

Évaluation du trouble de la personnalité sadique en relation avec la psychopathie auprès de patients internés en hôpital psychiatrique sécuritaire

C. DELESCLUSE ⁽¹⁾, T.H. PHAM ⁽²⁾

Résumé. L'étude évalue la prévalence du trouble de la personnalité sadique (TPS, DSM III-R) et ses relations avec les critères de la psychopathie selon la PCL-R (Hare, 1991) en milieu psychiatrique sécuritaire. Le TPS est défini à partir de 8 items décrits dans l'annexe du DSM III-R. Ces critères ont été évalués à partir de l'analyse des dossiers cliniques et pénaux ainsi que des informations cliniques collatérales ($\kappa = 0,80$, $n = 10$). L'évaluation des scores de psychopathie a été réalisée selon les recommandations de Hare. La population est composée de 76 patients masculins internés en Belgique à la suite d'un délit violent (âge moyen = 36,14). Les résultats indiquent une prévalence du TPS de 25 % ($n = 19$). Parmi les huit items du TPS, les items 1 (use de la violence pour dominer autrui) et 6 (effraie autrui pour obtenir ce qu'il veut) présentent les plus faibles sensibilités. Les corrélations entre les items du TPS et ceux de la PCL-R n'indiquent pas une association significative entre les deux entités diagnostiques. La comparaison des scores de psychopathie (score total, scores aux facteurs narcissique et antisocial) entre patients « sadiques » ($n = 19$) et « non sadiques » ($n = 57$) n'est pas significative. L'ensemble des résultats questionne plutôt la validité du TPS selon le DSM III-R auprès d'une population psychiatrique délinquante.

Mots clés : Délits violents ; Hôpital psychiatrique sécuritaire ; Personnalité sadique ; Psychopathie.

The study assessed the prevalence of TPS and its associations with psychopathy in a population of forensic violent patients in a Belgian security hospital

Summary. The population was composed of 76 male patients (mean age = 36.14). All of them having committed a violent offence indexed in their institutional file : (1) sexual offences on children ; (2) rapes of adult women ; (3) homicide offence ; and (4) assaults and batteries. TPS was defined by the following 8 diagnostic criteria as described in DSM III-R :

1) has used physical cruelty or violence for the purpose of establishing dominance in a relationship ; 2) humiliates or demeans people in the presence of others ; 3) has treated or disciplined someone under his or her control unusually harshly ; 4) is amused by, or takes pleasure in, the psychological or physical suffering of others ; 5) has lied for the purpose of harming or inflicting pain on others 6) gets other people to do what he or she wants by frightening them 7) restricts the autonomy of people with whom he or she has a close relationship ; 8) is fascinated by violence, weapons, martial arts, injury, or torture. These criteria were assessed from (a) clinical and institutional files and (b) clinical collateral informations. TPS assessment was conducted by two trainees in clinical psychology ($\kappa = 0.87$; $n = 20$). The assessment of psychopathy was conducted according to the guidelines of the Hare psychopathy checklist manual (PCL-R, 1991, 2003) : coding of clinical and institutional files and semi-structural clinical interviews. The PCL-R is mainly composed by 2 factors : factor 1 « Emotional detachment » describing the core psychological component of psychopathy, and factor 2 « Chronically antisocial factor » reflecting behavioral instability and antisocial life style. The total cut-off score for the inclusion of the diagnosis was 25. The prevalence of TPS in the population was 25 % ($n = 19$) and is congruent with the large range described in the literature (0.5 to 33 %). The most frequent criteria were 6 (gets other people to do what he or she wants by frightening them), 1 (has used using physical cruelty or violence for the purpose of establishing dominance in a relationship) and 3 (has treated or disciplined someone under his or her control unusually harshly). The most sensible criteria were : 7 (restricts the autonomy of people with whom he or she has a close relationship), 8 (major interest for violence) and 4 (pleasure in the psychological or physical suffering of others). The most specific criteria were : 3 (has treated or disciplined someone under his or her control unusually harshly), 6 (gets other people to do what her or she wants by frightening them), 4 (takes pleasure in the psycho-

(1) Centre Psychiatrique Les Marronniers, Tournai, Belgique.

(2) Centre de Recherche en Défense Sociale, 94, rue Despars, 7500 Tournai, Belgique. thierry.pham@CRDS.be

Travail reçu le 16 janvier 2003 et accepté le 23 septembre 2004.

Tirés à part : C. Delescluse (à l'adresse ci-dessus).

logical or physical suffering of others) and 1 (has used physical cruelty or violence for the purpose of establishing dominance in a relationship). As concerns psychopathy, the mean of factor 1, factor 2 and the PCL-R total scores were 7.40, 9.08 and 18.67. Thus, 38 % of patients were considered as « low psychopaths », 36 % were considered as « moderate psychopaths » and 26 % were considered as « high psychopaths ». In spite of few significant positive correlations between some TPS and PCL-R criteria, TPS diagnosis was not significantly correlated with factors 1, factor 2, nor with total score of the PCL-R. The mean psychopathy total score did not differ between sadistic and non-sadistic patients. Moreover, a two ways ANOVA comparing PCL-R factors 1 and 2 did not reveal any differences between sadistics and non-sadistics. Again, these comparisons did not support hypothesis of a strong association between TPS and psychopathy.

Key words : Forensic hospital ; Psychopathy ; Sadistic personality ; Violent offences.

