



**HAL**  
open science

## Évaluation de la comorbidité psychiatrique chez 72 hommes détenus en maison d'arrêt pour agression sexuelle

F. de Chabalier, S. Forzan

► **To cite this version:**

F. de Chabalier, S. Forzan. Évaluation de la comorbidité psychiatrique chez 72 hommes détenus en maison d'arrêt pour agression sexuelle. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2009, 167 (8), pp.576. 10.1016/j.amp.2009.03.015 . hal-00580183

**HAL Id: hal-00580183**

**<https://hal.science/hal-00580183>**

Submitted on 27 Mar 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Accepted Manuscript

Title: Évaluation de la comorbidité psychiatrique chez 72 hommes détenus en maison d'arrêt pour agression sexuelle

Authors: F. de Chabalier, S. Forzan

PII: S0003-4487(09)00129-2  
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.03.015  
Reference: AMEPSY 1015



To appear in:

Received date: 2-2-2008  
Accepted date: 20-3-2009

Please cite this article as: de Chabalier F, Forzan S, Évaluation de la comorbidité psychiatrique chez 72 hommes détenus en maison d'arrêt pour agression sexuelle, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.03.015

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Mémoire***Évaluation de la comorbidité psychiatrique chez 72 hommes détenus en maison d'arrêt  
pour agression sexuelle****Evaluating psychiatric comorbidity in 72 men detained for a sexual offence****F. de Chabalier <sup>a</sup>, S. Forzan <sup>b</sup>**

a) psychiatre, praticien hospitalier, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux, 121 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux, France

b) psychiatre, praticien hospitalier Chef de Service du SMPR de la Maison d'Arrêt de Bordeaux Gradignan, 17 rue de Chouiney, 33173 Gradignan cedex, France

Auteur correspondant : Dr François de Chabalier, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux, 121 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux, France

Fax : 05 57 96 40 46

Tel : 05 57 96 40 40

Auteur correspondant : [dechabalierf@orange.fr](mailto:dechabalierf@orange.fr)

[Ou : francois.dechabalier@ch-libourne.fr](mailto:francois.dechabalier@ch-libourne.fr)

Texte reçu le 2 février 2008 ; accepté le 26 avril 2008

**Résumé**

Objectif. Ce travail a évalué la prévalence de la comorbidité psychiatrique de 72 hommes détenus à la Maison d'Arrêt de Bordeaux-Gradignan, condamnés ou prévenus pour agression sexuelle.

Méthode. Les taux de prévalence des troubles du DSM-IV ont été investigués à l'aide du Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) chez 72 détenus. Les sous-groupes criminels ont été analysés.

Résultats. Un a dix diagnostics ont été rapportés chez 64 sujets (88,9 %) avec une moyenne de 2,72 troubles par sujet positif. Huit sujets (11,1 %) ne présentaient pas de troubles. Les troubles les plus fréquents étaient les épisodes dépressifs majeurs ainsi que les troubles addictifs, retrouvés les uns et les autres chez 40 sujets (55,6 %). Un risque suicidaire a été trouvé chez 38 patients (52,8 %) et était élevé chez neuf d'entre eux. Trente-quatre sujets (47,2 %) avaient souffert d'au moins un trouble anxieux. Une personnalité antisociale était présente chez 16 sujets (22,2 %). Quatorze sujets (19,4 %) avaient vécu des épisodes de manie ou d'hypomanie. Des différences significatives ont été trouvées en fonction du sous-

groupe criminel.

Conclusion. Ces résultats confirment le très haut niveau de comorbidité chez les prisonniers condamnés ou prévenus pour des incriminations sexuelles, et plaident pour une évaluation préthérapeutique systématique de l'axe I dans cette population.

## **Abstract**

Objective. The present study examined the prevalence of psychiatric comorbidity in 72 men convicted for, or charged with a sexual offence and detained in the Bordeaux-Gradignan prison, France.

Method. Prevalence rates of DSM-IV disorders were investigated based on Mini International Neuropsychiatric Interview, in 72 detainees. Criminal subgroups were analysed.

Results. One to ten diagnoses were reported in 64 subjects (88.9%) with an average of 2.72 disorders per positive subject. Eight subjects (11.1%) presented no disorder. The most frequent disorders were major depressive episodes and addiction, both identified in 40 subjects (55.6%). Current suicidality was found in 38 patients (52.8%) and was high for nine of them. Anxiety disorders were experimented by 34 subjects (47.2%), manic or hypomanic episodes by 14 subjects (19.4%). An antisocial personality disorder was present in 16 subjects (22.2%). Noteworthy differences were found according the criminal profile of sex offenders.

