

Soutien social et violence des personnes souffrant de troubles mentaux graves

Elena POPIEA HUNT*

*Professeur, Université Laurentienne, École des sciences infirmières, Ramsey Lake Road, Sudbury, Ontario, P3E 2C6, Canada.
epopiea@laurentian.ca

Résumé

Les personnes souffrant de maladie mentale grave sont plus violentes que la population générale et le lien entre la maladie mentale et le comportement violent est établi par quatre types d'études. La désinstitutionnalisation psychiatrique augmente le risque de non observance du traitement, de rechute et, conséquemment, de comportements violents de personnes vivant en communauté. Alors les personnes ayant commis des délits violents sont prises en charge plutôt par le système judiciaire que par le système de santé. Si le soutien social ressort comme facteur de la gestion du risque de comportements violents (HCR-20), la définition du soutien social ne reçoit pas l'unanimité. Une revue des approches de l'évaluation du risque et des pistes de recherche sont présentées.

Mots clés : soutien social, trouble mental, comportement violent, délinquance, évaluation.

Abstract

Social support and violence in severely mentally ill

People suffering from severe mental disorders are more violent than the general population and the link between mental illness and violent behavior is established through four types of studies. The psychiatric deinstitutionalization increases the risk of non compliance with the therapeutic regimen, relapse, and, ultimately, violent behavior in persons living in the community. Further, persons having committed violent offences are rather taken care of by the judicial system than by the health system. Evaluative strategies of the risk of violent behavior are presented. Social support stands as a factor of risk management for violent behavior (HCR-20). Various definitions of social support, as well as research suggestions are offered.

Key words: social support, mental disorder, violent behavior, delinquency, assessment.

Les difficultés à réinsérer dans la communauté les personnes atteintes de trouble mental sévère et persistant, autrefois internées, seraient en partie responsable d'un grand nombre de sans abri. Commencée il y a plus de trente ans, la désinstitutionnalisation devait s'accompagner de suivi thérapeutique et de stratégies de réinsertion sociale dans un milieu naturel

moins restrictif, tout en respectant les droits de la personne, notamment de ne pas recourir à l'hospitalisation contre sa volonté. Noble était la cause ! Cependant, la libération d'individus auparavant bien encadrés n'a pas engendré tous les effets positifs escomptés et n'a pas davantage su prévoir certains effets indésirables. Dès 1978, Bassuk et Gerson [1] ont signalé plusieurs résultantes de la désinstitutionnalisation, dont la réhospitalisation fré-

quente, les fonds insuffisants alloués à la santé mentale communautaire et les mauvaises conditions de logement et de vie des ex-patients laissés à eux-mêmes. Cet article vise à explorer la problématique des personnes atteintes de troubles mentaux graves, voire le risque de comportements violents et ses déterminants, dont, plus particulièrement, le soutien social.

De l'ensemble des personnes désinstitutionnalisées, deux catégories se distinguent. Une première catégorie, constituée des anciens patients dont le tableau clinique n'inclut pas de symptômes de violence, peut bénéficier d'un réseau social et familial aidant. Ils peuvent aussi être soutenus dans l'observance de leur régime thérapeutique et être pris en charge plus rapidement lors de rechutes ou épisodes de désorganisation. Les anciens patients de la deuxième catégorie regroupent les personnes non coopérantes et agressives, à risque de recevoir moins de services que ceux de la première catégorie, plus calmes, coopérants et plus faciles à encadrer. Les personnes violentes courent aussi le danger d'épuiser leur réseau de soutien et de se retrouver dans la rue. En 1995, Haywood et ses collègues estimaient que 40-43 % des personnes sans domicile fixe souffraient de maladie mentale sévère et persistante [7]. Dans la rue, le manque d'encadrement conduit à une non observance thérapeutique, au risque accru de rechutes et à une plus grande facilité de se procurer de l'alcool et des drogues. Or, la double problématique de présence de maladie mentale et de toxicomanie peut augmenter encore plus le risque de comportements perturbateurs, voire agressifs [19, 23].