INTRODUCTION

La personnalité sadique au sein du DSM III-R

Le trouble de la personnalité sadique (TPS), en tant qu'entité nosographique distincte, a été proposé dans l'annexe A « Propositions de catégories diagnostiques demandant des études supplémentaires » du DSM III-R (1987). Le TPS ne figurait pas parmi les troubles de personnalité de l'axe 2 en raison de connaissances empiriques partielles et limitatives. Cette proposition visait néanmoins à combler un vide diagnostique souligné par un nombre élevé de psychiatres américains (22). En effet, certains patients, essentiellement rencontrés dans les milieux médico-légaux, qui manifestent de manière durable des styles comportementaux alliant cruauté, humiliation et agressivité à l'égard d'autrui, n'étaient pas décrits dans la classification antérieure (tableau I).

L'objectif de l'étude de Spitzer *et al.* (22) réalisée auprès de psychiatres américains exerçant dans des milieux

divers était d'évaluer l'utilité clinique du TPS. Selon les résultats de l'étude, 82 % des psychiatres interrogés estimaient que le TPS était utile sur le plan clinique. Parmi ces derniers, 74 % estimaient que le TPS permettait de décrire les schémas comportementaux ; 63 % soulignaient qu'il permettait de prédire les schémas comportementaux futurs ; 59 % estimaient que le TPS pouvait être considéré lors de la prise de décision par les instances judiciaires ; 54 % pensaient que le TPS pouvait être considéré lors d'une orientation thérapeutique ; 54 % soulignaient que le TPS était pertinent lors de l'évaluation des compétences parentales concernant l'exercice du droit de garde des enfants. Toutefois, dans le cadre de la même étude, 11 % des psychiatres interrogés craignaient son utilisation sur le plan légal. En effet, du côté de la défense, le TPS pouvait servir d'argument en vue d'atténuer la responsabilité délictueuse du sujet, et particulièrement dans le cas de maltraitance conjugale et/ou parentale. Dans l'ensemble, 66 % des psychiatres craignaient une utilisation inadéquate du TPS tant dans un cadre légal que clinique, en fonction notamment du risque de stigmatisation et de mauvais traitement lors d'une éventuelle incarcération.

Prévalence du trouble de la personnalité sadique dans la littérature empirique

Le TPS a été évalué auprès de populations ambulatoires ou antisociales : détenus tout-venant, agresseurs sexuels, patients internés ou suivis en consultation ambulatoire. Au sein de la littérature, les prévalences du TPS varient fortement selon les populations respectives. Elles s'étendent de 0,4 à 33 % (1, 3, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 21, 22). Fiester et Gay (9) ont souligné la difficulté d'évaluer la présence des critères diagnostiques du TPS. En effet, pour que ce diagnostic soit posé, il est nécessaire que des comportements spécifiques (cruauté, agressivité, violence, mensonge dans le but de blesser ou d'humilier, plaisir à effrayer ou à intimider) s'observent dans plusieurs sphères de vie du sujet, telles que son comportement à l'égard de son

TABLEAU I. — Critères diagnostiques du trouble de la personnalité sadique (DSM III-R).

- | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. | Ensemble envahissant de comportements cruels, agressifs ou dégradants pour autrui, débutant tôt à l'âge adulte, se caractérisant par la survenue répétée d'au moins 4 des manifestations suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. a recouru à la cruauté ou à la violence physique dans l'intention de dominer quelqu'un (pas seulement dans un autre but, par exemple, pour le dévaliser) ; 2. humilie et dégrade les gens en présence d'autrui ; 3. a maltraité ou puni de façon particulièrement dure quelqu'un qui était sous ses ordres (par exemple, un enfant, un élève, un prisonnier, un patient) ; 4. s'amuse ou prend plaisir aux souffrances physiques ou psychologiques d'autrui (animaux compris) ; 5. a menti pour blesser ou faire souffrir autrui (pas simplement dans un autre but) ; 6. contraint les autres à faire ce qu'il veut en les effrayant (par l'intimidation, voire la terreur) ; 7. restreint l'autonomie de ses proches, par exemple, ne laissera pas son conjoint s'absenter seul ou interdira à une adolescente de participer à une quelconque activité sociale ; 8. est fasciné par la violence, les armes, les arts martiaux, les blessures ou la torture. |
| B. | Le comportement décrit en A n'est pas dirigé contre une personne unique, par exemple le conjoint ou un enfant, et n'a pas pour seul but une excitation sexuelle (comme dans le sadisme sexuel) |

conjoint, ses enfants, ses collègues et subordonnés, les personnes qui partagent ses activités de loisirs, etc. Par ailleurs, les patients présentant ce diagnostic se rencontrent peu en unité de soins en raison notamment de leur manque de motivation thérapeutique.

Comorbidité avec le trouble de la personnalité antisociale

Plusieurs études se sont intéressées au recouvrement du TPS avec les autres troubles de la personnalité (tableau II), et notamment le trouble de la personnalité antisociale (PAS, DSM III-R).

De nouveau, les prévalences variaient fortement d'une étude à l'autre, en fonction de la population étudiée et des instruments diagnostiques utilisés (1, 2, 10, 12, 18, 21, 22). Enfin, à partir d'une population de 70 agresseurs sexuels de sexe masculin, Berger *et al.* (2) ont entrepris une analyse factorielle de type exploratoire des critères du TPS et de la PAS (DSM III-R). Cette analyse infirma l'hypothèse selon laquelle le TPS constituait une entité distincte de la PAS. Il y a lieu néanmoins de souligner que l'existence d'une relative similitude comportementale n'implique pas nécessairement une similitude de fonctionnement psychique, ni de mode relationnel conjoint. Les résultats suggéraient l'existence de 2 types de trouble de personnalité antisociale : a) un type sadique-agressif, avec une tendance perverse à la cruauté et au besoin impérieux de domination, b) un type plus hétérogène comprenant des sujets moins violents, mais présentant une tendance marquée à agir dans leur strict intérêt.

