

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
JULIE EMOND

SYMPTOMATOLOGIE ET COMPOSANTES CONTEXTUELLES LIÉES AUX
COMPORTEMENTS VIOLENTS MANIFESTÉS PAR DES PERSONNES
PRÉSENTANT UNE PSYCHOSE

OCTOBRE 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (Ph.D.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**SYMPTOMATOLOGIE ET COMPOSANTES CONTEXTUELLES LIÉES AUX
COMPORTEMENTS VIOLENTS MANIFESTÉS PAR DES PERSONNES
PRÉSENTANT UNE PSYCHOSE**

PAR

JULIE EMOND

Gilles Côté, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Christian Joyal, président du jury

Université du Québec à Trois-Rivières

Emmanuel Habimana, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Denis Lafortune, évaluateur externe

Université de Montréal

Thèse soutenue le 1^{er} octobre 2010

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur des articles soumis pour publication.

Sommaire

Le lien entre la violence et les troubles mentaux graves est aujourd’hui généralement reconnu. Par contre, un débat persiste en ce qui concerne les diagnostics et autres variables associés à cette violence. Dans un premier temps, une revue de différentes études portant sur la violence chez les individus souffrant de troubles psychotiques est présentée. Cette revue permet de mettre en lumière une certaine instabilité des résultats, voire même des contradictions, ce qui pourrait être attribuable, entre autres choses, au type d’analyses statistiques qui a été privilégié jusqu’à maintenant. La recension des écrits permet de poser un regard différent sur la façon d’aborder la problématique et d’envisager une nouvelle stratégie d’analyse susceptible d’amener une meilleure compréhension du phénomène de la violence chez les individus psychotiques. Ainsi, plutôt que d’opter pour des analyses linéaires (comparaisons et tendances de groupe), des analyses non-linéaires, qui s’attardent sur les caractéristiques individuelles et la façon dont celles-ci s’agencent, sont privilégiées. Dans le chapitre 1, cette stratégie est appliquée. L’objectif est de dégager des profils cliniques parmi les individus souffrant d’un trouble psychotique ayant posé des gestes de violence, tenant compte d’un ensemble de variables reliées à la violence dans la littérature scientifique, mais aussi du contexte d’apparition des comportements violents. Un échantillon composé de 92 hommes souffrant d’un trouble psychotique a été retenu. Les variables retenues ont été soumises à une analyse des correspondances multiples, puis à une analyse hiérarchique selon la méthode de Ward, afin de déterminer le nombre de profils

à retenir, de même que leurs caractéristiques propres. Les analyses ont permis de dégager trois profils différents parmi les individus souffrant d'un trouble psychotique qui ont commis des gestes de violence : un sous-groupe d'individus présentant des problématiques psychiatriques multiples et chez qui les aspects liés à l'impulsivité et à la faible maîtrise de soi sont importants, un sous-groupe formé d'individus qui ne présentent que peu de caractéristiques particulières, chez qui la maladie a vraisemblablement été stabilisée et un autre sous-groupe d'individus chez qui les symptômes psychotiques sont prédominants. L'examen subséquent des types de comportements violents posés par les individus des différents profils révèle qu'ils se distinguent aussi sur cet aspect. Ainsi, les différentes variables reconnues comme étant associées au risque de violence s'agencent d'une façon particulière, tenant compte des caractéristiques propres des individus, mais également du milieu où ils se trouvent. Ces observations soutiennent donc la pertinence de privilégier des analyses non-linéaires dans l'étude du phénomène de la violence chez les individus souffrant d'un trouble psychotique, puisqu'elles permettent de prendre en compte, simultanément, un ensemble de variables, mais aussi les interactions entre celles-ci. Ceci permet, d'une part, de contourner les difficultés associées à l'hétérogénéité des groupes et, d'autre part, de cerner plus précisément les facteurs de risque, de même que les éléments de gestion du risque.

Table des matières

Sommaire.....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	7
Chapitre I.....	30
Symptomatologie et composantes contextuelles liées aux comportements violents manifestés par des personnes présentant une psychose : Analyse taxinomique	
Discussion générale.....	72
Conclusion.....	89
Références.....	93

Liste des tableaux

Tableau 1

Contributions et positions des profils-variables sur les différentes dimensions.....	60
--	----

Liste des figures

Figure 1

Graphique du coude.....62

Figure 2

Répartition des trois classes sur les trois dimensions..... 63

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, M. Gilles Côté, pour son soutien et ses précieux conseils. Je lui exprime toute ma gratitude pour sa disponibilité et, surtout, pour sa patience qui m'auront permis de mener à bien ce projet. Merci aussi à Nancy Leblanc et Julie Meloche, statisticiennes au Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, pour le temps accordé et les explications en ce qui concerne les analyses statistiques. Enfin, merci à tous mes proches et amis, qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de mon cheminement et qui m'auront aidée à atteindre, enfin, ce sentiment d'accomplissement qui m'habite aujourd'hui.

Introduction

La désinstitutionnalisation. Un mot qui, encore aujourd’hui, suscite des réflexions et des discussions. Mise en place au début des années 60, cette politique visait principalement à réduire le nombre de patients dans les institutions psychiatriques pour des raisons humanitaires et économiques, mais aussi à favoriser la prise en charge thérapeutique dans la communauté (Dorvil, Gutteman, Ricard, & Villeneuve, 1997). Dans une vision à court terme, ces objectifs semblent louables, peut-être même souhaitables.

Toutefois, à long terme, ce retour massif, dans la communauté, des individus aux prises avec une problématique de santé mentale n’a pas été sans conséquence. La principale apparaît liée au fait que plusieurs de ces individus nécessitaient des soins à long terme compte tenu de la chronicité de la maladie, mais aussi d’un encadrement soutenu, en raison de leurs limites fonctionnelles. Or, un des objectifs étant la réduction des coûts, l’argent économisé n’a pas été réinvesti dans des ressources communautaires ou des programmes spécialisés (Bassuk, & Gerson, 1978). Plusieurs patients se sont donc retrouvés livrés à eux-mêmes, ce qui a vraisemblablement contribué, entre autres choses, à la recrudescence du nombre de cas d’itinérance et de judiciarisation parmi ceux-ci (Dorvil, & al., 1997).

Cette augmentation du nombre d’individus souffrant de troubles mentaux connaissant des problèmes avec la justice, combinée à la croyance populaire voulant que ces individus sont plus dangereux ou, du moins, plus à risque de présenter des

comportements violents (Angermeyer, & Schulze, 2001; Phelan, & Link, 1998), n'est sûrement pas étrangère à l'émergence de nombreuses études réalisées à ce sujet. Jusqu'au début des années 80, ce lien supposé a souvent été questionné, principalement en raison de l'absence d'évidence empirique supportant cette association (Douglas, Guy, & Hart, 2009). Depuis, les chercheurs ont tenté de remédier à cette lacune, selon différents modèles expérimentaux.

À cet effet, la revue des écrits scientifiques fait ressortir cinq grandes approches qui permettent d'aborder le phénomène de la violence chez les individus souffrant de troubles mentaux : les études de cohortes de naissance et celles de cohortes de la population générale, lesquelles examinent la criminalité des individus qui développent des troubles mentaux et la compare à celle des gens qui ne développent pas de tels troubles, les études de prévalence des troubles mentaux parmi les délinquants incarcérés, l'étude des délinquants homicides et, finalement, les travaux portant sur la criminalité des patients psychiatriques (Hodgins, 2001). Quelle que soit l'approche utilisée, la plupart des études permettent d'établir un lien entre les deux problématiques, lien qui est aujourd'hui généralement reconnu. Par ailleurs, elles révèlent que, parmi les individus souffrant de troubles mentaux, ce sont ceux répondant aux critères diagnostiques de la schizophrénie qui présentent un risque accru de commettre des délits, qu'ils soient de nature violente ou non, plus particulièrement s'ils présentent un trouble concomitant d'abus de substances psychoactives (alcool ou drogues) ou un trouble de la personnalité (Arseneault, Moffit, Caspi, Taylor, & Sylva, 2000; Douglas, & al., 2009; Moran, & al.,

2003; Putkonen, Koutilainen, Joyal, & Tiihonen, 2004). Il importe cependant de souligner que ce n'est qu'une minorité d'individus souffrant d'un trouble mental grave qui sont violents (Joyal, 2005). De plus, selon certains, c'est surtout la présence d'une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives qui augmente le risque de comportements violents chez les individus souffrant d'un trouble mental grave (Fazel, Långström, Hjern, Grann, & Lichtenstein, 2009; Monahan, & al., 2001). D'autres démontrent plutôt que, lorsque d'autres variables associées à la violence sont contrôlées (antécédents criminels, facteurs cliniques et situationnels, entre autres), la présence seule d'un trouble mental grave n'augmente pas le risque de comportements violents (Elbogen, & Johnson, 2009; Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, & Grann; 2009). Ainsi, un débat persiste quant aux diagnostics associés à la violence.

Par ailleurs, les écrits scientifiques révèlent qu'au-delà du diagnostic, différentes autres variables sont liées au risque de violence chez ces individus. En effet, la présence de symptômes actifs, l'évolution de la maladie et du comportement criminel, les aspects contextuels, la capacité d'auto-contrôle, le niveau de fonctionnement social, ainsi que le potentiel relationnel sont aussi des éléments à prendre en considération dans l'étude des comportements violents des individus souffrant de troubles mentaux graves (Estroff, & Zimmer, 1994; Hodgins, 2008; Joyal, 2005; Kaliski, & Zabor, 1995; Laroche, Hodgins, & Toupin, 1995; Nolan, & al., 2003, Shah, & al., 1991; Swanson, & al., 2006; Volavka, & Citrome, 2008; Walsh, & al., 2001); cela suggère une hétérogénéité parmi ces individus. D'ailleurs, certains auteurs ont pu dégager des spécificités cliniques ou des

hypothèses typologiques, tenant compte de ces différentes variables (Côté, Lesage, Chawky, & Loyer, 1997; Dubreucq, Joyal, & Millaud, 2005; Dumais, Côté, & Lesage, 2010; Tengström, Hodgins, & Kullgren, 2001).

Compte tenu de la diversité des approches et des variables qui ont été privilégiées à ce jour, il y a lieu de rapporter les résultats de différentes études en lien avec le sujet d'intérêt de la présente recherche, résultats qui sont présentés dans la section « Contexte théorique ». La revue de la littérature scientifique permet de mettre en lumière une certaine instabilité au niveau des résultats, voire même des contradictions, ce qui pourrait être attribuable au type d'analyses qui a été privilégié jusqu'à maintenant. La recension des écrits permet d'ailleurs de poser un regard différent sur la façon d'aborder la problématique; elle permet également d'envisager une nouvelle stratégie d'analyse susceptible d'amener une meilleure compréhension du phénomène de la violence chez les individus psychotiques et, partant de là, une meilleure gestion du risque.

Dans le chapitre 1, cette nouvelle stratégie est appliquée. Ainsi, plutôt que d'opter pour des analyses linéaires (comparaisons et tendances de groupe) et d'associer les différentes variables reconnues dans la littérature scientifique comme étant liées à la violence, des analyses non-linéaires, qui s'attardent sur les caractéristiques individuelles et la façon dont celles-ci s'agencent, ont été privilégiées. L'objectif est de dégager des profils cliniques parmi les individus souffrant d'un trouble psychotique ayant posé des gestes de violence, tenant compte d'un ensemble de variables identifiées comme étant

liées à la violence, mais aussi du contexte d'apparition des comportements violents, afin de parvenir, éventuellement, à mieux identifier les facteurs de risque, mais aussi les éléments de gestion de ce risque, de cette population particulière.

Contexte théorique

Symptomatologie

Plusieurs études démontrent qu'au-delà du diagnostic de schizophrénie ou d'un autre trouble du registre de la psychose, c'est davantage la présence de symptômes actifs qui permet de distinguer les individus à risque de commettre des passages à l'acte violents (Angermeyer, 2000; Davis, 1991; Modestin, & Ammann, 1995; Taylor, & al., 1998; Walsh, Buchanan, & Fahy, 2001). Certains soutiennent que ce sont plus particulièrement les symptômes positifs (délires, notamment lié au fait d'être menacé ou contrôlé, hallucinations), sans discrimination entre ceux-ci, qui sont reliés à la violence (Estroff, & Zimmer, 1994; Steinert, 2002; Steinert, Wölfle, & Gebhardt, 2000). Hodgins, Hiscock et Freese (2003) observent d'ailleurs que seuls les symptômes positifs sévères (score de 5 ou plus à des items de l'échelle des symptômes positifs du Positive and Negative Syndrom Scale) augmentent le risque, chez les schizophrènes, de présenter des comportements agressifs. Il importe ici de souligner que les facteurs de risque déjà reconnus dans la littérature scientifique (diagnostic d'un trouble de la personnalité antisociale, score de 25 ou plus à la PCL-R et diagnostic à vie d'abus de substances psychoactives) ont été contrôlés lors des analyses statistiques.

Plus précisément, la recension des écrits révèle qu'un lien est fréquemment observé entre le délire et les comportements violents et que le délire de persécution est celui avec lequel l'association est la plus forte (Bjørkly, 2002a; Swanson, & al., 2006). D'ailleurs, certains auteurs dégagent une constellation spécifique de symptômes

délirants, connue sous le nom de « threat/control-override » (TCO), qui augmente le risque de poser des gestes violents. Ces symptômes, qui réfèrent à un sentiment de menace perçue et à une impression que son esprit ou ses pensées sont contrôlés par une force extérieure, sont associés au comportement violent chez les individus souffrant d'un trouble psychotique (Hodgins, & al., 2003; Link, & Stueve, 1994; Link, Stueve, & Phelan, 1998; Swanson, Borum, & Swartz, 1996).

D'autres auteurs se sont attardés spécifiquement aux symptômes paranoïdes. Ainsi, Grossman, Haywood, Cavanaugh, Davis et Lewis (1995) ont observé que les schizophrènes qui présentent de tels symptômes ont plus souvent des antécédents de comportements violents que ceux qui ne présentent pas lesdits symptômes. Nestor (2002) fait le même constat chez les individus qui souffrent d'un trouble psychotique autre que la schizophrénie. Il spécifie de plus que, pour la compréhension de la violence qui survient dans la communauté, les symptômes paranoïdes sont plus significatifs que les autres symptômes positifs chez ces mêmes individus; cependant, il suggère que les variables à considérer sont peut-être différentes chez les schizophrènes, qui sont plus désorganisés et qui ont un moins bon contrôle sur leur impulsivité. À cet effet, dans une étude portant sur la violence qui survient en institution, Nolan et ses collaborateurs (2003) observent que, même si les symptômes positifs entraînent des passages à l'acte violents chez certains individus, d'autres semblent plutôt liés à la confusion et à la désorganisation, conséquences de la maladie. Donc, déjà ici, l'idée d'une typologie

tenant compte du diagnostic, mais aussi des symptômes, des caractéristiques personnelles et des motivations du passage à l'acte, peut être soulevée.

En ce qui concerne les hallucinations, le lien avec le comportement violent demeure plutôt mitigé. Une recension des écrits de Bjørkly (2002b) révèle que ce sont les caractéristiques de l'hallucination qui apparaissent liées aux comportements violents, en ce sens que les études qui démontrent une relation significative entre les deux l'attribuent spécifiquement aux hallucinations mandatoires. Bien qu'il n'y aurait jamais eu d'évidence à l'effet que ce type d'hallucination est associé au comportement violent, Junginger (1995) spécifie que la dangerosité objective de l'hallucination mandatoire est fonction du milieu où elle est vécue; si elle survient en institution, milieu généralement plus structuré et plus restrictif, il y a moins de risque que l'individu la respecte que s'il se trouve dans la communauté. Les observations de Monahan et de ses collaborateurs (2001) vont dans le même sens, mais ils précisent que le risque est aussi lié au contenu de l'hallucination (celle qui commande spécifiquement le comportement violent) et à sa persistance dans le temps. D'autres auteurs soulignent quant à eux que c'est la présence combinée d'hallucinations auditives et d'un délire qui augmente le risque de poser des gestes violents, puisque considérées seules, les hallucinations ne sont que peu liées au risque (McNeil, Eisner, & Binder, 2000; Swanson, & al., 1996; Taylor, & al., 1998).

Toujours en lien avec les symptômes, certains auteurs ont examiné la relation entre les symptômes affectifs des troubles psychotiques, telles l'anxiété et la dépression,

et les comportements violents. Taylor et ses collaborateurs (1998) observent que les symptômes affectifs de la psychose sont souvent présents lors de la commission d'un délit. Les résultats de Hodgins et de ses collaborateurs (2003) vont dans le même sens; en effet, une estimation du « Hamilton Rating Scale for Depression » (HRSD), à différentes périodes de temps, démontre une hausse significative du score total à l'échelle chez les individus souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif, peu de temps avant qu'ils ne présentent un comportement agressif. Cependant, ces individus présentent aussi d'importants symptômes positifs au même moment. Selon les auteurs, ce pourrait donc être la combinaison des symptômes positifs et de la détresse ressentie par rapport à ceux-ci (anxiété et dépression) qui influence les scores au HRSD, associant dès lors ceux-ci aux comportements violents.