Conclusion. The results confirm very high level of comorbidity in detainees convicted for, or charged with a sexual offence, and plead for systematic pretherapeutic Axis I evaluation in this population.

*Mots clés* : Agresseurs sexuels ; Comorbidité psychiatrique ; DSM-IV ; M.IN.I. ; Prison

*Keywords*: DSM-IV; M.IN.I.; Prison; Psychiatric comorbidity; Sexual offenders

## **1. Introduction**

L'explosion sociale et judiciaire des problèmes posés par les auteurs d'agression sexuelle depuis une vingtaine d'années est illustrée par le poids relatif des détenus condamnés pour infraction sexuelle, passé de 6 à 21 % entre 1980 et 2006 [1].

Le législateur, par l'introduction d'une peine d'injonction de soins, spécialement créée pour les agresseurs sexuels dans la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la

répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, a mis de fait les psychiatres au cœur du dispositif de soins et de sécurité.

En novembre 2001, une conférence de consensus sur « psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » s'est particulièrement attachée à faire le point sur la clinique et la prise en charge des agresseurs sexuels, ainsi qu'à décrire l'articulation de la sanction et du soin, son contexte juridique. Les travaux de cette conférence ont pris acte, chez les agresseurs sexuels, de la fréquence et de la sévérité de la comorbidité psychiatrique, dont l'impact négatif probable sur les résultats des prises en charge a été mentionné [17]. Bourgeois et Bénézech ont par ailleurs souligné que l'importance de la comorbidité est corrélée au risque de violence [6].

Cependant une recherche bibliographique nous a montré que les travaux dédiés à ce problème sont assez rares et qu'aucun n'a été conduit en France [8,12-15,20,22,24,27].

Nous avons voulu combler ce manque et avons pour cela réalisé et analysé une enquête descriptive de la comorbidité présentée par les détenus condamnés ou prévenus pour agression sexuelle à la Maison d'Arrêt de Bordeaux-Gradignan, selon la nosographie du DSM-IV.

L'absence de moyens spécifiques et un temps limité nous ont fait opter pour un objectif modeste avec une procédure simple et un but d'abord pragmatique : montrer l'intérêt d'un dépistage systématique des troubles investigués en évaluation préthérapeutique. Nous avons renoncé à un groupe témoin, mais avons décrit les répartitions diagnostiques en fonction des trois grandes catégories classiques de la typologie criminelle sexuelle que sont les agresseurs de femmes adultes, les agresseurs incestueux et non incestueux d'enfants.

## **2. Population et méthode**

Nous avons conduit une enquête par questionnaire diagnostique standardisé auprès des détenus de la Maison d'Arrêt de Bordeaux Gradignan (MABG).

Le support d'enquête sélectionné a été le questionnaire diagnostique standardisé Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I), dans sa version française [18]. Il a été soumis aux patients au cours d'un entretien en tête à tête. Sur l'axe I, ce questionnaire fait l'investigation des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles addictifs, des troubles psychotiques. Sur l'axe 2, seule la personnalité antisociale est recherchée.

L'analyse statistique a été réalisée sous EPI.INFO version 6.

La population de l'étude était celle des détenus de sexe masculin déjà présents ou entrants à la MABG entre le 15 janvier 2007 et le 30 juin 2007 pour un délit ou un crime

sexuel, qu'ils soient prévenus ou condamnés. Nous les avons identifiés à partir des fiches individuelles transmises par l'Administration Pénitentiaire (AP), complétées par les cas éventuellement repérés par les infirmiers. Nous ne disposions pas des fichiers informatiques de l'AP, mais il était ponctuellement possible d'y accéder pour vérifier le statut pénal d'un candidat potentiel pour notre investigation.

Sur 106 détenus ainsi identifiés, nous avons pu en convoquer 80. En effet 20 avaient été transférés avant que nous puissions les voir, et six avaient bénéficié d'une mise en liberté. Sur les 80 sujets convoqués, six ont refusé de participer à l'enquête. En outre, dans deux cas le questionnaire n'a pu être mené à bien (déficit intellectuel et barrière de la langue). Ainsi nous avons finalement complété 72 questionnaires M.I.N.I.

À chacun des participants les points suivants étaient précisés :

- le but de l'enquête était ponctuel, indépendant de leur éventuelle prise en charge ;
- ils n'en auraient pas de bénéfice individuel ;
- l'enquête était indépendante de l'administration pénitentiaire, et bien sûr de leur situation judiciaire ;
- le recueil des données était fait anonymement tant sur le support papier que pour ce qui concernait le traitement informatique, le lien entre les deux supports étant un numéro d'ordre ;
- en fin d'entretien, un commentaire leur serait fait sur d'éventuels points notables les concernant.

