

Université de Montréal

Trouble mentaux graves, toxicomanie et violence : étude qualitative  
du point de vue des personnes contrevenantes

Par  
Perrine Poullot

Département de psychologie  
Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en psychologie recherche-intervention  
option psychologie clinique

Avril, 2011

© Perrine Poullot, 2011

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Cette thèse est intitulée :  
Trouble mentaux graves, toxicomanie et violence : étude qualitative  
du point de vue des personnes contrevenantes

Présentée par :  
Perrine Poullot

sera évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Nadeau  
Président rapporteur

Denis Lafortune  
Directeur de thèse

Serge Brochu  
Co-directeur de thèse

Diane Casoni  
Membre du jury

Michel Perreault  
Examineur externe

Pauline Morissette  
Représentante du doyen FES

## Sommaire

Cette thèse pose un premier regard sur l'expérience subjective de la violence manifestée par les individus atteints d'un trouble de santé mentale grave et persistant et d'un trouble lié à une substance. À partir d'une recension des écrits, elle présente, dans le premier chapitre, une adaptation des volets psychopharmacologique et économique-compulsif du modèle tripartite de Goldstein (1985), à la population aux prises avec une telle comorbidité. Dans les deuxième et troisième chapitres, elle présente l'analyse qualitative d'une série d'entrevues effectuées auprès de détenus incarcérés dans une unité de santé mentale d'un pénitencier canadien pour cause de délits violents. Elle explore, dans ces chapitres, les représentations de l'influence de la consommation sur les différentes sphères de la vie de ces détenus ainsi que l'importance qu'ils attribuent à celles-ci quant au passage à l'acte responsable de leur incarcération. L'analyse démontre que presque la moitié des personnes interrogées attribue la responsabilité du délit violent aux effets directs de la substance sur les symptômes liés à la maladie mentale ou aux effets directs de celle-ci sur leur comportement et leurs cognitions. Les autres attribuent plutôt la responsabilité de leur acte violent à la détérioration de leur fonctionnement psychosocial (c'est-à-dire à leur incapacité graduelle à maintenir un emploi, à se nourrir, se loger et à entretenir des relations sociales, amoureuses ou familiales), qui résulte des conséquences sociales et économiques associées à l'usage répétitif et/ou excessif de substances intoxicantes. À la lumière de ces résultats, le deuxième chapitre vérifie l'applicabilité du volet psychopharmacologique à cette population, et le troisième, celle du volet économique-compulsif. Les trois chapitres de cette thèse sont présentés sous forme d'articles scientifiques.

Mots clés : trouble mental grave, troubles liés aux substances psychoactives, alcool, drogues, violence, détenus, étude qualitative.

## Summary

This thesis offers a first look at the subjective experience of violent behaviour manifested by individuals who present a severe mental disorder and a substance abuse disorder. The first chapter presents an adaptation of Goldstein's psychopharmacological and economic-compulsive models (1985), based on a literature review. The second and third chapter present a qualitative analysis of a series of interviews conducted with mentally disordered offenders from a Canadian penitentiary who are incarcerated for violent crimes. These chapters explore the inmates' perceptions of the influence of the substance abuse on the various aspects of their lives and of its contribution in the realization of their crime. The results show that almost half of the subjects were of the opinion that their violent crime resulted from the direct influence of the substance abuse on their mental illness, on their behaviour or on their cognitions. The others attributed the responsibility of their violent crime to the gradual deterioration of their general psychosocial functioning (meaning their gradual inability to hold a job, to feed themselves, to maintain housing accommodations, as well as social, familial and love relationships) that results from the social and economical consequences of substance abuse. Based on these results, the second and third chapter discuss the applicability of the psychopharmacological and economic-compulsive models to this population. All three chapters are presented in the form of a scientific article.

Keywords: severe mental illness, substance abuse, alcohol, drugs, violence, inmates, qualitative analysis.

