

Zeitschrift: Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie = Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie
Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie
Band: 18 (2000)

Artikel: Les malades mentaux et la criminalité : cesser de débattre les faits et rechercher des traitements efficaces et les causes
Autor: Hodgins, Sheilagh
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051192>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 15.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

SHEILAGH HODGINS

**LES MALADES MENTAUX ET LA CRIMINALITÉ:
CESSER DE DÉBATTRE LES FAITS ET RECHERCHER DES
TRAITEMENTS EFFICACES ET LES CAUSES**

Introduction

La preuve empirique présentée dans ce chapitre démontre que, chez les individus nés depuis le milieu des années 1940 et ayant développé des troubles mentaux graves¹ dans les pays où les services en santé mentale ont été continuellement soumis à la désinstitutionnalisation depuis la fin des années 1960 ou le début de la décennie 1970, la probabilité de commettre n'importe quel crime² est plus élevée que chez les personnes ne présentant pas ces troubles. Quant à la probabilité de commettre un crime violent, celle-ci est encore plus élevée. Les proportions réelles des personnes ayant des troubles mentaux qui commettent des crimes varient d'un pays à l'autre. En ce qui concerne la criminalité globale et violente, les proportions de ces crimes attribuables aux individus souffrant de troubles mentaux graves varient aussi entre les pays. Cette criminalité et cette violence, qui caractérisent certains individus ayant des troubles mentaux graves, augmentent la stigmatisation et le rejet à l'égard de l'ensemble des personnes affligées par ces désordres. Dans le passé, cela a eu pour effet d'éroder le soutien du public à l'égard du financement de services adéquats et appropriés en santé mentale. Il semble que cet impact négatif persiste encore de nos jours. De plus en plus, ceci crée des obstacles dans l'établissement de logements communautai-

1 Tout au long de ce texte, les termes «troubles mentaux graves» et «maladies mentales» font référence à la schizophrénie, à la dépression majeure, au trouble bipolaire, au trouble délirant et aux autres psychoses non toxiques.

2 Le terme «crime» est utilisé ici pour faire référence aux jugements des tribunaux indiquant qu'un individu donné a réellement commis un délit, indépendamment du fait qu'il soit condamné, trouvé non coupable pour cause d'aliénation mentale, déclaré coupable mais mentalement malade, etc. Il est nécessaire de faire référence à la criminalité et au comportement violent étant donné que, dans certaines situations, même un comportement violent sévère ne mène pas à des accusations criminelles.

res pour les personnes atteintes de ces troubles, dans l'accessibilité à des emplois appropriés et dans l'intégration au sein des services sociaux et récréatifs dans la communauté. De plus, cette criminalité et cette violence causent une souffrance incommensurable aux victimes de ces crimes et à leurs proches, ainsi qu'à leurs auteurs. À ces coûts humains s'ajoutent évidemment les coûts financiers énormes qui résultent de ces comportements illégaux.

Compte tenu de cette conclusion basée sur une évaluation critique de l'ensemble de la littérature, les scientifiques doivent cesser de débattre autour de la question de savoir s'il existe un lien entre les troubles mentaux graves et la criminalité et/ou la violence et s'impliquer activement dans l'identification de stratégies préventives.

Ce texte débute par une revue critique de la littérature scientifique portant sur la relation entre les troubles mentaux graves et le crime et la violence. L'accent est mis sur les caractéristiques méthodologiques de chacun des types d'études qui limitent la validité et/ou la généralisation des résultats. Le chapitre présente ensuite un cadre conceptuel pour entreprendre deux types de recherche, l'un visant l'identification de programmes de traitement efficaces et l'autre visant à élucider l'étiologie de la criminalité et des comportements violents des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les connaissances découlant des travaux portant sur l'étiologie des comportements illégaux sont non seulement nécessaires pour savoir quand et comment intervenir afin de prévenir le développement de comportements antisociaux et agressifs dans cette population, mais aussi pour identifier les sous-types de patients qui exigent différents programmes de traitement.

Revue de la littérature concernant l'association entre les troubles mentaux graves et la criminalité et la violence

Divers protocoles expérimentaux furent utilisés pour examiner la relation entre les troubles mentaux graves et la criminalité et/ou la violence. Des forces et des faiblesses spécifiques caractérisent chaque protocole, qui possède un pouvoir explicatif limité. La généralisation des découvertes provenant de chaque étude varie considérablement. Les divers pays à l'intérieur desquels ces études furent réalisées diffèrent sur plusieurs variables: taux de criminalité; taux de types spécifiques de crimes (ex.: délits reliés à la drogue, aux armes à feu); taux de résolution de crimes (c'est-à-dire la probabilité qu'un comportement illégal mènera à une condamnation). Il existe aussi des variations dans l'accès aux drogues, aux armes à feu, aux soins de santé mentale et aux services sociaux. Bien que les pays où ces travaux aient été menés diffèrent sur ces facteurs, ils se ressemblent lorsque d'autres éléments pertinents concernant la criminalité et/ou la violence des personnes souffrant de troubles mentaux graves sont considérés. Ainsi, la plupart de ces pays présentent des politiques de santé mentale (désinstitutionnalisation) et des services thérapeutiques similaires (principalement des médicaments prescrits dans des cliniques externes et des hospitalisations de courte durée), des services sociaux analogues (revenus et hébergement) et, très important, des taux de prévalence très semblables quant aux troubles mentaux graves.

Travaux portant sur la criminalité des patients vivant dans la communauté

Deux types de patients forment les échantillons de ces travaux: certains fréquentent des cliniques externes, alors que d'autres vivent dans la communauté après avoir séjourné dans une unité interne. La criminalité de ces individus est comparée à celle de leurs voisins ne recevant pas de soins en santé mentale. De telles études menées

dans les pays occidentaux industrialisés depuis le milieu des années 1960 ont obtenu des résultats remarquablement similaires indiquant que les patients ayant des troubles mentaux graves ont plus de risques que la population générale de commettre des crimes et de se comporter violemment. Alors que les études plus anciennes se caractérisaient par de multiples faiblesses méthodologiques, incluant des échantillons hétérogènes par rapport au diagnostic primaire, une perte de sujets durant la période de suivi, des dossiers criminels incomplets (pour une revue, voir Hodgins, 1993), ceci n'est plus véritablement le cas des études les plus récentes (voir, par exemple, Belfrage, 1998; Lindqvist & Allebeck, 1990; Link, Andrews & Cullen, 1992; Modestin, Hug & Ammann, 1997; Tiihonen, Hakola, Eronen, Vartianen & Ryyänen, 1996). Étonnamment, une étude qui a employé un protocole semblable a montré que la prévalence des comportements agressifs est encore plus élevée chez les patients schizophrènes vivant dans les pays dits «en voie de développement» (Colombie, Inde, Nigéria) que dans les pays qualifiés de «développés» (Danemark, Irlande, Japon, Royaume-Uni, USA, Russie) où maintes de ces recherches sur la criminalité chez les patients ayant reçu leur congé ont été réalisées (Volavka, Laska, Baker, Mesneir, Czobor & Krivelevich, 1997).

Toutefois, certaines caractéristiques méthodologiques viennent modérer les conclusions tirées des études précitées concernant la relation existant entre les troubles mentaux graves et la criminalité et/ou la violence.

1. En raison de leur protocole, ces études incluent des échantillons qui sont biaisés par les pratiques d'admission et de congé des hôpitaux et des cliniques d'où proviennent ces patients. Quelques études (voir, par exemple, Wesseley, Castle, Douglas & Taylor, 1994; Volavka et al., 1997) ont surmonté ces problèmes de sélection en incluant des patients suivis sur une base interne et externe

- provenant d'une circonscription définie géographiquement, réduisant ainsi les biais d'échantillonnage³.
2. Les diagnostics utilisés dans la majorité de ces études ont été posés dans un but clinique et peuvent ne pas toujours correspondre à des diagnostics établis à l'aide de protocoles de recherche et de critères plus rigoureux.
 3. Il y a souvent une perte significative de sujets à la fin de la période de suivi qui affecte sérieusement le calcul des taux de récidives.
 4. La longueur de la période de suivi varie d'une étude à l'autre, ce qui rend les comparaisons difficiles puisque, généralement, plus longue est la période de suivi, plus grande est la proportion de sujets qui commettent une offense.
 5. Plusieurs de ces études ne mesurent pas l'intensité, la justesse et la pertinence du traitement prodigué aux patients pendant qu'ils sont dans la communauté. De plus, cette absence d'évaluation s'applique aussi à la relation entre ces facteurs thérapeutiques et la criminalité observée.

