

Université de Montréal

Troubles mentaux et carrières criminelles : une étude sur la violence au
sein de parcours atypiques

Par

Arthur Novian

École de Criminologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître
en Criminologie

Option mémoire de recherche

Août 2022

© Arthur Novian, 2022

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Troubles mentaux et carrières criminelles :
Une étude sur la violence au sein de parcours atypiques

Présenté par :

Arthur Nouvian

Évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Catherine Arseneault

Président-rapporteur

Frédéric Ouellet

Co-directeur de recherche

Steve Geoffrion

Co-directeur de recherche

Jean Proulx

Membre du jury

RÉSUMÉ

La relation entre troubles mentaux graves et violence criminelle, bien qu'étant la cible de nombreuses recherches, n'est, à l'heure actuelle, pas totalement établie. Ainsi, en explorant la piste d'une tierce partie – à savoir la présence d'un trouble d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive – la présente étude vise à améliorer la compréhension du processus de passage à l'acte violent au sein des carrières criminelles des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Sur la base des récits narratifs de neuf usagés d'un service de psychiatrie légale présentant un parcours de violence, les données récoltées ont pour objectif d'explorer la carrière criminelle des contrevenants atteints de troubles mentaux graves. Ainsi, il s'agit d'approfondir le sens que représentent leurs actes, de comprendre l'implication des substances psychotropes au sein de cette dynamique en déterminant l'enchaînement des éléments entrant en interaction, et de supposer quelles dimensions sont les plus à risques quant au passage à l'acte violent.

La première contribution, comme d'autres avant nous, est de faire état d'un lien entre l'abus de substances psychoactives et la perpétration d'actes criminels, notamment violents, au sein des carrières criminelles des personnes présentant des troubles mentaux graves.

Deuxièmement, l'identification des facteurs de risques et de facilitateurs cliniques, contextuels, historiques et relationnels nous ont permis de constater que le processus du passage à l'acte criminel va plus loin que l'interaction des troubles mentaux graves et de l'abus de substances.

Troisièmement, l'approche qualitative de l'étude des carrières criminelles, trop peu utilisée dans les précédentes recherches portant sur le sujet, a permis d'étayer et de nuancer le modèle typologique de Hodgins et coll. (1998) présentant le parcours de vie des criminels atteints de troubles mentaux graves.

Finalement, cette recherche permet d'orienter le développement de programmes d'interventions visant la réinsertion au sein des structures médico-légales.

Mots clés : *Troubles mentaux graves, abus de substances, carrière criminelle, violence, parcours de vie, trajectoires, calendriers d'histoire de vie.*

ABSTRACT

The relationship between severe mental illness and criminal violence is strongly studied in the field. However, the link between these two elements is still misunderstood. In fact, this study aims to improve the understanding of violence emergence in psychiatric population's criminal career by exploring the interaction of substance abuse disorder.

The data collected in this study come from self-narrative stories of 9 participants who frequent a forensic psychiatry structure. These data intend to explore the criminal career of people with severe mental illness, deepen the meaning of their actions, understand the involvement of substance use in this dynamic by ascertain the interactional elements' sequence and find which dimensions are more likely to produce violent acts.

Like many before, the first contribution of this research project is, to establish a link between violent criminal actions and substance use in psychiatric population.

Secondly, it appears that the outbreak of criminal behavior goes farther than this interaction between substance uses and severe mental illness. Indeed, the method used in this project allowed us to identified risk factors and clinical, contextual, historical, and relational facilitators leading to violent crimes.

Third, the qualitative approach, less used in this research field, enable to support and qualify the typological model of Hodgins et al. (1989), presenting the life course of criminals with severe mental disorders.

In the end, this study helps guide the development of intervention programs, for reintegration, into forensic psychiatry structure.

Key words: *Sever mental disorders, substance use, criminal career, violence, life-course, trajectories, life history calendar.*

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT	iv
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	x
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	xi
REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION	3
CHAPITRE 1 – REVUE DE LITTÉRATURE	5
1.1. Cadre conceptuel.	5
1.1.1. Les trajectoires criminelles.....	6
1.1.2. Le paradigme de la carrière criminelle.....	7
1.1.1.1. La perspective développementale.	9
1.1.1.2. La perspective des parcours de vie.	10
1.1. La violence dans les trajectoires criminelles.....	10
1.2.1. Violence et carrière criminelle : un lien indéfectible ?	11
1.3. Troubles mentaux et criminalité « <i>at large</i> ».....	16
1.3.1. Mythes et réalités : ce que la recherche a à nous apprendre.	16
1.3.1.1. Données épidémiologiques : les troubles mentaux graves chez les criminels.	17
1.3.1.2. Criminalité et spectre psychotique.	19
1.3.1.3. Criminalité et troubles de l’humeur.....	20
1.3.2. Troubles mentaux graves et carrières criminelles : le modèle typologique de Hodgins et collègues (1998).	22
1.4. Troubles mentaux et violence criminelle.....	24

1.4.1. La place de la violence chez les individus atteints de troubles mentaux graves.	24
1.4.2. Les facteurs de risques.	26
1.4.3. Troubles psychotiques et violence criminelle.	26
1.4.4. Troubles de l’humeur et violence criminelle.	29
1.5. Troubles mentaux, abus de substance et violence : un cercle vicieux.	31
1.6. Cadre théorique : la perspective des parcours de vie (<i>Life Course</i>).....	34
1.7. Problématique.....	36
1.8. Objectifs de recherche.	40
CHAPITRE 2 – MÉTHODOLOGIE	42
2.1. Le choix de l’approche qualitative.	42
2.1.1. Cadre analytique : approche phénoménologique.	44
2.2. La collecte de données.	45
2.2.1. Les entretiens semi-directifs.	45
2.2.2. Les calendriers d’Histoire de vie.	46
2.2.3. Les critères de sélection de l’échantillon.	49
2.2.4. La stratégie de recrutement.....	49
2.3. Déroulement de la collecte de données.	50
2.3.1. La démarche des entretiens.....	50
2.3.2. La conduite des entrevues.	51
2.4. Stratégie analytique.	52
2.5. Limites de l’étude.	53
CHAPITRE 3 – RÉSULTATS.....	55
3.1. La trajectoire de vie.....	58
3.1.1. L’enfance.	58

3.1.2. La scolarité.....	60
3.1.3. Les relations.	61
3.1.3.1. Les relations familiales :	61
3.1.3.2. Les relations amicales.	64
3.1.3.3. Les relations conjugales.	66
3.1.4. Le parcours professionnel.	68
3.2. La trajectoire des troubles mentaux.	70
3.2.1. Le déclenchement des troubles mentaux :	70
3.2.1.1. L'émergence des troubles mentaux comme point tournant.....	71
3.2.1.2. Les substances psychotropes en tant qu'élément déclencheur.....	72
3.2.2. Vivre avec des troubles mentaux graves : regard subjectif sur la santé mentale.	74
3.2.3. Rapport à la médication.	76
3.3. La trajectoire de consommation.	78
3.3.1. Les débuts de la consommation.....	79
3.3.2. La consommation au centre du mode de vie.....	81
3.3.3. Synthèse.	84
3.4. Le processus du passage à l'acte criminelle.....	85
3.4.1. Paramètre de la carrière criminelle : l'entrée dans le crime.	85
3.4.2. Les points tournants qui amorcent le comportement criminel.....	88
3.4.2.1. Facilitateurs relationnels.....	89
Contexte familial.	89
Pairs délinquants.	90
3.4.2.2. Facilitateurs contextuels.	92
L'itinérance comme situation propice au crime.	92

L'hospitalisation.	95
3.4.2.3. Facilitateurs cliniques.	97
Les troubles psychotiques.	97
La consommation.	99
La prescription médicale.	101
3.4.3. La motivation criminelle.	103
3.4.4. Le regard subjectif des participants : l'existence d'un lien entre criminalité et santé mentale ?.....	106
3.4.5. Synthèse :	109
CHAPITRE 4 – DISCUSSION	111
4.1. L'interaction de la triade des trajectoires : criminelles, de santé mentale et de consommation.....	112
4.1.1. La suite séquentielle des évènements :	112
4.2. La carrière criminelle des personnes atteintes de troubles mentaux graves.	119
4.3. Les apports de l'étude pour la prise en charge et l'intervention.	124
4.4. Limites.	127
CONCLUSION	129
BIBLIOGRAPHIE.....	132
ANNEXE I – Calendrier d'histoire de vie.....	I
Annexe II – Publicité de recrutement.	X
Annexe III – Formulaire de consentement.	XI
Annexe IV – Grille d'entretien semi-dirigé.	XVII

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Tableau récapitulatif des principales trajectoires de vie étudiées de l'ensemble des participants	56
---	-----------

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Processus de recrutement.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 2 - Suites séquentielles des principales trajectoires de vie de l'échantillon.....	113

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CLSS : Criminal Careers Life Course Study

MAVRAS : McArthur Violence Risk Assessment Study

TAQ : Tribunal administratif du Québec

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à dire un grand merci aux participants de ce projet, sans qui cette étude n'aurait jamais eu lieu. Merci de votre confiance, de votre ouverture et de votre enthousiasme à partager vos histoires. Nos échanges m'ont enrichi de bien des façons et votre parole servira sans nul doute à contribuer aux avancements de la recherche.

Merci également aux membres du service de soins qui nous ont acceptés dans leur équipe pendant tout le temps que nous étions au sein de l'unité psychiatrique.

J'aimerai également remercier mes directeurs de maîtrise : Frédéric Ouellet et Steve Geoffrion. Je tiens à souligner votre engagement dans cette tutelle. Merci de m'avoir accompagné dans cette drôle d'aventure qu'est la maîtrise. Merci pour votre soutien, votre professionnalisme et votre stoïcité qui m'ont, bien des fois, permis de relativiser. Merci pour le temps que vous avez passés à me relire et à me corriger tout au long du processus d'écriture de ce mémoire. Surtout, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis d'accéder aux ressources que vous avez mises à ma disposition durant ce projet de recherche.

Merci, aussi à Mélanie pour tes précieux conseils quant à la réalisation des entrevues. Merci également de m'avoir montré la bonne façon de procéder pour approcher les participants et de m'avoir aidé à puiser en moi pour mener à bien ce recrutement et cette collecte de données.

Je remercie l'École de criminologie, m'ayant permis de bénéficier d'une bourse de rédaction. Ceci m'a permis de me consacrer entièrement à la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je tiens à dire un immense merci à mes parents pour m'avoir fait confiance et m'avoir toujours laissé entreprendre ce qu'il me plaisait de faire, quitte à ce qu'un océan nous sépare. Une grande partie de mes diplômes sont les vôtres, vous, et l'éducation que vous m'avez

octroyée, sans laquelle, je n'aurai jamais été aussi loin dans mon parcours scolaire. Votre soutien et votre amour est sans aucun doute l'un des plus grands piliers de ma réussite.

A toi Maman, merci pour les centaines et centaines de pages que tu as relues et corrigées. Tes talents de correctrice sont indéniables. Merci d'être tout simplement toi. Ce don que tu as à voler le stress des autres m'a garanti bien des nuits de sommeil sur toutes ces années. Tu peux maintenant relâcher !

A toi Papa, merci d'incarner la personne que tu es, qui me pousse à ne jamais abandonner. Toutes ces heures que tu as passées à me faire faire les devoirs ont fini par payer.

Merci à toi Maï de m'avoir appris la rigueur et l'importance de bien savoir parler, lire et écrire, dès le plus jeune âge, toi, la directrice d'école pour qui l'éducation tient tant à cœur.

Merci à mes nombreux amis pour votre soutien inconditionnel, même si la plupart d'entre vous n'ont toujours pas compris que, non, je ne vais pas travailler au FBI.

Même si je ne devrais pas vous remercier pour toutes les tentations qui m'emmènent loin des chemins académiques, merci à tous les membres de la grande famille qu'est la Coloc.

Merci à chacun d'entre vous !

INTRODUCTION

Depuis la reconnaissance de leur existence en tant que maladie à part entière, les troubles mentaux se sont avérés être fortement présents, sous diverses formes, à travers le globe. Omniprésents au sein de notre culture, et vus comme une véritable problématique sociétale dans les sociétés occidentales, les troubles mentaux, suscitent intérêt et débats, et touchent bon nombre de dimensions sociales, politiques, législatives et individuelles, ce qui en fait un véritable enjeu dans le fonctionnement public actuel. Largement exploités à des fins sensationnalistes, et inspirant parfois la peur par leur aspect inconnu et incompris auprès de beaucoup d'individus, les troubles psychiatriques fascinent le grand public, féru de tout genre de contenu lié de près ou de loin à cette problématique. Cette dernière est pourtant sujette à de multiples biais de perception et d'interprétation, notamment à cause des médias, du manque d'informations ou de l'ignorance de la population générale. Ainsi, la principale peur induite par cette population, réside dans l'inconnu, et ne trouve pas toujours de justification à proprement parler. De cette façon, au regard de la population générale, troubles mentaux et criminalité se voient intimement liés (Combalbert et coll., 2001), et la désinformation, à destination du grand public, ne va pas dans le sens d'une amélioration quant à ces biais. Une étude menée par Diefenbach & West (2007) nous apprend que les émissions de télévision américaines diffusées aux heures de grande écoute présentent la population psychiatrique comme des personnes notamment violentes.

Depuis la deuxième moitié du XXème siècle, la présence de troubles mentaux est donc une variable très présente en criminologie, et se voit être la cible d'un nombre important d'études offrant des résultats mitigés. Ce qui place cette problématique à l'origine de nombreux débats. D'abord vu comme un facteur de risque important dans la perpétration d'actes criminels, la maladie mentale à elle seule, ne serait qu'un facteur de risque si tant est qu'elle est en concomitance avec d'autres problématiques, ayant plus de risques de naître au sein de la population psychiatrique. Ces dernières années, notamment, on constate un fort intérêt à établir et comprendre la relation entre troubles mentaux et substances psychoactives (Mueser & Drake,

2007). Ainsi, pour certains auteurs, la criminalité à caractère violent ne serait que la résultante d'une comorbidité entre dépendance ou abus de substances psychotropes et troubles psychiatriques, tandis que d'autres, s'efforcent de démontrer un lien indéfectible entre violence criminelle et troubles mentaux. Par conséquent, les recherches sur ces deux composantes présentent des résultats mêlés. Ainsi, bien que la population psychiatrique soit l'objet d'une littérature abondante en criminologie, on ne sait que peu de choses sur les carrières criminelles des personnes atteintes de troubles mentaux faisant usage de violence, notamment lorsqu'il s'agit d'adopter une approche compréhensive et explicative chez ce type de population.

Également, les problèmes de santé mentale sont fortement présents dans les univers carcéraux, au sein desquels hostilité et violence ne suivent pas les mêmes règles que dans la société. De ce fait, plusieurs agents correctionnels se disent, même, inquiets de devoir travailler avec des détenus souffrant de troubles mentaux (Kropp, Cox, Roesch et Eaves, 1989).

Cette relation entre troubles mentaux et criminalité violente est, alors, d'une importance non négligeable dans la prise en charge des criminels nécessitant une aide psychiatrique. En effet, cette problématique de santé mentale rajoute une difficulté supplémentaire pour les intervenants travaillant à la réinsertion sociale des criminels atteints de troubles mentaux. Ceci est d'autant plus difficile à prendre en charge lorsque les troubles mentaux ne sont pas détectés, reconnus, ou traités. Ainsi, intervenir auprès de la population criminelle affichant un parcours de violence et des troubles psychiatriques rend compte d'un grand nombre de difficulté, et la recherche, en l'état, ne permet pas une compréhension optimale de ce type de population.

CHAPITRE 1 – REVUE DE LITTÉRATURE

Ce mémoire s'intéresse aux trajectoires criminelles des personnes atteintes de troubles mentaux graves, et plus précisément, à la présence de la violence au sein de celles-ci, tout en accordant une attention particulière à la problématique d'abus de substance. Spécifiquement, cette étude se verra examiner l'impact des circonstances de vie et des points tournants ayant une quelconque incidence dans la perpétration d'actes criminels violents et le rapport que peuvent avoir les individus avec cette composante.

Ce chapitre de revue de littérature présentera, en premier lieu, le cadre conceptuel et introduira le paradigme de la carrière criminelle, pour se pencher plus en détail sur la violence au sein des carrières criminelles. Subséquemment, une attention particulière sera accordée à la place des troubles mentaux graves dans la criminalité, ainsi que les particularités relatives à la violence chez ce type de population. Finalement, les composantes : carrières criminelles, violences et troubles mentaux graves se verront interreliées par le biais des problèmes d'abus de substances psychotropes, non négligeables au sein de cette population.

1.1. Cadre conceptuel.

Les trajectoires au sein d'un parcours de vie sont composées de différents angles : professionnels, relationnels, criminels et sociaux. Une trajectoire est une séquence d'états liés les uns aux autres au sein d'un domaine conceptuel défini de comportement ou d'expérience (Benson, 2012). Elles sont caractérisées par un certain nombre de dimensions qui ont pour conséquence un développement particulier de l'individu. Parmi ces dimensions, on en retrouve 3 principales : *l'entrée*, *le succès*, et *le timing* (Thornberry, 1997). En ce qui concerne *l'entrée*, les individus peuvent être décrits selon les trajectoires qu'ils vont emprunter ou non. Tout le monde n'est pas en possession d'un diplôme universitaire, ainsi, tout le monde ne fait pas d'étude supérieure. Selon les trajectoires empruntées, il y a un niveau variable de *succès* en complétant les tâches ou activités qui constituent cette trajectoire. Si l'on reprend l'exemple de la trajectoire universitaire,

certaines changeront d'orientations, d'autres abandonneront, d'autres encore échoueront et certains finiront diplômés. Finalement, il est question de *timing* au sein des trajectoires. En effet, dans chaque société, il y a des définitions normatives en matière de temps quant au moment où un individu est censé entrer/sortir d'une trajectoire ou effectuer une transition vers une autre trajectoire. Autrement dit, les trajectoires sont plus ou moins classées par âge et peuvent être empruntées au bon âge ou à un âge « inapproprié » selon les conventions sociales (Thornberry, 1997).

Ainsi, dans une optique de compréhension, il est intéressant d'examiner les liens et les influences existantes entre ces différentes trajectoires.

1.1.1. Les trajectoires criminelles.

Blumstein et ses collègues (1986) sont les premiers à compiler les connaissances relatives aux carrières criminelles dans le livre « *Criminal Careers and Career Criminals* ». Dans ce dernier, ils présentent la carrière criminelle comme une séquence longitudinale délimitée dans le temps par un début et une fin durant laquelle des crimes sont commis par un individu. Dans la continuité de ces travaux, la littérature nous a permis de relever l'importance de noter que la perspective d'étude des carrières criminelles n'est pas une théorie du crime en soi mais bien un moyen permettant la structure et l'organisation des savoirs quant aux principaux éléments du passage à l'acte individuel (Blumstein, Cohen et Farrington, 1988). Le concept de carrière criminelle est seulement destiné à structurer, de manière systématique, la séquence longitudinale des événements criminels associés à un individu (Blumstein, Cohen et Hsieh, 1982).

En 2003, Farrington décrira l'étude de la carrière criminelle comme l'attention portée au développement et à l'évolution des conduites criminelles antisociales en pointant l'importance des facteurs de risques et les circonstances particulières, modulatrices de ces trajectoires. Lors de l'étude de ces carrières on s'interroge essentiellement sur ce qui enclenche son commencement, ce qui permet sa continuation, ainsi que la cause de son désistement (Piquero et coll., 2003, 2007).

1.1.2. Le paradigme de la carrière criminelle.

Le paradigme de la carrière criminelle nous permettra, au sein de cette étude, d'examiner les liens et les influences entre les différentes trajectoires de vie d'un individu. Ceci nous intéresse particulièrement dans une optique de compréhension et d'approfondissement des connaissances. Le paradigme de la carrière criminelle reconnaît que les individus débutent leurs activités criminelles à un âge donné, s'engagent dans le crime à une fréquence qui leur est propre, commettent une telle variété de crimes et se désistent à un moment de leur vie ; c'est pourquoi l'étude détaillée des trajectoires individuelles s'avère être un outil privilégié pour l'étude de la carrière criminelle. De multiples paramètres vont donc permettre de décrire une carrière criminelle, selon des trajectoires particulières, entre son début et sa fin (Piquero et coll., 2003, 2007). Les auteurs, Piquero, Farrington et Blumstein (2003, 2007), expliquent que la carrière criminelle active est composée de plusieurs paramètres centraux, à savoir : la fréquence du passage à l'acte, la durée des carrières criminelles, la diversification et/ou la spécification des crimes, la gravité des infractions, ainsi que les habitudes de co-délinquance. L'étude des facteurs responsables des changements de variation des actes délinquants commis au sein d'une carrière criminelle permet leur identification dans une optique d'explication et de compréhension.

En ce sens, Blumstein et coll. (1986) nous apprennent que la *fréquence individuelle des crimes commis* est peu influencée par les caractéristiques personnelles des délinquants (sexe, âge, origine ethnique) mais que d'autres facteurs tels que la précocité de la délinquance, la consommation quotidienne de produits psychotropes, ou encore, l'absence d'emploi légitime, prédisent un rythme de commission de crime plus important.

La *durée de la carrières criminelles*, quant à elle, correspond à l'intervalle de temps entre le commencement des crimes et son arrêt. Une majorité des études s'accordent à dire que l'âge du premier crime est déterminant dans la durée de la carrière criminelle. Ainsi un âge précoce de commencement entrainerait un désistement plus tardif, ou serait un indicateur de carrière criminelle persistante (Moffitt, 1993).

Les études portant sur la *diversification/spécialisation et la gravité des crimes* nous montrent que ces composantes fluctuent pendant la durée de la carrière criminelle. Par conséquent, il y aurait des épisodes de diversification et de spécialisation au sein d'une carrière criminelle. Plus précisément, les trajectoires déviantes seraient composées de plusieurs épisodes de spécialisation de courte durée (McGloin et coll., 2007). De plus, la tendance à la spécialisation serait plus exacerbée chez les criminels d'âge mûr que chez les jeunes délinquants (LeBlanc et Fréchette, 1989).

Piquero et coll. (2007) nous montrent que *les habitudes de co-délinquance* atteignent leur sommet à la fin de l'adolescence, et diminuent au fur et à mesure que les criminels vieillissent. Peu de connaissances sont toutefois établies sur l'interaction entre les habitudes de co-délinquance et les autres paramètres de la carrière criminelle (Piquero et coll., 2007). Mais partant du principe que l'usage d'un mentor peut être affilié à de la co-délinquance et favorise la réussite criminelle (Tremblay, 2010 ; Morselli, Tremblay, et McCarthy, 2006), un réseau criminel donnant lieu à de nouvelles opportunités pourrait jouer un rôle sur certaines dimensions, et notamment, accentuer la fréquence de commission des crimes, permettre spécialisation ou diversification des types de crimes et jouer un rôle sur la durée de la carrière criminelle.

En bref, l'approche concernant l'étude des carrières criminelles se caractérise donc par le fait de relever les changements individuels dans les activités criminelles selon un cadre spatio-temporel délimité (Piquero et coll., 2003, 2007).

Finalement, les connaissances sur les carrières criminelles, et notamment les points tournants qui les régissent (Laub & Sampson, 1993, 2003), doivent leur évolution à une meilleure compréhension des processus et du sens que leur donnent les acteurs. Ainsi, au sein du paradigme de la carrière criminelle, deux perspectives théoriques permettent d'examiner l'évolution et le développement des conduites à caractère déviant au cours de la vie : la perspective développementale et celle des parcours de vie.

1.1.1.1. La perspective développementale.

La perspective développementale part du postulat que les conduites et motivations criminelles sont déterminées durant le développement d'un individu. Ainsi, cette perspective tente d'identifier et d'explicitier les facteurs et les causes (antérieurs ou coïncidant avec l'activité criminelle) qui modulent le développement des comportements antisociaux (Leblanc et Loeber, 1998). S'intéressant donc à l'ensemble des étapes qui régit le développement d'un individu, de l'enfance à l'âge adulte, l'objet d'étude de cette perspective s'intéresse principalement aux caractéristiques individuelles (psychologiques et génétiques) et environnementales qui façonnent l'individu.

Deux principes régissent la perspective développementale. Premièrement, la motivation prédisant l'engagement criminel n'est pas binaire. Ainsi, il n'y aurait pas d'individus qui possèdent cette motivation et d'autres qui ne la possède pas. Plutôt placées sur un continuum, ce sont les différences individuelles propre à cette motivation qui permettront de prédire l'intensité de l'engagement dans une carrière antisociale. Selon cette perspective, les prédispositions sous-jacentes à la motivation délinquante seront déterminantes sur l'ensemble des dimensions qui régissent la carrière criminelle (Gottfredson & Hirschi, 1990). Et, deuxièmement, cette prédisposition fait état d'une certaine stabilité à travers le temps, de sorte qu'il est possible de prédire, dès l'enfance, le parcours criminel qu'un individu sera susceptible d'emprunter.

La plupart des études et théories prenant pour objet d'étude le postulat de la perspective développementale adoptent une approche stable à travers le temps, tel que la taxonomie de Moffitt (1993), et ne prennent pas en compte l'évolution des parcours criminels (Piquero et al, 2003). Cependant, le développement individuel est vu comme un processus continu qui ne se limite pas à l'enfance mais qui continue bel et bien, une fois l'âge adulte atteint. Ainsi, cette perspective se doit d'être complétée par les événements marquants et transitoires qui composent la vie d'un individu, et ce, même après l'âge adulte.

1.1.1.2. La perspective des parcours de vie.

La perspective des parcours de vie, comparée à la perspective développementale, s'attarde davantage sur les processus décisionnels et les événements de vie qui façonnent l'individu. En ce sens, une attention particulière est portée aux trajectoires individuelles et notamment aux transitions et points tournants qui la compose. Ainsi, cette perspective s'intéresse, aussi, à la stabilité des motivations mais également aux changements comportementaux qui prédisent les futures conduites antisociales (Piquero et coll., 2003). Ici, nous n'avons pas affaire à une prédisposition générale à commettre des délits mais à des circonstances de vie et des expériences individuelles qui exercent une influence directe sur les opportunités et le passage à l'acte criminel (Laub & Sampson, 2003 ; Sampson & Laub, 1993, Farrington, 2005).

Les études à long termes ont montré que les modulations et le maintien des actes délinquants au sein des carrières criminelles sont liés à des événements de vie sociale ayant un impact non négligeable pour la personne qui le vit. Ainsi, lorsque les liens sociaux des personnes délinquantes se voient liés à des institutions sociales, tel que le travail, le mariage, ou des devoirs civiques, tel que le service militaire, les trajectoires criminelles s'en trouvent nécessairement influencées (Laub & Sampson, 2003).

En somme, le paradigme de la carrière criminelle permet de s'attarder sur le développement et les événements de vie qui modulent la vie d'une personne déviante. Grâce à une compréhension globale et une vision d'ensemble détaillée de la vie des délinquants, ce paradigme va nous permettre d'explorer le concept de violence au sein des trajectoires criminelles.

1.1. La violence dans les trajectoires criminelles.

La violence, engendrant des crimes peu ordinaires et parfois spectaculaires, a pendant longtemps, et est toujours, la cible des médias à caractère sensationnaliste. On la retrouve souvent comme sujet principal aussi bien pour des émissions de divertissements, que des reportages ou des documentaires. Loin de n'être qu'un sujet de prédilection pour l'amusement du grand-public, les

conséquences engendrées par la violence criminelle dans notre société sont bien réelles ; elle diffuse la peur, nuit à la confiance, et engendre de nouvelles violences (actes d'autodéfenses, vengeances). L'ampleur du phénomène suscite l'intérêt de nombreux chercheurs, et pour cause, en prenant la forme extrême de violence criminelle, à savoir l'homicide, les pays les plus tempétueux avoisinent un taux annuel de 70 homicides pour 100 000 habitants (Ouimet, 2013). En 2008, on dénombre (officiellement) 547 000 homicides sur la planète (Ouimet, 2013). Ainsi, il importe de comprendre les mécanismes sous-jacents aux manifestations de la violence. Défini par Cusson (2013) comme étant « l'atteinte intentionnelle et prohibée à l'intégrité physique d'autrui causant des souffrances, des blessures ou la mort », la violence criminelle est un phénomène de société qui n'a de limite qu'en sa gravité et les conséquences dévastatrices que celle-ci peut avoir sur la vie d'autrui. Qualifier la violence de « criminelle » permet d'isoler de cette définition les violences verbales (sauf les menaces de violences physiques), les violences volontaires lors d'une rencontre sportive, ainsi que les gestes violents autorisés par la loi tel que les actes de guerres ou l'usage de la force par la police.

Dans la section suivante, nous allons donc nous intéresser au caractère violent pouvant être le propre de certains crimes au sein de la carrière criminelle.

1.2.1. Violence et carrière criminelle : un lien indéfectible ?

Le crime suit une tendance générale à travers le temps au sein de la population. Faisant l'unanimité au sein de la communauté des chercheurs, la courbe âge/crime, nous apprend que 50% des contrevenants se désisteraient du crime après 20 ans et 85% après 28 ans (Blumsetin & Cohen, 1987; Farrington, 1986). De plus, 5% à 6% des criminels commettraient environ 50% de l'ensemble des crimes connus (Farrington, Ohlin & Wilson, 1986). En ce sens, à l'exception de certains individus ayant un comportement criminel persistant et augmentant fortement, à eux seuls le taux de criminalité, la délinquance est majoritairement concentrée à l'adolescence, et s'avère même être une caractéristique « normative » et commune lorsqu'elle est uniquement présente durant cette période de la vie d'un individu (Fréchette & Leblanc, 1987).

Concernant la spécificité de la courbe des crimes violents perpétrés au cours de la vie, Laub & Sampson (2003) retracent la vie de criminels chroniques dans leur ouvrage « *Shared Beginnings, divergent lives : delinquent boys to age 70* », et comparent les trajectoires de vie des criminels persistants et désistants. Ainsi, en analysant les archives d'une étude sur la délinquance juvénile menée sur 500 hommes (voir Glueck's, 1950) et en menant des entretiens auprès de 52 de ces hommes près de 50 ans plus tard, l'intervalle de l'étude longitudinale présente toute une vie de carrière criminelle (différentes rencontres à 17/25/32 et 60/70 ans). Les auteurs établissent l'âge de début moyen pour les crimes violents à 22 ans (plus tard que pour le début des crimes en général) avec un sommet compris entre 32 et 39 ans. Les incarcérations pour ce type de crime montrent également un âge de démarrage plus tardif. Ces comportements agressifs apparaissent plus tard dans la carrière criminelle (Piquero et coll., 2012). De surcroit, la moyenne d'âge pour le désistement de criminels usant de violences se situe autour de 31 ans (plus tard que pour les crimes de propriétés et plus tôt que pour les crimes liés à l'abus de substances). En moyenne, la carrière criminelle des délinquants violents est la plus courte parmi toutes les spécialisations du crime (environ 9 ans).

Pour bien comprendre pourquoi certains criminels persistent après l'adolescence et, suivant la courbe de la violence criminelle à travers le temps, sont plus susceptibles de commettre des actes violents, il incombe de discuter de la taxonomie en deux volets de T. Moffitt (1993) ayant eu une incidence sans pareille dans l'étude des carrières criminelle et leur prévention.

En voulant concilier le fait que le comportement antisocial montre une impressionnante continuité à travers l'âge et que sa prévalence change dramatiquement au cours de la vie d'un individu, l'auteur fait état de deux types de criminels : les persistants et les temporaires, pour ainsi établir deux théories englobant deux groupes de délinquants distincts. Ainsi, d'un côté sont présentés les contrevenants persistant au cours de leur vie (*Life Course Persistent Offenders*) affichant un pattern d'enfants à problèmes neuropsychologiques interagissant de façon criminogène avec leur environnement durant le développement, culminant vers une personnalité pathologique favorable aux comportements antisociaux. Et d'un autre, les contrevenants limités à l'adolescence (*Adolescent-Limited Offenders*) qui s'inscrivent dans la norme en limitant leurs

comportements antisociaux à cette période de leur vie, grâce au concept de mimétisme social (en imitant de façon normative et ajustable les comportements délinquants, plus particulièrement ceux de leurs pairs persistants) par lequel pouvoir et statut, dans le « monde de l'adolescence », sont acquis en imitant le comportement d'autrui.

Chez les contrevenants persistants au cours de leur vie, le maintien de l'attitude antisociale est expliqué par différents paramètres : (1) un répertoire de comportement prosocial limité ; (2) les interactions réactives selon lesquelles différents jeunes exposés aux mêmes expériences environnementales les interpréteront et y réagiront différemment d'après un « style » qui leur est propre ; (3) les interactions proactives selon lesquelles chaque personne sélectionne ou crée des environnements qui supportent leur « style » ; (4) des déficits dans les habilités neuropsychologiques (Moffitt, 1990 ; Moffitt & Henry, 1989 ; Moffitt et Silva, 1988) ; et (5) un environnement ne permettant pas une bonne maturation neurologique et favorisant les comportements antisociaux. Ce qui nous intéresse particulièrement ici, est le lien, tissé par l'auteur, entre le syndrome du contrevenant persistant au cours de la vie et la présence de comorbidité avec d'autres troubles psychologiques, tel que les troubles du comportement, la manie, la schizophrénie, la dépression, les troubles anxieux, et les troubles liés à l'abus de substances. Finalement, concernant la violence criminelle, l'auteur avance le fait qu'il n'y a pas de support pour affirmer que ces criminels persistants soient disproportionnellement engagés dans des crimes violents.

Blockland, Nagin, et Nieuwbeerta (2005) en viendront à la même conclusion en utilisant les données de la *Criminal Careers Life Course Study* (CCLS). Après avoir identifié quatre groupes de trajectoires criminelles, ceux présentant le plus haut taux de condamnations, et s'engageant dans le crime à un niveau très important même après 50 ans (les « *High Rate Persisters* »), ne s'avèrent pas être disproportionnellement engagés dans des crimes violents mais plutôt dans des crimes de propriétés.

Également, Weiner (1989), (dans le chapitre de livre « *Violent criminal careers and violent career criminals* », hommage à Blumstein et coll. (1986)) étudie les trajectoires de 44 criminels violents et montre que seule une infime partie de la population est condamnée pour crime violent et que l'implication dans la violence chez les délinquants suit la courbe normale du crime. Cependant, certains délinquants adolescents persistants feraient état d'une intensification de leurs crimes à travers le temps escaladant ainsi vers l'usage de violence. L'auteur montre également que la violence n'est pas une spécialité en soi mais que les criminels violents sont plutôt versatiles dans leurs types de crimes.

En outre, la majorité des études faites sur dossiers officiels montrent que la plupart des criminels violents commettent seulement un seul crime violent sérieux tout au long de leur carrière. En général les délinquants violents sont principalement des criminels perpétrant un nombre important de crimes à qui il arrive de commettre des crimes violents à certains moments de leur carrière (Brame, Mulvey, et Piquero, 2001 ; Blockland et coll., 2005 ; Piquero, Farrington, et Blumstein, 2007). Prédire et mesurer la violence est donc difficile car celle-ci est rare au sein des carrières criminelles, même auprès des délinquants violents, d'ailleurs, la récurrence de la violence criminelle est négligeable contrairement à la récurrence des crimes en général (Blumstein et coll., 1985 ; Piper, 1985).

Finalement, il est possible de différencier les criminels présentant des actes violents durant leur carrière de ceux non violents. En effet, pour Serin (1991) les attentes et les attributions des délinquants violents sont différentes de celles des délinquants non violents. Ce même auteur propose d'ailleurs un modèle multifactoriel prenant en compte les facteurs développementaux, d'apprentissage, situationnels et de maintien afin d'expliquer comment un individu acquiert des comportements violents pour les maintenir ou y renoncer. Ce modèle est composé de quatre phases.

Premièrement, sont présentés *les amorces* qui montrent que les prédispositions violentes sont influencées par des facteurs distaux et les intentions liées au comportement. Les facteurs distaux sont les antécédents développementaux, tel que le TDAH, l'impulsivité, et la faible maîtrise de soi,

associés à des comportements agressifs chez les jeunes enfants, qui, lorsque mis en lien avec d'autres problèmes environnementaux, tel que des pratiques parentales coercitives ou des pairs antisociaux, favorisent l'apparition précoce des comportements violents. Les intentions liées au comportement, quant à eux, sont des éléments cognitifs qui contribuent à la violence tel que les distorsions cognitives et les schémas soutenant l'usage de violence permettant donc d'exprimer un déficit neuropsychologique.

Deuxièmement, *le contexte*, présente les facteurs contextuels, tel que des pressions financières, la présence d'arme, la pression d'un créancier, etc., qui accentuent le risque qu'un individu réponde violemment dans une situation particulière.

Troisièmement, *l'expression* fait référence aux facteurs inhibiteurs ou désinhibiteurs déterminants dans le déclenchement d'une réponse violente. Les facteurs désinhibiteurs pouvant amener la violence sont, par exemple, la pression des pairs, la colère, la consommation de substances, la perception d'une menace, le rejet, la jalousie, etc.

En dernier lieu surviendra *la répétition* du comportement ou alors son *désistement*. Le désistement de la violence est un processus lié à des événements de vie qui vont permettre d'adopter une attitude prosociale (Farrington, 2007).

Cette étude nous montre le cheminement développemental spécifique qui amène un criminel à commettre des actes violents au cours de sa carrière. Nonobstant, il permet de mettre en avant le terme de désistement de la violence qui apparaît être une composante spécifique du désistement de la carrière criminelle.

En conclusion, il est possible d'identifier certains facteurs qui prédisent et augmentent le risque de perpétration de crimes violents au sein d'une carrière criminelle. Parmi ceux-là, on retrouve : une forte fréquence de commission d'actes criminels (Piquero et coll., 2012), les problèmes de colère et d'autorégulation et notamment l'impulsivité qui joue un rôle facilitateur (Serin, 2004), la présence d'agressions dans la première partie de l'enfance (Farrington, 1991), l'intoxication à des substances psychotropes (Goldstein, 1985), en plus de l'agressivité, l'impulsivité et l'influence des pairs (Lober, 1996), ainsi que certains antécédents développementaux tels que l'hyperactivité, le manque de maîtrise de soi et les déficits de l'attention (Farrington, 2007). Également, la présence

de troubles mentaux graves s'avère être un facteur de risque concernant la commission d'actes violents (Robins & Regier, 1991 ; Gottfried & Christopher, 2017).

1.3. Troubles mentaux et criminalité « *at large* ».

1.3.1. Mythes et réalités : ce que la recherche a à nous apprendre.

L'importance du lien entre crimes violents et troubles mentaux a été mis en lumière lors de l'étude *Epidemiological Catchment Area* (ECA, Robins & Regier, 1991) qui a établi, chez plus de 10 000 personnes évaluées aux Etats-Unis, une association entre présence d'un diagnostic sur l'axe I du DSM-III (troubles cliniques) et fréquence d'indicateurs de comportements violents autodéclarés. Lors de cette étude, il a été montré que chez les individus n'ayant pas reçu de diagnostic, seulement 2% ont déclaré avoir commis des actes violents au cours de l'année précédente contre 29% chez les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental. De plus, ce pourcentage se voyait revu à la hausse lorsqu'il y avait comorbidité entre différents diagnostics psychiatriques.

Dans le DSM-V il existe plus de 400 troubles mentaux différents, de gravité et de durée variables. C'est pourquoi il est important de distinguer ceux « graves et persistants », de ceux plus « modérés et transitoires ». Au sein de cette recherche, les « troubles graves et persistants » engloberont les maladies comprises dans le spectre schizophrénique (schizophrénie, troubles schizophréniforme/schizoaffectif ou délirant), les dépressions majeures, les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2013). Largement sur-représentée dans la littérature, et fortement médiatisée, parfois à tort (Diefenbach & West, 2007), la population criminelle victime de troubles mentaux suscite l'intérêt de bon nombre d'individus, et notamment celui de la recherche. Décrites comme étant des personnes hautement à risque et employant facilement et fréquemment l'usage de la violence (Combalbert et coll., 2001), il s'agira, ici, de démêler le vrai du faux grâce à la littérature, et de lever le voile sur une population parfois incomprise du grand-public.

1.3.1.1. Données épidémiologiques : les troubles mentaux graves chez les criminels.

« L'évaluation d'un trouble mental consiste à porter un jugement clinique sur la nature des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales » et à en communiquer les conclusions. Cette évaluation s'effectue selon une classification reconnue des troubles mentaux, notamment les deux classifications les plus utilisées en Amérique du Nord, soit la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) » (OPQ, 2013).

Les troubles mentaux sont très présents au sein de la population carcérale. D'après une étude basée sur le « *Survey of Inmates in State and Federal Correctional Facilities (2004)* » et le « *Survey of Inmates in Local Jails (2002)* », James & Glaze (2006) établissent, qu'aux États-Unis, 70% des détenus des prisons locales (hommes et femmes confondus) ont été reconnus comme ayant un trouble de santé mentale. En prison fédérale, ce résultat diminue légèrement pour passer sous la barre des 65%. En clair, plus de la moitié des détenus aux États-Unis souffrent d'un trouble mental et moins d'un tiers de ces personnes n'est suivi et traité contre la maladie.

Concernant les troubles mentaux graves, plusieurs études s'accordent à montrer que la présence de troubles mentaux graves dans les systèmes correctionnels d'Amérique du Nord est loin d'être négligeable.

En examinant toutes les admissions dans une prison fédérale de l'État de New York, Way, Sawyer, Lilly, Moffitt, et Stapholz (2008), révèlent que près de 6% des détenus ont un diagnostic de maladie mentale grave après entrevue avec des membres du personnel de l'*Office of Mental Health*. Également, Steadman, Osher, Robbins, Case, et Samuels (2009) effectuent des entrevues structurées à l'aide du DSM IV (SCID) sur un total de 822 détenus au sein de cinq prisons aux États-Unis. Les résultats montrent que 14,5% des hommes ont un trouble de santé mentale grave et qu'il en va de même pour 31% des femmes.

Sur le plan international, Fazel & Seewald (2012), ont trouvé que dans 24 pays différents, sur un total de 33 588 détenus, près de 20 % sont diagnostiqués (ICD et DSM IV) avec trouble de santé mentale grave, 3.75% des détenus sont sujets à des troubles psychotiques et 12% à un trouble dépressif majeur.

En conclusion, dans le monde, environ 1 détenu sur 7 est diagnostiqué avec un trouble mental grave. De surcroît, les prisonniers sont significativement plus à risque d'avoir une maladie mentale que la population générale. En effet, on retrouve quatre fois plus de troubles mentaux graves en milieu carcéral qu'en société (Fazel & Danesh, 2002 ; Fazel & Seewald, 2012).

