

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
GENEVIÈVE MORIN

LA PRÉCOCITÉ DES TROUBLES DE COMPORTEMENT COMME
INDICE DE LA SPÉCIFICITÉ CLINIQUE DES SUJETS VIOLENTS
ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX SÉVÈRES ET PERSISTANTS.

AVRIL 2003

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.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout spécialement mon directeur de recherche, M. Gilles Côté pour sa patience sans cesse renouvelée à mon égard et pour ses précieux conseils.

Également, les statisticiens Alexandre et Jean-François pour leurs explications et leur patience, le coordonnateur du projet de recherche Éric Skulski pour sa présence et son aide. Jean-François, Julie et Nancy sans qui je n'aurais pu avancer et finalement, tous ceux qui m'auront soutenue dans ce travail de longue haleine.

Résumé :

L'objectif est de définir une spécificité clinique chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves manifestant un comportement violent sur la base de la présence ou de l'absence d'un trouble des conduites. La typologie des débutants précoces et des débutants tardifs (Hodgins, Côté et Toupin, 1998) trace des trajectoires comportementales différentes pour ces deux groupes d'individus, mais leurs caractéristiques respectives doivent être précisées. L'abus et la dépendance aux substances psychoactives, l'adaptation sociale, le nombre et la sévérité des comportements violents sont les principales variables à l'étude pour cerner lesdites caractéristiques.

L'échantillon est composé de 115 hommes atteints d'un trouble mental grave; ils ont été recrutés sur la base de leur statut légal.

Les résultats démontrent une différence entre les débutants précoces et les débutants tardifs en regard de toutes les variables, exception faite de l'adaptation sociale.

Mots-clés : troubles mentaux graves, violence, trouble des conduites, typologie, abus/dépendance aux substances psychoactives, adaptation sociale, comportement criminel.

Summary :

The objective is to define a clinical specificity of persons suffering from severe mental disorders who act violently due to a conduct disorder, or the lack thereof, in their history. The typology of the early- and the late-starters (Hodgins, Côté & Toupin, 1998) draws different behavioral paths for these two groups of subjects, but their characteristics must be specified. Substance abuse or addiction, social adaptation, number and severity of violent acts will be the main variables studied here to define and delimit these characteristics.

The sample is composed of 115 men who present a diagnosis in the spectrum of severe mental disorders; they had been recruited on the basis of their legal status.

The results show a difference between the early- and the late starters for all variables, except for social adaptation.

Keywords: severe mental disorders, violence, conduct disorders, typology, substance abuse/dependency, social adaptation, criminal behavior.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé 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 de l'article soumis pour publication.

TABLE DES MATIÈRES

Contexte théorique.....	6
Méthode.....	10
Résultats.....	14
Discussion.....	16
Références.....	21
Tableaux.....	24
Tableau 1.....	24

CONTEXTE THÉORIQUE

Au cours des dernières années, plusieurs chercheurs se sont penchés sur la relation entre troubles mentaux graves et comportement criminel, voire comportement criminel violent. À ce sujet, quatre voies d'étude sont généralement identifiées dans la plupart des revues de la littérature scientifique (HODGINS, 1993; 2001; BECK & WENCELL, 1998; ASNIS, KAPLAN, HUNDORFEAN & SAEED, 1997). Les individus atteints de troubles mentaux graves vivant dans la communauté présentent un risque plus élevé de commettre des crimes et de se comporter violemment que les membres de la population générale. En effet, les études de cohortes de naissance et de la population générale rapportent que des proportions plus grandes d'individus manifestant ou présentant ultérieurement un trouble mental grave commettent des crimes en comparaison des individus n'en présentant et n'en développant pas. Par ailleurs, le suivi des patients hospitalisés en psychiatrie indique qu'ils commettent plus de crimes et qu'ils sont davantage susceptibles de récidiver que les membres de la population générale. En milieu carcéral, les études démontrent que les taux de prévalence de troubles mentaux sont plus élevés chez les délinquants incarcérés que ceux retrouvés parmi la population générale. De plus, une prévalence plus importante de troubles mentaux graves est relevée chez les délinquants homicides comparativement aux autres types de détenus.