Études des troubles mentaux parmi les délinquants incarcérés

Un second type d'études utilisées pour analyser l'association entre les troubles mentaux graves et la criminalité consiste à effectuer des diagnostics sur un échantillon représentatif des délinquants et à comparer les taux de prévalence de ces derniers à ceux obtenus chez des sujets appariés par l'âge et le sexe provenant de la population générale. Bien que toutes les recherches de ce genre réalisées en Amérique du Nord aient trouvé des taux de prévalence plus élevés pour les troubles mentaux graves parmi les contrevenants masculins et féminins que parmi les non-contrevenants (pour une revue, voir Hodgins & Côté, 1995; Teplin, Abram & McClelland, 1996), ce cons-

3 Bien que ces études particulières aient surmonté le problème du biais d'échantillonnage, celles-ci se caractérisent par un autre problème, soit l'absence d'un groupe de comparaison composé de sujets sans troubles mentaux provenant de la même région.

tat ne s'applique pas aux études semblables réalisées au Royaume-Uni (Cooke, 1994; Gunn, Maden & Swinton, 1992).

En tirant des conclusions à propos de la relation entre les troubles mentaux graves et la criminalité à partir des études diagnostiques effectuées auprès de délinquants, les caractéristiques méthodologiques suivantes doivent être considérées.

1. Ces échantillons sont souvent biaisés et ne sont pas représentatifs de la population des délinquants, principalement en raison du fait que ceux qui acceptent de participer à l'étude possèdent des caractéristiques différentes de ceux qui refusent de compléter l'entrevue diagnostique.
2. L'exactitude et l'étendue des informations fournies par les contrevenants dépendent, dans une certaine mesure, de la confiance qu'ils accordent aux chercheurs relativement au respect de la confidentialité (Hodgins & Côté, 1990).
3. L'instrument utilisé pour poser les diagnostics influence les résultats obtenus. La plupart de ces études ont employé le *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). Or, il a été démontré que cet instrument sous-estime la prévalence des troubles mentaux graves (Hodgins, 1995).
4. L'intervalle de temps entre l'arrestation et l'entrevue peut affecter l'exactitude des diagnostics. Ceci est important car, dans les heures et les jours suivant l'arrestation, les sujets sont susceptibles de réagir émotionnellement à cette pénible situation et peuvent être sous l'effet de l'alcool et/ou de drogues.
5. Certains sous-types de détenus atteints de troubles mentaux pourraient présenter un risque plus élevé d'être arrêtés, comparativement à d'autres sous-groupes ainsi qu'aux contrevenants sans troubles mentaux. De même, les politiques et les pratiques, variables entre les pays et les époques, affectent la probabilité qu'une personne ayant un trouble mental grave impliquée dans un acte criminel soit prise en charge par le système de santé ou qu'elle soit condamnée à l'incarcération.

Études des troubles mentaux parmi les échantillons de délinquants homicidaires

Cinq études ont montré que la prévalence des troubles mentaux graves est encore plus grande parmi les détenus homicidaires que parmi les autres types de détenus (Côté & Hodgins, 1992; Erb, Hodgins, Freese, Müller-Isberner & Jöckel, soumis; Eronen, Tiihonen & Hakola, 1996a; Gottlieb, Gabrielsen & Kramp, 1987; Lindqvist, 1986). Les biais d'échantillonnage ont été réduits à un strict minimum dans ces études, car les cohortes sont vastes et incluent tous les contrevenants homicidaires dans un district judiciaire donné durant des périodes de temps relativement longues (et non seulement ceux ayant été référés pour une évaluation psychiatrique). Comme la plupart des diagnostics ont été établis après le crime, ceci limite la qualité méthodologique de ces travaux. À mon avis, ceci ne constitue pas une contrainte méthodologique sérieuse, car il n'y a pas la moindre évidence à l'effet qu'un quelconque trouble mental grave puisse être causé par le geste homicidaire. Il semble davantage probable qu'un événement traumatique, tel un homicide, puisse provoquer l'apparition d'un épisode aigu chez un individu déjà atteint, ou qui est sur le point de montrer les symptômes d'un premier épisode.

Études de cohortes de naissances et de cohortes de la population générale qui comparent la criminalité des personnes avec et sans troubles mentaux graves

Il y a maintenant quatre études de cohortes de naissances (Hodgins, 1992; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger & Engberg, 1996, Ortmann, 1981; Tiihonen, Isohanni, Koiranen & Moring, 1997) et deux études de cohortes de la population générale (Stueve & Link, 1997; Wallace, Mullen, Burgess, Palmer, Ruschena & Browne, 1998) qui examinent la criminalité de ceux qui développent des troubles mentaux graves et la compare à celle des gens qui ne manifestent pas de troubles mentaux. Les résultats de ces études montrent des

ressemblances remarquables, malgré le fait qu'elles aient été menées dans cinq pays différents. Toutes ont révélé que des proportions plus importantes de personnes qui présentent ultérieurement ou qui ont déjà un trouble mental grave commettent des crimes, comparativement à celles ne développant pas de troubles mentaux sévères. De plus, ces recherches confirment ce qui a été observé dans les études portant sur la criminalité des patients et sur les troubles mentaux chez les délinquants, c'est-à-dire que les troubles mentaux graves sont plus fortement associés aux crimes violents qu'aux crimes non violents. Étant donné la taille des cohortes examinées, par exemple la cohorte danoise que nous avons étudiée contient plus de 358 000 personnes, ces recherches ont démontré que le risque accru pour la criminalité et la violence associée aux troubles mentaux graves est plus grand chez les femmes que chez les hommes. Cette dernière recherche a aussi permis de constater un accroissement continual du risque de délits chez la personne souffrant de maladie mentale même après l'âge de 30 ans. De plus, ces travaux ont montré que le risque accru pour la criminalité est véritablement associé au développement d'un trouble mental grave et ne peut être simplement attribuable à un statut socio-économique bas. Fait intéressant, deux de ces études ont montré que les contrevenants de sexe féminin présentant un trouble mental ont été éduqués dans des familles ayant un statut socio-économique moyen et élevé (Hodgins, 1992; Brennan, Mednick & Hodgins, sous presse).

Il a été démontré que les hommes ayant une histoire de comportements antisociaux ont des taux élevés de mort prématurée, comme les personnes qui présentent des troubles mentaux graves. Une analyse détaillée de la cohorte danoise n'a révélé aucun lien entre la mort prématurée, les troubles mentaux graves et la délinquance (Hodgins, 1998).

Deux de ces études de cohortes de naissances ont examiné les relations entre des troubles spécifiques et la délinquance. Bien que les deux aient trouvé des risques accrus pour la délinquance associée à

la schizophrénie, les sujets de la cohorte finlandaise n'avaient pas encore traversé les périodes de risque liées à l'âge, et ce, autant pour les troubles mentaux graves que pour la criminalité (Tiihonen et al., 1997). Les estimations des risques de commettre un délit provenant de la cohorte danoise sont plus valables en raison du grand nombre de sujets et de leur âge (43 à 46 ans) lors de la fin de la collecte des données. Parmi les hommes, la probabilité de commettre un délit violent était 4,6 fois plus grande pour les patients atteints de schizophrénie et 2,0 fois plus grande pour les patients présentant une psychose affective que pour les sujets n'ayant jamais été admis dans une unité psychiatrique. Les taux de risques comparables pour les femmes s'établissaient à 23,2 et à 3,9 (Brennan et al., sous presse).

Trois aspects importants de ces travaux sont souvent mal compris ou ignorés. Le premier concerne la différence entre le risque accru de commettre un délit ayant été documenté chez les personnes développant des troubles mentaux graves et les proportions de ces gens qui commettent des crimes. Les augmentations de risque pour tous les types de délit et pour les délits violents associées à la présence d'un trouble mental grave observées dans ces six études sont très semblables, mais les proportions des sujets, atteints et non atteints, qui commettent des délits varient considérablement. Cela est attribuable au fait que le calcul du risque tient compte du taux de criminalité dans la population générale. En d'autres mots, le risque est calculé en comparant les proportions de délinquants chez ceux qui développent un trouble mental grave relativement à ceux qui ne présentent aucune de ces maladies. Il est étrange de constater que les risques de criminalité chez les personnes développant des troubles mentaux graves sont semblables dans différents pays, alors que les proportions de ceux qui commettent réellement un délit varient selon les pays. Cela suggère que les facteurs qui influencent la criminalité générale ont également un impact sur la criminalité des gens qui développent des troubles mentaux graves.