Si le sujet donnait son accord, il était invité à répondre au questionnaire dans le même entretien.

La durée de passation était d'environ trois quarts d'heure. Tous les questionnaires ont été réalisés par le même investigateur.

Nous avons classé comme agresseurs de femmes adultes ceux dont les victimes avaient 18 ans et plus, et comme agresseurs d'enfants ceux dont les victimes des deux sexes étaient des mineures de moins de 18 ans. Ces derniers étaient soit incestueux (intrafamiliaux), soit non incestueux (extrafamiliaux).

### **3. Résultats**

Le taux de refus de participation a été de 6 sur 80, soit 7,5 %.

#### ***3.1. Caractéristiques sociales et pénales des 72 répondants***

L'âge médian de la population enquêtée était de 40 ans, avec une étendue de 30 à 53 entre les quartiles.

La répartition des âges en fonction du profil criminel du sujet enquêté n'était pas homogène. Ainsi la médiane était respectivement de 31, 40 et 49 ans chez les agresseurs de femmes adultes, les agresseurs non incestueux d'enfants et les agresseurs incestueux d'enfants ( $p < 0,001$ ).

État civil : on notait plus de sujets mariés ou divorcés chez les agresseurs intrafamiliaux (73,1 %) que chez les agresseurs de femmes adultes ou d'enfants extra-familiaux (27,6 et 35,3 % respectivement). À l'inverse, les célibataires étaient majoritaires chez les agresseurs de victimes adultes et de victimes mineures hors de la famille.

Caractéristiques pénales des enquêtés : on notait que si 54,2 % avaient été condamnés, 45,8 % étaient en cours de procédure, donc non encore jugés.

L'incarcération était la première pour une large majorité de sujets (52 ; soit 72,2 %), pourtant 34 individus (47,2 %) reconnaissaient être en récidive judiciaire. Cela s'expliquait par le fait que 14 primo incarcérés étaient en fait des récidivistes pour lesquels des peines sans emprisonnement avaient antérieurement été prononcées. Parmi les 34 récidivistes, 22 (64,7 %) reconnaissaient la récidive sexuelle. La fréquence de la récidive judiciaire était inhomogène en fonction du profil criminel ( $p = 0,02$ ). Ainsi 62,0 % des agresseurs de femmes adultes étaient en récidive ; 52,9 % des agresseurs non incestueux d'enfants ; 26,9 % des agresseurs incestueux d'enfants. Dans le groupe des agresseurs d'enfants non incestueux, la récidive sexuelle représentait toute la récidive, alors qu'elle ne représentait que la moitié de la récidive globale des agresseurs d'adultes et 57,1 % de celle des agresseurs intrafamiliaux.

Les incriminations pour viol étaient les plus nombreuses, elles concernaient 50 sujets (69,4 %). La deuxième incrimination en fréquence était l'agression sexuelle, retenue pour 13 sujets (18,1 %). Ces deux incriminations représentaient 87,5 % de l'ensemble, c'est dire que les autres incriminations, dans le milieu carcéral de l'enquête, étaient très minoritaires.

Le tableau I montre la répartition des incriminations en fonction du profil criminel. On constate qu'elle n'était pas homogène ( $p < 0,001$ ). Ainsi le viol représentait moins du quart des incriminations chez les agresseurs non incestueux d'enfants. Chez ce type d'agresseurs, l'incrimination d'agression sexuelle était la plus fréquente (41,2 %), ainsi que d'autres incriminations moins graves que le viol. Chez les agresseurs de femmes adultes ou les agresseurs incestueux, l'incrimination de viol était au contraire largement prédominante (82,8 % et 84,6 % respectivement).

### **3.2. Troubles repérés par le M.I.N.I.**

Globalement, l'investigation vie entière montrait que seuls huit sujets (11,1 %) avaient été indemnes des troubles investigués par ce questionnaire. Chez les 64 autres sujets (88,9 %) ont été repérés de un à dix troubles, avec une moyenne de 2,72 troubles par sujet positif. Quarante-huit sujets (66,6 %) présentaient de un à trois troubles ; 16 sujets (22,2 %) présentaient plus de trois troubles.

Les troubles alimentaires n'ont été diagnostiqués chez aucun des sujets enquêtés.

La dépression a été le trouble le plus fréquemment identifié. Ainsi 40 sujets (55,6 %) ayant fait l'expérience actuelle ou passée d'un Épisode Dépressif Majeur (EDM) ont été dénombrés. Parmi eux, le nombre moyen d'épisodes déclarés était de 3,8 pour une étendue de 1 à 10. Vingt-six sujets (65,0 %) avaient vécu de un à trois épisodes, tandis que 13 (32,5 %) en rapportaient plus de trois. Un sujet n'a pu donner une estimation du nombre d'épisodes vécus.