Toutefois, le lien entre troubles mentaux graves et comportement violent ne se vérifie pas chez tous les sujets atteints de troubles mentaux graves. CÔTÉ, LESAGE, CHAWKY et LOYER (1997) observent qu'au niveau du diagnostic primaire, les détenus atteints de troubles mentaux graves se différencient des patients hospitalisés en psychiatrie. En effet, en ce qui a trait aux diagnostics du spectre de la schizophrénie, les détenus rencontrent davantage les critères d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non-spécifié alors que les patients hospitalisés en psychiatrie reçoivent plutôt un diagnostic de schizophrénie. Au niveau des troubles affectifs, les détenus présentent

souvent une dépression majeure tandis que les patients répondent davantage aux critères des troubles affectifs bipolaires. Pour leur part, dans leurs travaux portant sur les individus souffrant de troubles mentaux vivant dans la communauté et se comportant violemment, ARSENEAULT, MOFFITT, CASPI, TAYLOR et SILVA (2000) rapportent que ce lien se limite à trois diagnostics chez les jeunes adultes : la dépendance à l'alcool, la dépendance à la marijuana et les troubles psychotiques.

Une spécificité clinique commence donc à se dégager. Certains considèrent d'ailleurs que ce n'est pas le trouble mental, mais le diagnostic complémentaire qui est à la base de celle-ci. Au niveau de la comorbidité, le trouble de personnalité antisociale a déjà été identifié comme étant souvent concomitant aux troubles de l'axe I chez les détenus (HODGINS & CÔTÉ, 1993). Pour que ce diagnostic soit posé, le trouble des conduites doit nécessairement être présent dans l'histoire développementale de ces individus. Une consommation abusive de substances psychoactives est souvent associée à la présence de ce trouble pendant l'enfance et l'adolescence. Dès lors, il n'est peut-être pas étonnant que les troubles relatifs à la consommation de substances psychoactives soient souvent identifiés comme étant concomitants aux troubles de l'axe I chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves qui présentent un comportement violent. En effet, plusieurs études (ERONEN, TIIHONEN & HAKOLA, 1996a; CÔTÉ *et al.*, 1997; WALLACE *et al.*, 1997; STEADMAN *et al.*, 1998; MONAHAN *et al.*, 2001) démontrent que le recours aux drogues et à l'alcool augmente le risque de commettre des délits chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. En ce sens, certains (MONAHAN *et al.*, 2001; WALLACE *et al.*, 1998) considèrent que c'est plutôt l'abus de substances psychoactives qui constitue le facteur-clé dans la prévalence des comportements violents chez les individus souffrant de troubles mentaux graves.

Un autre aspect lié à la spécificité clinique concerne l'adaptation sociale. D'après MUESER, *et al.* (1990), les patients psychotiques abusant de substances psychoactives

démontrent un meilleur niveau de sociabilité et une meilleure adaptation prémorbide. De même, CÔTÉ et ses collaborateurs(1997) observent effectivement que, comparativement au groupe de patients hospitalisés en psychiatrie, le groupe de détenus atteints de troubles mentaux graves présente un degré plus élevé de fonctionnement social, plus particulièrement en ce qui concerne l'adaptation globale et la vie familiale. Les détenus psychotiques étaient généralement mieux adaptés dans les domaines des activités/loisirs et des contacts sociaux. Dans les sous-groupes affectifs, les différences se sont révélées significatives au niveau de la vie familiale seulement. En somme, selon cette étude, comparativement aux patients hospitalisés en psychiatrie, les détenus atteints de troubles mentaux graves sont plus susceptibles d'avoir des enfants, de s'engager dans des relations familiales, d'éprouver de l'intérêt pour les relations sexuelles et de participer à des activités de loisir. Par contre, ils vivent plus de difficultés au niveau de leur budget. Une analyse subséquente des mêmes échantillons, portant spécifiquement sur les sujets psychotiques (LÉPINE & CÔTÉ, 1998), rapporte également que l'abus de substances psychoactives est associé à ces indices d'adaptation sociale et d'adaptation sexuelle prémorbide.

Ainsi, il apparaît que les personnes atteintes de troubles mentaux graves qui manifestent un comportement violent ne constituent pas un groupe homogène (MONAHAN *et al.*, 2001). Une catégorisation est avancée par HODGINS, CÔTÉ et TOUPIN (1998). Deux groupes distincts de personnes souffrant de troubles mentaux graves commettent des crimes : les « débutants précoces » et les « débutants tardifs ». Les débutants précoces présentent un profil stable de comportements antisociaux, incluant souvent l'abus de substances psychoactives dès un jeune âge, avant que les symptômes de la maladie apparaissent. Les débutants tardifs, eux, ne manifestent aucune conduite antisociale évidente avant que les symptômes de la maladie ne soient présents.