Le second aspect des études de cohortes de naissances qui n'est pas souvent considéré dans l'interprétation des résultats est le fait que tous les crimes sont comptabilisés, même ceux qui se sont produits avant l'apparition du trouble mental grave. Par conséquent, il y a deux groupes de délinquants atteints de maladie mentale, ceux qui commencent à commettre des actes illégaux avant que les symptômes de la maladie ne soient évidents et ceux qui le font après que les symptômes de la maladie sont apparus. Le premier groupe, que nous avons nommé les «débutants précoces», montre un profil stable de comportements antisociaux dès un jeune âge, alors que le second groupe, les «débutants tardifs», ne manifeste aucune évidence de conduite antisociale avant que les symptômes du trouble mental grave ne soient présents (Hodgins, Côté & Toupin, 1998; Hodgins & Janson, 2000).

Le troisième aspect de ces recherches qui est souvent négligé lors de l'interprétation des découvertes concerne l'utilisation des registres d'hospitalisations en tant qu'index de l'existence d'un trouble mental. Exception faite de l'étude israélienne, la présence d'un trouble a été identifiée par le biais des registres d'hospitalisations en psychiatrie. Bien que les troubles mentaux graves aient de bonnes chances de mener à l'hospitalisation dans les pays où ces études furent réalisées, il n'en va pas de même des troubles de la personnalité et des problèmes d'abus d'alcool et de drogues. De plus, chez les personnes présentant ces derniers troubles, les différences entre les individus hospitalisés et non hospitalisés sont inconnues et pourraient être reliées à des actes criminels. Conséquemment, les dossiers psychiatriques peuvent constituer un index adéquat de la présence d'un trouble mental grave, mais non des autres désordres. Leur utilité pourrait donc se limiter uniquement à l'étude du lien unissant la criminalité aux troubles mentaux graves.

En interprétant les résultats de ces études de cohortes de naissances, un nombre d'éléments méthodologiques doivent être considérés.

1. La présence d'un trouble mental grave, exception faite de l'étude israélienne (Stueve & Link, 1997), est notée lors de la radiation de l'hôpital. Les proportions de gens ayant ces troubles qui ne sont pas hospitalisés sont inconnues. Tel qu'avancé par certains et par l'auteur (voir, par exemple, Hodgins et al., 1996), il est raisonnable de postuler que, dans les pays concernés par ces recherches, ces proportions sont peu élevées. Effectivement, étant donné les caractéristiques des systèmes de santé et de services sociaux, il serait peu probable qu'une personne ayant un trouble mental grave ne soit pas hospitalisée avant l'âge de 40 ans. Cependant, nous ne savons pas comment ce biais, introduit par l'utilisation de l'hospitalisation en tant qu'index de la présence d'un trouble mental, influence les résultats. Quelques études suggèrent que les individus ayant un trouble mental grave et qui sont antisociaux sont plus à risque d'être hospitalisés comparativement à ceux qui manifestent dans une moindre mesure ce type de comportements (Monahan & Steadman, 1983), alors que d'autres études proposent que les patients malades mentaux et antisociaux ont moins de chances d'être hospitalisés (Taylor & Gunn, 1984).
2. Toutes ces études, sauf celle effectuée en Israël, ont posé les diagnostics au moment du congé de l'hôpital. Toutefois, il existe des études qui comparent les diagnostics de troubles mentaux graves tirés des registres psychiatriques du Danemark (Munk-Jorgensen, Kastrup & Mortensen, 1993), de la Suède (Lindqvist & Allebeck, 1990) et de la Finlande (Tiihonen et al, 1997) avec des diagnostics réalisés dans des buts de recherche qui démontrent une très bonne correspondance. De plus, l'accord entre les diagnostics cliniques et de recherche au sujet de la présence ou de l'absence d'un trouble mental grave est généralement assez substantiel (Hodgins, 1995).
3. Bien que l'étude israélienne ait documenté les taux de prévalence réels de troubles mentaux plutôt que les taux de prévalence traités de troubles mentaux, comme dans les cinq autres études de cohortes de naissances, cette recherche s'est basée sur les com-

portements violents auto-rapportés et non sur des condamnations officielles.

4. Enfin, les cohortes de naissances et les cohortes de la population générale sont biaisées par rapport au temps et au lieu. Par conséquent, il se peut que le risque accru de criminalité observé chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves soit seulement caractéristique de celles nées depuis le milieu des années 1940.

Conclusion

Dans leur ensemble, les résultats de ces recherches indiquent que, parmi les personnes nées depuis le milieu de la décennie 1940, celles qui ont développé des troubles mentaux graves dans un pays où une politique de désinstitutionnalisation des soins en santé mentale fut appliquée sont plus à risque que les personnes sans troubles mentaux issues des mêmes générations et des mêmes sociétés d'être condamnées pour des délits criminels et encore plus d'être reconnues coupables de crimes violents. Ces découvertes sont alarmantes, car elles décrivent une horrible souffrance humaine. Ceci devrait inciter les scientifiques, les cliniciens, les administrateurs des services de santé et les concepteurs des politiques à trouver des solutions humaines. La gravité de la situation est soulignée par le fait que la plupart de ces études B celles suivant des patients qui sont retournés dans la communauté et les études de cohortes de naissances B ont examiné des personnes ayant des troubles mentaux graves qui recevaient des traitements.

L'argument voulant que les personnes souffrant de troubles mentaux graves soient plus susceptibles d'être condamnées pour des délits criminels que les individus sans troubles mentaux simplement en raison de la discrimination provenant de la police ou des autorités judiciaires est peu convaincant. Une étude a trouvé une telle discrimination (Teplin, 1984), mais elle est limitée à une juridiction dans

un pays distinct à un moment donné. Une autre étude menée en Angleterre encouragea une certaine doctrine clinique en montrant que les personnes appartenant à un sous-groupe caractérisé par des troubles mentaux graves demeurent sur la scène de leur crime et que certaines vont jusqu'à appeler elles-mêmes la police (Robertson, 1988). Toutes les autres évidences suggèrent que les personnes malades mentales puissent bénéficier d'une discrimination positive (voir, par exemple, Steadman & Felson, 1984). Plusieurs études proposent que le taux accru de condamnation parmi les personnes présentant des troubles mentaux graves puisse résulter, du moins en partie, du fait qu'elles sont plus susceptibles que les gens sans troubles mentaux de se comporter de manière agressive. Une telle évidence provient du *Epidemiological Catchment Area Study* ayant comporté plus de 20 000 participants représentatifs de la population américaine au début des années 1980. Les diagnostics ont été réalisés avec le DIS, tandis que les comportements agressifs ont été auto-rapportés (Swanson, Holzer, Ganju & Jono, 1990). Par la suite, d'autres études d'échantillons de patients qui se sont basées sur des données collatérales, des notes de dossiers cliniques ainsi que des informations rapportées par le patient ont toutes documenté des taux élevés de comportements agressifs, tant chez les hommes que les femmes présentant des troubles mentaux graves (Lidz, Mulvey & Gardner, 1993; Link et al., 1992; Steadman et al., 1998). Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que le risque accentué pour la criminalité et la violence chez les personnes qui développent des troubles mentaux graves est réel et n'est pas le reflet d'une discrimination policière ou judiciaire.

Que faire maintenant?