Quelques auteurs démontrent que le taux de comorbidité entre l'anxiété et les troubles psychotiques est généralement assez élevé. Selon Turnbull et Bebbington (2001), la relation entre ces deux composantes cliniques est cependant complexe; il est difficile de déterminer sa direction. En effet, leur recension des écrits révèle que plusieurs études identifient l'anxiété en tant que symptôme prodromique de la schizophrénie, alors que d'autres stipulent que les processus cognitifs des troubles anxieux peuvent, en quelque sorte, contribuer à maintenir les symptômes psychotiques. Par exemple, un individu aux prises avec des hallucinations pourrait voir son anxiété augmenter. Ce serait donc l'accroissement du niveau de détresse face aux symptômes psychotiques qui serait associé à l'augmentation de l'anxiété.

Toujours selon ces auteurs, il y a lieu de distinguer parmi les troubles psychotiques et parmi les troubles anxieux. En effet, ils observent une prévalence plus élevée de trouble panique et de phobie sociale chez les individus présentant un trouble psychotique. Le trouble panique apparaît souvent comme une problématique complémentaire à la schizophrénie paranoïde; cependant, il serait plus souvent présent chez les individus qui présentent un trouble délirant qu'une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif. Pour leur part, Sim et ses collaborateurs (2004) observent qu'une proportion élevée d'individus souffrant d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié présentent aussi une problématique complémentaire d'un trouble obsessif-compulsif, comparativement aux schizophrènes, qui présentent plus souvent une problématique complémentaire de phobie sociale.

Il est difficile de déterminer de quelle façon les symptômes anxieux et psychotiques interagissent, ou de quelle façon ils influencent le comportement, violent ou non. Des observations cliniques laissent cependant supposer que les manifestations anxieuses jouent bel et bien un rôle. Par exemple, chez les schizophrènes, les obsessions, et les compulsions associées, ont probablement pour but de garder une certaine emprise sur la réalité, un contrôle sur l'environnement, ce qui peut aussi éviter, ou du moins retarder, la désorganisation. Dans cette optique, ce pourrait être les émotions négatives (peur, anxiété, colère) découlant d'une impression de perte de contrôle qui motiverait le passage à l'acte violent (Bjørkly, & Havik, 2005). Donc, même s'il ne semble pas

exister de relation directe entre les troubles anxieux et la violence, celle-ci pourrait survenir dans la mesure où l'individu ne parvient pas à gérer la détresse associée aux symptômes vécus (Vandamme, 2009).

Spécificité clinique et typologies

Les différences observées aux plans diagnostique et symptomatologique laissent entrevoir un tableau clinique complexe; elles suggèrent que les individus souffrant d'un trouble psychotique qui posent des gestes violents ne forment pas un groupe homogène. D'une part, certains auteurs mettent en lumière une spécificité clinique chez les individus incarcérés souffrant de troubles mentaux, lesquels sont comparés à des patients du milieu hospitalier psychiatrique, hospitalisés sur une base volontaire ou non (Côté, & al., 1997; Dumais, & al., 2010). En effet, chez les individus souffrant de troubles psychotiques, ils remarquent que les détenus rencontrent plus souvent les critères diagnostiques du trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié, tandis que les patients du milieu hospitalier psychiatrique répondent davantage aux critères de la schizophrénie. De plus, Côté et ses collaborateurs (1997) observent que les diagnostics purs sont rares chez les individus du milieu carcéral qui souffrent d'un trouble mental grave, un diagnostic complémentaire à vie d'abus de substances psychoactives (ASP) étant observé chez 85,3% des sujets, comparativement à 43,3% chez les patients volontaires du milieu hospitalier psychiatrique. Quant à eux, Dumais et ses collaborateurs (2010) ajoutent que la prévalence d'une problématique complémentaire

d'ASP est aussi élevée chez les individus hospitalisés de façon involontaire. Enfin, une spécificité est aussi dégagée en ce qui concerne la criminalité. En effet, les détenus présentent une criminalité plus variée, plus violente et de sévérité plus élevée. Par contre, les comportements criminels ne sont pas exclusifs à cette population, en ce sens que 38,3% des individus hospitalisés auxquels ils ont été comparés ont aussi un dossier criminel et que, parmi ceux-ci, 45,5% ont commis au moins un délit violent par le passé.

D'autre part, certains auteurs constatent que les individus souffrant de troubles psychotiques, qui commettent des passages à l'acte violents en communauté, peuvent être divisés en trois groupes distincts, en fonction de l'âge au moment de l'apparition du comportement criminel, mais aussi de sa persistance dans le temps (Hodgins, 2008; Hodgins, Côté, & Toupin, 1998; Tengström, & al., 2001). Les débutants précoce se caractérisent par la stabilité de leur comportement antisocial depuis l'enfance ou le début de l'adolescence, donc longtemps avant l'apparition des symptômes de la maladie. Ces individus obtiennent des scores légèrement plus élevés sur les échelles mesurant les habiletés sociales et interpersonnelles et ils commettent plus de délits violents, en particulier plus d'agressions physiques. Les débutants tardifs, qui ne présentent pas de comportement antisocial avant l'apparition de la maladie, sont quant à eux divisés en deux groupes. Le premier (type II) est composé d'individus qui, après avoir développé la maladie, posent des gestes de violence répétée envers autrui. Le comportement violent apparaît ici associé à des dommages neurologiques ou à des déficits cognitifs. Le deuxième groupe (type III), plus restreint, est formé d'individus chez qui la maladie est

chronique et qui, vers l'âge de 40 ans, commettent un geste de violence sérieuse (souvent un homicide) envers un proche. Certains auteurs observent une spécificité clinique au sein des trois groupes : les débutants précoce réponduent plus souvent aux critères diagnostiques du trouble délirant et présentent plus souvent un diagnostic d'abus de substances psychoactives et d'un trouble de la personnalité antisociale, comparativement aux débutants tardifs qui eux réponduent plus souvent aux critères de la schizophrénie (Hodgins, & al., 1998). Selon Mathieu et Côté (2009), les débutants précoce sont aussi plus impulsifs que les débutants tardifs.

Dans leurs recensions des écrits, Dubreucq et al. (2005), ainsi que Volavka et Citrome (2008) identifient aussi trois types distincts de patients violents parmi les individus qui souffrent de schizophrénie. À l'instar de Nolan et ses collaborateurs (2003), ils observent que les motifs du comportement agressif, de même que les circonstances dans lesquelles il survient, sont spécifiques à chacun des types. Selon Joyal (2005), le premier groupe est composé d'individus qui souffrent à la fois de troubles neurologiques et de schizophrénie, plus souvent de type indifférencié. Ceux-ci présentent des comportements violents persistants et répétitifs, bien que ces derniers soient généralement impulsifs et qu'ils ne visent personne en particulier. Les actes violents des individus de ce groupe sont souvent de moindre envergure et sont rarement dangereux (par exemple, de la violence verbale, de la violence dirigée vers des objets ou de la violence physique qui entraîne peu de blessures sérieuses). Par contre, ce sont eux qui sont le plus souvent violents en institution. Le deuxième groupe est composé de

schizophrènes qui vivent d'importants symptômes positifs (délires et hallucinations) et dont les comportements violents sont intimement liés à cette symptomatologie, en ce sens qu'ils ne présentent aucun antécédent violent avant l'apparition de la maladie. Les agressions sont généralement planifiées, dirigées envers une personne proche (souvent un membre de la famille), plus violentes et en lien avec un délitre de persécution ou des hallucinations mandatoires; un diagnostic de schizophrénie paranoïde est par conséquent plus fréquent. Enfin, le troisième groupe est composé d'individus répondant à la fois aux critères diagnostiques de la schizophrénie, du trouble de la personnalité antisociale et d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool ou aux drogues. L'occurrence de comportements violents est ici davantage liée au trouble de la personnalité, plutôt qu'au trouble psychotique ou à sa symptomatologie.

Aspects contextuels

Les typologies abordées indiquent donc que ce ne sont pas les mêmes individus qui posent des gestes violents en communauté et en institution. Certains outils d'évaluation du risque, tel le Historical, Clinical and Risk Management Guide-20 (HCR-20), soulignent par ailleurs l'importance de prendre en considération les composantes contextuelles afin de bien définir les éléments de gestion du risque (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997).

En ce sens, plusieurs auteurs révèlent que, au-delà des problématiques et de la symptomatologie, les comportements violents semblent reliés à des situations bien spécifiques. D'une part, le personnel en place peut être, dans une certaine mesure, une variable à prendre en considération dans l'étude des comportements violents posés en institution. James, Fineberg, Shah et Priest (1990) observent que les mouvements de personnel sont associés à une augmentation du nombre de comportements violents sur les unités, peut-être en raison de changements dans les habitudes puisque, selon eux, les individus qui souffrent de schizophrénie ont besoin de stabilité et de continuité. Quant à eux, Cooper et Mendoca (1991) démontrent que les agressions surviennent le plus souvent lorsque les actions du personnel sont considérées comme contraignantes, contrôlantes ou agressives.

D'autre part, Shah, Fineberg et James (1991) observent que les comportements violents posés par les patients psychiatriques hospitalisés, et plus particulièrement par les schizophrènes, surviennent plus souvent sur les unités d'urgences psychiatriques, dans les salles communes, lors des repas ou lorsque les patients se retrouvent tous ensemble, dans le cadre d'activités peu structurées. Les mêmes auteurs observent aussi un lien entre l'occurrence de comportements violents et une surpopulation sur les unités. Mc Niel et Binder (1989) soutiennent d'ailleurs que les schizophrènes, lorsqu'ils se trouvent dans la communauté, font plus souvent des menaces, tandis que lorsqu'ils se trouvent dans le milieu hospitalier, ils présentent plus de comportements d'agression physique ou verbale. Walsh et ses collaborateurs (2001), de même que Tardiff, Marzuk,

Leon et Portera (1997) arrivent à des résultats similaires puisqu'ils observent, chez les individus souffrant de schizophrénie, un taux plus élevé de comportements violents en institution que dans la communauté. Selon ces observations, ce pourrait être des erreurs de perception et de mauvaises interprétations de la part des schizophrènes qui entraîneraient les agressions, qui seraient davantage attribuables à l'interaction entre les caractéristiques individuelles et les éléments liés au milieu.

Capacité d'auto-contrôle

Il est possible de penser qu'au-delà du contexte, les caractéristiques individuelles influencent aussi le comportement dans certaines situations et la capacité d'auto-contrôle apparaît liée aux comportements violents, du moins chez certains individus plus sensibles au milieu. Selon Côté et ses collaborateurs (1997), les individus du milieu hospitalier psychiatrique, hospitalisés sur une base volontaire, sont plus retraitistes, ce qui apparaît lié au diagnostic et, plus spécifiquement, aux symptômes négatifs ou désorganisés de la maladie. Il est en effet possible de croire que les schizophrènes, chez qui une altération de la capacité à répondre aux exigences de la vie est généralement observée, ont davantage de difficulté à gérer la pression perçue provenant de leurs pairs lorsqu'ils se trouvent en institution. Dans le même sens, Kumar, Ng et Robinson (1999) estiment que la promiscuité en quelque sorte imposée en institution peut entraîner un sentiment d'intrusion et d'obligation d'entrer en relation avec autrui, relation qui n'est pas toujours souhaitée, mais à laquelle l'individu ne peut se soustraire, alors qu'ils

peuvent, en quelque sorte, l'éviter lorsqu'ils vivent dans la communauté. La notion d'auto-contrôle réfère donc ici à la capacité de faire face aux situations et à l'adversité; elle fait appel aux ressources personnelles d'un individu.

Certains outils utilisés pour l'évaluation et la gestion du risque de violence prennent aussi en compte cette capacité d'auto-contrôle, bien que la définition du concept soit différente de celle exposée précédemment et qu'elle varie aussi selon les auteurs. En effet, dans la construction de son échelle mesurant la psychopathie, Hare (2003) considère la faible maîtrise de soi et l'impulsivité comme des concepts distincts et tous deux reliés au risque de comportement violent. La faible maîtrise fait référence à la difficulté d'un individu à contenir son agressivité, tandis que l'impulsivité est plutôt observable, au plan comportemental, à travers des actions irréfléchies, posées sur l'impulsion du moment, parce que l'individu en a envie. Selon Webster et al. (1997), dans leur deuxième version de la HCR-20, l'impulsivité est aussi un facteur de risque de violence, mais leur définition recoupe à la fois l'instabilité de l'humeur et du comportement. Ces définitions se rapportent donc davantage à des caractéristiques individuelles, une façon d'être et de réagir, plutôt qu'au diagnostic en tant que tel. Enfin, il ne faut pas confondre la capacité d'auto-contrôle, qui apparaît liée au potentiel relationnel ainsi qu'à l'adaptation sociale, laquelle serait plus fragile chez les schizophrènes, et l'impulsivité, qui elle serait davantage présente chez les individus présentant des conduites agressives de façon répétée (par exemple, les débutants précoces).

D'ailleurs, Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz et Swann (2001) relient l'impulsivité à certains troubles psychiatriques (troubles de la personnalité et des conduites, de même qu'abus de substances psychoactives), du fait qu'elle représente un des critères diagnostiques de ces différentes problématiques. Dans une recension des écrits, Krakowski (2005) relie pour sa part l'impulsivité à des facteurs neurologiques. En effet, une étude conduite auprès d'une population violente en institution a permis d'observer que les anomalies neurologiques permettent de distinguer les schizophrènes violents de façon chronique des schizophrènes non violents ou violents de façon transitoire. Une des hypothèses soulevées est que les dysfonctions neurologiques affectent la régulation du comportement, surtout dans les cas où les déficits se situent au niveau du lobe frontal, c'est-à-dire sur les fonctions d'inhibition; les individus sont ainsi plus impulsifs. Ces observations appuient les hypothèses typologiques rapportées précédemment (Dubreucq, & al., 2005; Hodgins, 2008), qui établissent que les schizophrènes souffrant de troubles neurologiques se distinguent de ceux ne présentant pas cette problématique, en ce qui concerne tant le type de comportement violent que le contexte d'apparition et la fréquence de celui-ci. Dans une étude récente, Joyal, Gendron et Côté (2008) rapportent d'ailleurs que la violence répétitive des schizophrènes qui se trouvent en institution psychiatrique est souvent reliée à des dommages neurologiques et à l'impulsivité. Enfin, sur une base neurobiologique, Lesch et Merschdorff (2000) suggèrent que des facteurs génétiques spécifiques peuvent contribuer à un

dysfonctionnement au plan de la neurotransmission de la sérotonine, qui elle est associée à l'impulsivité et aux comportements violents.

Fonctionnement social et potentiel relationnel

Côté et ses collaborateurs (1997), de même que Dumais et al. (2010) observent que les individus du milieu carcéral, atteints d'un trouble mental grave, présentent généralement une meilleure adaptation sociale, dans certaines sphères de fonctionnement, que les individus du milieu hospitalier psychiatriques qui eux, sont plus retraitistes. Les détenus souffrant d'un trouble mental grave sont plus souvent engagés dans des relations amoureuses, ils ont plus d'enfants et ils démontrent davantage d'intérêts pour les contacts sexuels que les patients hospitalisés sur une base volontaire en psychiatrie.

Dans le même ordre d'idées, Lépine et Côté (1998) remarquent que le diagnostic peut être un indicateur du niveau de fonctionnement social. En effet, les individus souffrant d'un trouble psychotique auquel s'associe une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives présentent généralement des indices d'une meilleure adaptation sociale et sexuelle prémorbide, sur certains aspects; selon eux, ceci traduit une attitude moins retraitiste chez ces individus, ne serait-ce que parce qu'ils sont en mesure de s'investir dans le processus de recherche de drogue et d'établir les contacts nécessaires, ce qui demande des capacités d'organisation et de planification.

Pour leur part, Bengtsson-Tops et Hansson (2001) observent une relation entre le diagnostic et le réseau social, c'est-à-dire que les individus qui souffrent de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif rapportent un moins bon réseau de soutien social que les individus de la population générale. Ils mettent aussi en lumière une corrélation positive entre la qualité perçue du réseau et le fonctionnement social, de même qu'entre la qualité perçue et la sévérité de la psychopathologie. Par exemple, plus un individu obtient un score élevé au Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), moins bonne est sa perception de la qualité du soutien reçu. Les mêmes auteurs concluent que les schizophrènes présentent, de façon générale, un faible niveau d'intégration sociale, autant en ce qui concerne les aspects qualitatifs que les aspects quantitatifs du réseau social. Il faut souligner ici que cette étude a pris en considération la qualité du soutien sociale telle que perçue par les participants. Il est donc important de garder en tête, tel que Tousignant (1992) le soulève, la possibilité de biais dans les résultats, dans le sens où il devient difficile de départager ce qui appartient à la symptomatologie et ce qui appartient réellement au soutien social.