Mais pourquoi la population criminelle est-elle plus à même de développer des troubles mentaux graves ? Les symptômes de la maladie sont-ils un facteur de risque ? Plusieurs chercheurs ont tenté de répondre à cette question.

En 2014, Peterson, Skeem, Kennealy, Bray, et Zvonkovic, ont mené des entrevues auprès de 143 délinquants présentant des troubles mentaux graves pour connaître le lien entre les symptômes attachés à la maladie et la perpétration d'actes criminels. On part du principe qu'un comportement criminel est totalement induit par un symptôme du trouble mental lorsque la manifestation symptomatique du trouble pousse l'individu à commettre un crime, par exemple lors d'un épisode psychotique ou d'un épisode délirant. Le comportement criminel sera partiellement induit par les symptômes lorsqu'il sera principalement induit par ceux-ci mais que l'on constate une moindre motivation en dehors des symptômes. Ainsi, en effectuant des entrevues ayant pour but d'explorer le comportement criminel passé, les symptômes des troubles mentaux et la connexion entre les deux, les auteurs ont découvert que les comportements criminels sont rarement motivés par les manifestations symptomatiques du trouble mental. Effectivement, il s'avère que, sur l'ensemble des contrevenants interrogés, seul un comportement criminel sur cinq est partiellement ou totalement relié à des symptômes de troubles mentaux, moins d'un dixième (7.5%) y sont directement liés. De plus, cette recherche a pu démontrer qu'une large proportion de la population contrevenante dont les symptômes ont contribué au

comportement criminel (deux tiers) ont également commis au moins un crime indépendant des manifestations du trouble mental. Il est à noter, cependant, que l'on sous-estime l'association entre troubles mentaux et prisonniers, car certains contrevenants déclarés non criminellement responsable ne sont pas envoyés « derrière les barreaux » mais sont traités dans des services de psychiatrie légale. De ce fait, explorer la relation entre symptômes de troubles mentaux et passage à l'acte criminel auprès de la population psychiatrique déclarée non criminellement responsable permettrait d'améliorer la compréhension du phénomène.

Ainsi donc, la maladie mentale ne permettant pas, à elle seule, la prédiction d'éventuels futurs actes délictueux, la recherche nous permet d'identifier les types de troubles mentaux graves et la prévalence de ces derniers au sein des populations criminelles, et ainsi de mieux comprendre lesquels sont les plus à risque et pourquoi.

1.3.1.2. Criminalité et spectre psychotique.

Selon le DSM V, la psychose est un trouble mental altérant les sens et le contact avec la réalité et perturbant la manière dont un individu pense, agit, voit, écoute ou sent. Les troubles psychotiques sont caractérisés par une perte d'identité et un repli sur soi tronquant la personnalité dans son ensemble. Les manifestations liées à ces troubles peuvent survenir suite à plusieurs problèmes de santé mentale et notamment, chez les personnes présentant : personnalité schizotypique, trouble délirant, trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble schizoaffectif, certains troubles anxieux et troubles de l'humeur grave ou des troubles induits par une substance psychotrope. Les symptômes induits par des troubles psychotiques se manifestent souvent sous forme d'idées délirantes, d'hallucinations, de désorganisation, et/ou de symptômes négatifs et positifs (Andraesen & Olsen, 1982).

Longtemps considérée comme la principale cause de comportement criminel chez les personnes atteintes de troubles mentaux, la psychose a largement été étudiée auprès des populations délinquantes pour déterminer le rapport qu'ils entretiennent.

Ainsi, Way et coll. (2008) ont déterminé que 36% des détenus d'une prison fédérale de l'État de New York sont victimes de troubles psychotiques. A l'échelle des États-Unis, environ 13% des détenus présentent des symptômes maniaques et 4.2% sont sujets à des délires et des hallucinations (James & Glaze, 2006).

Concernant les symptômes propres aux troubles psychotiques, Peterson et coll. (2014) ont montré que sur les 423 criminels interrogés, 23% ont commis un acte délictueux directement ou partiellement relié aux manifestations symptomatiques de la maladie. Parmi eux, 42% ont commis des crimes contre les personnes, 42% contre les propriétés, et le reste s'est vu condamné pour infractions mineures tel que des intrusions liées à leur état de confusion.

Également, à propos du risque de commission d'acte criminel par des personnes présentant un trouble psychotique, Wallace, Mullen & Burgess (2004) ont mené une étude en Australie en comparant 2 861 casiers judiciaires de criminels institutionnalisés pour schizophrénie entre 1975 et 1995 avec un nombre égal de criminel « sains » de communauté, âge, sexe et quartier résidentiel similaire. Les résultats indiquent que les sujets atteints de schizophrénie sont plus susceptibles d'être condamnés pour une infraction criminelle que leurs congénères non atteints par la maladie. En effet, respectivement, 31.3% contre 11.7% sont condamnés pour un acte criminel. De plus, les sujets schizophrènes ont un nombre plus élevé de condamnations, en moyenne 15.4 contre 5.3 pour les contrevenants « sains ».

1.3.1.3. Criminalité et troubles de l'humeur.

Les troubles de l'humeur touchent le domaine des affects chez les personnes qui en sont atteintes, et lorsque ceux-ci sont au plus bas, des comportements criminels (majoritairement violents) peuvent émerger. Selon Fortinash & Holoday-Worret (2003), l'humeur est définie comme l'état émotionnel signalé par une personne et qui peut varier en fonction de changements externes et internes. Ils se définissent par une perturbation de l'humeur, soit un état maniaque ou un syndrome dépressif, normalement non attribué à un autre trouble. Regroupant ces deux états, le trouble bipolaire est défini par le DSM V comme se caractérisant par des variations anormales de

l'humeur qui oscille entre périodes d'excitation (hypomanie ou manie) et de dépression, entrecoupées de périodes de stabilité. L'épisode maniaque se caractérise par une humeur exagérément exaltée, expansive ou irritable. L'activité motrice est excessive et frénétique et certains éléments psychotiques sont parfois présents. L'hypomanie correspond à un degré diminué de cet état. L'épisode dépressif, quant à lui, conduit l'individu dans un état de tristesse, perte de concentration, anhédonie, fatigue et perte d'énergie, perte ou gain de poids notable, insomnie ou hypersomnie, dévalorisation, sentiment de culpabilité et isolement. Chacun de ces états est suffisamment grave pour causer une altération du fonctionnement social et professionnel.

Ici, nous ajouteront à cette catégorie « trouble de l'humeur », le trouble dépressif majeur, normalement, non considéré comme trouble de l'humeur car non épisodique mais qui inscrit les mêmes symptômes (si ce n'est une durée plus élevée) que l'épisode dépressif lié au trouble bipolaire.

L'étude de Way et coll. (2008), mesurant les troubles mentaux dans une prison fédérale de l'État de New-York nous a montrés que 13% des détenus présentent une dépression majeure et que 31% sont sujet à un trouble bipolaire. A l'échelle mondiale, l'étude de Fazel & Seewald (2012) nous apprend que 12% des détenus des 24 pays sondés (ICD et DSM-IV), sont victimes de dépressions majeures.

Concernant le lien entre symptômes et passage à l'acte, l'étude de Peterson et coll. (2014) interrogeant 143 délinquants nous déclare que sur 429 crimes commis par des criminels présentant un trouble mental grave, 3% sont directement reliés à un trouble dépressif et 15% le sont partiellement. Parmi ceux-là, 39% sont des crimes contre les personnes, 15% contre les propriétés et le reste concerne des infractions mineures. A propos du trouble bipolaire, sur ces 429 actes délictueux, 10% sont directement liés au trouble et 62% des crimes sont complètement ou partiellement liés aux symptômes de la maladie, au sein desquels 39% sont portés contre les personnes et 42% contre les propriétés, le reste concerne des infractions mineures.

Ainsi, la prévalence des troubles mentaux graves est très largement étudiée en criminologie surtout à des fins préventives et afin de comparer les maladies entre elles pour savoir laquelle est la plus à même de susciter des comportements criminogènes parmi les troubles mentaux graves et persistants. Très peu de chercheurs, coupant à cette tendance générale, vont essayer d'analyser en profondeur le parcours de ces personnes afin d'améliorer la compréhension de cette population atypique et de déterminer la chaîne causale des événements au sein des trajectoires criminogènes. C'est le cas d'une méta-analyse produite par Hodgins, Côté, Toupin, Cooke, Forth, et Hare (1998).

1.3.2. Troubles mentaux graves et carrières criminelles : le modèle typologique de Hodgins et collègues (1998).

En réalisant une recension sur quatre types d'investigations : (a) suivi de patients psychiatriques relaxés en communauté, (b) études sur la prévalence des troubles mentaux parmi les criminels incarcérés, (c) examen des cohortes comparant la prévalence de la criminalité entre les personnes atteintes de troubles mentaux graves et d'autres non-victimes de tels troubles, ainsi que (d) les comportements agressifs chez les personnes atteints de troubles mentaux ; l'équipe de chercheur recoupe les données colligées et tente de comprendre pourquoi la population psychiatrique présente un risque élevé de s'engager dans le crime. Ainsi, ils établissent différentes conclusions. Premièrement, les troubles mentaux sont fortement présents au sein de la population criminelle. Deuxièmement, les troubles mentaux graves sont le plus présents chez les criminels commettant des homicides. Et, finalement, les troubles mentaux graves sont plus présents chez les criminels incarcérés en Amérique du Nord que dans le reste de la population mondiale. Au-delà de ça, cette recherche a permis d'établir une typologie en deux volets concernant les trajectoires de vie des criminels atteints de troubles mentaux graves.

D'un côté sont présentés les *Débutants précoces* (« *Early Starters* ») affichant un pattern stable de comportement antisocial à travers le temps, avant même que les premiers symptômes du trouble mental ne se développent. L'individu présentera des critères de personnalité antisociale dès

l'enfance et ses performances académiques semblent indistinguables des autres enfants présentant un comportement antisocial.

D'un autre côté sont décrits les *Individus ayant débuté tardivement* (« *Late Starters* »), qui eux, afficheront un comportement délictuel, voire violent, plus tard au cours de leur vie, souvent concomitant avec les prodromes de la maladie mentale. La personnalité antisociale survient donc plus tard que chez le débutant précoce. Les symptômes de types paranoïdes et l'intoxication à des substances psychotropes influencent les comportements antisociaux des *individus ayant débuté tardivement*.

Les différences entre les deux types de criminels se limitent à l'âge de départ de la criminalité et du comportement antisocial. On peut aussi observer un contraste au niveau des types de crimes (principalement portés contre les personnes chez les *Late Starters*) et de l'intensité des activités criminelles (plus forte chez les *Early Starters*). Les auteurs formulent, également, l'hypothèse que les *Late Starters* sont plus à même d'utiliser alcool et drogues dans l'attente de réduire leurs symptômes, ce qui aurait l'effet inverse et mènerait au comportement illégal.

Plusieurs auteurs reprendront ce modèle et y ajouteront un volet. En effet, certaines études font état d'une troisième catégorie de criminels atteints de troubles mentaux grave : les *Individus ayant débuté très tardivement* (« *Late Late Starters* »). Ces individus n'affichent pas de comportements criminogènes avant une ou deux décennies après que leurs troubles mentaux ne se soient manifestés et commettent, généralement, un seul crime auprès d'une personne s'occupant de leurs soins et ne présentent pas de traits antisociaux (Hodgins, 2008 ; Hodgins et coll., 2014 ; Van Dongen et coll., 2014 ; 2015 ; Simpson et coll., 2015)

Ce modèle typologique nous apprend qu'il y a plusieurs types de criminels atteints de troubles mentaux graves et nous amène à vouloir creuser en ce sens pour approfondir notre compréhension des carrières criminelles entreprises par ce type de population.

Cette partie nous montre que la population atteinte de troubles mentaux graves est plus susceptible d'émettre un comportement criminogène que la population générale, notamment ceux présentant des troubles psychotiques et des épisodes maniaques. Cependant, les symptômes liés à la maladie n'étant pas toujours corrélés avec le passage à l'acte il est possible de se demander quels sont les facteurs poussant ce type d'individu à commettre des crimes, et qui plus est, à commettre des crimes violents. De plus, le modèle de Hodgins et coll. (1998) nous montre qu'il existe plusieurs profils de criminels atteints de troubles mentaux qui diffèrent selon le commencement de la carrière criminelle et l'apparition des symptômes des troubles psychiatriques. Nous donnant une première piste sur les possibles trajectoires criminelles au sein de ce type de population, il incombe de continuer en ce sens afin d'accroître les connaissances relatives aux interactions entre troubles mentaux et comportements criminels violents.

1.4. Troubles mentaux et violence criminelle.

1.4.1. La place de la violence chez les individus atteints de troubles mentaux graves.

Dans l'imaginaire collectif, les troubles mentaux graves sont synonymes de comportements irrationnels et incontrôlables. Plus grave encore, la peur engendrée par ces personnes, considérées comme violentes ou dangereuses est bien présente au sein de la population (Borinstein, 1992), et la désinformation médiatique n'y est pas pour rien (McGinty, Kennedy-Hendricks, Choksy, et Barry, 2016). Un sondage réalisé en France par la fondation FondaMental (2014), révèle que 45% des personnes interrogées pensent que les patients atteints de pathologies psychiatriques représentent un danger pour autrui.

Cependant, seulement 4% de la violence commise aux États-Unis peut être attribué aux personnes atteintes de troubles mentaux graves, et même parmi cette population, la violence antérieure, l'abus de substance et les traumatismes précoces seraient plus à même de contribuer à la violence subséquente que la maladie en elle-même (Swanson, 1994).

Pour supporter cette étude, Brennan, Mednick, et Hodgins (2000) ont examiné les données concernant les arrestations violentes et les hospitalisations pour trouble mentaux auprès d'une cohorte d'individus nés au Danemark entre 1944 et 1947 (N = 358 180) sur un total de 44 ans. Les résultats ont montré que 2.2% des hommes de la cohorte ont été hospitalisés pour un diagnostic de troubles mentaux graves, et ces derniers ont commis seulement 10% de tous les crimes violents de la cohorte. Du côté des femmes, 2.6% ont été hospitalisées pour troubles mentaux et seulement 16% des crimes violents commis par la cohorte ont été perpétrés par celles-ci.

Également, afin de déterminer l'impact de la population atteinte de troubles mentaux sévères sur les crimes violents, Fazel & Grann (2006) ont relié tous les individus sortant de l'hôpital avec un diagnostic de troubles psychotiques (98 082) entre 1988 et 2000 au registre des délits.

Au sein de cette période, 6.6% des individus ayant été diagnostiqués porteurs d'une maladie mentale grave sont condamnés pour crime violent contre 1.8% de la population générale. Les individus présentant de tels troubles commettent un crime violent sur vingt.

De plus, cette étude a montré que l'impact des sujets victimes de troubles psychiatriques sur les crimes violents varient selon l'âge et le genre. En effet, bien que les hommes atteints de troubles mentaux graves commettent plus de crimes violents que les femmes, celles-ci ont un taux de risque plus élevé que les hommes pour toutes tranches d'âge. Le taux de risque le plus élevé est pour la tranche d'âge au-delà de 40 ans chez les femmes (19%, contre 14% pour la tranche d'âge 25-39 ans et 2.9% pour l'intervalle 15-24 ans) comme chez les hommes (7.3%, contre 6.7% pour la tranche d'âge 25-39 et 2.3% pour l'intervalle 15-24 ans).

Bien que présentant un plus haut risque de commissions d'actes violents que la population générale, la population atteinte de troubles mentaux graves impliquée dans des comportements violents représente une faible proportion des personnes contrevenantes. Néanmoins, il apparaît nécessaire d'identifier les facteurs de risques permettant à cette population de perpétrer des actes criminels violents.

1.4.2. Les facteurs de risques.

Dans une recension, faite en 2013, Lafortune et Linteau, résument les principaux facteurs de risques psychosociaux incitant les individus atteints de troubles mentaux graves à commettre des actes violents comme étant : (a) les troubles organiques, (b) l'exposition précoce à la violence, (c) la non prise des médications prescrites, (d) les stressseurs environnementaux et (e) les troubles concomitants liés à la consommation de substances psychotropes (étant un facteur de risque fortement présent et non négligeable, celui-ci se verra dédié une section entière au sein de ce chapitre).

Concernant les stressseurs environnementaux, il est entendu que l'exposition à des stressseurs économiques (ex : manque de revenu, problème de logement), interpersonnels (conflits familiaux, conjugaux, avec les pairs), ou de santé (ex : maladie personnelle ou d'un proche) est significativement associée à la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux (Monahan et coll., 2001).

L'exposition précoce aux comportements violents, quant à elle, est un facteur de prédiction non négligeable quant au futur comportement antisocial de l'individu qui la subit. Une telle exposition, durant l'enfance, entraîne de lourdes conséquences sur la personne. Ainsi, les enfants assistant ou participant à des actes violents pendant leur développement, sont plus à même de développer un trouble post-traumatique, des dépressions, d'être en proie à de la détresse, de commettre des actes agressifs et d'extérioriser des troubles du comportement (Buka, Stichick, Birdthistle, et Earls, 2001). En outre, Otto (2000), a montré que l'exposition à la violence psychologique et/ou physique au sein de la famille durant l'enfance augmente le risque de l'utilisation d'armes au sein des populations prises en charge en psychiatrie légale, lorsqu'ils se retrouvent face à une situation violente.

1.4.3. Troubles psychotiques et violence criminelle.

Selon Fazel & Grann (2006), en moyenne, les patients atteints d'une psychose présentent un risque de 2.6% de commettre des crimes violents (2.3% pour la schizophrénie et 2.9% pour les autres troubles psychotiques) contre 1.0% dans la population générale. D'ailleurs, la maladie

mentale la plus à risque, concernant la violence, est la schizophrénie comparée à la dépression, les troubles entraînés par lésion cérébrale et les psychoses affectives (Brennan et coll., 2000). Également, l'étude australienne de Wallace, Mullen & Burgess (2004), comparant sujets schizophrène et sujets témoins, montrent que pour tout l'échantillon (2 861), les crimes violents sont significativement plus élevés dans le groupe de patients (8.2%) que dans le groupe témoins (1.8%). Il en va de même pour les agressions sexuelles (1.8% contre 0.7%).

La *McArthur Violence Risk Assessment Study* (MAVRAS) est une étude menée par Steadman, Mulvey, Monahan, et coll. (1998), et conduite entre 1992 et 1995, suivant 951 patients psychiatriques âgés de 18 à 40 après leur sortie des unités hospitalières psychiatriques d'État et universitaires de Kansas City et Worcester. Pendant cette étude, les patients (schizophrénie : 17% ; trouble bipolaire : 13% ; dépression : 40% ; abus ou dépendance à une substance psychotrope : 24% ; autre : 6%) ont été interviewés après leur sortie et recontactés à leur résidence communautaire toutes les dix semaines pendant un an afin de mesurer leur taux de violence et quelques informations cliniques, historiques et situationnelles (incluant la présence et la nature d'hallucinations). Les données quant à la violence (voies de fait, agressions sexuelles et usages d'armes) auto-rapportées des patients étaient accompagnées de rapports d'informateurs collatéraux, ainsi que des dossiers de police et ceux de l'hôpital. Le groupe témoin était composé de 519 personnes vivant dans les quartiers où les patients résidaient après leur sortie.

Les premiers résultats de cette étude ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les patients et le groupe témoins au niveau de la violence, de plus, l'abus de substances augmente significativement le risque de violence pour les deux groupes. Cette étude a même souligné un résultat « surprenant », à savoir que la violence chez les patients diminue au fur et à mesure de la réinsertion sociale, en effet les patients sont plus enclins au traitement avec le temps ce qui a pour effet de diminuer drastiquement les risques de comportements violents (Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner, et Burns, 1998). Le sommet de violence, chez les patients, se situe au moment de l'internement et un peu après la réinsertion sociale, sûrement dû à la forte activité du trouble psychiatrique durant cette période. Finalement, cette étude nous a montré que

la violence commise par les sujets, l'était, la plupart du temps, envers des proches, des amis et le personnel soignant, et ce, le plus souvent, au lieu de domicile du patient.

Reprenant les résultats de la MAVRAS, Appelbaum, Robbins, et Monahan (2000), ont découvert que ni les hallucinations, ni les délires ne sont associés à un risque plus élevé de comportement violent alors que les études précédentes suggéraient une association entre hallucinations et un haut risque de comportement violent (Buchanan, 1993; Junginger, Parks-Levy & McGuire, 1998; Humphreys, Johnstone, MacMillan & Taylor, 1992). Cependant, les comparaisons avec ces études sous-entendent que le fait de se fier à l'auto-déclaration des symptômes délirants et des hallucinations peut entraîner une erreur d'étiquetage d'autres phénomènes, contribuant à la violence, pouvant être confondus avec ces deux-là.

Une étude, d'ailleurs plus récente, menée par Joyal, Putkonen, Paavola, et Tiihonen (2004) a démontré que les hallucinations semblent jouer un rôle plutôt modéré dans la perpétration d'actes violents. Seules les hallucinations auditives dites mandataires ordonnant l'usage de violence augmenteraient ce risque. Le symptôme psychotique le plus fortement associé à la violence apparaît être les idées délirantes.

Également, Steadman, Monahan, Pinals, Vesselinov, et Robbins (2015), ont pu montrer, par les données de la MAVRAS, que sur la totalité des sujets, seulement 2% commettent un acte violent à l'aide d'une arme à feu, 6% en commettent en impliquant une personne étrangère, et uniquement 1% rassemblent les deux catégories. La violence est, en effet, très rarement tournée contre des étrangers, encore moins lorsqu'elle implique l'usage d'une arme.

Finalement, une étude longitudinale (1984-1991), entreprise par Eronen, Hakola, et Tiihonen (1996), sur l'ensemble des homicides Finlandais au sein de la période étudiée nous a montré que, comparés à la population générale, les schizophrènes ont un risque 6,4 fois plus élevé de commettre un acte homicide. Ce risque s'avère être 16,6 fois plus élevé lorsqu'il y a en plus un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues.

On observe donc plusieurs contradictions, notamment liées à des utilisations différentes du type de données utilisées, au sein de ces études, et la recherche nécessite davantage de contenus pour savoir si, oui ou non, les troubles psychotiques augmentent véritablement les risques de perpétration d'actes criminels violents.

1.4.4. Troubles de l'humeur et violence criminelle.

Plusieurs études nous révèlent l'existence d'un lien entre comportement criminel violent et dépression et/ou manie. Ainsi, Bénézech, Bihan et Bourgeois (2002) nous apprennent que dans des cas d'homicides ou de violence graves, une proportion relativement importante de pathologies dépressives survient avant les faits. Dans le même ordre d'idée, Modestin, Hug, et Ammann (1997), ont étudié les dossiers de 179 hommes ayant reçu un diagnostic de dépression majeure et 82 souffrant d'un trouble bipolaire. Les résultats présentés montrent que, pour la dépression majeure, le risque de criminalité le plus élevé concerne les crimes violents, et le risque de crime le plus faible implique l'usage de drogue et d'alcool. Les résultats sont parfaitement inversés pour le trouble bipolaire. Cependant, la manie, étant une composante de ce trouble, l'étude des cohortes nous a montré que les patients souffrant d'épisodes maniaques risquent cinq fois plus de commettre un délit violent que la population générale (Arsenault, Moffitt, Caspi, Taylor, et Silva, 2000).

Cependant, une autre recherche menée, en Suède, par Fazel, Lichtenstein, Grann, Goodwin, et Långström (2010), comparant 3 743 patients bipolaires à plus de 35 000 individus représentatifs de la population générale quant à la perpétration d'actes violents (homicides, voies de fait, vols qualifiés, incendies criminels, infractions sexuelles et gestes d'intimidation), a rapporté des résultats qui atténuent ceux de Arsenault et coll. (2000). En effet, durant la période de suivi, 8,4% du groupe de patients ont commis des crimes violents contre 3,5% dans la population dite « saine ».

Les études rapportées nous montrent que les résultats des expériences menées auprès des populations victimes de troubles de l'humeur fluctuent. Ainsi, même si les résultats semblent tendres vers le fait que de tels troubles augmentent le risque de comportements criminels violents, il est encore difficile de comprendre l'implication de la dépression ou de la manie dans un contexte de violence, notamment au niveau de la perception individuelle du patient. De plus, pour affirmer que l'épisode maniaque, est la facette du trouble qui accentue le plus le risque d'actes violents, la recherche nécessite davantage de contenu.

L'ensemble de cette partie concernant le lien entre violence criminelle et troubles mentaux graves, nous apprend que la population psychiatrique est en effet plus à risque de perpétrer des actes violents. Cependant, il semble que la maladie n'en soit pas la seule cause, plusieurs facteurs externes s'avèrent accentuer ce risque. L'étude longitudinale, sur un échantillon représentatif de la population des Etats-Unis, de Elbogen & Johnson (2009) nous apporte des éléments de réponses. Effectivement, les données recueillies ont permis d'établir que le risque de violence semble plus important dans la population atteinte de troubles mentaux graves mais que cette différence n'est significative que dans le cas où il y a présence de comorbidité entre la maladie psychiatrique et l'abus ou la dépendance à une substance psychotrope.

Ainsi, en conclusion, il est possible d'affirmer que la maladie mentale, à elle seule, ne permet pas de prédire de futurs comportements violents. Cette relation serait davantage associée à des facteurs : (a) historiques (passé teinté de violence, détention juvénile, abus physique, arrestation parentale), (b) cliniques (abus de substance, menace perçue), (c) dispositionnelles (âge, sexe, revenu) et (d) contextuelles (divorce récent, chômage, expérience de victimisation). Le problème principal lié à cette conclusion est que la plupart de ces facteurs sont davantage subis chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves que dans la population générale.

1.5. Troubles mentaux, abus de substance et violence : un cercle vicieux.

Parmi tous les facteurs de risques augmentant la probabilité de comportements violents chez les personnes atteintes de maladies mentales graves, l'abus ou la dépendance à une substance apparaît être très présent, en tant que variable, au sein de la littérature. Ainsi, il est estimé qu'entre 40% et 60% des individus atteints d'un trouble psychiatrique grave présenteront un trouble lié aux substances au cours de leur vie (Drake & Mueser, 2000). Plus encore, le trouble mental grave ne serait un facteur de risque dans la commission d'actes criminels violents que lorsque celui-ci est en comorbidité avec l'usage de substance (Steadman et coll., 1998 ; Elbogen & Johnson, 2009). L'abus de substance, tel qu'il est présenté dans ce mémoire, se définit comme tout usage problématique d'alcool ou de drogue (légal ou non). Par problématique il est entendu que la personne continue de consommer malgré les conséquences négatives que la substance a sur elle-même et/ou son entourage.

Dans leur étude examinant les casiers judiciaires de près de 3 000 patients institutionnalisés pour schizophrénie sur 15 ans, Wallace, Mullen, et Burgess (2004) ont découvert que 11.4% des individus diagnostiqués ont une comorbidité avec un trouble lié à l'usage de substances. En effet, pour les schizophrènes, on mesure l'existence d'une relation significative entre avoir un trouble lié à l'usage de drogues et/ou d'alcools et être condamné pour une infraction criminelle (68.1% de ceux présentant une comorbidité font l'objet d'une condamnation, contre 11.7% ne présentant pas de trouble concomitant). Les auteurs ajoutent également que les individus présentant un trouble lié à l'usage de substances (26.1%) sont significativement plus à même de commettre des actes violents que ceux n'intégrant pas cette problématique. Brennan et coll. (2000) exposeront, de plus, que le risque d'arrestation pour crime violent se voit réduire de façon significative chez les sujets présentant des troubles psychiatriques graves lorsque ceux-ci n'ont pas de problématique d'abus de substance ou de trouble de la personnalité. On ajoutera que parmi les patients atteints de troubles mentaux majeurs, l'abus de substances à l'enfance/adolescence est plus fortement corrélé avec un risque de commettre des violences qu'un abus de substance à l'âge adulte (Hodgins et Janson, 2002). Également, les risques d'une rencontre forcée avec la police, auprès des personnes présentant un trouble mental grave sont significativement reliés à un usage

récent de drogue ou d'alcool. Cependant cette relation n'apparaît, être vérifiable, que lorsque la non prise des médicaments prescrits est impliquée dans l'équation (Borum, Swanson, Swartz, et Hiday, 1997).

Une étude menée par Swartz et coll. (1998), s'attarde d'ailleurs sur cette variable. Après avoir interviewé 331 patients hospitalisés pour troubles mentaux quant à leur comportement violent et la non prise des médicaments prescrites ; les résultats ont montré que la combinaison de l'abus de substance et de la non prise du traitement médicamenteux est significativement associée à un comportement violent « sérieux » (usage d'armes et infliction de lésions corporelles). Ce risque s'avère augmenter lorsque les patients font preuve d'un faible *insight* (conscience de leur trouble et des symptômes associés) quant à leur maladie mentale.

Une autre recherche longitudinale, conduite par Fazel, Långström, Hjern, Grann et Lichtenstein (2009) entre 1973 et 2006, en Suède, appuie l'ensemble de ces résultats. En effet, après avoir étudié le risque de commettre un acte violent chez des patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie (N = 8 003), par comparaison avec un groupe représentatif de la population, et en contrôlant la présence de trouble lié à l'abus de substance, les chercheurs ont noté plusieurs découvertes. Premièrement, chez les patients atteints de schizophrénie, 13.2% ont commis au moins un crime violent contre 5.3% dans la population générale. Et, deuxièmement, ce risque est principalement limité aux sujets présentant un trouble concomitant à l'usage de drogue/alcool, parmi lesquels 27.6% ont commis une infraction violente contre 8.5% chez les patients ne présentant pas de comorbidité. Ainsi, le risque de commettre un acte criminel violent est plus de trois fois plus élevé auprès de la population atteinte de troubles mentaux graves lorsque celle-ci présente une comorbidité avec un trouble lié à l'usage de substances.

Concernant, les troubles de l'humeur, Modestin et coll. (1997) ont montré que les patients présentant une dépression présentent 5 fois (OR =5.32) plus de risques de commettre un crime violent que leurs congénères atteints d'un trouble bipolaire (OR = 2.05). On retrouvera le schéma inverse lorsque l'on mesure l'implication dans des crimes liés à l'usage d'alcools et/ou de drogues. Ainsi les sujets atteints d'un trouble dépressif sont moins à risque d'être impliqués dans des

infractions relatives à l'usage de substances (OR = 2.02) que leurs pairs présentant un trouble bipolaire (OR = 8.96).

Prenons maintenant, la forme extrême de la violence criminelle : l'homicide. Eronen et coll. (1996) ont montré en se basant sur l'ensemble des homicides finlandais (sur une période de 8 ans) que lorsqu'il y a un problème d'alcool chez les personnes victimes de troubles mentaux, le risque d'homicide augmente de plus de 10 fois chez les hommes et de 37.5 fois chez les femmes. Ce chiffre augmente d'autant plus lorsqu'il y a présence d'un trouble de la personnalité antisociale. En clair, une sévère dépendance à l'alcool combinée à un trouble de la personnalité antisociale augmente drastiquement le risque de comportement homicidaire chez les personnes victimes de troubles mentaux graves.

En conclusion, il est possible d'établir un consensus général sur le fait que les personnes présentant une maladie mentale grave ne sont pas plus violentes en soi que la population générale. Cependant, lorsqu'il y a présence de comorbidité entre trouble mental grave et trouble concomitant lié à l'usage d'alcool et/ou de drogue, le risque de violence est bien présent. De ce fait, une personne atteinte d'un trouble mental grave et de d'un trouble lié à l'usage de substance sera plus à même de manifester un mauvais fonctionnement global, de vivre des conflits interpersonnels et d'engendrer des comportements violents (Hartwell, 2004 ; Pisseli et coll., 2009). Tiihonen et Swartz (2000) nous suggèrent, également, que la consommation de substances au sein de cette population peut augmenter l'impulsivité en phase d'intoxication ou de sevrage et exacerber les symptômes du trouble psychiatrique.

Toujours est-il que, l'abus de substance, facteur non négligeable dans la perpétration d'actes violents, est plus présent au sein de la population psychiatrique qui peut déjà être susceptible de présenter plus de facteurs à risques tel que la non prise de médicament ou la précarité socio-économique, par exemple (Fazel et coll., 2009 ; Elbogen & Jonhson, 2009).

1.6. Cadre théorique : la perspective des parcours de vie (*Life Course*).

La perspective des parcours de vie étudie l'histoire des vies et des trajectoires individuelles, et plus particulièrement les expériences vécues et les différentes périodes de la vie selon leur contexte situationnel. Les parcours de vie peuvent être définis simplement comme étant la durée liée à l'existence d'une personne et ce qui la compose. Ainsi, cette perspective théorique amène les chercheurs à suivre des groupes d'individus pour obtenir leur récit de vie et comprendre les liens subjectifs, propres à la personne, entre les événements vécus (Elder, Johnson, Crosnoe, Mortimer, et Shanahan, 2003). Carpentier & White (2013) définissent cette perspective comme tentant « d'organiser la complexité de la vie sociale en tenant compte de la temporalité, du contexte sociohistorique, des contraintes structurelles et des capacités actanciennes des acteurs sociaux en situation d'interdépendance ». Ici, les trajectoires composant les parcours de vie sont vues comme une séquence d'états liés les uns aux autres et définis par une gamme de comportements ou d'expériences individuelles. Les transitions de vie sont des changements objectivement observables toujours intégrées dans des trajectoires marquées par des points tournants, non nécessairement observables, reposant sur l'expérience subjective ; et les états qui composent ces trajectoires sont toujours liés les uns aux autres par des transitions (Elder, 1996). Les concepts de trajectoires et transitions sont importants dans la perspective « Life Course ». On rappelle qu'une trajectoire réfère à un pattern d'étapes liées les unes aux autres à l'intérieur d'un modèle conceptuel défini, tel que le développement ou un domaine d'activité. Tandis qu'une transition est un changement d'une étape à une autre, au sein d'une trajectoire (Benson, 2012). Une majorité des personnes suivra un pattern de transition classique au sein d'une trajectoire. Par exemple, si l'on prend le cas d'une trajectoire professionnelle : aller à l'école, faire des études, décrocher un travail, monter dans la hiérarchie, potentiellement changer de travail, et devenir retraité autour de 65 ans, constitue le pattern classique. Cependant, certaines personnes vivront des transitions qui changeront le pattern habituel, comme par exemple, un accident entraînant une incapacité à continuer le travail ou encore gagner à la loterie et prendre une retraite anticipée. Les patterns et les variations au sein de l'existence d'une personne sont façonnés par plusieurs facteurs incluant le marquage génétique, les caractéristiques socio-démographiques, la famille, les amis, le milieu et la période historique dans laquelle nous évoluons, ainsi que tous les

événements imprévisibles qui surgissent tout au long du parcours de vie. Ces événements peuvent avoir une importance plus ou moins significative selon la personne qui en fait l'expérience. Ainsi, les points tournants (Laub & Sampson, 1993 ; Sampson & Laub 2003) sont des événements de vie marquants affichant une importance significative au niveau de la subjectivité individuelle et qui sont à l'origine d'un changement (positif ou négatif) dans la vie d'un individu.

Englobant des idées et des observations empiriques provenant d'une variété de disciplines, incluant l'histoire, la biologie, ainsi que la psychologie et la sociologie développementale, cette perspective s'inscrit pleinement dans les différentes dimensions des domaines liés de près ou de loin à la criminologie. En tant que paradigme émergent, cet angle d'étude n'est pas une théorie voulant tout expliquer mais plutôt une façon de penser et d'étudier les vies humaines et leur développement (Elder, 1996).

Selon cette perspective, le développement n'est pas limité à l'enfance et à l'adolescence mais est considéré comme un processus continu tout au long de la vie d'un individu.

Fortement utilisée durant ces dernières décennies en criminologie, cette perspective a permis l'amélioration de nos connaissances des comportements criminels quant aux variations liées aux carrières délinquantes (Maruna, 2001 ; Laub & Sampson, 1993, 2003), la spécificité des crimes (Piquero, Weisburg, & Simpson, 2009) et son implication a permis le renforcement de certaines théories sociologiques du crime (Hirschi & Gottfredson, 1995). Cette approche traite donc le crime en tant que variable, à la fois dépendante et indépendante. En effet, la participation au crime à un stade donné de la vie engendre des conséquences sur les trajectoires que vont prendre d'autres sphères de vie à différentes étapes de l'existence.

Les chercheurs en criminologie utilisant cette perspective ont montré qu'il y a à la fois stabilité et changement dans le comportement antisocial au fil du temps (Nagin, Farrington, et Moffitt, 1995 ; Laub & Sampson, 1993, 2003). Le degré de stabilité par rapport au changement dépendra du regard qu'on lui porte.

La perspective des parcours de vie nous intéressera particulièrement dans cette étude afin d'améliorer notre compréhension liée aux parcours criminels des délinquants atteints de troubles

mentaux graves. Piquero et coll. (2012) soulignent, d'ailleurs, l'importance de ce type de recherche pour améliorer notre compréhension des parcours criminels teintés de violence.

1.7. Problématique.

La littérature sur le parcours de vie des criminels violents est très fournie (Moffitt, 1993 ; Weiner, 1989 ; Laub & Sampson, 1993, 2003 ; Blockland et coll., 2005 ; Piquero et coll., 2007, 2012 ; Fox et coll., 2015) ainsi que celle portant sur la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux (Brennan et coll., 2000 ; Bonta et coll., 1998 ; Fazel et coll., 2009, 2010 ; Swartz et coll., 1998 ; Steadman et al, 1998 ; Eronen et coll., 1996 ; Hodgins et coll., 1998 ; Swanson et al, 1996, 1999, 2002). La problématique des troubles mentaux concomitant à l'usage de substances psychotropes est souvent ajoutée (Swartz et coll., 1998 ; Hodgins et Jansen, 2002; Eronen et coll., 1996 ; Brennan et coll., 2000, Wallace et coll., 2004), en second plan, dans les études qui vérifient l'existence d'une relation entre troubles mentaux et violence criminelle.

Cependant, il est beaucoup plus rare de trouver des articles parlant du parcours de vie des criminels atteints de troubles mentaux, encore moins lorsqu'on y ajoute la problématique de violence. Dans leur revue de littérature sur la violence dans les carrières criminelles, Piquero et coll. (2012) exposent une de leur limite et expliquent qu'ils ne se sont pas intéressés aux facteurs de risque et de protection dans la continuité des comportements violents dans la carrière criminelle. Il serait donc intéressant de voir quels rôles peuvent jouer les troubles mentaux, ou encore la problématique toxicologique dans le parcours des violences criminelles. Le modèle typologique de Hodgins et coll. (1998), est un des seuls écrits qui explique le parcours de vie des criminels avec troubles mentaux, mais ne permet pas de comprendre les liens ou les influences présentes entre ces trajectoires. Les limites de la recherche concernant l'approche des parcours de vie sur la carrière criminelle des délinquants atteints de troubles mentaux graves sont donc bien présentes. Piquero, Farrington et Blumstein (2007) mettent, d'ailleurs, en évidence qu'une grande partie de nos connaissances sur les carrières criminelles provient de l'application de la

méthodologie quantitative à des données longitudinales miroitant l'activité criminelle au sein des trajectoires individuelles.

Or, malgré le fait que ces études de nature quantitative aient permis une amélioration significative de nos connaissances sur les paramètres et la structure des carrières criminelles, certains aspects de ces carrières liés à ces méthodes ne peuvent être pleinement saisis. Sur ce point, les données qualitatives pourront étayer et combler les informations manquantes proposées par les données quantitatives, en permettant une compréhension plus en profondeur de ces différents processus. Un des buts de ce mémoire sera de pallier ce manque, en se concentrant sur l'aspect violent des trajectoires de vie criminelle de ce type de population sans négliger la problématique de toxicomanie.

Également, si l'on se penche sur la relation entre la violence et les troubles mentaux on observe que certains auteurs se contredisent. Peterson et coll. (2014) ont montré que les actes criminels commis par les personnes atteintes de troubles mentaux graves ne sont pas induits par les symptômes de la maladie. Cependant, dans l'étude de Wallace et coll. (2004), on peut voir que pour une petite partie, les symptômes sont bien à l'origine de la perpétration d'actes criminels. Il est donc possible de se demander pourquoi cette différence existe. De plus, dans le modèle typologique de Hodgins et coll. (1998), la catégorie des *Late Starters* affiche un départ des activités criminelles suite à l'apparition des premiers symptômes. On peut donc se demander si les individus dont les symptômes sont responsables des actes criminels rentrent dans cette catégorie. On constate, également, que les personnes perpétrant des actes criminels à cause des symptômes, en commettent d'autre sans aucun lien avec ces derniers, auquel cas peut-être que ces actes engendrés par les symptômes sont directement liés aux prodromes de la maladie. Peu d'études font mention du lien entre les actes criminels et les prodromes des troubles mentaux graves.

De plus certains auteurs nous affirment que la psychose augmente le risque de comportement antisocial violent (Brennan et coll., 2000 ; Wallace et coll., 2004 ; Eronen, 1996). Or, plusieurs études utilisant les données de la *MAVRAS* nous montrent le contraire et affirment que les

personnes présentant des troubles psychotiques ne sont pas plus à risque que la population générale quant à la commission d'actes criminels violents (Steadman et coll., 1998 ; Appelbaum et coll., 2000).

Également, le fait que les individus victimes de troubles de l'humeur présentent plus de risque de commettre un acte violent que ceux diagnostiqués d'un trouble borderline (Modestin et coll., 1997) va à l'encontre des résultats de l'étude de Arsenault et coll. (2000) si on les rapproche de l'étude de Brennan et al. (2000). En effet, Arsenault et coll. (2000) affirment que les patients sujets à des troubles de l'humeur ont cinq fois plus de risques de commettre un délit violent que la population générale, or, Brennan et coll. (2000) nous montrent qu'un tel trouble présenterait le moins de risques de commettre des crimes violents, comparativement aux autres troubles mentaux graves (entourant le spectre schyzo-phrénique).

Finalement, Peterson et coll. (2014) nous apprennent que seulement un comportement criminel sur cinq est partiellement ou complètement relié à des symptômes de troubles mentaux. Sachant que le risque d'arrestation pour violence est significativement réduit chez les sujets présentant des troubles mentaux graves lorsque ceux-ci n'ont aucune problématique d'abus de substances, est-ce donc pour cette fraction de crimes que les problèmes liés à l'alcool et/ou la drogue entre en jeu ?

Un point sur lequel les auteurs sont d'accord est que l'abus de substances augmente drastiquement les chances de comportements violents chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Aussi, Elbogen et Johnson (2009) nous prouvent que la maladie mentale, à elle seule, ne permet pas de prédire la future commission d'actes violents. Il sera donc intéressant de savoir quels sont les facteurs historiques, cliniques, dispositionnelles et contextuelles incitant la population atteinte de troubles mentaux graves à engendrer des crimes violents.