TPS et psychopathie

À notre connaissance, aucune étude n'a encore évalué les relations entre le TPS et le diagnostic de la psychopathie défini par l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R, 2003). La pertinence d'une telle évaluation repose sur le fait que ce diagnostic de psychopathie selon la PCL-R est plus spécifique et présente une relation asymétrique avec

celui de la PAS tel qu'il était défini dans le DSM III-R. Un sujet diagnostiqué comme psychopathe présente nécessairement une personnalité antisociale, alors que l'inverse n'est pas systématique. La psychopathie, définie selon la PCL-R, se distingue du trouble de PAS par le fait qu'elle ne s'appuie pas uniquement sur des comportements antisociaux pour définir le sujet antisocial. Elle intègre aussi des critères psychologiques liés au détachement émotionnel (exemples : affects superficiels, manque de remords et de culpabilité, manque d'empathie) et au fonctionnement interpersonnel (exemples : mensonge pathologique, manipulation, surestimation de soi). La prévalence des deux diagnostics varie considérablement au sein des populations incarcérées : 50-80 % pour la PAS selon la littérature (8) contre 5-10 % pour la psychopathie en Belgique francophone (19), définie avec un score total supérieur ou égal à 30 points.

Notre étude vise à évaluer :

- 1) la prévalence de TPS auprès d'une population de délinquants masculins internés en hôpital psychiatrique sécuritaire belge pour avoir manifesté un ou plusieurs délits impliquant de la violence interpersonnelle ;
- 2) les relations entre le TPS et la psychopathie définie à partir de la PCL-R.

En raison d'analogies dans le type de relations interpersonnelles (surestimation de soi, manque d'empathie, superficialité des affects) ainsi que des manifestations comportementales (usage de la menace, de la force, de la violence, pour parvenir à ses fins), des recouvrements avec le diagnostic de psychopathie sont attendus, les patients sadiques présentant des scores plus élevés à la PCL-R que les patients non sadiques.

MÉTHODE

Population

La population est composée de 76 patients masculins internés en hôpital psychiatrique sécuritaire belge. Ces patients sont hospitalisés dans le cadre de la loi de

TABLEAU II. — Prévalence des troubles de personnalité co-occurents au trouble de la personnalité sadique.

Axe 2	Blasfield et Breen (1989)	Gay (1989)	Millon et Tringone (1989)	Berger (1991)	Freiman et Widiger (1991)	Spitzer <i>et al.</i> (1991)	Reich (1993)	Berger <i>et al.</i> (1999)
Paranoïaque	6			24	44			16
Schizotypique					33			0
Histrionique					33			21
Narcissique		8	8-42		56	37-47		26
Borderline				29	33			32
Antisociale	11	8	17-30	24	44	67-75	57	42
Évitante				43				16
Passive-agressive			15-60		33			10
À conduite d'échec			2-15	0				0

Défense Sociale qui prévoit l'internement des personnes ayant commis un délit, et reconnues incapables du contrôle de leurs actes de par une déficience intellectuelle ou la présence d'un trouble mental grave. La moyenne d'âge est de 36,14 ans (s = 9,37 ; étendue = 20-62). Tous ont commis des délits violents. Ces délits violents sont répertoriés à partir de la fiche d'écrou, document judiciaire indiquant le ou les motifs de condamnation. Ils concernent les agressions sexuelles sur enfants, les homicides ou les tentatives d'homicide, les coups et blessures volontaires et les viols sur femmes adultes (figure 1).

Évaluation du trouble de la personnalité sadique

Les huit items diagnostiques répertoriés dans le DSM III-R sont évalués sur base de dossiers. Ce choix se justifie par la réticence à reconnaître des comportements et des attitudes socialement inacceptables, en dehors de tout contexte de prise en charge psychologique. En effet, un entretien ciblé sur les critères diagnostiques du TPS aurait été vécu de manière intrusive, limitant l'accessibilité aux informations cliniques et comportementales pertinentes pour le diagnostic.

Le diagnostic de TPS est positif si 4 des 8 items sont présents. Le TPS a été évalué sur la base : a) de l'expertise psychiatrique du sujet ; b) des rapports d'incidents, qui concernent les problèmes de comportements graves manifestés par les patients au sein du pavillon ou en sortie

(menaces, coups, alcoolisation, attitudes inadéquates à l'égard des enfants) ; c) des comptes rendus du psychiatre, du psychologue, des paramédicaux et de l'équipe infirmière remis lors du passage en commission ; d) des entretiens avec le médecin psychiatre responsable de l'unité de soins dans laquelle est suivi le patient, afin de combler les lacunes informationnelles (n = 31).

Lorsqu'un item du TPS n'a pu être évalué, par manque d'information disponible, il était alors considéré comme absent. Les évaluations sur dossiers ont été effectuées par une psychologue clinicienne et une stagiaire psychologue de 5^e année. Des évaluations inter-juges ont été réalisées, auprès de 20 patients, et ont débouché sur un coefficient kappa de 0,87. Ce coefficient traduit une bonne convergence de cotation des critères diagnostiques entre les deux évaluateurs.