Ayant commis un acte violent, l'individu atteint de maladie mentale sévère et persistante est actuellement pris en charge par le système judiciaire plutôt que par le système de santé. Cette situation n'est pas totalement une surprise. Déjà en 1968, Rock [21] signalait que, sans les services de santé mentale, la pression communautaire allait forcer le système pénal à intervenir en guise de contrôle social auprès des personnes atteintes de maladie mentale avec un comportement perturbateur. Ainsi, la prévalence des troubles mentaux graves devient plus élevée parmi la population incarcérée que dans la population générale [8]. La maladie mentale grave réfère à la schizophrénie de tous les types: aux troubles schizo-affectif, ou délirant, ou psychotique non spécifié; au trouble bipolaire et à la dépression majeure. Les différences pourraient s'expliquer par le changement d'enver-

gure en raison de la désinstitutionnalisation, offrant aux malades mentaux une vie en communauté, souvent sans recours aux soins communautaires nécessaires. Faute d'une structure assurée auparavant par les établissements psychiatriques, des personnes délaissées atteintes de maladie mentale sévère et persistante risquent de décompenser, de perdre le contrôle et de manifester un comportement violent envers eux-mêmes ou les autres, pour se retrouver ensuite en établissement psychiatrique ou encore, en prison. Professionnels et cliniciens notent depuis de nombreuses années le phénomène de la porte tournante créée par l'enchaînement de désinstitutionnalisation-traitement inadéquat-comportement violent-incarcération.

Lien entre troubles mentaux et comportement violent

La reconnaissance des liens entre les troubles mentaux graves et le comportement violent est maintenant bien établie dans la littérature publiée depuis les vingt dernières années. Quatre types d'études démontrent ce lien. Un premier type d'études portent sur la criminalité des ex-patients vivant dans la communauté. Ces études, qui comparent le comportement violent des personnes vivant en communauté au comportement des personnes ne souffrant pas de troubles mentaux démontrent un risque plus élevé de comportements violents chez ceux atteints d'un trouble mental [15, 18]. Un deuxième type d'étude couvre les troubles mentaux parmi les délinquants incarcérés. Ces études rapportent une prévalence de troubles mentaux parmi les délinquants incarcérés supérieure à celle dans la population générale [10, 25]. Le troisième type d'études se penche sur les troubles mentaux parmi des échantillons de délinquants homicides. Côté et Hodgins [4] ont démontré une prévalence plus élevée de troubles mentaux graves parmi les détenus homicides que parmi les autres détenus. Enfin, le quatrième type, les études de cohortes de naissances et de cohortes de la population générale, comparent la criminalité des personnes avec et sans troubles mentaux graves. Ces études démontrent un pourcentage plus élevé de comportements violents parmi les personnes atteintes de troubles mentaux [9, 11].

Les quatre types d'études mentionnées vont dans le sens d'une confirmation que les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont plus à risque de comportements violents que celles qui ne sont pas touchées par la maladie mentale. Et si les personnes manquent

d'encadrement et démontrent un comportement violent, le système judiciaire s'en charge, sans pour autant leur offrir les soins nécessaires. Jacoby et Kozié-Peak [13] rapportaient que, en 1992, seulement 5,7 % des détenus avaient bénéficié de traitement en santé mentale au États-Unis, ce qui représente à peine 15 % des prisonniers souffrant de maladie mentale. Néanmoins, au moment de la libération, après avoir purgé leur peine et toujours sans avoir reçu un traitement adéquat durant le séjour en milieu carcéral, les délinquants courent un risque accru d'afficher un comportement violent dans leur milieu de vie. Ainsi, dans ce contexte, l'évaluation du risque de comportements violents voire de récidives prend toute son importance.

Évaluation du risque de comportement violent

Depuis plusieurs décennies, les cliniciens ont essayé d'évaluer le niveau de risque de comportements violents. Deux approches se sont développées, soit une approche actuarielle et une approche clinique. L'approche actuarielle, essentiellement statique, évalue le niveau de risque de comportements violents de l'individu, basé sur des données socio-démographiques ou historiques.