Le potentiel relationnel et le fonctionnement social peuvent aussi être liés, dans une certaine mesure, aux comportements violents. En effet, Taylor (1982), ainsi que Kaliski et Zabor (1995) observent que les schizophrènes violents sont plus souvent mariés que les schizophrènes qui ne sont pas violents, ce qui suppose certaines capacités relationnelles. Quant à eux, Estroff et Zimmer (1994) observent que la composition du

réseau social est différente chez les individus souffrant d'un trouble mental grave qui sont violents et chez ceux qui ne le sont pas; cette composition diffère aussi selon le diagnostic qu'ils présentent. En effet, les schizophrènes vivent plus souvent sous le toit familial et ont un réseau social plus limité comparativement aux individus qui souffrent d'un autre trouble. Les auteurs observent aussi que lorsque la proportion de parents augmente ou que le nombre de professionnels de la santé mentale diminue au sein du réseau, le risque de comportements violents augmente et ce, pour tous les diagnostics. Enfin, plus le réseau social est grand, plus le risque de comportements violents augmente, surtout s'il est composé en grande partie de membres de la famille. Cependant, à l'instar de Swanson et ses collaborateurs (2006) et de Laroche, Hodgins et Toupin (1995), les mêmes auteurs soulignent que, chez les schizophrènes, le risque est aussi fonction de l'évolution de la maladie, en ce sens qu'il diminue lorsque les symptômes négatifs se font plus présents, principalement en raison d'une plus grande confusion de la pensée, d'une diminution de la capacité à réagir et de l'isolement social qui s'en suit. Par contre, selon Douglas et al. (2009), les symptômes entraînant une désorganisation de la pensée, du comportement et de l'affect peuvent plutôt générer de la frustration, à la fois chez l'individu qui les vivent et chez ceux avec qui ils interagissent; le risque de comportement agressif ou violent est donc, dans certains cas, plus présent, surtout si l'individu n'est plus en mesure de gérer adéquatement les conflits.

Regard critique

Les différentes études suggèrent que les individus souffrant d'un trouble psychotique, qui posent des gestes violents, ne forment pas un groupe homogène. D'une part, une spécificité clinique peut être dégagée parmi les individus incarcérés et les patients du milieu hospitalier psychiatrique, en fonction des diagnostics principaux et complémentaires. D'autre part, des typologies ont aussi été établies en fonction de l'évolution de la maladie et du comportement criminel, du type de violence, de la symptomatologie et du contexte dans lequel l'individu se trouve (communauté ou institution). Enfin, les caractéristiques personnelles, telles l'impulsivité et la faible maîtrise de soi, de même qu'un fonctionnement social et un potentiel relationnel déficients apparaissent aussi liées à la violence chez les individus souffrant de troubles mentaux graves. Une complexité du tableau clinique se dégage donc des différentes études.

La revue des écrits scientifiques met en lumière des résultats instables, voire même contradictoires, notamment en ce qui concerne l'apport du diagnostic ou des symptômes, dans la compréhension de la violence chez les individus souffrant de troubles psychotiques. Quelques auteurs proposent certains facteurs explicatifs à ce sujet: les variations au plan de la méthodologie, de même qu'au plan de la définition de la violence et des troubles mentaux graves, les échantillons non comparables, non représentatifs ou biaisés et la difficulté à contrôler les variables médiatrices pouvant être

associées (Arboleda-Flòrez, Holley, & Crisanti, 1998; Douglas, & al., 2009). Nestor (2002) soulève aussi l'hypothèse que les variables à prendre en considération pour la compréhension de la violence chez les individus psychotiques peuvent être différentes en fonction de la problématique et du diagnostic. Les typologies relevées dans les écrits scientifiques vont d'ailleurs en ce sens. Tel que soulevé par Magnusson (1998), le fonctionnement et le développement d'un individu sont des phénomènes complexes et dynamiques; il est donc permis de s'interroger sur la pertinence de privilégier le choix des variables prises une à une.

Or, à ce jour, la majorité des auteurs ont privilégié les analyses de comparaison et les tendances de groupe dans le but de mieux saisir le mode de fonctionnement individuel, en associant différentes variables liées à la violence reconnues dans la littérature scientifique. Il est possible de croire que cette logique linéaire est en partie responsable des résultats instables. D'une part, dans les analyses linéaires, la mesure en est une de tendance centrale et le type d'échantillon utilisé est important. Par contre, malgré leur similarité apparente, les échantillons choisis sont toujours différents, en raison de l'hétérogénéité des problématiques, des caractéristiques personnelles et des aspects contextuels, tel que relevé dans cette recension des écrits. D'autre part, les spécificités cliniques et les typologies relevées portent à penser que les nouvelles études tendent à se centrer davantage sur les individus; en ce sens, elles nourrissent la réflexion portant sur l'avantage de privilégier une approche taxinomique. Par contre, même si ces études démontrent l'existence de sous-groupes parmi les individus violents souffrant de

troubles psychotiques, il demeure que ces observations découlent de comparaisons entre les groupes, donc postulant la linéarité de la problématique. Ainsi, il apparaît pertinent de privilégier une méthode d'analyse plus stable, ne postulant pas, a priori, de linéarité ou de non-linéarité.

Dès lors, il y aurait lieu de tenir compte d'un ensemble de variables associées à la violence, plus particulièrement de l'interaction de celles-ci entre elles, chez un individu donné, en privilégiant des analyses centrées sur les personnes plutôt que sur les variables. Il serait donc intéressant de se tourner vers des analyses non-linéaires, qui s'attardent sur les caractéristiques individuelles plutôt que sur celles du groupe, afin d'identifier plus précisément de quelle façon s'agencent ces différents caractéristiques, en vue d'une meilleure compréhension de la violence chez les individus psychotiques, mais aussi afin d'optimiser la gestion du risque des sous-groupes qui pourront être identifiés, tenant compte de leurs besoins particuliers. Cette voie permettrait d'examiner le phénomène de la violence des individus souffrant de troubles mentaux graves sous un autre angle, en fonction de profils (agencement des variables). Il serait éventuellement possible de mieux comprendre le passage à l'acte, tout en évaluant plus précisément le risque et les éléments de gestion de celui-ci, en tenant compte du contexte d'apparition.

Ces différentes constatations mènent à poser un regard différent sur la façon d'aborder la problématique. À cet effet, Douglas et al. (2009) soulignent que, au-delà du lien entre les troubles psychotiques et la violence, il y aurait maintenant lieu de se

demander « quels sont les symptômes particuliers de la psychose, dans quelles circonstances et combinés à quels facteurs personnels et situationnels, sont associés à une augmentation ou à une diminution du risque des différents types de violence » (traduction libre). Dans cette optique, il apparaît pertinent de se tourner vers des analyses non linéaires, qui s'attardent sur les caractéristiques individuelles plutôt que sur celles du groupe, afin d'identifier plus précisément de quelle façon s'agencent ces différentes caractéristiques. Ainsi, le premier chapitre de la présente thèse présente les résultats de cette nouvelle stratégie d'analyse. L'objectif est de dégager des profils cliniques parmi les individus souffrant d'un trouble psychotique ayant posé des gestes de violence, tenant compte d'un ensemble de variables liées à la violence, mais aussi du contexte d'apparition des comportements violents. Un échantillon composé de 92 hommes souffrant d'un trouble psychotique et possédant l'un ou l'autre des trois statuts légaux différents (détenus, mis sous garde en établissement psychiatrique ou reconnus non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux) a été retenu. Les variables ont ensuite été soumises à une analyse des correspondances multiples, puis à une analyse hiérarchique selon la méthode de Ward afin de déterminer le nombre de profils à retenir, de même que leurs caractéristiques propres. L'identification de différents modes d'organisation pourrait éventuellement permettre de parvenir à une meilleure compréhension de la violence chez les individus souffrant d'un trouble psychotique.

Par ailleurs, c'est aussi en vue de favoriser la prise en charge et le traitement des individus souffrant d'un trouble psychotique, tant en institution que dans la

communauté, de même que pour optimiser la gestion du risque qu'ils peuvent présenter que qu'est réalisée la présente étude. En effet, la question de la sécurité du public, mais aussi celle des différents intervenants travaillant soit dans le milieu carcéral, soit dans le milieu hospitalier psychiatrique, demeure source de préoccupations. De plus, le phénomène de judiciarisation de ces individus demeure d'actualité et leur prise en charge, plus spécifiquement dans les établissements carcéraux fédéraux, pose des difficultés (Kirby, & Keon, 2006). En effet, ces auteurs notent que les détenus ne reçoivent pas les services auxquels ils ont droit, principalement en raison de lacunes en ce qui concerne l'identification de leurs besoins de traitement et la disponibilité des services adaptés à leurs problématiques. Différentes hypothèses peuvent être soulevées à cet effet. D'une part, les diagnostics « purs » sont plutôt rares dans le milieu carcéral (Côté, & al., 1997) et plusieurs détenus présentent un tableau clinique complexe, composé de différents diagnostics relevant tant de l'axe I que de l'axe II. À cet effet, les données préliminaires d'une étude en cours de Côté, Crocker, Daigle, Toupin, Gobbi et Turecki démontrent que 60% d'entre eux présentent un triple diagnostic, combinant deux troubles de l'axe I et un trouble de la personnalité, le plus souvent un trouble de la personnalité antisociale. La présence de diagnostics multiples peut possiblement « brouiller les cartes », en ce sens que le trouble mental peut être masqué par les autres problématiques qui sont plus apparentes, comme par exemple, une toxicomanie ou un trouble de la personnalité (Côté, & Lesage, 1995; Teplin, 1990). Ainsi, soit on intervient seulement sur les problèmes de comportements, qui sont plus apparents, soit le trouble n'est tout simplement pas identifié, ni traité (Andersen, 2004). Or, selon certains, ce sont

ces individus qui présentent des problématiques multiples qui sont les plus susceptibles de manifester des comportements violents en établissement (Friedmann, Melnick, Jiang, & Hamilton, 2008). Ce n'est qu'en parvenant à mieux identifier les individus plus à risque et en comprenant leur mode d'organisation que l'on pourra cerner leurs besoins particuliers, que ce soit sur les aspects liées au traitement ou à l'encadrement, et améliorer la gestion du risque.

Chapitre 1

Running head: PROFILS D'INDIVIDUS PSYCHOTIQUES ET VIOLENTS

Symptomatologie et composantes contextuelles liées aux comportements violents
manifestés par des personnes présentant une psychose :

Analyse taxinomique

Julie Emond et Gilles Côté

Université du Québec à Trois-Rivières

Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

Cette étude a été soutenue financièrement par le Fond de recherche en santé du Québec (FRSQ) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à l'auteur au : Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, 10905 boul. Henri-Bourassa Est, Montréal, Québec, H1C 1H1. Courriel : julieemond23@hotmail.com

Résumé

Objectif : Compte tenu de l'instabilité des résultats mise en lumière dans la recension des écrits portant sur la violence des individus souffrant d'un trouble psychotique, il y a lieu d'envisager une nouvelle stratégie d'analyse. Dégager des profils cliniques parmi ces individus, tenant compte d'un ensemble de variables liées à la violence, mais aussi du contexte d'apparition des comportements violents, pourrait permettre une meilleure compréhension du phénomène. Méthode : L'échantillon est composé de 92 hommes souffrant d'un trouble psychotique, possédant trois statuts légaux différents. Statistiques : les variables (diagnostic, symptômes, adaptation sociale et sexuelle pré morbides, impulsivité, maîtrise de soi, stabilité des relations intimes, antécédents de comportements violents, milieu de prise en charge) ont été soumises à une analyse des correspondances multiples, puis à une analyse hiérarchique (méthode de Ward) afin de déterminer le nombre de profils à retenir, de même que leurs caractéristiques propres. Résultats : Les analyses ont révélé trois profils, dans lesquels les différentes variables s'agencent d'une façon particulière, tenant compte des caractéristiques personnelles propres à ces individus. Conclusion : La typologie dégagée appuie les observations de plusieurs auteurs en ce qui concerne les différentes variables associées à la violence chez les individus souffrant d'un trouble psychotique. Par contre, le milieu de prise en charge et l'impulsivité se sont révélés être des aspects plus importants que ce qui était attendu.

Le phénomène de la violence chez les individus souffrant d'un trouble mental grave a fait l'objet de nombreuses études au cours des dernières années. Plusieurs ont démontré que ce sont les individus souffrant d'un trouble du spectre de la psychose, plus particulièrement de schizophrénie, qui présentent un risque accru de poser des gestes violents, surtout s'ils présentent aussi une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives (ASP) ou un trouble de la personnalité (Arseneault, Moffit, Caspi, Taylor, & Sylva, 2000; Citrome, & Volavka, 1999; Moran, & al., 2003; Putkonen, Kotilainen, Joyal, & Tiihonen, 2004). Bien que ce lien soit aujourd'hui généralement reconnu (Douglas, Guy, & Hart, 2009), certains auteurs démontrent que, lorsque d'autres variables associées à la violence sont contrôlées (antécédents criminels, facteurs cliniques et situationnels, entre autres), la présence seule d'un trouble mental grave n'augmente pas le risque de comportements violents (Elbogen, & Johnson, 2009; Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, & Grann; 2009). Un débat subsiste donc en ce qui concerne les diagnostics associés à la violence.

Il importe de souligner que ne sont pas tous les individus qui souffrent d'un trouble psychotique qui commettent des passages à l'acte violents (Dubreucq, Joyal, & Millaud, 2005); de plus, ceux qui posent de tels gestes ne forment pas un groupe homogène. Une complexité du tableau clinique se dégage des différentes études, principalement parce que plusieurs variables différentes semblent liées à la violence. Ainsi, pour certains, c'est la symptomatologie active qui est un des meilleurs indicateurs permettant de distinguer les individus plus à risque de poser des gestes violents

(Angermeyer, 2000; Davis, 1991; Modestin, & Ammann, 1995; Taylor, & al., 1998; Walsh, Buchanan, & Fahy, 2001). Par ailleurs, Hodgins, Hiscock et Freese (2003), Link et Stueve (1994), Steinert (2002), ainsi que Steinert, Wölfle et Gebhardt (2000) spécifient que ce sont plus particulièrement les symptômes positifs de la maladie, tels les hallucinations, les délires ou le « threat/control-override » (TCO), qui sont liés au risque de violence. Enfin, certains auteurs se sont penchés sur la relation possible entre les symptômes affectifs des troubles psychotiques (anxiété et dépression) et la violence. En ce sens, Taylor et ses collaborateurs (1998) observent que ces symptômes sont souvent présents lors de la commission d'un délit. Les observations de Hodgins et ses collaborateurs (2003) vont dans le même sens. Cependant, ils spécifient que, chez les individus souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif, l'anxiété et la dépression semblent être liées à la présence d'importants symptômes positifs. Ainsi, tel que soulevé par Turnbull et Bebbington (2001), il est possible de croire que l'augmentation du niveau de détresse ressentie face aux symptômes psychotiques est associée à une augmentation de l'anxiété.

Pour d'autres auteurs, ce sont les aspects contextuels qui doivent être pris en considération dans l'estimation du risque de violence que présentent les individus souffrant de troubles psychotiques. D'une part, la recension des écrits démontre que les comportements violents qui surviennent en institution semblent reliés à des situations bien spécifiques, comme par exemple lorsque les actions du personnel sont perçues comme contraintes, contrôlantes et agressives ou lorsqu'il y a trop de mouvements de

personnel (Cooper, & Mendoca, 1991; James, Fineberg, Shah, & Priest, 1990). Shah, Fineberg et James (1991) notent aussi que les comportements violents posés par les individus atteints de schizophrénie surviennent le plus souvent sur les unités d'urgence psychiatrique, dans les salles communes, lorsque les activités sont peu structurées ou lorsqu'il y a surpopulation sur l'unité. D'autre part, certains auteurs observent que le taux de prévalence des comportements violents, mais aussi le type de comportement violent, varient, selon que l'individu se trouve en institution ou en communauté (Mc Niel, & Binder, 1989; Tardiff, Marzuk, Leon, & Portera, 1997; Walsh, & al., 2001).

À cet effet, il est possible de croire que, au-delà du milieu et des aspects contextuels, les caractéristiques individuelles, et plus précisément la capacité d'auto-contrôle, est aussi liée au risque de violence, dans certaines situations. Toutefois, cette notion d'auto-contrôle réfère à différents concepts selon les auteurs. Ainsi, dans la construction de son échelle mesurant la psychopathie, Hare (2003) définit la faible maîtrise de soi (difficulté à contenir son agressivité) et l'impulsivité (actions irréfléchies posées sur l'impulsion du moment) de façon distincte, concepts tous deux liés au risque de violence. Webster, Douglas, Eaves et Hart (1997), dans leur deuxième version de la Historical, Clinical and Risk Management Guide-20 (HCR-20), considèrent aussi l'impulsivité comme un facteur de risque de comportement violent, mais leur définition réfère à la fois à l'instabilité de l'humeur et du comportement. Il importe de souligner ici que ces lacunes ne sont pas spécifiques aux individus souffrant d'un trouble psychotique. En effet, elles peuvent aussi être liées à d'autres troubles psychiatriques,

nels les troubles de la personnalité et des conduites, de même qu'à l'abus de substances psychoactives (Moeller, Baratt, Dougherty, Schimtz, & Swann, 2001) ou à des dysfonctions neurologiques ou neurobiologiques (Joyal, Gendron, & Côté, 2008; Krakowski, 2005; Lesch, & Merschdorf, 2000). Par contre, selon Côté, Lesage, Chawky et Loyer (1997), les schizophrènes, chez qui une altération de la capacité à répondre aux exigences de la vie est généralement observée, auraient plus de difficulté à gérer la pression perçue provenant de leurs pairs; ils seraient donc davantage retraitistes, comparativement aux individus souffrant d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non-spécifié qui, eux, présentent généralement une meilleure adaptation sociale, dans certaines sphères de fonctionnement (Lépine, & Côté, 1998). La notion d'auto-contrôle réfère ici à la capacité de faire face aux situations et à l'adversité; elle fait donc appel aux ressources personnelles de l'individu et apparaît liée, entre autres, au diagnostic, au potentiel relationnel et à l'adaptation sociale. D'ailleurs, plusieurs auteurs observent une relation entre le diagnostic et le réseau social, tant en ce qui concerne la qualité que la composition (Bengtsson-Tops, & Hansson, 2001; Estroff, & Zimmer, 1994).