Échelle de psychopathie de Hare (PCL-R, 1991)

Les scores de psychopathie sont évalués à l'aide de la PCL-R (tableau III). Cette version révisée de la PCL (*Psychopathy Checklist*) est une échelle permettant l'évaluation clinique du niveau de psychopathie. Cet outil se compose de 20 items auxquels sont attribués des scores de 0 à 2 points (0 = absence ; 1 = présence modérée ; 2 = présence élevée). Les informations sont recueillies au cours d'entretiens semi-directifs. Ceux-ci ont pour but de balayer l'ensemble des événements de vie du sujet : son

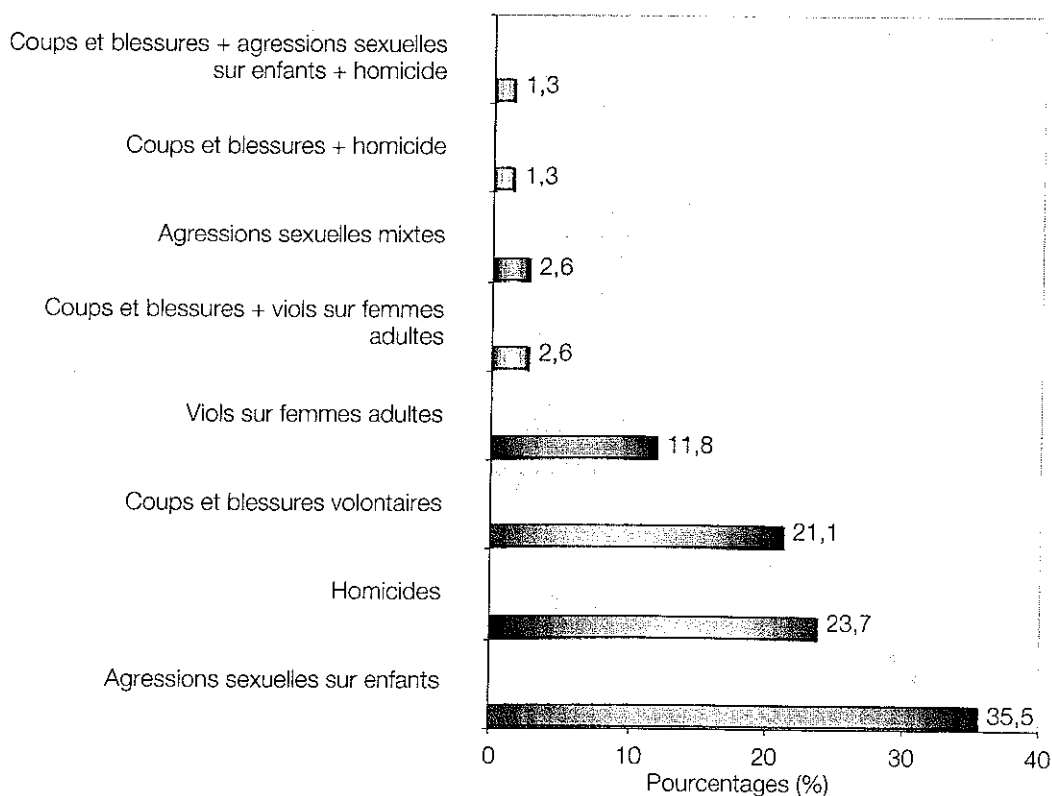


FIG. 1. — Répartition des sujets de l'échantillon en fonction du type de délits violents commis (n = 76, Tournai, 2002).

TABLEAU III. — *Items de la PCL-R (Hare, 1991, 2003).*

Item 1.	Loquacité/charme superficiel
Item 2.	Surestimation de soi
Item 3.	Besoin de stimulation
Item 4.	Mensonge pathologique
Item 5.	Manipulation
Item 6.	Absence de remords et culpabilité
Item 7.	Affects superficiels
Item 8.	Manque d'empathie
Item 9.	Parasitisme
Item 10.	Faible maîtrise de soi
Item 11.	Promiscuité sexuelle
Item 12.	Problèmes comportementaux précoces
Item 13.	Incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste
Item 14.	Impulsivité
Item 15.	Irresponsabilité
Item 16.	Incapacité à assumer les responsabilités de ses faits et gestes
Item 17.	Nombreuses cohabitations de courte durée
Item 18.	Délinquance juvénile
Item 19.	Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
Item 20.	Versatilité criminelle

adaptation scolaire, ses antécédents professionnels, ses objectifs de carrière, les aspects financiers, sa santé, sa vie familiale, affective et sexuelle, ses relations interpersonnelles, sa consommation de substances, son comportement antisocial durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte.

La PCL-R présente une structure factorielle stable et reproductible. Le facteur 1 « Détachement émotionnel » décrit le versant narcissique de la personnalité et regroupe les caractéristiques interpersonnelles et affectives (loquacité et charme superficiel, sens grandiose du Moi). Le facteur 2 « antisocial chronique » reflète l'instabilité comportementale dans le style de vie ou des troubles précoces de comportement (impulsivité, irresponsabilité). Dans le manuel de Hare (14), un sujet était diagnostiqué psychopathe dès lors que son score total atteignait 30. En Belgique, en raison de la faible prévalence de haute psychopathie, Pham (19) a utilisé un *cut-off* de 25. En effet, des données préliminaires suggèrent un score moyen plus faible des populations antisociales européennes par rapport aux mêmes populations nord-américaines (5, 6, 19). Des analyses taxométriques conduites par Harris, Rice et Quinsey (15) suggèrent un *cut-off* optimal à 25. En cohérence avec les données de la littérature (14), nous avons réparti les patients en fonction de leur degré de psychopathie tout en adaptant le *cut-off*. Ainsi, les scores totaux compris entre 0 et 14,9 (niveau 1) concernent les patients faiblement psychopathiques (38,2 %), entre 15 et 24,9 les patients moyennement psychopathiques (niveau 2 ; 35,5 %) et entre 25 et 40 les patients fortement psychopathiques (niveau 3 ; 26,3 %). La fidélité inter-juges de cet outil est élevée. À partir d'une population de délinquants

belges placés en milieu psychiatrique, Pham *et al.* (20) ont rapporté des accords inter-juges de 0,91 (r de Pearson) avec un coefficient Kappa variant de 0,66 à 0,76.