Il y a maintenant des preuves convaincantes à l'effet qu'un nombre significatif de personnes ayant développé des troubles mentaux graves durant les trois dernières décennies souffrent démesurément des symptômes de leur maladie. Effectivement, ces personnes vivent de

façon récurrente des épisodes psychotiques aigus, posent des gestes suicidaires, consomment des drogues et de l'alcool, sont reléguées à un rôle de victime dans l'esprit de plusieurs et commettent des actes criminels. De multiples réponses à cette situation sont nécessaires. Les scientifiques, ceux qui déterminent les politiques et les praticiens doivent collaborer afin d'identifier des modèles de traitement et de services qui soient efficaces dans la prévention des divers problèmes rencontrés par les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Un élément important dans l'amélioration de l'efficacité des modèles de traitement est l'élaboration de procédures afin d'identifier les situations réduisant au minimum le risque de comportement criminel ou violent chez un patient donné. Même si ces tâches importantes ont bénéficié d'une certaine attention (voir, par exemple, Douglas & Webster, 1999; Hodgins & Müller-Isberner, 2000; Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner & Burns, sous presse; Swartz, Burns, Hiday, George, Swanson & Wagner, 1995), un défi reste encore largement ignoré, soit la clarification de l'étiologie du comportement antisocial observé chez une partie des gens souffrant de maladies mentales. Une connaissance de l'étiologie ou des étiologies du comportement antisocial et agressif chez les individus présentant des troubles mentaux graves devrait non seulement fournir une base pour la prévention primaire, mais devrait également permettre d'identifier des sous-groupes de patients avec des besoins thérapeutiques différents. En harmonisant davantage les besoins des patients à des combinaisons de composantes spécifiques de traitements, l'efficacité des interventions devrait s'en trouver rehaussée. De plus, en identifiant des sous-groupes homogènes et distincts parmi les délinquants atteints de maladie mentale, il serait possible de déterminer plus précisément les milieux dans lesquels chaque type pourrait vivre de façon sécuritaire. Un cadre général directeur pour effectuer des recherches orientées vers l'étiologie du comportement antisocial dans cette population et quelques découvertes préliminaires sont présentées dans les prochaines sections.

Identifier les programmes de traitement efficaces

Les participants de ces études révisées, mentionnées plus haut, furent la première génération de personnes affligées par les troubles mentaux graves à être traitées dans l'ère de la désinstitutionnalisation. Bien que l'application de cette politique ait débuté à la fin des années 1960 dans certains pays et seulement à la fin des décennies 1970 et début 1980 dans d'autres, pour la totalité des pays occidentaux industrialisés, ceci a réduit de façon significative le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux psychiatriques et a limité les traitements offerts dans la communauté (Hodgins & Lalonde, 1999). Conçues et construites à mesure que les lits étaient supprimés dans les unités psychiatriques, les cliniques externes ne furent pas seulement limitées par un manque de ressources, mais aussi par une absence de validation empirique concernant les composantes et les constituants de programmes thérapeutiques communautaires efficaces. Presque aucune information indiquant quel type de patient est le plus susceptible de bénéficier de tel type ou de tel niveau de traitement n'était disponible (Hodgins & Gaston, 1987a et b). Le même constat s'appliquait lorsqu'il s'agissait de décrire les diverses composantes de traitement requises afin d'aborder les multiples problèmes présentés par les délinquants ayant des troubles mentaux graves (Wilson, Tien & Eaves, 1995).

Tel fut le contexte entourant les services en santé mentale et les lois à l'intérieur duquel se retrouvèrent les personnes étudiées dans les recherches précitées lorsqu'elles commencèrent à manifester les symptômes des troubles mentaux graves. De plus, nombre d'entre elles sont devenues symptomatiques à cette époque, qui fut dominée par «la génération des années 1960». La culture de cette génération fit la promotion active de la consommation de drogues et facilita passablement l'accès à ces substances, ainsi qu'à l'alcool. Plusieurs études ont maintenant montré que l'utilisation des drogues et de l'alcool augmente encore plus le risque de commettre des délits chez les personnes qui présentent des troubles mentaux graves (Eronen

et al., 1996a; Steadman et al., 1998). Cette relation est probablement plus complexe qu'elle ne le semble initialement. Premièrement, il est important de noter qu'un nombre considérable de délinquants atteints de troubles mentaux graves ne sont pas intoxiqués et/ou n'ont pas d'histoire d'abus de substances (Hodgins, 1994a). Deuxièmement, parmi ceux qui utilisent des drogues et/ou de l'alcool au moment du délit, on retrouve au moins deux types. Pour les débutants précoces, l'abus de substances est un problème qui remonte à l'adolescence et qui constitue simplement un aspect de leur style de vie antisocial (Hodgins & Janson, 2000), tandis que, chez les débutants tardifs, la consommation de drogues et d'alcool est fort probablement reliée aux symptômes de la maladie. Conséquemment, l'alcool et les drogues jouent un rôle très différent au plan étiologique chez ces deux types de délinquants pourtant atteints des mêmes désordres primaires.

De plus, dans plusieurs des pays où ont été réalisées les études démontrant un risque accru pour la criminalité chez les personnes atteintes de maladies mentales, les hommes devaient (et doivent toujours) faire leur service militaire et furent entraînés au maniement des armes à feu. Dans certains pays, les armes à feu étaient facilement disponibles et le sont encore aujourd'hui, même pour les individus souffrant d'une maladie mentale. Bien que les armes à feu aient été encore plus accessibles dans le passé, à ces époques, les malades mentaux étaient confinés aux asiles.

L'impact de ces changements sociaux sur les personnes qui ont développé des troubles mentaux graves devint rapidement apparent. À titre d'exemple, considérons une recherche qui est devenue un classique, soit l'étude de suivi des patients de Baxstrom et Dixon qui furent réévalués sous l'ordonnance des tribunaux (Steadman & Cozzza, 1974; Thornberry & Jacoby, 1979). Même après plusieurs années d'hospitalisation, des proportions importantes (50% et 35%) de ces patients rencontrèrent les critères de la cure fermée et ne reçurent pas leurs congés, tandis que, chez ceux qui furent libérés, un

peu plus d'un sur cinq commit un nouveau délit durant ses quatre premières années dans la communauté. En 1979, Rabkin observa que les études antérieures à 1965 portant sur le suivi d'échantillons de patients retournés dans la communauté ne montraient aucune augmentation par rapport au risque de criminalité. Cependant, celles effectuées après cette date présentaient des taux de prévalence plus élevés d'actes illégaux parmi les patients retournés dans la communauté comparativement à leurs voisins ne souffrant d'aucun désordre mental. En Grande-Bretagne, une hausse semblable de délits violents chez les personnes souffrant de maladies mentales fut aussi documentée (Taylor, Mullen & Wesley, 1993) et, comme c'est le cas dans d'autres pays, les proportions de patients possédant un dossier criminel ont continué d'augmenter au cours des trois dernières décennies (Coid, Lewis & Reveley, 1993; Côté & Hodgins, 1996). Une autre étude illustre la rapidité de ce changement. Grunberg, Klinger et Grumet ont étudié les criminels homicidaires dans le comté d'Albany, situé dans l'État de New York, en comparant deux périodes: 1963-1969, lorsque des soins fournis en institution étaient disponibles, et 1970-1975, qui coïncida avec l'ouverture du nouveau centre communautaire en santé mentale. Même dans cette brève période de temps, ces auteurs ont observé un accroissement dans la proportion des homicides commis par des gens atteints de désordres mentaux (surtout des schizophrènes).

L'idée voulant que des traitements inadéquats et peu appropriés aient mené à une augmentation de la criminalité et des comportements violents chez les personnes qui développent des troubles mentaux graves est également supportée par de récentes études empiriques démontrant qu'il est possible de prévenir les comportements illégaux, même chez des patients présentant des risques très élevés. Plusieurs études effectuées aux États-Unis (Heilbrun & Peters, 2000), au Canada (Hodgins, Lapalme & Toupin, 1999; Wilson et al., 1995) et en Allemagne (Müller-Isberner, 1996) ont démontré que les programmes de traitements communautaires spécialisés en psychiatrie légale préviennent les crimes chez les gens souffrant de maladies

mentales. Une étude portant sur un programme communautaire non spécialisé a aussi mis en évidence un effet préventif positif sur le crime (Wessely et al., 1994) (Pour plus de détails, voir Hodgins & Müller-Isberner, 2000). Dans l'ensemble, les résultats de ces recherches suggèrent fortement que le type et l'intensité des traitements affectent la prévalence de la criminalité chez les personnes souffrant de désordres mentaux graves.