Ces différentes observations laissent croire en une certaine hétérogénéité parmi les individus souffrant d'un trouble psychotique qui posent des gestes violents. À cet effet, la recension des écrits révèle que des typologies et des spécificités cliniques ont été établies. D'une part, certains auteurs réfèrent aux débutants précoces et aux débutants tardifs afin de qualifier ces individus (Hodgins, 2008; Hodgins, Côté, & Toupin, 1998;

Tengström, Hodgins, & Kullgren, 2001). Ces groupes se distinguent surtout en fonction de l'évolution de la maladie et du comportement criminel; toutefois, des différences au plan des diagnostics principaux et complémentaires, des habiletés sociales et du type de violence sont aussi observées. Pour leur part, Dubreucq et al. (2005), Nolan et al. (2003), ainsi que Volavka et Citrome (2008), identifient trois groupes distincts parmi les individus souffrant de schizophrénie qui posent des gestes de violence. Cette distinction est principalement tributaire des motifs du comportement agressif, ainsi que des circonstances dans lesquelles il survient. Par ailleurs, la symptomatologie, le type de comportement violent et sa fréquence, de même que les problématiques complémentaires sont aussi des éléments permettant de distinguer ces groupes. Enfin, Côté et ses collaborateurs (1997), ainsi que Dumais, Côté et Lesage (2010) ont comparé des individus incarcérés souffrant de troubles mentaux à des patients du milieu hospitalier psychiatrique, hospitalisés sur une base volontaire ou non. De cette façon, ils ont pu établir une spécificité clinique basée, principalement, sur les diagnostics principaux et secondaires. Ainsi, les détenus rencontrent plus souvent les critères diagnostiques du trouble délirant ou d'un trouble psychotique non-spécifié, associé à une problématique d'abus de substances psychoactives, comparativement aux patients du milieu hospitalier psychiatrique qui, eux, répondent plus souvent aux critères de la schizophrénie.

Ces différentes observations soutiennent l'hypothèse de Nestor (2002), selon lequel les variables à prendre en considération pour la compréhension de la violence

chez les individus psychotiques peuvent être différentes en fonction de la problématique et du diagnostic. Or, à ce jour, la majorité des auteurs ont privilégié une logique linéaire (analyses de comparaison et tendances de groupe) dans le but de mieux saisir le mode de fonctionnement individuel, en associant différentes variables liées au risque de violence. Toutefois, l'hétérogénéité des problématiques, des caractéristiques personnelles et des aspects contextuels en jeu ont entraîné des résultats instables, parfois même contradictoires, relevés dans la recension des écrits scientifiques. Il y aurait alors lieu de se tourner vers des analyses non-linéaires, qui permettent de s'attarder sur les caractéristiques individuelles plutôt que sur celles du groupe, et d'identifier de quelle façon s'agencent et interagissent les différentes variables chez un individu donné. Cette façon de faire pourrait permettre d'examiner le phénomène de la violence des individus souffrant d'un trouble psychotique sous l'angle de profils; elle contribuerait éventuellement à une meilleure compréhension du passage à l'acte et à une évaluation plus précise du risque et des éléments de gestion de celui-ci.

La présente étude vise à dégager des profils parmi les individus souffrant d'un trouble du spectre de la psychose ayant posé des gestes violents, tenant compte d'un ensemble de variables qui, selon la revue des écrits scientifiques, sont associées à la violence, mais aussi du contexte dans lequel ce type de comportement survient (communauté ou institution). Il a été démontré que ce ne sont pas les mêmes individus qui sont violents en institution et dans la communauté; les aspects contextuels, les différentes problématiques personnelles, ainsi que la capacité d'auto-contrôle sont tous

des éléments à prendre en considération (Hodgins, 2008; Joyal, 2005; Nolan, & al., 2003, Shah, & al., 1991; Volavka, & Citrome, 2008; Walsh, & al., 2001). Il a aussi été démontré que le diagnostic peut être un indicateur du niveau de fonctionnement social et relationnel (Bengtsson-Tops, & Hanson, 2001; Côté, & al., 1997; Dumais, & al., 2010; Lépine, & Côté, 1998) et que le risque de violence apparaît lié, d'une certaine façon, à ces deux aspects (Estroff, & Zimmer, 1994; Kaliski, & Zabor, 1995; Laroche, Hodgins, & Toupin, 1995; Swanson, & al., 2006). Par contre, il importe de souligner ici que la majorité des études se sont attardées spécifiquement aux individus souffrant de schizophrénie, au détriment des autres troubles psychotiques. De plus, peu d'études ont intégré la problématique de la violence en milieu institutionnel à la violence en communauté selon la spécificité clinique des individus; par spécificité, il est ici fait référence à une différence spécifique au plan du diagnostic et des caractéristiques personnelles qui permettent de distinguer l'un et l'autre groupe. Il y a donc lieu de distinguer parmi les troubles psychotiques et d'établir des profils en différenciant les comportements violents posés dans la communauté, d'une part, et ceux posés en institution, d'autre part.

Sur la base d'indices suggérant un meilleur fonctionnement chez certains individus, mais aussi tenant compte des critères diagnostiques des différents troubles psychotiques, lesquels réfèrent entre autres au fonctionnement général de la personne, deux profils différents peuvent possiblement être dégagés : un profil « positif », composé d'individus qui présentent davantage de symptômes positifs, tout en ayant un

bon potentiel relationnel et une capacité à gérer la pression provenant des pairs et de situations extérieures, et un profil « négatif », composé d'individus qui présentent davantage de symptômes désorganisés ou négatifs et qui démontrent une moins bonne adaptation sociale, c'est-à-dire qui sont plus retraitistes et qui présentent des lacunes au plan de leur capacité d'auto-contrôle.

Toujours en lien avec le fonctionnement social et relationnel, de même qu'avec la capacité d'auto-contrôle, il est aussi possible de croire que le milieu où surviennent les comportements violents différera selon le profil. Ainsi, les individus du profil « positif » risquent davantage de poser des gestes violents dans la communauté, où ils ont plus de possibilités d'interactions sociales; il s'agirait ici d'une violence relationnelle, c'est-à-dire liée au potentiel relationnel, aux occasions offertes par la situation et à la fréquence des contacts interpersonnels. Quant à eux, les individus du profil « négatif » risquent davantage de poser des comportements violents en institution, où ils font face à plus de pression provenant de leurs pairs, mais aussi, éventuellement, de l'environnement (manque de structure occasionnel, pendant des activités ou à certains moments de la journée). Cette violence serait plutôt contextuelle.

Méthode

Participants

Les participants proviennent de l'étude de Côté, Hodgins, Daigle, Abdous, Webster et Gagné, portant sur les facteurs de risque et les comportements violents des personnes souffrant de troubles mentaux graves. L'échantillon retenu est composé de 92 hommes, âgés de 19 à 69 ans (moyenne = 36,43; écart-type = 11,105) atteints d'un trouble du spectre de la psychose. Ils ont été recrutés dans quatre régions administratives du Québec; ils possèdent trois statuts légaux différents, provenant soit d'unités de mise sous garde en établissement psychiatrique, après qu'on ait jugé qu'ils présentaient un danger pour eux-mêmes ou pour autrui (n=26), du milieu médico-légal, après avoir été reconnus coupables mais non criminellement responsables d'une infraction pour cause de troubles mentaux (n=38) ou d'un établissement carcéral, incluant pénitencier et prison (n=28), après avoir été tenus criminellement responsables d'une infraction. Soulignons ici que 53,1% des personnes approchées ont refusé de participer à l'étude ou n'ont pas complété le processus d'évaluation; l'échantillon retenu ici a été établi après cette attrition.

Déroulement

Les listes de la Commission d'examen du Tribunal administratif de Québec, de la Commission des libérations conditionnelles et des archives hospitalières ont permis l'identification des participants. Le recrutement a été effectué entre juin 1998 et mars 2002, dans différentes régions administratives du Québec (Centre-du-Québec, Montréal, Sherbrooke, Québec) et toutes les personnes rencontrant les critères de sélection, libérées ou radiées du milieu auquel elles étaient rattachées, ont été approchées. Elles ont été recrutées sur une base volontaire et ont signé un formulaire de consentement approuvé par un comité d'éthique de la recherche. Par la suite, chacun des participants a été évalué par un clinicien, psychologue ou étudiant gradué en psychologie, peu de temps avant sa libération ou sa radiation de l'établissement dans lequel il se trouvait.

Instruments

Diagnostics et symptomatologie :

Afin de déterminer les diagnostics principaux et secondaires, de même que la présence ou l'absence des différents symptômes psychotiques, les participants ont été évalués à l'aide d'une version française du Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1994; First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1997). Cet outil permet de poser des diagnostics à l'Axe I et à l'axe II du

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^e édition (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994), en plus de déterminer la présence des symptômes liés aux différents troubles. Les diagnostics posés ont été soumis à un accord inter-juges; le coefficient Kappa moyen est de 0,88 pour ce qui est de l'axe I, et de 0,89 pour l'axe II.

Sur la base d'indices suggérant un mode de fonctionnement distinct selon le diagnostic, les participants ont été répartis en deux groupes. Le premier groupe est composé de 58 individus souffrant de schizophrénie ou d'une trouble schizophréniforme, tandis que le deuxième groupe est composé de 34 individus souffrant d'un trouble schizo-affectif, d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié.

Adaptation/fonctionnement social :

L'adaptation sociale et sexuelle pré morbide a été mesurée à l'aide de la version française du Phillips Rating Scale of Premorbid Adjustment in Schizophrenia (Harris, 1975), qui comporte deux sous-échelles : l'Échelle abrégée de l'adaptation sexuelle pré morbide et l'Échelle abrégée de l'adaptation sociale pré morbide, dont la cotation se fait à partir des dossiers. Les corrélations intra-classes sont respectivement de 0,99 et 0,93. Notons ici que les résultats ont par la suite été recodés sous un mode binaire (« faible fonctionnement social » et « autre ») en vue des analyses statistiques. Les

coefficients kappa obtenus par la suite de cette dichotomie sont de 1.00 pour chacune des deux variables.

Autres caractéristiques personnelles :

Le degré d'impulsivité et de faible maîtrise de soi ont été estimé à la fois à partir des items de l'Échelle révisée de psychopathie de Hare (PCL-R) (Hare, 2003) et de la version française de la grille Historical, Clinical and Risk Management Guide-20 (HCR-20) (Webster, & al., 1997). L'apparition précoce de problèmes de comportement et les antécédents de délinquance juvénile ont aussi été estimés à partir de la PCL-R, tandis que l'instabilité des relations a été mesurée à l'aide de la HCR-20. L'échelle de psychopathie de Hare est une mesure permettant d'évaluer chez un individu la présence de traits et de comportements reliés à la psychopathie. La HCR-20 est quant à elle une grille comportant 20 facteurs de risque associés au comportement violent, selon la littérature scientifique. Chacun des indices de ces deux instruments sont notés au moyen d'une échelle comportant trois valeurs (0, 1, 2), selon que les caractéristiques de l'indice sont absentes, plus ou moins présentes, voire incertaines, ou nettement observées.

Comportements violents :

Tous les comportements ayant causé des blessures à une personne, les tentatives ou les menaces de comportement de cette nature sont considérés ici. Ceux-ci ont été

recueillis en tenant compte de trois sources d'information différentes : le participant lui-même, le dossier criminel officiel et les divers dossiers institutionnels. Tenir compte des trois sources de renseignements présente l'avantage de dresser un portrait plus complet de l'occurrence des comportements violents. En effet, selon les résultats du projet MacArthur, les dossiers criminels officiels ne révèlent des comportements violents que chez 4,5% des sujets, alors que sur une base auto-rapportée, ce taux est de 22,4% (Monahan, & al., 2001). Enfin, les comportements violents ont aussi été codés sous un mode binaire, en fonction du milieu où ils sont survenus (communauté ou institution). Dans les cas où un individu présentait des comportements violents à la fois dans la communauté et en institution, le comportement violent a été placé dans cette dernière catégorie.

Statistiques

Diverses variables ont initialement été considérées. Seules celles ayant une variation suffisante, soit une fréquence d'au moins 10% de participants ayant une cote supérieure à zéro (c'est-à-dire présentant la caractéristiques mesurée), ont été retenues pour les analyses subséquentes, afin d'éviter que des profils atypiques soient mis en lumière. Les variables retenues sont le groupe diagnostique (schizophrénie; trouble schizo-affectif, délirant ou psychotique non-spécifié), la problématique d'abus de substances psychoactives, le trouble des conduites, le trouble de la personnalité antisociale, les délires (de persécution, de référence, de grandeur, de transmission de

pensées, d'être contrôlé), les hallucinations auditives, le statut légal (détenu, mis sous garde en établissement psychiatrique ou non criminellement responsable pour causes de troubles mentaux), l'impulsivité (PCL-R et HCR-20), la faible maîtrise de soi (PCL-R), une délinquance juvénile (PCL-R), l'apparition précoce de problème de comportement (PCL-R), l'instabilité des relations intimes (HCR-20), les antécédents d'union, l'adaptation sociale et sexuelle pré morbide et le milieu où est survenue la violence (institution ou communauté). Certaines variables n'ont pu être retenues, en raison d'un nombre trop limité de sujets dans les différentes catégories (trouble de personnalité autre qu'antisociale, trouble anxieux, hallucinations autres qu'auditives).

Les variables ont ensuite été soumises à une analyse des correspondances multiples (ACM), technique qui permet de cerner à la fois des profils-personnes et des profils-variables. Avant de procéder à pareille analyse, les résultats de chacun des participants à chacune des variables sont codifiés sous un mode binaire afin de créer un tableau disjonctif. Par exemple, la variable « trouble de la personnalité antisociale », initialement codifiée « absent = 0; présent = 1 », devient « absence du trouble : oui = 0; non = 1 » et « présence du trouble : oui = 1; non = 0 ». Dans sa représentation graphique, les rangées représentent les participants et les colonnes les différentes modalités de réponse. En croisant à la fois ces rangées et ces colonnes, l'analyse du tableau disjonctif permet de révéler des profils-variables (c'est-à-dire, pour un profil-individu donné, quelles sont les variables qui s'agencent) et des profils-individus (pour un profil-variable donné, quels sont les individus qui se ressemblent).

L'analyse des correspondances multiples définit ensuite un premier axe, qui est celui qui contribue le plus à l'inertie (quantité d'attraction exercée par l'axe, celui qui permet d'expliquer le plus de variance). En d'autres termes, ce sont les profils qui se démarquent, qui s'écartent le plus les uns des autres, qui contribuent à la définition de cet axe. Les profils-variables et les profils-individus sont ensuite placés dans l'espace, les uns par rapport aux autres, en fonction de leur position par rapport à l'axe retenu et en tenant compte de leur contribution dans la définition de celui-ci. Cette procédure est répétée jusqu'à ce que l'inertie soit complètement décomposée. Par contre, seuls les axes expliquant le plus de variabilité entre les profils, mais qui demeurent interprétables au point de vue clinique, sont retenus.

Cette représentation graphique, bien qu'elle apporte une certaine compréhension de l'agencement des profils-variables, demeure toutefois difficile à interpréter puisqu'elle ne rend compte, en fait, que de la distribution des profils dans l'espace. Ainsi, tel que suggéré par Lebart, Morineau et Warwick (1984), l'utilisation subséquente de la procédure de classification hiérarchique de Ward, basée sur les données de l'ACM et non sur les données brutes, devient utile afin de définir plus concrètement le nombre de classes (profils) à retenir, ainsi que les caractéristiques propres à chacun des profils. Le nombre de classes à retenir est défini à partir du graphique du coude, en fonction du point à partir duquel le changement dans la variation devient négligeable. Les classes sont quant à elles définies à partir des profils-variables, en utilisant un indice qui repose

sur la prévalence d'une caractéristique donnée dans la classe, comparativement à la prévalence de ladite caractéristique à l'intérieur de l'échantillon total. Seules les caractéristiques ayant un indice 1,3 fois plus élevé que la moyenne sont retenues.

Dans l'étude actuelle, l'ACM vise précisément à dresser des profils d'individus ayant posé des gestes violents, en tenant compte de différentes caractéristiques personnelles (symptomatologie, diagnostic, potentiel relationnel, capacité de contrôle, etc.) et de leur agencement particulier. La possibilité d'un lien entre les profils obtenus et le milieu où les comportements violents sont posés sera aussi examinée. Toutefois, il faut souligner que, puisque l'analyse de correspondances multiples ne fait pas de distinction entre les variables dépendantes et les variables indépendantes, le milieu où la violence a été vécue (qui représente la principale VD de cette étude) n'a pas été intégrée dans l'analyse de définition des axes, afin qu'elle n'influence pas cette définition. La variable a plutôt été traitée en analyse complémentaire, ce qui permet d'observer de quelle façon se situent les profils par rapport aux milieux.

Résultats

L'ACM a permis de révéler une solution en trois dimensions (axes), qui expliquent un total de 40,24% de l'inertie (dimension 1 : 20,23%; dimension 2 : 10,40%;

dimension 3 : 9,61%). Le tableau 1 représente la contribution des profils-variables sur chacune de ces dimensions.