ILLUSTRATION CLINIQUE D'UN PATIENT SADIQUE PSYCHOPATHE

Monsieur A. est âgé de 43 ans. Il est actuellement interné en hôpital psychiatrique sécuritaire suite à une seconde tentative d'homicide. Son passé délictueux est particulièrement dense. Il a manifesté ses premières velléités homicides, à l'âge de 15 ans, à l'égard d'un éducateur qui était épris d'une éducatrice de qui l'intéressé était amoureux. Ce dernier est interné pour la première fois à l'âge de 19 ans pour une tentative d'homicide sur la personne de sa grand-mère qu'il tenta de poignarder. Au cours de cet internement, il organisa une importante émeute avec prise d'otages et maltraita régulièrement d'autres patients. Quelques mois plus tard, il fugua de l'hôpital et braqua une pharmacie. À l'âge de 36 ans, 6 mois après sa libération à l'essai, il tenta d'étrangler une femme rencontrée dans un train. Le motif de l'agression semble être que lors du trajet, cette femme aurait traité l'intéressé de « débile ». À la fin du trajet, la femme invita l'intéressé dans une chambre d'hôtel, c'est là que se déroula l'agression. L'intéressé se rendit toutefois à la police pour avouer son acte. La jeune femme fut retrouvée vivante, le visage tuméfié. Monsieur A. remplit 7 critères du TPS sur 8. Au sein du pavillon, il manifeste un plaisir à exhiber sa musculature en toute circonstance, et s'arrange pour que chacun comprenne qu'il n'hésitera pas à user de sa force physique « en cas de nécessité » ; il « joue à faire peur » et fait fréquemment irruption dans les bureaux un couteau à la main, scrutant la réaction de l'interlocuteur. Il aime fixer les gens en leur relatant son dernier délit : il précise alors qu'il lui arrive encore de « regarder des gens et de se dire qu'il pourrait les tuer ». Au sein de l'hôpital, les différents intervenants retracent de multiples anecdotes au cours desquelles Monsieur A. les a « médusés d'effroi ». Il considère sa petite amie actuelle comme « sa chose ». Lui seul est autorisé à la rencontrer et à lui parler. Sa fascination pour l'homicide s'extériorise de multiples façons : il collectionne les vidéos retraçant l'histoire de tueurs en série célèbres et a visionné à maintes reprises son film culte « *C'est arrivé près de chez vous* ». Il totalise un score de 31 à l'échelle de psychopathie de Hare. Il manifeste des caractéristiques narcissiques dont : (a) la loquacité et le charme superficiel, (b) un sens grandiose du Moi, (c) des attitudes manipulatoires, (d) un manque évident d'empathie, (e) une absence de remords et de culpabilité, son instabilité et son comportement antisocial sont aussi fortement marqués. Il exprime un droit de vie ou de mort sur l'autre et notamment sur la victime. Selon lui, sa victime sait que si elle vit encore aujourd'hui, ce n'est que parce que Monsieur A. l'a décidé. Ce droit de vie ou de mort est partie prenante des caractéristiques narcissiques et sadiques de Monsieur A.

ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse de données comprend l'analyse des : a) fréquences diagnostiques du TPS au sein de la population, et des taux de base relatifs à chaque critère du TPS ; b) comparaisons des scores à la PCL-R entre « patients sadiques » et « patients non sadiques » ; c) spécificité et sensibilité des critères du TPS ; d) corrélations entre les critères du TPS et ceux de la PCL-R.

RÉSULTATS

Statistiques descriptives

Prévalence du TPS, taux de base, sensibilité et spécificité des critères

Le TPS a été diagnostiqué auprès de 19 patients, soit 25 % de la population. Les critères diagnostiques 6 (le fait de contraindre les autres à faire ce qu'ils veulent en les effrayant, 64,5 %), 1 (le recours à la cruauté ou à la violence physique dans l'intention de dominer quelqu'un, 51,3 %) et 3 (maltraitance ou la punition excessive à l'égard des personnes sous leurs ordres, 47,4 %) sont les plus fréquemment rencontrés (tableau IV).

Les critères 7 (restreint l'autonomie de ses proches), 8 (intérêt marqué pour la violence) et 4 (prend plaisir dans la souffrance d'autrui) présentent une forte sensibilité. Les critères 3 (traite durement les personnes sous son autorité), 6 (effraie autrui pour obtenir ce qu'il veut), 4 (prend plaisir dans la souffrance d'autrui) et 1 (use de la violence pour dominer autrui) présentent une spécificité élevée. En revanche, les items 1 et 6 présentent une faible sensibilité.

Scores de psychopathie à la PCL-R

La moyenne du facteur 1 est de 7,40 ($s = 3,87$; étendue = 1-16), celle du facteur 2 est de 9,08 ($s = 4,38$; étendue = 0-17) et celle du score total est de 18,67 ($s = 8,37$; étendue = 2,2-35).