Par ailleurs, une étude prospective d'une cohorte de naissance (HODGINS & JANSON, 2000), deux études de détenus masculins présentant des troubles mentaux graves (HODGINS, *et al.*, 1998; NOLAN, VOLAVKA, MOHR & CZOBOR, 1999) et une étude de détenus masculins souffrant de schizophrénie (HODGINS *et al.*, 1996) démontrent que les débutants précoces sont accusés de plus de crimes et de plus de crimes non-violents que les débutants tardifs. Dans leur étude menée auprès de 272 hommes atteints de schizophrénie ayant commis au moins un crime violent, TENGSTROM, HODGINS et KULLGREN (2001) constatent également que le profil des débutants précoces et des débutants tardifs diffère au cours de l'enfance, de l'adolescence et à l'âge adulte. Précisant le profil énoncé précédemment, les débutants précoces abusent davantage de substances psychoactives (TENGSTROM *et al.*, 2001) et présentent une meilleure adaptation sociale dans certaines sphères de fonctionnement (HODGINS *et al.*, 1998; SCHANDA *et al.* 1992) que les débutants tardifs. Au niveau du comportement criminel, les débutants précoces sont davantage condamnés pour des crimes non-violents et pour des crimes violents que les débutants tardifs.

Ces distinctions associées au moment de l'apparition des troubles de comportement soutiennent la pertinence d'une typologie basée sur la précocité des troubles des conduites. Afin de définir un profil plus précis des personnes atteintes de troubles mentaux graves s'orientant vers les systèmes judiciaire ou hospitalier, l'accent peut être placé sur la précocité des troubles de comportement pour distinguer deux groupes de patients présentant un comportement criminel, mais il importe également de préciser leurs caractéristiques respectives.

La présence d'un trouble des conduites dans la trajectoire développementale pourrait différencier les individus au plan de l'abus ou de la dépendance aux substances psychoactives, de l'adaptation sociale et de la tendance à manifester un comportement violent. En regard de ce qui a été énoncé, les débutants précoces éprouveraient

davantage de problèmes reliés à la consommation de substances psychoactives comparativement aux débutants tardifs. Les débutants précoces devraient présenter un meilleur niveau de fonctionnement social comparativement aux débutants tardifs. Finalement, les débutants précoces cumuleraient davantage de délits, et davantage de délits violents, dont la sévérité devrait être plus élevée, que les personnes atteintes de troubles mentaux graves n'ayant pas manifesté de trouble des conduites, soit les débutants tardifs. Les études sur ce sujet comparent les individus souffrant de troubles mentaux vivant dans la communauté à la population générale, les patients hospitalisés à la population générale ou encore les patients hospitalisés en psychiatrie aux personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux graves. Selon le profil établi, les individus présents dans le système judiciaire répondraient davantage au profil des débutants précoces et ceux provenant du système hospitalier correspondraient plutôt au profil des débutants tardifs. Quelle est la tendance en psychiatrie légale, notamment chez ceux qui sont tenus non-responsables d'un délit pour cause de troubles mentaux?

MÉTHODE

Les participants

L'échantillon provient d'une étude ayant débuté au printemps 1998, conduite par Gilles Côté, Sheilagh Hodgins et Marc Daigle, avec la collaboration de Belkacem Abdous, Christopher Webster et Pierre Gagné. Elle donne accès à 171 participants, hommes et femmes, ayant reçu un diagnostic de trouble mental grave (trouble bipolaire, dépression majeure, trouble schizo-affectif, schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble délirant, trouble psychotique non-spécifié).

Les participants sont recrutés et divisés selon des critères légaux définissant trois statuts distincts. Les membres du premier groupe ont reçu une sentence les condamnant à l'incarcération; ils proviennent de cinq prisons provinciales et de l'ensemble des

pénitenciers du Québec. Dans le second groupe, les participants sont sous la garde de la Commission d'Examen du Tribunal Administratif du Québec, ayant été reconnus non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux. Ils sont donc sous la responsabilité des unités médico-légales de quatre régions administratives du Québec. Les individus formant le troisième groupe sont sous le coup d'un mandat de mise sous garde, ayant été jugés dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui; ils proviennent des unités psychiatriques des quatre mêmes régions administratives du Québec.