[insérer tableau 1 ici]

La première dimension est définie par des profils-variables qui permettent de distinguer les profils-individus en fonction, principalement, de la frange antisociale. Quant à elle, la deuxième dimension permet de distinguer les profils-individus en fonction du diagnostic, de la symptomatologie et du potentiel relationnel. Enfin, la troisième dimension permet de discriminer les profils-individus surtout en fonction des caractéristiques liées à l'impulsivité, à la maîtrise de soi, de même que du niveau d'adaptation sociale et du potentiel relationnel.

Le graphique du coude permet d'identifier trois classes principales (figure 1).

[insérer figure 1 ici]

La première classe ($n = 40$), nommée « Les délinquants », est composée d'individus qui se retrouvent davantage dans le milieu carcéral; les caractéristiques antisociales sont prédominantes. En effet, ils sont impulsifs (à la fois selon la PCL-R et la HCR-20), en plus d'avoir une faible maîtrise de soi. Ils présentent des problèmes de comportement depuis l'enfance et cumulent des antécédents criminels juvéniles; ils

répondent d'ailleurs aux critères diagnostiques du trouble des conduites et du trouble de la personnalité antisociale. Par ailleurs, leurs relations intimes sont instables; dans le même sens, une faible adaptation sociale pré morbide est observée. Cependant, ils n'ont pas de délire de persécution. Le milieu où les comportements violents surviennent n'est pas caractéristique de ce groupe, bien qu'une tendance observée (indice qui s'écarte 1.2 fois de la moyenne) indique qu'ils se manifestent plutôt en institution. Enfin, la présence d'une problématique d'abus de substances psychoactives (ASP) n'est pas un élément permettant de distinguer ce groupe en particulier.

La deuxième classe ($n = 30$, « Les fonctionnels ») se compose d'individus ne présentant que peu de caractéristiques particulières, si ce n'est qu'ils souffrent d'un trouble psychotique, qu'ils se retrouvent davantage dans le milieu médico-légal et qu'ils sont plus souvent violents dans la communauté. Ils ne sont pas impulsifs (à la fois selon la PCL-R et la HCR-20), mais présentent certaines faiblesses au plan de la maîtrise de soi. Par ailleurs, ils n'ont pas présenté de problèmes de comportement dans l'enfance, ne répondent pas aux critères diagnostiques du trouble des conduites, du trouble de la personnalité antisociale, ni d'une problématique d'abus de substances psychoactives. Ils ne présentent pas non plus de délires ou d'hallucinations auditives et ne cumulent aucun antécédent criminel juvénile. Enfin, ils présentent une adaptation sexuelle pré morbide adéquate et une certaine stabilité des relations est observée.

Enfin, la troisième classe ($n = 22$, « Les schizophrènes délirants ») est aussi formée d'individus qui ne présentent que peu de caractéristiques particulières, si ce n'est qu'ils sont clairement délirants. Les délires de référence, de transmission de pensées, de grandeur et d'être contrôlés sont en effet des symptômes vécus par ces individus; le groupe diagnostique (schizophrénie ou trouble schizophréniforme) caractérise aussi ce dernier groupe, qui se retrouve davantage dans le milieu médico-légal. Par ailleurs, malgré qu'ils puissent parfois se montrer impulsifs, ils ont une bonne maîtrise de soi et ne présentent pas d'instabilité au plan des relations intimes; ils ont d'ailleurs déjà vécu en union. Ils cumulent des antécédents criminels mineurs au juvénile et posent des comportements violents autant en communauté qu'en institution. Enfin, tous les individus de cette classe ont vécu, à un moment où à un autre, des hallucinations auditives. Cependant, cette caractéristique ne distingue pas ce groupe en particulier (c'est-à-dire qu'il ne s'écarte pas du profil moyen), puisque plusieurs participants de l'échantillon total (79,4%) ont déjà vécu ce type d'hallucination à un moment de leur vie.

La figure 2 présente représente la répartition, sur les trois dimensions, des trois profils-individus (classes) qui ont été révélées par l'analyse hiérarchique de Ward, à partir des résultats de l'ACM.

[insérer figure 2 ici]

Les types de comportements violents posés par les individus formant les différents groupes ont été examinés, de façon qualitative, afin d'évaluer s'ils se distinguent aussi sur cet aspect. Il s'avère que les individus formant le groupe nommé « Les délinquants » cumulent, pour la plupart, de nombreux comportements violents (violence persistante et répétitive), de différentes natures et visant la plupart du temps une connaissance ou un étranger. Ils rapportent, par eux-mêmes, davantage de comportements violents que ce qui est officiellement inscrit au dossier criminel. Pour leur part, « Les fonctionnels » présentent une criminalité moins variée que « Les délinquants ». Ce sont eux qui rapportent le moins de comportements violents et qui cumulent le moins de délits officiels; en effet, plus de la moitié des individus de ce groupe ne possèdent pas de dossier criminel. Par contre, la majorité des inscriptions contenues dans celui-ci sont en lien avec des délits de voies de fait, de voies de fait grave ou d'agressions physiques non définies, visant souvent des connaissances ou des étrangers, mais aussi leur conjoint(e), leur ami(e) de coeur ou leur colocataire. Enfin, plusieurs individus du groupe « Les schizophrènes délirants » ont posé des gestes violents sérieux (voies de fait, voies de fait graves, agressions impliquant des armes). De plus, près de la moitié (41%) de ces individus ont commis un homicide ou une tentative de meurtre, la plupart à l'endroit d'un proche ou d'un membre de leur famille. Cette proportion est beaucoup plus importante que parmi les deux autres groupes (20% dans le premier groupe et 6% dans le deuxième).

Discussion

La présente étude visait à vérifier s'il existe des profils particuliers parmi les individus souffrant d'un trouble psychotique ayant posé des gestes violents, en tenant compte du milieu où est survenue cette violence, c'est-à-dire en institution ou dans la communauté. Les analyses ont permis de dégager trois profils différents parmi les individus de l'échantillon. Le premier sous-groupe rassemble des individus qui présentent des problématiques multiples, tant à l'axe I qu'à l'axe II du DSM-IV, et chez qui les aspects liés à l'impulsivité et à la faible maîtrise de soi sont importants. Le deuxième sous-groupe est formé d'individus qui ne présentent que peu de caractéristiques particulières, chez qui la maladie a vraisemblablement été stabilisée. Enfin, le dernier sous-groupe est composé d'individus chez qui les symptômes psychotiques sont prédominants. Par ailleurs, l'examen qualitatif des types de comportements violents posés par les individus des différents profils a révélé qu'ils se distinguent aussi sur cet aspect, tant en ce qui concerne la fréquence que la gravité objective des passages à l'acte. Ces résultats tendent ainsi à soutenir les observations de Douglas et Ogloff (2003), selon lesquels différents facteurs sont liés à différentes formes de violence et qu'il y a lieu, afin d'optimiser la prédiction du risque, de s'interroger à la fois sur les facteurs de risque propres à un individu et sur la façon dont ces facteurs s'agencent chez cet individu.

Par ailleurs, les sous-groupes révélés par l'analyse de correspondances multiples permettent d'observer que les différentes variables liées à la violence, selon la littérature scientifique, semblent effectivement être des facteurs à considérer pour une meilleure compréhension du passage à l'acte violent. Par exemple, les profils obtenus tendent à soutenir la typologie des débutants précoces et des débutants tardifs rapportées dans les écrits scientifiques (Hodgins, 2008; Hodgins, & al., 1998; Tengström, & al., 2001). En effet, plusieurs des caractéristiques propres à ces deux groupes, en particulier les diagnostics principaux et secondaires, permettent aussi de définir « Les délinquants », d'une part, et « Les schizophrènes délirants », d'autre part.

Par ailleurs, ce sous-groupe d'individus délirants semble correspondre, en partie, au profil positif soupçonné. En effet, les individus formant ce groupe présentent des symptômes psychotiques positifs (hallucinations auditives et délires de différentes natures), mais ont une bonne maîtrise d'eux-mêmes, ne sont que peu ou pas impulsifs et affichent une bonne stabilité relationnelle. Ainsi, il est possible de croire que la symptomatologie positive, plus particulièrement le délire, est lié à la violence, du moins chez un sous-groupe spécifique d'individus psychotiques. Ceci tend aussi à soutenir le lien suggéré entre le « threat/control-override » et le risque de violence (Hodgins, & al., 2003; Link, & Stueve, 1994; Link, Stueve, & Phelan, 1998; Swanson, Borum, & Swartz, 1996). Toutefois, ces résultats vont à l'encontre des observations de Monahan et ses collaborateurs (2001), selon lesquels les délires, de quelque nature qu'ils soient, ne sont pas liés à un risque accru de violence. À cet effet, il est possible de croire que le type

d'analyse privilégié, qui définit les groupes en fonction de caractéristiques individuelles, permet de mieux saisir les différents modes d'organisation et, ainsi, d'expliquer les résultats contradictoires.

Toutefois, il importe de souligner que les résultats n'ont permis qu'une validation partielle des hypothèses de départ. D'une part, le profil négatif soupçonné initialement n'a pas été observé, ce qui est possiblement attribuable à la composition de l'échantillon. En effet, selon Côté et ses collaborateurs (1997), certains individus psychotiques sont plus « retraitistes » : ils répondent, le plus souvent, à un diagnostic de schizophrénie « pure », c'est-à-dire qu'ils ne présentent pas de problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives. De plus, ils sont habituellement hospitalisés de façon volontaire, dans le milieu hospitalier psychiatrique. Or, dans l'échantillon actuel, aucun des participants n'a été hospitalisé sur une base volontaire. De plus, la majorité des participants présentent une problématique complémentaire d'abus de substance psychoactives, ce qui laisse croire en l'absence d'individus véritablement retraitistes, présentant un diagnostic « pur ». Ainsi, l'échantillon n'était peut-être pas tout à fait représentatif de l'ensemble des individus souffrant d'un trouble psychotique, malgré le fait que les participants proviennent de trois milieux de prise en charge différents.

D'autre part, les analyses ont révélé un sous-groupe qui n'était pas attendu (« Les fonctionnels »). Les individus formant ce profil ne présentent que peu de caractéristiques particulières, mis à part le fait qu'ils sont pris en charge par le milieu médico-légal.

Compte tenu que tous les participants de l'étude souffrent tous d'un trouble du spectre de la psychose, ils ont sans doute vécu, à un moment ou à un autre, une désorganisation ayant pu entraîner le passage à l'acte violent; éventuellement, ils ont été déclarés non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux, ce qui a mené à une prise en charge par le milieu médico-légal. Ce sous-groupe était inattendu du fait qu'il n'a apparemment jamais été rapporté dans les études antérieures. Toutefois, il est possible de croire c'est peut-être en raison, justement, du fait que les individus de ce profil semblent fonctionnels et libres de problématiques importantes qu'ils sont plus difficiles à identifier et à cerner au plan clinique.

Enfin, les différents profils laissent entrevoir que les variables s'agencent d'une façon particulière, tenant compte des caractéristiques propres aux individus, mais aussi du milieu où se trouvent ces individus. L'impulsivité et la faible maîtrise de soi, ainsi que les aspects contextuels, se sont révélés des facteurs de risque beaucoup plus importants que ce qui était soupçonné initialement. Alors que le milieu de prise en charge est un élément caractérisant chacun des profils, l'impulsivité et la faible maîtrise de soi distinguent aussi chacun de profils, mais de façon différente, en fonction de l'absence ou de la présence de ces caractéristiques. Ces observations soutiennent la pertinence de privilégier des analyses non-linéaires dans l'étude du phénomène de la violence chez les individus souffrant d'un trouble psychotique, puisqu'elles permettent non seulement de prendre en compte, simultanément, une ensemble de variables, incluant les caractéristiques individuelles, mais aussi les interactions entre celles-ci. Ceci

permet, d'une part, de contourner les difficultés associées à l'hétérogénéité des groupes et, d'autre part, de cerner plus précisément les facteurs de risque, de même que les éléments de gestion du risque.

La force de cette étude repose sur deux aspects interdépendants, qui ont permis d'identifier des profils qui s'écartent de la moyenne, plutôt que de les cerner en fonction de tendances centrales de groupe. D'une part, les analyses statistiques privilégiées ont permis de prendre en considération, simultanément, un ensemble de variables identifiées par certains auteurs comme associées à la violence et de les considérer sous l'angle de profils, de mode d'organisation. D'autre part, les participants proviennent de trois milieux de prise en charge différents, liés à des statuts légaux distincts, contrairement au Projet Mac Arthur de Monahan et de ses collaborateurs (2001), dans lequel la plupart des individus psychotiques, provenant du milieu hospitalier psychiatrique, vivaient dans la communauté au moment de l'étude. Il est d'ailleurs possible de penser que l'échantillon actuel est formé de cas plus lourds, puisqu'il est composé d'individus violents, provenant majoritairement du milieu médico-légal ou carcéral, comparativement au Projet Mac Arthur, dans le cadre duquel plusieurs participants (50,4%), dont la majorité étaient violents, ont abandonné l'étude en cours de route. Cette limite avait d'ailleurs été soulevé par les auteurs (Steadman, & al., 1998). De plus, le fait d'avoir des participants provenant du milieu médico-légal a permis d'identifier un sous-groupe d'individus apparemment fonctionnels, qui n'avait pas encore été cerné dans les études antérieures. Enfin, le fait de considérer trois sources d'information (la participant

lui-même, les dossiers criminels et institutionnels) lors de la cueillette des informations portant sur les comportements violents représente aussi une force, en ce sens qu'il est ainsi possible d'obtenir un tableau plus complet et précis du phénomène.

Paradoxalement, les principales limites qui peuvent être soulevées se situent aussi au plan de la composition de l'échantillon, puisque aucun des participants n'a été hospitalisé sur une base volontaire; ceci aurait permis d'avoir des participants véritablement retraitistes et, ainsi, d'avoir un échantillon plus représentatif des individus souffrant de psychose. De plus, la majorité des sujets de l'échantillon présentent une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives; il en découle donc un nombre très limité d'individus présentant un diagnostic « pur ». Enfin, le nombre de participants est plutôt limité; il est donc difficile de déterminer si les résultats obtenus demeuraient stables si les mêmes analyses étaient réalisées à nouveau, avec un échantillon plus important. Cette stratégie d'analyse demeure néanmoins intéressante pour une meilleure compréhension de la problématique.

Tableau 1
Contributions et positions des profils-variables sur les différentes dimensions

Profil-variable	DIMENSION 1		Profil-variable	DIMENSION 2		Profil-variable	DIMENSION 3	
	Contribution	Position		Contribution	Position		Contribution	Position
Absence TPA*	0.085416	0.92714	Présence délire TRA**	0.079714	-0.67768	Impulsivité (HCR-20)		
Absence TC*	0.078453	1.02600	Dx SA/TD/NOS*	0.062910	0.64478	- cote de 0	0.096128	-0.78238
Présence TPA	0.065705	-0.71318	Absence délire TRA	0.058658	0.49867	Impulsivité (PCL-R)		
Impulsivité (PCL-R)			Absence délire GRA**	0.058264	0.61347	- cote de 1	0.084728	-0.81205
- cote de 2	0.063513	-0.77108	Absence d'union	0.054885	0.51777	Faible maîtrise (PCL-R)		
Absence ASP*	0.061459	1.20635	Présence d'union	0.054885	-0.51777	- cote de 0	0.081203	-1.06657
Impulsivité (PCL-R)			Absence délire RÉF**	0.054002	0.52513	Dél. juvénile (PCL-R)		
- cote de 0	0.055117	1.00424	Absence hallucination	0.053944	0.79870	- cote de 1	0.067269	-0.82044
Problèmes de comportement (PCL-R)			AUD**			Bonne adap. sociale	0.053292	0.65629
- cote de 0	0.054801	0.68509	Présence délire RÉF	0.049501	-0.48137	Absence TC	0.050776	0.59637
Incarcéré	0.054748	-0.88718	Présence délire CON**	0.047514	-0.50417	Impulsivité (HCR-20)		
Délinquance juvénile (PCL-R)			Absence délire CON	0.039911	0.42350	- cote de 2	0.038339	0.60514
- cote de 2	0.046007	-0.91749				Absence ASP	0.037810	0.68364
Présence TC	0.037961	-0.49645				Problèmes de comportements (PCL-R)		
						- cote de 1	0.036232	-0.51238

Problèmes de comportement (PCL-R)			Dx schizophrénie	0.036878	-0.37797	Impulsivité (PCL-R)		
- cote de 2	0.037117	-0.96634	Bonne adap. sexuelle	0.036016	-0.44979	- cote de 0 Incarcéré	0.034697	0.57568
Délinquance juvénile (PCL-R)			Présence délire GRA	0.035997	-0.37669	Instabilité des relations	0.027238	0.45212
- cote de 0	0.036573	0.54813	Faible adap. sexuelle	0.027705	0.34599	(HCR-20)		
Faible maîtrise (PCL-R)			Instabilité des relations (HCR-20)			- cote de 0 Présence TC	0.025788	-0.95035
- cote de 2	0.036314	-0.66555	- cote de 1	0.026187	0.45841	Instabilité des relations (HCR-20)	0.024569	-0.28857
Instabilité des relations (HCR-20)			Absence délire PER**	0.023613	0.45173	- cote de 2 Faible adap. sociale	0.022882	0.28792
- cote de 1	0.025122	0.60097				Instabilité des relations (HCR-20)	0.020994	-0.25854
NCRTM*	0.024845	0.51302				- cote de 1 NCRTM	0.020556	-0.39277
Problèmes de comportement (PCL-R)						Impulsivité (HCR-20)	0.020414	-0.33599
- cote de 1	0.023999	-0.57716				- cote de 1	0.020114	0.33798
Impulsivité (HCR-20)								
- cote de 2	0.023869	-0.66085						