Des troubles anxieux vie entière ont été dépistés chez 34 sujets (47,2 %), les plus fréquents étant la phobie sociale, identifiée chez 14 sujets (19,4 %) ; le PTSD et l'anxiété généralisée, identifiés chacun chez 12 sujets (16,7 %). L'agoraphobie, le trouble panique et les TOC venaient ensuite avec respectivement six cas (8,3 %), six cas (8,3 %) et trois cas (4,2 %).

Finalement un trouble anxieux et/ou dépressif a été diagnostiqué chez 56 sujets (77,8 %). Vingt-quatre patients anxieux sur 34 présentaient aussi un trouble dépressif, soit 70,0 %.

Trente-huit sujets (52,8 %) présentaient au moment de l'enquête un risque suicidaire, évalué de niveau moyen ou élevé pour la moitié d'entre eux.

Des antécédents d'épisodes d'hypomanie ou de manie ont été identifiés chez 14 sujets (19,4 %).

Six sujets (8,3 %) avaient vécu des expériences psychotiques.

Un problème d'addiction à l'alcool ou à une drogue illicite a été dépisté chez 40 sujets (55,6 %). On note que les problèmes d'alcool étaient nettement les plus fréquents.

Le trouble de la personnalité antisociale concernait 16 sujets (22,2 %).

### **3.3. Répartition des troubles selon le sous-groupe criminel**

Le tableau II établit la synthèse de ces données. Nous avons systématiquement testé l'homogénéité de la répartition des différents diagnostics selon que l'on avait à faire aux agresseurs d'adultes, aux agresseurs incestueux ou non incestueux d'enfants. Nous avons



indiqué la valeur du  $p$  lorsqu'elle était significative ( $< 0,05$ ), ainsi que lorsque, sans atteindre le seuil de signification retenu, elle permettait cependant d'indiquer une tendance nette ( $> 0,05$  et  $< 0,1$ ).

On note donc que parmi les troubles de l'humeur, la dépression et la dysthymie ne montraient pas de différence d'occurrence entre les groupes étudiés. En revanche les troubles d'excitation de l'humeur (manie et hypomanie) montraient une répartition inégale entre ces groupes, tendant à la signification statistique, sans l'atteindre. Les agresseurs incestueux étaient moins susceptibles de faire de tels épisodes, tandis que les agresseurs non incestueux au contraire avaient tendance à y être plus exposés. Ainsi, de tels épisodes avaient été vécus par 7,7 % des agresseurs incestueux ; par 20,7 % des agresseurs de femmes adultes ; par 35,3 % des agresseurs d'enfants non incestueux.

Le risque suicidaire tendait à être plus prononcé parmi les agresseurs non incestueux.

Les troubles anxieux étaient répartis de façon homogène entre les groupes, à l'exception notable du trouble panique pour lequel, malgré le petit nombre de sujets concernés, on notait que les agresseurs non incestueux d'enfants étaient significativement plus à risque.

En ce qui concerne les addictions, on note principalement deux éléments : les agresseurs de femmes adultes avaient globalement plus de risque d'être dépendants ou d'abuser d'alcool, ils étaient aussi les plus à risque d'addiction à un produit illicite. Plus spécifiquement ils étaient nettement plus à risque d'avoir une double addiction à l'alcool et à un ou plusieurs produits illicites. Les agresseurs incestueux n'ont jamais coté pour une addiction à un produit illicite, leur risque alcoolique était intermédiaire à ceux des autres groupes.

Les sujets ayant expérimenté une ou des expériences psychotiques étaient six, soit 8,3 % ; aucune différence significative entre les groupes n'est apparue.

Le trouble de la personnalité antisociale était statistiquement lié au choix d'une victime adulte : 75,0 % des antisociaux avaient agressé une victime adulte, et 41,4 % des agresseurs d'adultes étaient des antisociaux. À l'opposé, seul un agresseur incestueux parmi 26 cotait pour ce trouble, soit 3,8 % de ce profil d'agresseur ; tandis que trois agresseurs d'enfants non incestueux sur 17 soit 17,6 % cotait également pour la personnalité antisociale.

D'autre part, la personnalité antisociale était aussi statistiquement liée à la récurrence, puisque 87,5 % des sujets cotant pour ce trouble étaient des récidivistes, contre 34,0 % de ceux ne cotant pas pour ce trouble ( $p < 0,001$ ).