Le taux de refus global est de 53,1%. Ce pourcentage inclut les refus directs, les abandons en cours d'évaluation, les cas où il est impossible de rejoindre le participant et les cas d'incapacité (le participant s'avérant trop souffrant).

Des 171 participants qui demeurent après l'attrition de l'échantillon, seuls les hommes à qui l'attribution ou non d'un diagnostic rétrospectif de trouble des conduites était possible ont été considérés, ce qui laisse un échantillon final de 115 participants.

En regard des statuts légaux, 31 participants ont reçu un mandat de mise sous garde et proviennent des unités psychiatriques, 54 ont été tenus non criminellement responsables et sont détenus sur des unités médico-légales et, finalement, 30 participants ont été condamnés à une peine de détention, se retrouvant alors en milieu carcéral. Au plan des diagnostics, 24 souffrent de troubles affectifs et 91 de troubles psychotiques.

Les instruments

Pour établir les diagnostics de l'axe I, une version française du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) a été utilisée. La section portant sur le trouble de

personnalité antisociale du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (version française également) a été ajoutée, le critère A de l'évaluation de ce trouble de personnalité permettant le diagnostic rétrospectif du trouble des conduites. Il s'agit du seul instrument permettant d'établir les diagnostics selon les critères du DSM-IV (APA, 1994).

L'accord inter-juges est satisfaisant pour les diagnostics de l'axe I, utilisés ici, incluant les diagnostics d'abus et de dépendance aux substances psychoactives. Le coefficient kappa moyen est excellent, selon l'échelle de Landis et Koch (1977); il se situe à .85 ($p < .001$), variant entre .65 et 1.00. Pour le critère A du trouble de personnalité antisociale, le coefficient kappa est aussi substantiel, soit .74 ($p < .001$).

L'adaptation sociale est évaluée à l'aide d'une version française du *Phillips Rating Scale of Premorbid Adjustment in Schizophrenia*. Bien que cette échelle soit à l'origine développée pour les personnes atteintes de troubles schizophréniques, son utilisation a ici été appliquée aux personnes atteintes de troubles affectifs, rien ne le contre-indiquant. La version abrégée développée par HARRIS(1975) utilise cinq sous-échelles développées à l'origine par PHILLIPS(1953), lesquelles sont regroupées en deux sous-échelles : *The Abbreviated Scale of Premorbid Sexual Adjustment* et *The Abbreviated Scale of Premorbid Social-Personal Adjustment*. La validité et la fidélité établies par HARRIS(1975) sont bonnes. Dans le cadre de ce projet, les corrélations intra-classes varient entre .87 et .97, le coefficient moyen se situant à .94.

Le comportement criminel des participants est répertorié à partir des dossiers criminels officiels, informations recueillies auprès du Service d'Empreinte Digitale de la Gendarmerie Royale du Canada (dossier criminel : détail des accusations et des condamnations). Le comportement violent est défini sur la base de la classification de Statistiques Canada (Sattistique Canada, 2002). Cette définition inclut les homicides, tentatives de meurtre, voies de fait, infractions d'ordre sexuel et vols qualifiés.

Afin de mesurer la sévérité des délits commis par les participants, deux échelles ont été utilisées : une échelle canadienne datant de 1966, celle d'AKMAN et NORMANDEAU (1966), et une échelle américaine plus récente, celle de WOLFGANG, FIGLIO, TRACY et SINGER(1985). Ces deux échelles sont assez fortement corrélées ($r(115) = .52, p < .001$). Une cote de sévérité par échelle est attribuée à chacun des délits des participants. La cote de sévérité maximum à chacune des échelles, soit celle obtenue pour le délit le plus grave, est retenue pour chaque participant. À titre d'exemple, pour l'échelle de WOLFGANG et al. (1985), la plus faible cote est de 0.7 pour une entrée non autorisée et la plus élevée est de 35,7 pour un homicide. Dans l'échelle de AKMAN et NORMANDEAU (1966), la cote la plus faible est de 01 pour bris de condition (cette cote étant attribuée à plusieurs reprises pour différents délits de sévérité faible) et la plus élevée est de 28 pour homicide.