## Table des matières

SOMMAIRE .....	iii
SUMMARY .....	v
TABLES DES MATIÈRES .....	vi
LISTE DES FIGURES .....	vii
REMERCIEMENTS .....	viii
INTRODUCTION .....	1
PREMIER CHAPITRE .....	15
Santé mentale, alcool/drogues et violence (Adaptation du modèle tripartite de Goldstein .....	16
Références .....	39
DEUXIÈME CHAPITRE.....	47
Comorbidité psychiatrique et violence psychopharmacologique .....	48
Références .....	78
TROISIÈME CHAPITRE.....	83
Comorbidité psychiatrique, détérioration du fonctionnement psychosocial et violence .....	84
Références .....	118
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	121
RÉFÉRENCES .....	135
APPENDICE : Grille de codification .....	x
Protocole d'entrevue .....	xiv

## Liste des figures

Figure 1.1 Présentation schématique du modèle psychopharmacologique adapté à la population d'individus présentant un trouble mental grave et persistant et un trouble lié à une substance.....	30
Figure 1.2 Présentation schématique du modèle économique-compulsif adapté à la population d'individus présentant un trouble mental grave et persistant et un trouble lié à une substance.....	36
Figure 2.1 Schéma illustrant l'adaptation révisée du volet psychopharmacologique aux individus atteints à la fois d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble lié une substance .....	76
Figure 3.1 Schéma illustrant l'adaptation révisée du volet économique-compulsif aux individus atteints à la fois d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble lié une substance.....	115

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes directeurs, Denis Lafortune et Serge Brochu, pour avoir accepté de me diriger dans cette aventure. J'apprécie infiniment le soutien et la grande patience qu'ils ont su démontrer à mon égard tout au long de cette démarche doctorale. Malgré leurs innombrables obligations, ils sont parvenus à trouver le temps de me guider à travers chaque étape de la réalisation de ce travail. Je les remercie de m'avoir appuyée et m'avoir permis de profiter de leur esprit critique et de leurs conseils judicieux.

Mes plus sincères remerciements au Service correctionnel du Canada et à toute l'équipe du Centre régional de santé mentale de l'Établissement Archambault pour m'avoir accueillie, accompagnée et accommodée durant la période de cueillette de données. Merci aux détenus qui ont accepté de me rencontrer et qui m'ont fait suffisamment confiance pour me faire part de leur récit de vie.

Je remercie le CICC et FQRSC pour le soutien financier qu'ils m'ont fourni, me permettant ainsi de me consacrer davantage à mes études.

Merci à toute ma famille, à mes amis et à mon conjoint, qui ont été témoins de mes hauts et mes bas et qui ont toujours su m'encourager, sans jamais me reprocher mon manque de disponibilité. De même, je remercie mes collègues de classe et toute mon équipe de travail du Centre régional de réception. Votre soutien, vos mots d'encouragement et l'intérêt que vous avez démontré envers cette recherche ont grandement contribué à sa réalisation.



Enfin, je remercie tout particulièrement mon père pour son immense générosité et sa grande disponibilité. Je le remercie d'avoir cru en moi et de m'avoir ainsi inspiré la persévérance nécessaire pour l'aboutissement de ce travail.

## INTRODUCTION

Depuis les vingt dernières années, nous observons une expansion des écrits portant sur la présence comorbide d'un trouble lié à une substance psychoactive chez la population aux prises avec une problématique de santé mentale grave et persistante (Mueser & Drake, 2007). Cet intérêt croissant découle entre autres de la constatation d'une occurrence élevée de la première problématique chez ces individus (Kavanagh & al., 2004; Mueser, Yarnold, Rosenberg, Swett, Miles & Hill, 2000). Il est estimé qu'entre 40 et 60 % des gens atteints d'un trouble de santé mentale grave présenteront un trouble concomitant lié aux substances psychoactives au cours de leur vie et que la moitié de ceux-ci répondent déjà aux critères d'une telle problématique (Drake & Mueser, 2000; Rosenthal & Westreich, 1999). À titre d'exemple, une étude épidémiologique récente réalisée aux Etats-Unis par l'agence américaine Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008) démontre que 9,8 millions d'américains adultes sont atteints d'un trouble mental grave et persistant et que, de ceux-ci, 30 % présentent une problématique liée à la drogue et 12 %, à l'alcool, contre 13 % et 7 % de la population régulière. Une recension des écrits par Buckley (2006) rapportent des résultats similaires observés en Australie, en Angleterre, en Italie, en Suisse et en Allemagne.