L'approche clinique, plus dynamique et personnalisée, estime le risque de comportements violents pour un individu donné, dans un contexte donné et selon un temps donné. Il n'est plus seulement question de l'évaluation du risque, mais également de la gestion du risque [5]. Des facteurs cliniques présents sont pris en considération ici (état clinique actuel ou observance thérapeutique) et mêmes des facteurs futurs de gestion du risque, faisant référence au contexte et à l'environnement de l'individu (stresseurs actuels ou manque de soutien social).

Un instrument conçu selon l'approche clinique est la HCR-20 [27] qui permet l'évaluation et la gestion du risque de violence auprès d'individus vivant en dehors d'un établissement hospitalier ou pénitencier. Dans cette perspective, la HCR-20 introduit l'idée de manque de soutien social comme facteur de la gestion du risque de comportement violent. Le soutien social peut avoir même une influence sur d'autres indicateurs de gestion de risque, notamment sur l'observance des mesures curatives, sur la prise en charge lors des rechutes ou sur la perception ou la réduction des stresseurs externes.

Vers une définition du soutien social

Des 12 déterminants de la santé tirés de la documentation scientifique, le soutien social revêt un caractère d'influence des plus importants sur l'état de santé [16]. Selon Pearson [20], des relations sociales qui soutiennent la personne et des réseaux sociaux efficaces offrent une valeur thérapeutique pour la santé physique et mentale, tout en facilitant l'adaptation. Plusieurs auteurs rapportent une relation positive entre le soutien social accordé aux personnes (délinquantes) atteintes de maladie mentale d'une part, et la satisfaction de vie, la qualité de vie ou l'état de santé d'autre part. Ten Have, Vollebergh, Bijl et Ormel [24] ont noté que les personnes touchées par un trouble mental utilisent les services médicaux trois fois plus que les personnes issues de la population générale. Plus encore, le taux de personnes qui consultent pour un problème de santé mentale augmente de 30 % si la personne vit seule et de 80 % si la personne perçoit un soutien social faible.

Une multitude de définitions du soutien social existent dans la littérature scientifique faisant référence au soutien familial, professionnel ou à un réseau de soutien. Cependant, il n'y a pas de définition claire de ce qui est désigné par « soutien social » et la plupart des recherches décrivent des instruments utilisés et définissent ainsi le soutien social de manière opérationnelle. Comme le soutien social relève de plusieurs instances responsables, le manque de consensus quant à sa définition peut être imputé à la complexité du phénomène. Afin de regrouper les tentatives de conceptualiser et opérationnaliser le soutien social, deux approches sont considérées.

Une première approche objective du soutien social le caractérise selon les dimensions du réseau social, identifiant soit le nombre de personnes faisant partie du réseau, soit la densité du réseau, ce qui réfère ici au nombre de dyades existantes [17]. La définition du soutien social de Lin, Dean et Ensel [14] réfère aux moyens expressifs ou instrumentaux mis à la disposition de la personne par la communauté, le réseau social et les partenaires de confiance (traduction libre). Dans une étude prospective, Becker *et al.* [2] ont calculé un nombre décroissant d'hospitalisations psychiatriques à mesure que les dimensions du réseau social augmentent. Les dimensions signifient, dans leur étude, le nombre de contacts sociaux, d'amis, de membres de la parenté et de confidents. Cette approche

objective du soutien social ne tient pas compte de la perception du bénéficiaire du soutien social, ni de la qualité des relations à l'intérieur du réseau.

Une autre approche, plus subjective, tient compte de l'interprétation du sujet, soit de sa perception de la qualité des relations interpersonnelles significatives et du soutien social reçu, toujours mesuré de façon structurée. En 1981, House [12] définit le soutien social comme *Perceived availability or enactment of emotional, appraisal, informational, and instrumental supplies*. Cette perspective relie le soutien social au concept de bien-être véhiculé dans le domaine de la santé.

Un réseau social étendu et présent est associé au bien-être et à la diminution de la violence. Mais ce n'est pas toujours le cas, puisque les relations interpersonnelles à l'intérieur du réseau peuvent être aidantes ou bien tendues et source de tension. En ce dernier cas et en guise d'exemple, l'étude de Calsyn et Morse [3] auprès d'un échantillon de personnes sans domicile fixe, rapporte que le soutien social n'avait pas d'impact sur la consommation excessive d'alcool. Ce résultat montre que la présence de soutien social n'est pas toujours bénéfique et envoie à l'exploration de sa structure et de sa qualité. Bien que la famille soit généralement considérée comme une composante importante du réseau social, les personnes souffrant de maladie mentale grave démontrent un comportement violent le plus souvent contre des membres de leur famille. Cette constatation suggère que les réseaux sociaux peuvent agir soit comme pourvoyeurs potentiels de protection et soutien ou bien comme source de stress [26].