Corrélations entre les items du trouble de la personnalité sadique et ceux de la PCL-R

La matrice de corrélations réalisée entre les items du TPS et ceux de la PCL-R met en évidence des relations entre ces différentes caractéristiques interpersonnelles et comportementales (tableau V). Ainsi, les corrélations positives significatives observées concernent :

1) l'item TPS « recours à la cruauté ou à la violence physique dans le but de dominer » et les items 1 « loquacité/charme superficiel » ($r = 0,239$; $p < 0,05$), 4 « mensonge pathologique » ($r = 0,262$; $p < 0,05$), et 20 de la PCL-R « versatilité criminelle » ($r = 0,401$; $p < 0,01$) ;

2) l'item TPS « humilie et dégrade les gens en présence d'autrui » et l'item 11 de la PCL-R « promiscuité sexuelle » ($r = 0,273$; $p < 0,05$) ;

3) l'item TPS « maltraite ou punit de façon particulièrement dure quelqu'un qui est sous ses ordres » et l'item 14 de la PCL-R « impulsivité » ($r = 0,252$; $p < 0,05$) ;

4) l'item TPS « ment ou blesse pour faire souffrir autrui » et les items 1 « loquacité/charme superficiel » ($r = 0,246$; $p < 0,05$), 2 « surestimation de soi » ($r = 0,247$; $p < 0,05$), 7 « superficialité des affects » ($r = 0,305$; $p < 0,05$), 18 « délinquance juvénile » ($r = 0,288$; $p < 0,05$) et 20 de la PCL-R « versatilité criminelle » ($r = 0,278$; $p < 0,05$) ;

5) l'item TPS « contraint les autres à faire ce qu'il veut en les effrayant » et l'item 19 de la PCL-R « violation des conditions de libération conditionnelle » ($r = 0,351$; $p < 0,05$).

Ces corrélations suggèrent donc l'existence d'une association entre plusieurs items du TPS et les facteurs 1 (items 1, 2, 4 et 7) et 2 (items 14, 18 et 19) de la PCL-R. En revanche, les items du TPS 4 « s'amuse ou prend plaisir aux souffrances physiques ou psychologiques d'autrui », 7 « restreint l'autonomie de ses proches » et 8 « est fasciné par la violence, les armes, les arts martiaux, les blessures ou la torture » ne sont pas associés aux items de la PCL-R.

Par ailleurs, le diagnostic de TPS n'est pas significativement corrélé avec le score total de la PCL-R ($R = 0,09$), et ce même si cette corrélation est plus élevée avec le facteur 1 ($R = 0,11$) que le facteur 2 ($R = 0,01$). Toutefois, le TPS n'est pas significativement associé aux caractéristiques interpersonnelles et affectives de la psychopathie.

TABLEAU IV. — Spécificité et sensibilité des critères diagnostiques de la personnalité sadique au DSM III-R.

Personnalité sadique	Taux de base	Sensibilité	Spécificité
1. A recouru à la cruauté ou à la violence physique dans l'intention de dominer quelqu'un	51,3 (39)	0,41	0,92
2. Humilie et dégrade les gens en présence d'autrui	19,7 (15)	0,53	0,82
3. A maltraité ou puni de façon particulièrement dure quelqu'un qui était sous ses ordres	47,4 (36)	0,53	1,00
4. S'amuse ou prend plaisir aux souffrances physiques ou psychologiques d'autrui	28,9 (22)	0,73	0,94
5. A menti pour blesser ou faire souffrir autrui	13,2 (10)	0,50	0,79
6. Contraint les autres à faire ce qu'il veut en les effrayant	64,5 (49)	0,35	0,92
7. Restreint l'autonomie de ses proches	9,2 (7)	1,00	0,83
8. Est fasciné par la violence, les armes, les arts martiaux, les blessures ou la torture	9,2 (7)	1,00	0,73

TABLEAU V. — Matrice de corrélations entre les items du trouble de la personnalité sadique au DSM III-R et ceux de la PCL-R.

PCL-R/TPS	Item 1 (cruauté)	Item 2 (humilier)	Item 3 (maîtrance)	Item 4 (plaisir)	Item 5 (mensonge)	Item 6 (contraindre)	Item 7 (autonomie)	Item 8 (fascination)
Item 1 (loquacité/charme superficiel)	0,239*	0,101	0,050	-0,061	0,246*	0,109	0,091	-0,039
Item 2 (surestimation de soi)	0,102	0,035	0,186	0,143	0,247*	0,087	0,112	0,176
Item 3 (besoin de stimulation)	0,029	0,046	0,089	-0,135	-0,061	0,069	-0,037	0,098
Item 4 (mensonge pathologique)	0,262*	0,223	0,158	0,027	0,175	0,031	0,027	0,027
Item 5 (manipulation)	0,093	0,201	0,169	0,093	0,175	-0,026	0,044	0,044
Item 6 (absence de remords et culpabilité)	-0,114	-0,052	-0,056	-0,084	0,143	0,026	-0,138	0,124
Item 7 (affects superficiels)	0,017	0,111	0,021	0,005	0,305**	0,003	-0,208	0,173
Item 8 (manque d'empathie)	0,035	0,073	0,002	-0,183	-0,068	0,065	-0,200	-0,074
Item 9 (parasitisme)	-0,119	-0,065	-0,065	0,210	-0,013	0,168	-0,206	-0,043
Item 10 (faible maîtrise de soi)	-0,018	-0,053	0,089	0,066	-0,059	0,050	-0,127	0,176
Item 11 (promiscuité sexuelle)	-0,034	0,273*	0,128	0,108	-0,057	0,141	0,119	-0,104
Item 12 (problèmes comportementaux précoces)	0,183	-0,058	0,085	0,140	0,163	0,060	-0,098	0,229
Item 13 (incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste)	0,131	0,046	-0,017	0,008	0,123	0,187	-0,172	0,131
Item 14 (impulsivité)	0,151	0,019	0,252*	0,068	0,063	0,168	0,080	0,136
Item 15 (irresponsabilité)	-0,028	0,144	-0,055	-0,103	-0,087	0,119	0,056	-0,071
Item 16 (incapacité à assumer la responsabilités de ses faits et gestes)	-0,021	0,047	0,097	0,022	-0,090	-0,047	-0,093	-0,093
Item 17 (nombreuses cohabitations de courte durée)	-0,045	-0,052	0,103	-0,176	-0,165	-0,074	-0,057	0,068
Item 18 (délinquance juvénile)	0,176	0,038	-0,050	0,009	0,288*	0,093	-0,128	0,120
Item 19 (violation des conditions de mise en liberté conditionnelle)	0,194	0,215	0,303	0,050	0,215	0,351*	-0,041	0,123
Item 20 (versatilité criminelle)	0,401**	0,097	-0,019	-0,086	0,278*	0,209	0,059	-0,104