Une étude épidémiologique nationale réalisée par Statistique Canada en 2002, auprès de personnes âgées de 15 ans et plus et vivant en communauté, permet d'évaluer que 2,2 % de la population présentent un trouble de dépendance à l'alcool (mesuré lors des 12 derniers mois) et 1,1 %, aux drogues. Lorsqu'on inclut les gens qui ne répondent pas à l'ensemble des critères d'un trouble de dépendance, mais qui rapportent tout de même des difficultés<sup>1</sup> associées à la consommation de substances

---

<sup>1</sup> Il s'agit de difficultés observées au niveau des activités quotidiennes, des activités scolaires ou professionnelles et des activités sociales ou les relations interpersonnelles.

psychoactives, les taux de prévalence s'élèvent à 8,9 % pour l'alcool et à 3 % pour les drogues. Parmi les gens atteints d'un trouble comorbide de santé mentale, ils sont deux fois plus nombreux à rapporter une consommation problématique d'alcool, soit 16,1 % (26,2 % chez les hommes seulement), et trois fois plus nombreux à présenter une consommation problématique de drogues, soit 9,4 % (15,8 % chez les hommes seulement). De plus, les résultats démontrent que les taux de comorbidité varient selon la province. Ainsi, il est le plus élevé en Colombie Britannique (25 %) et le plus bas au Québec (15,3 %) (Rush & al., 2008). Au Québec, une analyse de l'Institut de la statistique du Québec, à partir des données de l'étude de Statistique Canada, permet d'observer que 1,3 % des adultes québécois (mesuré sur 12 mois) présentent un trouble de dépendance à l'alcool et 0,7 %, aux drogues. Ces taux de prévalence s'élèvent à 3,8 % et 4,3 % chez ceux qui présentent un trouble comorbide de santé mentale (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008). Notons toutefois que ces études ne visent que les troubles de l'humeur et de l'anxiété. C'est sans doute pourquoi les données relevées par le Mental Health Supplement (1992) auprès de la population ontarienne, âgée de 15 ans et plus, démontrent que, parmi l'ensemble des individus qui présentent un trouble lié à la consommation d'alcool, 55 % sont à risque de présenter un trouble de santé mentale au cours de leur vie, comparé à 25 % qui ne manifestent pas une telle problématique (Ross, 1995).

Au Québec, Mercier et Beaucage rapportent, suite à une recension des écrits scientifiques effectuée en 1997, qu'entre le tiers et la moitié de la clientèle psychiatrique présente un trouble comorbide lié à une substance et qu'entre la moitié et les deux tiers des personnes en milieu de traitement de la toxicomanie présenteraient un trouble concomitant de santé mentale.

Pour la schizophrénie spécifiquement, l'étude de Mercier et Beaucage (1997) révèle que 28 % des schizophrènes en milieu psychiatrique présentent une prévalence à vie d'un trouble lié à une substance. Une large étude épidémiologique américaine, l'Epidemiologic Catchment Area (ECA), situait ce taux à 48 % (Regier, Farmer & Rae, 1990). Cette dernière étude démontra un risque trois fois plus élevé pour cette population de présenter un trouble lié à l'alcool et un risque six fois plus élevé de présenter un trouble lié à la drogue. Plus récemment, Margolese et collègues (2004) observent que 45 % des patients psychotiques chroniques d'un hôpital de Montréal sont atteints d'un trouble de consommation. Enfin, Cuffel (1996) indique qu'environ la moitié des jeunes ayant un premier épisode de schizophrénie présentent ou développeront un trouble lié aux substances.