Les obligations légales de se conformer au traitement

Au même moment où les politiques de désinstitutionnalisation entraient en vigueur dans le domaine de la santé mentale, des lois étaient modifiées dans la plupart des pays afin de restreindre l'utilisation de la cure fermée et, dans certaines juridictions, d'accorder aux patients le droit de refuser des traitements. Cependant, les études présentées ci-dessus et qui ont évalué les programmes de suivi spécialisés en psychiatrie légale suggèrent fortement que, pour certains patients, l'obligation légale de se conformer aux traitements est nécessaire afin d'obtenir des résultats positifs. Une vérification directe de cette hypothèse a été réalisée en Finlande où il était possible, uniquement avant 1978, d'obtenir une ordonnance des tribunaux afin d'obliger les patients ayant commis un crime à utiliser les services de suivi. Deux études réalisées avant 1978, l'une avec une période de suivi de 9,3 ans et l'autre de 4,1 ans, n'ont pas observé de récidives (Hakola, 1979; Tuovinen, 1973), alors que deux études menées après la modification de cette loi ont constaté une récidive violente considérable (Eronen, Hakola & Tiihonen, 1996b; Vartiainen & Hakola, 1992). Ces travaux, combinés à ceux cités précédemment, suggèrent de nouveau avec force que les pouvoirs légaux des cliniciens constituent un facteur d'influence face à la criminalité de certains sous-groupes d'individus présentant des troubles mentaux graves.

Les services sociaux

La fermeture des grands asiles et les soins insuffisants et peu appropriés fournis aux personnes qui développent des troubles mentaux graves ont créé une situation faisant en sorte que plusieurs d'entre elles furent forcées de vivre dans leurs familles d'origine et cette situation se perpétue encore aujourd'hui. Tel que démontré par les travaux d'Estroff et de ses collaborateurs (Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz & Bolduc, 1998), les personnes atteintes de troubles mentaux graves sont souvent la cible d'abus et d'hostilité de la part des membres de la famille dont ils dépendent et qui sont fréquemment les victimes de leurs comportements agressifs. Cela n'est pas surprenant étant donné les connaissances acquises depuis longtemps concernant les incapacités à tolérer les relations investies émotionnellement avec les membres de la famille, une difficulté qui touche particulièrement les personnes aux prises avec la schizophrénie (Miklowitz, 1994). La plupart des adultes élevés dans les sociétés occidentales trouveraient probablement difficile de vivre avec leurs parents. Cependant, ceux qui souffrent de maladie mentale et qui présentent des limitations au plan des habiletés de résolution de problèmes et des stratégies d'adaptation au stress sont forcés de le faire. Plusieurs d'entre eux montrent un fonctionnement pauvre dans le milieu familial et ont recours à l'agression pour résoudre les conflits. D'autres vivent dans des environnements qui peuvent aussi contribuer aux comportements antisociaux et agressifs. À titre d'exemple, lors d'une évaluation d'appartements supervisés destinés aux personnes ayant des troubles mentaux graves, nous avons découvert que la violence, sous diverses formes, se produisait presque tous les jours et que les symptômes des patients augmentaient à mesure qu'ils demeuraient dans ces appartements (Hodgins, Cyr, Gaston & Viens, 1988). Les résultats de ces études, ainsi que de plusieurs autres, démontrent que le milieu de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves peut contribuer aux comportements antisociaux et agressifs.

Un exemple d'une recherche en cours

Présentement, nous menons une étude qui vise à identifier les différents sous-groupes de personnes atteintes de troubles mentaux graves qui ont commis des délits ainsi que les combinaisons de composantes de traitement qui préviennent la récidive criminelle et les comportements d'agression chez chaque type de patient. L'étude est menée dans quatre pays: l'Allemagne, le Canada, la Finlande et la Suède. Dans chaque pays, nous suivons, pendant 24 mois à la suite de leur congé de l'hôpital, un échantillon de patients ayant commis des délits et un présentant les mêmes troubles mais n'ayant pas d'histoire de criminalité. Au moment du congé de l'hôpital, chaque patient admissible à l'étude subit une évaluation intensive qui comprend une évaluation des troubles mentaux, des traits de la personnalité, de la consommation d'alcool et de drogues, et du fonctionnement psychosocial. En même temps, nous ramassons la documentation portant sur l'histoire des troubles mentaux et les actes d'agression, l'enfance, les traitements reçus et la criminalité. Lors du suivi dans la communauté, nous reprenons ces mêmes mesures à répétition, nous documentons les symptômes, tous les traitements et services reçus, les actes d'agression et la criminalité. Dans quelques années, les résultats de cette étude doivent fournir des précisions concernant les composantes de programmes de traitements efficaces pour cette population.

Un cadre conceptuel pour l'étude de l'étiologie des comportements criminels et violents Chez les personnes qui développent des troubles mentaux graves

Dans le but d'étudier l'étiologie des comportements criminels et violents des individus qui développent des troubles mentaux graves, il est nécessaire d'adopter une perspective développementale. Cette perspective examine au cours de la vie de l'individu, l'interaction continue entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux

qui déterminent ses comportements, ses émotions et ses cognitions. Dans ce cadre théorique, le développement vise à documenter, dès la conception, de quelles manières les caractéristiques individuelles distinctes interagissent avec l'environnement social immédiat et global dans la détermination des cognitions, des émotions et des conduites, et comment en retour ces caractéristiques individuelles sont diminuées ou accentuées.

Cette approche reconnaît que des facteurs étiologiques différents ou des trajectoires développementales variées peuvent mener à des résultats similaires à l'âge adulte. Tel qu'admis par les cliniciens et documenté par les études révisées précédemment, les délinquants atteints de maladie mentale ne constituent pas un groupe homogène. Par exemple, ils diffèrent au sujet des diagnostics primaires, secondaires et tertiaires, par rapport à la sévérité des déficits cognitifs, comportementaux et émotionnels ainsi qu'à l'histoire de comportements antisociaux, entre autres. Conséquemment, ceux-ci réagissent de manières distinctes à leurs environnements. Il est raisonnable de postuler que des sous-groupes existent parmi eux et diffèrent non seulement sur les facteurs ayant influencé à la fois le développement du trouble primaire et du comportement antisocial, mais aussi par rapport aux facteurs qui influencent leurs comportements antisociaux à l'âge adulte. Donc, lorsque nous avons commencé les études portant sur l'étiologie des conduites criminelles et violentes chez les personnes qui développent des troubles mentaux graves, la première étape consista à identifier les sous-groupes qui présentaient des profils distincts de caractéristiques pouvant avoir une signification au plan étiologique (Hodgins, 2000).

Dans la première étude de cohorte de naissances qui compara la criminalité des gens manifestant des troubles mentaux graves à celle des personnes n'ayant jamais été hospitalisées en psychiatrie (Hodgins, 1992), l'examen de l'âge au moment du premier crime révéla la présence de deux sous-groupes, un dont la criminalité précédait l'apparition de la maladie et l'autre pour qui la criminalité coïncidait

avec l'installation de la maladie ou la suivait. L'existence de ces deux types de délinquants atteints de troubles mentaux graves fut par la suite confirmée, et leurs caractéristiques furent étudiées dans le cadre de recherches longitudinales prospectives, auprès d'échantillons de patients et avec des échantillons de délinquants ayant été reconnus coupables (Hodgins et al., 1998; Nolan, Volavka, Mohr & Czobor, 1999; Tengström, Hodgins & Kullgren, soumis). Nous formulons l'hypothèse à l'effet que l'étiologie de la délinquance chez ces deux types, les débutants précoces et tardifs, diffère. En d'autres mots, nous posons l'hypothèse qu'ils réagissent différemment à leurs milieux, en raison de certaines caractéristiques qui sont stables au cours de la vie. L'identification de ces deux sous-types est non seulement nécessaire pour les études étiologiques, mais aussi pour le traitement et le pronostic. Par exemple, les débutants précoces, qui ont une longue histoire de comportements antisociaux et d'abus de drogues avant le premier épisode du trouble mental grave, exigent différentes sortes d'incitatifs et de supervision afin de s'assurer qu'ils prennent leurs médicaments, s'abstiennent de consommer des drogues et de l'alcool et qu'ils acquièrent des comportements pro-sociaux. Les débutants tardifs, quant à eux, peuvent être plus enclins à se conformer aux traitements pharmacologiques, qui peuvent avoir un impact direct et positif dans la prévention de comportements violents ultérieurs. Il existe peut-être d'autres sous-groupes de délinquants souffrant de maladie mentale qui n'ont pas encore été identifiés et dont les parcours développementaux sont distincts. En résumé, le défi consiste à comprendre ce qui s'est produit dans la vie des sujets inclus dans les études révisées précédemment qui a conduit à la fois au développement d'un trouble mental grave et à l'apparition de comportements antisociaux et/ou agressifs.