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

Comparaison des scores de psychopathie chez les patients sadiques et non sadiques

Lorsque le score total de la psychopathie est pris sur la base d'un continuum, les groupes « sadique » (M = 19,33, s = 8,70) et « non sadique » (M = 18,45, s = 8,33) ne diffèrent pas au score total de la PCL-R ($t_{61,59} = -0,392$; p = 0,692).

Par ailleurs, nous avons voulu vérifier si la moyenne aux facteurs 1 et 2 de la PCL-R (tableau VI et VII) différait entre les groupes « sadique » et « non sadique » à travers une ANOVA 2 (groupe) × 2 (facteurs de la PCL-R). Les groupes (sadique vs non sadique) ne diffèrent pas au niveau des facteurs de la PCL-R ($F_{1,71} = 0,05$; p = 0,818). Le score au facteur 2 est plus élevé que pour le facteur 1 ($F_{1,71} = 7,99$, p = 0,006). Toutefois, l'interaction groupe × facteurs n'est pas significative ($F_{1,71} = 1,35$; p = 0,250).

TABLEAU VI. — Scores aux facteurs 1 et 2 selon le TPS.

	TPS	M	S
Facteur 1 de la PCL-R	Oui	8,00	4,12
	Non	7,19	3,79
	Total	7,40	3,87
Facteur 2 de la PCL-R	Oui	8,83	4,48
	Non	9,17	4,38
	Total	9,08	4,38

TABLEAU VII. — Fréquence des patients sadiques et non sadiques selon le degré de psychopathie.

		Les trois degrés de la PCL-R			Total
		(25-40)	(15-24,9)	(0-14,9)	
TPS	Non	15	20	22	57
	Oui	5	7	7	19
Total		20	27	29	76

Lorsque le score de la psychopathie est pris sur la base d'une catégorie, la proportion de patients faiblement, moyennement et hautement psychopathiques (définis par un *cut-off* de 25) ne diffère pas selon le diagnostic de TPS ($K^2_{(76,2)} = 0,024$; p = 0,988).

DISCUSSION

La prévalence du TPS au sein de notre population (25 %) correspond à la tranche supérieure des fréquences d'observation disponibles au sein de la littérature (0,5 – 33 %). Nous avons en effet choisi d'évaluer des patients ayant commis au moins un délit violent. Ce critère d'inclusion, qui est congruent avec les critères du TPS, visait à fournir un taux de base suffisant pour notre étude.

L'analyse des corrélations entre les critères du TPS et ceux de la psychopathie met en exergue certaines associations positives. Ainsi, le facteur 1 de la PCL-R (aspects narcissiques de la personnalité, détachement émotionnel) est associé aux aspects sadiques relevant de la cruauté, de la violence physique dans le but de dominer, de l'usage du mensonge afin de faire souffrir l'autre. Ce besoin de domination se retrouve évidemment chez les patients narcissiques, et subséquemment chez les patients ayant obtenu un score élevé à certains items du facteur 1, tels que la loquacité/le charme superficiel, la surestimation de soi, le mensonge pathologique et la superficialité des affects. Le facteur 2 de la PCL-R (style de vie antisocial chronique) est, quant à lui, davantage associé à des comportements ayant trait à la maltraitance, à l'abus de pouvoir, au recours à la menace, à la peur pour parvenir à ses fins. Ces aspects sont davantage liés à l'impulsivité, à l'instabilité du comportement que l'on retrouve de façon marquée chez les patients présentant des comportements antisociaux chroniques et qui ont développé de manière précoce des conduites délinquantes.

En dépit de corrélations positives significatives mettant en évidence des liens entre certains critères diagnostiques du TPS et ceux de la PCL-R, les scores obtenus à l'échelle de psychopathie (facteur 1, facteur 2 et score total) ne diffèrent pas significativement entre les groupes « sadiques » et « non sadiques ». Cette analyse linéaire des scores à la PCL-R est confirmée par l'analyse catégorielle : les patients sadiques ne sont pas plus fréquemment diagnostiqués « psychopathes » par rapport aux patients non sadiques.

CONCLUSION

Une importante limite méthodologique de cette étude réside dans l'absence d'utilisation d'un instrument diagnostique standardisé pour l'évaluation du TPS selon le DSM III-R. Par ailleurs, les diagnostics ont été principalement posés sur la base de dossiers cliniques et judiciaires, et ce de manière rétrospective. Cependant, la consultation de dossiers, par ailleurs incomplets pour certains, ne saurait suppléer à un entretien semi-directif, qui aurait permis au clinicien d'apprécier des éléments relationnels et émotionnels qui, s'ils ne sont pas opérationnalisés par des critères diagnostiques, constituent les spécificités cliniques du TPS.