En ce qui a trait au trouble bipolaire, il serait le trouble de l'axe I le plus fréquemment accompagné d'un trouble lié aux substances (Levin & Hennessy, 2004). Par exemple, selon l'étude de l'ECA (Regier, Farmer & Rae, 1990), la prévalence de l'abus ou de la dépendance aux substances chez les personnes présentant un trouble bipolaire serait de 56 % durant leur vie. Comparativement à la population régulière, les bipolaires présenteraient un taux 11 fois plus élevé d'un trouble lié à une substance. Au Québec, Schaffer, Cairney, Cheung, Veldhuizen et Levitt (2006) estiment qu'environ 42 % des bipolaires présenteraient, ou auraient présenté dans les douze mois précédents leur étude, un trouble concomitant lié aux substances psychoactives.

Un milieu dans lequel nous observons des taux encore plus élevés de trouble mentaux graves combinés à un trouble lié à une substance est l'environnement carcéral. Par exemple, une étude révèle que 93 % des détenus bipolaires d'une prison ontarienne présentaient un trouble lié à une substance (Elhaj, Youngstrom, Sakai & al, 2004). Brink,

Doherty et Boer (2001) rapportent que 82,4 % des détenus psychotiques d'un pénitencier de la Colombie-Britannique répondent aux critères d'un trouble comorbide. Des résultats similaires ont été observés ailleurs dans le monde. Ainsi, une étude réalisée auprès de détenus iraniens démontre que 95 % de ceux qui présentent un trouble psychotique et 82,5 % de ceux qui présentent un trouble de l'humeur montrent également un trouble lié à une substance (Assadi & al., 2006). Ces taux ne sont pas négligeables si l'on considère qu'au Québec, la prévalence de schizophrénie est sept fois plus élevée en milieu carcéral que dans la communauté et quatre fois pour la maladie bipolaire (Côté & Hodgins, 1990). Côté & Hodgins (1990) estiment qu'environ 25 % des détenus présenteraient un trouble de santé mentale grave. Par ailleurs, les recherches démontrent également un risque plus élevé de réincarcérations chez les individus aux prises avec une telle comorbidité. Ainsi, une étude américaine réalisée auprès de 61 000 détenus du Texas démontre que, lorsque l'on compare les individus qui présentent un trouble comorbide de santé mentale grave à ceux atteints seulement d'un trouble lié aux substances psychoactives, ces premiers ont plus de probabilité d'être réincarcérés à de multiples reprises lors des six années suivant leur libération (Baillargeon, Penn, Knight, Harzke, Baillargeon & Becker, 2009).

### Comorbidité et risques associés

La population atteinte d'un trouble grave et persistant de santé mentale et d'un trouble lié aux substances psychoactives est plus à risque de rencontrer certaines difficultés lorsqu'on la compare aux personnes ne souffrant que d'un seul trouble psychiatrique (Hartwell, 2004). Par exemple, la double problématique fut associée à une aggravation des symptômes liés à la maladie mentale, à une non-observance de la médication et, donc, à une augmentation du risque de rechute et d'hospitalisation

(Owen, Fisher, Booth & Cuffel, 1996 ; Swofford, Kasckow, Scheller-Gilkey & Inderbitzin, 1996 ; Urbanoski, Cairney, Adlaf & Rush, 2007). Les individus qui la présentent courent un plus grand risque d'être confrontés à des difficultés fonctionnelles comme le chômage ou l'instabilité au travail, l'itinérance, des conflits interpersonnels et des problèmes de santé physique. Enfin, nous observons aussi chez ceux-ci un plus grand risque de suicide et de comportements agressifs (Bennett & Barnett, 2003 ; Buckley, 2006 ; Drake, Osher & Wallach, 1991 ; Mueser, Bellack & Blanchard, 1992 ; Pencer & Addington, 2003 ; Pisseli, Elisei, Murgia, Quartesan et Abram, 2009 ; Potash & al., 2000 ; Rachbeisel, Scott & Dixon, 1999 ; Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner & Burns, 1998).