Sachant cela, il s'agira de déceler quels sont réellement les facteurs motivationnels individuels qui poussent un criminel atteint de troubles mentaux graves à se lancer dans une carrière criminelle pour comprendre quel est le véritable rôle de la maladie dans la violence liée à son parcours.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les composantes troubles mentaux et violences criminelles se voient liées par l'abus de substance psychotrope (Steadman et coll., 1998 ; Elbogen & Johnson, 2009 ; Hartwell, 2004 ; Pisseli et coll., 2009 ; Tiihonen et Swartz, 2000), cependant peu d'études présentent le rôle de l'abus de substance dans le passage à l'acte violent et les mécanismes par lesquels ces trois trajectoires sont interreliées. Poullot (2011) souligne, d'ailleurs, le manque d'information se rapportant à l'éthologie de la comorbidité de l'interaction entre les troubles mentaux graves et l'abus de substance. En l'état actuelle, les données colligées par la recherche sont trop peu nombreuses pour permettre de déterminer la chaîne séquentielle unissant ces trois composantes et de savoir comment elles s'influencent entre-elles. Ce mémoire, aura donc pour but secondaire d'éclaircir cette zone d'ombre.

Plus encore, il sera important de connaître le point de vue subjectif de l'individu atteint de troubles mentaux graves, afin de savoir quelle est sa perception et son expérience individuelle à l'égard de sa criminalité, de ses actes violents et la place qu'ils occupent au sein de son parcours criminel. Autrement dit, connaître les trajectoires et transitions de vie de criminels atteints de trouble mentaux permettrait une meilleure compréhension des motivations permettant le passage à l'acte violent. Ceci dans le but d'améliorer la prise en charge de ce type de population. En effet, Baillargeon et coll., 2010 évoquent le manque de recherche sur l'identification des facteurs associés à la récidive parmi les délinquants cumulant troubles mentaux et abus de substance.

En somme, on se demande : Quelle représentation, un individu atteint de troubles mentaux graves, se fait-il de sa carrière criminelle, de ses actes violents et de sa consommation de substances psychotropes ? Comment perçoit-il le lien entre tous ces facteurs ? Quel sens donne-t-il à ses actes et comment vit-il sa criminalité au jour le jour ? Comment certains facteurs poussent un individu atteint de troubles mentaux graves à démarrer une carrière criminelle et à commettre des crimes violents ? Bien que la perception de l'individu ne fasse pas état de la réalité ou d'un quelconque lien causal. Cette perception pouvant être aussi bien erronée que représentative de

la réalité nous permettra, dans une démarche exploratoire, une meilleure compréhension de l'individu.

Pour faire face aux limites de la littérature, la recherche par devis qualitatif permettra une meilleure compréhension du phénomène et de la perception individuelle de la population intéressée. Ainsi, la subjectivité de plusieurs individus pourrait nous permettre de comprendre le lien qui existe entre troubles mentaux, carrière criminelle et violence, et d'explorer la problématique d'abus de substance (composante incontournable au sein de cette spirale) afin d'examiner son interaction avec la délinquance violente et les troubles mentaux.¹

Adoptant une perspective de parcours de vie (prenant en compte les processus développementaux, et les trajectoires de vie individuelles) cette étude se verra examiner la dynamique de plusieurs trajectoires, à savoir : les troubles mentaux, l'abus de substances et la violence perpétrée durant la carrière criminelle. Ainsi, il sera question de comprendre comment et pourquoi ces trajectoires se manifestent et interagissent les unes avec les autres.

1.8. Objectifs de recherche.

L'objectif principal de ce projet de recherche est de reconstruire les trajectoires de vie d'individus ayant poursuivi une carrière criminelle et présentant une problématique de santé mentale pour comprendre les processus liés, et menant, à la commission d'actes criminels, notamment violent, au sein de leur parcours.

Plus spécifiquement, à partir de leur récit de vie, il s'agira d'avoir le point de vue subjectif des délinquants atteints de troubles mentaux graves quant à la violence commise au sein de leur carrière criminelle, pour comprendre le sens qu'ils donnent à leurs actes.

¹ Il est à noter qu'il serait préférable de prendre également en compte, au sein de cette relation, le trouble de la personnalité antisocial, favorisant la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Cependant cette tierce variable ne se verra pas être intégrée dans ce projet de recherche par manque d'accès aux données complémentaires des entrevues.

De plus, cette étude nous permettra d'établir la séquence des comportements dans l'interaction des éléments suivants : perpétration de crimes violents, troubles mentaux graves et comportement toxicomane ; pour ainsi, identifier quelles dimensions et sphères de vie entrent en jeu lors de cette interaction. Il sera, ainsi, possible d'établir une chaîne séquentielle dans l'interaction de ces composantes, ce qui, à terme, pourrait permettre une meilleure prise en charge dans l'intervention auprès de ce type de population.

Cette étude nous permettra, également, d'identifier les points tournants (Laub & Sampson, 1993 ; Sampson & Laub, 2003) au sein des trajectoires individuelles des criminels atteints de troubles psychiatriques graves.

Finalement, une attention particulière sera portée sur la problématique liée aux troubles concomitant à l'abus de substances psychotropes pour comprendre son implication dans les trajectoires de vie criminelle de ces individus.

CHAPITRE 2 – MÉTHODOLOGIE

Ce mémoire vise à explorer les trajectoires de vie des criminels atteints de troubles mentaux graves en portant une attention particulière à la violence qui la compose tout en incluant la variable d'abus de substance, intimement présente au sein de cette relation. Ainsi, nous désirons étudier les facteurs dynamiques et statiques des carrières criminelles au sein de la population psychiatrique, avant tout, dans une optique de compréhension de l'individu. Pour ce faire, nous avons reconstruit les différentes trajectoires de vie de chaque participant, en utilisant des récits de vie narratifs mais également des calendriers d'histoire de vie, permettant de saisir pleinement le processus du passage à l'acte.

Ce chapitre a pour but de présenter les choix méthodologiques ayant permis de réaliser cette étude. En outre, il sera question : de justifier la méthodologie privilégiée, d'exposer la procédure de collecte de données, la technique d'échantillonnage et sa composition, et de présenter la stratégie d'analyse.

2.1. Le choix de l'approche qualitative.

Dans les méthodes qualitatives, la conscience individuelle du participant s'avère être un vecteur de compréhension supplémentaire pour répondre à la problématique de recherche (Groenewald, 2004). En effet, cette méthodologie est conçue dans le but de produire des résultats qui révèlent les expériences des individus et l'authenticité de leurs pensées et réflexions (Creswell, 2008). Le but de l'analyse qualitative est donc de donner un sens et de comprendre les phénomènes sociaux et humains complexes.

En criminologie, les méthodes qualitatives sont particulièrement pertinentes dans le sens où elles fournissent des informations significatives au-delà des données globales sur la criminalité. De plus, cette méthodologie prend en compte la nature complexe et multivariée de l'individu et de

ses influences sociales (Creswell, 2008 ; Smith, Flowers et Larkin, 2009), ce qui nous intéresse particulièrement dans cette étude visant à comprendre le comportement criminel auprès d'un type de population. Von Hirsch, Bottoms, Burney et Wilkstrom (1999) pointent, d'ailleurs, le fait que, pour comprendre la plénitude des comportements criminels, les réponses doivent être cherchées auprès des populations à risques de commettre des actes délictueux ou de celles qui les ont perpétrés. Pogrebin (2004) ajoutera que le sens que donnent les délinquants, à leurs actes criminels, devrait avoir plus de poids que la dynamique situationnelle dans laquelle ils sont commis pour que leurs actes soient pleinement compris. On ajoutera, toutefois, que les récits de vie reposent sur la perception du sujet et non la réalité de la séquence causale. En effet, le discours peut s'avérer être une rationalisation a posteriori. Ainsi, reconnaissant la subjectivité comme le fondement même de la vie sociale, l'approche qualitative révèle que toute réalité est basée sur les constructions humaines.

Concernant notre étude, la majeure partie des travaux se penchant sur les carrières criminelles et leurs trajectoires proviennent d'études longitudinales utilisant des méthodes quantitatives (Piquero, Farrington et Blumstein, 2007). Or, la méthodologie qualitative, prônant le vécu de l'individu comme entité essentielle à la compréhension de son parcours apparaît être une solution privilégiée dans l'étude des carrières criminelles. De plus, l'usage d'une telle méthode permet, ici, de donner une voix, à la population psychiatrique, fortement marginalisée par la société, ne jouissant pas d'un pouvoir social, économique ou politique suffisant pour se faire entendre (Stein & Mankowski, 2004). D'autre part, la présente étude s'intéresse aux circonstances qui entourent un évènement, à savoir la commission d'acte criminel violent engendré par la population psychiatrique, et les méthodes qualitatives assurent une meilleure description d'un phénomène, de son apparition et des éléments qui engendrent ce dernier (Sofaer, 2002).

En conclusion, l'usage d'un devis qualitatif rend possible plusieurs points au sein de cette étude. Premièrement, utiliser l'expérience des acteurs nous permet de pouvoir respecter et situer les évènements de vie marquants dans un contexte temporel et chronologique. De ce fait, il est

possible de visualiser et de comprendre les différentes trajectoires individuelles, ainsi que les transitions menant vers d'autres trajectoires et les points tournants pouvant en être à l'origine. Deuxièmement, le regard rétrospectif et subjectif des acteurs quant à leur propre carrière criminelle, nous permet de comprendre le sens qu'ils donnent à leurs actes criminogènes, et plus particulièrement, les comportements violents et d'abus de substance. Finalement, toujours dans une optique de compréhension de l'individu, laisser la parole aux intéressés pour qu'ils racontent leur histoire, permet, a posteriori, de tisser des liens au sein des histoires et des récits de chaque individu.

2.1.1. Cadre analytique : approche phénoménologique.

Au sein de l'approche phénoménologique, le chercheur vise à comprendre quand et comment les individus vivent des altérations et des changements de perspectives vis-à-vis du regard qu'ils posent sur le monde. Ces modifications perceptuelles se baseraient sur l'intégration des informations et des expériences selon un « processus dynamique et fluide de changement et de prise de décision » (Conroy, 2003). Ainsi, la phénoménologie est particulièrement appropriée afin de rendre compte des connaissances spécifiques et des détails liés à l'expérience subjective des participants (Miner-Romanoff, 2012). En d'autres mots, l'approche phénoménologique se concentre, non seulement, sur les comportements et les événements, mais porte également une grande importance à leur signification pour les acteurs impliqués.

En criminologie, l'approche phénoménologique permet non seulement de couvrir l'ensemble des motivations et décisions prises quant au passage à l'acte délictueux, mais également, encourage les chercheurs à inclure et réfléchir leurs propres expériences, de manière à susciter des réponses plus profondes auprès des participants. De ce fait, la tradition phénoménologique fournit un moyen d'encourager les criminels à expliquer le processus qui les mènent à commettre des actes délictueux (Taylor, 2007).

Également, les entretiens menés selon cette approche permettent de prendre en compte les relations complexes présentes entre les facteurs et les contextes liés à la situation. De plus, ils

encouragent les participants à réfléchir au sens qu'ils donnent à leur propre expérience d'une manière qui va au-delà du sens initial (Seidman, 2006).

Pour finir, l'analyse qualitative des données phénoménologiques est une méthode d'enquête complexe et unique. Il s'agit d'une analyse « cyclique », dans laquelle, par la répétition et l'analyse récurrente, le chercheur interroge, écoute, cherche, compare, vérifie, compose, confirme et évalue pour assurer les fondamentaux de la connaissance (Shin, Kim et Chung, 2009).

L'utilisation de l'approche phénoménologique convient, donc, aisément à ce projet de recherche, car elle permet de répondre de manière adéquate aux objectifs présentés.

2.2. La collecte de données.

2.2.1. Les entretiens semi-directifs.

Se définissant comme un échange verbal animé par le chercheur avec une certaine flexibilité, l'entretien semi-dirigé a pour but principal de comprendre et d'assimiler les perceptions, sentiments, expériences, interprétations, croyances et conceptions du répondant (Matthews & Ross, 2010). Les informations recueillies, par l'intermédiaire de la parole et de signes non verbaux, permettent une compréhension approfondie du vécu et de la subjectivité de l'interviewé sur le phénomène étudié. Dans son déroulement, une première question de départ est abordée, puis d'éventuelles relances sont effectuées par le chercheur lorsque certains thèmes, propres à l'intérêt de l'étude, sont oubliés par le participant. Les interventions du chercheur – tantôt permettant de recentrer l'interrogé, sur les thèmes de recherche, tantôt l'aidant à aborder des sujets non spontanément engagés – sont plutôt larges et ouvertes, de façon à laisser au répondant une grande liberté dans son récit (Van Campenhoudt & Quivy, 2011 ; Matthews & Ross, 2017).

Plusieurs avantages peuvent être soulevés à l'utilisation de cette méthode. On note principalement une profondeur et une richesse dans les informations recueillies, mais également, une flexibilité dans la structure de l'entretien, permettant le développement d'idées et

d'hypothèses non envisagées par le chercheur tout en respectant les schémas de pensées du participant, et en lui laissant une liberté dans ses propos, ses idées et son langage (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Ainsi, grâce à l'entretien semi-dirigé, la perspective des patients peut donc être abordée en profondeur. En effet, c'est à travers l'interaction entre le chercheur et le participant que le chercheur est le plus à même de saisir l'hétérogénéité et la complexité des vécus et expériences variant selon les situations propres à chaque participant. Aussi, lors d'un entretien semi-dirigé un lien de confiance se crée entre chercheur et participant, qui dans le cas de notre recherche est particulièrement important car il contribue à l'émergence d'une parole sincère et libre de la part des patients.

Ici, l'utilisation d'entretiens semi dirigés permet de laisser les acteurs partager leur récit de vie tout en les amenant à explorer certaines expériences dont ils n'auraient pas parlé d'eux-mêmes, tel que le ressenti personnel, ou encore l'interaction de certaines composantes. Le but principal de cette méthode est que l'individu détaille le plus possible son parcours, tout en restant dans un cadre défini.

Pour la présente recherche, le recours à l'entrevue semi-dirigé s'avère pertinent dans la mesure où l'on souhaite retracer le parcours de vie des patients en les laissant raconter leur histoire. En prenant exemple sur les travaux de Maruna (2001), l'intérêt d'étudier les récits narratifs des participants se situe, avant tout, dans le fait de pouvoir reconstruire l'expérience subjective du sujet autour d'une identité narrative. Le point d'intérêt n'étant pas tellement dans les faits, mais bien dans le sens que l'individu donne à ses actes (Maruna, 2001). Ainsi, cette recherche vise à poser un regard rétrospectif sur les expériences criminelles, notamment de violence, dans le parcours de vie des individus présentant des troubles mentaux graves.

2.2.2. Les calendriers d'histoire de vie.

La méthode utilisée pour cette recherche est celle de l'entrevue semi-structurée couplée à l'usage des calendriers d'histoire de vie (Freedman, Thornton, Camburn, Alwin et Young-DeMarco, 1988). Premièrement développé pour la recherche quantitative, le calendrier d'histoire de vie a su s'adapter aux méthodologies qualitatives (Nelson, 2010 ; Desfachelles et Ouellet, 2018) et

s'imposer dans le milieu comme un outil aux multiples avantages. Combinant l'usage d'un questionnaire d'évènement de vie et d'un calendrier visuel, cette méthode permet, notamment, d'augmenter la qualité et la précision des données rétrospectives rapportées en aidant le répondant à relater de façon visuelle et mentale la temporalité des types d'évènements relatés selon leur contexte et les circonstances de vie. Les évènements de vie marquants, plus facile à placer sur la ligne du temps (tels que les mariages, naissances, changements de résidence, décès, séparation, etc.) fournissent des points de repère importants pour le rappel d'évènements moins saillants. De plus, lors de l'entretien semi-dirigé, l'affichage du calendrier attire, à la fois, l'attention du chercheur et du répondant, quant à d'éventuelles incohérences temporelles (Freedman, et coll., 1988). Également, cet outil permet d'augmenter le rappel des expériences vécues de façon significative par l'habileté des répondants à placer différentes activités au sein d'un même laps de temps, et s'avère être plus efficace en termes d'expérience rapportée comparativement à d'autres méthodes d'entrevue structurée (Yoshihama et coll., 2005 ; Freedman, et coll., 1988) notamment au niveau des détails dans la séquence des évènements de vie. Cette méthode de recherche est adaptée à la structure autobiographique de la mémoire, et plus particulièrement la séquence et le stockage hiérarchique de la mémoire, facilitant le rappel des évènements (Belli, 1998). Finalement, l'usage des calendriers d'histoire de vie permet de rassembler des informations sur les transitions et l'interaction entre les différents évènements (Freedman et coll., 1988), et bénéficie de nombreuses démonstrations de la validité et une grande fiabilité dans les données résulte de son utilisation (Axinn et coll., 1999 ; Belli et coll., 2001 ; Caspi et coll., 1996 ; Sutton et coll., 2011).

Concernant, la présente étude, le calendrier d'histoire de vie s'avère être un outil particulièrement utile afin d'éviter les biais de rappels. En effet, la population étudiée ici est atteinte de troubles mentaux graves et peut avoir été sujette à des problèmes d'abus de substances psychoactives, pouvant entraîner des difficultés mnésiques. En ce sens, la visualisation de la ligne du temps et des évènements la composant, inscrit par les participants, est d'une grande aide pour le rappel des évènements et permet de guider les répondants de façon graphique et visuel. De plus, l'utilisation de cette méthode permet d'établir, de façon plus précise, la chaîne

des évènements dans l'interaction entre abus de substances, actes violents et troubles mentaux graves.

Le questionnaire du calendrier d'histoire de vie développé pour ce mémoire s'inspire de calendriers développés dans un projet sur le désistement criminel (voir Vidal, Ouellet et Dubois, 2020 ; Ouellet & Dubois, 2020) et, est divisé en thèmes et années pour couvrir la totalité du parcours de vie du participant, de son enfance jusqu'au moment de l'entrevue (voir Annexe I). Les thèmes discutés débutent par les évènements de vie les plus significatifs, ayant le plus marqué le participant ou les plus faciles à se souvenir de façon à aider la conceptualisation des autres évènements. Dans cette étude, les thèmes sont sélectionnés pour leur pertinence théorique, ainsi que pour traiter les intérêts spécifiques de la recherche. Plus précisément, le calendrier comprend, sur une base annuelle et pour toute la durée de vie : les types de crimes commis, en accordant une attention particulière aux crimes violents, le commencement et les diagnostics de troubles mentaux graves, les épisodes de troubles mentaux marquants (en mettant l'accent sur les psychoses et troubles de l'humeur), les séjours en institutions spécialisées, les trajectoires de soins reçus, les périodes de consommation de substances psychoactives et le type de substances consommées, ainsi que tout autre évènement spécial jugé important par le participant (ex. décès d'un proche, naissance d'un enfant, séparation conjugale, etc.). L'intégralité de ces données sont autodéclarées. Une fois le questionnaire présenté aux participants, ce dernier reçoit la consigne suivante : « *Indiquez directement sur la ligne du temps les évènements de vie que vous considérez comme marquants dans votre parcours de vie* ». Ensuite, en suivant la ligne directrice du questionnaire, sont placées de manière chronologique, sur la ligne du temps, les informations relatives aux thèmes cités ci-dessus (voir Annexe I pour la ligne du temps). Le fait de visualiser les éléments rappelés permet aux répondants une meilleure restitution de leurs trajectoires de vie. De plus, lors des entretiens semi-directifs, visualiser les principaux évènements sur la ligne du temps des calendriers d'histoire de vie facilitera l'exercice de remémoration. Outre ceci, les calendriers sont utilisés principalement à des fins descriptives et de comparaisons, la principale source de données étant les histoires de vie des participants racontées lors des entretiens semi-directifs.

2.2.3. Les critères de sélection de l'échantillon.

Ce projet de recherche se base sur les récits de vie de neuf participants ayant fréquenté ou fréquentant un service de psychiatrie légale. Trois critères sont retenus pour sélectionner les participants :

- (1) Les participants doivent avoir reçu un diagnostic de troubles mentaux graves tel que défini plus haut (**1.3.1. Mythes et réalités : ce que la recherche a à nous apprendre**).
- (2) Les répondants doivent avoir commis un acte criminel sous l'influence de leurs symptômes². Par comportement violent, il est entendu, tout comportement, au cours de la vie, ayant pour but de menacer, d'attenter ou d'infliger des dégâts physiques sur autrui.
- (3) Afin de pouvoir participer à l'étude, les patients ne doivent pas être sous l'influence de drogue ou en situation de crise.

2.2.4. La stratégie de recrutement.

A l'origine, il était planifié, que les patients du centre de psychiatrie légale soient contactés par l'intermédiaire des intervenants du service. Le personnel avait pour consigne de distribuer des « affiches promotionnelles » présentant l'étude, dans des termes simplifiés, pour donner envie aux patients de participer par eux même (voir Annexe II). On devait ainsi procéder par échantillonnage intentionnel, en espérant qu'un effet boule de neige se crée au sein du service et que le fait de voir leurs pairs participer motiverait les autres patients du service. Or, dans les faits, cette technique s'est avérée totalement inefficace pour cette étude puisqu'aucun des patients ne nous a contactés afin de participer. De ce fait, la technique privilégiée a été de se présenter directement au service et d'approcher les patients uns à uns afin de nouer une relation de confiance avec eux et de leur présenter la nature de l'étude afin de savoir s'ils étaient intéressés à y participer. Cette présentation faisait état de l'objet du projet d'étude, du caractère volontaire de l'étude ainsi que son aspect éthique de la recherche, notamment en ce qui concerne la confidentialité des données recueillies. Cette méthode, bien qu'étant un véritable travail sur la

² Ce critère était présent chez tous les sujets membres du service de psychiatrie légale, ces derniers ayant été placé dans le service après avoir été reconnu non criminellement responsable de leurs actes, car sous influence de leurs symptômes au moment des faits.

durée, s'est montrée bien plus efficace puisque nous avons été en mesure de recruter la plupart de nos participants (n=7) de cette manière.

Le reste des participants (n=2) a été recruté par l'intermédiaire d'une autre étudiante de l'Université de Montréal, effectuant sa collecte de données au sein du même service de psychiatrie légale. Cette dernière était en contact avec la clientèle ambulatoire du service et nous a permis de recruter les derniers participants en leur demandant directement, lors de sa propre collecte, s'ils étaient intéressés à participer à ce projet de recherche. Voici une figure illustrant le processus de recrutement.

2.3. Déroulement de la collecte de données.

2.3.1. La démarche des entretiens.

Au préalable de chaque entretien, tous les participants ont donné leur consentement, par écrit, en signant le formulaire de consentement, qu'il est possible de retrouver en annexe (voir Annexe III). Ce formulaire fournit au répondant tous les renseignements nécessaires sur la nature de la recherche, ce que leur participation implique, les avantages et inconvénients qu'ils peuvent en retirer, leur droit à se retirer de l'étude, et le caractère confidentiel de cette dernière.

Pour ce qui a trait aux entrevues semi directives, elles ont été réalisées entre mai 2022 et août 2022. Chacune d'entre elles s'est déroulée dans une salle d'entretien, prévue à cet effet, au sein de l'unité, favorisant le calme et la tranquillité, conditions propices à la confidentialité et au dévoilement des histoires de vie. D'ordinaire, l'utilisation des calendriers d'histoire de vie et des entretiens semi-dirigés se font successivement au sein d'une même rencontre. Compte tenu que nos participants présentent des troubles mentaux graves (bien souvent concomitants avec un trouble d'abus de substance), il a été jugé judicieux d'adapter notre méthode et de rencontrer chaque participant deux fois afin qu'ils gardent un certain confort et ne se sentent pas sur-sollicités. Chaque participant a été rencontré au minimum deux fois, pour une durée moyenne d'une heure trente, variant entre quarante-cinq minutes et deux heures trente l'entrevue. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal. A des fins confidentielles, les enregistrements ont été utilisés uniquement dans le but de retranscrire les entretiens. Chaque

participant s'est vu attribuer un numéro et un alias de sorte que seul le chercheur ait accès à leur identité.

2.3.2. La conduite des entretiens.

Comme expliqué ci-haut, l'ensemble de participants a été rencontré deux fois.

La première rencontre avait pour but de remplir les calendriers d'histoire de vie accompagnés de son questionnaire structuré de façon thématique. Cette rencontre était prévue pour durer environ trente minutes et il était, au départ, jugé non nécessaire qu'elle soit enregistrée (étant donné que le questionnaire du calendrier d'histoire de vie est censé se concentrer uniquement sur les faits et événements marquants). Cette estimation a été révisée durant la première entrevue, pendant laquelle il est apparu que les participants pouvaient éprouver de la difficulté à ne s'en tenir qu'aux faits et désiraient déjà étayer leurs propos. Ce sur quoi il a été décidé d'enregistrer toute rencontre afin de ne manquer aucune information pertinente rapportée. Les premières entretiens duraient environ une heure chacune, variant entre quarante-cinq minutes et une heure trente.

La deuxième rencontre consistait à reprendre ce qui avait été dit lors du précédent échange à l'aide des calendriers d'histoire de vie, en se concentrant, cette fois-ci, sur l'entretien semi-directif. Il a donc été donné au patient la consigne suivante : *Au cours de l'entretien, j'aimerais que nous abordions les thèmes suivants : votre histoire de vie, votre parcours criminel, la présence et la commission de violence, votre santé mentale, votre consommation d'alcool/drogue, ainsi que les changements et événements marquants qui sont survenus dans votre vie. En ayant ces thèmes en tête pouvez-vous me faire un récit de votre vie, de l'enfance jusqu'à aujourd'hui ?*

La présente étude vise à couvrir cinq thèmes principaux, à savoir : (1) les trajectoires de vie dites « conventionnelles » ; (2) la présence de violence dans le parcours de vie ; (3) le parcours criminel ; (4) les trajectoires de santé mentale, et ; (5) les habitudes de consommation.

L'ensemble de ces points est illustré au travers de la grille d'entretien, présente en annexe (voir Annexe IV).

2.4. Stratégie analytique.

L'analyse privilégiée, pour étudier les données recueillies, dans ce projet d'étude, est l'analyse thématique. Celle-ci présente deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation.

Dans un premier temps, les premiers entretiens sont analysés de façon individuelle, après retranscription, et relecture des verbatims, au fur et à mesure des passations. Une synthétisation du matériel et une déconstruction du discours sous forme d'unité de sens suivie d'une recherche des thèmes, ou rubriques, se rattachant à ces unités est effectuée (fonction de repérage). Ces thèmes sont, par la suite, comparés, regroupés ou différenciés de façon à en dégager un schéma ou un plan (fonction de documentation). Ceci permet la création d'un mémo analytique présentant la description et l'analyse de ce schéma de façon à voir si des thèmes ou trajectoires importants rapportés, non initialement prévus, émergent des entrevues, et prennent une importance suffisamment considérable, permettant de justifier leur ajout à la grille d'entretien³. Les données recueillies sont analysées de façon à pouvoir répondre aux objectifs et sous-objectifs de l'étude. En ce sens, les thématiques relevées dans les entretiens, en lien avec ces derniers sont étudiées, explorées, définies, compilées et comparées sans déformer le sens que les acteurs ont voulu apporter à ces propos. Cette procédure s'est vue, ainsi, être effectuée pour l'ensemble des entretiens jusqu'à ce que la saturation empirique des thèmes observés et souhaités soit atteinte. En ce sens, la saturation empirique désigne le fait que « la collecte de données n'apporte plus d'informations suffisamment nouvelles pour justifier l'augmentation du corpus empirique » (Pires, 1997). Toutefois, il est à noter que nous sommes conscients que des thèmes additionnels auraient pu émerger avec un nombre de sujets plus conséquent.

Dans un second temps, une analyse transversale des données est réalisée dans le but de comparer les schémas et mémos analytiques pour chacun des entretiens afin de pouvoir identifier des ressemblances, singularités ou différences entre les thèmes et points de vue ressortant des

³ Plusieurs participants nous ont fait part d'une trajectoire d'itinérance lors de leur parcours de vie. Cette trajectoire s'est avérée être d'une importance capitale dans leurs récits de vie. Ce qui a justifié l'ajout de cette composante à la grille d'entrevue.

entretiens de chaque participant. Cette analyse est, en dernier lieu, confrontée à la recension des écrits et ses limites afin d'apporter des réponses aux éléments découverts.

2.5. Limites de l'étude.

Comme toutes les méthodes, celle-ci comporte des limites.

Premièrement, l'échantillon de ce projet de recherche est constitué uniquement d'hommes. L'homogénéité des genres présente ici, nous limite à présenter les résultats de l'étude pour une population d'homme.

Deuxièmement, la taille de l'échantillon ne nous assure pas qu'un seuil de saturation empirique et théorique des données soit atteint. En effet, bien que le nombre restreint d'entretiens et d'individus participants nous assure de pouvoir étudier le processus du passage à l'acte criminel dans la population psychiatrique de façon consciencieuse, il n'est pas inévitable que la saturation empirique ne soit pas obtenue. Ce qui inscrit davantage cette étude dans une perspective exploratoire. Cependant, ce mémoire de recherche vise à améliorer la compréhension du phénomène étudié par le vécu et les expériences des participants plutôt que par une description empirique et précise.

Troisièmement, on rappelle que l'échantillon est composé d'une population en psychiatrie légale. Plusieurs soucis méthodologiques, propres à cette population, pouvaient se présenter. Il a notamment fallu reporter plusieurs rendez-vous pour différentes raisons. Il est arrivé qu'un participant soit sous l'influence de sa médication suite à un changement de prescription, ce qui le rendait somnolent et inapte à répondre à nos questions. Également, il est arrivé qu'un patient ait consommé avant une rencontre. Effectuer l'entrevue sous l'influence d'une substance quelconque étant un critère d'exclusion, il a fallu reporter.

De plus, il a, parfois, été difficile de structurer les participants qui s'égarèrent dans leurs propos et sortaient des sujets initiaux. Ainsi, restructurer les patients sans les fermer fut un véritable défi

au sein de cette étude. L'usage du calendrier s'est, d'ailleurs, avéré particulièrement efficace pour parvenir à ce but.

Quatrièmement, un des avantages de l'outil de collecte de données choisis dans ce projet, est de pouvoir ajouter des thèmes au cours des entrevues en fonction de la façon dont ils émergent, mais également de les ajuster d'une entrevue à l'autre. Il est, ainsi, normal d'ajuster les questions en cours de collecte de données afin de saturer les catégories qui émergent de l'analyse de données. Ceci entraîne un biais conséquent, à savoir que, même si les thèmes abordés restent les mêmes entre chaque participant, il est possible que certaines questions aient pu être posées à certains et pas à d'autres. Ainsi, tous les participants n'ont pas répondu à toutes les mêmes questions, ce qui a pour conséquence de rendre plus complexe la comparaison des résultats entre eux (Dufour, 2013).

Finalement, on peut faire état d'un autre biais propre à la méthodologie sélectionnée dans ce projet. En effet, maintenir une attitude neutre envers le répondant peut s'avérer être une tâche ardue, et le chercheur se trouve à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de ce qu'il étudie (Paillé et Mucchielli, 2008). Poser, alors, autant de questions de relance qui vont à l'encontre, que dans le même sens, des valeurs et des convictions du chercheur peut être un moyen de pallier cette limite (Dufour, 2013).

CHAPITRE 3 – RÉSULTATS

Ce chapitre sera consacré à la présentation et à l'interprétation des données recueillies au sein des récits de vie des participants. Tout d'abord, un tableau récapitulatif des principales trajectoires de vie étudiées de chaque participant vous sera présenté (tableau 1). Ce tableau présente les composantes principales et points tournants au sein des trajectoires qui nous intéressent spécifiquement pour ce projet d'étude. Pour chaque participants, sont donc répertoriées quelques notions importantes quant à : (1) la trajectoire criminelle : avec l'âge de commencement de la carrière criminelle, ainsi que les délits rapportés les plus fréquemment commis ; (2) la trajectoire de santé mentale : avec les diagnostics de troubles mentaux graves reçus et l'âge d'apparition des premiers symptômes ; ainsi que (3) la trajectoire de consommation de substances psychoactives : avec l'âge de commencement des comportements d'abus de substance et le type de substance consommée. Ce tableau a, avant tout, un rôle descriptif et sert à présenter les différents participants de l'étude par leurs trajectoires de vie qui nous intéressent dans ce projet. Ces descriptions seront rapportées dès lors qu'un participant sera cité afin de contextualiser chaque passage des histoires de vie citées.

Ensuite, tout au long de ce chapitre de résultats, seront étudiées, successivement, les grandes lignes de : la trajectoire de vie dite « conventionnelle » des participants, la trajectoire en santé mentale, la trajectoire de consommation et la trajectoire criminelle pour porter une attention particulière au processus de commission d'acte violent et l'interaction de l'ensemble des précédentes trajectoires énoncées.

Tableau 1. Tableau récapitulatif des principales trajectoires de vie étudiées de l'ensemble des participants ⁴

Alias du participant	Crimes rapportés	Âge début carrière criminelle	Âge début troubles mentaux	Types de troubles mentaux	Âge début consommation	Type de substance consommé
FRANÇOIS	Voie de fait Menaces de mort	7 ans	11 ans	Autisme Asperger Bipolarité Type 1 TSPT	n/a	n/a
LUC	Tentative de meurtre Voies de fait Menaces Vol	12 ans	20 ans	Épisodes psychotiques	16 ans	Amphétamines
LÉO	Vol Agressions sexuelles	15 ans	19 ans	Schizophrénie Dépression	14 ans	Cannabis Amphétamines
DIEGO	Menaces de mort Vandalisme Voies de fait	14 ans	20 ans	Bipolarité Type 2	13 ans	Cannabis Amphétamines
GUSTAVO	Voies de fait	36 ans	36 ans	Schizophrénie	25 ans	Amphétamines
MAXIME	Harcèlement sur mineur	33 ans	25 ans	Schizophrénie	16 ans	Cannabis
FLORIAN	Vente de stupéfiant Voies de fait	14 ans	21 ans	Schizophrénie	14 ans	Cannabis Amphétamines
SIMON	Tentatives de meurtres Menaces de mort	12 ans	24 ans	Schizophrénie	15 ans	Cannabis Amphétamines Benzodiazépines

⁴ Il est à noter que l'ensemble de ces informations sont des éléments auto-rapportés par les participants.

	Voies de fait Vol					
VINCENT	Vols qualifiés Trafic de stupéfiant Proxénétisme Voies de fait armés Menace de mort Fraude	7 ans	14 ans	Schizophrénie Bipolarité	13 ans	Cannabis Amphétamines

3.1. La trajectoire de vie.

Le but des entretiens était de laisser les participants raconter leur histoire allant de leur enfance jusqu'au moment présent. Dans bien des cas, les participants ont évoqué certains facteurs se rapportant à leur enfance ou leur adolescence pour mettre en contexte leur trajectoire de vie et les éléments qui, selon eux, peuvent expliquer certains de leur choix. Il est possible de regrouper ces éléments en différents thèmes : l'enfance, la scolarité, les relations et le parcours professionnel.

3.1.1. L'enfance.

Tout d'abord, lorsque les participants abordent leur enfance, c'est avant tout, le contexte familial dans lequel ils ont grandi qui est évoqué. Les allusions à cette période de leur vie sont assez brèves et bien souvent coupées par les apparitions des premiers symptômes de la maladie, les hospitalisations ou les premiers démêlés avec la justice. Il est, d'ailleurs, à noter qu'il était difficile pour la majorité des participants de parler de leur petite enfance, car, malgré le fait qu'elle corresponde à une période de leur vie sans soucis judiciaires ou de santé mentale, la plupart des participants (N=9) vivaient dans des contextes socio-économiques plutôt pauvres et essayaient un manque de stabilité évident.

« Alors je suis né au Vietnam. Pendant la guerre avec les Américains, j'ai 3 ans à l'époque (...) Puis on a déménagé (...) J'étais là avec la famille jusqu'à 17 ans (...) Puis en fait, mon oncle qui était venu au Québec (...) C'est lui qui a parrainé toute ma famille. Donc on est arrivé au Canada. Au début on habite avec toute la famille. On habite à une douzaine avec mon oncle (...) » - Gustavo (Voies de fait, schizophrène, consommateur d'amphétamine)

« Mes premiers moments importants pour moi c'est quand j'ai immigré ici à Montréal (...). Ma famille était là. Puis y'avait des problèmes de couple un peu avec ma mère et mon père. Là, ils se sont séparés, ça, ça a été important pour moi (...). Parce là, il fallait que j'habite différemment » - Maxime (Harcèlement sur mineur, schizophrène, consommateur de cannabis)

Également, lorsqu'il était question de parler de leur enfance, cinq participants ont rapporté être, parfois, victime de mauvais traitements.

Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, bipolaire, consommateur d'amphétamines) a des parents divorcés, et était victime de violence au sein des deux foyers dans lesquels il vivait :

« (...) ma mère elle ne me maltraitait pas mais des fois elle levait la main sur nous. Puis là, mon père venait nous chercher quand on habitait chez ma mère, une fin de semaine sur 2. Puis on allait dans le métro pour changer les vêtements, pour qu'il nous mette des beaux vêtements. Puis quand on revenait, fallait qu'on enlève les vêtements puis qu'on remette nos autres vêtements parce que sinon le beau-père, le chum à ma mère, se fâchait et jetait le linge. Fait que c'est ça. (...) après ça, quand qu'on disait ça à notre père, (...) il a poursuivi ma mère à la Cour pour la garde légale. (...) Puis mon père lui aussi il levait la main sur nous (...) il était strict, c'était l'autorité dans la maison. »

François (Voies de fait, menaces de mort Autiste Asperger et bipolaire) a grandi une partie de son enfance en Roumanie et a subi des abus physiques de la part de son père :

« Ça l'arrivait souvent [les sévices corporels] quand il [son père] était contrarié... L'histoire quand mon père me giflait et m'infligeait des coups de strap parce que les communistes avaient coupé l'eau chaude. »

Sur les neuf participants interrogés, seulement un explique avoir eu une enfance, selon lui, conventionnelle.

« Dans le fond, mon enfance c'était comme tout le monde. J'étais chez ma mère. J'allais à l'école dans les environs. (...) je prenais l'autobus. (...) Puis c'est ça, après j'ai vécu quelques étés à faire de la bicyclette dans mon quartier. Puis après on a déménagé (...). Puis, bon, là je me suis fait des amis de quartier. On fumait du pot', on buvait de la bière, on chillait au métro. On s'amusait (...). Puis c'est ça. »
- Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur de crack et de cannabis)

Ici, les récits des participants indiquent, la majorité du temps, une enfance qui pourrait être qualifiée de « négative ». On remarque, notamment, des conditions socio-économiques précaires et un milieu familial désorganisé, parfois abusif. Il n'est plus à prouver que l'ensemble de ces éléments que l'on peut regrouper comme étant associés à une enfance négative sont souvent

associés à de futurs passages à l'acte criminels (Widom, 1989 ; Braga et al., 2018), notamment en ce qui concerne les abus violents des parents à l'égard de leurs enfants (Kruttschnitt, Ward et Shelbe, 1987). Également, les expériences négatives durant l'enfance tel que l'abus, la négligence et un domicile dysfonctionnel sont des facteurs de risques importants associés à des problèmes d'abus de drogues durant l'adolescence et l'âge adulte (Dube et al., 2003) et augmentent, aussi, le risque de développer des troubles mentaux (Rytilä-Manninen et al., 2014)

3.1.2. La scolarité.

Le parcours scolaire des participants fut très rarement abordé et nous remarquons que cette composante de leur parcours n'est pas considérée comme un passage important, bien au contraire. Au sein de notre échantillon, seulement un participant nous parle de sa scolarité comme quelque chose d'important à ses yeux. Plus de la moitié d'entre eux (n=6) ne considèrent même pas leur scolarité dans leur histoire de vie et décident de ne pas nous en parler. Un participant nous explique avoir arrêté l'école dès qu'il a pu le faire, tandis qu'un autre rapporte ne pas avoir terminé son secondaire pour cause de renvoi.

« J'ai été à l'école jusqu'en secondaire deux. J'ai lâché l'école à 16 ans. Quand j'avais l'âge légal pour lâcher l'école, j'ai crissé ça ben raide » - Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines)

« Je n'ai pas terminé mon secondaire. J'ai été renvoyé. Parce j'étais tout le temps dans des batailles et la directrice pensait que j'étais un chef d'un gang (...) Elle m'avait vu appeler mes amis de l'extérieur pour une bataille une fois puis elle a tout de suite faite un lien [entre lui et un potentiel gang] (...) J'étais tout le temps dans des bataille à l'école (...) Puis ça c'était super drôle ! Une fois, y'avait la directrice de mon ancienne école – celle qui a pris la décision et qui m'a fait renvoyer – qui est passée devant une bataille dans laquelle j'étais avec mes amis. Puis elle m'a regardé droit dans les yeux, en disant « Toi tu continues à faire tes conneries » j'avais tout de suite compris dans son regard. Ça c'est vachement drôle pour vrai (rit). » Simon (Tentatives de meurtres, Menaces de mort, Voies de fait, Vols, schizophrène, consommateur de cannabis, d'amphétamines et de benzodiazépines)

Le seul participant qui évoque clairement sa scolarité rapporte avoir connu de fortes difficultés lors de son court cursus scolaire.

« Je ne ferais jamais une grande carrière, je n'ai pas de scolarité. Même si je retourne à l'école, j'ai des problèmes d'apprentissage (...) Je fais un blocage à l'école ! J'ai beau me concentrer, j'ai beau essayer d'apprendre, je bloque à un point. » - Vincent (Vols qualifiés, Trafic de stupéfiant, Voies de fait armés, menace de mort, fraude, schizophrène et bipolaire, consommateur de cannabis et d'amphétamines)

L'absence d'information relative aux activités scolaires auprès de nos participants est un résultat en soit puisqu'il dénote de l'absence d'intérêt qu'ont ces derniers quant à cette composante de leur vie prosociale ou qu'il s'agissait d'une thématique qu'ils ne souhaitaient pas aborder. Ceci rejoint plusieurs études faisant état d'une forte corrélation entre le manque d'éducation et l'engagement dans une carrière criminelle (Harlow, 2003 ; Machin et al., 2011 ; Hjalmarsson et al., 2015). On constate, également, que pour les seuls participants qui évoquent leur parcours scolaire, le contrôle social que cette instance représente n'a pas grand effet sur eux. Cependant, il reste important de préciser qu'aucun des participants n'associe son manque d'éducation à un quelconque départ de trajectoire criminelle.