#### 4. Discussion

Notre travail est d'abord un effort pragmatique pour tester l'utilité d'un dépistage systématique des troubles pris en compte par le questionnaire M.I.N.I. et sa pertinence pour orienter une éventuelle prise en charge. Nous ne disposons d'aucun moyen spécifique dédié à ce travail, et la population enquêtée n'a pas de prétention à la représentativité des personnes incarcérées en France pour des agressions sexuelles. Elle est cependant quasi exhaustive de celle des détenus condamnés ou prévenus pour des faits sexuels à la Maison d'Arrêt de Bordeaux-Gradignan durant le temps de l'enquête. C'est pourquoi, au-delà du simple descriptif de fréquence des troubles pour l'ensemble de la population à l'étude, nous avons comparé leur répartition dans les sous-groupes classiques d'agresseurs sexuels, afin d'en tester l'homogénéité. Nous n'avons pas utilisé de méthode d'ajustement car nous nous plaçons là dans un contexte exploratoire, où l'utilisation de telles méthodes aurait augmenté le risque dit « de deuxième espèce » de ne pas détecter une différence peut-être réelle entre groupes [25]. Il doit donc être bien précisé que les différences de répartition de fréquence des troubles que nous relevons entre les groupes sont à considérer non pas comme des faits avérés, mais comme des hypothèses à vérifier dans d'autres études.

Avant de confronter nos résultats à ceux d'autres études consacrées spécifiquement aux délinquants sexuels incarcérés, nous discuterons d'abord de ceux d'études de répartition des troubles psychiatriques en population générale, ainsi qu'en population carcérale. En effet, bien que notre travail n'ait pas pour objectif de faire un comparatif entre ces différentes populations, la confrontation des ordres de grandeur reste intéressante pour situer notre population.

L'étude américaine de Kessler et al. sur la prévalence vie entière des troubles du DSM-III-R [16] est la référence princeps. Cette étude relevait 52 % de sujets n'ayant coté aucun trouble vie entière parmi des sujets de 18 à 54 ans. Dans notre étude, ce sont 11,4 % des sujets qui étaient indemnes de tout diagnostic. La répartition plus détaillée du nombre de diagnostics est éclairante. En effet la proportion de sujets ayant coté respectivement pour un, deux, trois diagnostics et plus est dans l'étude américaine de 21, 13 et 14 % et de 19, 25 et 46 dans la nôtre. Ce glissement des prévalences dans les zones à diagnostics multiples est cohérent avec le fait, noté par Kessler et al. que les troubles sont concentrés dans des groupes défavorisés à forte comorbidité. Les détenus, investigués sur l'ensemble de leur vie, constituent un tel groupe.

Cette étude fournit des évaluations vie entière pour les troubles de l'anxiété qui sont

systématiquement nettement plus faibles que les nôtres. Ainsi au moins un trouble anxieux est noté chez 19,2 % des enquêtés américains, et 47,2 % dans notre étude. Le différentiel est du même ordre concernant la dépression : 12,7 % et 55,6 %.

Les études européennes et françaises sont plus récentes. Nous retenons le volet français de l'enquête European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) qui a porté sur six pays européens, et l'étude Santé Mentale en Population Générale (SMPG) de la Direction de la Recherche des Études et des Statistiques (DREES) du ministère de la Santé en collaboration avec le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), [3,19]. L'étude SMPG a comme nous utilisé le questionnaire M.I.N.I., mais avec un référentiel CIM-10 au lieu de DSM-IV.

Comme pour l'étude de Kessler et al., ce qui dans notre contexte importe est qu'à l'évidence notre population détenue pour agression sexuelle présente des niveaux de troubles anxieux, de l'humeur, d'addiction, qui sont sans commune mesure avec ceux trouvés dans la population générale.

Deux travaux français concernent des populations de détenus. L'étude de Prieto et Faure est un relevé diagnostique de l'activité de routine des SMPR concernant d'une part les détenus entrants, d'autre part ceux suivis régulièrement [23]. Les niveaux de prévalence relevés sont importants, proches des nôtres chez les entrants pour l'anxiété, la dépression, les addictions. Cependant les conditions, les outils et les buts sont très différents.