Déroulement

Les participants acceptent de collaborer à l'étude sur une base volontaire. Un formulaire de consentement est signé par chacun d'entre eux. Leur participation se résume à des rencontres d'une durée totale variant généralement entre trois et six heures avec un interviewer, entrevues semi-structurées portant sur les diverses expériences vécues dans la plupart des domaines de la vie, incluant l'enfance, l'adolescence, la famille, l'école, le travail, les relations sociales et intimes, les hospitalisations et les incarcérations, les comportements agressifs, etc. Une fois les entrevues complétées, 10,00\$ est remis à chacun des participants en le remerciant de sa participation au projet de recherche, sauf si les politiques de l'établissement dans lequel il se trouve ne l'autorisent pas.

Les divers dossiers institutionnels (scolaire, judiciaire, psychiatrique) ainsi qu'une entrevue d'une durée approximative d'une à deux heures avec une personne proche désignée par le participant constituent les sources extérieures utilisées pour compléter les informations transmises par le participant. Ces sources servent à préciser les informations recueillies auprès du participant, aident à compléter les questionnaires et appuient le jugement clinique.

RÉSULTATS

En se basant sur la distinction relevée par Hodgins et al. (1998), les sujets ont été séparés en deux groupes, celui des débutants précoces qui regroupent 71 participants et celui des débutants tardifs qui en contient 44. Cette distinction est établie sur la base de la présence ou l'absence du trouble des conduites. Les groupes ne se distinguent pas au plan statistique en ce qui a trait à l'âge ($t = .960, p < .339$) et à la catégorie diagnostique principale, soit celle des troubles affectifs ou celle des troubles psychotiques ($\chi^2 (1, 115) = 1,283, p < .257$).

Au niveau de la comorbidité, une différence statistiquement significative entre les deux groupes est observée au plan de la présence d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives au cours de la vie ($\chi^2 (1, 115) = 21,259, p < .0001$). En effet, des 89 participants rencontrant les critères de l'abus ou de la dépendance au cours de la vie, 91,5% sont des débutants précoces alors que 54,5% sont des débutants tardifs (voir tableau 1).

(insérer tableau 1 ici)

Les deux groupes ne se distinguent pas de façon statistiquement significative au plan de l'adaptation personnelle et sociale prémorbide ($M-W (115) = -4,773 p < 0,153$).

Les résultats sont identiques en ce qui a trait à l'adaptation sexuelle prémorbide, aucune différence statistiquement significative n'étant observée ($M-W(115) = -.675, p < .500$).

La Gendarmerie Royale Canadienne a répertorié au moins un délit pour 79,5% des débutants tardifs et 85,9% des débutants précoces. À cet égard, une différence significative est obtenue quant au nombre médian de délits commis par l'un et l'autre groupes ($M-W(115) = -4,218, p < .001$).

Sur le plan de la violence rattachée à ces délits, 70,5 % des débutants tardifs ont commis des délits sans violence comparativement à 80,5% des débutants précoces ; la différence est statistiquement significative ($M-W(115) = -4,258, p < .001$). Au regard des délits violents, 80,3 % des débutants précoces en ont commis comparativement à seulement 52,3% des débutants tardifs ; la différence observée est statistiquement significative ($M-W(115) = -3,552, p < .001$).

La cote de sévérité maximum moyenne obtenue à l'échelle d'Akman et Normandeau (1966) est de 2,71 pour les débutants tardifs alors qu'elle est de 7,02 pour les débutants précoces. Pour l'échelle de Wolfgang et al. (1985), les cotes de sévérité maximum moyennes sont respectivement de 10,84 et de 16,31. Ainsi, les groupes se différencient significativement quant à la sévérité des délits commis selon l'échelle canadienne ($M-W(115) = -4,773, p < .001$) et l'échelle américaine ($M-W(115) = -2,825, p < .005$).