3.1.3. Les relations.

L'ensemble des entretiens fut parsemé d'informations quant aux différentes relations entretenues par les participants, aussi bien familiales, qu'amicales et amoureuses.

3.1.3.1. Les relations familiales :

Ainsi, comme expliqué précédemment, la majorité des participants vivaient une enfance globalement « négative » au sein de leur famille et la plupart d'entre eux ont conservé cette dynamique relationnelle à l'âge adulte. On remarque, notamment, une certaine indifférence au regard des attaches familiales.

« Ma mère est morte y'a une couple d'année de d'ça (...) C'est pas que je m'en moque ou que ça me rende pas triste (...), c'est que j'ai pas d'attache avec elle

(...) J'ai pas d'attache avec eux autres [parents]. Mon père m'a crissé dehors quand j'étais plus jeune. Faque là j'ai pu d'chez nous ! Après ça j'ai fait mes affaires. Mes affaires c'est rendu mes affaires, c'est plus leurs affaires » - Luc (Tentative de meurtre, Voies de fait, Menaces, Vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

Plus encore, au-delà de l'indifférence, trois des participants nous ont confié avoir déjà levé la main sur leurs parents. Ceci est, d'ailleurs, un élément qui revient dans la littérature sur les violences commises par les usagers des services de psychiatrie légale, qui s'attaquent plus fréquemment à leurs proches (parents, amis), ainsi qu'au personnel soignant (Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner, et Burns, 1998) (ce paramètre fera l'objet d'une étude plus poussée plus loin dans le chapitre).

« C'est pour ça que j'ai atterri ici [hospitalisation actuelle]. J'ai eu une chicane avec ma mère (...) Une chicane, chicane quoi (...) Une vraie de vraie. Y'a eu des cris, y'a eu des coups (...) Ce n'est pas la première fois que ça l'est arrivé, mais ça l'a été la plus « dangereuse » on pourrait dire. » - Florian (Vente de stupéfiants, voie de fait, schizophrène, consommateur de cannabis et d'amphétamines)

En racontant un de ses épisodes psychotiques, François (Voies de fait, menaces de mort, Autiste Asperger et bipolaire) explique une des fois où il a levé la main sur sa mère :

« J'ai été en prison, il y avait des Péquistes qui voulaient me tuer parce que je flushais la toilette pendant qu'ils dormaient (...) des Péquistes qui étaient adeptes de Pierre Karl Péladeau. J'ai frappé ma mère en hurlant, pour la sacrifier. Je disais que Pierre Karl Péladeau c'était la réincarnation d'Adolf Hitler. (...) Je n'étais pas tout à fait moi-même à ce moment-là, mais je me souviens très bien (...) vouloir sacrifier ma mère »

Malgré les différends familiaux exprimés par sept des participants, on peut noter que l'image de la famille reste une figure de stabilité auprès de quelques patients. En effet, quatre participants nous apprennent que leurs liens familiaux s'améliorent au fur et à mesure que leur réhabilitation sociale avance, et que parfois même, les proches peuvent être vus comme un modèle de réussite ou des personnes sur qui compter.

Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) a subi de la violence de la part de ses parents, et s'en est déjà pris à sa mère.

Cependant, la présence ou l'absence de ses parents lui est importante, et son frère apparaît être un modèle de réussite :

« J'ai habité avec mon père à un moment donné. Il m'a donné plusieurs chances, des fois, d'être qu'avec lui, puis jamais j'ai été à la hauteur. Puis, là mon père ça fait 3 ans qu'il a coupé les ponts. Là, ma mère est toujours là. Ma mère (nom), elle ne m'a jamais tourné le dos, elle a toujours été là pour moi, elle n'a jamais coupé les ponts (...) Puis mon frère (...), lui, il ne fait pas de drogue, il ne consomme pas d'alcool, il a 2 travaux, 2 enfants, 1 maison, 2 autos. (...) il est super, il fonce dans la vie, puis c'est un bon exemple pour moi. Puis, je ne le vois pas, ça fait des années à cause de mes problèmes avec les hôpitaux, la justice, puis ma consommation. Ma famille veut que quand je vais les voir, je sois à jeun. Ça bloque le lien familial. »

Maxime (Harcèlement sur mineur, schizophrène, consommateur de cannabis) a eu beaucoup de difficultés à trouver de la stabilité auprès de ses parents à la suite de leur divorce mais il compte toujours sur le soutien de ses frères et sœurs :

« J'ai habité avec mon frère. Puis à un certain moment donné, avec mon frère ça a bien été, on a évolué beaucoup, j'ai beaucoup évolué. Il m'a beaucoup aidé à avoir beaucoup d'affaires dans mon appartement, où est ce que moi aussi je l'ai aidé à se procurer beaucoup d'affaires, qui coutaient cher, qu'on ne pouvait pas acheter tout seul. »

« J'ai fait des efforts pour ne pas perdre mon appartement, même quand j'étais ici [à l'hôpital], même quand j'étais enfermé. J'ai dit à ma sœur de payer mon appartement et tout. Pour être sûr lorsque je vais sortir, pour avoir une place où aller habiter. Puis après ça s'est mal passé parce qu'il y avait des problèmes avec mon frère, j'ai déménagé. Mon frère a quitté la maison, mon frère il m'a laissé. »

En somme, on constate ici, qu'une majorité des participants entretient des relations conflictuelles avec les membres de leur famille (n=7). D'ailleurs, même si une minorité d'entre eux maintient un lien plus ou moins stable avec certains membres de leur famille, on remarque que celui-ci reste fragile. Cette instabilité dans les liens familiaux n'est pas rare auprès de la population psychiatrique, mais également de la population délinquante, ainsi que de la population faisant preuve d'une consommation excessive. Il apparaît alors évident que lorsque ces composantes se voient interreliées cette instabilité soit d'autant plus flagrante. Cependant, il est difficile de savoir si ce manque de soutien informel est engendré par l'une ou l'autre des composantes citées

précédemment ou même si c'est ce manque de contrôle qui a pu favoriser l'apparition de ce type de comportement.

3.1.3.2. Les relations amicales.

Les relations avec les pairs sont connues pour jouer un rôle crucial dans l'apparition et l'apprentissage des comportements criminogènes. Au sein de la littérature, on distingue l'importance d'une différence notoire entre la fréquentation de pairs délinquants et de pairs prosociaux. Respectivement, un type de relation exerce une pression vers la délinquance, tandis que l'autre l'en éloigne (Thornberry, Lizotte, Krohn, Farnworth, et Jang, 1994 ; Piquero, Farrington, et Blumstein, 2003). Cet aspect des relations amicales sera étudié plus loin dans ce chapitre. Ici, nous allons plutôt nous intéresser à la dynamique des relations amicales et comment elles sont vécues par les participants. En effet, la population psychiatrique est fortement exposée à différents stigmates et il est, en général, difficile pour ses occupants de lier des amitiés durables. De fait, le besoin paradoxal que ressentent les personnes atteintes de troubles psychiatriques à connecter avec les autres et se faire des amis tout en ressentant le besoin d'être seul fait l'objet d'une véritable lutte intérieure (Boydell, Gladstone, et Crawford, 2002) pouvant apporter son lot de friction dans les relations amicales. Ainsi, tout comme les relations familiales, celles entretenues avec les pairs, confessées par les participants, apparaissent le plus souvent comme des événements conflictuels ou des relations basées sur l'emprise ou l'intérêt, le plus souvent en rapport avec la drogue.

Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines) parle de la façon, portée sur la défensive, dont il perçoit les personnes à qui il donne un accès à sa vie privée :

« (...) les autres pensent pour moi aussi. Puis ils me nuisent. Quand quelqu'un que je vais laisser entrer [dans sa vie] pense pour moi c'est toujours pour me nuire. Y'a jamais personne qui va me donner un bon conseil, puis que je vais mettre en pratique, puis que ça va être logique. Sauf si c'est pour m'aider, puis la plupart du monde ils ont un agenda, ils ne veulent pas m'aider. Ils font ça pour eux autres même.

Il explique à quel point ses amis peuvent avoir une force de persuasion sur lui lorsqu'il est instable et que, lors d'une altercation avec une infirmière, la simple intervention verbale de son amie l'a poussé à passer à l'acte :

« Mon ami fille elle m'a dit : « Elle [l'infirmière], elle est méchante, puis ils sont toutes méchants [le personnel hospitalier], ils veulent juste nous enfermer ». Une fille qui venait ici [à l'hôpital]. Elle a fait le tour de l'hôpital comme moi. Sauf qu'elle n'est pas venue au (nom de l'unité actuelle). Puis elle, elle me déstabilisait mentalement. Elle me donnait une intuition comme quoi qu'il y avait de quoi qui était méchant. J'ai pensé qu'il fallait que je me venge. Là, j'ai touché à l'infirmière (...) »

Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) s'est récemment battu avec un de ses amis de l'hôpital, il fait ainsi état de la tournure que peuvent prendre les relations conflictuelles entre amis au sein de cette population :

« On ne s'est pas vraiment battus, il m'a donné un coup dans la gorge, puis je l'ai poussé, puis il m'a faite tomber sur le dos avec une prise de judo (...) C'était mon ami puis on s'est chicané pour rien. Ça c'est parce que c'est une personne qui pense qu'on est contre lui et qui pense qu'on *snitch*. Lui il veut toujours jouer au gangster genre antisystème. Alors ça l'arrivait qu'on se magane un peu. »

Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur de crack et de cannabis) décrit une relation, qu'il considère amicale, qui s'avère être à sens unique et seulement basée sur la drogue :

« T'sais la plupart du temps que j'avais envie de fumer, j'appelais tout le temps un ami qui s'appelle Philippe. Je l'appelais que pour ça. Je dis : « - Philippe, on *chill* ensemble aujourd'hui ? On va avoir quelque chose à fumer ? - Oui ! - Ok j'arrive tout de suite, t'es où ? - Au métro. - Ok j'arrive tout de suite ». Puis là, j'allais fumer chez eux, puis je buzzais. (...) Toujours ça arrivait de même. (...) Puis ça, ça n'arrêtait pas de continuer. J'appelais Philippe, j'appelais Philippe. J'appelais Philippe... »

François (Voies de fait, menaces de mort, autiste Asperger et bipolaire) s'exprime sur la relation qu'il entretient avec un patient d'un des services de psychiatrie qu'il fréquentait auparavant. Le lien qui existait, entre eux deux, était consciemment basé sur le fait de nourrir leurs délires psychotiques :

« (...) et où [Centre de psychiatrie légale] j'ai rencontré un homme incroyable. Parce que cet homme c'est le seul qui connaissait un peu mon histoire parce qu'il avait lu sur le darknet un peu ou des choses comme ça. Il savait quel genre de personne j'étais, il pleurait... il avait désactivé l'interrupteur dans la chambre d'isolement où j'étais menotté, attaché avec une camisole pour recevoir de l'injection de (médicament), parce qu'il disait que je ne méritais pas ça (...) il était altruiste, un peu comme Jésus. (Argumente sur les délires psychotiques qu'ils ont en commun) Il m'a dit ça, pour embarquer dans mon jeu et mes fantaisies (...) On a beaucoup parlé ensemble (...) Il me séduit encore ce jeune homme. »

Il nous apprend plus tard au cours de l'entretien comment cette relation s'est terminée.

« Je sais que ça ne s'est pas super bien terminé cette histoire. Je sais que j'ai donné le nom de (nom de son ami) à la police quand j'ai voulu faire une tentative de menace à la bombe. Et en 2013, j'ai donné son nom à la police et il ne veut plus vraiment me parler depuis. »

3.1.3.3. Les relations conjugales.

Au cours des entretiens, la trajectoire des relations conjugales fut un thème rapidement abordé, et lorsque le sujet est amené, la plupart du temps, les participants sont assez succincts. Pourtant, durant leur parcours de vie, la totalité des participants (N=9) estiment avoir eu au moins une relation intime significative qui, pour la moitié d'entre eux, a eu lieu avant l'apparition de leurs symptômes de troubles mentaux. En effet, cinq participants sur les neuf interrogés n'ont plus eu de relations après l'apparition de leurs symptômes. Les seuls participants qui ont accepté de nous partager leurs expériences amoureuses dépeignent des trajectoires de cohabitation conjugale relativement instables.

Lors de l'entretien des calendriers d'histoire de vie, Florian (Vente de stupéfiants, voie de fait, schizophrène, consommateur de cannabis et d'amphétamines) raconte avoir eu plusieurs relations pendant son adolescence, avoir cohabité avec quelques-unes de ses petites-amies, et avoir eu un enfant avec l'une d'entre elles, en même temps que l'apparition de ses symptômes. Pendant l'entrevue, il lui a été demandé s'il voulait nous partager cette partie de son histoire :

« J'en ai eu toute ma vie [des relations amoureuses] (...) J'ai commencé à arrêter [les relations] quand je suis arrivé en psychiatrie (...) Avant [l'hospitalisation] j'habitais chez mes copines (...) J'ai vu la mère de mon fils (...) On a eu un enfant c'est tout (...) Je suis resté avec elle juste avant et après la naissance de mon fils.

Puis je suis arrivé ici [à l'hôpital] (...) On ne s'entend pas [avec la mère de son fils]. Aujourd'hui je n'ai pas de contact avec lui [fils], y'a rien à dire là-dessus. Je ne sais même pas qui c'est moi (...) C'est très bien comme ça (...) Je n'ai rien à dire là-dessus !»

« Puis après [avoir trouvé un appartement] y'a eu plusieurs étapes de ma vie, où est ce que j'ai rencontré des personnes. Où est ce qu'il y avait une fille qui habitait avec moi. Puis moi (...), y'a des fois où est ce que moi j'étais en amour avec elle, mais elle, elle n'était pas sûr. Ça a tourné en rond pendant une couple d'année. Puis là c'est comme ça, comme ça, ça a comme arrêté. » - Maxime (Harcèlement sur mineur, schizophrène, consommateur de cannabis)

Également, certains participants évoquent avoir eu des relations qu'il est difficile de définir comme étant conjugale mais qui ont, néanmoins, eu une importance significative à leurs yeux.

François (Voies de fait, menaces de mort, autiste Asperger et bipolaire), nous fait part de, ce qu'il considère comme étant la seule relation de couple qu'il a connue et ce qu'elle lui a apporté. Il s'agit, cependant, d'une relation tarifée :

« (...) j'ai eu une liaison avec une fille qui m'a beaucoup épanoui... On a beaucoup d'affection ! Entre 2010 et 2020. (...) On se parle occasionnellement, une fois tous les 4/5 mois au téléphone (...) J'ai eu une vie de couple avec cette personne Escort... En tout cas, je [la] fréquentais genre 2 fois par mois, une fois aux trois semaines, une fois aux deux semaines, une fois aux quatre semaines, pour des relations intimes. Ça aussi ça m'a rendu heureux dans ce moment. »

Ici, les relations conjugales n'apparaissent pas comme étant une composante réellement fonctionnelle dans le parcours de vie de nos participants. Premièrement, peu d'entre eux ont souhaité échanger à ce sujet. Ceci peut être dû à plusieurs raisons : la gêne ressentie face au manque d'expérience, ainsi que le fait de ne pas avoir connu de relations depuis l'apparition de leurs symptômes, ce qui pour certains patients représentent la moitié de leur parcours de vie actuel. On rappelle que plus de la moitié des participants n'ont pas eu de relations conjugales après leurs premiers épisodes de troubles mentaux. Deuxièmement, le terme relation conjugale, en tant que tel, semble être confondu avec relation intime (selon Immigration Canada (2018), « une relation conjugale englobe bien davantage que les relations sexuelles »). Cela dit, la littérature fait état de la difficulté que peuvent éprouver la population psychiatrique à nouer des

relations conjugales. En effet, les stigmates, les tensions financières, des relations sociales bien souvent brèves ainsi que les effets de la maladie mentale eux-mêmes, sont un frein à l'habilité à former des relations conjugales stables chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves (Boucher, Groleau et Whitley, 2016).

3.1.4. Le parcours professionnel.

Au cours des entretiens les patients n'ont pas, ou rarement abordé leur parcours professionnel. La majorité des données recueillies à ce sujet avait lieu lors du remplissage des calendriers d'histoire de vie. Sur la totalité des participants, deux sont actuellement salariés, un n'a jamais occupé d'emploi rémunéré au cours de sa vie. Pour ce qui est des autres (n=7), aucun ne travaille depuis leur dernière hospitalisation et leurs expériences de travail, bien qu'elles puissent être multiples, apparaissent instables et sont globalement de courtes durées.

« J'ai travaillé de temps en temps au restaurant [familial]. C'est ça ma seule expérience. Puis depuis que je fréquente l'hôpital je n'ai plus jamais travaillé » - Gustavo (Voies de fait, schizophrène, consommateur d'amphétamine)

« J'ai commencé à travailler dès que je pouvais : 16 ans. J'ai faite toute sorte de job. Ça l'allait bien puis ça l'allait plus, je quittais, je trouvais de quoi autre part (...) Je faisais des petits jobs par-ci, par-là (...) J'ai plus travaillé depuis 2015 » - Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines)

Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur de crack et de cannabis) trouve un travail par l'intermédiaire d'une amie de sa mère qui veut l'obliger à travailler, il voit ça comme une entrave à sa consommation :

« J'ai travaillé 2 ans de temps. J'ai fait 2 jobs. (...) J'ai beaucoup fait d'argent dans cette compagnie-là. Quand je travaillais je pensais à eux [compagnons de consommation]. Je pensais à (nom de son ami), je disais "oh waw, bah là il doit être en train de fumer un bon joint" puis là moi je travaille puis... en tout cas (...) Un jour le patron m'a pogné [à dormir]. BOUM "prend tes clics, tes claques t'es viré". Puis depuis ce jour-là j'ai plus travaillé. »

Également, plusieurs des participants (n=4) nous ont fait part de leur vécu en tant qu'itinérant. Pour eux, la quête était le moyen de gagner leur vie.

« (...) j'ai eu souvent de l'argent. Toujours ! A chaque jour je quêtai au moins 60 à 80\$ par jour (...) Je faisais toujours de l'argent. Même les dimanches, quand y'avait personne au métro je faisais mes 60/80\$. Par jour ! Pendant 17 ans de temps ! (...) Je n'ai pas manqué une journée que j'allais quêter là. Tous les jours, du lundi au dimanche. 80! 80! 80! 80! 80! » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

A la lumière des données, il apparaît que les trajectoires professionnelles recueillies lors des entretiens ne soient pas considérées comme étant un aspect important dans la vie des participants puisque peu d'entre eux en font la mention. Cependant, cette trajectoire peut être vue comme la résultante de trajectoire passée tel que le manque d'éducation. Comme vu précédemment, l'importance accordée aux instances scolaires par notre échantillon s'avère être plutôt faible, ce qui leur offre un accès relativement limité au monde du travail.

En synthèse, on note que les trajectoires de vie conventionnelles des participants relatent une histoire de vie parsemée de défis et d'obstacles dans de multiples sphères prosociales. Les témoignages relatifs à ces trajectoires, retrouvés ci-dessus, font état de la présence de différents facteurs de risques, sur-représentés dans la littérature, facilitant l'engagement dans une carrière criminelle. En effet, une enfance « négative » (Widom, 1989 ; Braga, Cunha et Maia, 2018 ; Kruttschnitt, Ward et Shelbe, 1987), et un manque d'intérêt pour l'école (Harlow, 2003 ; Machin, Marie et Vujić, 2011 ; Hjalmarsson, Holmlund et Lindquist, 2015) peuvent engendrer des problèmes de délinquance. De plus Laub et Sampson (2003) nous apprennent que les instances prosociales informelles tel que, l'engagement dans des relations conjugales stables et/ou le travail, limitent le passage à l'acte criminel et la récidive : composantes quasi-inexistantes chez les participants de notre étude. Il est intéressant de rappeler que ces facteurs de risques à eux seuls ne permettent pas de prédire un comportement criminel mais nous permettent de placer nos participants dans un cadre social atypique et dysfonctionnel qui augmente grandement la probabilité d'engagement dans une carrière criminelle. Également, n'oublions pas que cette recherche étudie les parcours de vie auprès de la population psychiatrique, et que les troubles mentaux eux-mêmes sont également des facteurs de risques. Et pour cause, la population psychiatrique serait plus à même de vivre des facteurs historiques (abus physiques et négligence),

cliniques (abus de substances) et contextuelles (chômage) favorisant l'émergence de comportements criminels violents (Elbogen et Johnson, 2009). Les premiers résultats de ce chapitre tendent à valider ces propos en nous exposant le portrait d'une population ayant vécu, et vivant toujours, bons nombres de situations aversives telles que proposées dans la littérature. Ici, les parcours de vie des participants font état d'une population particulièrement touchée par l'ensemble de ces facteurs de risque, favorisant la commission d'actes criminels violents, relatifs aux trajectoires dites conventionnelles.

3.2. La trajectoire des troubles mentaux.

Les troubles mentaux des répondants apparaissent comme étant une composante de leur quotidien modelant fortement leur parcours de vie. Dans cette partie du chapitre, nous allons donc aborder la trajectoire des troubles psychiatriques des participants. Au fil des entretiens, les participants ont fait état des éléments et circonstances de vie significatifs pour eux quant à leur trajectoire en santé mentale. Cette section servira donc à décrire et analyser ces différentes composantes. Nous allons, dans un premier temps, faire état des circonstances entourant l'apparition des problèmes psychiatriques des participants. Deuxièmement, sera analysé le regard que pose les répondants, eux-mêmes, sur leurs troubles mentaux. Finalement, il s'agira d'explorer le rapport que peuvent avoir les participants vis-à-vis de leur médication.

3.2.1. Le déclenchement des troubles mentaux :

Pour l'ensemble des participants, l'arrivée des premiers symptômes de troubles mentaux est un événement majeur qui a été abordé spontanément par tous les répondants au fil de nos entretiens. Modifiant la perception qu'ils ont d'eux même, celle de leur entourage, ainsi qu'amorçant l'entrée dans un nouveau mode de vie conjuguant épisodes de troubles mentaux et hospitalisation, cette trajectoire de vie marque un véritable point tournant dans chacun des récits de vie collectés au sein de cette étude. En moyenne, l'âge d'apparition des premiers symptômes, au sein de notre échantillon, se situe autour des 21 ans. Et, quel que soit l'âge des prodromes de la maladie, il s'avère que celle-ci serait associée à la carrière criminelle.

3.2.1.1. L'émergence des troubles mentaux comme point tournant.

La majorité des répondants nous décrit l'apparition de leurs symptômes comme marquant « le début d'une nouvelle vie ». D'ailleurs les nouvelles trajectoires qui apparaîtront en symbiose avec ce nouveau mode de vie (hospitalisation, médication, psychoses, etc.) vont s'avérer être des facteurs de risques additionnels quant à l'émergence ou le maintien des comportements criminels.

Gustavo (Voies de fait, schizophrène, consommateur d'amphétamine) expérimente les premiers symptômes de sa schizophrénie à un âge considéré comme tardif (36 ans) et son train de vie, jusqu'ici, plutôt conventionnel, se voit totalement bousculé. Se considérant comme une personne calme et sans problème, le début des symptômes marque notamment son entrée dans la criminalité :

« A ce moment, (...) ma vie est stable (...) Je commence à prendre des cours de temps en temps à l'UQAM (...) puis, en même temps je travaille dans le restaurant. Puis, je suis tombé en psychose quelques années plus tard. Puis en 2009, j'ai été hospitalisé à Notre-Dame. Tout de suite après, je fais un voie de fait sur les préposés puis ils m'ont embarqué à Pinel après. A partir de ce temps-là je suis en lien avec l'hôpital pour schizophrénie. »

« On [avec ses amis] fumait du pot, on buvait de la bière, on s'amusait, on chillait au métro près des centres d'achats. Puis c'est ça. Dans ce temps-là tout est beau, tout est relax, tout va bien. Puis à un moment donné... Là je me souviens bien là (...) C'est dans cet instant bien précis que ça l'a commencé [les troubles mentaux]. Je commençais à rester chez nous (...) J'avais des tics nerveux de psychiatrie. Je commençais à fermer les yeux [manifestation symptomatique du trouble mental pour ce participant], à pas parler (...) Puis, un jour (...) ma mère avait appelé la police. Ils sont venus chez nous (...) ils m'ont arrêté, ils m'ont emmené à l'hôpital, (...) j'ai été évalué. Puis à partir de là c'est hôpital, hôpital, hôpital ! (...) C'est là que j'ai commencé à fumer du crack (...) et faire des mauvais coups » - Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur de crack et de cannabis)

Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) fait le récit d'une adolescence et d'une entrée dans l'âge adulte instable, entrecoupée de Centre Jeunesse, drogue, chômage et petits délits en tout genre. Les débuts de

ses symptômes de schizophrénie, qu'il qualifie « d'éveil spirituel » marquent le point tournant principal de sa vie :

« A mes 21 ans j'ai fait mon éveil spirituel sur une table de bois avec une paire de ciseaux (...) J'avais toute sorte de langue qui sortait de ma voix puis j'ai gravé des choses dans la table. A part ça, depuis ce temps-là j'ai comme pressenti qu'il y avait une force qui m'habitait (...) j'étais persécuté par le monde dehors. Je voyais pleins de signes, de messages. Le monde me parlait, la télévision me parlait. J'avais pleins de signes comme ça. Après ça (...) il [voisin] a fait un appel téléphonique, il a dit que je faisais excessivement de la drogue, que je ne dormais pas les nuits, je me couchais à terre sur l'asphalte, que j'étais agressif avec ma mère. Il a dit pleins d'affaires de même. Il a fait venir un service ambulancier avec la police puis un berger allemand. Ils m'ont dit "On va t'emmenner à l'hôpital, tu vas te faire voir par du monde, si ils jugent que t'es correct tu vas t'en aller, sinon tu vas être interné". Puis là, justement après les 3 rencontres que j'ai eues (...) ils ont décidé ma place... fallait que je sois à l'hôpital. Là je me suis fait interner. Là j'ai perdu mon appartement, j'ai perdu ma chatte que j'avais (...) Puis j'ai perdu ma table. Faque j'ai tout perdu. »

Le déclenchement des troubles psychiatrique apparait comme un moment marquant dans la vie des participants. Moment qui est, bien souvent, suivi par des périodes de changement et d'instabilité ce qui peut engendrer l'apparition de facteurs de risques supplémentaires quant à l'émergence de potentiels comportements criminels (Dean et coll., 2018). Hodgins et coll. (1998) dans leur typologie proposent un modèle dans lequel les prodromes de la maladie mentale peuvent engendrer la commission d'actes violents. De plus (Simpson, Grimpos, Chan et Penney, 2015) établissent un lien entre le commencement de la carrière criminelle et le début des symptômes de troubles mentaux auprès d'une population psychiatrique. En effet, les personnes s'engageant dans une carrière criminelle tardive vivraient l'apparition de leurs symptômes plus tard dans leur vie que ceux ayant une carrière criminelle ayant débuté plus précocement. Nos observations vont donc dans le même sens que la littérature en nous dépeignant un âge d'entrée dans la délinquance en lien avec l'apparition des troubles de santé mentale. On constate ainsi, une forte proximité entre les trajectoires criminelles et de santé mentale.

3.2.1.2. Les substances psychotropes en tant qu'élément déclencheur.

Pour la majorité des répondants à cette étude (7/8) les problèmes de santé mentale sont apparus à la suite d'une consommation abusive, voir dépendante, de produits stupéfiants. L'existence de

cette chaîne causale n'est plus à prouver au sein de la littérature, ce qu'il est intéressant de noter ici, c'est que les participants eux-mêmes rendent compte du fait que leur consommation a joué un rôle sur leur état mental.

« Je consommait trop! Ma maladie c'était déjà présent j'pense, mais ça l'a toute éclos avec ma consommation. » - Florian (Vente de stupéfiants, voie de fait, schizophrène, consommateur de cannabis et d'amphétamines)

« Ça s'est déclenché à cause de la drogue j'pense. (...) c'est à cause que je faisais de la drogue que j'ai commencé à avoir des troubles en santé mentale. » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

« Pour la première fois [qu'il a eu présence de symptômes] (...) c'est parce que je consommait le cannabis. Je n'allais pas bien. Je ne me rappelle pas bien exactement, mais je me rappelle que je n'allais pas bien (...) C'est ma mère qui a dû appeler la police. Puis on m'a arrêté parce que je n'allais pas bien. J'étais totalement en psychose, puis on m'a emmené à l'hôpital. [...] Et si je savais que ça allait amener une maladie mentale je n'aurai jamais consommé. » - Maxime (Harcèlement sur mineur, schizophrène, consommateur de cannabis)

L'abstinence peut être un moyen de se rendre compte que les épisodes intenses de troubles mentaux sont induits par l'usage de substances.

Diego (Voies de fait, vol, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) fait des crises de paranoïa depuis 10 ans, il pense être la cible des gangs de motards avec qui il n'a jamais fait affaire. Cette psychose a pris fin lorsqu'il s'est sevré des amphétamines.

« Ça s'est arrêté [la psychose] quand j'ai réalisé justement que... Quand j'ai été à la prison j'ai eu un arrêt... une abstinence de drogue pendant 2 mois. Fait que là, la toxine elle est partie un peu, puis y'a des choses qui ont monté dans mon cerveau. Mon cerveau naturel il a commencé à fonctionner naturellement. J'ai cliqué, j'ai fait des prises de conscience, les lumières se sont allumées. J'ai réalisé juste avant que c'était impossible, cette organisation-là, elle a rien à voir avec moi. J'ai compris, j'étais plus terre-à-terre. Puis j'ai compris que ça avait aucun sens. C'est l'abstinence qui m'a permis de réaliser ça, ouais. »

A la lumière de ces résultats, il est intéressant de voir que, pour la plupart des participants, l'apparition des troubles mentaux graves est survenue en concomitance à l'usage de substances psychoactives. Ces premiers résultats nous éclairent alors d'avantage dans l'interaction de la triade : troubles mentaux graves, usage de substances psychoactives et commission d'actes criminels violents.

3.2.2. Vivre avec des troubles mentaux graves : regard subjectif sur la santé mentale.

De manière plus subjective, certains participants ont tenu à nous partager le regard qu'ils portent sur leur trouble mental. Cet aspect de leur vision d'eux-mêmes s'avère important car il va référer à plusieurs éléments. On y retrouve notamment l'*insight*, à savoir, « l'aspect relatif à la conscience de la maladie et son implication en termes de prise en charge thérapeutique » (Jaafari et Marková, 2011), mais également le degré de compréhension de la réalité des troubles mentaux, des diagnostics ou des décisions prises à leur égard. De ce fait, la totalité des participants nous ayant fait part de leur ressenti quant à leurs troubles psychiatriques minimisent leurs traits et nient parfois même l'existence de ces derniers.

« Je suis peut-être plus TPL [Trouble de la personnalité limite] qu'Asperger, je ne sais pas exactement quel diagnostic j'ai de toute façon. On me dit pleins d'affaires toujours un peu différente alors je ne sais pas quel trouble est plus important que l'autre. C'est des petits bouts de plusieurs affaires je pense. [...] On m'a déjà dit « Toi tu as telle affaire, tel trouble, tel pathologie mentale », mais en fait ce n'était pas vraiment ça et après il a fallu corriger (...) Ce n'est pas encore très clair pour savoir ce que j'ai PRECISEMENT. Peut-être que eux [le personnel soignant] ils savent, mais moi je ne suis pas très sûr. » - François (Voies de fait, menaces de mort, Autiste Asperger et bipolaire)

Gustavo (Voies de fait, schizophrène, consommateur d'amphétamine) refuse d'aller dans un établissement de soins suite aux indications d'un médecin, car il ne se pense pas adapté à celle-ci. Pour lui, il n'est pas assez malade pour fréquenter ce lieu :

« Au début je ne voulais pas être ici, parce que dans ma tête, ici, c'est un hôpital pour les personnes vraiment malade. Moi je ne suis pas comme eux-autres. C'est considéré comme fou là. C'est différent que les précédentes places où j'ai fréquenté. Au début je ne voulais pas aller. »

Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines) a récemment reçu un nouveau diagnostic et est en désaccord avec les équipes de soin quant à cette nouveauté. Il estime ne pas avoir de trouble mental, et pour lui, il est impossible de cumuler plusieurs diagnostics :

« (...) si tous les psychiatres commencent à interpréter mon diagnostic je suis loin d'être sorti d'icitte. Si ils disent que je suis malade, puis je ne suis pas malade, je ne peux pas m'en sortir. Ils ne peuvent pas me graver une idée dans la tête puis me creuser ça avec un marteau piqueur là. Moi ils vont voir que dans mon corps, dans ma tête là, ma conscience, elle est pas mal plus dur que le diamant là. Ils ne peuvent pas me rentrer un diagnostic de force là. C'est toute de la manipulation ça les diagnostics. Y'a du monde qui sont vraiment malade, y'a du monde qui ne sont pas malade. Ils ne peuvent pas donner des diagnostics à chaque personne qui rentre ici juste parce qu'il est ici, ça ce n'est pas logique ça. Parce que chaque personne qui rentre à l'hôpital ont un diagnostic automatiquement, puis 2, puis 3. Ce n'est pas logique ça, ce n'est pas parce que tu rentres à l'hôpital que t'es obligé d'avoir un diagnostic. Moi j'ai une maladie émotionnelle, pas mentale. Mon mental, il fonctionne, il est *top shape*. »

Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) affirme que ses symptômes de psychoses ne sont que des effets de la drogue, qu'ils ne sont pas dû à un trouble mental :

« (...) quand tu consommes de la drogue t'es drogué fait que c'est normal que t'hallucines, que tu sois illusionné par tes sens, que quand tu te regardes dans le miroir tu vois des choses différentes. (...) Quand t'es intoxiqué, t'es intoxiqué, y'a un effet sur ton corps, sur tes sens. Fait qu'après ça, tu peux entendre des choses dans ta tête, tu peux avoir des *buzz*, puis c'est pas nécessairement de la santé mentale parce que quand t'es lucide, à jeun ou sobre t'as pas ces symptômes-là. Fait que, je suis tellement sous l'effet de la drogue on pense à une maladie mentale mais quand je suis dans mon état normal je suis complètement naturel. C'est ça ouais ! »

Les données récoltées ci-dessus nous montrent que les participants présentent un rapport conflictuel, ou du moins présentent des doutes, quant à leurs troubles mentaux. Avant toute chose, il est important de relever ce résultat car il traite d'une difficulté que peuvent rencontrer le personnel soignant à l'égard de la clientèle psychiatrique. En effet, l'aspect antagonique de la relation qu'entretiennent les répondants vis-à-vis de leurs troubles mentaux peut s'avérer être un frein à leur rétablissement et aux traitements proposés. De plus, il apparait clairement, ici, que

les participants établissent, parfois, un lien entre leur consommation et leurs épisodes de troubles mentaux.

Finalement, les éléments rapportés s'avèrent être un résultat intéressant car font état d'un facteur de risque supplémentaire quant à l'émergence ou le maintien de comportements criminels. En effet, la majorité des participants nous ayant fait part de la vision qu'ils ont de leur propre trouble psychiatrique mettent en avant un faible *insight*. Or, Buckley et coll. (2004) nous apprennent qu'un faible *insight* chez les personnes atteintes de psychoses favorise l'émergence de comportement criminel violent.

3.2.3. Rapport à la médication.

La méthodologie exposée dans ce projet de recherche encourage les participants à s'exprimer librement sur les notions et thèmes qu'ils estiment important. De ce fait, le rapport à la médication est l'un de ces thèmes qui s'est vu être ajouté aux composantes méritant notre intention de par l'intérêt que notre échantillon y apportait au cours de leurs récits de vie. En effet, la totalité des participants a abordé ce sujet à un moment donné durant les entrevues ce qui en fait un élément substantiel au sein des trajectoires de troubles mentaux. Ainsi, la plupart des participants (7/9) nous ont rapporté entretenir un rapport conflictuel à l'égard de leur médication, traduit par de la méfiance ou de l'incompréhension à son encontre.

« Oui mais je pense que ça ne fait rien pour moi la médication. Ça ne fait rien, rien, rien ! T'sais c'est des médicaments pour arrêter de toucher du monde. Ça fait quoi. Mais j'ai dit « bon ok c'est pour canaliser mon humeur c'est ça ? », ils disent « oui c'est ça ». C'est pour canaliser mon humeur (...) Ce n'est pas une question d'humeur ça. C'est une manie qui faut que j'arrête de faire là c'est tout (...) Et parfois ça me donne sommeil pis toute. Je me sens faible (...) Je n'aime pas ça tu comprends (...) T'aimerais tu ça toi qu'on te force à prendre des pilules pis toute qui te font te sentir faible de même ? » - Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur de crack et de cannabis)

Maxime (Harcèlement sur mineur, schizophrène, consommateur de cannabis) ne comprend pas sa prescription et pense qu'il doit la prendre uniquement dans le cas où il consomme du cannabis. Cette incompréhension lui a fait penser qu'il pouvait arrêter de prendre sa médication s'il arrêta de consommer, ce qui l'a amené à avoir un nouvel épisode :

« Beh c'est là où je te disais que j'étais toujours dans un pattern où est ce que je prenais médication et que je fumais. Puis là je croyais que c'est parce que je fumais qu'il fallait que je prenne la médication. Ça fait que j'ai arrêté la médication parce que j'avais arrêté de fumer. Mais lorsque j'ai faite ça, je suis retourné dans cet épisode où est ce que mon esprit a dévié de la norme. »

Pour certains participants la prise de médicament peut également être associée à des évènements aversifs, voir traumatiques, à cause de mauvaises expériences passées en lien avec la médication.

« Quand j'ai été interné ils ont commencé à me donner des médicaments injectables. (...) Là j'engraissais, j'avais des boutons, puis je ne me sentais pas bien dans ma peau. Je commençais à entendre des voix. Je n'acceptais pas. (...) Moi je disais « c'est mon corps, c'est moi qui décide qu'est ce qui rentre dans mon corps », puis eux autres allaient devant la cour chercher des pouvoirs. De par la cour qu'ils avaient le droit de me donner les injections. Si je ne voulais pas les agents venaient puis ils me mettaient sur le lit, ils m'attachaient puis mettaient l'injection de force. (...) Beaucoup de fois, on m'est intervenu comme (...) pleins d'agents à me maîtriser sur le lit, m'attacher. Fait que j'ai vécu ça... Pas la torture mais... être impuissant face à des personnes. Puis avec mon comportement j'étais en désaccord avec les psychiatres puis j'ai vécu beaucoup de torture mentale, puis d'injection qu'on me donnait. [...] puis je ne me sentais vraiment pas bien dans ma peau avec les médicaments puis les psychiatres. » - Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines)

La dose de la prescription médicale de François (Voies de fait, menaces de mort, Autiste Asperger et bipolaire) a été modifiée par son médecin. Ce changement lui a entraîné une psychose qu'il identifiait comme étant l'une des plus marquantes :

« J'étais de plus en plus accéléré. J'avais une trop grande estime de soi. (...) Je me sentais comme le génie du siècle (...) que je devenais de plus en plus intelligent à chaque jour. (...) J'ai pris des amphétamines une fois, c'était légèrement moins pire les amphétamines. (...) Je mangeais presque plus, j'avais trop d'adrénaline pour manger. (...) J'étais faible mais j'étais accéléré en même temps. Mon éducateur (...) m'a dit « Il y a quelque chose qui ne va pas là, on s'en va à l'hôpital ce soir, il faut que tu fasses un contrôle, un *check-up*, là ça ne va pas bien ça fait une semaine que tu dors plus ». Avec du recul c'était vraiment quelque chose qu'on pourrait qualifier de traumatique cet état dans lequel je me suis retrouvé. J'avais peur que ça se reproduise si je continuais à prendre des médicaments malgré que le dosage a été corrigé. Je pense que la dose de (Nom du

médicament) était top grande parce qu'à faible dose ça fonctionne un petit peu mais à forte dose ça fonctionne plus partout. »

En somme, les résultats auprès de nos participants révèlent un manque de compréhension global, une méfiance ou un sentiment d'impuissance vis à vis de la médication prescrite. Ceci s'avère être un véritable problème car l'ensemble de ces éléments peuvent entraîner le non-respect de la médication prescrite, ce qui fait état d'un véritable frein à la réhabilitation et la réinsertion. Or, la littérature nous apprend que la non prise des médicaments prescrits est un facteur de risque majeur dans la perpétration d'actes criminels violents auprès de la population psychiatrique atteinte de troubles mentaux graves (Elbogen et Jonhson, 2009), d'autant plus lorsqu'on y ajoute une problématique liée à l'usage d'alcool ou de drogue (Borum et coll., 1997, Swartz et coll. 1998).

3.3. La trajectoire de consommation.

Conformément à la forte présence de la variable d'abus de substances, dans la littérature, lors de l'interaction : passage à l'acte criminel et troubles mentaux graves, un des objectifs de ce projet de recherche est d'explorer cette variable au sein de notre échantillon. En amenant ce sujet lors des entrevues, il s'est avéré que cette trajectoire méritait grandement notre attention. Et pour cause, ce cheminement est loin de n'être qu'anecdotique dans les récits de vie de nos participants, pour qui la quasi-totalité des membres (8/9) nous rapporte une dépendance ou une consommation abusive de substances psychotropes. Plus qu'une simple habitude, la majorité des répondants mène un style de vie centré sur leur consommation.

« Moi, ma passion numéro 1 dans la vie, c'est la drogue ! Je fais tout en fonction de ça. » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

Dans cette partie de chapitre, nous allons donc explorer la consommation des participants, des débuts de l'abus de substance à leur mode de vie rythmé par cette trajectoire.

3.3.1. Les débuts de la consommation.

Comme pour la population normale les premières habitudes de consommation chez les participants sont bien souvent induites par les pairs et le milieu dans lequel ils ont évolué (Bauman et Ennett, 1994 ; Dishion, Capaldi, Spracklen et Li, 1995). Ainsi la totalité des participants ayant un problème d'abus de substances rapportent avoir commencé à consommer par influence de leur milieu social, ce comportement a débuté durant leur adolescence pour la grande majorité d'entre eux (7/8).