Les critères du TPS se présentent quasi exclusivement sur un plan comportemental, au détriment des aspects interpersonnels pouvant s'avérer plus spécifiques (7). Soulignons que parmi les critères du TPS, les critères 6 (effraie autrui pour obtenir ce qu'il veut) et 1 (use de la violence pour dominer autrui) montrent une faible sensibilité et pourraient être revus pour une éventuelle définition du trouble (4). Ces critères s'observent fréquemment auprès des populations délinquantes dans la mesure où bon nombre de délits sont commis sous la menace ou sont associés avec de la violence physique. Ces critères, qui ne semblent pas suffisamment discriminants, contribuent

peu à l'appréciation des composantes affectives et interpersonnelles probablement associées au TPS (16). Enfin, la constitution d'un guide d'entretien semi-structuré prenant en considération tant les aspects affectifs/interpersonnels que comportementaux pourrait améliorer l'évaluation opérationnelle du TPS. En effet, les cliniciens exerçant auprès de personnes délinquantes, qu'elles soient ou non psychiatriquées, sont souvent confrontés aux caractéristiques relationnelles et affectives, lesquelles sont associées aux comportements violents, à de la menace et/ou de l'humiliation. Une telle panoplie de caractéristiques justifie la poursuite de recherches relatives au diagnostic différentiel entre la personnalité antisociale, la psychopathie et le TPS.

Remerciements. Cette recherche a été réalisée avec le soutien du ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Région wallonne. Nous remercions Adèle Claix, Claire Ducro, Barbara Fettweis et Marie Kints pour la collecte des données.

Références

1. BERGER P. Unpublished raw data, 1991.
2. BERGER P, BERNER W, BOLTERAUER J *et al.* Sadistic personality disorder in sex offenders relationship to antisocial personality disorder and sexual sadism. *J Personal Disord* 1999 ; 13 : 175-86.
3. BERNER W, BERGER P, GUTTIERREZ K *et al.* The role of personality disorders in the treatment of sex offenders. *J Offend Rehabil* 1992 ; 18 : 26-37.
4. BERNSTEIN I, GESN R. On the dimensionality of the Buss/Perry aggression questionnaire. *Behav Res Ther* 1997 ; 35 : 563-8.
5. COOKE D. Psychopathic personality of different cultures : what we know ? What we need to find out ? *J Personal Disord* 1996 ; 10 : 23-40.
6. COOKE D. Psychopathy across cultures. *In* : Psychopathy : theory, research and implications for society. Dordrecht, Netherlands : Kluwer Academic Publishers, 1998 : 13-45.
7. COOKE D. Psychopathy, sadism and serial killing. *In* : Violence and Psychopathy. New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001 : 123-37.
8. COTE G, HODGINS S, TOUPIN J. Psychopathie : prévalence et spécificité clinique. *In* : Psychopathie : Théorie et Recherche. Ville-neuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2000 : 45-74.
9. FIESTER S, GAY M. Sadistic personality disorder : a review of data and recommendations for DSM IV. *J Personal Disord* 1991 ; 5 : 376-85.
10. FREIMAN K, WIDIGER T. Co-occurrence and diagnostic efficiency statistics. Unpublished raw data 1989.
11. FULLER K, BLASHIELD K, MILLER M *et al.* Sadistic and self-defeating personality disorder criteria in a rural clinical sample. *J Clin Psychol* 1992 ; 48 : 827-31.
12. GAY M. Personality disorders among child abusers. Presented at Symposium on Psychiatric diagnosis, victimization and women, Scientification Proceedings, American Psychiatric Association Annual Meeting, Washington DC, 1989.
13. GAY M, FIESTER F. Sadistic personality disorder. *In* : Psychiatry. Philadelphia : JB Lippincot, 1991 : 1-13.
14. HARE R. The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Ontario : Multi-Health Systems, 1991, 2003.
15. HARRIS G, RICE M, QUINSEY V. Psychopathy as a taxon : evidence that psychopaths are a discrete class. *J Consult Clin Psychol* 1994 ; 62 : 387-97.
16. HART S, DUTTON D, NEWLOVE T. The prevalence of personality disorder among wife assaulters. *J Personal Disord* 1993 ; 7 : 329-41.
17. LORANGER W, SARTORIUS N, ANDREOLI A *et al.* The international personality disorder examination : The World Health Organi-

- zation/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Organization international pilot study of personality Disorders. Arch Gen Psychiatry 1994 ; 51 (3) : 215-24.
18. MILLON T, TRINGONE R. Co-occurrence and diagnostic efficiency statistics. Unpublished raw data, 1989.
 19. PHAM T. Évaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. Encephale 1998 ; XXIV : 435-41.
 20. PHAM T, REMY S, DAILLIET A *et al.* Psychopathie et évaluation des comportements violents en milieu psychiatrique de sécurité. Encephale 1998 ; XXIV : 173-9.
 21. REICH T. Prevalence and characteristics of sadistic personality disorder in an outpatient veterans population. Psychiatr Res 1993 ; 48 : 267-76.
 22. SPITZER R, FIESTER S, GAY M *et al.* Results of a survey of forensic psychiatrists on the validity of the sadistic personality disorder diagnosis. Am J Psychiatry 1991 ; 148 : 875-9.
 23. WIDIGER T, TRULL T. Personality disorders and violence. *In* : Violence and mental disorder : Development in risk assessment. Chicago, IL : University of Chicago Press, 1994.