Le travail de Falissard et al., à la méthodologie très élaborée, est une enquête multicentrique de prévalence menée dans 20 établissements pénitentiaires auprès de 800 répondants [10]. Une partie de la procédure diagnostique est standardisée sur la base du questionnaire « M.I.N.I. plus » avec les critères DSM-IV. Une évaluation par le Clinical Global Impression (CGI) estime à 13,3 % les sujets « normaux, pas du tout malade » ; ce score est très similaire aux 11,1 % indemnes de troubles dans notre étude. Les évaluations M.I.N.I. ne sont ensuite données que pour les patients cotant au moins 5 au CGI, c'est-à-dire les catégories les plus sévèrement atteintes. Globalement, les prévalences trouvées dans cette étude sont plus élevées que dans d'autres études européennes [11]. Elles sont cependant cohérentes avec celles de l'étude de Prieto et Faure [23]. La prévalence ponctuelle de la dépression est quasi identique à la nôtre (22,9 %) ; pour les troubles anxieux, les prévalences sont comparables, parfois plus fortes que celles que nous avons obtenues, par exemple pour l'anxiété généralisée en valeur ponctuelle.

Ces résultats confirment le statut particulier des détenus comme groupe à vulnérabilité psychique majeure, présentant de hautes prévalences pour les troubles ciblés par le M.I.N.I.,

c'est-à-dire les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les addictions, le trouble personnalité antisociale.

Globalement, nos résultats sont cohérents avec ceux trouvés dans les études citées plus haut consacrées à des populations d'agresseurs sexuels [8,12-15,20,22,24,27]. Cependant les comparaisons sont délicates car les conditions et les populations sont inhomogènes. Ainsi en Allemagne, aux États-Unis, en Hollande, certains agresseurs sexuels sont en unité de psychiatrie légale, référés par le système judiciaire, avec ou sans prison ; d'autres sont en suivi ambulatoire. Certaines études avaient un but purement descriptif, d'autres cherchaient à comparer certains groupes d'agresseurs sexuels.

Nous reviendrons sur ces éléments en examinant les points saillants de notre étude.

Il nous paraît important de relever que la moyenne d'âge des sujets de notre étude est similaire à celle trouvée lors de l'enquête de Balier et al., qui relevait que les agresseurs sexuels étaient d'une dizaine d'années plus âgés que la moyenne des détenus (40 ans versus 32 ans) [2]. Cependant nous mettons en évidence une importante différence d'âge médian en fonction de la catégorie criminelle d'appartenance : respectivement de 31, 40 et 49 ans pour les agresseurs de femmes adultes, les agresseurs non incestueux d'enfants et les agresseurs incestueux d'enfants – les plaintes tardives, une fois la majorité atteinte par la victime, peuvent parfois l'expliquer.

En montrant que les agresseurs sexuels d'adultes sont plus souvent récidivistes, et plus souvent porteurs d'une personnalité antisociale, nous retrouvons des notions déjà connues [17].

Le fait que, parmi les agresseurs non incestueux d'enfants de notre étude, toute la récurrence soit sexuelle nous paraît important.

De même, le fait que les incriminations pour viol ne représentent que moins du quart des incriminations chez les agresseurs non incestueux d'enfants, contre 83 et 85 % respectivement chez les agresseurs d'adultes et chez les agresseurs incestueux d'enfants, nous paraît important. Ces résultats sont à rapprocher de ceux retrouvés par Dunsieath et al. parmi les agresseurs paraphiles, qui semblent correspondre à notre population d'agresseurs non incestueux d'enfants [8]. Dans cette étude en effet, les paraphiles étaient moins souvent en cause dans des affaires de viol, passaient globalement moins de temps en prison, mais faisaient plus de victimes et commençaient plus jeunes leurs actes délictueux. Malheureusement nous n'avons pas eu accès pour notre population à des données plus précises.

Concernant les addictions, nos résultats sont retrouvés dans d'autres études, à des

niveaux comparables [8,20,22,24].

Le niveau vie entière des troubles anxieux varie dans les études citées de 36 à 69 %, montrant l'hétérogénéité des populations concernées.

Nous ne trouvons pas de différence significative entre les groupes pour la phobie sociale, qui avait été identifiée dans deux études allemandes de la même équipe comme un marqueur chez les paraphiles, en opposition aux agresseurs sexuels souffrant d'un trouble du contrôle de l'impulsion [14,20]. Cependant nos catégories sont différentes, nous n'avons pas coté ces troubles spécifiquement. On peut noter cependant que l'équipe allemande exclut du groupe paraphiles les agresseurs sexuels cotant aussi pour un trouble de l'impulsion, alors que les paraphiles ont été rapportés par Dunsieith et al. comme présentant plus fréquemment ce trouble que les non paraphiles.

Le seul trouble anxieux qui n'ait pas une répartition homogène entre nos groupes est le trouble panique, significativement plus fréquent chez les agresseurs non incestueux de mineurs, concernant presque un quart de ce groupe. Ce résultat n'était pas retrouvé dans les études déjà citées de Hoyer et al. et Leue et al.