« La première fois que j'ai fumé un joint c'était à l'école (Nom). Y'a un gars dans ma classe (...), puis un jour, dans l'heure du diner il m'a amené chez eux. Il a roulé un joint, il m'a fait fumer. (...) Oh waw c'était bon ça. (...) Pendant 5/6 ans de temps quand j'allais chez eux c'était toujours pour fumer du pot'. [...] Puis ça l'est devenu une habitude quand on était en gang dans le parc (Nom). Au début ils [amis] fumaient un joint. J'ai dit « laisse-moi essayer ! ». Je fumais, ils disaient « Eh passe le, passe le ! Passe le joint ce n'est pas juste à toi ». Puis là je commençais à avoir un petit buzz. Mais moi j'en voulais plus. Puis on répétait ça souvent. (...) C'est plus tard que ça l'est devenu sérieux quand j'ai commencé le crack. » - Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur de crack et de cannabis)

« C'est mon frère qui consommait enfant. Après j'ai juste décidé de consommer comme ça, sans aucune raison. Je pense que je voulais faire comme lui. Je le voyais faire et je croyais que c'était bon. Faque j'ai juste décidé comme ça, parce que mon frère le faisait, mon jeune frère le faisait aussi, puis je voulais le faire aussi. J'ai fait une ou deux fois puis j'ai aimé. J'ai aimé la sensation que ça donne, puis j'ai continué. » - Maxime (Harcèlement sur mineur, schizophrène, consommateur de cannabis)

Pour l'ensemble des participants présentant un trouble lié à l'usage de substance, la trajectoire de consommation n'est pas nécessairement linéaire et présente une certaine intermittence. Ainsi on constate une consommation davantage cyclique, rythmée par une alternance de cycles d'abstinence et de consommation. Dans bien des cas, c'est l'influence du milieu qui entraîne une rechute après une période d'abstinence (dans les récits recueillis, ces périodes sont toujours corrélées avec une hospitalisation ou une incarcération).

« Jamais je n'ai lâché la drogue depuis l'âge de 13/14 ans. Là j'ai 32 ans. Avec les thérapies que j'ai faites puis les temps d'abstinence que j'ai fait, je dois avoir au moins... ça fait 19 ans que je consomme et je dois avoir au moins 1 an/1 an et demi d'abstinence peut être (...) Puis au total, avec toutes les abstinenances que j'ai faites, les mois d'hôpital puis les thérapies que j'ai faites, puis les temps que j'étais en prison, je dois avoir au moins 1 ans et demi d'abstinence au moins. »

« C'est à cet hôpital-là, j'ai été évalué. Après 2/3/4 mois je suis libéré. Puis à un moment donné je retournais encore, puis ils m'ont transféré ici. J'ai passé quelques mois, à peu près 4/5/6 mois. Puis ils m'ont transféré, ils m'ont trouvé un appartement. (...) C'est là que j'ai commencé, après à fumer du crack et faire des mauvais coups. (...) Un jour mon coloc fumait du crack, je me suis retourné, j'ai dit "eh fais-moi essayer", il m'a fait essayer par lui-même comme ça, il me tenait le tube puis le *lighter*, puis là je me sentais super bien, mais je n'en avais jamais assez. » - Florian (Vente de stupéfiants, voies de fait, schizophrène, consommateur de cannabis et d'amphétamines)

« Puis en 2019 j'ai été 6 mois à l'hôpital, puis après ça j'ai eu le congé. (...) Après ça, j'ai recommencé la consommation. A cause que je m'occupe d'une personne âgée. (...) C'est un de mes anciens voisins où est ce que j'habitais dans le temps. Je m'occupe comme proche aidant. Puis, lui il consomme, lui il consomme un peu. Puis ça me donne l'envie de consommation, puis je tombe en rechute pour cette fois-ci. Retour en psychose. C'est cette hospitalisation, c'est ça oui. » - Gustavo (Voies de fait, schizophrène, consommateur d'amphétamine)

Également, pour une majorité des participants abusant de substances psychotropes (7/8) on constate un effet boule de neige dans la consommation. Cette consommation évolutive va bien souvent commencer par l'usage d'alcool et de cannabis pour se diriger vers des drogues de synthèses. Pour l'ensemble de nos participants, il s'agit d'amphétamines, à une exception près (un des répondants consomme également des benzodiazépines).

« Au début je fumais la cigarette en cachette. Je prenais les mégots de mon père dans le cendrier le matin quand il allait travailler (...). Puis après ça. J'ai commencé à voler les cigarettes à mon père un peu. (...) Après ça j'ai commencé à fumer du pot' à cause que mon ami, son beau-père il vendait du pot'. Y'avait des gros sacs de poubelles pleins de pot dans son sous-sol. Il prenait des poignées puis on avait pleins de pot. Fait qu'on commençait à fumer du pot. [...] J'ai commencé après ça, les chimiques à 14 ans. J'ai tout de suite aimé ça. J'ai vraiment *crushé* sur ça ! Depuis ce temps je n'ai plus jamais lâché ça. » - Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines)

« Ça fait : d'abord la cigarette, ensuite l'alcool, ensuite le pot'... Enfin, ça, ces deux-là, ça commence à peu près dans le même temps. Puis là quand t'es bien rendu là et que tout ça, ça ne te fait plus rien, bah tu commences le *real shit*. So, speed, coke, crack, ecstasy... Tout ce qui stimule ! Faut que ça me stimule ! C'est ça que j'aime moi ! C'est ça qui me fait capoter moi ! » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

« Au départ je faisais juste fumer du pot'. Du cannabis ! Puis après je suis passé aux pilules là. J'aimais ça les *pills* parce que c'était un *high* plus haut, puis ça ne sentait pas, la préparation est plus simple. Une bouteille d'eau puis c'est parti là. Au début c'était seulement pour les soirées, mais là, en 2021 après c'était quasiment à tous les jours, pendant plusieurs mois de temps. Puis (...) j'ai arrêté en rentrant à l'hôpital » - Simon (Tentatives de meurtres, Menaces de mort, Voies de fait, Vols, schizophrène, consommateur de cannabis, d'amphétamines et de benzodiazépines).

Ces résultats nous indiquent que la consommation est un comportement habituel auprès de nos participants. Ce mécanisme a, dans la totalité des cas, précédé les troubles mentaux graves. Or il est établi que la comorbidité de ces deux éléments représente le facteur de risque principal quant à la commission d'actes criminels violents au sein de la population psychiatrique. On remarque d'ailleurs, que ce facteur est d'autant plus un problème au sein de notre échantillon ayant, pour la majorité, débuté leur consommation durant la première moitié de l'adolescence. Car plus l'âge des premières consommations est précoce est plus le comportement de dépendance est ancré et difficile à stopper (Chen, Storr et Anthony, 2009).

3.3.2. La consommation au centre du mode de vie.

La consommation fait partie du quotidien des participants qui relatent un mode de vie centré sur celle-ci. Pour la majorité d'entre eux, leur parcours de vie est rythmé par la drogue qui apparaît comme le centre d'intérêt numéro un au détriment de toutes les autres sphères tel que le travail, les relations ou encore la santé.

« (...) il faut dire que ce n'est sûrement pas à cause des chimiques que je suis en santé mentale. Avant je fumais du pot', puis y'avait plus de symptômes mentaux là. Le speed, le crack, ça me donne des *blackouts* de ce qu'ils disent. Mais même si on me dit c'est ça qui t'as faite ci, c'est ça qui t'as faite ça, moi je ne me serais

pas empêché de continuer tu comprends. Moi mon *lifestyle* c'est d'abord ma consommation, après on voit qu'est ce qui va se passer » - Florian (Vente de stupéfiants, voies de fait, schizophrène, consommateur de cannabis et d'amphétamines)

Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur de crack et de cannabis) passe la totalité de ses journées à quêter pour payer sa consommation. Il explique que ce mode de vie l'empêche de pouvoir économiser le moindre argent :

« Bah une journée normale c'est que j'ai envie [de consommer]. Quand j'en ai envie je vais quêter. Puis je demande à qui paraît fumeur (...) ou les *puscher*. Si j'en trouve un j'achète du crack et du pot' surtout. Si je n'en trouve pas je bois de la bière, je fume des cigarettes. [...] C'est au moins à partir de 200 pièces que je trouve du crack, que je peux boire, que je peux fumer du pot'. Ça, ce mariage-là me va parfaitement. Si c'est juste du crack... Hey *Boy* ! Ça va aller mal ! Si j'ai du crack il me manquerait le pot', plus la bière. Puis c'est ça. Ces journées là où je devrais consommer parce que j'ai le goût, si ça ne se passe pas je bois de la bière. Si je ne bois pas de la bière je fume des cigarettes, je cherche des joints à terre. Puis, en tout cas, c'est rare que si je veux fumer quelque chose je ne l'ai pas (...) L'impact que ça a [sur son mode de vie] c'est que je suis un pauvre riche man. Je ne peux pas garder de l'argent longtemps sur moi. »

Malgré le fait qu'il n'ait pas consommé, sur ordonnance de la cour, depuis le début de son séjour à l'hôpital, il explique être nostalgique de son ancien mode de vie.

« C'est sûr j'aimerais consommer à chaque jour man (...) Du crack j'en ai fumé tous les jours pendant 17 ans de temps, tu comprends, ça fait un méchant paquet de miettes que j'ai mis dans mon tube là (...) T'sais, des fois, je suis curieux. J'me dis j'aimerais bien essayer un petit peu le crack voir où s'est rendu maintenant. Si je vais l'aimer autant pour aller quêter à chaque jour ? Si je fume du crack faudra que je fume du pot', boive de la bière. Comme ça, ça va calmer le choc du crack. Puis c'est ça que je me dis tout le temps qu'j'voudrais faire. »

Maxime explique que sa vie est rythmée par une consommation de cannabis constante. Il met consciemment sa santé mentale en danger à cause de la drogue mais ne sent pas capable d'arrêter pour autant. Ainsi, il conjugue consommation quotidienne et hospitalisation régulière :

« J'aimais ça, avoir un *high* comme qu'ils disent. Toujours avoir un *high* ! J'aimais ça ! Donc je fumais presque tout le temps. Quand je consommais, puis là t'avais ton *high*, tu jouais, puis là t'avais ton *high* et tout, mais dès que tu manges le *high* s'en allait parce que là tu revenais dans ton état normal, là tu consommais encore. Fait que dans le fond, j'aimais toujours consommer tout le temps pour

avoir mon *high*. [...] Je consommait beaucoup le cannabis, où est ce que dans ces temps-là j'avais toujours mon idée en tête c'était le cannabis. C'était *life* là! C'était la vie le cannabis là ! Il fallait juste ça, puis je ne voulais pas arrêter ! Le monde me disait que c'est ça qu'il fallait que j'arrête pour pouvoir ne plus être hospitalisé. Mais moi je voulais toujours continuer à fumer. C'est à dire que à chaque fois que j'étais hospitalisé, je sortais, j'allais fumer, là j'étais encore en psychose, là je me faisais re-hospitaliser. »

Le besoin de consommation de Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines) passe avant toute chose. Il préfère consommer au détriment de pouvoir payer son loyer ou de voir sa famille qui refuse de le voir tant qu'il fait usage de stupéfiants :

« Y'a des périodes où est ce que je me retrouvais sur la rue parce que je préférais consommer plutôt que payer mon loyer. Moi, ça m'ne gêne même pas dans ce temps-là tellement j'étais tout le temps sur la drogue. [...] Ils [sa famille] refusaient de me voir. J'sais très bien que c'est parce que je consommait (...) Moi j'ai choisi la drogue. J'ai toujours choisi la drogue par-dessus toute. »

Ces résultats affichent une tendance assez paradoxale au sein de notre échantillon. En effet, nous avons vu que dans les trajectoires de santé mentale la majorité des participants faisant un usage abusif de substances psychoactives ont conscience que leurs troubles mentaux ont pu constituer un facilitateur quant à leur consommation. Cependant les récits de vie exposés ici nous montrent qu'ils maintiennent ce comportement entre leurs hospitalisations, au détriment de toutes leurs autres sphères de vie. Cette relation complexe entre troubles mentaux et consommation constitue, d'ailleurs, un enjeu majeur dans la prise en charge et l'intervention auprès de la population psychiatrique car chacune de ces deux problématiques doit être prise en compte pour optimiser les traitements apportés (Nadeau et Landry, 2012). De plus, le risque de passage à l'acte criminel se voit considérablement augmenter auprès de la population psychiatrique en état de psychose lorsqu'il y a présence de consommation de produit psychoactif tel que le cannabis ou l'alcool (Lamberti, Katsetos, Jacobowitz, et Weisman, 2020).

Cet ensemble fait état d'un véritable problème quant à la réhabilitation sociale et le risque de récidive criminelle que représentent les participants, qui reproduisent, en boucle, ces comportements à risques, à savoir, cumuler abus de substances et troubles mentaux (Blank, Draine, Barrenger, Hadley, et Evans, 2014).

3.3.3. Synthèse.

En sommes, l'ensemble des résultats exposés dans cette section sur les trajectoires de consommation font état d'un parcours de vie centré sur la dépendance ainsi qu'une grande difficulté à y renoncer, malgré les épisodes de troubles mentaux que cela provoque. Le problème majeur lié à ces constats étant que la consommation abusive, concomitante à des troubles mentaux graves, est un des facteurs de risques principal quant à la commission de crimes violents (Arsenault et coll., 2000). Ce risque de violence s'avère, d'ailleurs, être plus élevé chez les patients consommant des amphétamines (Miles et coll., 2003). De plus, au sein de la population criminelle, ceux cumulant troubles mentaux graves et consommations abusives, présentent un risque de récidive plus élevé que les criminels n'affichant que l'une ou l'autre de ces deux composantes (Baillageon et coll., 2010). Également, les comportements d'abus de substances au sein de la population psychiatrique ont pour conséquence (pour ne citer qu'eux) de diminuer les effets de la médication et d'augmenter des risques de psychoses (Abou-Saleh, 2004). On rappelle que les individus en état de psychose présentent un risque important de commettre des actes criminels violents (Fazel & Grann, 2006).

Cependant, tout comme troubles mentaux graves et violences criminelles ne sont pas directement liés, la consommation abusive ou la dépendance à une substance psychoactive ne semble pas directement liée à la commission d'actes criminels violents au sein de la population psychiatrique mais apparaît plutôt comme une ligne directrice ayant un effet notable dans les choix de vie et les comportements à risque des participants. Encore une fois, comme il est question depuis les premiers constats de ce chapitre de résultat, cette composante s'affiche comme étant un pont facilitant l'émergence du comportement criminel. Ceci rejoint les conclusions de précédentes études avançant que troubles mentaux graves et violences criminelles sont fortement corrélés avec l'abus de substance s'il est couplé à la non-adhérence à la médication prescrite (Swartz & Swanson, 1998).

En conclusion, l'abus de substance tel que présenté dans les récits de vie de nos participants apparaît comme un fil conducteur au sein de leur parcours de vie. Les répondants ayant pour consignes de rapporter les événements significatifs à leurs yeux, exposent l'abus de substances comme la pierre angulaire de leur parcours de vie, celle qui amorce les troubles mentaux et qui

modifie leur parcours de façon considérable. Ainsi, comme nous le pensions, cette problématique prend une place très importante dans le parcours des répondants qui voient bons nombres de leur trajectoires régies par la drogue.

3.4. Le processus du passage à l'acte criminelle.

Les données recueillies dans cette étude font état d'une multitude de cheminements et de facteurs de risques pouvant mener au passage à l'acte criminel au sein de la population psychiatrique. Et nous constatons que les facteurs encourageant la perpétration de tels actes peuvent varier d'un participant à l'autre. Lors de nos entretiens plusieurs facteurs se sont distingués par leur importance dans l'amorce des comportements criminels. Ainsi, pour mieux comprendre l'émergence de l'acte criminel, il semble important de décrire le contexte dans lequel ce processus s'amorce.

Dans cette partie, nous allons donc identifier les points tournants, les mécanismes et les contextes qui précèdent l'acte criminel, auprès de la population psychiatrique, et plus particulièrement lorsque celui-ci est violent. Dans un premier temps, nous verrons les débuts de la carrière criminelle tels que déterminés au sein du paradigme de la carrière criminelle. Deuxièmement, il s'agira d'identifier et de rendre compte des points tournants et facilitateurs amorçant le passage à l'acte criminel. S'en suivra une partie visant à étudier les motivations criminelles. Et pour finir, il s'agira d'explorer la perspective subjective des participants quant à l'existence d'un lien entre leur criminalité et leurs troubles mentaux graves.

3.4.1. Paramètre de la carrière criminelle : l'entrée dans le crime.

La criminalité est considérée comme une trajectoire comportementale composée d'un début et d'une fin, qui évolue dans un espace-temps défini (Thornberry, 1997). Bons nombres d'études soulignent que l'âge d'entrée dans la délinquance est le meilleur prédicteur quant à un futur comportement criminogène (Blumstein et coll., 1986 ; Moffitt, 1993). En adéquation avec ceci, les circonstances qui entourent l'âge de départ des crimes est un des paramètres de la carrière criminelle le plus étudié. Cependant la plupart de ces données sont issues d'études quantitatives, et l'âge du premier crime est vu comme un évènement. Or, dans les faits, comme pour le

désistement, il s'agit, dans bien des cas, d'un processus. Ainsi, dans la lignée des travaux de Hodgins (1998) et Simpson et coll. (2015), il sera question de comparer et d'étudier les différentes périodes durant lesquelles nos participants ont débuté leur carrière criminelle.

Pour une majorité des participants (7/9) on constate une apparition de la criminalité avant l'âge adulte. Pour cette proportion de répondants l'âge d'entrée dans la criminalité se situe en moyenne autour de 12 ans. Il est intéressant de voir que, pour eux, la criminalité commence à un âge relativement précoce et va continuer à l'âge adulte.

« C'étaient des passages de ma vie assez chaotique on pourrait dire [l'enfance et l'adolescence]. J'avais beaucoup des problèmes de comportements (...) Je ne sais pas si on peut appeler ça des crimes à proprement parler... Mais de petites choses oui (...) Des vols intra-familial (...) Des situations où est ce que je prenais la classe en otage (...) puis j'hurlais souvent sur les gens et je m'en prenais directement à mes professeurs ou ma famille ou les gens proches de la famille (...) Des choses de mêmes où je pouvais avoir du mal à gérer mes émotions (...) C'est toutes les mêmes affaires que maintenant mais disons que c'est moins acceptable quand tu es rendu un adulte. » - François (Voies de fait, menaces de mort, Autiste Asperger et bipolaire)

« Puis à un moment donné, quand j'avais 14 ans, (...) j'ai volé un rouleau de 25 cents, ça valait 10 dollars. Puis après il [son père] a fait un signalement à la DPJ puis ils m'ont fait envoyer au Centre Jeunesse de réadaptation Cartier. Puis c'est là que j'ai été incarcéré... pas incarcéré mais j'ai été détenu dans le fond au Centre Jeunesse jusqu'à mes 18 ans (...) Puis, à part ça. Quand j'ai eu 18 ans j'ai été libéré du centre jeunesse. Assez expéditif parce que j'avais volé un coton ouaté dans la sècheuse. Je pensais qu'il appartenait à quelqu'un, je m'étais trompé de personne, puis en fin de compte la personne que ça appartenait, ce n'était pas la personne que je pensais, puis en revenant de ma sortie il m'a cassé la gueule [...] Puis après y'a eu toute sorte d'affaires où est ce que je me retrouvais à dealer avec la police. » - Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines)

« Quand j'étais adolescent je vendais la drogue... Du cannabis surtout (...) J'ai commencé à comme 14/15 ans (...) Ça l'a duré jusqu'à ma première hospitalisation. Pas que je le faisais plus après mais moins ça c'est sûr. Avant je faisais juste ça [vendre de stupéfiant]. Après ça, c'était d'autres histoires un peu plus problématiques que juste vendre la drogue on va dire. » - Florian (Vente de stupéfiants, voies de fait, schizophrène, consommateur de cannabis et d'amphétamines)

« J'ai commencé les délits de vol à 17/18. J'ai été au Canadian Tire, j'ai checké, j'ai checké, puis BOOM, j'ai vu un GPS en noir et blanc. Je ne voulais même pas l'avoir là. Je ne sais pas c'était quoi, un tic nerveux. Je ne savais pas quoi prendre, je ne savais pas quoi faire, je ne savais même pas qu'est-ce que je faisais là, au Canadian Tire justement. Je ne sais pas qu'est-ce que je faisais là. Là, j'ai eu l'envie de le prendre, de le cacher sur moi et de m'en aller. Hop je l'ai pris, je l'ai caché dans mes pantalons, je suis les caméras, mais maladroitement je suivais les caméras. Puis je suis sorti tout de suite puis on m'a appelé "Eh ! Toi viens icitte !". Puis là, la sécurité ils m'ont emmené dans le bureau (...) Avant ça ce n'était jamais moi qui démarrais la chose [le vol]. Mais après ça j'ai vu que j'étais capable par moi-même. Fallait juste pas que je me fasse pogner. » - Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur d'amphétamines et de cannabis)

On observe clairement avec les récits ci-dessus que certains participants nous exposent une criminalité ayant débuté de façon relativement précoce et que cette dernière continue à l'âge adulte de façon plus ou moins constante. Il s'avère que les motivations criminelles sont, dans certains cas, difficiles à cerner.

Pour le reste des participants la criminalité est arrivée de façon plus tardive, à l'âge adulte, après les premiers symptômes de la maladie mentale et s'opère de manière plus occasionnelle.

« Je n'ai jamais fait des délits ou des crimes avant cette histoire que je te parle avec la fille là. Avant ça j'étais 100% *legit* (...) Mais cette histoire c'est à cause que je ne prenais pas mes médicaments. Ça m'a rendu une pensée marginale à penser des affaires que je trouvais normale. Mais c'est toutes des psychoses ça. [...] Je ne suis pas quelqu'un de violent. Je suis plus quelqu'un de réfléchi. Je trouve qu'avec le dialogue on peut tout régler (...). » - Maxime (Harcèlement sur mineur, schizophrène, consommateur de cannabis)

« Avant les hospitalisations je n'ai jamais eu des problèmes avec eux [la police]. Je vivais ma vie tranquillement. Jamais de problèmes ! Jamais de violence, jamais d'agressivité, jamais volé, jamais frappé, jamais... Rien ! Aucune faute. Ça a toute commencé quand je suis entré à l'hôpital avec l'agressivité. Mais tout ça ce n'est pas moi, moi je suis quelqu'un de très tranquille. C'est toute dans ma tête que ça amène des problèmes. » - Gustavo (Voies de fait, schizophrène, consommateur d'amphétamine)

Ces résultats convergent avec ceux portés par d'autres études sur les carrières criminelles. On distingue, ici, deux sous-groupes quant à l'âge de début des comportements criminels : ceux

commençant à un âge précoce (enfance/adolescence) et ceux commençant à un âge tardif (adulte). Ainsi, il est possible de faire un rapprochement entre nos résultats et les travaux de Hodgins (1998) et de Simpson et coll. (2015). En effet, ces auteurs ont établi une typologie en deux volets sur les délinquants présentant des troubles mentaux graves : les *Early Starters* et les *Late Starters*. Les *Late Starters* faisant état d'une criminalité ayant débuté tardivement en concomitance avec l'apparition des troubles mentaux, leurs crimes seraient en lien direct avec leur trouble mental. Les *Early Starters* affichant une criminalité plus fréquente, plus durable et ayant débuté de façon plus précoce que leurs homonymes, une criminalité qui survient avant l'apparition des symptômes.

On constate d'ailleurs que, au sein de nos participants, ceux ayant une criminalité plus développée et ancrée appartiennent bien au groupe des *Early Starters*. Ceci rejoint les résultats d'études parallèles qui indiquent qu'un âge d'entrée précoce dans le crime est un fort indicateur de criminalité persistante dans la fréquence et le temps (Moffitt, 1993).

On ajoutera que si l'on applique cette typologie à notre échantillon, pour les *Early Starters*, l'âge de départ de la criminalité survient toujours avant l'arrivée des symptômes. On constate un âge moyen d'entrée dans la carrière criminelle autour des 12 ans et un âge moyen de déclenchement des symptômes vers 18 ans. Tandis que pour les *Late Starters*, la trajectoire criminelle fait suite à l'apparition des symptômes des troubles mentaux. L'âge moyen d'émergence des comportements criminogènes se situe vers 35 ans et l'âge moyen d'apparition des symptômes autour de 30 ans.

3.4.2. Les points tournants qui amorcent le comportement criminel.

Au fil de nos entretiens, il s'est avéré que les comportements criminels étaient rarement expliqués par un facteur unique. En effet, chacune des histoires rapportées entourant l'acte criminel est nuancées par une multitude de facteurs, de circonstances et de trajectoires qui sont propres à chaque individu. Ainsi, malgré des récits de vie très différents les uns des autres, il est démontré que nos participants rapportaient des éléments favorisant le passage à l'acte criminel qui s'entrecoupaient d'un récit à l'autre. Dans cette optique, il a été possible d'identifier certains points tournants ou facilitateurs quant à la perpétration d'actes criminels.

Cette section expose les différents facilitateurs relationnels, contextuels et cliniques qui ont amené les participants rencontrés dans ce projet à commettre un acte criminel. De cette manière, il sera plus clair d'expliquer ce qui les a menés vers le crime.

3.4.2.1. Facilitateurs relationnels.

Contexte familial.

Tel que vu précédemment la majorité des participants proviennent de milieux dysfonctionnels. Un ensemble conséquent de recherches nous apprend que l'environnement dans lequel l'enfant se développe a des répercussions sur sa vie future et peut, dans certains cas, favoriser l'apparition de comportements antisociaux (Kruttschnitt, Ward et Shelbe, 1987 ; Mofitt, 1993 ; Braga et coll., 2018). Bien que le contexte familial soit un thème qu'il n'est pas toujours facile d'évoquer pour les participants, nous constatons que le manque de structure informel a pu jouer un rôle dans l'émergence du comportement criminel.

Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines) s'est vu dans l'obligation de quitter le domicile de ses parents lorsque son père l'a mis à la porte. C'est à partir de cet instant qu'il a commencé à voler.

« Quand tu t'es fait abandonner par tes parents t'as que toi-même pour t'aider. Tu commences à te tenir avec des mauvaises personnes (...) Tu dois t'occuper de toi, c'est pas personne qui va te faire la charité juste comme ça. Faut manger, faut s'habiller, faut se trouver un toit (...) J'ai fait le tour de toutes les structures, (...) ça l'aide mais c'est pas aussi simple que ça la vie (...) Faque faut que tu trouves tes propres choses par toi-même. »

Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) a vécu de la violence intra-familiale dans le passé, il rapporte ses comportements agressifs à une manière de fonctionner qu'il aurait apprise au travers de cette exposition :

« Dans le fond pourquoi que moi j'avais des pulsions violentes... Comment je pourrais dire ça, le fait que j'avais des pulsions violentes... Je l'sais pas. Peut-être que j'ai vécu de l'agressivité puis que je suis devenu agressif. Peut-être que avec ça, c'est devenu ma façon de fonctionner pis de régler les choses. Peut-être que

j'ai de la misère à avoir du contrôle en moi puis que ça m'amène à avoir des comportements de même. Ouais, c'est ça. »

Il en va de même pour Florian (Vente de stupéfiants, voies de fait, schizophrène, consommateur de cannabis et d'amphétamines) qui explique être violent par mimétisme des schémas qu'il a intégrés au cours de son enfance abusive :

« Je m'ait faite battre toute ma jeunesse. J'ai subi de la violence à chaque jour presque toute ma vie. Faque moi je ne veux pas reproduire ça, mais ça me rattrape tout le temps. (...) C'est comme si tu connaissais que ça, alors toi tu fais la même chose. C'est comme un réflexe que tu ne peux pas contrôler »

Le rôle de la famille dans le développement de la délinquance suscite l'intérêt des chercheurs depuis plusieurs années. A la lumière de ces résultats, il nous apparaît que les familles présentant un comportement abusif ou n'apportant pas la structure nécessaire à un développement fonctionnel peuvent avoir des effets criminogènes significatifs dans le parcours de vie des participants.

Pairs délinquants.

Une grande proportion des participants ayant démarré leur carrière criminelle avant l'âge adulte identifie les pairs comme étant le point d'entrée dans la criminalité. De nombreux travaux empiriques évoquent déjà ce lien, qui n'est pas nouveau au sein de la littérature. L'influence négative des pairs et les valeurs antisociales qu'elle apporte est régulièrement associée à la délinquance (Thornberry, Lizotte, Krohn, Farnworth, et Jang, 1994 ; Piquero, Farrington, et Blumstein, 2003). Les récits rapportés par nos participants font état de relations avec des pairs délinquants qui les ont plongés dans le milieu criminel.

« Après le départ de ma mère j'étais comme vagabond dans les gangs de rue, je me cherchais, je me suis trouvé une famille, puis c'est là que je me suis vraiment écarté dans mes agirs on pourrait dire. Avant ça je volais dans ma famille par exemple. Puis avec les gars [du gang] ça l'a décollé. » Vincent (Vols qualifiés, Trafic de stupéfiant, Voies de fait armés, menace de mort, fraude, schizophrène et bipolaire, consommateur de cannabis et d'amphétamines)

Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur d'amphétamines et de cannabis) se tient avec des amis qui lui apprennent à voler. Malgré cette expérience punitive c'est un comportement auquel il s'adonnera régulièrement tout au long de son parcours :

« On a frappé à une porte du quartier qu'on habitait. Puis c'était un genre de handicapé qui a ouvert la porte. Puis il était toute souriant, il nous a invité. Puis là le gars [son ami] il est venu à côté de moi il disait « Hey! Y'a pleins de beau linge icitte, y'a pleins de beau linge. Vite ! Vite ! Vite ! Passe-moi ton manteau ». Je lui ai prêté mon manteau. Puis là, Hop! On a mis tout le beau linge dedans. Après il me dit « Viens t'en on sort ! On sort ! ». Puis là je ne comprenais pas qu'est ce qui se passait, faque je suis parti. Puis là le lendemain, à l'école, y'a un policier qui est venu dans ma classe nous faire des histoires (...) Puis là, ma mère elle dit « Tu vois t'as pas des bons amis ! C'est leur faute ! Ils te font faire n'importe quoi ! ». Puis c'est ça qui est arrivé. »

Ces habitudes de co-délinquance s'essoufflent au fur et à mesure que la criminalité s'ancre dans son mode de vie :

« (...) Moi je fais toute mes coups par moi-même (...) Je fais ça pour *get* de l'argent rapidement. C'est sur le moment quand j'en ai besoin. Faque je ne vais pas m'embêter à chercher un gars pour fouiller avec moi. Déjà faudrait partager qu'est-ce qu'on a volé. Pis tu ne peux pas faire confiance à personne. J'ai déjà eu des problèmes dans le temps comme je te disais tantôt avec les gars qui me mettaient tout sur le dos » - Léo (Vol et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur d'amphétamines et de cannabis)

Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines) a appris à voler grâce à un de ses pairs qui l'a initié à cette pratique qui va, par la suite, devenir un comportement récurrent :

« C'est un ami de l'école [qui l'a initié au vol]. J'allais à l'école primaire avec, puis j'étais dans la rue avec lui à (Ville) puis lui il m'accueillait chez eux, puis il me montrait les nouveaux tournants de la vie. C'est lui qui m'a fait un *bum* de moi. Lui c'était un *bum*, mais avant moi. Il était plus vieux que moi. Il m'a montré comment devenir un *bum*. Comment voler. Je n'avais jamais volé. Je n'ai pas beaucoup volé à (Ville) parce qu'il n'y avait pas d'occasion de voler. C'était très dangereux de voler là-bas parce que c'est très petit, tout le monde te connaît faque tu ne peux pas vraiment voler (...) Après je pouvais le faire seul [voler]. Pis j'ai continué à voler à Montréal, par contre, des centaines de fois comme je t'ai dit »

François (Voies de fait, menaces de mort, Autiste Asperger et bipolaire) pense que le fait d'avoir des pairs prosociaux le rend fonctionnel, il voit un potentiel salut dans les relations avec des pairs non criminalisés :

« Le réseau social, même maintenant aussi je pense que ça aide à me maintenir [hors de la criminalité]. Le fait d'avoir des projets clairs d'avenir avec des gens normalisés ça me rend stable à 100%. Parfois je me dis que si j'étais resté en contact avec les personnes normalisés de mon entourage y'aurai pas eu tous ces problèmes-là. »

Comme beaucoup d'études, on voit, ici, que le fait d'avoir des pairs délinquants permet l'initiation et l'entrée dans le monde de la criminalité. Cependant, pour notre groupe, l'association à des pairs délinquants s'arrêtent une fois le comportement appris. On n'observe pas d'habitude de co-délinquance au sein de notre échantillon lorsque la criminalité se maintient dans leur style de vie.

Ainsi, on observe, au sein de cette section, que le contexte relationnel dans lequel les participants ont évolué est un des éléments clé vers l'apparition d'une trajectoire de vie délinquante. On note que le fait d'avoir des pairs délinquants facilite le processus du passage à l'acte criminel, mais pas seulement. C'est aussi l'absence de contrôle social informel qui les amène à emprunter cette voie. Constats déjà mis en lumière par certains auteurs qui stipulent que les pairs délinquants ne suffisent pas, mais qu'il faut également un manque de contrôle social formel et informel pour suivre des schémas antisociaux et s'initier à la délinquance (Laub et Sampson, 2003 : Sampson et Laub, 1993).

3.4.2.2. Facilitateurs contextuels.

L'itinérance comme situation propice au crime.

Plusieurs études font état du fait que les personnes en situation d'itinérance sont plus exposées à la victimisation mais sont également plus à même de commettre des actes criminels (Fischer, 1992).

« Ça c'est quand je me retrouve itinérant. C'est toujours dans ce temps-là que le vol c'est rendu ma pratique numéro un. Je vol des objets, des cartes, des balles, des jouets, des métaux, des roches, des pads pour les genoux, des lunettes de ski.

Quand t'es itinérant si tu ne prends pas les affaires par toi-même c'est pas personne qui va t'le donner. (...) Puis les gens te regardent croche parce que t'es itinérant. Fait que tu les regardes croche pareil. Faque ça peut l'amener des problèmes. [...] Mes crimes sont juste parce que j'étais désœuvré. Surtout les personnes qui sont dans la rue qui sont désœuvrés. Moi quand j'étais dans la rue, je n'avais pas l'argent. Quand je ne quêtait pas assez pour pouvoir m'acheter de la bouffe. Fallait je vole. (...) Puis le linge. J'étais avide de linge. J'adore le linge. (...) C'est normal que j'en vol. Mais j'étais désœuvré, je n'avais pas d'argent pour en acheter. Fallait que je le vol. C'est ça le code ici ! » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vols, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) nous parle d'une année où il a particulièrement eu affaire avec la police parce qu'il se trouvait en situation d'itinérance. Il explique que c'est cette situation qui le poussait à commettre beaucoup de crimes de propriétés :

« Ça a été une année où les policiers ont beaucoup fait affaire avec moi parce que j'ai faite... J'étais itinérant dans la rue. Donc quand t'es itinérant t'as pas de maison, t'as pas... T'sais quand t'es itinérant tu fais plus de choses croches ou tu sollicites le monde. T'as pas d'argent, faut que tu quêtes. Tu voles dans les magasins, dans les Dollarama, tu voles. Tu fais de la drogue. Fait que quand t'es dans la rue c'est plus propice à que t'as des problèmes avec eux autres [les policiers]. »

Mais également des crimes contre les personnes :

« Faque, j'étais dans une position de situation que fallait que je dépendais du monde pour vivre. Faque la façon que j'étais d'interagir avec le monde, ce n'était pas toujours la bonne façon. (...) Quand je demandais de l'argent à quelqu'un, si la personne me poussait un commentaire ou me retournait une phrase comme, t'sais « Va travailler ! », ou qui m'envoyait promener, balader... Aussi, y'a du monde qu'aime pas les itinérants, les quêteux. Faque quand c'était du monde qui m'envoyait sur le revers de la médaille, que ce n'était pas bon ce que je faisais. Bah je devenais agressif, euh... Je pouvais prendre des choses à terre, les lancer sur le monde ou commencer à intimider le monde, à envoyer chier le monde, ou t'sais être dangereux. »

La quête étant sa seule source de revenu légal, lorsqu'il termine une journée sans avoir réussi à obtenir de l'argent de cette manière, Léo (Vols et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur d'amphétamines et de cannabis) commet des vols afin de subvenir à

ses besoins et payer sa consommation. Malgré ses nombreuses arrestations pour vol, il explique répéter ce schéma :

« Puis j'avais quêté pour avoir de l'argent. Puis vers 2h du matin, quand y'a plus personne à qui tu peux quêter, quand je n'avais pas d'argent, j'étais bredouille. Fait que je faisais des mauvais coups, je fouillais, je descendais les portes. Je descendais les portes des garages, des greniers, des affaires où y'a des outils. Je les revendais pour avoir du crack puis pour me nourrir un peu des fois. Puis c'est ça (...) La plupart du temps quand les policiers m'arrêtaient dehors c'est parce que je flânais dehors. Je flânais, je rodais à côté des cabanons, des maisons. Puis ils m'arrêtaient pour ça, j'allais en cour, je suis libéré 2/3 mois plus tard. Puis tu recommence. Puis je me suis fait arrêter à ouvrir 5/6/7 fois. Quand t'es rendu en itinérance la police te connaît, c'est rendu encore plus dur de pas se faire pogner là. »

Pour Florian (Vente de stupéfiants, voie de faits, schizophrène, consommateur de cannabis et d'amphétamines) dormir dans la rue est une source d'anxiété. Il explique qu'être en situation d'itinérance le force à consommer tout en sachant que cette consommation et le manque de sommeil vont lui déclencher des épisodes psychotiques.

« Je faisais plus de drogue dans ce temps-là. (...) Quand tu dois dormir dans la rue t'es tout le temps en danger. Faque moi je consommais plus pour être toujours réveillé et pas dormir (...) Faque là t'es plus fatigué, faque t'as plus de symptômes, faque tu consommes plus. C'est rendu que tu sais même plus ce que tu fais et que tu peux t'attaquer à n'importe qui. »

Il est intéressant de voir, ici, que les situations d'itinérance apparaissent comme un facilitateur majeur quant à la perpétration d'actes criminels au sein de notre échantillon. La totalité des participants relatant avoir vécu dans la rue durant leur parcours de vie établissent un lien direct entre leur criminalité et leur situation d'itinérance. Il est important de nuancer ces résultats, car bien que peu d'études portent sur le lien entre troubles mentaux, criminalité et situation d'itinérance, il est possible d'affirmer grâce aux récits ci-dessus que, certes, l'itinérance joue un rôle direct dans les crimes de propriété, mais qu'il est aussi question de facteurs supplémentaires lorsqu'il est question d'autres types de crimes. Ainsi, on observe que l'itinérance est la porte d'entrée à d'autres facilitateurs tel que le montre les récits des participants mais également différentes études portant sur le sujet. En ce sens, l'itinérance se voit un facilitateur quant à l'émergence de comportement criminel lorsqu'elle joue un rôle dans : l'exposition à la violence

et la victimisation (Fischer, 1992), l'abus de substance (Booth, Sullivan, Koegel, et Burnam, 2002) ainsi que l'émergence d'épisodes de santé mentale (Murray, 1996).

L'hospitalisation.

Gustavo (Voies de fait, schizophrène, consommateur d'amphétamine) ne présente aucun comportement criminogène avant l'apparition de sa schizophrénie. C'est lors de ses hospitalisations qu'il a commencé à avoir des comportements violents. Il nous explique que la totalité des voies de fait qu'il a commis était à l'encontre du personnel soignant.

« Puis en 2009 j'ai été hospitalisé. Tout de suite après je fais un voie de fait sur les préposés. (...) Puis suite à cette hospitalisation, j'ai fait un autre voie de fait sur les patients à (Nom de l'hôpital). (...). J'ai été en emprisonné trois fois pour les accusations de voie de fait sur les personnels. (...) C'est seulement des voies de fait sur les personnes à l'hôpital. (...) Il ne s'est jamais rien passé en dehors. Seulement à l'hôpital ! »

Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) voit ses hospitalisations comme une atteinte à ses libertés. Ce sentiment d'injustice couplé au manque de drogue pendant ces périodes d'enfermement sont la porte d'entrée à un lot de comportement agressif voir violents :

« Je regardais le monde dehors de par ma fenêtre [d'hôpital], puis j'enviais les personnes de l'extérieur de pas être dans un internement d'hôpital puis je ne me sentais vraiment pas bien dans ma peau avec les médicaments puis les psychiatres (...) Puis quand je suis allé dans des places comme à la prison ou à l'hôpital, que là, y'a des journées comme aujourd'hui que je ne consomme pas. Bah là, ça a un impact sur mon moral. Comment je me sens mentalement : je me sens poche. L'énergie qui m'envahit est pas positive, c'est une énergie qui est dur à accepter puis à tolérer. C'est ça, puis je me sens vraiment malheureux dans mon problème. Je sens que je suis dans un malheur parce que je me dis, justement, qu'à mon âge je ne peux pas faire qu'est-ce que je veux. Puis moi je ne suis pas agressif vraiment quand je suis sur la drogue naturellement. Puis là je peux l'être... Je me sens bien, mais quand je suis dans des endroits incarcéré, j'ai pleins de symptômes. Comme des voix que j'entends. Des problèmes de yeux. Puis je grossis, je grossis, je grossis parce que moi je fais des amphétamines, c'est du speed, ça fait maigrir. Faque, quand j'arrête les consommations, je grossis, je grossis, je grossis. Puis je n'ai pas une bonne estime de moi, puis je ne me sens pas bien dans ma peau. Puis ça, ça peut me rendre méchant ouais ! »

Il en va de même pour Maxime qui refuse les traitements lors de son premier internement. Avant ses hospitalisations il ne présentait aucun comportement délinquant.

« Je ne comprenais pas nécessairement ce qui m'arrivait parce que c'était ma première hospitalisation (...) Je trouvais ça injuste, moi tout ce qui me préoccupait c'était de pouvoir sortir pour pouvoir aller consommer. Pis comme tu trouves toute ça injuste, tu n'es pas dans des bonnes conditions. Alors ça, ça amène de la frustration, puis tu refuses de te faire soigner. Puis tu es encore plus sur les nerfs qu'avant »

François s'est retrouvé hospitalisé dans une ressource qu'il ne connaissait pas. Il estimait ne pas être à la bonne place et n'arrivait pas à sociabiliser avec les patients de cette structure. Le fait de ne pas se sentir à sa place lui entraînait des comportements agressifs qui l'ont mené à commettre plusieurs voies de fait sur les membres de l'hôpital :

« C'était très dégueulasse de ma part. J'étais tellement jaloux parce que les autres n'ont pas eu de la diffamation psychiatrique de travailleurs sociales, de psychologues qui m'ont fait de la diffamation, que je les giflais. [...] Mais le fait que j'étais en détention strict parce que j'étais envoyé au mauvais endroit (...) J'étais comme pénalisé parce que j'étais dans un endroit où les gens me traitaient de Mongol et les gens ne voulaient pas socialiser avec moi quand moi j'étais prêt à me faire des amis là-bas. Je n'avais pas vraiment de programme structuré extérieur non plus en fait (...) Et je suis sorti de là, révolté, je pensais que j'étais puni (...) Je suis sorti en éclat, j'ai giflé 2 personnes du service. Pour sortir ! Pas parce que j'étais en colère contre eux, je voulais sortir, je voulais les punir. »

L'hospitalisation peut être vue comme un facilitateur contextuel dans l'émergence d'un comportement criminel pour deux raisons principales. Premièrement, comme il est avancé dans la littérature les premières victimes de violences des personnes atteintes de troubles mentaux graves sont les proches ainsi que le personnel hospitalier (Swartz et coll., 1998). On constate d'ailleurs, au sein des récits de vie collectés, que plus de la moitié des participants (6/9) se sont déjà montré agressifs envers un proche et/ou le personnel soignant. Deuxièmement, nous sommes, au sein de cette étude, dans un contexte de psychiatrie légale et l'ensemble des participants interrogés ici sont hospitalisés car non responsables de leurs actes criminels pour troubles mentaux. De ce fait, l'hospitalisation, tel que citée par plusieurs participants ci-dessus, est parfois vécue comme une atteinte à la liberté et une source de frustration liée au sentiment d'enfermement ainsi qu'aux restrictions imposées par la cour. Les récits rapportés nous montrent

que ce sentiment est souvent dirigé sous forme d'agressivité ou de violence, le plus souvent à l'encontre du personnel soignant.