* TPA : trouble de la personnalité antisociale; TC : trouble des conduites; ASP : abus de substances psychoactives; NCRTM : non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux; Dx SA/TD/NOS : trouble schizo-affectif/délirant/psychotique non spécifié ** Délires TRA : de transmission de pensées; GRA : de grandeur; RÉF : de référence; CON : d'être contrôlé; PER : de persécution; hallucination AUD : auditive

Figure 1
Graphique du coude

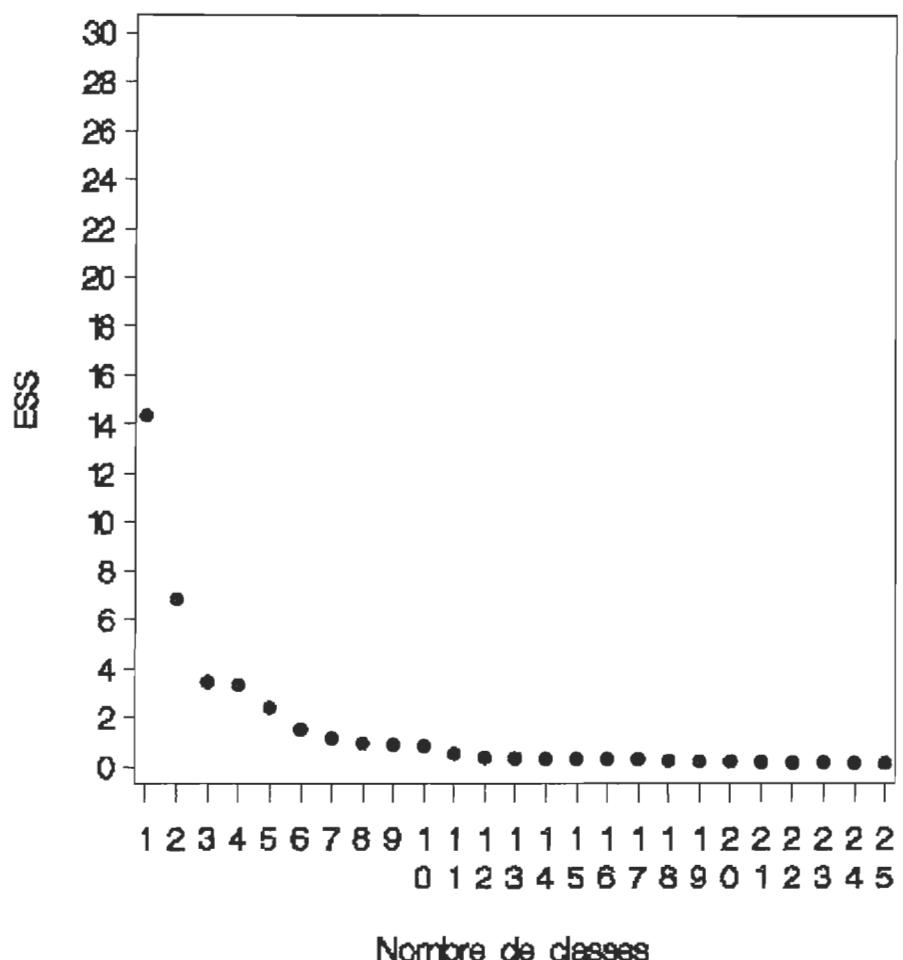
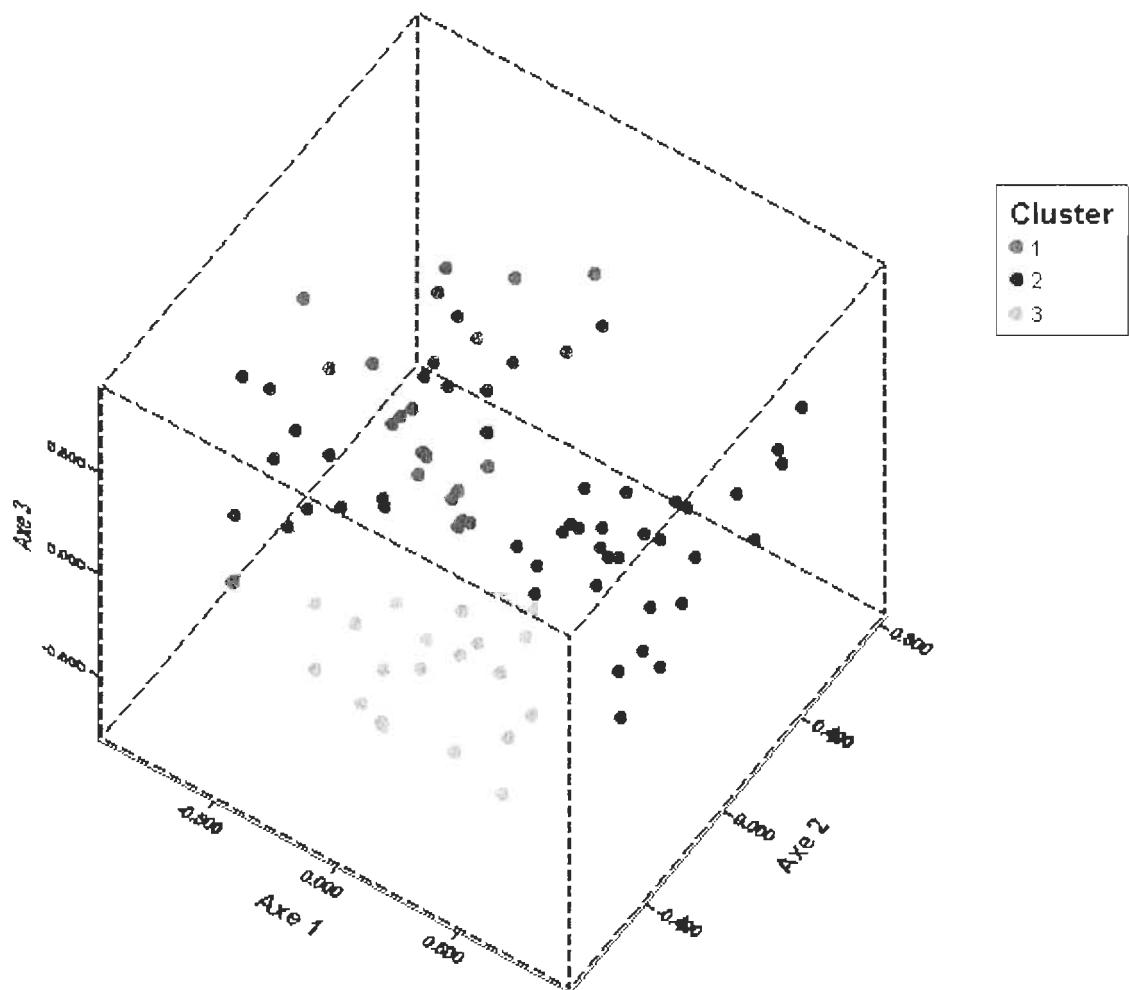


Figure 2
Répartition des trois classes sur les trois dimensions



Références

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: Author.

Angermeyer, M. C. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102 (suppl. 407)*, 63-67.

Arseneault, L., Moffit, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry, 57*, 979-986.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry, 47*, 67-77.

Citrome, L., & Volavka, J. (1999). Psychiatric disorders and violence. Dans K. Tardiff (Ed), *Medical management of the violent patients: Clinical assessment and therapy* (pp. 125-151). New York: Marcel Dekker.

Cooper, A. J., & Mendoca, J. D. (1991). A prospective study of patient assaults on nurse in a provincial psychiatric hospital in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 163-166.

Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. A case-control study. *British Journal of Psychiatry, 170*, 571-577.

Davis, S. (1991). Violence by psychiatric inpatients: A review. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 585-590.

Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.

Douglas, K. S., & Ogloff, J. R. P. (2003). Multiple facets of risk for violence: The impact of judgmental specificity on structured decisions about violence risk. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2, 19-34.

Dubreucq, J. -L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico psychologiques*, 163, 852-865.

Dumais, A., Côté, G., & Lesage, A. (2010). Clinical and sociodemographic profiles of male inmates with severe mental illness: A comparison with voluntarily and involuntarily hospitalized patients. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 55, 172-179.

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66, 152-161.

Estroff, S. E., & Zimmer, C. (1994). Social networks, social support, and violence among persons with severe, persistant mental illness. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (Eds), *Violence and mental disorder* (pp.259-295). Chicago: University of Chicago Press.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6, e1000120.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1994). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV (SCID-I)*. New York: State Psychiatric Institute.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. Toronto, Ontario: Multi-Health System.

Harris, J. G. Jr. (1975). An abbreviated form of the Phillips rating scale of premorbid adjustment in schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 129-137.

Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, 363*, 2505-2518.

Hodgins, S., Côté, G., & Toupin, J. (1998). Major mental disorder and crime: An etiological hypothesis. Dans D. Cooke, A. Forth & R. D. Hare (Eds), *Psychopathy theory: Research and implications for society* (pp.231-256). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Hodgins, S., Hiscock, U. L., & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behaviour among men with schizophrenia: A prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences and the Law, 21*, 523-546.

James, D. V., Fineberg, N. A., Shah, A. K., & Priest, R. G. (1990). An increase in violence on an acute psychiatric ward. A study of associated factors. *British Journal of Psychiatry, 156*, 846-852.

Joyal, C. C. (2005). Schizophrénie et violence: Mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic, numéro spécial « Psychiatrie et violence », 5-9*.

Joyal, C. C., Gendron, C., & Côté, G. (2008). Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: A 6-month report using the Modified Overt Aggression Scale. *Revue canadienne de psychiatrie, 53*, 478-481.

Kaliski, S. Z., & Zabow, T. (1995). Violence, sensation seeking, and impulsivity in schizophrenics found unfit to stand trial. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 23*, 147-155.

Krawkowski, M. (2005). Schizophrenia with aggressive and violent behaviors. *Psychiatric Annals, 35*, 45-49.

Laroche, I., Hodgins, S., & Toupin, J. (1995). Liens entre les symptômes et le fonctionnement social chez des personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble affectif majeur. *Revue canadienne de psychiatrie, 40*, 27-24.

Lebart, L., Morineau, A., & Warwick, K. M. (1984). *Multivariate descriptive statistical analysis : Correspondence analysis and related techniques for large matrices*. Toronto : Wiley.

Lépine, A., & Côté, G. (1998). L'abus de substances psychoactives et l'adaptation sociale chez les psychotiques. *Revue canadienne de psychiatrie, 43*, 1036-1039.

Lesch, K. P., & Merschdorf, U. (2000). Impulsivity, aggression, and serotonin: A molecular psychobiological perspective. *Behavioral Sciences and the Law, 18*, 581-604.

Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (Eds), *Violence and mental disorder* (pp. 137-159). Chicago: University of Chicago Press.

Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviours: Probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 555-560.

McNiel, D. E., & Binder, R. L. (1989). Relationship between preadmission threats and later violent behavior by acute psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 605-608.

Modestin, J., & Ammann, R. (1995). Mental disorders and criminal behaviour. *British Journal of Psychiatry, 166*, 667-675.

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1783-1793.

Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Clark Robbins, P., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment. The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University Press.

Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. Report from the UK700 trial. *British Journal of Psychiatry, 182*, 129-134.

Nestor, P. G. (2002). Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1973-1978.

Nolan, K. A., Czobor, P., Roy, B. B., Platt, M. M., Shope, C. B., Citrome, L. L., et al. (2003). Characteristics of assaultive behaviour among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services, 57*, 1012-1016.

Putkonen, A., Koutilainen, I., Joyal, C. C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid personality disorder and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 59-72.

Shah, A. K., Fineberg, N. A., & James, D. V. (1991). Violence among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 305-309.

Steadman, H., Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, P., Appelbaum, P., Grisso, T., Roth, L., & Silver, E. (1998). Violence by people discharge from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry, 55*, 393-401.

Steinert, T. (2002). Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 133-141.

Steinert, T., Wölflé, M., & Gebhardt, R. P. (2000). Mesurement of violence during inpatient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 107-112.

Swanson, J. W., Borum, R., & Swartz, M. S. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health, 6*, 309-329.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., et al. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 63*, 490-499.

Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., & Portera, L. (1997). A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatric Services, 48*, 678-681.

Taylor, P. J., Leese, M., William, D., Butwell, M., Daly, R., & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry, 172*, 218-226.

Tengström, A., Hodgins, S., & Kullgren, G. (2001). Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early-versus late-start offender typology. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 205-218.

Turnbull, G., & Bebbington, P. (2001). Anxiety and the schizophrenic process: clinical and epidemiological evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 235-243.

Volavka, J., & Citrome, L. (2008). Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *International Journal of Clinical Practice, 62*, 1237-1245.

Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2001). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry, 180*, 490-495.

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence, version 2*. Burnaby, Colombie-Britannique : Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University.

Discussion générale

Les recherches portant sur le phénomène de la violence chez les individus souffrant d'un trouble mental grave se sont multipliées au cours des dernières années. Il est maintenant généralement reconnu que ce sont les individus souffrant d'un trouble du spectre de la psychose, plus particulièrement de schizophrénie, qui présentent un risque accru de poser des gestes violents, surtout s'ils présentent aussi une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives (ASP) ou un trouble de la personnalité (Arseneault, & al., 2000; Citrome, & Volavka, 1999; Douglas, & al., 2009; Moran, & al., 2003; Putkonen, & al., 2004). Cependant, les individus psychotiques qui commettent des passages à l'acte violents ne forment pas un groupe homogène. D'une part, des typologies ont été établies à partir des diagnostics principaux et complémentaires, de l'évolution de la maladie et du comportement criminel, de même que de la symptomatologie. D'autre part, les aspects contextuels, les caractéristiques personnelles, le fonctionnement social, ainsi que le potentiel relationnel sont aussi des éléments à prendre en considération (voir l'introduction pour une recension des écrits). Donc, plusieurs variables distinctes semblent liées à la violence et une complexité du tableau clinique se dégage des différentes études.

Par ailleurs, la recension des écrits met en lumière une instabilité des résultats, voire même des contradictions. Ceci est peut-être dû au fait que la majorité des auteurs ont privilégié une logique linéaire (analyses de comparaison et tendances de groupe) dans le but de mieux saisir le mode de fonctionnement individuel, en associant différentes variables liées au risque de violence, sans prendre en compte l'hétérogénéité

des problématiques, des caractéristiques personnelles et des aspects contextuels en jeu. Dans cette optique, il y avait lieu de se tourner vers des analyses non-linéaires, qui permettent de s'attarder sur les caractéristiques individuelles plutôt que sur celles du groupe et d'identifier de quelle façon s'agencent et interagissent les différentes variables chez un individu donné.

L'objectif de cette étude était principalement de vérifier s'il existe des profils particuliers parmi les individus souffrant d'un trouble psychotique ayant posé des gestes violents, en tenant compte du contexte spécifique dans lequel est survenue la violence, à savoir en institution ou dans la communauté. Les analyses statistiques utilisées ont permis de prendre en considération, simultanément, un ensemble de variables différentes liées à la violence dans la littérature scientifique, bien que cette association ne soit pas toujours stable; cependant, ces variables n'avaient jamais été considérées sous l'angle de profils, ou de modes d'organisation. Par cette façon de faire, il a été possible de dégager trois profils d'individus violents souffrant d'un trouble psychotique, lesquels révèlent que les différentes variables s'agencent d'une façon particulière, tenant compte des caractéristiques propres des individus. D'une part, il existe un sous-groupe d'individus qui présentent des problématiques multiples (trouble psychotique, trouble de la personnalité antisociale et trouble des conduites, tenant compte du fait qu'un individu peut présenter un trouble des conduites sans présenter un TPA), parmi lesquels les aspects liés à l'impulsivité et à la faible maîtrise de soi sont importants. Un autre sous-groupe est composé d'individus qui ne présentent que peu de caractéristiques

particulières, sur la base des indices considérés, mais qui souffrent d'un trouble psychotique qui a vraisemblablement été stabilisé. Enfin, un dernier sous-groupe est formé d'individus chez qui les symptômes sont prédominants. D'autre part, l'examen des comportements violents posés par les individus des différents groupes révèle que ces individus semblent aussi se distinguer sur cet aspect. Ainsi, « Les délinquants » cumulent de nombreux passages à l'acte, de différentes natures (violence persistante et répétitive), comparativement aux individus du groupe nommé « Les fonctionnels », qui présentent beaucoup moins de comportements violents. Quant à eux, « Les schizophrènes délirants » ont posé des gestes de violence assez sérieux : près de la moitié ont commis un homicide ou une tentative de meurtre. Ces distinctions entre les groupes soutiennent les observations de Douglas et Ogloff (2003), selon lesquels différents facteurs sont liés à différentes formes de violence; il y a donc lieu de s'interroger sur les facteurs de risque à considérer pour un individu donné et sur la façon dont ces facteurs s'agencent chez cet individu (c'est-à-dire quel poids leur attribuer en ce qui concerne la prédiction du risque, eu égard au mode d'organisation).