Les résultats pour les troubles de l'humeur sont assez homogènes ; des EDM vie entière ont été identifiés au moins dans la moitié de la population dans ces différentes études.

Enfin, la prévalence globale de la personnalité antisociale de 22,2 % dans notre étude masque les différences entre les groupes : respectivement de 41,4, 17,6 et 3,8 % chez les agresseurs de femmes adultes, les agresseurs non incestueux d'enfants et les agresseurs incestueux d'enfants. Le taux élevé chez les agresseurs d'adultes est comparable aux niveaux généralement trouvés en milieu carcéral [9,11]. À l'opposé, le faible taux chez les agresseurs incestueux d'enfants correspond à celui habituellement admis en population générale [9,16]. Les agresseurs non incestueux d'enfants sont à un niveau intermédiaire. Ces faits sont en cohérence avec les approches cliniques et psychopathologiques [5,7,21]. Ils nous semblent plaider en faveur de la pertinence de la catégorisation criminologique usuelle des délinquants sexuels [26].

## 5. Conclusion

Notre travail confirme que les détenus pour agression sexuelle, condamnés ou prévenus, constituent un groupe à très haute prévalence vie entière de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, d'abus d'alcool et de produits illicites.

À cause de cela, il serait pertinent que l'évaluation préthérapeutique de cette population, en particulier en milieu carcéral, comporte systématiquement une évaluation

standardisée sur l'axe I du DSM-IV, en plus des évaluations de personnalité, de dangerosité, et de risque criminel [4].

Conflit d'intérêt : aucun

## Références

- [1] Alvarez J, Gourmelon N. La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles. État des lieux et analyse de nouvelles pratiques. Paris: École Nationale d'Administration pénitentiaire; 2006. P. 215.
- [2] Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M. Rapport de Recherche sur les Agresseurs Sexuels. Paris: Direction Générale de la Santé; 1996.
- [3] Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale: images et réalités. *L'information psychiatrique* 2005;81:295-304.
- [4] Bénézech M. Introduction à l'étude de la dangerosité, in de Beaurepaire C, Bénézech M, Kottler C (Eds.), *Les dangerosités*. Paris: John Libbey Eurotext; 2004. P. 7-23.
- [5] Bouchet-Kervella D. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes? in: *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. Paris: John Libbey Eurotext; 2001. P. 101-12.
- [6] Bourgeois ML, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2001;159:475-86.
- [7] Darves-Bornoz JM. Caractéristiques cliniques et psychopathologiques des agresseurs adultes, in: *Psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agression sexuelle*. Paris: John Libbey Eurotext; 2001. P. 91-100.
- [8] Dunsieath NW Jr., Nelson EB, Brusman-Lovins LA, Holcomb JL, Beckman D, Welge JA, et al. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 2004;65:293-300.
- [9] Falissard B. Épidémiologie de la psychopathie, in: *Prise en charge de la psychopathie*. Paris: Haute Autorité de Santé (HAS); 2005. P. 35-6.
- [10] Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, Rouillon F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33.
- [11] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359:545-50.
- [12] Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Jacoby R. Psychiatric, demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychol Med* 2002;32:219-26.

- [13] Harsch S, Bergk JE, Steinert T, Keller F, Jockusch U. Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *Int J Law Psychiatry* 2006;29:443-9.
- [14] Hoyer J, Kunst H, Schmidt A. Social phobia as a comorbid condition in sex offenders with paraphilia or impulse control disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:463-70.
- [15] Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse* 2002;14:349-66.
- [16] Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
- [17] Lebrech S, Boë E, Lemaître L. Caractéristiques individuelles (psychopathologie et comorbidités) et familiales, in: F.F.d. Psychiatrie (Ed.), *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. Paris: John Libbey Eurotext; 2001. P. 427-59.
- [18] Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. French version 5.0.0. Hôpital de la Pitié Salpêtrière, INSERM, Paris, France, 1998.
- [19] Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population française. *Encéphale* 2005;31:182-94.
- [20] Leue A, Borchard B, Hoyer J. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *Eur Psychiatry* 2004;19:123-30.
- [21] Martorell A. Existe-t-il une psychopathologie des auteurs d'agressions sexuelles à type de viol sur adultes ? In: *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. Vol. 1. Paris: John Libbey Eurotext; 2001. P. 113-23.
- [22] McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P, Jr., Nelson EB, Beckman DA, Brusman LA, et al. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 1999;60:414-20 ; quiz 421-412.
- [23] Prieto N, Faure P. Santé mentale des prisonniers entrants ou suivis dans les prisons françaises par les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). *Encéphale* 2004;30:525-31.
- [24] Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999;156:786-8.
- [25] Sankoh AJ, Huque MF, Dubey SD. Some comments on frequently used multiple endpoint adjustment methods in clinical trials. *Stat Med* 1997;16:2529-42.