Chez les participants tenus criminellement responsables, lesquels sont détenus en milieu carcéral, 83,3% s'avèrent être des débutants précoces, ce qui signifie que seulement 16,7 % sont des débutants tardifs. Chez ceux qui sont reconnus non criminellement responsables pour cause d'aliénation mentale, participants qui se retrouvent sur les unités médico-légales, 51,9% sont des débutants précoces et 48,1%

des débutants tardifs. Des proportions semblables sont relevées chez les patients hospitalisés contre leur gré, retrouvés dans les unités psychiatriques, puisque 58,1% sont des débutants précoces et 41,9% des débutants tardifs. Une différence significative est observée entre les trois sous-groupes définis par le statut légal, le sous-groupe des participants reconnus coupables présentant une proportion plus importantes de débutants précoces ($\chi^2(2, 115) = 12,912, p < .002$). Les deux sous-groupes de patients hospitalisés, soit ceux provenant des unités psychiatriques et ceux provenant des unités médico-légales, ne se distinguent pas de façon statistiquement significative ($\chi^2(1, 115) = .306, p < .58$) au plan de la typologie.

DISCUSSION

Les résultats appuient la pertinence d'une spécificité clinique s'établissant sur la base de la présence ou de l'absence du trouble des conduites. En effet, la distinction entre débutants précoces et débutants tardifs mise de l'avant par HODGINS et ses collaborateurs (1998) s'avère être discriminante sur plusieurs plans.

Tout d'abord, la présence d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives au cours de la vie caractérise clairement les débutants précoces. En effet, comme TENGSTRÖM et ses collaborateurs (2001) le rapportent, les débutants précoces abusent davantage de substances psychoactives, ce qui se vérifie également avec le présent échantillon.

Au regard du nombre et de la présence de comportements violents, comme cela a été observé dans nombre d'études antérieures (HODGINS *et al.*, 1996; HODGINS *et al.*, 1998 ; NOLAN *et al.*, 1999; HODGINS et JANSON, 2000; TENGSTRÖM *et al.*, 2001), les débutants précoces commettent plus de délits et plus de délits violents que les débutants tardifs. De plus, les cotes de sévérité maximum attribuées au délit le plus

violent commis par chaque individu de l'échantillon révèlent que les débutants précoces tendent clairement à commettre des délits de sévérité plus élevée que les débutants tardifs, et ce, selon les deux échelles utilisées, soit l'échelle d'AKMAN et NORMANDEAU (1966) et l'échelle de WOLFGANG *et al.*(1985). Seuls les délits répertoriés dans les dossiers criminels officiels ont été considérés. Toutefois, il est à souligner que la tendance actuelle, mise de l'avant par MONAHAN et ses collaborateurs(2001), est de considérer les comportements violents auto-rapportés, ceux-ci permettant une meilleure mesure de l'étendue du phénomène.

En ce qui a trait à l'adaptation sociale, contrairement à la plupart des résultats présentés dans la littérature scientifique (SCHANDA *et al.*, 1992; CÔTÉ *et al.*, 1997; TENGSTRÖM *et al.*, 2001), les résultats obtenus ne sont pas significatifs. En effet, selon l'échelle abrégée d'adaptation personnelle et sociale prémorbide et l'échelle abrégée d'adaptation sexuelle prémorbide, les débutants précoces ne s'avèrent pas mieux adaptés que les débutants tardifs. Cette conclusion ne peut s'expliquer par un problème de puissance statistique. Bien que la puissance statistique ne soit pas disponible sur la base d'un test non-paramétrique ordinal, un point de coupure séparant les personnes isolées et retraitistes des personnes capables d'un minimum de contacts sociaux a été établi. Ainsi, la base dichotomique créée à partir des nominations « adapté » et « non-adapté » a été utilisée pour les deux échelles afin d'estimer la puissance statistique de ces analyses. Dans le cas présent, seul deux sous-groupes de 400 participants ou une différence de l'ordre de 25% dans la différence observée au plan de l'adaptation sociale, compte tenu du nombre actuel de participants, auraient pu révéler une différence significative statistiquement. Quoi qu'il en soit, les débutants précoces et les débutants tardifs ne se distinguent pas en regard de l'adaptation sociale, l'effet de size (8 %) étant en définitive trop réduit.

