troisième degré (années 5 et 6)

Secondaire complémentaire : Cette notation se rapporte à l'année complémentaire dans l'enseignement secondaire.

Secondaire indéterminé : Cette notation est seulement utilisée si l'on manque d'informations précises afin d'évaluer si le patient a terminé avec succès le secondaire inférieur ou supérieur, ou quel degré il a terminé.

Supérieur non universitaire : Cette notation est d'application pour l'enseignement supérieur de type court et long.

Supérieur universitaire : Cette notation est d'application aussi bien pour le diplôme des candidatures que des licences. Même si le patient n'a obtenu qu'un diplôme de candidatures, on y met la notation « universitaire ».

Aucun enseignement suivi : Le patient n'a suivi aucun enseignement.

Autre non spécifié : Cette notation est seulement choisie quand le niveau d'enseignement donné ne correspond en rien aux possibilités de notation ci-dessus.

Remarque :

Dans l'enseignement secondaire, on ne différencie pas les enseignements généraux, techniques, professionnels ou artistiques. Les niveaux d'enseignement qu'on ne retrouve pas dans cette liste, parce que, par exemple, le patient âgé a suivi un enseignement dans un système n'ayant plus cours aujourd'hui, ou parce que le patient a suivi un enseignement à l'étranger, doivent être réinterprétés dans le niveau d'enseignement équivalent décrit par les différents items.

PROFESSION PRINCIPALE ACTUELLE OU DERNIÈRE : (Tableau 3)

Définition : Par profession principale, on ne prend en compte que le travail exercé dernièrement dont le patient reçoit ou a reçu un revenu officiel et réglementaire. Le travail « en noir » n'est pas pris en compte tout comme les activités journalières qui n'offrent pas au patient un revenu réglementaire (exemple bénévolat et travail dans un centre de jour).

Le travail en Habitations Protégées, par contre, peut être notifié. S'il est pensionné, ou malade depuis longtemps, ou au chômage, on note la profession exercée en dernier lieu.

Si le patient exerce plusieurs professions, on prend en compte la profession dont le revenu est le plus important.

Possibilités de choix :

Salarié : Ouvriers, employés, cadres et membres de personnel de direction.

Indépendant : Agriculteurs, professions libérales, et les autres professions d'indépendant.

Autre non spécifié : Choisi si le patient exerce (ou a exercé) une profession pour laquelle il reçoit un revenu officiel, qui ne se trouve pas du tout dans les catégories professionnelles ci-dessus.

Sans profession : Le patient n'a jamais eu de profession (patients handicapés mentaux par exemple).

VARIABLE « AXE PRINCIPAL » : (Tableau 4)

Définition : Position de l'axe du diagnostic principal psychiatrique selon le DSM IV.

Possibilités de choix :

Le diagnostic principal se trouve sur l'axe 1.

Le diagnostic principal se trouve sur l'axe 2.

Le diagnostic principal se trouve sur l'axe 3.

AXE 1. TROUBLES MENTAUX MAJEURS : (Tableau 5)

Définition : Diagnostic sur l'axe 1 selon le DSM IV. L'axe 1 comprend l'ensemble des troubles mentaux de la classification à l'exception des troubles de la personnalité et les retards mentaux, ainsi que les codes V (V7109 absence de diagnostic sur l'axe 1 par exemple), notamment les situations non attribuables à un trouble mental, motivant examen ou traitement.

Possibilités de choix :

On peut faire des diagnostics multiples sur l'axe 1 (trois pour cet axe) si la description de la symptomatologie actuelle le nécessite. Lorsque l'on pose plus d'un diagnostic pour un même sujet, le diagnostic principal doit être placé en tête de liste sur l'axe.

AXE 2. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ / RETARD MENTAL : (Tableau 6)

Définition : Diagnostic sur l'axe 2 selon le DSM IV. L'axe 2 comprend les troubles de la personnalité et le retard mental. Cet axe peut aussi servir à noter les traits de la personnalité et les mécanismes de défense inadaptés.

Possibilités de choix :

On peut faire des diagnostics multiples sur l'axe 2 si la description de la symptomatologie actuelle le nécessite. Lorsque l'on pose plus d'un diagnostic pour un même sujet, on doit les noter sur chaque axe par ordre d'intérêt clinique ou thérapeutique. Si un sujet présente deux diagnostics sur l'axe 2, chacun doit être rapporté.