[26] Senon JL. Quelles sont les théories actuelles concernant les causes impliquées dans les agressions sexuelles? in: Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Paris: John Libbey Eurotext; 2001. P. 185-203.

[27] Van Wijk AP, Blokland AA, Duits N, Vermeiren R, Harkink J. Relating psychiatric disorders, offender and offence characteristics in a sample of adolescent sex offenders and non-sex offenders. *Crim Behav Ment Health* 2007;17:15-30.

Accepted Manuscript



**Tableau I : incrimination des 72 détenus enquêtés selon leur profil criminel**

	Agresseurs de femmes adultes		Agresseurs incestueux de mineurs		Agresseurs non incestueux de mineurs		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Viol	24	(82,8)	22	(84,6)	4	(23,5)	50	(69,4)
Agression sexuelle	2	(6,9)	4	(15,4)	7	(41,2)	13	(18,1)
Exhibition	3	(10,3)	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(4,2)
Pornographie pédophile	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(17,6)	3	(4,2)
Tentative de corruption	0	(0,0)	0	(0,0)	2	(11,8)	2	(2,8)
Atteinte sexuelle	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(5,9)	1	(1,3)
Total	29	(100,0)	26	(100,0)	17	(100,0)	72	(100,0)

Tableau II: répartition des troubles identifiés chez les agresseurs sexuels selon leur profil criminel

	Agresseurs de femmes adultes N = 29		Agresseurs incestueux de mineurs N = 26		Agresseurs non incestueux de mineurs N = 17		p	Total N = 72	
	n	n/N %	n	n/N %	n	n/N %		n	n/N %
Diagnostics									
EDM actuel (2 ds)	2	6,7	9	34,6	5	29,4	ns	16	22,2
EDM ve	12	41,4	17	65,4	11	64,7	ns	40	55,6
Dysthymie (2 da)	1	3,4	2	7,7	2	11,8	ns	5	6,9
(hypo) manie ve	6	20,7	2	7,7	6	35,3	ns	14	19,4
							(0,08)		
(dont) hypomanie	4	13,8	2	7,7	3	17,6	ns	(9)	64,3
(dont) manie	2	6,7	0	0,0	3	17,6	ns	(5)	35,7
							(0,08)		
Risque suicidaire actuel	11	38,0	15	57,7	12	70,6	ns	38	52,8
							(0,08)		
(dont) risque léger	5		6		8			(19)	
(dont) risque moyen	2		7		1			(10)	
(dont) risque élevé	4		2		3			(9)	
TA (au moins un ve)	10	34,5	14	53,8	10	58,8	ns	34	47,2
Phobie sociale	5	17,2	6	23,1	3	17,6	ns	14	19,4
ESPT	4	13,8	6	23,1	2	11,8	ns	12	16,7
Anxiété généralisée	3	10,3	4	15,4	5	29,4	ns	12	16,7
Agoraphobie	3	10,3	1	3,8	2	11,8	ns	6	8,3
Trouble panique	1	3,4	1	3,8	4	23,5	0,03	6	8,3
TOC	3	10,3	0	0,0	0	0,0	ns	3	4,2
Add (au moins 1 ve)	1	2,4	2	6,2	1	1,2	ns (0,06)	4	5,6
Add OH et SI	0	4,5	0	0,0	1	1,8	0,002	12	6,7
Addiction OH	0	9,0	2	6,1	1	5,3	ns (0,06)	38	2,8
(dont) dép OH								(11)	
(dont) abus OH								(27)	
	3								
Add à au moins 1 SI	1	8,0	0	0,0	1	7,6	0,002	14	9,4
(dont) dép SI								(5)	
(dont) abus SI								(9)	
E psychotique	0		0		0		ns	6	

ve		3,8		,0		1,8		,3
TP Antisocial							0,003	16
	2	1,4		,8		7,6		2,2
TCA							ns	0
		,0		,0		,0		,0
Nombre							ns	
moyen de diagnostics	,6		,0		,8			

EDM : épisode dépressif majeur ; ds : dernières semaines ; da : dernières années ; ve : vie entière ; TA : trouble anxieux ; ESPT : état de stress post-traumatique ; TOC : trouble obsessionnel compulsif ; add : addiction ; SI : Substance Illicite ; OH : alcool ; dép : dépendance ; E : épisode ; TP : Trouble Personnalité ; TCA : Trouble des Conduites Alimentaires.

Figure: sélection des répondeurs au questionnaire M.I.N.I