Une explication possible de ce résultat provient des critères de recrutement utilisés. En effet, l'hypothèse concernant l'adaptation sociale repose principalement sur les résultats obtenus par CÔTÉ et ses collaborateurs (1997), étude dans laquelle des participants hospitalisés sur une base volontaire étaient inclus. Ici, un mandat légal déterminant le statut et le recrutement des participants, aucun ne provient de milieux psychiatriques généraux ou d'unités de soins à long terme. Possiblement, les participants rencontrés sont plus fonctionnels et moins retraitistes, en ce sens qu'ils sont moins portés à se retirer du monde et plus ouverts aux contacts humains, que ceux recrutés dans l'étude de Côté *et al.* (1997). Par ailleurs, les participants étant ici sous la coupe d'un mandat légal, s'ils n'avaient pas commis de délits, ils étaient à tout le moins jugés dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Cela permet de croire qu'ils sont impulsifs puisque la possibilité de passage à l'acte doit être contrôlée par le biais de l'hospitalisation, si elle n'a pas déjà eu lieu. L'agressivité allant de pair avec l'adaptation sociale (Côté *et al.*, 1997), il y a ici un indice supplémentaire d'un meilleur niveau de fonctionnement social. En ce sens également, les participants de l'échantillon actuel présentent moins le profil des débutants tardifs, plus retraitistes et moins actifs en regard de la possibilité de passage à l'acte, que ceux retrouvés dans l'étude de HODGINS *et al.* (1998), à la base de cette typologie. Dans le même ordre d'idées, 54,5% des débutants tardifs ont été diagnostiqués comme présentant des problèmes relatifs à la consommation de substances psychoactives. Cette tendance à se commettre dans l'abus de substances psychoactives constitue un autre élément indicateur d'une certaine fonctionnalité au plan social. En effet, ce comportement, bien que déviant, exige à tout le moins que les individus sortent de l'isolement, ce que ne font pas les patients plus retraitistes et moins fonctionnels sur le plan social, représentés dans l'étude de CÔTÉ *et al.* (1997).

Dès lors, il est possible de rejoindre la littérature scientifique sur les « jeunes adultes patients chroniques », terminologie apparue au début des années 1980, de même que celle portant sur le double diagnostic. Bien que d'autres populations soient aux prises

avec une problématique de double diagnostic, celle composée des patients souffrant à la fois de troubles mentaux graves et de problèmes d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives se décrit différemment. Les individus présentant cette double problématique tendent à être sujets aux rechutes et aux ré-hospitalisations, à présenter des troubles de comportement et à être violents, à avoir des problèmes légaux, à vivre des problèmes familiaux, à être sans domicile fixe, à être plus à risque pour les maladies transmises sexuellement et à ne pas respecter le traitement médicamenteux prescrit (DRAKE et WALLACH, 2000; DRAKE et MUESER, 2000).

Les débutants précoces correspondant plus particulièrement à ce profil, ceux-ci débutant leurs problèmes de comportement avant l'apparition du trouble mental, est-il possible qu'il y ait une certaine forme de stigmatisation des problèmes et des solutions proposées?

L'existence d'une relation significative entre l'appartenance au groupe des débutants précoces et le statut légal porte à le croire, et ce, dans le prolongement de l'analyse de Dessureault et Côté (2000). En effet, les débutants précoces sont davantage reconnus coupables et sont donc plus nombreux dans le milieu carcéral que les débutants tardifs qui, eux, sont plutôt considérés non criminellement responsables ou dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui; ces derniers se retrouvant davantage dans le milieu hospitalier. Les débutants précoces se caractérisant par l'apparition à un jeune âge des troubles de comportement, il y a lieu de croire qu'ils sont prioritairement traités pour ce problème. Le trouble mental n'apparaissant que subséquemment, il sera alors traité comme secondaire au comportement antisocial, déterminant ainsi une tendance à toujours être pris en charge pour ledit comportement antisocial, et non pour le développement subséquent d'un trouble mental grave. L'abus et la dépendance aux substances psychoactives au cours de la vie étant associés au comportement antisocial des débutants précoces, ils affectent également le processus judiciaire. Les débutants

précoces, ayant toujours eu des troubles de comportement, seront davantage considérés responsables de leurs actes comparativement aux débutants tardifs. Toutefois, le schème de recherche ne permet pas de déterminer si le fait de retrouver plus de débutants précoces chez les participants condamnés résulte d'une forme de stigmatisation, d'une part, ou de leurs caractéristiques personnelles définissant une forme de spécificité clinique, d'autre part.