Facteurs héréditaires

À partir de la conception, chaque individu perçoit son environnement différemment et y réagit de façon particulière. Étant donné

que des facteurs héréditaires sont impliqués dans la plupart des caractéristiques humaines, il n'est donc pas étonnant de constater qu'ils contribuent au développement des troubles mentaux graves (pour une revue, voir Hodgins, 1996). Ces facteurs héréditaires semblent altérer la sensibilité de l'organisme à des agressions environnementales et limiter certaines capacités, par exemple, les habiletés d'adaptation au stress (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1993) ou l'intelligence verbale sont toutes deux associées aux comportements antisociaux et agressifs. Il y a aussi des évidences montrant que les facteurs héréditaires contribuent au développement de la criminalité (Cadoret, Yates, Troughton, Woodworth & Stewart, 1995; Lyons et al., 1995), de l'alcoolisme (Beirut et al., 1998; Lappalainen et al., 1998), de la dépendance aux drogues (Merikangas et al., 1998), des conduites agressives (Coccaro, Silverman, Klar, Horvath & Siever, 1994) et de l'impulsivité (Gottesman & Goldsmith, 1994). Un individu qui a hérité d'une vulnérabilité pour un trouble mental grave pourrait également hériter d'une vulnérabilité pour n'importe lequel de ces problèmes. Ces facteurs héréditaires ne déterminent pas à eux seuls ces maladies ou ces profils comportementaux. Ils constituent plutôt des vulnérabilités qui sont renforcées ou affaiblies par d'autres variables au cours du développement.

Facteurs périnataux

La majorité des personnes atteintes de maladie mentale examinées dans le cadre de ces recherches ayant identifié une relation entre les troubles mentaux graves et la criminalité sont nées entre 1944 et 1966. Les individus nés à la fin des années 1940 et au début de la décennie 1950 peuvent avoir vécu plus souvent que les personnes nées avant ou après cette période certaines complications spécifiques lors de la grossesse ou de l'accouchement. Par exemple, certains comportements qui furent davantage fréquents chez les mères de cette époque que chez celles des générations précédentes ou suivantes, tels le tabagisme et la consommation d'alcool, ont été associés à l'impulsi-

vité, à des problèmes de concentration, à des difficultés d'attention, à des troubles de comportements et à des crimes violents (Ferguson, Woodward & Horwood, 1998; Hunt, Streissguth, Kerr & Olson, 1995; Lagerström et al., 1990; Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones, 1996; Räsänen, Helinä, Isohanni, Hodgins & Tiihonen, 1999; Wakschlag, Lahey, Loeber et al., 1997). Ces individus peuvent avoir présenté certains comportements qui ont augmenté leur risque d'adopter des comportements illégaux, non seulement en raison des comportements de leur mère durant la grossesse mais aussi à cause des pratiques obstétriques en vigueur au moment de leur naissance. Ainsi, les hommes dont les mères ont reçu du phénobarbital lorsqu'ils étaient encore dans l'utérus, une pratique de cette époque, possèdent une intelligence verbale plus basse que la normale. De plus, cet effet fut augmenté chez les hommes dont les mères provenaient d'un milieu socio-économique bas et qui ne désiraient pas tomber enceintes (Reisnisch, Sanders, Mortensen & Rubin, 1995). Une intelligence verbale sous la moyenne a été associée à l'apparition précoce de comportements antisociaux (voir, par exemple Kratzer & Hodgins, 1999). Une relation entre les complications périnatales chez les hommes et les conduites agressives et impulsives et la criminalité violente a été observée parmi ceux qui adoptent un comportement délinquant dès un jeune âge. Dans l'étude de cohortes de naissances effectuée en Suède et décrite précédemment, nous avons trouvé que, parmi les hommes ayant développé un trouble mental grave et commis au moins un délit, tous sauf un avaient vécu des complications lors de la période néonatale (Hodgins, Kratzer & McNeil, soumis).

Facteurs de la petite enfance

Peu de choses sont connues à propos des facteurs de la petite enfance qui pourraient contribuer au développement de la délinquance chez ceux qui souffrent de troubles mentaux graves. Les études effectuées auprès des enfants qui souffrent de schizophrénie à l'âge adulte et

auprès des enfants atteints de troubles affectifs graves ont permis d'isoler des sous-groupes manifestant des comportements antisociaux dès un jeune âge (Cannon, Mednick & Parnas, 1990; Carlson & Weintraub, 1993; Harrington, Rutter & Fombonne, 1996; Walker, Neumann, Baum, Davis, DiForio & Bergman, 1996). Lors de recherches longitudinales prospectives réalisées avec deux cohortes différentes, nous avons découvert que les problèmes de comportements, évalués par les professeurs, les parents et les autorités de la protection de la jeunesse, et de faibles performances scolaires (Lapalme, Hodgins & Bergman, soumis; Lindelöw, Hodgins & Af Klinteberg, 1999) distinguaient les hommes ayant commis des actes délinquants durant l'adolescence et qui ont ensuite développé un trouble mental grave.

D'autres études ont démontré que, parmi les parents et d'autres membres de la famille immédiate de personnes souffrant de troubles mentaux graves, la prévalence de troubles de la personnalité et de troubles mentaux graves est très élevée (pour une revue, voir Hodgins, 1996; 1994b). Ces désordres sont dans plusieurs cas associés à des habiletés parentales limitées qui favorisent chez l'enfant l'apprentissage de moyens inefficaces de résolution de problèmes et d'adaptation au stress. Si, en raison de facteurs héréditaires et/ou périnataux, un enfant manifeste des tendances à se comporter impulsivement ou agressivement, ou à répondre au stress d'une façon émotionnelle plutôt qu'instrumentale, et qui présente également les déficits cognitifs et émotionnels associés à un trouble mental grave en installation, plusieurs parents ne seraient pas en mesure de structurer systématiquement un environnement d'apprentissage visant à contrecarrer ces tendances. Les parents peuvent même par inadvertance renforcer positivement ces tendances, soit en offrant un modèle de comportements similaires ou en ne sanctionnant pas systématiquement les conduites inadéquates. De plus, de tels parents peuvent être dans l'incapacité d'accéder aux ressources scolaires et/ou communautaires qui pourraient procurer des programmes systématiques et structurés conçus pour réduire certains comportements, tel-

les l'impulsivité et l'agression. Même lorsque des parents qui sont eux-mêmes mentalement malades tentent d'obtenir de l'aide pour leurs enfants, celle-ci est rarement disponible (Vanharen, LaRoche, Heyman, Massabki & Colle, 1993).

De façon semblable, lorsque des problèmes comportementaux et/ou émotionnels apparaissent durant l'adolescence chez ceux qui développeront des troubles mentaux graves à l'âge adulte, eux-mêmes et/ou leurs familles parviennent difficilement à obtenir des services de santé mentale adéquats. Malgré tout, certaines recherches montrent que les services ciblant les adolescents à risque pour les maladies mentales qui fournissent de l'aide pour résoudre des problèmes, un à la fois, comme ils surviennent, sont efficaces et qu'ils pourraient même prévenir le développement d'épisodes psychotiques complets et manifestes (McGorry, 1998).

Considérons un exemple spécifique qui décrit comment les facteurs de l'enfance peuvent être reliés à la délinquance chez les malades mentaux. Les problèmes de communication dans les familles où vivent des enfants ayant hérité d'une vulnérabilité pour la schizophrénie jouent un rôle dans le développement de cette maladie (Tienari, 1991) et plus spécifiquement de la schizophrénie avec prédominance de symptômes positifs (Cannon et al., 1990). D'autres travaux ont démontré que, parmi les membres de la famille immédiate de schizophrènes avec prédominance de symptômes positifs, la prévalence des comportements antisociaux et criminels est plus élevée que chez les proches des schizophrènes présentant d'autres profils de symptômes (Kay, 1990). Parmi les individus qui manifestent un tableau particulier de symptômes positifs, caractérisé par des idées de menace et de contrôle, le risque de présenter des comportements agressifs est accru (Link & Stueve, 1994). Cependant, une étude récente n'a pas identifié ce lien entre les symptômes et les comportements d'agression (Appelbaum, Robbins & Monahan, sous presse).