### Comorbidité et violence

De grande importance pour la sécurité du public, la violence associée à la maladie mentale fit l'objet de nombreuses études, mais leurs résultats sont mitigés. Alors que certains auteurs voient un lien indéniable entre la maladie mentale et la violence, d'autres affirment plutôt que la violence manifestée par cette population ne serait en fait que le résultat de la présence comorbide d'un trouble lié à l'alcool ou aux drogues (Elbogen & Johnson, 2009). Suite à une révision des écrits scientifiques (de 1990 à 2005) portant sur les troubles mentaux graves et la violence, Dubreucq, Joyal et Millaud (2005) concluent que le diagnostic de schizophrénie est « de façon non discutable » associé à un risque plus élevé de violence que l'absence d'un diagnostic psychiatrique. Dépendamment des recherches, ce risque de violence serait par ailleurs au moins égal sinon supérieur à celui associé au trouble bipolaire, mais demeurerait toutefois moins important que le risque lié à un abus de substance ou à un trouble de personnalité antisociale. Enfin, les auteurs mentionnent que le risque de violence

augmente considérablement lorsque la schizophrénie ou le trouble bipolaire sont combinés à un trouble lié à une substance. À titre d'exemple, Eronen, Hakola et Tiihonen (1996) ont constaté, lors d'une étude sur 1 423 homicides survenus en Finlande, que, comparés à la population régulière, les schizophrènes avaient un risque 6,4 fois plus élevé de poser un geste meurtrier et que ce risque grimpait jusqu'à 16,6 fois plus élevé chez les schizophrènes aux prises avec une problématique de consommation d'alcool ou de drogues. Une étude danoise, réalisée par Gottlieb et collègues (1987), démontre que, parmi tous les auteurs d'homicides survenus sur une période de 25 ans, 20 % des hommes présentaient un trouble psychotique au moment du meurtre. De ceux-ci 41 % présentaient un trouble lié à une substance psychoactive et 89 % étaient sous l'influence d'une telle substance au moment du délit.

Le risque de violence associé à ce type de comorbidité a aussi été observé dans le cadre d'études épidémiologiques (Swanson, Holzer, Ganju & Jono, 1990; Stueve & Link, 1992), de recherches réalisées auprès de patients ayant obtenu leur congé d'un hôpital psychiatrique (Monahan & al., 2001; Wallace, Mullen, Burgess, Palmer & Brown, 1997; Wallace, Mullen & Burgess, 2004), ou encore lors d'études longitudinales suivant une cohorte d'individus. Par exemple, Tiihonen, Isohanni, Räsänen, Koironen et Moting (1997) notent un risque 25 fois plus important de passage à l'acte violent chez les personnes atteintes de ce type de comorbidité.

### Typologies de schizophrènes violents

L'intérêt croissant pour la violence manifestée par les individus atteints d'un trouble de santé mentale grave et persistant, et l'étude des différents facteurs de risque associés à celle-ci (trouble comorbide lié à une substance, personnalité antisociale,



trouble des conduites, non-observance de la médication ou présence de certains symptômes spécifiques) a favorisé l'élaboration de différentes typologies de schizophrènes violents. D'abord, Hodgins (2001) suggéra qu'il existait en fait deux types de schizophrènes violents, soit les « early starters » et les « late starters ». Chez le premier groupe, la violence précéderait l'apparition de la maladie mentale et ne serait donc pas liée à celle-ci. Elle serait plutôt associée à la présence d'un trouble de personnalité antisociale, manifestée dès l'enfance ou l'adolescence par un trouble des conduites. La consommation de drogue ou d'alcool du premier groupe s'inscrit dans un mode de vie déviant et aurait ainsi précédé l'apparition du trouble psychotique. Sa criminalité serait diversifiée et s'apparenterait davantage à celle des individus qui ne présentent pas de problématique de santé mentale. Appuyant cette typologie, certains auteurs ont observé qu'une grande majorité de schizophrènes sont condamnés pour des actes criminels avant même d'avoir été diagnostiqués schizophrènes, surtout ceux qui avaient posé un acte violent (Wallace, Mullen & Burgess, 2004). Le second groupe, quant à lui, aurait manifesté des comportements violents seulement une fois que la symptomatologie psychotique ne fut apparente. L'usage de substances psychoactives serait moins fréquent chez ce groupe et serait susceptible d'entraîner une aggravation de la symptomatologie psychotique. Comparé au groupe précédent, celui-ci ferait preuve de plus faibles habiletés sociales et sa criminalité serait davantage liée à la présence de symptômes psychotiques.