AXE 4. PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET LIÉS À L'ENVIRONNEMENT : (Tableau 7)

Définition : Diagnostic sur l'axe 4 selon le DSM IV. L'axe 4 sert à indiquer les problèmes psychosociaux et liés à l'environnement susceptibles d'influencer le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles psychiques (Axe 1 et axe 2). Le mo-

ment à partir duquel le problème s'est manifesté n'a aucune importance.

Possibilités de choix :

Dans le cadre du RPM, on indique exclusivement les problèmes psychosociaux et liés à l'environnement qui ont clairement contribué à l'émergence du trouble psychique ou qui justifient un traitement.

Aucun problème identifié : Le patient ne présente aucun problème psychosocial et lié à l'environnement.

Au sein du groupe de soutien primaire : Décès d'un membre de la famille; problèmes de santé dans la famille; démembrement d'une famille pour cause de séparation ou d'aliénation; le départ de la maison; le remariage d'un parent; l'abus sexuel ou physique; la négligence d'un enfant; le manque de discipline; disputes entre enfants; naissance d'un frère ou d'une sœur.

Lié à l'environnement social : Décès ou perte d'un ou d'une ami(e) proche; une défaillance du support social; le fait de vivre seul; des problèmes liés à l'adaptation à une autre culture; la discrimination; l'adaptation à des nouvelles phases de vie (comme la retraite).

Problèmes éducationnels : Analphabetisme; problèmes d'études; désaccord avec les enseignants ou les camarades de classe; un milieu scolaire désagréable.

Problèmes liés au travail : chômage; menace de la perte d'un travail; horaires de travail lourds; milieu de travail difficile; mécontentement par rapport au travail; changement d'emploi; désaccord avec le chef ou les collègues.

Problèmes de logement : Être sans-abri; vivre dans un logement déplorable; être en désaccord avec les voisins ou le propriétaire.

Problèmes financiers : Pauvreté; manque d'argent; allocation d'assistance trop basse.

Problèmes liés à l'accès aux soins de santé : Manque de services

de soins; indisponibilité de transport vers les centres de santé; assurance de soins de santé trop basse.

Problèmes avec la justice/police et délit : Arrestation; un emprisonnement; implication dans un procès; être victime d'un crime.

Autres problèmes psychosociaux et liés à l'environnement : Le fait d'être exposé à des catastrophes; une guerre ou d'autres hostilités; un désaccord avec des auxiliaires extérieurs à la famille, tels que le conseiller, le travailleur social ou le médecin; indisponibilité d'agents du service social.

AXE 5. SCORE MOYEN À L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION GLOBALE DE FONCTIONNEMENT (SCORE GAF) :

Définition : Diagnostic sur l'axe 5 selon le DSM IV. L'axe 5 correspond à l'évaluation du niveau général de fonctionnement. Cette information peut être utile pour programmer un traitement et évaluer son effet ainsi que pour prévoir l'évolution. L'évaluation du fonctionnement général de l'axe 5 s'effectue au moyen de l'échelle GAF (Global Assessment of Functioning Scale). L'échelle GAF peut être utile en particulier lors du suivi, en termes généraux, des progrès du patient par le biais de l'utilisation d'une mesure autonome.

L'échelle GAF ne doit être utilisée que pour l'indication de scores concernant le fonctionnement psychique, social et professionnel. Dans la plupart des cas, il convient de préciser, sur l'échelle GAF, un score relatif à la période actuelle étant donné que son score reflètera, en général, la nécessité ou non d'effectuer un traitement ou des soins.

Lorsque le patient décède, on notera le score obtenu à l'échelle GAF qui était d'application immédiatement avant le décès.

100-91 : Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81 : Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille).

80-71 : Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

70-61 : Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60-51 : Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

50-41 : Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

- 40-31 : Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).
- 30-21 : Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (p.ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
- 20-11 : Existence d'un certain danger d'auto- ou d'hétéro-agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (p. ex., se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).
- 10-1 : Danger persistant d'auto- ou d'hétéro-agression grave (p. ex., accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.
- 0 : Information inadéquate.

Auteur correspondant :

Mr Thierry PHAM
Centre de Recherche en Défense Sociale
Rue Despars, 94
7500 Tournai
Belgique
Mail : thierry.pham@crds.be