3.4.2.3. Facilitateurs cliniques.

Les troubles psychotiques.

Au sein de la littérature, la population psychiatrique atteinte de psychose présente un risque plus élevé que la population générale de commettre des crimes violents (Brennan et coll., 2000 ; Wallace, Mullen, et Burgess, 2004 ; Fazel & Grann, 2006). Nous avons établi, précédemment dans ce mémoire de recherche, que la psychose, à elle seule, n'est pas directement liée à l'émergence de comportements criminels. En effet, depuis le début de ce chapitre de résultats, il est question d'une multitude de facteurs facilitant l'émergence des comportements criminels violents dans la population psychiatrique et la psychose apparaît comme un facilitateur clinique important quant à la commission d'actes criminels, notamment violents.

François (Voies de fait, menaces de mort, autiste Asperger et bipolaire) entendait des voix pendant un épisode psychotique. Ces dernières lui faisaient revivre un traumatisme, ce qui l'a poussé à commettre un voie de fait en attaquant quelqu'un dans la rue :

« Elles [les voix] me disaient pas quoi faire mais elles m'insultaient. Elles me faisaient rappeler mes traumatismes pour me faire sentir mal. Je me sentais vraiment comme sale, l'estime de soi était rendue très basse. Alors j'essayais de les atténuer en parlant de l'antéchrist parce que Jésus aurait pardonné. Des choses comme ça, des discours sur le pardon et le masochisme. Que le pardon c'est de l'humiliation et qu'on ne peut pas consoler les victimes. En tout cas, je n'arrivais pas à tout garder pour moi, je me sentais trop sali par tout ce que j'entendais dans ma tête et l'incident s'est produit. »

Gustavo n'a perpétré aucun crime avant l'apparition tardive de sa schizophrénie. Chaque voie de fait qu'il a commis lui était suggéré par des voix mandataire pendant un épisode psychotique :

« Une fois j'ai brisé le pieds de la chaise. J'ai pris un morceau en bois puis je l'ai frappé sur un préposé. Ça c'est la première fois. La deuxième fois j'avais lancé une tasse de café envers les préposés, les infirmiers. Ça c'est la deuxième fois. Puis la troisième fois j'avais frappé un visiteur qui est allé voir un patient sur l'étage, sans raison. (...) C'est des voix qui me fait ça. (...) Elle [la voix] m'a dit de

faire telle chose, telle chose, telle chose. Puis j'écoute la voix, puis je fais selon les voix qui me disaient là. (...) Je suis une personne qui est vraiment tranquille puis pas agressif, mais quand je suis malade je ne suis pas capable de me contrôler. »

Parfois les délires psychotiques engendrent de la paranoïa qui met le patient en situation d'hypervigilance. Dans ces cas-là, un comportement agressif ou violent peut émerger chez la personne.

« Moi j'ai peur qu'on m'attaque, je n'ai pas peur d'attaquer. J'ai peur qu'on m'attaque. Le monde me pose la question « Si t'as peur qu'on t'attaque, est ce que t'as peur d'attaquer à ton tour, pour prévenir qu'on t'attaque? ». Non je n'ai pas peur. Mais si j'attaque une personne, je vais avoir l'impression qu'il va y en avoir dix contre moi. Faque je suis très agressif pour pas qu'on m'attaque. » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vols, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

« Ça a commencé dans ma tête un scénario avec la drogue que je consommait avec mon esprit à la base (...) Puis avec mon esprit à la base, mêlé avec la consommation, pis du coin que je viens, j'ai développé une histoire « motardé » avec les motards *Hells Angels*, que ils sont devenus comme après moi. Ils me voulaient à ma vie à moi, ils voulaient me tuer puis je ne me sentais pas bien. Moi à cette époque-là j'avais 20 ans. Je me disais, eux autres ils sont des adultes de 40/50 ans qu'est-ce qu'ils me veulent à moi un gars de 20 ans ? Jamais j'ai faite affaire avec eux ! Je me posais des questions. Je me sentais persécuté par le monde de mon quartier qui me disaient des choses (...) Puis là je me suis monté dans ma tête un scénario que eux autres veulent me tuer. Je disais à ma mère, j'allais voir ma mère, je lui disais « Maman, ils veulent me tuer, ils pensent que je suis un pédophile puis toute », puis ma mère disait « Mais non ça n'a pas d'allure » (...) Faque là, je savais plus qui croire. J'étais rendu super agressif envers le monde, super vigilant, jamais tranquille. Je criais, je cognais contre les murs, je m'en prenais à ma mère. Puis ça a duré au moins 10 ans de tout ça. A faire des consommations, puis à faire des psychoses toxiques sur la police et les motards. » - Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines)

Au travers des entretiens, on constate que l'épisode psychotique, en tant que tel, est rarement le seul à l'origine du comportement criminel. Malgré le fait que l'acte violent soit souvent commis durant un épisode psychotique, la drogue, les traumatismes, ou encore l'absence de contrôle formel/informel sont tout autant à même d'expliquer le comportement criminel. Ce constat rejoint les travaux de plusieurs chercheurs stipulant que les personnes atteintes de troubles

mentaux graves expérimentent bien souvent un manque de structure, un mauvais fonctionnement global, ainsi que des conflits interpersonnels, ce qui, lors d'épisodes psychotiques augmente les risques d'engendrer des comportements violents (Hartwell, 2004 ; Pisseli et coll., 2009). Et ce, surtout lorsqu'il y a présence d'un trouble lié à l'usage de substances.

La consommation.

Selon la typologie de Hodgins et coll. (1998), quel que soit le sous-groupe auquel appartiennent nos participants (*Early Starters/Late Starters*) l'âge de départ de consommation se situe avant ou à la même période que l'entrée dans la criminalité (Voir tableau 1). Tout groupe confondu, 4/8 participants ont débuté la consommation avant leur premier crime, 3/8 présentent la situation inverse et un participant rapporte avoir commencé les deux comportements de façon simultanée. Pour l'ensemble de nos participants abusant de substances, la consommation a une incidence directe sur leur criminalité et, bien des fois, les actes délinquants sont perpétrés en phase d'intoxication ou bien durant des épisodes de manque. Dans ces cas-là, la consommation ne s'inscrit pas comme étant la conséquence d'un style de vie déviant, mais est bien la cause directe du comportement criminel.

« J'ai commencé à voler quand j'ai commencé à faire du speed (...) Après ça je n'ai plus jamais arrêté. Sauf quand je me fais pigner puis que je me retrouve en dedans, là tu peux plus voler (...) Le plus souvent, c'est quand je suis gelé que je vole. » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vols, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

Durant un épisode de manque, Diego (Voies de fait, vol, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) essaie de quêter dans le métro. Une personne refuse de lui donner de l'argent et lui fait une remarque. Il va alors s'en prendre à elle et la frapper :

« Puis en allant à mon rendez-vous à l'hôpital, j'essayais de quêter quelqu'un pour avoir un café. Puis, juste avant, arrivé là, j'étais à jeun le matin, je venais de me réveiller. Fait que, je n'étais pas intoxiqué, mais j'étais quand même en manque de drogue. Ça a été ça, j'étais sur les nerfs, j'étais impulsif à cause du manque de drogue, puis je me suis laissé avoir par mon impulsivité. »

Léo (Vols et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur d'amphétamines et de cannabis) explique qu'il lui arrive de faire des *blackouts* lorsqu'il consomme. Deux des chefs d'accusation pour lesquels il a été arrêté (agression sexuelle) ont eu lieu pendant ces épisodes de *blackouts* :

« Ils disent que c'est toute à cause de la drogue que j'ai agressé la fille. Que je ne m'en rappelle pas parce que je faisais encore un *blackout* parce que j'avais trop consommé de crack. (...) J'en ai eu ben des fois des *blackouts*. (...) C'est parce que je fume trop de crack que ça me fait des *blackouts* (...). »

En pleine crise psychotique parce qu'il venait de consommer un nombre conséquent d'amphétamines, Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vols, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines) pensait qu'une affiche du métro était habitée par le diable et lui hurlait dessus. Cette consommation lui a valu une arrestation parce qu'il s'en prenait aux gens qui passaient près de lui :

« Je suis remonté, elle était encore là [l'affiche]. Puis là, c'est là que j'ai pensé que vraiment le démon allait sortir. Fait que je l'ai amenée dehors, puis je l'ai déchirée, puis je l'ai mise dans la poubelle. Puis j'y ai mis le feu. Mais là, je n'ai pas réfléchi que ce n'était pas normal de faire ça, puis que c'était beaucoup trop intense de faire ça. Puis y'a même du monde qui ont appelé la police parce que j'avais fait ça. Mais ils ne m'ont pas dit pourquoi. J'ai juste vu la police qui est venue me parler. Y'avait une femme, puis un homme, ils parlaient américain. Y'avait un *dude* de la police américaine. Puis je pensais que c'était le Nouvel Ordre Mondial qui venait m'arrêter. (...) Puis je me suis senti encore plus menacé rendu là. Je pensais que tout le monde était là pour me détruire. C'était vraiment un *bad trip* de quinze à vingt *speeds* dans le corps là. »

Les récits de vie, relevés ci-dessus, nous montrent que l'acte criminel, notamment violent, peut émerger dans un contexte où la consommation de substance psychoactive joue un rôle de facilitateur. On constate qu'au sein de notre échantillon les phases d'intoxication ou de sevrage semblent propices au déclenchement d'épisodes de troubles mentaux. Or, il n'est plus à prouver que la violence criminelle au sein de la population psychiatrique se voit, dans bien des cas, déclenchée par l'abus de substances (Elbogen & Johnson, 2009 ; Fazel, Långström, Hjern, Grann et Lichtenstein, 2009). Ce qu'il est intéressant de noter ici, c'est qu'il semblerait que ce soit lorsque les phases liées à l'abus de substances (manque/intoxication) et les phases liées aux troubles mentaux (tel que les épisodes psychotiques) s'entrecoupent que le comportement

criminel émerge. Ces résultats vont dans le sens de précédentes études nous suggérant que la consommation de substances psychotropes, au sein de la population présentant des troubles mentaux graves, peut augmenter l'impulsivité en phase d'intoxication ou de sevrage et exacerber les symptômes du trouble psychiatrique (Tiihonen et Swartz, 2000). Des études complémentaires sont à fournir pour mieux comprendre comment les épisodes de ces deux composantes interagissent l'une avec l'autre.

La prescription médicale.

Au fil de nos entretiens, la prescription médicale apparaît également comme un facilitateur clinique direct dans la commission d'actes criminels dans deux cas de figure : lorsque le dosage de la médication est mauvais ou lorsque l'individu ne prend pas la médication prescrite.

Maxime (Harcèlement sur mineur, schizophrène, consommateur de cannabis) refuse de continuer à prendre sa médication à la sortie d'une de ses hospitalisations. Ce comportement lui a entraîné une rechute de sa psychose, ce qui l'a amené à opérer un comportement criminel :

« Parce que dans ce temps-là aussi je ne prenais pas mon médicament non plus. Pour dire la vérité je ne prenais pas ma médication (...). Maintenant que je prends ma médication, ma façon de penser a changé par rapport à cette histoire. Je trouve que c'était peut-être quelque chose de déplacé. Peut-être quelque chose que je n'aurais pas fait si je prenais la médication. »

Cumulant plusieurs troubles mentaux, la prescription médicale de François (Voies de fait, menaces de mort, Autisme Asperger et bipolaire) s'est vu être changée à multiples reprises. Ces périodes de changements nécessitaient un calibrage des doses et parfois celles-ci ne lui convenaient pas, ce qui avait pour effet de moduler son humeur. Ces changements soudains ont facilité l'apparition d'un comportement violent envers un préposé du service de soins :

« (...) oui il y a certains moments, quand je prenais des anti-dépresseurs j'étais très exalté, quand je prenais trop... beaucoup plus que maintenant d'anti psychotiques j'étais plus déprimé. Y'avait certaines sautes d'humeur. Des passages de ma vie où est ce que je dormais presque plus. Très exalté, très virevoltant. J'étais assez imprévisible... Hors de contrôle, on pourrait dire, parfois même. [...] Les mauvais médicaments ou les bons mais à trop forte dose ça me rend dans des états d'agressivité. (...) C'est que je ne comprenais pas tout ce qui arrivait. (...) J'avais besoin d'extérioriser. (...) Je ne l'ai pas toujours fait de la façon la plus acceptable. »

Comme vu, précédemment (**3.2.3. Rapport à la médication**), la médication fait parfois l'objet d'incompréhension aux yeux des patients ou peut être assimilée à des expériences aversives, voir traumatiques. Et on voit, au travers de nos entretiens, que celle-ci peut donc être en lien direct avec l'acte criminel lorsqu'il y a un changement ou un mauvais dosage de médicament ou encore si la médication prescrite n'est pas respectée. Cette relation médication/passage à l'acte criminel peut également se voir liée de façon plus indirecte lorsque ce sont des expériences négatives connexes à la médication qui vont encourager les participants à ne pas prendre leur prescription médicale. Aussi, cette relation médication/passage à l'acte criminel peut se voir reliée par une tierce composante, à savoir, l'usage ou l'abus de substance psychoactive. Fait, démontré dans plusieurs projets de recherches portant sur la présence de comportements criminels au sein de la population psychiatrique (Borum, Swanson, Swartz, et Hiday, 1997 ; Swartz et coll., 1998 ; Elbogen et Johnson, 2009).

Finalement, bien que les trajectoires criminelles varient d'un individu à l'autre. La présence d'éléments commun, tel que des points tournants et des facilitateurs relationnels, contextuels, ou encore, cliniques, nous permet de mieux comprendre ce qui a poussé nos participants à franchir la ligne et passer à l'acte criminel. La méthode qualitative mise en avant dans ce projet de recherche permet d'apporter des nuances que les études quantitatives ne peuvent démontrer. Ainsi, les récits énoncés par les participants rapportent une multitude d'éléments pour lesquels il est difficile d'établir un lien direct avec le passage à l'acte criminel lorsque pris de façon distincte et détachée de leur contexte. C'est donc l'interaction de ces différents éléments, le déficit d'outils pour y faire face, ainsi que le manque de contrôle social qui engendre une forme de détresse exprimée sous forme de comportements criminels, notamment violents. Ces constats rejoignent les travaux de recherches de Elbogen et Johnson (2009) en y apportant des nuances. En effet, ces auteurs expliquent que la criminalité, notamment violente, au sein de la population psychiatrique est déclenchée par un ensemble de facteurs historiques, cliniques, dispositionnelles et contextuelles. Or, la présente étude vient valider ces propos en y ajoutant la notion de manque de contrôle sociale et les composantes relationnelles. De plus, l'hétérogénéité des parcours de vie des participants nous montre que la présence de ces facteurs, de façon individuelle, ne suffit

pas à prédire le comportement violent, c'est le cumul et les *timings* auxquels ces facteurs apparaissent qui enclenche les comportements criminogènes.

3.4.3. La motivation criminelle.

Les données que nous avons colligées dans ce projet démontrent qu'il y a plusieurs trajectoires pouvant mener à l'acte criminel, et qu'au sein de ces trajectoires, ce sont des multiples facteurs, variant d'un individu à l'autre, qui facilitent son exécution. L'identification de ces facteurs nous apporte en grande partie les éléments de réponse dont il était question dans ce mémoire de recherche. Cependant, pour comprendre l'entière réalité du phénomène, il importe de s'attarder sur les motivations criminelles qui poussent notre échantillon à commettre des actes délinquants. En dehors des différentes trajectoires, il est également nécessaire de comprendre quelles sont les raisons concrètes qui poussent la population psychiatrique à passer à l'acte.

Sur la totalité des participants ayant un problème d'abus de substances, près de la moitié (4/9) rapportent avoir perpétré un acte criminel dans le but de payer sa consommation. Ces crimes de propriétés apparaissent ainsi motivés par l'argent et la drogue.

Bien qu'il soit en situation d'itinérance, Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vols, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines) vole de la nourriture qu'il ne consommera pas, mais préférera échanger contre sa consommation :

« Je volais du steak. Ça, ça fait vraiment longtemps de d'ça. Ça c'était au début quand je suis arrivé à Montréal, dans les premières années. Je volais du steak dans le temps que y'avait pas vraiment personne qui checkait les épiceries à Hochelaga. C'est moi qui volais partout puis qu'après ça à cette heure tout le monde se fait *watcher* à cette heure à cause de moi. Je volais des steaks, ce n'était même pas pour les manger. Je volais des steaks puis je les échangeais contre de la drogue. » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vol, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

Pour Léo (Vols et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur d'amphétamines et de cannabis) toute opportunité est bonne à prendre. Il est très inventif et débrouillard lorsqu'il s'agit de trouver de l'argent pour payer sa consommation de crack. Bien

qu'il préfère quêter pour ramasser de l'argent, souvent cela ne lui suffit pas pour son besoin de consommation. Il nous explique alors sa routine qui consiste à attendre le soir pour commettre des petits vols afin de revendre ce qu'il trouve pour gagner de l'argent et payer sa consommation :

« Bah je faisais ça [les vols] pour l'argent. Juste pour l'argent (...) C'est toujours pour de l'argent pour acheter du crack. [...] La plupart du temps oui je m'en vais fouiller pour fumer ! (...) Je pouvais trouver l'argent n'importe où. Si tu fouilles tu trouves quelque chose de valeur c'est certain ! Garantie ! (...) Tu peux trouver une boîte d'outil, une perceuse. Dans un garage, du vin, du vin en train de fermenter. A part des outils, tu peux trouver une scie électrique, tu peux trouver une souffleuse, une tondeuse à gazon. Tu peux trouver des bijoux quand tu rentres dans la maison [...] Là je fouille, je fouille, je fouille. Là je trouve quelque chose qui a de la valeur. Là je me soulage, je pense au moment que je vais fumer du crack, ça me soulage. Là je vends la chose, je l'échange pour avoir du crack. Puis là j'ai le crack dans mes mains, je suis super content, là je suis énergique (...) et je fume (...) puis là je me sens bien (...) puis là (...) le crack me fait mal (...). Fait que « Oh non ! » il m'en faut un autre pour ça. Je vais refaire des affaires de même ou je vais aller quêter ou fouiller pour me retrouver de quoi à fumer. Je tournais en rond comme ça. »

Il en va de même pour Diego (Voies de fait, vol, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) qui nous explique ne pas être un voleur au début de l'entrevue. Au fur et à mesure, lorsqu'il en vient à parler de sa consommation, il nous confie que cette raison l'a poussé à voler plusieurs fois au cours de son parcours criminel :

« Sinon à part ça, une fois, j'ai taxé une vieille madame. Ça je ne suis pas fier de moi. J'ai taxé une vieille madame pour me payer ma consommation. J'étais plus jeune, j'étais sur la rue, je n'avais pas d'argent. Faque ouais... J'ai taxé une vieille madame. »

« Quand j'étais jeune en Centre Jeunesse, j'ai déjà été dans un dépanneur à Laval, pis j'ai demandé un carton de cigarette. J'ai passé la carte mais de l'autre bord. Pour qu'il y ait la borne magnétique de l'autre bord. Puis après ça, quand le gars je lui ait redonné la machine j'ai pris le carton je suis parti en courant (...) Avec toute ça je pouvais fumer pis aussi en échanger contre ma drogue. J'avais très peu d'argent, faque là t'es mieux d'échanger là, ouais. »

Également, pour l'ensemble des participants, tous les crimes violents qui ont été rapportés sont à caractère impulsifs.

Quelques mois auparavant, Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vols, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines) s'est retrouvé en isolement au sein de l'unité de soin. Il percevait cette situation de façon injuste, le fait de ne pas pouvoir aller fumer en sortant lui a déclenché une colère accompagnée de coups :

« Faque quand je suis sorti [de l'isolement] j'avais besoin d'aller fumer. Ils ne m'ont pas laissé. Comme si ça ne leur suffisait pas de m'enfermer injustement, ils m'ont coupé mes droits de sorti (...) Faque j'ai pensé qu'il fallait que je me venge (...) Là j'ai touché à l'infirmière en sautant par-dessus la barricade qui sépare les patients du bureau d'infirmier, par la petite porte (...) Je ne lui en voulais pas à elle en particulier. C'est elle qui m'a dit non quand que je voulais aller fumer. Faque c'est ça ! J'ai pas réfléchi, c'est elle que j'ai pogné. » Luc

Il a été demandé à François (Voies de fait, menaces de mort, Autiste Asperger et bipolaire) quelle était sa motivation pour avoir commis un voie de fait sur un passant dans la rue. Il explique être sorti d'une session de thérapie qui lui a fait revivre des traumatismes et que les conseils qui lui ont été donnés ne lui ont pas plu. Ceci l'a mis dans un état instable et il a frappé quelqu'un de façon impulsive.

« De la détresse, de la colère, de l'impuissance [qui déclenche la violence]. L'impuissance à voir qu'on ne veut pas que j'utilise une solution alternative qui ne me convient pas. (...) On ne me donnait pas d'autres choix que le pardon. On me disait « t'es obligé de pardonner pour faire la paix sociale ». "Tes obligé de pardonner pour faire la paix sociale !" On me répétait le mot paix social pour m'étourdir, comme un endoctrine. Ça me rendait fou ! Impuissant ! En colère ! Je voulais tout détruire. » François

Diego (Voies de fait, vol, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines) explique être violent dans certaines situations où il estime avoir le besoin de rétablir le respect :

« Avant d'avoir fait un crime ou quelque chose comme un acte impulsif agressif je sens qu'on me manque de respect, fait que mon orgueil me fait passer au rouge. Puis je me sens fort et je frappe du monde. »

Il donne comme exemple un voie de fait qu'il a commis :

« Pourquoi j'ai faite ça sur le coup ? Parce que j'ai pas pris que le gars m'a fait un *fuck you*. Je l'ai vraiment pas pris. Dès qu'il a fait le *fuck you*, j'ai tout de suite couru vers lui, j'ai sauté puis je lui ai donné un coup de pieds dans le dos. Il est tombé dans le tourniquet puis toute. »

Ces résultats mettent en lumière l'existence de deux types de motivations criminelles au sein de notre échantillon. Premièrement, on relève les crimes de propriété : motivés par le besoin de trouver de l'argent afin de payer sa consommation. Ceci fait écho avec le volet économique-compulsif du modèle de Goldstein (1985) qui stipule que certains individus commettent des crimes, notamment violents, pour monnayer l'achat de leur substance, et que leur motivation n'est pas reliée à la violence mais à leur besoin de consommation. En effet, pour l'auteur, le fait d'être dépendant à une substance onéreuse (bien souvent cocaïne et héroïne) fait en sorte que les individus se tournent vers la délinquance pour se procurer leur consommation. Ce modèle a d'ailleurs été appliqué à la population psychiatrique par Poullot, Lafortune, et Brochu (2008) qui expliquent que les crimes lucratifs commis par cette population relèvent d'une pauvreté due à un manque d'emploi, un faible niveau d'éducation, un manque de support social, d'habiletés cognitives, sociales et professionnelles. Ainsi, la dépendance à une substance coûteuse aggraverait l'ensemble de ces facteurs. Fait que l'on retrouve auprès de notre échantillon qui, parfois, choisit la consommation au détriment d'autres besoins. Deuxièmement, on rapporte des crimes contre les personnes, bien souvent à caractère violent, régis par l'impulsivité et qui ne présentent aucune motivation particulière. C'est précisément ce type de criminalité expressive qui est commune à la totalité de notre échantillon.

3.4.4. Le regard subjectif des participants : l'existence d'un lien entre criminalité et santé mentale ?

La méthodologie mise en avant dans ce projet de recherche s'inspire grandement des travaux de Maruna (2001). Ainsi, dans une optique de compréhension de l'individu, cette étude ne s'inscrit pas dans une recherche de vérité, mais s'intéresse, avant tout, au regard subjectif des patients et la signification qu'ils apportent à leurs actes. Sur ce postulat, nous avons pensé qu'il était intéressant d'explorer ce que les participants, eux-mêmes, pensaient du lien entre leur santé mentale et leur carrière criminelle. Il reste à noter que les participants peuvent établir des liens de causes à effet qui ne représentent pas nécessairement la réalité des choses. Ainsi, il a été demandé à chaque participant de quelle façon ils pouvaient établir un lien entre criminalité

violente et troubles mentaux graves au travers de leur vécu. Plusieurs recherches s'intéressent à ce lien, mais aucune ne donne la parole directement aux acteurs qui le vivent.

Au sein de notre échantillon la totalité des répondants pense qu'un lien peut être tissé entre criminalité et santé mentale par l'intermédiaire d'une tierce partie. Il est important de préciser, que malgré le fait que les participants ne sont pas tenus criminellement responsables des actes pour lesquels ils sont inculpés à ce jour, aucun ne se sert de ce lien comme d'une excuse pour les actes commis.

Pour une majorité des participants le lien entre crimes et santé mentale est expliqué par la consommation de drogue.

« Un lien [entre crime et santé mental]? De la drogue pendant 1 an et demi de temps ! A chaque jour ! Assez pour dé-focuser ton esprit, qui devient méandre, galvaudé... Qui devient troublé, dysfonctionnel, disjoncté. Moi j'étais rendu disjoncté parce que j'étais psychotique 24h/24. Trop de drogue ce n'est pas bon. (...) Parce que la drogue je sais quand t'en prend pendant 1 an et demi de temps, je l'ai vécu. Les premières années c'est correct puis les derniers mois c'est plus correct. T'en veux plus. T'as des crises, des spasmes extrêmes, physique (...). Pis tu ne peux pas avoir le contrôle de ton esprit. Tu perds l'affutage de tes ions mentales. (...) C'est extrêmement désagréable. T'es plus dans ton corps. T'es en dehors de ton corps comme quand tu te fâches. Quand t'es agressif tu sors de ton corps. Quand tu prends trop de drogue tu sors de ton corps, tu ne reviens jamais dans ton corps, t'es pas dans ton cerveau. » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vols, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines)

« Puis pour la fille [dernier crime commis], peut-être c'est lié à des affaires de santé mental, ça je l'sais pas. Ils disent que je ne me souviens pas parce que j'étais sur la drogue. Fait que ça l'a créé un *blackout*. Si je n'avais pas fumé ce jour-là je me serais rappelé qu'est ce qui se serait passé, c'est sûr. **Donc quel lien tu vois dans ça toi ?** Peut-être un lien si tu prends de la drogue ouais ! (...) Sans le crack je sais tout qu'est-ce que je fais. Même si j'vais fermer les yeux [symptôme de psychose pour ce participant] je sais qu'est-ce que je fais. Si je ne fumais pas de crack j'aurais pu me rappeler, ça m'aurait évité d'être ici. » - Léo (Vols et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur d'amphétamines et de cannabis)

« La drogue que je prenais amène un comportement qui n'est pas normal de toi. Les voix qui ne sont pas réels, insistent à te faire faire des actions qui sont pas toi.

Que normalement t'aurais jamais fait. Moi j'ai tout perdu à cause que j'ai pris de la drogue. Ça m'a déclenché ma psychose, j'ai perdu mon auto, j'ai perdu mon appartement, j'ai perdu mes affaires, j'ai perdu du temps, de l'argent. La drogue, la psychose, ça amène à te pousser à faire des choses que ce n'est pas toi. Ça ne te pousse pas à commettre des crimes à cause que t'as envie, mais à cause que t'es persuadé que quelque chose ne va pas, que quelqu'un veut te faire du mal (...) Moi j'ai plus d'appartement, j'ai plus d'affaires, les vois elles utilisent ça contre moi. Elles me disent « Regarde ! Lui, il a un appartement, il a une blonde, il a un travail, il a une voiture. Il ne mérite pas ça plus que toi ! Faut que tu prennes ses affaires puis que tu lui brules ! Sinon faut que tu le tue ! ». Peut-être que si j'avais pas tous ces problèmes en plus de la drogue elle m'aurait pas dit ça la vois » - Simon (Tentatives de meurtres, Menaces de mort, Voies de fait, Vols, schizophrène, consommateur de cannabis, d'amphétamines et de benzodiazépines).

« Euh... ouais [il y a présence d'un lien] ! Parce que moi je suis quelqu'un de... C'est tout ou rien. Soit que je suis bien *down* ou je suis bien *high*. C'est tout ou rien, fait que je suis bien impulsif. (...) Peut-être j'ai vraiment un problème de maladie mentale que... Fait que quand justement j'ai fait mes crimes, quand que je quêtai le monde dans la rue, (...) ça l'a eu une incidence, un impact sur mes passages à la prison parce que je n'ai jamais su contenir ma personne puis je fais tout le temps des gestes impulsifs. J'agis sous le coup de l'émotion. Puis quand je suis sous le coup de l'émotion des fois j'étais bien *high*, des fois j'étais sous le manque de drogue ou bien gelé sous la drogue. Fait que là je faisais un crime ou je faisais un geste impulsif sans y réfléchir. Puis ça m'a mis des problèmes jusqu'à aller en prison. » - Diego (Voies de fait, menaces de mort et vandalisme, schizophrène, consommateur d'amphétamines)

« Euh... Un lien avec ça... C'est vraiment... Pas du tout ! Ma maladie c'est parce que personnellement je me disais que le psycho dans ma tête est déjà fragile. Fait que avec la drogue combinée ça m'a fait la rechute mais y'a aucun lien avec les autres activités. C'est la drogue qui m'a faite ça. J'avais le psycho fragile, la drogue ça m'a faite la maladie et la maladie ça m'a fait agresser le monde. » - Gustavo (Voies de fait, schizophrène, consommateur d'amphétamine)

Pour Maxime (Harcèlement sur mineur, schizophrène, consommateur de cannabis) le lien qui existe entre sa santé mentale et les crimes qu'il a commis est expliqué par le non-respect de sa médication (couplé à la consommation : ce n'est pas rapporté ici mais le participant nous confiait avoir consommé durant la commission de ce crime)

« Oui il y a un lien en effet [entre la schizophrénie et les crimes]. (...) Parce que lorsque je ne prends pas la médication, ta pensée va vers quelque chose qui...

c'est une déformation de la pensée où est ce que tu fais quelque chose de vraiment anormal. C'est comme, tu te dévies de la norme. Ça fait que là dans mon cas c'était avec juste une jeune fille où est ce que je me déviais de la norme, où est ce que je pensais que je pouvais avoir une relation avec elle. Mais c'était totalement quelque chose qu'on ne peut pas faire, quelque chose qui est inacceptable pour la société. Mais moi dans mon état... lorsque je ne prenais pas la médication, ma maladie de schizophrénie ça fait que je pensais que c'était quelque chose qui pouvait être fait. Oui y'a totalement un lien. »

Pour François (Voies de fait, menaces de mort, Autiste Asperger et bipolaire) le seul de nos participants qui ne présente pas de troubles d'abus de substances, ses crimes ne sont pas directement reliés à ses troubles mentaux. Selon lui, ce sont les événements et contextes dans lesquels les symptômes de sa maladie se déclenchent qui le pousse à l'acte criminel.

« Bah définitivement [il y a un lien]! Peut-être pas directement lié aux psychoses au sens que le TAQ [Tribunal Administratif du Québec] juge que c'est seulement des psychoses qui sont admises. Mais le choc post traumatique, la rigidité de l'autisme Asperger (...). L'Asperger, le choc post-traumatique, le TPL. (...) Ces 3 -là ! Oui, oui, oui ! [...] Parfois ce n'est pas juste les maladies. Parfois c'est une rigidité qui cause ça [les crimes] (...). Ça peut être une rigidité cognitivo-affective qui me rend agressif occasionnellement ou épisodiquement si y'a une rigidité. La psychose ce n'est pas nécessairement le problème. (...) Ça peut causer des problèmes mais dans mon cas la tendance n'est pas là je pense. [...] Donc, c'est les maladies oui, mais pas que. Les médicaments ça aide aussi. Et si je prends ces médicaments-là, y'a pas de risques, à moins d'une situation extrême... traumatique... Une situation où j'ai que des désavantages, aucun bénéfice. La maladie va amplifier. Mais le problème de comportement n'est pas causé par les maladies à la base. C'est les événements, la rigidité et les traumatismes. »

Cette section du chapitre ne tient pas à valider nos propos, mais il est intéressant de voir que l'avis des participants quant à l'existence d'un lien entre comportement criminel et troubles mentaux graves rejoint l'ensemble des résultats trouvés tout au long de ce chapitre.

3.4.5. Synthèse :

Finalement, il est important de saisir les éléments clés qui font en sorte que les participants décident de s'engager dans une trajectoire criminelle et commettent des actes violents. Comme beaucoup d'études portant sur le sujet, nos résultats tendent à montrer, à travers les récits de vie des participants, que l'existence d'un lien direct entre criminalité violente et troubles mentaux

graves est nuancée par l'interaction d'autres éléments. On constate, d'ailleurs, que les éléments favorisant l'apparition de comportements criminogènes sont des éléments relationnels, contextuels et cliniques qui s'accumulent tout au long du parcours de vie des patients. Ainsi il est montré que les comportements violents apparaissent lorsque plusieurs de ces éléments convergent les uns avec les autres.

De plus, au sein de notre échantillon, bien que l'on distingue des parcours de vie et des carrières criminelles variées, les comportements criminels s'avèrent : soit être motivés par la consommation, soit à caractère impulsif, sans motivation claire. Cette dualité motivationnelle nous renvoie au modèle typologique de Hodgins et coll. (1998). En effet, en appliquant ce modèle à notre étude, il est possible de scinder notre échantillon en deux groupes (les « *Early Starters* » et les « *Late Starters* ») et l'on remarque que les paramètres de la carrière criminelle sont assez différents selon les deux groupes, notamment par l'aspect motivationnel de la criminalité qui serait, selon les auteurs, plus défini chez les « *Early Starters* » que les « *Late Starters* ».

CHAPITRE 4 – DISCUSSION

Dans le chapitre précédent ont été présentés les principaux résultats de notre étude sur le processus du passage à l'acte violent chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. L'ensemble des données a été recueilli grâce à la reconstruction des différentes trajectoires ayant une incidence sur les carrières criminelles des participants. A partir de ces récits de vie, il a été possible de se représenter les processus sous-jacents à la perpétration d'actes criminels, notamment violents, lors de l'interaction des trajectoires de santé mentale et d'abus de substances. De plus, donner la voix aux participants, nous a permis de comprendre le sens qu'ils donnent à leurs actes criminels. Ce qui, dans une optique de compréhension de l'individu, donne davantage de poids à cette étude.

Un bon nombre d'études s'intéressent à la criminalité des personnes atteintes de troubles mentaux graves et tentent d'établir les liens qui unissent ces deux composantes. Toutefois, très peu de recherches antérieures adoptent une perspective de parcours de vie, ce qui nous a permis d'aborder cette étude sous un angle différent et d'explorer de nouvelles possibilités, notamment grâce à l'usage de la méthode qualitative.

Le chapitre ici présent, va nous permettre de discuter et d'interpréter nos résultats en les comparant à la littérature. Cette partie va donc porter sur l'interaction des différentes trajectoires au cœur de la carrière criminelle chez les contrevenants atteints de troubles mentaux graves, et de ce qu'elles peuvent apporter quant à la prise en charge de cette clientèle.

Au sein de ce chapitre, plusieurs rapprochements seront faits avec les travaux de Hodgins et coll. (1998), notamment, en ce qui a trait à leur classification des criminels atteints de troubles mentaux graves faisant usage de violence et ses composantes. Ceci nous permettra de pouvoir discuter les résultats en divisant notre échantillon en deux sous-groupes : les *Early Starters*, présentant une activité criminelle intense et une entrée dans la délinquance précoce, avant l'apparition de leurs symptômes ; et les *Late Starters*, affichant une fréquence d'activité criminelle

plus faible et ayant débuté leur trajectoire criminelle plus tardivement que le précédent groupe, après l'apparition de leurs symptômes de troubles mentaux.

4.1. L'interaction de la triade des trajectoires : criminelles, de santé mentale et de consommation.

A la lumière des résultats de cette étude, nous constatons que les différentes trajectoires individuelles s'influencent les unes les autres, et parfois l'apparition d'une trajectoire de vie en amène une autre. Ainsi, tel qu'identifiées depuis le début de cette étude, les trajectoires criminelles, les trajectoires de santé mentale et les trajectoires de consommation interagissent entre elles, et il est possible d'attester de leur importance dans le parcours de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

4.1.1. La suite séquentielle des évènements :

En interprétant les résultats, il est possible de distinguer deux trajectoires distinctes dans la suite séquentielle de l'apparition des trois trajectoires principales étudiées dans ce mémoire.

En effet, pour une majorité des répondants, surviennent en premier lieu, mais à position interchangeable, les comportements de consommation, ainsi que le début des activités criminelles. Apparaissent ensuite les premiers symptômes de troubles mentaux, ce qui aura pour conséquence de faire émerger des agir violents (voir Parcours 1 dans : Figure 2).

Pour une proportion plus faible, mais non négligeable, au sein de notre échantillon, on voit les comportements de consommation émerger en premier, suivi par l'apparition des troubles mentaux. S'en suivra l'arrivée des comportements criminels de connivence avec les agir violents (voir Parcours 2 dans : Figure 2).

La figure suivante a pour but de visualiser la suite séquentielle des deux différents parcours qui viennent d'être présentés :

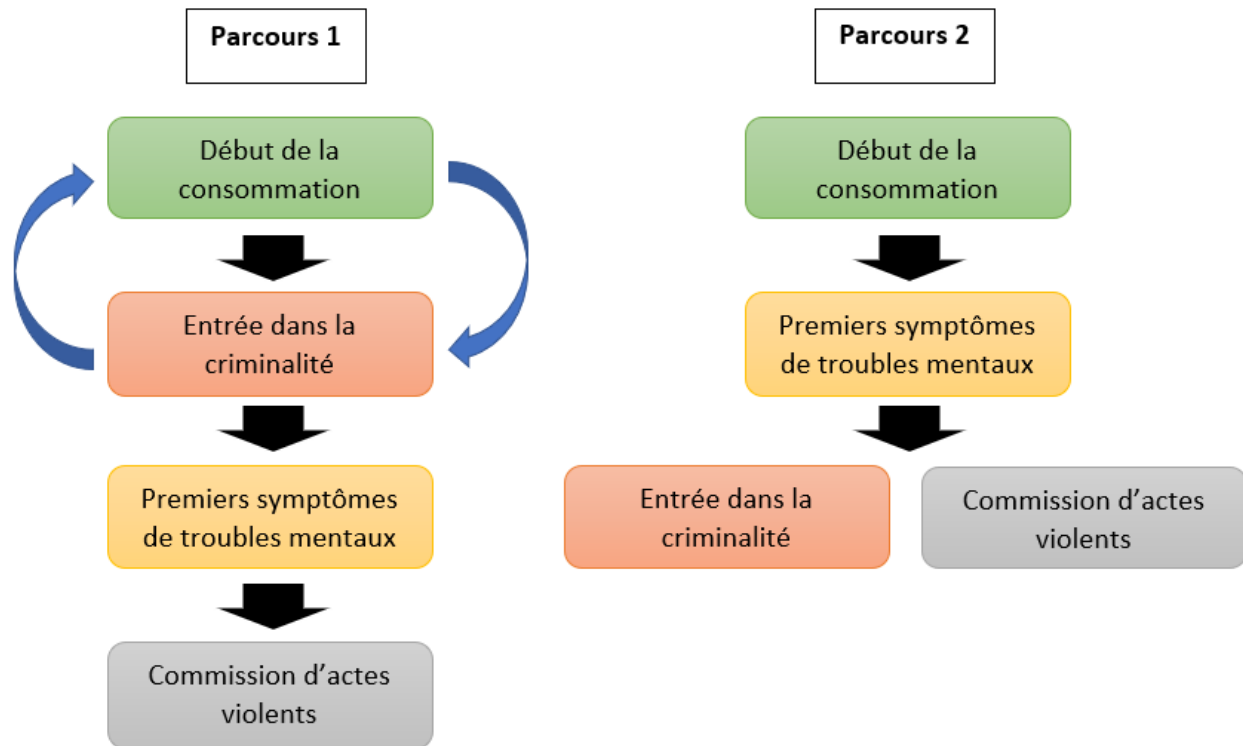


Figure 1 - Suites séquentielles des principales trajectoires de vie de l'échantillon.

Ces constats font écho avec la proposition de modèle typologique de Hodgins et coll. (1998), ainsi que les résultats des études de Mathieu et Côté (2009) et Simpson et coll. (2015) faisant état d'une typologie de criminels (violents) atteints de troubles mentaux graves. En effet, tel que présenté précédemment, les participants suivant le modèle du Parcours 1 pourraient être rapprochés du sous-groupe des *Early Starters*, tandis que ceux suivant le modèle du Parcours 2 pourraient être assimilés au sous-groupe des *Late Starters*.

Le principal ajout que l'on peut faire à ce modèle concerne la trajectoire de consommation. En effet, un des buts de ce mémoire était d'explorer à quel moment l'usage de substance intervient dans le parcours des criminels atteints de troubles mentaux graves. Fait saillant ici, la trajectoire de consommation est la plus souvent la première à apparaître dans les parcours de vie de nos participants, parfois en parallèle ou suivant de près les débuts de la délinquance.

Cependant, le fait que chacune de ces trajectoires se suivent et que l'on atteste d'un ordre d'apparition chronologique ne fait pas état d'un lien unidirectionnel. En effet, comme vu dans les résultats, un bon nombre de facteurs situationnels et relationnels liés au parcours de vie et au développement de l'individu font en sorte que chacune de ces trajectoires interagissent les unes avec les autres.

Pour l'ensemble des participants présentant un trouble lié à l'usage de substances, cette composante, présente au centre de leur mode de vie, joue un rôle de facilitateur quant à l'émergence de nombreux comportements et contextes encourageant la perpétration d'actes criminels, notamment violents.