Quoi qu'il en soit, les résultats confirment la pertinence de la typologie des débutants précoces et des débutants tardifs, tant sur le plan de la comorbidité que du comportement criminel, voire criminel violent. Cette observation appuie le fait que les individus atteints de troubles mentaux graves se comportant violemment ne constituent pas un groupe homogène. Même si le présent échantillon se voulait plus représentatif de l'ensemble des personnes atteintes d'un trouble mental grave, les résultats obtenus au plan de l'adaptation sociale montrent que la représentativité de l'échantillon pourrait être améliorée. En effet, la participation de personnes atteintes de troubles mentaux graves sans statut légal aurait peut-être permis de nuancer davantage les conclusions sur l'adaptation sociale. Cette hypothèse mérite d'être reprise dans des travaux ultérieurs.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (4th ed.). DSM-IV. Washington: Author.
- Akman, D. D., & Normandeau, A. (1966) *Constructing a crime and delinquency index in Canada*. Montréal: Centre for the study of criminal Statistics, Department of Criminology, University of Montreal.
- Arseneault, L., Moffitt, 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.
- Asnis, G. M., Kaplan, M. L., Hundorfean, G., & Saeed, W. (1997). Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Anger, Aggression and Violence; The Psychiatric Clinics of North America*, 20, 405-425.
- Beck, J. C., & Wencil, H. (1998). Violent crime and Axis I psychopathology. In Andrew E. Skodol (Éd.), *Psychopathology and violent Crime*.(p. 1-27). Washington: American Psychiatric Press Inc..
- Côté, G., & Hodgins, S. (1993). Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal combination. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law*, 21, 155-160.
- 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.
- Dessureault, D., Côté, G., & Lesage, A. (2000). Impact of first contacts with the criminal justice or mental health system on the subsequent orientation of mentally disordered persons toward either system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 79-90.
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000) Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 105-118.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51, 1126-1129.
- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 83-89.
- Harris, J. G. Jr. (1975). An abbreviated form of the Phillips rating scale of premorbid adjustment in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 129-137.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
- Hodgins, S. (1993). Mental disorder and crime. In Sheilagh Hodgins editor, Sage Publications, Inc., Newbury Park (CA): Sage, 3-21.

Hodgins, S. (2001) Les malades mentaux et la criminalité: Cesser de débattre les faits et rechercher des traitements efficaces et les causes. In S. Bauhofer, P.-H. Bolle & Dittman (Eds.) (p.97-134). Zurich, Switzerland: Verlag Rüegger-Chur/Zurich.

Hodgins, S., & Côté, G. (1995). Major mental disorder among Canadian penitentiary inmates. In L. Stewart, L. Stermac and C. Webster (Eds.). *Clinical Criminology: Toward effective Correctional Treatment* (p.6-20). Toronto: Solliciteur Général et Service Correctionnel du Canada.

Hodgins, S., Côté, G., & Toupin, J. (1998) Major mental disorders and crime: An etiological hypothesis. In D. Cooke, A. Forth & R.D. Hare (Eds.) *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* (p.231-256). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Hodgins, S., & Janson, C.-G. (2000). *Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Metropolitan Project*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Enberg, M. (1996). Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.

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

Statistique Canada (2002). Statistiques de la criminalité au Canada, 2001. Juristat, 22(6).

Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Bank, S. (2001). Rethinking risk assessment: The MacArthur Study of mental disorder and violence. New York University Press, 65-142.

Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Levinson, D. F., Singh, H., Bellack, A. S., Kee, K., Morrison, R. L., & Yadam, K. G. (1990) Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 31-56.

Nolan, K. A., Volavka, J., Mohr, P., & Czobor, P. (1999). Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 50, 787-792.

Phillips, L. (1953). Case history data and prognosis in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 117, 515-525.

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

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

Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.

Wolfgang, M. E., Figlio, R. M., Tracy, P. E., & Singer, S. I. (1985). *The national survey of crime severity*. Washington DC : US Department of Justice.

Tableau 1 Principales variables à l'étude en regard de la typologie définie par les débutants précoces et les débutants tardifs

Indicateurs	Débutants précoces N = 71	Débutants tardifs N = 44	Total N = 115
Âge moyen (écart-type)	36,41 (10,697)	38,55 (12,937)	37,39 (11,42)
Abus/dépendance substances psychoactives (%)	54,5	91,5*	77,4
Adaptation sociale et personnelle prémorbide (Bonne, %)	31	22,7	27,8
Adaptation sexuelle prémorbide (Bonne, %)	40,8	31,8	37,4
Nombre médian de délits	18,00	3,00*	11,00
Nombre médian de comportements violents	4,00	1,00*	2,00

* $p < .001$