Les résultats de l'analyse des correspondances multiples et de la classification hiérarchique ont donc révélé trois profils parmi les individus violents, plutôt que les deux attendus; ils ne permettent d'ailleurs qu'une validation partielle des hypothèses de départ. D'une part, le profil négatif soupçonné n'a pas été observé. Selon Côté et al. (1997), il existe un sous-groupe d'individus qui sont plus retraitistes : ils souffrent plus souvent de schizophrénie « pure », c'est-à-dire qu'ils ne présentent pas de

problématiques complémentaires d'abus de substances psychoactives (ASP), et ils se retrouvent davantage dans le milieu hospitalier psychiatrique, hospitalisés de façon volontaire. C'est sur la base de ces observations que l'existence d'un profil négatif a été postulée. Cependant, les participants de l'étude actuelle qui proviennent du milieu hospitalier se trouvent dans des unités de mise sous garde en établissement; ils ont donc été hospitalisés de façon involontaire. Il y a lieu de penser que ces deux groupes de patients ne sont pas comparables. L'inclusion de participants ayant été hospitalisés sur une base volontaire aurait pu permettre, éventuellement, d'avoir des individus véritablement retraitistes et, peut-être, de valider l'existence du profil négatif soupçonné. D'autre part, la majorité (82%) des participants de l'étude actuelle présentent une problématique complémentaire d'ASP. Selon Lépine et Côté (1998), les individus souffrant d'un trouble psychotique qui présentent ce type de problématique complémentaire sont généralement plus fonctionnels, dans certaines sphères de fonctionnement. Donc, le fait d'avoir peu de participants présentant un diagnostic « pur » limite aussi le nombre d'individus véritablement retraitistes. Ainsi, l'échantillon retenu n'est probablement pas tout à fait représentatif de l'ensemble des individus souffrant d'un trouble psychotique, malgré le fait que les participants proviennent de trois milieux différents de prise en charge, liés à trois statuts légaux distincts.

D'autre part, les individus formant le groupe nommé « Les schizophrènes délirants » semblent correspondre, en partie, au profil positif soupçonné. En effet, ils ont une bonne maîtrise d'eux-mêmes, ne sont que peu ou pas impulsifs, ne présentent pas

d'instabilité des relations intimes et ont déjà vécu en union. Cependant, ils présentent des hallucinations auditives et des idées délirantes de différentes natures (délire de référence, de transmission de pensées, de grandeur, d'être contrôlé). Il est donc possible de croire que la symptomatologie psychotique positive, plus spécifiquement le délire, est liée à la violence, du moins chez un groupe particulier d'individus. Ces observations vont à l'encontre de celles de Monahan et de ses collaborateurs (2001), selon lesquels la présence de délires, de quelque nature qu'ils soient, n'est pas liée à un risque plus élevé de violence. Cependant, elles soutiennent celles de Hodgins et al. (2003), Link et Stueve (1994), Link et al. (1998), ainsi que Swanson et al. (1996), qui suggèrent un lien entre le « threat/control-override » (TCO) et le risque de violence. En effet, certains des types de délires présentés par les individus du groupe « Les schizophrènes délirants » correspondent en grande partie à ceux faisant partie de la constellation du « TCO » (délire de transmission de pensées et d'être contrôlé). Il est ici possible de penser que le type d'analyse privilégié dans l'étude actuelle, qui définit des groupes en fonction de caractéristiques propres aux individus, permet de mieux saisir, voire d'expliquer, les résultats contradictoires.

Par ailleurs, deux des profils obtenus par l'analyse actuelle soutiennent la typologie des débutants précoces et des débutants tardifs observée par plusieurs (Hodgins, 2008; Hodgins, & al., 1998; Mathieu, & Côté, 2009; Tengström, & al., 2001). En effet, « Les délinquants » et « Les schizophrènes délirants » se distinguent en grande partie en fonction des caractéristiques propres aux débutants précoces et aux débutants

tardifs, autant en ce qui concerne les diagnostics principaux et secondaires que les comportements violents. Cependant, les aspects liés aux habiletés sociales et interpersonnelles ne vont pas dans le même sens, en ce sens que « Les délinquants » présentent à la fois une faible adaptation sociale prémorbide et une instabilité des relations. Ceci ne correspond pas aux observations de Hodgins et al. (1998), selon lesquels les débutants précoces obtiennent des scores légèrement plus élevés que les débutants tardifs aux échelles mesurant les habiletés sociales et interpersonnelles. Cette différence peut être attribuable au fait que ce ne sont pas les mêmes outils qui ont été utilisés (la version française du Social Adjustment Scale comparativement à la version française du Phillips Rating Scale of Premorbid Adjustment in Schizophrenia); donc, ce ne sont probablement pas les mêmes aspects qui ont été évalués (habiletés sociales et interpersonnelles plutôt qu'adaptation sociale/sexuelle prémorbide et stabilité des relations intimes). Par contre, les résultats ne correspondent pas non plus aux observations de Lépine et Côté (1998), qui ont utilisé le même outil et qui suggèrent que les individus souffrant d'un trouble psychotique auquel s'associe une problématique complémentaire d'ASP présentent généralement des indices d'une meilleure adaptation sociale et sexuelle prémorbide, sur certains aspects. Ici, les différences sont peut-être dues à l'échantillon, qui n'est pas tout à fait comparable, puisque qu'ils ont comparé des individus provenant du milieu carcéral à des individus du milieu hospitalier psychiatrique, hospitalisés sur une base volontaire.

Tel que mentionné précédemment, la classification hiérarchique a révélé un troisième groupe, nommé « Les fonctionnels ». Celui-ci se caractérise entre autres par le milieu de prise en charge : le milieu médico-légal. Le fait que ces individus se retrouvent dans ce milieu particulier soulève un questionnement, surtout du fait qu'ils ne présentent que peu de caractéristiques particulières; ils sont peu ou pas impulsifs, ont généralement une bonne maîtrise d'eux-mêmes et ne présentent pas de symptômes positifs actifs. Puisque tous les participants de l'échantillon retenu souffrent, à la base, d'un trouble du spectre de la psychose, les individus de ce groupe ont vraisemblablement vécu une désorganisation à un moment, ce qui a pu entraîner le passage à l'acte violent; ce serait pour cette raison qu'ils ont été déclarés non criminellement responsables et qu'ils ont été dirigés vers le milieu médico-légal. Par ailleurs, étant donné le fait que les participants ont été évalués peu de temps avant d'être libérés ou radiés du milieu de prise en charge et qu'ils ont sans doute bénéficié d'une médication appropriée, les symptômes présents lors du passage à l'acte se sont probablement résorbés. Ce groupe d'individus apparaît donc fonctionnel, sans lacunes importantes; dans les faits, ces patients sont peut-être plus difficiles à cerner sur le plan clinique. D'ailleurs, ce profil ne semble correspondre à aucun des sous-groupes relevés dans les écrits scientifiques, peut-être, justement, en raison de cette difficulté à les identifier et, de ce fait, ces individus représentent en quelque sorte un défi, en terme d'évaluation du risque. À cet effet, il est possible de penser que, pour ce groupe d'individus, la présence d'antécédents de trouble mental grave et la stabilité de l'état mental deviennent les facteurs ayant le plus de poids dans l'estimation du risque.

L'examen des types de comportements violents posés par les individus des différentes classes révèle que ce sont les individus de ce même groupe (« Les fonctionnels ») qui cumulent le moins de passages à l'acte violents. Différentes hypothèses peuvent être avancées à cet effet. D'une part, ils ne présentent pas de problématique complémentaire d'ASP, comparativement aux individus du groupe « Les délinquants », qui présentent pratiquement tous cette problématique complémentaire et qui cumulent de nombreux comportements violents. Ces résultats vont dans le sens des observations de plusieurs auteurs (Arseneault, & al., 2000; Citrome, & Volavka, 1999; Moran, & al., 2003; Putkonen, & al., 2004), qui soutiennent que les personnes souffrant d'un trouble psychotique présentent un risque accru de poser des gestes violents, ou d'adopter des conduites criminelles, s'ils souffrent aussi d'une problématique d'abus de substances psychoactives ou d'un trouble de la personnalité antisociale. La présence d'une problématique complémentaire d'ASP ne permet pas de distinguer les individus du groupe nommé « Les délinquants », probablement en raison du fait que 81,5% des individus de l'échantillon total présentent cette caractéristique. Toutefois, il importe de souligner que 97,5% des individus de cette classe présentent ladite problématique.

D'autre part, certains auteurs mettent en lumière l'importance des aspects contextuels en ce qui concerne le risque de passage à l'acte violent dont, entre autres, le niveau de structure et d'encadrement offert par les milieux dans lesquels les individus se retrouvent (Cooper, & Mendoca, 1991; Shah, & al., 1991; Webster, & al., 1997). À cet effet, dans leur étude visant à comparer l'efficacité des soins spécialisés et non

spécialisés offerts aux individus souffrant de troubles mentaux, Hodgins, Toupin, Fiset et Moisan (1996) observent que les individus qui proviennent du milieu médico-légal récidivent beaucoup moins que les individus du milieu hospitalier psychiatrique général lors de leur période de suivi (7,7% vs 31,5%), même si, au départ, ils présentaient davantage de comportements violents. Les congés des individus issus du milieu médico-légal étaient mieux planifiés; cependant, les auteurs postulent que le personnel soignant responsable du suivi de ces individus se voit remplir un double mandat : celui de traiter les troubles mentaux et celui de prévenir les comportements violents, en l'occurrence la récidive violente. Ils n'hésitent donc pas à prendre des mesures légales (par exemple, la réhospitalisation involontaire) afin de prévenir la récidive, ce que le statut légal de ces participants permet souvent de faire dans un délai rapide, contrairement aux individus du milieu hospitalier psychiatrique, hospitalisés sur une base volontaire.

L'analyse actuelle révèle que le milieu de prise en charge est un des éléments caractérisant chacun des profils. Un examen subséquent des données permet d'observer que ce sont les individus pris en charge par le milieu médico-légal qui cumulent le moins de comportements violents, mais aussi que la plupart des individus formant ces groupes ont été hospitalisés en psychiatrie à plusieurs reprises, souvent de façon involontaire. Il est ainsi possible de penser que l'encadrement dont ont bénéficié ces individus, du moins lorsqu'ils se trouvaient sous mandat légal, a pu permettre de gérer efficacement le risque de comportements violents et que c'est peut-être pour cette raison qu'ils cumulent moins de passages à l'acte. Toutefois, aucun des participants de l'étude actuelle n'a été

hospitalisé sur une base volontaire, à la différence de l'étude de Hodgins et al. (1996); il n'est donc pas possible de faire de comparaison à ce sujet, eu égard aux différences qui existent entre les deux échantillons. Dans la présente étude, ce sont « Les délinquants », qui se retrouvent dans le milieu carcéral, qui récidivent le plus. Certaines questions peuvent être soulevées, compte tenu que les intervenants du milieu carcéral, à l'instar de ceux du milieu médico-légal, peuvent prendre des mesures, rapidement, afin de prévenir la récidive lorsque l'individu se trouve toujours sous mandat. Par contre, à l'expiration de la peine, la surveillance prend fin et l'individu est laissé à lui-même; les intervenants n'ont alors plus aucun moyen de gérer le risque, ce qui peut entraîner la récidive. Dans ce cas, une autre hypothèse peut être avancée : l'influence des premières prises en charge. En effet, lorsqu'une personne est appréhendée, les policiers possèdent un pouvoir discrétionnaire leur permettant soit d'entreprendre des procédures judiciaires, soit de diriger l'individu vers une urgence psychiatrique s'ils le jugent nécessaire. Selon Dessureault, Côté et Ohayon (1998), cette décision repose, entre autres, sur les prises en charge antérieures. Ainsi, un individu ayant déjà été hospitalisé en psychiatrie aurait plus de chance d'être dirigé de nouveau vers ce milieu; aucune accusation ne serait alors portée. Inversement, celui qui a déjà été incarcéré, ou qui est connu des policiers, aurait plus de chances d'être accusé, puis incarcéré. Il cumulerait davantage de délits violents par le fait même. Donc, le fait que les participants formant le groupe « Les délinquants » présentent plus de passages à l'acte violents pourrait, pour une part à tout le moins, être imputable à une question de perception des agents de contrôle social.

Par ailleurs, les difficultés à bien gérer le risque et, éventuellement, à prévenir la récidive, pourraient aussi être attribuables à la complexité du tableau clinique que présentent « Les délinquants ». En effet, ils présentent à la fois un trouble psychotique, une problématique d'abus de substances psychoactives et un trouble de la personnalité antisociale. Selon certains auteurs (Côté, & Lesage, 1995; Teplin, 1990), ces deux dernières problématiques masquent souvent la présence du trouble psychotique; l'emphase serait donc mise sur les problèmes de comportement, plutôt que sur le trouble mental, qui n'est tout simplement pas diagnostiqué. Or, des problèmes de détection entraînent nécessairement des difficultés de bien cerner le risque.

Au-delà du milieu de prise en charge, il y a lieu de penser que les aspects antisociaux sont aussi des éléments importants à prendre en considération dans la compréhension du passage à l'acte violente. En effet, tel que soulevé par Dubruecq et al. (2005), il existe un sous-groupe d'individus chez qui la violence s'explique davantage par la frange antisociale, plutôt que par la maladie en tant que telle. D'ailleurs, l'impulsivité et la faible maîtrise de soi, qui sont deux des critères diagnostiques du trouble de la personnalité antisociale, se sont révélés être des caractéristiques significatives à travers les différents profils obtenus par les analyses. Que ce soit à l'échelle de psychopathie de Hare ou à la HCR-20, ces éléments sont mesurés sur une échelle en trois points, selon que l'individu ne présente pas du tout cette caractéristique (0), qu'il la présente dans une certaine mesure seulement (1), ou qu'il la présente de façon dominante (2). Les trois profils obtenus par la classification

hiérarchique distinguent les groupes en fonction, entre autres, de ces caractéristiques, en ce sens que chacun présente un aménagement précis de ces variables. Ainsi, le premier groupe (« Les délinquants ») est formé d'individus présentant une faible maîtrise de soi, de même qu'un haut niveau d'impulsivité. Le deuxième groupe (« Les fonctionnels ») est quant à lui composé d'individus présentant certaines lacunes au plan de la maîtrise de soi, mais qui ne sont pas impulsifs, tandis que le dernier groupe (« Les schizophrènes délirants ») est composé de participants qui présentent une bonne maîtrise de soi, mais qui sont parfois impulsifs. Il y a donc lieu de croire que ces caractéristiques ne sont pas nécessairement mesurables sur un continuum, mais qu'elles doivent plutôt être considérées sous un angle taxinomique.

Par ailleurs, les lacunes au plan de la capacité d'auto-contrôle semblent liées au potentiel relationnel, du moins chez les individus qui obtiennent des scores élevés aux mesures d'impulsivité et de faible maîtrise de soi. En effet, ces individus présentent aussi un score élevé à l'item d'instabilité des relations. Inversement, les individus chez qui ces lacunes sont moins présentes obtiennent quant à eux des scores nuls ou modérés à l'item mesurant l'instabilité relationnelle. Chacun des groupes présente donc un aménagement différent sur chacune de ces variables.

Ainsi, l'impulsivité et la faible maîtrise de soi demeurent des facteurs importants à prendre en considération dans l'étude des comportements violents chez les psychotiques. Il est reconnu que les individus souffrant de troubles neurologiques, plus

spécifiquement d'atteintes au lobe frontal, présentent un risque accru d'agir de façon impulsive, voire agressive (Dubreucq, & al., 2005). À cet effet, l'hypothèse typologique de Joyal (2005), ainsi que les études de Joyal, Gendron et Côté (2008), Nolan et ses collaborateurs (2003) et Volavka et Citrome (2008) révèlent l'existence d'un sous-groupe d'individus violents, qui souffrent à la fois de schizophrénie et de troubles neurologiques; ceux-ci présentent des comportements violents impulsifs, de façon persistante et répétitive. Quant à lui, Krakowski (2005) soutient que les anomalies neurologiques permettent de distinguer les schizophrènes récidivistes des schizophrènes non violents ou violents de façon transitoire. Il est alors permis de se demander si les passages à l'acte violents des individus du groupe « Les délinquants » sont seulement attribuables au trouble de la personnalité, ou si des problèmes neuropsychologiques, structuraux ou fonctionnels, peuvent éventuellement être présents, compte tenu du fait qu'ils se caractérisent entre autres par un haut niveau d'impulsivité et une faible maîtrise d'eux-mêmes. De plus, leurs comportements violents apparaissent persistants et répétitifs. Il n'est malheureusement pas possible de vérifier cette hypothèse actuellement, puisque les aspects neuropsychologiques n'ont pas été investigués lors de la cueillette de données. Cependant, cette sphère devrait faire objet d'une évaluation plus particulière, considérant que c'est parmi cette classe que se retrouvent le plus d'individus, mais aussi que ce sont eux qui sont le plus souvent violents.

La force de cette étude repose sur deux aspects interdépendants, qui ont permis d'identifier des profils qui s'écartent de la moyenne, plutôt que de les cerner en fonction

de tendances centrales de groupe. D'une part, les analyses statistiques privilégiées ont permis de prendre en considération, simultanément, un ensemble de variables associées, par certains auteurs, à la violence et de les considérer sous l'angle de profils, de modes d'organisation. D'autre part, les participants proviennent de trois milieux de prise en charge différents, liés à des statuts légaux distincts, contrairement au Projet Mac Arthur de Monahan et de ses collaborateurs (2001), dans lequel la plupart des individus psychotiques, provenant du milieu hospitalier psychiatrique, vivaient dans la communauté au moment de l'étude. Il importe d'ailleurs de souligner que plusieurs des participants du projet Mac Arthur ont abandonné l'étude en cours de route et que la majorité de ceux ayant abandonné étaient violents (Steadman, & al., 1998). Il est donc possible de penser que l'échantillon actuel est formé de cas plus lourds, puisqu'il est composé d'individus violents, provenant majoritairement du milieu médico-légal ou carcéral. Enfin, le fait de considérer trois sources d'information (la participant lui-même, les dossiers criminels et institutionnels) lors de la cueillette des données portant sur les comportements violents représente aussi une force, en ce sens qu'il est ainsi possible d'obtenir un tableau plus complet et précis du phénomène.