Les sujets nés au milieu des années 1940 et au début de la décennie 1950 peuvent être particuliers, non seulement en raison des facteurs qui ont affecté leur développement durant la période périnatale, mais aussi en vertu des facteurs environnementaux qui ont eu un impact lors de la petite enfance. En effet, ceux-ci peuvent avoir été plus exposés que les générations précédentes à certains polluants environnementaux qui endommagent le système nerveux central et réduisent ainsi les capacités d'auto-contrôle. Par exemple, chez de jeunes garçons, une accumulation de plomb dans les os a été mise en relation avec les comportements agressifs et la délinquance (Needleman, Riess, Tobin, Biesecker & Greenhouse, 1996). Plusieurs des participants examinés lors des recherches ayant documenté un risque accru pour la criminalité et les comportements violents chez les malades mentaux constituèrent la première génération à grandir en présence des automobiles. Avant que les contrôles environnementaux récents n'aient force de loi, les automobiles, les camions et les autobus, qui devinrent de plus en plus répandus dans les centres urbains lors des premières années de la vie de ces individus, ont émis des fumées contenant de fortes concentrations de plomb. Les polluants environnementaux peuvent avoir augmenté de façon générale la prévalence des comportements antisociaux chez ces cohortes. Cette suggestion est compatible avec les données obtenues par l'étude ECA réalisée aux États-Unis et qui a mis en évidence un accroissement des comportements antisociaux durant ce siècle. Ceci pourrait constituer la base des augmentations des taux de crimes observées dans la plupart des pays durant cette même période (Robins, Tipp & Przybeck, 1991). Par conséquent, il se pourrait qu'à mesure que la prévalence des comportements antisociaux persistants augmentait globalement, il en était de même de la proportion des personnes souffrant à la fois de maladies mentales et de conduites antisociales.

Conclusion

Compte tenu de ces connaissances, les défis sont évidents. Le premier consiste à élaborer des programmes de traitements humains et efficaces qui soulagent la souffrance et préviennent la violence. Ceci exige l'identification de sous-groupes de patients avec des caractéristiques et des besoins thérapeutiques distincts et le développement de combinaisons spécifiques de traitements et des services adaptés à chacun de ces besoins. Le second défi vise à identifier les diverses trajectoires survenant tout au long de la vie et qui mènent à la fois aux maladies mentales et à la criminalité, dans le but de documenter des occasions de prévention.

Références

- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (sous presse). Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*.
- Belfrage, H., (1998). A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients: New evidence for a relation between mental disorder and crime. *British Journal of Criminology*, 38, 145–155
- Bierut, L. J., Dinwiddie, S. H., Begleiter, H., Crowe, R. R., Hesselbrock, V., Nurnberger, J. I., Porjesz, B., Schuckit, M. A., & Reich, T. (1998). Familial transmission of substance dependence: Alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking. *Archives of General Psychiatry*, 55, 982–988
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (sous presse). Psychotic disorders and criminal violence in a total birth cohort. *Archives of General Psychiatry*
- Cadoret, R. J., Yates, W. J., Troughton, E., Woodworth, M. A., & Stewart, M. A. (1995). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 916–924
- Cannon, T. D., Mednick, S. A., & Parnas, J. (1990). Two pathways to schizophrenia in children at risk. Dans L. N. Robins & M. Rutter (Eds), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 328–349). Cambridge University Press
- Carlson, G. A., & Weintraub, S. (1993). Childhood behavior problems and bipolar disorder – relationship or coincidence? *Journal of Affective Disorders*, 28, 143–153
- Coccaro, E. F., Silverman, J. M., Klar, H. M., Horvath, T. B., & Siever, L. J. (1994). Familial correlates of reduced central serotonergic system function in patients with personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 318–324
- Coid, B., Lewis, S. W., & Reveley, A. M. (1993). A twin study of psychosis and criminality. *British Journal of Psychiatry*, 162, 87–92

- Cooke, D. J. (1994). Psychological Disturbance in the Scottish Prison System: Prevalence, Precipitants and Policy. *Scottish Prison Service Occasional Papers*
- Côté, G., & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89–99
- Côté, G., & Hodgins, S. (1996). Problèmes d'alcool, problèmes de drogue et conduite antisociale chez les sujets en demande d'aide psychologique dans une salle d'urgence (Rapport de recherche). Conseil québécois de la recherche sociale
- Douglas, K. S. & Webster, C. D. (1999). Predicting violence in mentally ill and personality disordered individuals. Dans R. Roesch & S. D. Hart, & J. R. P. Oglöff (Eds), *Psychology and the Law: The State of the Discipline* (pp. 175–239) New York: Kluwer/Plenum
- Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R., & Jöckel, D. (soumis). Homicide by persons with schizophrenia before and after deinstitutionalization
- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996a). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 83–89
- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996b). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497–501
- Estroff, S. E., Swanson, J. W., Lachicotte, W. S., Swartz, M., & Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S95–S101
- Ferguson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, J. (1998). Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 55, 721–727
- Gottesman, I. I. & Goldsmith, H. H. (1994). Developmental psychopathology of antisocial behavior: Inserting genes into its ontogenesis and epigenesis. Dans C. A. Nelson (Ed), *Threats to Optimal Development* (pp. 69–104). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum

- Gottlieb, P., Gabrielsen, G., & Kramp, P. (1987). Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 285–292
- Gunn, J., Maden, A., & Swinton, M. (1992). The Number of Psychiatric Cases Among Sentenced Prisoners. London: Home Office
- Grunberg, F., Klinger, B. I., & Grumet, B. R. (1978). Homicide and community-based psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 868–874
- Hakola, P. (1979). The profile of Finnish offender patients. *Lakimies*, 4, 303–305 (Author's translation.)
- Harrington, R., Rutter, M., & Fombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and end-points. *Development and Psychopathology*, 8, 601–616
- Heilbrun, K. & Peters, L. (2000). The efficacy of community treatment programmes in preventing crime and violence. Dans S. Hodgins & R. Müller-Isberner (Eds), *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders: Concepts and Methods for effective Treatment and Prevention*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476–483
- Hodgins, S. (1993). The criminality of mentally disordered persons. Dans S. Hodgins (Ed), *Mental Disorder and Crime* (pp. 1–21). Newbury Park, CA: Sage
- Hodgins, S. (1994a). Letter to the Editor. *Archives of General Psychiatry*, 51, 71–72
- Hodgins, S. (1994b). A critical Review of the Literature on Children at Risk for Major Affective Disorders. Report commissioned by the Minister of Health of Canada
- Hodgins, S. (1995). Assessing mental disorder in the criminal justice system: Feasibility versus clinical accuracy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 15–28
- Hodgins, S. (1996). The major mental disorders: New evidence requires new policy and practice. *Canadian Psychology*, 37, 95–111

- Hodgins, S. (1998). Epidemiological investigations of the association between major mental disorders and crime: Methodological limitations and validity of the conclusions. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 33, S. 29–S37
- Hodgins, S. (2000). Studying the etiology of crime and violence among persons with major mental disorders: Challenges in the definition and measurement of interactions. Dans L. Bergman & B. Cairns (Eds), *Developmental Science and the Holistic Approach* (pp. 317–337). Los Angeles, Ca.: Lawrence Erlbaum
- Hodgins, S., & Côté, G. (1990). The prevalence of mental disorders among penitentiary inmates. *Canada's Mental Health*, 38, 1–5
- Hodgins, S., & Côté, G. (1995). Major mental disorder among Canadian penitentiary inmates. Dans L. Stewart, L. Stermac and C. Webster (Eds), *Clinical Criminology: Toward Effective Correctional Treatment* (pp. 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. 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., Cyr, M., Gaston, L., & Viens, L. (1988). Analyse qualitative et quantitative des appartements surveillés existant dans la région sud-est de Montréal entre les années 1983 et 1986. *Les Cahiers de Recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal*, no. 26
- Hodgins, S., & Gaston, L. (1987a). Les programmes communautaires pour patients chroniques: L'élaboration d'un cadre conceptuel. *Santé mentale au Canada*, 35, 7–10
- Hodgins, S., & Gaston, L. (1987b). Composantes d'efficacité des programmes de traitement communautaires destinés aux personnes souffrant de désordres mentaux. *Santé mentale au Québec*, 12, 124–134