Tandis qu'un nombre important de recherches tentant de faire le lien entre criminalité et troubles mentaux graves voient cette relation s'établir par la consommation de substance (Steadman et coll., 1998 ; Elbogen & Johnson, 2009 ; Hartwell, 2004 ; Pisseli et coll., 2009 ; Tiihonen et Swartz, 2000), nos résultats apportent possiblement d'autres perspectives.

Premièrement la population psychiatrique serait plus à même de présenter des troubles liés à l'usage de substance que la population normale (Drake & Mueser, 2000). Au vu de nos résultats, le comportement d'abus de substances précède toujours celui des symptômes de troubles mentaux. Et il est possible d'affirmer que les deux composantes s'influencent entre elles, car pour la majorité des participants, il semble que ce comportement d'abus de substances favorise l'apparition des troubles mentaux. De plus, après l'apparition de leur troubles, les comportements de consommation n'ont pas cessé, ce qui exacerbe leurs symptômes et peut marquer l'apparition d'épisodes symptomatiques, notamment psychotiques, et la plupart des crimes violents sont commis durant ces phases épisodiques. Tiihonen et Swartz (2000) iront dans le sens de ces propos en expliquant que la consommation de substance psychotrope au sein de la population psychiatrique augmente l'impulsivité et exacerbe les symptômes du trouble. D'ailleurs, parmi nos participants, quel que soit le sous-groupe, l'apparition de crimes violents et impulsifs suit toujours l'apparition de la trajectoire d'abus de substance. Également, il est possible de voir que même si la consommation joue un rôle dans l'apparition des problèmes de santé

mental, ces derniers peuvent aussi encourager les patients à consommer, notamment par automédication. Cependant, l'usage de la drogue en tant qu'automédication pour diminuer les symptômes s'avère inefficace, voire même néfaste, car prédispose à consommer plus et détériore l'état mental (Poullot, 2011). On visualise, ici, comment le comportement de consommation peut jouer un rôle crucial dans les différentes trajectoires criminelles et de troubles mentaux.

Pour certains participants présentant une carrière criminelle établie avant l'apparition des troubles mentaux, la consommation peut être associée au mode de vie criminel mais également à un risque de violence plus élevé. En effet, une criminalité fréquente est un facteur de risque qui expose à commettre des actes violents (Brame, Mulvey, et Piquero, 2001 ; Blockland et coll., 2005 ; Piquero, Farrington, et Blumstein, 2007). Or, une bonne partie de nos participants commettent des crimes à cause de la drogue, soit parce que l'aspect désinhibiteur permet l'apparition de ce genre de comportement (Eronen et coll., 1996), soit parce que les crimes acquisitifs sont dans le but de monnayer leur consommation. Poullot (2011) établit, d'ailleurs, un lien direct entre la violence (parfois acquisitive) et la consommation, auprès de la population psychiatrique, qui entraîne une exacerbation des troubles mentaux, et notamment, de la confusion, de la désorganisation, une augmentation de la confiance en soi, ainsi que de l'impulsivité et de l'agressivité.

Au sein de leur modèle typologique, Hodgins et coll. (1998) incluent l'abus de substances comme un facteur de risque supplémentaire pouvant entraîner le passage à l'acte criminel. Cette affirmation est constante avec nos résultats, notamment avec le sous-groupe des *Early Starters* qui rapportent une forte problématique d'abus de substances depuis l'adolescence, et commettent bon nombre de leurs crimes sous l'influence de substances psychoactives ou le manque ressenti par l'absence de consommation. Plusieurs auteurs rapporteront d'ailleurs les mêmes résultats (Hodgins et Janson, 2002 ; Laajasalo et Hakkanen, 2005 ; Mathieu et Côté, 2009 ; Jones, Van den Bree et Ferriter, 2010 ; Kooyman, Walsh et Stevens, 2012 ; Van Dongen, Buck et Van Marle, 2015). Cependant, pour le groupe des *Late Starters*, comme avancé dans les résultats, l'usage de substances peut possiblement être à l'origine des troubles psychiatriques, et dans ces

cas-là, ne plus être un simple facteur de risque mais devenir l'élément déclencheur à la trajectoire criminelle. On rejoint ici, les propos de Hodgins et coll. (2014) expliquant que les *Late Starters* qui présentent une problématique d'abus de substances affichent des comportements criminogènes associés à des changements neuronaux amenés par l'utilisation de drogues suivant les prodromes de la maladie.

D'ailleurs, chez nos participants, pour les *Late Starters* on observe un âge de départ de consommation plus tardif que pour les *Early Starters*. Ceci converge avec plusieurs études, montrant que l'âge de la première utilisation de certaines drogues (tel que cannabis, ecstasy, cocaïne ou amphétamine) est significativement associé à l'âge des premiers symptômes psychotiques (Addington et Addington, 2007 ; Farrelly et coll., 2007).

Simpson et coll. (2015) montreront, également, qu'une plus grande proportion des *Early Starters*, présente un trouble d'abus de substances. Cependant, on ne voit pas cette tendance dans notre échantillon qui présente des *Late Starters* affichant tous une problématique d'abus de substances. Certes notre échantillon n'est pas assez grand et représentatif pour infirmer leurs propos mais il est possible de les nuancer. Il faut prendre en compte que, dans notre étude, le trouble mental a bien souvent suivi le comportement d'abus de substances. En ce sens, il est possible de critiquer cette typologie. D'avantages d'études devraient être menées, sur ce modèle, prenant en compte l'abus de substances comme une variable à part entière. Ceci pourrait permettre d'étayer et de nuancer cette approche typologique.

Pour tous nos participants, les problèmes de consommation apparaissent avant les autres trajectoires à risque. On en conclut, donc, que la consommation module leur parcours de vie, ce qui va les exposer à de nombreux facteurs de risque engendrant le comportement criminel violent. Certains auteurs relèvent, d'ailleurs, le fait qu'une personne atteinte d'un trouble mental grave et d'un trouble lié à l'usage de substances sera plus à même de manifester un mauvais fonctionnement global, de vivre des conflits interpersonnels, ce qui va se répercuter sur une multitude de sphères de vie et va faciliter l'émergence de comportements violents (Hartwell, 2004 ; Pisseli et coll., 2009).

Il est, cependant, important de noter que l'apparition de comportements violents, n'est pas uniquement liée à la consommation de substances psychotropes. Et pour preuve, un des participants de cette étude n'a pas de troubles d'abus de substances, mais présente d'autres facteurs de risque, communs aux autres répondants, et favorisant l'émergence de comportements criminels. On a donc un ensemble de facteurs, autre que l'abus de substances, qui jouent ce rôle de déclencheur.

« Ça va beaucoup plus loin que ma santé mentale ou ma consommation tout ça ! Ya pleins d'affaires, pleins d'évènement, pleins de circonstances. Y'a pleins de malheurs ! La violence c'est qu'une balle perdue dans l'océan. » - Luc (Tentative de meurtre, voies de fait, menaces, vols, trouble de la personnalité limite, consommateur d'amphétamines).

Cette étude nous permet de comprendre pourquoi la population atteinte de troubles mentaux graves est plus à même de consommer et de commettre des crimes par l'intermédiaire de cette relation. Cependant, les résultats nous montrent quelles sont les circonstances et les facteurs, qui vont au-delà de la consommation, et qui engendrent l'acte criminel. Mathieu et Côté (2009) expliquent, par exemple, que l'impulsivité est plus importante que l'abus de substances dans l'explication des comportements violents auprès de la population psychiatrique.

Les résultats de cette étude nous ont permis de dégager une multitude facteurs de risques (contextuelles, relationnels, cliniques, historiques) présents dans la population psychiatrique pouvant favoriser des comportements criminogènes. On relève, notamment : une enfance négative, les traumatismes, la violence passée, le manque de stabilité relationnelle, les épisodes psychotiques, une difficulté à gérer ses émotions, l'impulsivité, un faible *insight*, un rapport conflictuel à la médication, une situation sociale précaire ou instable (itinérance, chômage), l'abus de substances, tout ceci entraînant un manque de contrôle social formel/informel. Bien qu'une partie de ces facteurs de risques soient reliés aux trajectoires de troubles mentaux, un grand nombre d'entre eux ne le sont pas, bien qu'ils aient pu faciliter l'apparition des troubles. Quoiqu'il en soit, outre les facteurs cliniques évidents, l'ensemble de ces facteurs de risques sont plus

à mêmes d'être vécus par des personnes atteintes de troubles mentaux que par la population générale (Elbogen et Jonhson, 2009).

Plusieurs auteurs vont dans le sens de ces résultats. Pour plusieurs recherches, troubles mentaux et violences criminelles ne se voient pas seulement reliés par l'intermédiaire des troubles mentaux mais nécessiteraient également une tierce variable, sans laquelle la relation duale, seule, ne pourrait être vérifiée. Ainsi, cette tierce variable peut être (pour ne citer qu'eux) la non prise de la médication prescrite (Borum et coll., 1997 ; Lafortune et Linteau, 2013), un faible *insight*, la détention juvénile, les expériences de victimisation, le chômage, le manque de revenu (Elbogen et Jonhson, 2009), les abus physiques durant l'enfance, les stressseurs environnementaux (Lafortune et Linteau, 2013). De plus, certains de ces éléments, peuvent indépendamment être corrélés entre eux. A titre d'exemple, un faible *insight* est corrélé avec un non-respect de la médication prescrite (Buckley et coll., 2004), ou encore les expériences d'itinérance sont significativement associées à des expériences de victimisation (Fischer, 1992). Ainsi, non seulement, la population psychiatrique, est fortement sujette à des facteurs de risques quant à la perpétration de violence criminelle, mais, en plus, il s'avère que ces facteurs interagissent entre eux afin de créer d'autres facteurs de risques. On assiste donc à de véritables cercles vicieux au sein des parcours de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves. On retrouve plusieurs exemples de cumul de facteurs de risques qui peuvent attester de ces propos dans les récits de vie de nos participants.

Également d'un point de vue chronologique, pour nos participants, tout groupe confondu (*Early/Late Starters*) les comportements violents apparaissent après l'émergence des premiers symptômes de la maladie. Autrement dit, quoi qu'il en soit, les troubles mentaux marquent le point d'apparition des comportements violents qu'il y ait présence d'une carrière criminelle avant ou non. Mais peut-on dire pour autant que ce sont les troubles mentaux qui amènent les comportements violents ? Oui et non ! Oui, dans le sens où peut être que sans troubles mentaux il n'y aurait pas de violence. Non, dans le sens où ce n'est pas parce qu'il y a troubles mentaux qu'il y a comportement criminel. C'est l'ajout de ce facteur à un ensemble de facteurs passés et de certains facilitateurs qui créé le comportement violent.

« Je n'avais pas d'appartement, je n'avais rien quand je suis sorti de l'hôpital (...) Puis là j'ai commencé à *switch* [de place]. Depuis ce temps-là je fais que ça. C'est très épuisant, parce que là je m'installe (...) puis je me déplace. Puis là-dedans moi je me fais des amis puis des ennemis. [...]. Puis la dernière fois que je suis sorti de l'hôpital, j'ai dit *fuck that!* j'arrête la drogue. Puis je ne savais pas où aller. Y'avait des jours qu'il pleuvait, des fois je dormais dehors en dessous d'un balcon avec un *sleeping bag* que je m'étais trouvé (...) Je me cachais avec des bouts de cartons. Je dormais un petit 2/3 heures. J'essayais de garder le peu de dignité qu'il me restait. Il faisait tellement froid, j'avais les pieds mauves. J'allais au CJS prendre mon café, mon premier repas de la journée. Je me rappelle je m'en allais dans les toilettes, puis là j'allais brailler. J'ai demandé de l'aide à ma mère, j'ai demandé de l'aide à mon père, j'ai demandé de l'aide à tout le monde. Toute ma famille, en pensant qu'ils allaient peut-être m'aider, parce que même si c'est difficile entre nous, j'ai de la famille tu comprends (pleurs) Y'en a pas un qui m'a aidé ! (...) J'avais besoin juste d'une semaine de repos le temps de me remettre les idées en place, la rue m'a tout grugée. Je n'arrive pas à dormir, il fait froid. Je suis obligé de voler des chandelles au Dollarama puis de m'allumer ça pour récolter la chaleur et m'endormir aux bougies. Par moins 30 en hiver c'est *fucked up* la rue ! J'allais voler au Dollarama, je dormais dans des cours [de maisons], je recommençais à vendre un peu de drogue, j'ai commencé à retourner avec les Hell's, j'ai commencé à revendre. Je ne fais pas que ça, j'essaye des vrais jobs aussi, puis quand j'y vais, que j'essaye, mais avec mon TDAH je me fais jeter dehors. La vie m'a tout pris. – Vincent (Vols qualifiés, Trafic de stupéfiant, Voies de fait armés, menace de mort ; fraude, schizophrène et bipolaire ; consommateur de cannabis et d'amphétamines)

Ainsi, les composantes violences criminelles et troubles mentaux graves ne semblent pas liées de façon définitive par les comportements d'abus de substances, mais semblent plutôt se trouver à l'intersection de plusieurs variables. Pouillot et coll. (2008), suggèrent, d'ailleurs, que les violences commises par la population psychiatrique pourraient être manifestées dans un élan de désespoir afin de soulager un inconfort psychique, ou combler l'exclusion sociale et le manque affectif.

4.2. La carrière criminelle des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

De nombreuses études portant sur le passage à l'acte criminel analysent les différents paramètres de la carrière criminelle de façon distincte, et ces données sont généralement issues d'études quantitatives. Les données récoltées dans cette étude nous permettent de pouvoir identifier les spécificités de la carrière criminelle présentes au sein de la population psychiatrique. On rappelle

que les paramètres de la carrière criminelle sont : la durée, la fréquence, le succès, les habitudes de co-délinquance, ainsi que la spécialisation et diversification des crimes (Piquero, Farrington, et Blumstein, 2003 ; 2007). Les résultats présentés font état de certains paramètres propres à la population atteinte de troubles mentaux graves. Bien que les trajectoires des participants soient très différentes, leurs carrières criminelles sont simples et ne s'inscrivent pas dans une planification à long terme car une grande proportion des crimes, notamment ceux à caractère violent, sont commis de manière impulsive, de façon expressive sans but précis.

Tels que vu dans les résultats, lorsque les participants commettent des crimes acquisitifs, ceux-ci servent, dans la majorité des cas, à combler des besoins dans le moment présent : payer leur consommation de drogue. De plus, il est possible de constater, dans les récits des participants, qu'échapper aux sanctions pénales ne fait pas partie de leurs motivations. La notion de *réussite criminelle* – vu comme un moteur de l'activité criminel tient comptes des finalités poursuivies dans la délinquance (Ouellet, Chouinard et Dubois, 2020) – s'applique donc peu dans un tel contexte.

En regard aux paramètres de la carrière criminelle, pour ce qui est de la *fréquence des crimes*, le sous-groupe des *Early Starters* affiche une criminalité nettement plus fréquente que leurs homologues *Late Starters*. Il est aussi à noter que l'ensemble des crimes depuis l'apparition des symptômes sont surtout à caractère impulsif. En ce sens, la fréquence de commission de crime n'est pas reliée à une envie particulière de s'adonner à la pratique criminelle, mais serait reliée à d'autres facteurs comme vu précédemment.

La *durée* de la carrière criminelle n'est pas établie pour notre échantillon, pour qui, l'ensemble des sujets fait encore preuve d'une criminalité active. Cependant, on suggère que les *Late Starters* sont plus à même d'avoir une courte carrière criminelle étant donné leur entrée tardive dans la criminalité, et que le vieillissement est un facteur de désistement dans les études sur la carrière criminelle (Sampson et Laub, 1993). De plus, ces derniers seraient plus à même de stopper leur carrière criminelle après réhabilitation (Mathieu et Côté, 2009).

Les *habitudes de co-délinquance* sont présentes en début de carrière pour les *Early Starters* et s'avèrent être inexistantes pour les *Late Starters*. Or, au sein de la recherche, ce paramètre est un puissant facteur de maintien dans la criminalité (Brent, 2001 ; Massoglia & Uggen, 2007 ; Warr, 1998), ce serait donc d'autres facteurs, tels que ceux présentés précédemment, qui exercent ce maintien au sein de la population psychiatrique.

En ce qui a trait à la spécialisation/diversification des crimes commis, on observe que le sous-groupe des *Late Starters* affiche une plus grande tendance à se spécialiser dans sa carrière criminelle, très certainement liée au fait que la proportion de crimes à son actif est moins élevée que chez les *Early Starters*. Quoi qu'il en soit, cela rejoint les propos de Leblanc et Fréchette (1989) qui démontrent que la tendance à la spécialisation est plus élevée chez les criminels d'âge mûre. Le sous-groupe des *Early Starters*, présente, quant à lui, une très grande diversification des types de crimes. Les crimes violents et impulsifs apparaissant, dans la grande majorité des cas, après les prodromes de la maladie mentale.

Globalement, on remarque que pour la population psychiatrique la composante économique de la carrière criminelle s'avère peu présente. En effet, cette dernière ne fait pas état d'une professionnalisation du crime puisqu'une quantité minimale de crime commis est à caractère instrumental. De plus, les paramètres de la carrière criminelle diffèrent selon les deux sous-groupes de criminels atteints de troubles mentaux graves. Il serait donc intéressant, pour de futures recherches, d'étudier le processus du passage à l'acte dans les carrières criminelles de ces deux sous-groupes afin de les comparer entre eux.

En ce qui concerne les manifestations violentes, pour une grande majorité de nos participants, les comportements violents apparaissent de façon relativement tardive dans la carrière criminelle. Ceci rejoint les travaux de Piquero et coll. (2012) montrant que les comportements agressifs apparaissent plus tard dans la carrière criminelle. Ici, on ne voit donc pas vraiment de différence entre la population criminelle et la population atteinte de troubles mentaux graves. De plus, pour ces auteurs, ce qui déclenche l'apparition de ces comportements agressifs serait le fait

de manifester un style de vie fortement ancré dans la criminalité. Effectivement, ceci amènerait une plus grande versatilité des types de crimes commis, en entraînant certains à caractère violent (Weiner, 1989). Chez nos participants, la tendance n'est pas là. En effet les comportements violents seraient plutôt liés à l'apparition des symptômes de la maladie mentale, fait saillant chez les *Late Starters*. On constate d'ailleurs, que pour ce sous-groupe, ne présentant pas de problématique criminogène par le passé, la criminalité commence tardivement et ce par les comportements violents directement. On rappelle cependant, afin de nuancer ces propos, que le trouble mental, bien qu'il ait une incidence majeure sur l'apparition de la criminalité (notamment pour les *Late Starters*) n'est pas le seul facteur à prendre en compte.

Également, si l'on reprend ce qui a été dit précédemment, les *Late Starters* commettraient un nombre de crimes moindre, mais plus facilement porté sur la violence. Il serait intéressant de lier ce pattern avec la taxonomie de Moffitt (1993), qui, on le rappelle, situe les *Criminels temporaires* dans un cadre temporel limité à l'adolescence. Cependant, lorsqu'on ajoute la problématique de troubles mentaux, cette tendance s'inverse et les criminels temporaires exerceraient plutôt leur criminalité à l'âge adulte, après l'apparition des symptômes. De plus, Moffitt (1993), fait un lien entre les *Criminels persistants* et la présence de comorbidité avec un trouble d'abus de substances ou encore la présence de troubles mentaux. Ceci concorde avec nos résultats, qui permettent de relever des nuances supplémentaires. Ainsi, pour les *Early Starters*, chronologiquement, l'entrée dans la criminalité et l'apparition des troubles mentaux peuvent se voir interchangés selon les parcours de vie. De ce fait, les résultats de cette étude font état d'un lien bidirectionnel entre carrière criminelle et troubles mentaux graves : le mode de vie criminel est propice à l'apparition de troubles mentaux graves, mais également, les troubles mentaux graves présentent des facteurs de risque quant au départ éventuel d'une carrière criminelle. – Pour le sous-groupe des *Late Starters*, en revanche, le lien est unidirectionnel car la commission de crimes suit toujours l'apparition des troubles mentaux. – D'ailleurs, pour soutenir ces propos on constate que les facteurs de risque quant à l'apparition de troubles mentaux (tels que : enfance négative, abus de substance, manque de structure, exposition précoce à la violence) sont globalement identiques à ceux qui favorisent le déclenchement et le maintien des comportements criminels. En outre,

Simpson et coll. (2015) font, eux-aussi, état d'une certaine similarité entre le groupe des *Early Starters* de Hodgins et coll. (1998) et des *Criminels persistants* de Moffitt (1993). Ainsi, les auteurs suggèrent que, comme pour les *Criminels persistants*, les attitudes antisociales et les pairs motivent une criminalité plus fréquente.

Pour ce qui est de la prédiction des comportements violents, il apparaît que pour notre sous-groupe des *Late Starters*, il est difficile de prédire de tels comportements. Elliott et coll. (2001) nous montrent que, au cours de leur vie, les contrevenants violents affichent généralement des signes qui vont prédire de la violence, qu'ils en font déjà usage ou qu'ils en ont subi durant leur enfance. Ces éléments sont validés par le parcours de vie des *Early Starters* mais pas celui des *Late Starters*, qui pourtant, proportionnellement à la fréquence des crimes commis, affichent une criminalité plus violente.

Concernant la récidive des crimes violents, au cours de la carrière criminelle, certains auteurs affirment que chez les criminels affichant des comportements violents, la récidive est rare, sauf pour ceux qui ont vraiment une motivation à commettre des actes violents (Loeber et coll., 2008). Dans notre étude cette tendance n'est pas mise en évidence par nos résultats. En effet, la majorité des participants font état d'une violence répétée et pour laquelle la motivation n'a pas été clairement identifié, et ce, tout groupe confondu.

On ajoutera, pour terminer que parmi les patients atteints de troubles mentaux majeurs, l'abus de substances à l'enfance/adolescence est plus fortement corrélé avec un risque de commettre des violences qu'un abus de substance à l'âge adulte (Hodgins et Janson, 2002). Ceci n'est pas concluant avec les résultats de notre étude, en effet ceux qui entreprennent leurs habitudes de consommation tardivement commettent de la violence également.

4.3. Les apports de l'étude pour la prise en charge et l'intervention.

« C'est compliqué ma vie. Puis je ne dis pas que je ne suis pas sauvable parce que ce serait me mettre dans le camp des irrécupérables. Je suis carrément contre ça ! Dire que je ne suis pas sauvable c'est comme dire que je suis perdu. Je ne crois pas que je suis perdu. Puis y'en a d'autres comme moi (...) Un gars comme moi, il pourrait très bien être méchant, puis être fou là. Mais moi j'ai bon cœur. J'ai toujours eu bon cœur. Je ne fais rien pour faire carrément juste mal à une personne. Si je l'ai fait c'était à cause de pleins d'affaires. » Vincent (Vols qualifiés, Trafic de stupéfiant, Voies de fait armés, menace de mort ; fraude, schizophrène et bipolaire ; consommateur de cannabis et d'amphétamines)

Premièrement sur le plan clinique, on relève encore une fois l'importance d'intervenir au niveau de la consommation chez les individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave car elle constitue un des facteurs de risques majeurs. On rejoint ainsi les propos de Poullot (2011), pour qui « le rôle et l'impact de la consommation d'intoxicants doivent constituer des pistes d'interventions principales dans toute prise en charge de cette clientèle ». Dans notre étude, les patients qui affichent les problèmes de comportements les plus durables sont ceux qui présentent un âge d'entrée dans la trajectoire de consommation le plus précoce. Or, plus l'âge de départ de la consommation est précoce et plus les difficultés à cesser ce comportement sont grandes (Legrand, McGue et Iacono, 1999). En lien avec nos résultats, ceci devrait faire partie des préoccupations majeures en termes d'intervention. En effet, un abus de substances persistant entraînera des rechutes, et possiblement la récurrence criminelle, car causera certainement le départ de nouveaux épisodes de troubles mentaux, tel que plusieurs participants le rapportent dans leur récit.

Également, les apports de la présente étude font état d'un nombre de facteurs de risques additionnel non négligeable, et qui, parfois, s'avèrent être tout aussi importants que l'abus de substance. Ainsi, il incombe de porter une attention particulière à ces facteurs de risques identifiés, tels que les traumatismes ou la façon d'aborder les relations (pour ne citer qu'eux), car ils peuvent, eux-mêmes, être à l'origine des comportements d'abus de substances. Plusieurs auteurs avaient, d'ailleurs, déjà souligné : l'importance de travailler sur la non-adhérence aux

traitements (Lacro, Dunn, Dolber, Leckband et Jeste, 2002), ainsi que sur le manque de recherches sur l'*insight* dans la prise en charge de cette clientèle (Poullot, 2011). D'ailleurs, malgré la trajectoire de soins relativement importante dont dispose la population présentée dans cette étude on constate, tout de même, un faible *insight* par une minimisation, un déni, ou une non-compréhension des troubles psychiatriques. L'importance de travailler sur l'*insight* apparaît, ici, comme un élément non négligeable.

De plus, la perspective adoptée dans ce mémoire se situe, avant tout, dans le regard des acteurs eux-mêmes, afin de reconnaître le sens qu'ils donnent à leurs actes et leurs différentes trajectoires de vie. Ainsi, les différents facteurs de risques et facilitateurs pouvant prédire le comportement criminel, notamment violent, que nous avons identifié ici, sont ceux qui représentent une importance significative pour les participants et qui, selon eux, méritent d'être soulignés. En ce sens, les résultats de ce projet de recherche devraient être pris en compte dans la prise en charge des patients en psychiatrie légale car ils font état de la perspective des patients. Ainsi, travailler sur la représentation de la réalité que se font les personnes prises en charge vis-à-vis d'eux-mêmes devrait leur donner le sentiment d'être mieux compris et pourrait améliorer l'alliance thérapeutique entre patient et personnel soignant. On souligne d'ailleurs l'intérêt de l'usage de la méthode qualitative comme moyen d'étudier le cas par cas, représentatif de la prise en charge des patients par l'élaboration d'un programme de réadaptation propre à chacun.

De la même manière, les récits de vie des participants font état de la difficulté de la prise en charge de la clientèle en psychiatrie légale. Outre le fait que le nombre de facteurs sur lequel il faut intervenir est multiple, plusieurs patients minimisent leurs actes criminels ou même nient l'existence de ces derniers. Or, il est difficile d'intervenir sur une population qui ne reconnaît pas la gravité ou même l'existence de ses comportements criminogènes.

« Pourtant je n'ai jamais fait ça. Mais ils me disent à cause que j'étais sous l'effet de la drogue, je ne m'en rappelle pas. Puis c'est faux ça ! C'est complètement faux ! Ça l'est jamais arrivé ! Depuis que je fume du pot ou du crack, je n'ai jamais osé aller toucher ou attaquer quelqu'un. Sinon ça fait longtemps je me serais fait

arrêter » - Léo (Vols et agressions sexuelles, schizophrénie et dépression, consommateur d'amphétamines et de cannabis)

Cependant la criminalité violente de la population psychiatrique étant essentiellement expressive et ayant rarement un but instrumental, l'intervention auprès de ce type de population devrait se concentrer davantage sur le processus de désistement de la carrière criminelle. En effet, puisque la criminalité dont les participants font preuve n'est, bien souvent, pas motivée, il n'y aura pas de nécessité à trouver des motivations substitutionnelles dans leur processus de réinsertion (Vidal, Ouellet et Dubois, 2020).

Finalement, la méthodologie adoptée dans ce projet de recherche peut s'avérer être un apport dans la prise en charge des patients en psychiatrie légale. En effet, l'usage des calendriers des histoires de vie s'est avéré être un outil de collectes particulièrement efficace auprès de cette clientèle. Tout d'abord, comme relevé par quelques auteurs, certains biais mnésiques (Yoshihama et coll., 2005 ; Freedman, et coll., 1988) ont pu être réduits par l'utilisation des calendriers. La visualisation de la ligne du temps, et la possibilité d'interagir avec, a permis à plusieurs participants de pouvoir se rappeler de certains événements qui nous ont été d'une grande utilité dans l'identification des facteurs de risques. On rappelle que l'utilisation des calendriers permet d'augmenter le rappel des expériences vécues en plaçant différents événements et activités importants au sein d'un même laps de temps. Et les détails que cette méthode apporte, notamment au niveau des détails dans la séquence des événements de vie, est plus efficace que d'autres méthodes d'entrevue semi-structurée (Yoshihama et coll., 2005 ; Vidal, Ouellet et Dubois, 2020 ; Freedman, et coll., 1988).

Le point le plus saillant dans l'application des calendriers au milieu de l'intervention et de la prise en charge se trouve dans l'aspect chronologique de l'outil. Effectivement, le fait de pouvoir maîtriser la chronologie des événements va faire ressortir l'ordre d'apparition des épisodes de vie et on peut, ainsi identifier quels sont les facteurs de risques qui émergent en premier. En recoupant ces facteurs avec les différentes trajectoires, il est alors possible de savoir quels sont les facteurs qui interagissent les uns avec les autres. On pourrait ainsi établir quels sont les

facteurs de risques majeurs pour chaque patient, et, grâce à cela, il serait possible d'établir un ordre de priorité quant aux facteurs de risques à prendre en charge.

4.4. Limites.

Comme toute recherche, cette dernière fait l'objet de certaines limites non négligeables.

Premièrement, la présente recherche, se base sur un petit nombre de participants, et, malgré le fait que chaque participant ait été vu deux fois, ne permet pas d'affirmer avec certitude que le seuil de saturation empirique et théorique ait été atteint. Cependant certains éléments ont été rapportés de façon répétée par plusieurs participants, et certaines nuances, perceptibles grâce à l'usage de la méthodologie qualitative (comparativement à l'usage de vastes bases de données) peuvent être attestées dans les résultats. C'est pourquoi, même s'il comporte certaines limites, l'usage de devis qualitatif est capital dans les études portant sur le processus du passage à l'acte criminel violent, car permet une compréhension du phénomène dans son intégralité. De plus, cette étude s'inscrit dans une démarche exploratoire.

Deuxièmement, la nature de la collecte des informations se basant essentiellement sur les récits de vie pourrait comporter plusieurs limites non négligeables. Tout d'abord, un effet d'exagération ou des problèmes de mémoire pourraient avoir affecté la qualité des données colligées, et les participants pourraient jouer de leur image pour se montrer sous un meilleur jour aux yeux de l'intervieweur. Cependant, il est possible d'argumenter le fait que les chercheurs se basant uniquement sur les données officielles des dossiers criminels se voient confrontés à une limite du même genre. Effectivement, certains actes criminels peuvent ne jamais avoir été rapportés ou sanctionnés. Ici, les récits de vie permettent d'obtenir des informations supplémentaires. Également, on rappelle que l'on a affaire, ici, à une population présentant des troubles mentaux graves, sujette à des comportements psychotiques. Or, il a été constaté au fil des entretiens que certains patients pouvaient présenter des délires et même, parfois, inventer ou surinterpréter des passages de leur vie. Cette limite s'est vu être palliée par le fait que lors de l'étude de nos résultats, nous n'étions pas dans une recherche de vérité, mais adoptions plutôt une optique de compréhension. De plus, le fait des voir chaque participant à deux reprises diminue cette limite,

car il nous a été permis de revenir sur des éléments évoqués lors des premiers entretiens ou encore de valider des informations. Il est, cependant, nécessaire que les résultats dégagés dans ce mémoire ne soient pas interprétés comme des faits relatant la vérité. Cette recherche avait pour but d'interpréter les trajectoires selon comment elles sont perçues par leurs acteurs. Ainsi, on atteste du regard rétrospectif que pose la population psychiatrique sur certaines trajectoires de leur parcours de vie.

Finalement, l'étude porte sur des entrevues rétrospectives, et il est possible que l'altération des souvenirs favorise une reconstitution des faits permettant à l'individu de se déresponsabiliser du geste posé, en remettant la faute sur certains facteurs de risques. Il incombe, d'ailleurs, de tenir compte du fait que les participants se trouvaient incarcérés dans un centre de santé mentale et qu'ils avaient tous bénéficié d'interventions psychologiques depuis le début de leur séjour. Or, il est possible que ces interventions aient influencé leur interprétation des événements. Cependant, il faut garder à l'esprit que les récits narratifs sont dynamiques et évoluent à travers le temps car dépendent du contexte et de l'interlocuteur (Presser et Sandberg, 2015).

CONCLUSION

Ce mémoire de recherche avait pour objectif de retracer le parcours de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves et présentant une carrière criminelle teintée de comportements violents. Ceci nous a permis de répondre aux différents objectifs de recherche en identifiant les différents facteurs de risques et facilitateurs relationnels, contextuels, historiques et cliniques, associés à la commission d'actes criminels, notamment violents. Ainsi, il a été possible d'établir l'enchaînement séquentiel des différentes étapes et points tournants dans l'interaction des événements suivants : perpétration d'actes violents, consommation de substances psychotropes et troubles mentaux graves.

Comme de nombreuses études avant nous, l'étude exploratoire, présentée ici, peine à établir un lien direct entre troubles mentaux graves et criminalité, violente ou non (Peterson et coll., 2014 ; Elbogen et Johnson, 2009). En effet cette relation se voit liée par l'intermédiaire de différentes variables. Toutefois, on constate que la plupart des études qui ont tenté d'expliquer ce comportement entreprennent des démarches quantitatives et il s'avère que ceci ne permet pas d'apporter toutes les nuances propres au phénomène. Ici, étudier les parcours de vie nous a permis de récolter un ensemble d'informations subsidiaires non négligeables quant à l'identification des trajectoires à risque dans le processus du passage à l'acte délictueux.

En effet, la littérature tend à montrer que comportement criminel et troubles psychiatriques sont reliés par une problématique d'abus de substances (Swartz et coll., 1998 ; Hodgins et Jansen, 2002 ; Eronen et al., 1996 ; Brennan et al., 2000, Wallace et al., 2004). Or, la présente étude, tiens à nuancer ces propos. Les récits de vie récoltés nous ont permis d'attester que, certes, un nombre non négligeable de comportements criminogènes sont associés à ce facteur de consommation. Cependant, à lui seul ce facteur n'est pas à même de garantir un comportement criminel et il s'avère qu'un ensemble de facilitateurs relationnels (manque de contrôle social informel, pairs délinquants), contextuels (situation d'itinérance, hospitalisation) , historiques (traumatismes, expériences de victimisation, enfance négative, exposition à la violence) et cliniques (épisodes

psychotiques, rapport conflictuel à la médication) soit plus à même de faire émerger des comportements criminels à caractère violent.

Deux problèmes sont à noter ici. Les données chronologiques récoltées nous ont montrés que l'ensemble de ces facteurs de risques et facilitateurs interagissent les uns avec les autres afin de s'inter-influencer, ce qui va potentiellement multiplier leur caractère à risque. De plus, d'une part, l'ensemble de ces évènements favorisent l'apparition de comportements criminogènes, mais ils favorisent également l'apparition de troubles mentaux. En ce sens, on assiste à un véritable cercle vicieux car la suite séquentielle d'apparition des facteurs de risques s'avère être cyclique.

On sollicite ici le besoin d'effectuer davantage de recherche, possiblement avec un échantillon plus grand, afin d'identifier quels sont les moments les plus opportuns dans le parcours de vie pour essayer de briser ce cycle.

Cette recherche nous a également donner des indications quant à l'ordre chronologique pour lesquels sont intervenus les différentes trajectoires entraînant l'apparition de comportements violents. Pour reprendre les travaux de Hodgins et coll. (1998), les résultats nous ont exposés deux modèles typiques de criminels présentant des conduites violentes. La contribution qui a pu être ajoutée à ce modèle est le fait d'y inclure la variable d'abus de substances, ainsi que de nuancer l'enchaînement des éléments par la présence des facilitateurs expliqués ci-avant. Concordant avec l'étude de Hodgins et coll. (1998), les résultats affichent deux parcours de vie typiques chez nos participants. Premièrement, les *Early Starters*, présentent des comportements criminels et d'abus de substances durant leur adolescence. Ces comportements se maintiendront à l'âge adulte avec l'apparition des troubles de santé mentale. Deuxièmement, les *Late Starters*, affichent un parcours de vie non criminel à l'adolescence. Au sein de ce sous-groupe, l'abus de substance précédera l'apparition de troubles mentaux et sera suivi par l'apparition des conduites criminogènes. Tout groupe confondu, les comportements de violence surviennent, en général, sinon s'intensifient après l'apparition des symptômes de la maladie psychiatrique.

Également, le paradigme de la carrière criminelle nous a permis de pouvoir exposer certaines similarités et différences au sein des deux différents groupes de criminels atteints de troubles

mentaux graves et faisant usage de violence. Cependant le nombre limité de participants ne nous a pas permis de distinguer toutes les subtilités propres à chaque paramètre de la carrière criminelle. Ceci pourrait constituer une piste de recherche pour de futures études, comparant les différents paramètres de la carrière criminelle des *Early Starters* et *Late Starters*. De plus, certains auteurs ont repris ce modèle typologique et ont trouvé l'existence d'un troisième sous-groupe, plus rare, les *Late Late Starters*. (Mathieu et Côté, 2009 ; Simpson et coll., 2015). Notre échantillon ne comportant pas d'individus entrant dans cette catégorie, on souligne une nouvelle fois l'intérêt de poursuivre la recherche dans ce sens.

En outre, dans la carrière criminelle de nos participants, on constate deux types de criminalité : une criminalité rationnelle, rattachée au style de vie, généralement représentée par les *Early Starters*, et une criminalité impulsive, usant de violence, liée aux épisodes de la maladie mentale, présente chez les deux groupes. Ainsi, il est réducteur de n'étudier que la violence au sein des parcours de vie des criminels présentant des troubles mentaux graves, car elle est, tantôt présente au sein d'une criminalité déjà active, tantôt, associée à des épisodes de troubles mentaux. On encourage donc les futures recherches à se positionner dans une optique qui englobe la totalité des comportements criminels au sein de ce type de population pour comprendre la pleine étendue du phénomène.

On ajoutera, finalement, que la notion de carrière criminelle dans un but lucratif où les motivations vont dans un sens de professionnalisation du crime, n'est pas présente auprès de nos participants qui font état d'une motivation criminelle basée sur les besoins immédiats. D'ailleurs l'utilisation de violence s'avère être, la grande majorité du temps, expressive. L'instrumentalisation de la violence apparaît peu présente au sein de nos participants. De futures recherches portant sur le succès criminel de ce type de population pourrait amener à étayer notre compréhension des carrières criminelles des personnes présentant des troubles mentaux graves.

BIBLIOGRAPHIE

- Abou-Saleh, M. T. (2004). Psychopharmacology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 16(1), 19-25. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2004.0061.x>
- Addington, J., & Addington, D. (2007). Patterns, predictors and impact of substance use in early psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(4), 304-309.
- American Psychiatric Association et American Psychiatric Association (dir.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D.C : American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. et Olsen, S. (1982). Negative v Positive Schizophrenia: Definition and Validation. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 789-794.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C. et Monahan, J. (2000). Violence and Delusions: Data From the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566-572.
- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J. et Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 979-986.
- Axinn, W. G., Pearce, L. D. et Ghimire, D. (1999). Innovations in life history calendar applications. *Social Science Research*, 28(3), 243-264. <https://doi.org/10.1006/ssre.1998.0641>
- Baillargeon, J., Penn, J. V., Knight, K., Harzke, A. J., Baillargeon, G. et Becker, E. A. (2010). Risk of Reincarceration Among Prisoners with Co-occurring Severe Mental Illness and Substance Use Disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(4), 367-374. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0252-9>

- Bauman, K. E. et Ennett, S. T. (19950101). Peer influence on adolescent drug use. *American Psychologist*, 49(9), 820. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.9.820>
- Belli, R. F. (1998). The structure of autobiographical memory and the event history calendar: potential improvements in the quality of retrospective reports in surveys. *Memory* (Hove, England), 6(4), 383-406.
- Belli, R. F., Shay, W. L. et Stafford, F. P. (2001). Event History Calendars and Question List Surveys: A Direct Comparison of Interviewing Methods. *The Public Opinion Quarterly*, 65(1), 45-74.
- Benson, M. L. (2012). *Crime and the Life Course*. Routledge.
- Blank Wilson, A., Draine, J., Barrenger, S., Hadley, T. et Evans, A. (2014). Examining the impact of mental illness and substance use on time till re-incarceration in a county jail. *Administration and Policy in Mental Health*, 41(3), 293-301. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0467-7>
- Blokland, A. a. J., Nagin, D. et Nieuwebeerta, P. (2005). Life Span Offending Trajectories of a Dutch Conviction Cohort*. *Criminology*, 43(4), 919-954.
- Blumstein, A. (1986). *Criminal Careers and « Career Criminals, »*. National Academies Press.
- Blumstein, A. et Cohen, J. (1987). Characterizing criminal careers. *Science*, 237(4818), 985-991.
- Blumstein, A. et National Research Council (U.S.) (dir.). (1986). *Criminal careers and « career criminals »* (vol. 1). Washington, D.C : National Academy Press.
- Blumstein, A., Cohen, J. et Farrington, D. P. (1988). Criminal Career Research: Its Value for Criminology*. *Criminology*, 26(1), 1-35.
- Blumstein, A., Cohen, J. et Hsieh, P. (1982). *The duration of adult criminal careers: final report to National Institute of Justice*. Washington, D.C : National Institute of Justice.
- Blumstein, A., Farrington, D. P., & Moitra, S. (1985). Delinquency careers: Innocents, desisters, and persisters. *Crime and justice*, 6, 187-219.

- Booth, B. M., Sullivan, G., Koegel, P. et Burnam, A. (2002). Vulnerability Factors for Homelessness Associated with Substance Dependence in a Community Sample of Homeless Adults. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(3), 429-452. <https://doi.org/10.1081/ADA-120006735>
- Borinstein, A. B. (1992). Public Attitudes Toward Persons With Mental Illness. *Health Affairs*, 11(3), 186-196.
- Borum, R., Swanson, J., Swartz, M. et Hiday, V. (1997). Substance Abuse, Violent Behavior, and Police Encounters among Persons with Severe Mental Disorder. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(3), 236-250.
- Boucher, M.-E., Groleau, D. et Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness: The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180. <https://doi.org/10.1037/prj0000193>
- Boydell, K. M., Gladstone, B. M. et Crawford, E. S. (2002). The dialectic of friendship for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 123-131. <https://doi.org/10.2975/26.2002.123.131>
- Braga, T., Cunha, O. et Maia, Â. (2018). The enduring effect of maltreatment on antisocial behavior: A meta-analysis of longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*, 40, 91-100. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.04.003>
- Brame, R., Mulvey, E. P. et Piquero, A. R. (2001). On the development of different kinds of criminal activity. *Sociological Methods & Research*, 29(3), 319-341.
- Brennan, P. A., Mednick, S. A. et Hodgins, S. (2000). Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 494-500.