Si la conceptualisation du soutien social est complexe, sa mesure devient encore plus débattue et incohérente. Dans le passé, le soutien social était une mesure objective de la présence de soutien évalué par les chercheurs, incluant les aspects structuraux du réseau social (nature, grandeur, fréquences de contact, etc.) et les aspects fonctionnels du réseau (affection, aide financière ou matérielle). Dans les années 1980, une nouvelle mesure de la quantité et de la qualité du soutien social, rapportée par le sujet, a été introduite. Devenue la troisième composante du soutien social, cette mesure de la perception de l'individu quant au soutien social reçu est associée le plus souvent à la santé et au bien-être [22]. Ainsi, Frohlich et Fournier [6] suggèrent une mesure complexe tenant compte des 3 composantes du soutien social, regroupées en deux sous-échelles nommées Soutien et Conflit. Les conflits

interpersonnels seraient associés à un risque accru de comportements violents, tandis que la présence de soutien social et l'acceptation de l'aide par l'individu peuvent devenir des facteurs de protection associés à une diminution du risque de comportements violents.

Discussion et conclusion

Le soutien social est un facteur important dans l'évaluation du risque de comportements violents et un des facteurs susceptibles d'être manipulé au présent, par rapport à d'autres facteurs immuables tels l'histoire de la maladie ou les données socio-démographiques. Puisque la structure et la qualité du soutien social peuvent être amendées en vue de fournir l'appui nécessaire aux personnes souffrant de maladie mentale et ainsi prévenir ou décourager le comportement violent, il importe de préciser le concept de soutien social et d'établir sa mesure et ses caractéristiques.

En premier abord, il faudrait distinguer entre soutien social et réseau social. À lui-même, le réseau social compte deux facettes : le réseau social disponible et le réseau social utilisé. D'une part, le réseau social disponible porte sur les sources de soutien social à la disposition du sujet; d'autre part, le réseau social utilisé réfère aux sources exploitées ou acceptées. Il incombe aux systèmes juridique et de santé d'offrir et d'informer le malade à propos du réseau social existant et de la marche à suivre pour l'obtenir. Pour ce qui est de la composante personnelle du soutien social se référant à la famille et aux amis, le réseau utilisé dépend des caractéristiques personnelles et de l'habileté à demander et d'accepter de l'aide. Il est important de remarquer que les personnes souffrant de maladie mentale grave accompagnée d'un comportement violent sont souvent abandonnées et leur réseau social compte un nombre limité de personnes ou même du soutien professionnel exclusivement. Si un seul membre de famille ou un ami fait partie du soutien intime, cette relation prend toute la valeur du soutien et sa qualité peut influencer de façon encore plus importante le comportement violent.

Deuxièmement, le soutien social doit être regardé sous l'angle de deux perspectives: la perspective du chercheur et la perspective du malade. Le chercheur évalue le soutien social par sa structure, sa fonction et sa qualité, voire le nombre de dyade et de rencontres avec les pourvoyeurs de soutien, la raison des rencontres et le besoin comblé, et la perception du chercheur de la qualité du contact et du soutien accordé. Des instruments structurés, bien

que divers mais caractérisés de propriétés métrologiques assurées, existent déjà et peuvent être utilisés pour évaluer le soutien social de cette perspective.

La perspective du malade examinerait le soutien social auto-rapporté, voire perçue par le malade. Il est le seul à pouvoir estimer véritablement la qualité du soutien social, de ses relations avec le réseau utilisé. Ici les instruments ne pourraient plus aider la cause, puisque chaque personne possède un bagage unique d'expériences et entre dans une relation avec le réseau à sa façon. Par conséquent, la perspective du malade doit faire l'objet d'une investigation phénoménologique en vue de mieux comprendre comment le malade perçoit les relations avec le réseau utilisé, la congruence de la qualité et fonctionnalité du soutien social avec les besoins du malade et

déceler les éventuelles sources de tension pouvant entraîner ou précipiter des comportements violents.