Paradoxalement, les principales limites qui peuvent être soulevées se situent aussi au plan de la composition de l'échantillon, puisque aucun des participants n'a été hospitalisé sur une base volontaire; ceci aurait pu permettre d'avoir davantage de sujets véritablement retraitistes et, ainsi, d'avoir un échantillon plus représentatif des individus souffrant de psychose. De plus, la majorité des sujets de l'échantillon présentent une

problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives; il en découle donc un nombre très limité d'individus présentant un diagnostic « pur ». Enfin, le nombre de participants est plutôt limité; il est donc difficile de déterminer si les résultats obtenus demeuraient stables si les mêmes analyses étaient réalisées à nouveau, avec un échantillon plus important. Cette stratégie d'analyse demeure néanmoins intéressante pour une meilleure compréhension de la problématique.

Le type d'analyse privilégié a donc permis de dégager une typologie qui permet d'appuyer les observations de plusieurs auteurs en ce qui concerne les différentes variables reliées à la violence chez les personnes souffrant d'un trouble psychotique. D'ailleurs, ces observations tendent à appuyer l'hypothèse selon laquelle l'instabilité des résultats qui est observée dans les différentes études réalisées dans le passé peut être attribuable au type d'analyse choisi (variables étudiées sur la base de tendances centrales). Cette typologie a aussi une pertinence clinique, puisqu'elle est observée dans la pratique, par exemple dans le milieu psychiatrique correctionnel. Par contre, les hypothèses de départ ont été posées sur la base, principalement, de caractéristiques personnelles et de mode d'organisation de l'individu; cependant, les résultats laissent penser que les éléments contextuels, plus particulièrement le milieu de prise en charge, sont encore plus importants que ce qui était soupçonné initialement. Par exemple, ce sont « Les délinquants » qui sont le plus souvent violents en institution, alors qu'il était attendu qu'ils le soient davantage dans la communauté. De plus, les individus psychotiques pris en charge par le milieu médico-légal se distinguent entre eux, mais

semblent aussi se distinguer des individus hospitalisés de façon volontaire. Donc, il apparaît important de prendre en compte le milieu, mais aussi l'interaction entre celui-ci et les différents modes d'organisation, lorsqu'il s'agit d'identifier les éléments de gestion du risque.

Finalement, la question de l'impulsivité s'est aussi révélée être un aspect important, compte tenu des différents aménagements mis en lumière dans les tableaux cliniques des trois groupes. Puisque l'impulsivité comporte à la fois des composantes neurobiologiques, neuropsychologiques, génétiques et psychosociales, de nouvelles pistes de compréhension, plus complexes encore, peuvent être envisagées. Ces composantes devraient donc être intégrées dans les études subséquentes portant sur le phénomène de la violence chez les individus souffrant d'un trouble psychotique.

Conclusion

Les résultats de l'étude permettent de dégager deux constatations principales; ces dernières paraissent liées au fait que les hypothèses, qui ont été postulées sur la base des caractéristiques personnelles et du mode d'organisation, étaient peut-être, finalement, incomplètes.

D'une part, il était attendu que le milieu où survient la violence soit lié à des profils particuliers d'individus souffrant d'un trouble psychotique, tenant compte de leur diagnostic principal, de même que de leurs forces et leurs lacunes. La compréhension était alors basée sur la capacité de l'individu à subir la pression du milieu; l'accent est ici placé sur les caractéristiques individuelles. Or, les éléments contextuels semblent jouer un rôle bien plus important que ce qui était attendu, ne serait-ce que parce que le statut légal, donc le milieu de prise en charge, est un des éléments caractérisant chacun des profils. Par ailleurs, deux profils différents ont été dégagés parmi les individus provenant du milieu médico-légal, ce qui soutient en partie l'hypothèse de modes d'organisation distincts. De plus, « Les délinquants » auraient tendance à être plus souvent violents en institution, alors qu'il était attendu qu'ils le soient davantage dans la communauté. Ainsi, il y a lieu de croire qu'au-delà des caractéristiques personnelles, l'interaction entre les caractéristiques individuelles et l'environnement permet de préciser davantage les facteurs de risque et les éléments de gestion de celui-ci. L'utilisation de la Historical, Clinical and Risk Management Guide-20 (HCR-20) apparaît ainsi très pertinente lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque, puisqu'elle permet de prendre en considération cette

interaction et de définir les éléments de gestion du risque en fonction du contexte dans lequel l'individu évolue.

D'autre part, l'auto-contrôle, référant à la capacité de gérer la pression provenant des pairs et des situations extérieures, a aussi été pris en considération dans les hypothèses de départ. Cependant, les analyses ont révélé que l'impulsivité et la faible maîtrise de soi semblent être des caractéristiques plus importantes et plus complexes que ce qui était attendu. Pour certains, ces deux problématiques se doivent d'être distinguées (comportement irréfléchi, posé sur l'envie du moment par rapport à la difficulté à contenir son agressivité); d'autres proposent plutôt un recouplement, en définissant l'impulsivité par une instabilité de l'humeur et du comportement. Les résultats laissent toutefois penser que ce sont bel et bien deux entités distinctes, puisque chacun des profils présente un aménagement différent de ces problématiques. En effet, les sous-groupes qui ont été définis par les analyses démontrent que, même si certains individus peuvent à la fois être impulsifs et présenter une faible maîtrise de soi, d'autres peuvent présenter des lacunes sur l'une ou l'autre de ces problématiques seulement. Il est donc possible de penser que la capacité d'auto-contrôle, telle que définie initialement, est liée, d'une certaine manière, au comportement violent chez ces derniers. D'ailleurs, les profils se distinguent aussi en fonction de plusieurs autres caractéristiques personnelles ce qui, encore une fois, appuie l'hypothèse de modes d'organisation différents. Compte tenu du fait que l'impulsivité peut être étudiée en fonction des aspects génétique, neurobiologique, neuropsychologique et psychosocial, les résultats ouvrent la porte à

une approche multidisciplinaire, approche qui semble avoir été négligée à ce jour. Or, le fait d'intégrer diverses disciplines dans l'étude du rôle de l'impulsivité dans les passages à l'acte violents permettrait possiblement une meilleure compréhension du phénomène et, éventuellement, de dégager les enjeux au centre des différentes formes d'impulsivité, se traduisant soit par des comportements explosifs, soit par une recherche d'excitation, soit par des actions irréfléchies.

Le type d'analyse donne des résultats plus complexes que ce qui était attendu, mais qui, somme toutes, soutiennent la pertinence de privilégier une logique non-linéaire dans l'étude des comportements violents chez les personnes souffrant d'un trouble mental grave. En effet, ce type d'analyse permet non seulement d'identifier les variables associées à la violence chez ces individus, mais surtout de prendre en compte, simultanément, les interactions entre les différentes variables, et ce, selon une approche non linéaire des caractéristiques, ce qui permet une lecture plus fine, plus précise de la problématique. De plus, puisqu'il s'agit d'une analyse centrée sur les personnes plutôt que sur les variables, elle permet de contourner, en partie du moins, les difficultés associées à l'hétérogénéité des groupes et, éventuellement, d'obtenir des résultats plus stables à travers le temps, mais aussi à travers les différentes études. Cependant, l'échantillon réduit de l'étude actuelle ne permet pas de prétendre à cette stabilité rendue possible par le type d'analyse utilisée.

Références

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: Author.

Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*(424), 5-59.

Angermeyer, M. C. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102 (suppl. 407)*, 63-67.

Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry, 24*, 469-486.

Arboleda-Florèz, J., Holley, H., & Crisanti, A. (1998). Understanding causal paths between mental illness and violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, S38-S46

Arseneault, L., Moffit, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry, 57*, 979-986.

Bassuk, E. L., & Gerson, S. (1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American, 238*, 46-53.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to

sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 67-77.

Bjørkly, S. (2002a). Psychotic symptoms and violence toward others -- a literature review of some preliminary findings. Part 1. Delusions. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 617-631.

Bjørkly, S. (2002b). Psychotic symptoms and violence toward others – a literature review of some preliminary findings. Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 605-615.

Bjørkly, S., & Havik, O. (2003). TCO symptoms as a marker of violence in a sample of severely psychiatric inpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2, 87-97.

Citrome, L., & Volavka, J. (1999). Psychiatric disorders and violence. Dans K. Tardiff (Ed), *Medical management of the violent patients: Clinical assessment and therapy* (pp. 125-151). New York: Marcel Dekker.

Cooper, A. J., & Mendoca, J. D. (1991). A prospective study of patient assaults on nurse in a provincial psychiatric hospital in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 163-166.

Côté, G., & Lesage, A. (1995). *Cahier de recherche : Diagnostics complémentaires et adaptation sociale chez des détenus schizophrènes ou dépressifs : Rapport final*. Montréal: Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. A case-control study. *British Journal of Psychiatry, 170*, 571-577.

Davis, S. (1991). Violence by psychiatric inpatients: A review. *Hospital and Community Psychiatry. 42*, 585-590.

Dessureault, D., Côté, G., & Ohayon, M. M. (1998). Aspect multidimensionnel des hypothèses proposées pour rendre compte de la prévalence des troubles mentaux en milieu carcéral. *Revue canadienne de psychiatrie, 43*, 928-932.

Dorvil, H., Gutteman, H. A., Ricard, N. & Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.

Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a Risk Factor for Violence to Others: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 135*, 679-706.

Douglas, K. S., & Ogloff, J. R. P. (2003). Multiple Facets of Risk for Violence: The Impact of Judgmental Specificity on Structured Decisions About Violence Risk. *International Journal of Forensic Mental Health, 2*, 19-34.

Dubreucq, J. L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico-psychologiques, 163*, 852-865.

Dumais, A., Côté, G., & Lesage, A. (2010). Clinical and sociodemographic profiles of male inmates with severe mental illness: a comparison with voluntarily and involuntarily hospitalized patients. *La Revue canadienne de psychiatrie, 55*, 172-179.

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66, 152-161.

Estroff, S. E., & Zimmer, C. (1994). Social Networks, Social Support, and violence among persons with severe, persistant mental illness. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (Eds), *Violence and mental disorder* (pp.259-295). Chicago: University of Chicago Press.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., Grann, M. (2009). Scizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6, e1000120.

Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 301, 2016-2023.

Friedmann, P. D., Melnick, G., Jiang, L., & Hamilton, Z. (2008). Violent and disruptive behaviour among drug-involved prisoners: Relationship with psychiatric symptoms. *Behavioral Sciences and the Law*, 26, 389-401.

Grossman, L. S., Haywood, T. W., Cavanaugh, J. L., Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crime. *Psychiatric Services*, 46, 790-795.

Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. Toronto, Ontario: Multi-Health System.

Hodgins, S. (2001). Les malades mentaux et la criminalité: Cesser de débattre les faits et rechercher des traitements efficaces et les causes. Dans S. Bauhofer, P. H. Bolle, &

V. Dittman (Éds), *Délinquants dangereux Gemeingefährliche Straftäter* (pp. 97-134). Zurich : Verlag Rüegger – Chur/Zurich.

Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2505-2518.

Hodgins, S., Côté, G., & Toupin, J. (1998). Major mental disorder and crime: An etiological hypothesis. Dans D. Cooke, A. Forth & R. D. Hare (Éds), *Psychopathy theory: Research and implications for society* (pp.231-256). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Hodgins, S., Hiscock, U. L., & Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behaviour among men with schizophrenia: A prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 523-546.

Hodgins, S., Toupin, J., Fiset, S., & Moisan, D. (1996). Soins communautaires pour patients souffrant de troubles mentaux graves et ayant une histoire d'actes illégaux : une comparaison de l'efficacité des soins spécialisés et non-spécialisés. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.

James, D. V., Fineberg, N. A., Shah, A. K., & Priest, R. G. (1990). An increase in violence on an acute psychiatric ward. A study of associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 156, 846-852.

Joyal, C. C. (2005). Schizophrénie et violence: mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic, numéro spécial « Psychiatrie et violence », 5-9.*

Joyal, C. C., Gendron, C., & Côté, G. (2008). Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: A 6-month report using the Modified Overt Aggression Scale. *Revue canadienne de psychiatrie*, 53, 478-481.

Junginger, J. (1995). Command hallucination and the prediction of dangerousness. *Psychiatric Services*, 46, 911-914.

Kaliski, S. Z., & Zabow, T. (1995). Violence, sensation seeking, and impulsivity in schizophrenics found unfit to stand trial. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 147-155.

Kirby, M. J. L., & Keon, W. J. (2006). *De l'ombre à la lumière: La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Rapport final. Ottawa: Sénat Canada.

Krawkowski, M. (2005). Schizophrenia with aggressive and violent behaviors. *Psychiatric Annals*, 35, 45-49.

Kumar, S., Ng, B., & Robinson, E. (1999). The crowded ward. *Psychiatric Services*, 50, 499-500.

Laroche, I., Hodgins, S., & Toupin, J. (1995). Liens entre les symptômes et le fonctionnement social chez des personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble affectif majeur. *Revue canadienne de psychiatrie*, 40, 27-24.

Lépine, A., & Côté, G. (1998). L'abus de substances psychoactives et l'adaptation sociale chez les psychotiques. *Revue canadienne de psychiatrie*, 43, 1036-1039.

Lesch, K. P., & Merschdorf, U. (2000). Impulsivity, aggression, and serotonin: A molecular psychobiological perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 581-604.

Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (Eds), *Violence and Mental Disorder* (pp. 137-159). Chicago: University of Chicago Press.

Link, B. G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviours: probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 555-560.

Magnusson, D. (1998). The logic and implications of a person-oriented approach. Dans R. B. Cairns, L. R. Bergman & J. Kagan (Eds), *Methods and Models for Studying the Individual* (pp. 33-64). Thousand Oaks, Californie: Sage Publications.

Mathieu, C., & Côté, G. (2009). A modelization of the differences found in early and late starters among French Canadian offenders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 25-32.

McNeil, D. E., & Binder, R. L. (1989). Relationship between preadmission threats and later violent behavior by acute psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 605-608.

McNeil, D. E., Eisner, J. P., & Binder, R. L. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric Services*, 51, 1288-1292.

Modestin, J., & Ammann, R. (1995). Mental disorders and criminal behaviour. *British Journal of Psychiatry, 166*, 667-675.

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1783-1793.

Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Clark Robbins, P., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking Risk Assessment. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford: Oxford University Press.

Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. Report from the UK700 trial. *British Journal of Psychiatry, 182*, 129-134.

Nestor, P. G. (2002). Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1973-1978.

Nolan, K. A., Czobor, P., Roy, B. B., Platt, M. M., Shope, C. B., Citrome, L. L., et al. (2003). Characteristics of assaultive behaviour among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services, 57*, 1012-1016.

Phelan, J. C., & Link, B. G. (1998). The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, S7-S17.

Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C. C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid personality disorder and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 59-72.

Rapport du comité d'examen du Service correctionnel du Canada. (2007, Octobre). Ministre des travaux publics et services gouvernementaux, Canada.

Shah, A. K., Fineberg, N. A., & James, D. V. (1991). Violence among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 305-309.

Sim, K., Swapna, V., Mythily, S., Mahendran, R., Kua, E. H., Mc Gorry, P., & al. (2004). Psychiatric comorbidity in first episode psychosis: the Early Psychosis Intervention Program (EPIP) experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 23-29.

Steadman, H., Mulvey, E., Monahan, J., Robbins, P., Appelbaum, P., Grisso, T., Roth, L., & Silver, E. (1998). Violence by people discharge from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.

Steinert, T. (2002). Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 133-141.

Steinert, T., Wölflé, M., & Gebhardt, R. P. (2000). Mesurement of violence during inpatient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 107-112.

Swanson, J. W., Borum, R., & Swartz, M. S. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 309-329.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., et al. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499.

Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., & Portera, L. (1997). A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatric Services*, 48, 678-681.

Taylor, P. (1982). Schizophrenia and violence. Dans J. Gunn & D. P. Farrington (Eds), *Abnormal Offenders, Delinquency, and the Criminal Justice System* (pp. 269-284). Toronto: Wiley.

Taylor, P. J., Leese, M., William, D., Butwell, M., Daly, R., & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 218-226.

Tengström, A., Hodgins, S., & Kullgren, G. (2001). Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early-versus late-start offender typology. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 205-218.

Teplin, L. A. (1990). Detecting Disorder: The Treatment of Mental Illness Among Jail Detainees. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 233-236.

Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Vendôme : PUF.

Turnbull, G., & Bebbington, P. (2001). Anxiety and the schizophrenic process: clinical and epidemiological evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 235-243.

Vandamme, M. -J. (2009). Schizophrénie et violence: facteurs cliniques, infracliniques et sociaux. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 629-637.

Volavka, J., & Citrome, L. (2008). Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *International Journal of Clinical Practice*, 62, 1237-1245.

Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2001). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence, version 2*. Burnaby, Colombie-Britannique: Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University.