- Hodgins, S., & Janson, C.-G. (2000). *Criminality and Violence among the Mentally Disordered: The Stockholm Metropolitan Project*. Cambridge: Cambridge University Press
- Hodgins, S., Kratzer, L., & McNeil, T. F. (soumis). Obstetrical complications, family problems and crime: A longitudinal prospective investigation designed to clarify and extend knowledge.
- Hodgins, S., & Lalonde, N. (1999). Major mental disorders and crime: Changes over time? Dans P. Cohen, L. Robins and C. Slomkowski (Eds), *Where and When: Geographical and Historical Aspects of Psychopathology* (pp. 57–83). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hodgins, S., Lapalme, M., & Toupin, J. (1999) Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: A two year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 55, 187–202
- Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489–496
- Hodgins, S., & Müller-Isberner, R. (Eds) (2000). *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders: Concepts and Methods for effective Treatment and Prevention*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons
- Hunt, E., Streissguth, A. P., Kerr, B., & Olson, H. C. (1995). Mothers' alcohol consumption during pregnancy: Effects on spatial-visual reasoning in 14-year-old children. *Psychological Science*, 6, 339–342
- Kay, S. R. (1990). Significance of the positive-negative distinction in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 635–652
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993b). A Longitudinal Twin Study of Personality and Major Depression in Women. *Archives of General Psychiatry*, 50, 853–862
- Kratzer, L., & Hodgins, S. (1999). A typology of offenders: A test of Moffitt's theory among males and females from childhood to age 30. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 57–73

- Lagerström, M., Bremme, K., Eneroth, P., & Magnusson, D. (1990). Behavior at 10 and 13 years of age for children with low birth weight. *Perceptual and Motor Skills*, 71, 579–594
- Lapalme, M., Hodgins, S., & Bergman, L. (soumis). Developmental patterns of risk factors for criminal offending among males with and without major mental disorders: A prospective longitudinal study of an unselected birth cohort
- Lappalainen, J., Long, J. C., Eggert, M., Ozake, N., Tobin, R. W., Brown, G. L., Naukkarinen, H., Virkkunen, M., Linnoila, M., & Goldman, D. (1998). Linkage of antisocial alcoholism to the serotonin 5-HT1B receptor gene in two populations. *Archives of General Psychiatry*, 55, 989–995
- Lidz, C. W., Mulvey, E. P., & Gardner, W. P. (1993). The accuracy of predictions of dangerousness to others. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1007–1011
- Lindelöw, M., Hodgins, S., & Af Klinteberg, B. (1999). Childhood and adolescent antecedents of psychiatric disability in men and women: A prospective longitudinal study. *International Journal of Social Welfare*, 8, 221–228
- Lindqvist, P. (1986). Criminal homicide in Northern Sweden 1970–1981: Alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 19–37
- Lindqvist, P., & Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and crime: A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, 157, 345–350
- Link, B. G., Andrews, H., & Cullen, F. T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57, 275–292
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community control. Dans J. Monahan and H. Steadman (Eds), *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment* (pp. 137–159). Chicago, IL: University of Chicago Press
- Lyons, M. J., True, W. J., Eisen, S. A., Goldberg, J., Meyer, J. M., Faraone, S. V., Eaves, L. J., Tsuang, M. T. (1995). Differential heritability

- lity of adult and juvenile antisocial traits. *Archives of General Psychiatry*, 52, 906–915
- McGorry, P. (1998). The PACE clinic prodromal sample: Biological correlates and predictors of conversion to psychosis. Paper presented at the NATO Advanced Research Workshop on the Early Intervention in Psychiatric Disorders. Prague, October 22–27
- Merikangas, K. R., Stolar, M., Stevens, D. E., Goulet, J., Preisig, M. A., Fenton, B., Zhang, H., O'Maley, S. S., Rounsville, B. J. (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 973–979
- Miklowitz, D. J. (1994). Family risk indicators in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 137–149
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Chen, L., & Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *American Journal of Psychiatry*, 153, 1138–1142
- Modestin, J., Hug, A., Ammann, R. (1997). Research report: Criminal behavior in males with affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 42, 29–38
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (1983). Crime and mental disorder: An epidemiological approach. Dans M. Tonry & N. Morris (Eds), *Crime and Justice: An Annual Review of Research* (pp. 145–189). Chicago, IL: The University of Chicago Press
- Müller-Isberner, J. R. (1996). Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 81–86
- Munk-Jørgensen, P., Kastrup, M., & Mortensen, P. B. (1993). The Danish psychiatric case register as a tool in epidemiology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 370, 27–32
- Needleman, H. L., Riess, J. A., Tobin, M. J., Biesecker, G. E., & Greenhouse, J. B. (1996). Bone lead levels and delinquent behavior. *Journal of American Medical Association*, 275, 363–369
- 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

- Ortmann, J. (1981). Psykisk ofvigelse og kriminel adfaerd en under sogelse af 11533 maend født i 1953 i det metropolitane område kobenhavn. *Forskningsrapport*, 17
- Rabkin, J. G. (1979). Criminal behavior of discharged mental patients: A critical appraisal of the research. *Psychological Bulletin*, 86, 1–27
- Räsänen, P., Helinä, H., Isohanni, M., Hodgins, S., & Tiihonen, J. (1999). Maternal smoking during pregnancy and risk of criminal behavior in the Northern Finland 1966 birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 156, 857–862
- Reinisch, J. M., Sanders, S. A., Mortensen, E. L., & Rubin, D. B. (1995). In utero exposure to phenobarbital and intelligence deficits in adult men. *Journal of American Medical Association*, 274, 1518–1525
- Robertson, G. (1988). Arrest patterns among mentally disordered offenders. *British Journal of Psychiatry*, 153, 313–316
- Robins, L. N., Tipp, J., & Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. Dans L. N. Robins and D. Regier (Eds), *Psychiatric Disorder in America* (pp. 259–290). New York: MacMillan/Free Press
- Steadman, H. J., & Coccoza, J. J. (1974). *Careers of the Criminality Insane*. Lexington, Mass.: Lexington Books, D.C. Heath
- Steadman, J. H., & Felson, R. B. (1984). Self-reports of violence. *Criminology*, 22, 321–342.
- 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 psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393–401
- Stueve, A. & Link, B. G. (1997). Violence and psychiatric disorders: Results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly*, 68, 327–342
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761–770

- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, R., & Burns, J. (sous presse). Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance and violence among severely mentally ill individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S75–S80
- Swartz, M. S., Burns, B. J., Hiday, V. A., George, L. K., Swanson, J., & Wagner, H. R. (1995). New directions in research on involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services*, 46, 381–384
- Taylor, P. J., & Gunn, J. (1984). Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *British Medical Journal*, 288, 1945–1949
- Taylor, P. J., Mullen, P. F., & Wessely, S. (1993). Psychosis, violence and crime. Dans J. Gunn & P. J. Taylor (Eds), *Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues* (pp. 329–372). Oxford: Butterworth-Heinemann
- Tengström, A., Hodgins, S., Kullgren, G. (soumis). Men with schizophrenia who behave violently: The usefulness of an early versus late starters typology
- Teplin, L. A. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39, 794–803
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 505–512
- Thornberry, T. P., & Jacoby, J. E. (1979). *The Criminally Insane*. Chicago, IL: The University of Chicago Press
- Tienari, P. (1991). Interaction between genetic vulnerability and family environment: The Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 460–465
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26 year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154, 840–845
- Tiihonen, J., Hakola, P., Eronen, M., Vartiainen, H., & Ryynänen, O.-P. (1996). Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients. *Forensic Science International*, 79, 123–129

- Tuovinen, M. (1973). Offender patients. *Duodecim*, 89, 950–954. (Author's translation.)
- Vanharen, J., LaRoche, C., Heyman, M., Massabki, A., & Colle, L. (1993). Have the invisible children become visible? *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 678–680
- Vartiainen, H., & Hakola, H., P. A. (1992). How changes in mental health law adversely affect offenders discharged from a security hospital. *Journal of Forensic Psychiatry*, 3, 564–570
- Volavka, J., Laska, E., Baker, S., Meisner, M., Czobor, P., & Krivelevich, I. (1997). History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. *British Journal of Psychiatry*, 171, 9–14
- Wakschlag, L., Lahey, B., Loeber, R., et al. (1997). Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of General Psychiatry*, 54, 670–676
- Walker, E. F., Neumann, C. C., Baum, K., Davis, D. M., DiForio, D., & Bergman, A. (1996). The developmental pathways to schizophrenia: Potential moderating effects of stress. *Development and Psychopathology*, 8, 647–665
- 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
- Wessely, S., Castle, D., Douglas, A., & Taylor, P. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 483–502
- Wilson, D., Tien, G., & Eaves, D. (1995). Increasing the community tenure of mentally disordered offenders: An assertive case management program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 61–69