- Brent, B. B. (2001). Factors that discriminate between recidivists, parole violators, and nonrecidivists in a 3-year follow-up of boot camp graduates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(6), 711-729.
- Buchanan, A. (1993). Acting on delusion: a review. *Psychological Medicine*, 23(1), 123-134.
- Buckley, P. F., Hrouda, D. R., Friedman, L., Noffsinger, S. G., Resnick, P. J. et Camlin-Shingler, K. (2004). Insight and Its Relationship to Violent Behavior in Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1712-1714. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1712>
- Buka, S. L., Stichick, T. L., Birdthistle, I. et Earls, F. J. (2001). Youth Exposure to Violence: Prevalence, Risks, and Consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 298-310.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Thornton, A., Freedman, D., Amell, J. W., Harrington, H., Smeijers, J. et Silva, P. A. (1996). The life history calendar: A research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6(2), 101-114.
- Charest, M. (2004). Peut-on se fier aux délinquants pour estimer leurs gains criminels ? *Criminologie*, 37(2), 63-87.
- Combalbert, N., Favard, A. M. et Bouchard, M. A. (2001). Trouble mental et criminalité: Revue critique des recherches épidémiologiques. [Mental disorders and criminality: Critical review of the recent edpidemiological studies.]. *Annales Médico-Psychologiques*, 159(7), 487-495.
- Conroy, S. A. (2003). A Pathway for Interpretive Phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 36-62. <https://doi.org/10.1177/160940690300200304>
- Côté, G. et Hodgins, S. (2003). Les troubles mentaux et le comportement criminel. Dans *Traité de criminologie empirique* (p. 503-548). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Creswell, J. W. (2008). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Parson Merrill Prentice Hall
- Cusson, M., Guay, S., Cortoni, F. A. et Proulx, J. (2013). *Traité des violences criminelles: les questions posées par la violence, les réponses de la science*. Hurtubise.
- Dean, K., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Webb, R. T., Mortensen, P. B. et Agerbo, E. (2018). Risk of Being Subjected to Crime, Including Violent Crime, After Onset of Mental Illness: A Danish National Registry Study Using Police Data. *JAMA Psychiatry*, 75(7), 689-696. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0534>
- Desfachelles, M. & Ouellet, F. (2018). La méthode des cartes de vie pour reconstruire les trajectoires de délinquantes sexuelles et violentes. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 71(4 - Numéro spécial AICLF), 456-464.
- Diefenbach, D. L. et West, M. D. (2007). Television and attitudes toward mental health issues: Cultivation analysis and the third-person effect. *Journal of Community Psychology*, 35(2), 181-195.
- Dishion, T. J., Capaldi, D., Spracklen, K. M. et Li, F. (1995). Peer ecology of male adolescent drug use. *Development and Psychopathology*, 7(4), 803-824. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006854>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. et Anda, R. F. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Elbogen, E. B. et Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.

- Elder Jr., G. H. (1996). Human lives in changing societies: Life course and developmental insights. Dans *Developmental science* (p. 31-62). New York, NY, US : Cambridge University Press.
- Elder, G. H., Johnson, M. K. et Crosnoe, R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. Dans J. T. Mortimer et M. J. Shanahan (dir.), *Handbook of the Life Course* (p. 3-19). Boston, MA : Springer US.
- Elliott, D., Hatot, N. J., Sirovatka, P., & Potter, B. B. (2001). *Youth violence: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: Office of the US Surgeon General.
- Eronen, M., Hakola, P. et Tiihonen, J. (1996). Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 497-501.
- F.-Dufour, I. (2013). Réalisme critique et désistement du crime chez les sursitaires québécois: Appréhension des facteurs structurels, institutionnels et identitaires. (Québec: Université Laval).
- Farrelly, S., Harris, M. G., Henry, L. P., Purcell, R., Prosser, A., Schwartz, O., ... & McGorry, P. D. (2007). Prevalence and correlates of comorbidity 8 years after a first psychotic episode. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(1), 62-70.
- Farrington, D. P. (1986). Age and Crime. Dans M. Tonry et N. Morris (dir.), *Crime and Justice : An Annual Review of Research* (vol. 7, p. 189-250). Chicago : University of Chicago Press.
- Farrington, D. P. (1991). Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later-life outcomes. Dans *The development and treatment of childhood aggression* (p. 5-29). Hillsdale, NJ, US : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Farrington, D. P. (2003). Developmental and Life-Course Criminology: Key Theoretical and Empirical Issues-the 2002 Sutherland Award Address*. *Criminology*, 41(2), 221-225.
- Farrington, D. P. (2005). The integrated cognitive antisocial potential (ICAP) theory. Dans: Farrington, D. P. (Eds). *Integrated developmental and lifecourse theories of offending*. New Brunswick, NJ: Transaction.

- Farrington, D. P. (2007). Origins of Violent Behavior Over the Life Span. Dans A. T. Vazsonyi, D. J. Flannery et I. D. Waldman (dir.), *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (p. 19-48). Cambridge University Press. 10.1017/CBO9780511816840.003
- Farrington, D. P., Ohlin, L. E. et Wilson, J. Q. (1986). *Understanding and Controlling Crime: Toward a New Research Strategy*. New York : Springer-Verlag.
- Fazel, S. et Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.
- Fazel, S. et Grann, M. (2006). The Population Impact of Severe Mental Illness on Violent Crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397-1403.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M. et Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *JAMA*, 301(19), 2016-2023.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M. et Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 931-938.
- Fischer, P. (1992). *Victimization and Homelessness: Cause and Effect*. New England Journal of Public Policy, 8(1). <https://scholarworks.umb.edu/nejpp/vol8/iss1/20>
- Fondation FondaMental & Klesia. (2014). Perceptions et représentations des maladies mentales. Récupéré à partir de <https://www.fondation-fondamental.org/un-sondage-ipsos-pour-fondamental-et-klesia>
- Fortinash, K. M., et Holoday-Worret, P.A., (2003) *Soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie*, Beauchemin, Montréal.
- Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T. et Epps, N. (2015). Trauma changes everything: examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 46, 163-173.

- Fréchette, M. et LeBlanc, M. (1987). *Délinquances et délinquants*. Chicoutimi, Québec, Canada : G. Morin.
- Freedman, D., Thornton, A., Camburn, D., Alwin, D. et Young-DeMarco, L. (1988). The Life History Calendar: A Technique for Collecting Retrospective Data. *Sociological Methodology*, 18, 37-68.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493-506.
- Gottfredson, M. R. et Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime* (p. xvi, 297). Stanford University Press.
- Gottfried, E. D. et Christopher, S. C. (2017). Mental Disorders Among Criminal Offenders: A Review of the Literature. *Journal of Correctional Health Care*, 23(3), 336-346.
- Gouvernement du Canada, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (2019). Évaluer les relations conjugales. Récupéré à partir de <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/bulletins-guides-operationnels/residence-permanente/categories-immigration-non-economique/categorie-familial-determinant-epoux/evaluation-conjugal.html>
- Groenewald, T. (2004). A phenomenological research design illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1-26.
- Harlow, C. W. (2003). Education and Correctional Populations. Bureau of Justice Statistics Special Report. *Bureau of Justice Statistics*, U. <https://eric.ed.gov/?id=ed477377>
- Hartwell, S. (2004). Triple Stigma: Persons with Mental Illness and Substance Abuse Problems in the Criminal Justice System. *Criminal Justice Policy Review*, 15(1), 84-99.
10.1177/0887403403255064
- Hirschi, T. et Gottfredson, M. R. (1995). Control theory and the life-course perspective. *Studies on Crime & Crime Prevention*, 4(2), 131-142.

- Hjalmarsson, R., Holmlund, H. et Lindquist, M. J. (2015). The Effect of Education on Criminal Convictions and Incarceration: Causal Evidence from Micro-data. *The Economic Journal*, 125(587), 1290-1326. <https://doi.org/10.1111/eoj.12204>
- Hodgins, S (2008) Violent behaviour among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 363: 2505–2518.
- Hodgins, S, Piatosa, MJ, Schiffer, B (2014) Violence among people with schizophrenia: Phenotypes and neurobiology. In: Miczek, KA, Meyer-Lindenberg, A (eds) *Neuroscience of Aggression*. New York: Springer, pp. 329–368.
- Hodgins, S. et Janson, C.-G. (2002). *Criminality and Violence among the Mentally Disordered: The Stockholm Metropolitan Project*.
- Hodgins, S., Côté, G. et Toupin, J. (1998). Major Mental Disorder and Crime: An Etiological Hypothesis. Dans D. J. Cooke, A. E. Forth et R. D. Hare (dir.), *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* (p. 231-256). Dordrecht : Springer Netherlands.
- Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J. et Mak, T. (2008). From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychological Medicine*, 38(7), 975-987.
- Humphreys, M. S., Johnstone, E. C., MacMillan, J. F. et Taylor, P. J. (1992). Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 161, 501-505.
- Jaafari, N. et Marková, I. (2011). Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(7), 409. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.06.018>

- James, D. et Glaze, L. (2006). Mental Health Problems of Prison and jail inmates. *Bureau of Justice Statistics*, 12-24.
- Jones, RM, Van den Bree, M, Ferriter, M. (2010) Childhood risk factors for offending before first psychiatric admission for people with schizophrenia: A case–control study of high security hospital admissions. *Behavioral Sciences & the Law* 28: 351–365
- Josselson, R. et Lieblich, A. (1996). The narrative study of lives. Sage.
- Joyal, C. C., Putkonen, A., Paavola, P. et Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34(3), 433-442.
- Junginger, J., Parks-Levy, J. et McGuire, L. (1998). Delusions and Symptom-Consistent Violence. *Psychiatric Services*, 49(2), 218-220.
- Kooyman, I, Walsh, E, Stevens, H. (2012) Criminal offending before and after the onset of psychosis: Examination of an offender typology. *Schizophrenia Research* 140: 198–203.
- Kropp, P. R., Cox, D. N., Roesch, R. et Eaves, D. (1989). The perceptions of correctional officers toward mentally disordered offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 12(2-3), 181-188.
- Kruttschnitt, C., Ward, D. et Sheble, M. A. (1987). Abuse-resistant youth: Some factors that may inhibit violent criminal behavior. *Social Forces*, 66(2), 501-519. <https://doi.org/10.2307/2578752>
- Laajasalo, T, Hakkanen, H (2005) Offence and offender characteristics among two groups of Finnish homicide offenders with schizophrenia: Comparison of early-and late-start offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 16: 41–59.
- Lacro, J.P., Dunn, L. B., Dolber, C.R., Leckband S.G. & Jeste, D. V. (2002). Prevalence and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia : a comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.

- Lafortune, D. et Linteau, I. (2013). Comportements violents et troubles mentaux à l'adolescence et à l'âge adulte. Dans *Traité des violences criminelles* (p. 461-492). Montréal, Québec : Hurtboise.
- Lamberti, J. S., Katsetos, V., Jacobowitz, D. B. et Weisman, R. L. (2020). Psychosis, Mania and Criminal Recidivism: Associations and Implications for Prevention. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(3), 179-202. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000251>
- Laub, J. H. et Sampson, R. J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70*. Cambridge, MA, US : Harvard University Press.
- Le Blanc, M. et Loeber, R. (1998). Developmental Criminology Updated. Dans: Tonry M. (Ed). *Crime and Justice: An Annual Review of Research*, 23. Chicago: University of Chicago Press.
- LeBlanc, M. et Frechette, M. (1989). *Male Criminal Activity from Childhood Through Youth: Multilevel and Developmental Perspectives*. Springer-Verlag.
- Legrand, L.N., McGue, M. & Iacono, W.G. Searching for Interactive Effects in the Etiology of Early-Onset Substance Use. *Behav Genet* 29, 433–444 (1999). <https://doi.org/10.1023/A:1021627021553>
- Loeber, R. (1996). Developmental continuity, change, and pathways in male juvenile problem behaviors and delinquency. Dans *Delinquency and crime: Current theories* (p. 1-27). New York, NY, US : Cambridge University Press.
- Loeber, R. E., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M. E., & White, H. R. E. (2008). *Violence and serious theft: Development and prediction from childhood to adulthood*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Machin, S., Marie, O. et Vujić, S. (2011). The Crime Reducing Effect of Education. *The Economic Journal*, 121(552), 463-484. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2011.02430.x>

- Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington, DC, US : American Psychological Association.
- Massoglia, M. et Uggen, C. (2007). Subjective desistance and the transition to adulthood. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 23(1), 90-103.
- Mathieu, C, Côté, G (2009) A modelization of differences between early- and late-starter French-Canadian offenders. *International Journal of Forensic Mental Health* 8: 25–32.
- Matthews, B. et Ross, L. (2010). *Research methods: a practical guide for the social sciences* (1st ed). Pearson Longman.
- McCarthy, B. et Hagan, J. (2001). When crime pays: Capital, competence, and criminal success. *Social forces*, 79(3), 1035-1060.
- McGinty, E. E., Kennedy-Hendricks, A., Choksy, S. et Barry, C. L. (2016). Trends In News Media Coverage Of Mental Illness In The United States: 1995–2014. *Health Affairs*, 35(6), 1121-1129.
- McGloin, J. M., C. J. Sullivan, A. R. Piquero et T. C. Pratt (2007). Explaining Qualitative Change in Offending: Revisiting Specialization in the ShortTerm. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 44, 321–346.
- Miles, H., Johnson, S., Amponsah-Afuwape, S., Finch, E., Leese, M. et Thornicroft, G. (2003). Characteristics of Subgroups of Individuals With Psychotic Illness and a Comorbid Substance Use Disorder. *Psychiatric Services*, 54(4), 554-561. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.4.554>
- Modestin, J., Hug, A. et Ammann, R. (1997). Criminal behavior in males with affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 42(1), 29-38.
- Moffitt, T. E. (1990). The Neuropsychology of Juvenile Delinquency: A Critical Review. Dans N. Morris et M. Tonry (dir.), *Crime and Justice* (vol. 12, p. 99-169). Chicago : University of Chicago Press.

- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Moffitt, T. E. et Henry, B. (1989). Neuropsychological assessment of executive functions in self-reported delinquents. *Development and Psychopathology*, 1(2), 105-118.
- Moffitt, T. E. et Silva, P. A. (1988). Neuropsychological Deficit and Self-Reported Delinquency in an Unselected Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(2), 233-240.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., ... Banks, S. (2001). *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford, New York : Oxford University Press.
- Morselli, C., Tremblay, P. et Mccarthy, B. (2006). Mentors and Criminal Achievement*. *Criminology*, 44(1), 17-43.
- Mueser, K. T. et Drake, R. E. (2007). Comorbidity: What Have We Learned and Where Are We Going? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(1), 64-69.
- Nadeau, L. et Landry, M. (2012). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques*. Presses de l'Université Laval.
- Nagin, D. S., Farrington, D. P. et Moffitt, T. E. (1995). Life-Course trajectories of different types of offenders. *Criminology*, 33, 111-139.
- Nelson, I. A. (2010). From Quantitative to Qualitative: Adapting the Life History Calendar Method. *Field Methods*, 22(4), 413-428. <https://doi.org/10.1177/1525822X10379793>
- Ouellet, F., & Dubois, M. È. (2020). Carrière criminelle lucrative et désistement assisté. *Criminologie*, 53(1), 73-103.

- Ouellet, F., Chouinard, S., & Dubois, M. È. (2020). Réussir dans le crime et réussir à s'en sortir: l'influence de la carrière criminelle sur le processus de désistement. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 62(1), 50-70.
- Office des professions du Québec. (2013). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Repéré à : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_deceembre_2013.pdf#page=34
- Otto, R. K. (2000). Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1239-1262.
- Ouimet, M. (2013). *L'Homicide à travers le monde. Dans Traité des violences criminelles* (p. 67-82). Montréal, Québec : Hutboise.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2ième édition). Paris: Armand Colin.
- Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B. et Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law and Human Behavior*, 38(5), 439-449.
- Piper, E. S. (1985). Violent recidivism and chronicity in the 1958 Philadelphia cohort. *Journal of Quantitative Criminology*, 1(4), 319-344.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P. et Blumstein, A. (2003). The Criminal Career Paradigm. *Crime and Justice*, 30, 359-506. Chicago : University of Chicago Press
- Piquero, A. R., Farrington, D. P. et Blumstein, A. (2007). *Key Issues in Criminal Career Research: New Analyses of the Cambridge Study in Delinquent Development* (1 édition). New York : Cambridge University Press.

- Piquero, A. R., Jennings, W. G. et Barnes, J. C. (2012). Violence in criminal careers: A review of the literature from a developmental life-course perspective. *Agression and Violent Behavior*, 17(3), 171-179.
- Piquero, N. L. et Weisburd, D. (2009). Developmental Trajectories of White-Collar Crime. Dans S. S. Simpson et D. Weisburd (dir.), *The Criminology of White-Collar Crime* (p. 153-171). New York, NY : Springer.
- Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques (p. 113-169). Gaëtan Morin.
- Piselli, M., Elisei, S., Murgia, N., Quartesan, R. et Abram, K. M. (2009). Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 101-107.
- Pogrebin, M. (2004b). Introduction. In M. Pogrebin (Ed.), *A view of the offender's world: About criminals* (pp. 1-2). Belmont, CA: Sage.
- Poullot, P. (2011, 5 mai). *Trouble mentaux graves, toxicomanie et violence : étude qualitative du point de vue des personnes contrevenantes* [Université de Montréal].
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5058>
- Poullot, P., Lafortune, D. et Brochu, S. (2008, juin). *Santé mentale, alcool/drogues et violence : adaptation du modèle tripartite de Goldstein*. *Psychotropes* (vol. 14).
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12681>
- Presser, L., & Sandberg, S. (Eds.). (2015). *Narrative criminology: Understanding stories of crime* (Vol. 17). NYU Press.

- Reiss, A. J. J. et Roth, J. A. (1993). Appendix A : The development of an individual potential for violence. Dans *Understanding and Preventing Violence: Volume 1* (p. 357-403). Washington, DC, US : National Academy Press.
- Robins, L. N. et Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York : Free Press.
- Rytilä-Manninen, M., Lindberg, N., Haravuori, H., Kettunen, K., Marttunen, M., Joukamaa, M. et Fröjd, S. (2014). Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(12), 2021-2032. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.008>
- Sampson, R. J. et Laub, J. H. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Cambridge, MA, US : Harvard University Press.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*, 3rd Edition (3rd edition). Teachers College Press.
- Serin, R. (1991). Psychopathy and Violence in Criminals. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(4), 423-431.
- Serin, R. C. (2004). Enhancing assessment and management of violent offenders in corrections: Integration of theory and practice. Dans Fishbein, D. (Ed.). *The Science, Treatment, and Prevention of Antisocial Behaviours*, Vol. 2., Civic Research Institute, New Jersey.
- Shin, R. K., Kim, M. Y., & Chung, S. E. (2009). Methods and strategies utilized in published qualitative research. *Qualitative Health Research*, 19(6), 850-858. doi:10.1177/1049732309335857
- Simpson, A. I., Grimbos, T., Chan, C. et Penney, S. R. (2015). Developmental typologies of serious mental illness and violence: Evidence from a forensic psychiatric setting. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(11), 1048-1059. <https://doi.org/10.1177/0004867415587745>

- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sofaer, S. (2002). Qualitative research methods. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 14(4), 329-336. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.4.329>
- Steadman, H. J., Monahan, J., Pinals, D. A., Vesselinov, R. et Robbins, P. C. (2015). Gun Violence and Victimization of Strangers by Persons With a Mental Illness: Data From the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Psychiatric Services*, 66(11), 1238-1241.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., ... Silver, E. (1998). Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401.
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B. et Samuels, S. (2009). Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 60(6), 761-765.
- Stein, C. H. et Mankowski, E. S. (2004). Asking, Witnessing, Interpreting, Knowing: Conducting Qualitative Research in Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 33(1), 21-35. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000014316.27091.e8>
- Sutton, J. E., Bellair, P. E., Kowalski, B. R., Light, R. et Hutcherson, D. T. (2011). Reliability and Validity of Prisoner Self-Reports Gathered Using the Life Event Calendar Method. *Journal of quantitative criminology*, 27(2), 151-171.
- Swanson, J. W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. Dans *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (p. 101-136). Chicago, IL, US : University of Chicago Press.

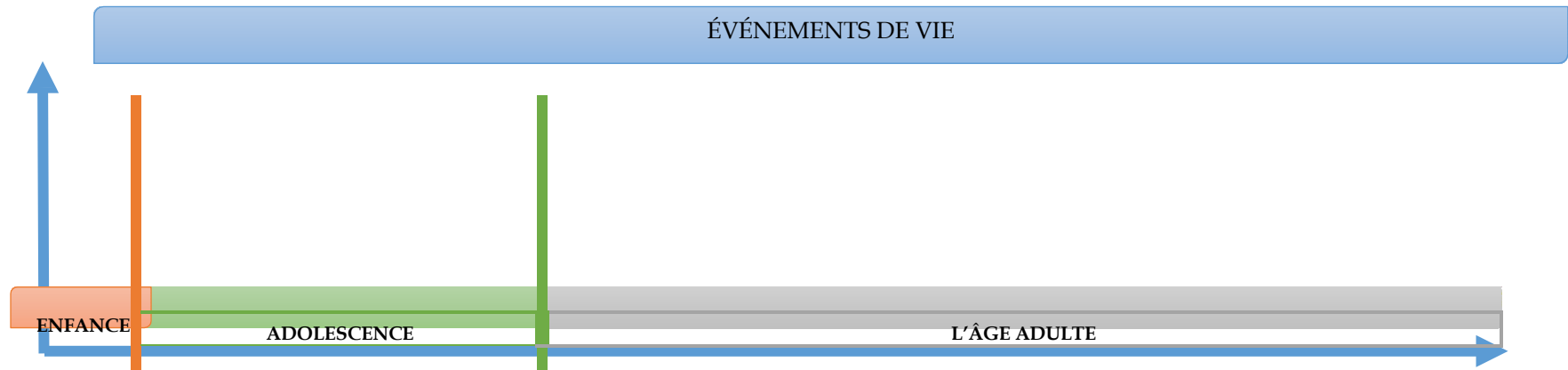
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R. et Burns, B. J. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 226-231.
- Thornberry, T. P. (1997). Introduction: Some Advantages of Developmental and Life-Course Perspectives for the Study of Crime and Delinquency. Dans: Thornberry, T. P. (Eds), *Developmental Theories of Crime and Delinquency*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Thornberry, T. P., Lizotte, A. J., Krohn, M. D., Farnworth, M. et Jang, S. J. (1994). Delinquent Peers, Beliefs, and Delinquent Behavior: A Longitudinal Test of Interactional Theory*. *Criminology*, 32(1), 47-83. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1994.tb01146.x>
- Tiihonen, J. et Swartz, M. (2000). Pharmacological Intervention for Preventing Violence Among the Mentally Ill with Secondary Alcohol-And Drug-Use Disorders (p. 171-191).
- Tremblay, P. (2010). *Le délinquant idéal: performance, discipline, solidarité*. Liber.
- Van Campenhoudt, L. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales (4e édition) - Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt - Dunod - Grand format - Le Hall du Livre NANCY (4e éd.)*. Dunod.
- Van Dongen, J, Buck, N, Van Marle, H (2015) Unravelling offending in schizophrenia: Factors characterising subgroups of offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health* 25: 88–98
- Van Dongen, J, Buck, N, Van Marle, H (2015) Unravelling offending in schizophrenia: Factors characterising subgroups of offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health* 25: 88–98
- Van Dongen, JD, Buck, NM, Barendregt, M. (2014) Anti-social personality characteristics and psychotic symptoms: Two pathways associated with offending in schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*.

- Vidal, S., Ouellet, F. et Dubois, M.-È. (2020). Walking Into the Sunset: How Criminal Achievement Shapes the Desistance Process: Criminal Achievement and the Desistance Process. *Criminal Justice and Behavior*, 47(11), 1529-1546. <https://doi.org/10.1177/0093854820913316>
- Von Hirsch, A., Bottoms, A. E., Burney, E., & Wikstrom, P. O. (1999). Criminal deterrence and sentence severity: An analysis of recent research. Oxford, UK: Hart.
- Wallace, C., Mullen, P. E. et Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), 716-727.
- Warr, M. (1998). Life-course transitions and desistance from crime. *Criminology*, 36(2), 183- 215.
- Way, B. B., Sawyer, D. A., Lilly, S. N., Moffitt, C. et Stapholz, B. J. (2008). Characteristics of inmates who received a diagnosis of serious mental illness upon entry to New York State prison. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 59(11), 1335-1337.
- Weiner, N. A. (1989). Violent criminal careers and « violent career criminals ». Dans *Violent crime, violent criminals* (p. 35-138). Newbury Park, Calif. : Sage Publications.
- Widom, C. S. (1989). Child Abuse, Neglect, and Adult Behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(3), 355-367. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01671.x>
- Yoshihama, M., Gillespie, B., Hammock, A. C., Belli, R. F. et Tolman, R. M. (2005). Does the Life History Calendar Method Facilitate the Recall of Intimate Partner Violence? Comparison of Two Methods of Data Collection. *Social Work Research*, 29(3), 151-163.

ANNEXE I – Calendrier d’histoire de vie

Trajectoire de vie

Participant numéro : _____



	0 à 11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Année																				
Trajectoire conventionnelle																				
Emploi																				
Rela. conjugale																				
Trajectoire des troubles mentaux																				
Épisode																				
Hosp./Thérapie																				
Trouble perso																				
Trajectoire criminelle																				
Crime																				
Parcours judiciaire																				

Arrest./incarc. /lib cond.																				
Trajectoire d'abus de substance psychoactive																				
Consommation																				



	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Année																				
Trajectoire conventionnelle																				
Emploi																				
Rela. conjugale																				
Trajectoire des troubles mentaux																				
Episode																				
Hosp./Thérapie																				
Trouble perso																				
Trajectoire criminelle																				
Crime																				
Parcours judiciaire																				
Arrest./incarc. /lib cond.																				
Trajectoire d'abus de substance psychoactive																				

Consommation																				
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	50
Année																				
Trajectoire conventionnelle																				
Emploi																				
Rela. conjugale																				
Trajectoire des troubles mentaux																				
Episode																				
Hosp./Thérapie																				
Trouble perso																				
Trajectoire criminelle																				
Crime																				
Parcours judiciaire																				
Arrest./incarc. /lib cond.																				
Trajectoire d'abus de substance psychoactive																				
Consommation																				

Événements de vie

- a. Indiquez directement sur la ligne du temps les événements vie que vous considérez comme marquants dans votre parcours de vie (trajectoire conventionnelle ou criminelle).

- i. Exemple : naissance d'un enfant, hospitalisation, obtention d'un diplôme, décès d'un proche parent ou d'un ami intime, perte d'un emploi auquel vous étiez très attaché, thérapie, épisode de victimisation, séparation/divorce, épisode d'incarcération, arrestation, etc.

1. Trajectoire professionnelle

- a. Avez-vous travaillé à l'âge adulte (travail légal)? Oui Non

Énumérez les activités et leur durée approximative :

1. _____ (âge : _____) durée : _____ m/a temps plein temps partiels
2. _____ (âge : _____) durée : _____ m/a temps plein temps partiels
3. _____ (âge : _____) durée : _____ m/a temps plein temps partiels
4. _____ (âge : _____) durée : _____ m/a temps plein temps partiels
5. _____ (âge : _____) durée : _____ m/a temps plein temps partiels
6. _____ (âge : _____) durée : _____ m/a temps plein temps partiels
7. _____ (âge : _____) durée : _____ m/a temps plein temps partiels

- b. Votre revenu annuel durant ces années?

2. Relation conjugale

- c. Avez-vous entretenu des relations conjugales stables durant à l'âge adulte? Oui Non

Énumérez les relations et leur durée approximative :

- Relation 1.votre âge à son début : _____ durée : _____ mois (encore en couple avec cette personne Oui)
- Relation 2.votre âge à son début : _____ durée : _____ mois (encore en couple avec cette personne Oui)
- Relation 3.votre âge à son début : _____ durée : _____ mois (encore en couple avec cette personne Oui)
- Relation 4.votre âge à son début : _____ durée : _____ mois (encore en couple avec cette personne Oui)
- Relation 5.votre âge à son début : _____ durée : _____ mois (encore en couple avec cette personne Oui)

3. Trajectoire des troubles mentaux

- a. A quel âge ont débuté les symptômes de votre/vos trouble(s) psychiatrique(s) : _____ans

b. Quel(s) diagnostic(s) avez-vous reçu(s) quant à votre/vos trouble(s) mentaux :

-
-
-
-

c. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble de la personnalité ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez le(s)quel(s) : _____ ; et indiquez sur le calendrier lorsque les symptômes ont débutés.

Si oui, indiquez sur le calendrier lorsque les symptômes étaient faibles, moyens, élevés.

d. A quelles périodes sont intervenus des épisodes intenses marquants en rapport avec votre/vos troubles mentaux :

1. Période : _____ Type d'épisode/symptôme(s) :
2. Période : _____ Type d'épisode/symptôme(s) :
3. Période : _____ Type d'épisode/symptôme(s) :
4. Période : _____ Type d'épisode/symptôme(s) :
5. Période : _____ Type d'épisode/symptôme(s) :

e. Avez-vous déjà fait un séjour en institution spécialisée ? Si oui, précisez la période et la raison :

1. De : _____ m/a A : _____ m/a. Raison :
2. De : _____ m/a A : _____ m/a. Raison :
3. De : _____ m/a A : _____ m/a. Raison :
4. De : _____ m/a A : _____ m/a. Raison :
5. De : _____ m/a A : _____ m/a. Raison :

4. Trajectoire criminelle

b. À quel âge avez-vous commis votre premier vrai délit ? _____ ans

c. Type de crime commis (en différenciant les crimes violents par un signe distinctif) :

1. _____ (âge début : _____ âge fin : _____ motivation principale : _____)
2. _____ (âge début : _____ âge fin : _____ motivation principale: _____)
3. _____ (âge début : _____ âge fin : _____ motivation principale: _____)
4. _____ (âge début : _____ âge fin : _____ motivation principale: _____)
5. _____ (âge début : _____ âge fin : _____ motivation principale: _____)
6. _____ (âge début : _____ âge fin : _____ motivation principale: _____)
7. _____ (âge début : _____ âge fin : _____ motivation principale: _____)

5. Parcours judiciaire

d. Avez-vous déjà été arrêté ? Non Oui, si oui, combien de fois : _____

e. Pour chaque arrestation, spécifiez le crime pour lequel vous avez été interpellé :

A1	A2	A3	A4	A5
A6	A7	A8	A9	A10
A11	A12	A13	A14	A15
A16	A17	A18	A19	A20

f. Avez-vous déjà été incarcéré? Non Oui, spécifiez la durée de chaque sentence, le temps fait (en mois), le crime principal (accusation) et votre âge à chacune des condamnations :

	Durée de la sentence	Temps fait (mois)	Crime principal	Âge à la condamnation
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

g. Avez-vous déjà été en probation? Non Oui, si oui indiquez sur la ligne du temps

h. Avez-vous déjà été en libération conditionnelle? Non Oui, si oui indiquez sur la ligne du temps

6. Trajectoire d'abus de substance

f. S'il y a lieu, à quel âge avez-vous consommé des substances psychoactives pour la première fois ? ____ans

g. S'il y a lieu, à quel âge avez-vous commencé à consommer des substances psychoactives de façon régulière ? _____ans

h. S'il y a lieu, indiquez vos épisodes de consommation :

1. Age début : ____ ; âge fin : ____ ; type de substance : _____

2. Age début : ____ ; âge fin : ____ ; type de substance : _____

3. Age début : ____ ; âge fin : ____ ; type de substance : _____

4. Age début : ____ ; âge fin : ____ ; type de substance : _____

5. Age début : ____ ; âge fin : ____ ; type de substance : _____

6. Age début : ____ ; âge fin : ____ ; type de substance : _____

7. Age début : ____ ; âge fin : ____ ; type de substance : _____

Annexe II – Publicité de recrutement.

Nouveau
PROJET DE RECHERCHE

Projet No : 2022-2797 CÉR CIUSSS-EMTL, approuvé le 2021-12-16

à l'unité
204

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est de
l'Île-de-Montréal
Québec



Vous avez envie de raconter votre parcours de vie, de partager vos expériences?

Nous recherchons des participant(e)s dans le cadre d'une étude visant à mieux comprendre le parcours de vie des patients de l'unité de psychiatrie légale.



Critères d'inclusion :

Recevoir des soins ou des services par l'équipe de l'unité 204 ou des soins ambulatoires.



Implication :

- Participer à 2 ou 3 entrevues d'une durée d'environ 30 minutes à une heure chacune, à l'endroit où vous recevez vos soins et au moment de votre choix.
- L'entrevue sera effectuée **en toute confidentialité** par une personne externe n'oeuvrant pas au sein de l'unité 204.

Compensation :

Un montant de 30\$ par entretien vous sera remis sous forme de carte-cadeau.



Pour participer ou pour obtenir plus d'informations, contactez Arthur Nouvian, responsable du projet ou parlez-en à une personne de l'équipe traitante (ex. intervenant(e), médecin, infirmière)

Annexe III – Formulaire de consentement.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Troubles mentaux graves et carrière criminelle : une étude sur le parcours de patients en psychiatrie légale.
Chercheur responsable du projet de recherche :	Steve Geoffrion, Professeur agrégé à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal.
Co-chercheur :	Frédéric Ouellet, Professeur agrégé à l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Arthur Nouvian, étudiant à la maîtrise en criminologie, Université de Montréal
Organisme subventionnaire :	Chantier Violence (Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal).
Installation(s) ou site(s) :	Centre intégré universitaire de santé et de services-sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le but de ce projet est de reconstruire les trajectoires de vie de personnes vivant avec un trouble psychiatrique grave

et présentant des comportements violents ou ayant commis des crimes violents. Pour se faire, nous comptons recueillir les histoires de vie d'une demi-douzaine de patients pour tenter d'identifier les facteurs qui ont influencé la perpétration d'actes violents et de comprendre les liens entre le trouble mental, la violence et ces facteurs. Parmi ces facteurs, nous voulons notamment évaluer la présence et l'influence possible d'un trouble d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive.

Nous croyons qu'une meilleure compréhension de ces liens pourrait éventuellement permettre d'améliorer la prise en charge et l'intervention auprès de la population criminelle atteinte de troubles mentaux graves.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter un minimum de 6 participants, patients du service de psychiatrie légale du Centre intégré universitaire de santé et de services-sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche se déroulera au Centre intégré universitaire de santé et de services-sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

1. Durée et nombre de visites

Votre participation à ce projet de recherche durera 2 semaines à 1 mois et comprendra 3 visites. Chaque visite sera environ d'une durée de 90 minutes.

2. Nature de votre participation

Votre participation consiste à accorder un maximum de 3 entrevues au chercheur.

Lors de la première visite il vous sera demandé de raconter votre histoire de vie, avec pour support questionnaire et la frise chronologique du calendrier d'histoire de vie. Cette première étape nous permettra de reconstituer les différentes trajectoires de votre vie en accordant une attention particulière aux événements de vie marquants et notamment : les trajectoires professionnelles, les relations conjugales, les trajectoires de troubles mentaux, les trajectoires criminelles (violentes ou non), le parcours judiciaire, et les trajectoires d'abus de substances. Cette visite devrait être plus courte que les deux autres et durer environ 60 minutes.

Les deuxièmes et troisièmes visites consisteront à réaliser les entrevues semi directives. Pendant celle-ci il vous sera demandé de raconter votre histoire en suivant les axes suivants : trajectoires de vie marquantes, parcours criminel (violent), troubles psychiatriques, habitudes de consommation. Le calendrier d'histoire de vie complété à la séance précédente servira de support visuel afin de relier les différentes informations recueillies.

Chaque visite sera menée par le chercheur-étudiant qui sera présent pour diriger les entrevues et aider les patients en tout temps. Ces entrevues seront enregistrées, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription et devraient durer environ 90 minutes maximum chacune. Les entrevues se dérouleront dans une salle de l'unité de psychiatrie légale du CEMTL, selon vos disponibilités.

AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche, il se peut que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Sauf sur avis contraire de votre part, si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans votre dossier médical, concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que les informations recueillies dans le cadre des entrevues.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, chaque participant à la recherche se verra attribuer un code et seuls le chercheur et son équipe pourront connaître son identité. Les données seront conservées dans un lieu sûr. Les enregistrements seront détruits après retranscription, et toutes autres données provenant du dossier et des questionnaires le seront également 7 ans après la fin du projet.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par l'établissement ou le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de ce projet de recherche a reçu un financement de l'organisme subventionnaire pour mener à bien ce projet de recherche.

COMPENSATION

En guise de compensation pour les frais encourus en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez un montant de 30\$ par visite prévue au protocole, pour un total de 2 ou 3 visites.

Si vous vous retirez du projet (ou s'il est mis fin à votre participation) avant qu'il ne soit complété, la compensation sera proportionnelle à la durée de votre participation.

Advenant qu'une compensation monétaire au-delà des sommes versées pour rembourser vos dépenses, vous soit remise, veuillez noter qu'un T4A (État du revenu de pension, de retraite, de rente ou d'autres sources) pourrait vous être émis.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas

le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec Arthur Novian au numéro suivant : 514-612-4666

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au 514-252-3400, poste 3510.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a approuvé le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au 514-252-3400, poste 5708.

Titre du projet de recherche : Troubles mentaux graves et carrière criminelle : une étude sur le parcours de patients en psychiatrie légale.

SIGNATURES :

Signature du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

J'autorise l'équipe de recherche à avoir accès à mon dossier médical.

Nom et signature du participant	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
---	-----------	------

Engagement du chercheur responsable

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche	Date
---	------

Annexe IV – Grille d’entretien semi-dirigé.

PRESENTATION DE L’INTERVIEWER

Bonjour, je m’appelle Arthur Nouvian, je fais une recherche sur les liens entre troubles psychiatriques et carrière criminelle, et plus particulièrement sur l’usage de violence dans les crimes commis, tout en explorant les trajectoires de consommation.

Au cours de l’entretien, j’aimerais que nous abordions les thèmes suivants : votre histoire de vie, vos trajectoires criminelles, la présence et la commission de violence, votre maladie psychiatrique, votre consommation d’alcool/stupéfiant, ainsi que les changements et événements marquants qui sont survenus dans votre vie. En ayant ces thèmes en tête...

TRAJECTOIRE DE VIE

Question principale	Questions complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me parler de votre vie jusqu’au moment où nous nous parlons ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Enfance : relations familiales, contexte socio-économique, école, expérience de victimisation, pairs... ○ Adolescence : relations familiales, école, occupation (travail, temps libres), pairs, expérience de victimisation, consommation, délits ... ○ Passage à l’âge adulte ○ Âge adulte : Parcours professionnel, réseau conventionnel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Quels ont été les événements marquants de votre vie ? (exemple : mariage, divorce/séparation, décès d’une personne proche, naissance d’un enfant, premier emploi ...) • Comment avez-vous vécu ou interprété les différentes circonstances de vie auxquelles vous avez été confrontées (expérience subjective)? • Est-ce que ces événements marquants ont eu une influence sur votre trajectoire?

PARCOURS CRIMINEL ET VIOLENCE

Question principale	Questions complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me parler de votre parcours criminel en insistant sur les crimes violents? 	<ul style="list-style-type: none"> • À quel âge avez-vous commencé à commettre des délits ? • À quelle fréquence commettiez-vous vos délits ? • Quel type de délit faisiez-vous ?

<ul style="list-style-type: none"> ○ Paramètres de la carrière criminelle : fréquence, durée, précocité, gravité, type de crime, habitudes de co-délinquance. ○ Criminalité violente : épisodes de violences, types de crimes, motivation. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aviez-vous des partenaires lors de la perpétration de vos délits ? ● Quels sont les éléments qui ont déclenché la commission de crimes violents ? ● Vous souvenez-vous avoir eu des épisodes de violences vous ayant particulièrement marqué ? ● Quel est votre ressenti avant/pendant/après la commission d'un acte criminel violent et non violent ? ● Votre parcours criminel fut-il souvent « interrompu » et pour quelle raison ? (Exemple : incarcération, institution spécialisé, décision de quitter le crime, proche aidant...)
--	--

INFLUENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Question principale	Questions complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> ● Pouvez-vous me parler d'évènements marquants en lien avec vos troubles mentaux dès leur apparition ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Déclenchement de la maladie ○ Épisodes ○ Impact sur la carrière criminelle et les crimes violents 	<ul style="list-style-type: none"> ● Quelle influence, sur votre entourage et vous-même, a eu l'annonce de votre maladie psychiatrique? ● Comment vivez-vous votre trouble psychiatrique au quotidien ? ● Seriez-vous en mesure de tisser un lien entre vos troubles mentaux et les crimes commis ? ● Avez-vous vécu des épisodes particulièrement marquants concernant votre maladie psychiatrique ? ● Comment vous sentez vous vis-à-vis de votre médication ?

HABITUDES DE CONSOMMATION

Question principale	Questions complémentaires
<ul style="list-style-type: none"> ● S'il y a lieu, pouvez-vous me parler de votre consommation d'alcool ou de stupéfiant ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comment votre consommation impacte votre quotidien? ● Décrivez moi une journée typique durant laquelle vous consommez.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Début de la consommation ○ Fréquence de consommation ○ Types de psychoactif consommé, préférence. ○ Impact sur la criminalité et les troubles mentaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Vous souvenez-vous avoir commis des crimes sous l'influence de drogue/alcool? ● Comment et pourquoi diriez-vous que vous avez commencé à consommer ? ● Vis-à-vis des autres points abordés précédemment, qu'est-ce que vous apporte votre consommation ? ● Pouvez-vous faire un lien entre votre consommation et les autres points abordés précédemment? ● A quoi diriez-vous que votre consommation est liée ? Y-a-t-il des moments particuliers durant lesquels vous préférez consommer plutôt que d'autres?
---	--

CLOTÛRE

Questions principales
<ul style="list-style-type: none"> ● Est-ce qu'il y a d'autres points que nous n'avons pas abordés et qui vous semble être un élément important dans votre parcours concernant votre trouble psychiatrique et vos crimes violents ? <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avez-vous autre chose à ajouter concernant votre histoire; votre parcours criminel, vos troubles psychiatriques, vos habitudes de consommation ou autres?

QUESTIONS DE CLARIFICATION

<ul style="list-style-type: none"> ● Pouvez-vous m'en dire plus au sujet de ... ? ● Pouvez-vous m'en dire davantage sur ... ? ● Parlez-moi plus en détail de ... ? ● Pouvez-vous me donner des exemples de ... ?
--