Les relations sociale et intimes sont complexes, multi-factorielles et uniques; elles le sont d'autant plus si un des participants souffre de maladie mentale et démontre de l'agressivité. L'analyse du vécu du malade par rapport à ses relations avec le réseau utilisé informe sur la satisfactions des besoins du malade, évalue individuellement les sources de tension dans les relations et estime l'adéquation du soutien social. Plus encore, cette analyse aide à estimer et à gérer le risque de comportement violent. ■

Remerciements

À mon mentor, le Docteur Ginette Coutu-Wakulczyk pour ses conseils précieux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bassuk, EL, Gerson S. Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific Am* 1978 ; 238 (2) : 46-53.
2. Becker T, Thornicroft G, Leese M, McCrone P, Johnson S, Albert M, Turner D. Social networks and service use among representative cases of psychosis in south London. *Br J Psychiatry* 1997 ; 171 : 15-19.
3. Calsyn RJ, Morse GA. Correlates of problem drinking among homeless men. *Hosp Community Psychiatry* 1991 ; 42 (7) : 721-725.
4. Côté G, Hodgins S. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992 ; 15 : 89-99.
5. Côté G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents. *Criminologie* 2001 ; 34 (1) : 31-45.
6. Frohlich KL, Fournier L. Psychometric properties of the interpersonal relationship inventory with a homeless sample. *Psychol Reports* 1997 ; 80 : 883-898.
7. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, schizo-affective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995 ; 152 : 856-861.
8. Hodgins S, Côté G. The mental health of penitentiary inmates in isolation. *Canad J Criminology* 1991 ; avril : 175-182.
9. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 : 476-483.
10. Hodgins S, Côté G. Major mental disorders among canadian penitentiary inmates. In : Stewart L, Serman L, Webster C, eds. *Proceedings of the second conference on trial criminology*, 1995.
11. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 489-496.
12. House JS. *Work stress and social support*. Reading, MA : Addison Wesley, 1981.
13. Jacoby JE, Kosie-Peak B. The benefits of social support for mentally ill offenders: prison to community transitions. *Behav Sci Law* 1997 ; 15 : 483-501.
14. Lin N, Dean A, Ensel WA. *Social support, life events and depression*. Orlando, Florida : Academic Press, 1986.
15. Link BG, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *Am Sociological Rev* 1992 ; 57 : 275-292.
16. Marmot M, Wilkinson C. *Social determinants of health*. New York : Oxford University Press, 1999.
17. McNally ST, Newman S. Objective and subjective conceptualizations of social support. *J Psychosom Res* 1999 ; 46 (4) : 309-314.
18. Modestin J, Hug A, Ammann R. Research report: criminal behavior in males with affective disorders. *J Affective Disorders* 1997 ; 42 : 29-38.
19. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Clark Robbins P, Mulvey EP, Roth LH, Grisso T, Banks S. *Rethinking risk assessment: The McArthur study of mental disorders and violence*. New York : Oxford University Press, 2001.
20. Pearson JE. The definitions and measurement of social support. *J Counseling Development* 1986 ; 64 (6) : 390-395.
21. Rock RS. *Hospitalization and discharge of the mentally ill*. Chicago : University of Chicago Press, 1968.
22. Sandler IN, Barrera M. Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. *Am J Community Psychology* 1984 ; 12 : 37-52.
23. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. In : Monahan J, Steadman HJ, eds. *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago : University of Chicago Press, 1994 : 101-136.
24. Ten Have M, Vollebergh W, Bijl R, Ormel J. Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychol Med* 2002 ; 32 : 311-323.
25. Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 (6) : 505-512.
26. Wasylenki D, James S, Clark C, Lewis J, Gillies L. Clinical issues in social network therapy for clients with schizophrenia. *Community Mental Health J* 1992 ; 28 : 427-440.
27. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR-20: Assessing Risk for Violence*. Mental Health, Law and Policy Institute. Burnaby, BC : Simon Fraser University, 1997.