Quelques années plus tard, Putkonen, Kotilainen, Joyal et Tiihonen (2004) effectuent une étude qui permet de distinguer trois sous groupes de schizophrènes violents (incluant les autres troubles psychotiques) parmi un échantillon de 90 individus ayant posé un geste meurtrier (meurtre ou tentative de meurtre). D'abord, ceux qui ne présentent qu'un seul diagnostic et qui ne constitueraient que 25 % de cette population.

Un deuxième quart regrouperait ceux qui présentent un trouble comorbide lié à une substance. Le risque de violence serait plus élevé chez ces derniers étant donné la présence d'une problématique de consommation et la non-observance de la médication qui vient souvent de pair avec celle-ci. Les autres, soit les derniers 47 % de l'échantillon, se distinguent des précédents puisqu'ils présentent une troisième problématique : un trouble de personnalité antisociale s'ajoutant aux deux premières. Ce groupe s'apparente au groupe d'early starters décrit par Hodgins, dans le sens où le diagnostic de personnalité antisociale serait un facteur indépendant de la maladie mentale dans le risque de commettre un meurtre, mais, seulement s'il est combiné à un trouble lié à une substance.

Enfin, Dubreucq, Joyal et Millaud (2005) proposent une autre typologie de schizophrènes violents qui comprend aussi trois sous-groupes. Le premier sous groupe présente un triple diagnostic, donc un trouble psychotique, une problématique d'abus d'alcool et une personnalité antisociale. La violence manifestée par ce groupe d'individus est souvent non planifiée et dirigée envers un ami consommateur. Elle s'apparente en fait à la violence manifestée par la population régulière antisociale qui fait usage de stupéfiants et résulterait donc d'une combinaison de plusieurs facteurs. Les schizophrènes faisant partie de ce groupe obtiendraient de meilleurs résultats neuropsychologiques, auraient de meilleures habiletés sociales et présenteraient moins de signes neurologiques que ceux des autres sous groupes. Les auteurs mentionnent que le traitement antipsychotique n'entraîne pas nécessairement une baisse du risque de violence et que le risque de récurrence demeure par conséquent élevé.

Le deuxième groupe comprend les schizophrènes chroniques, souvent de type indifférencié, qui présentent des signes d'anomalies cérébrales structurales. La violence

manifestée par ce groupe est spontanée et souvent en réaction à une situation frustrante de la vie quotidienne. Elle est plus souvent verbale et dirigée vers les objets, donc moins violente que celle des deux autres groupes. Toutefois, le risque de récurrence est très élevé puisque ce groupe répond moins bien au traitement antipsychotique.

Enfin, le dernier groupe comprend les schizophrènes paranoïdes, chez qui l'agir violent est plus souvent planifié et dirigé envers un membre de la famille. La violence manifestée par ces individus s'inscrit dans un délire de persécution, d'influence ou de grandeur. Dubreucq, Joyal et Millaud (2005) précisent qu'il s'agit donc d'une violence qui survient en phase aiguë de la maladie et qui est par conséquent temporaire. Les antécédents de violence sont rares et le risque de récurrence, faible. Ce groupe ne présente pas de trouble comorbide de la personnalité, ni d'abus de substance. Il ne manifeste pas non plus d'atteinte cognitive. Le risque de violence dépend de l'adhérence au traitement pharmacologique. La violence est plus facile à prévenir que celle du groupe précédent, mais elle demeure plus sérieuse.

Ces différentes classifications proposées par ces auteurs permettent d'établir des profils en fonction des multiples facteurs de risque associés à la présence d'une telle problématique de santé mentale, mais elles n'expliquent pas comment la présence d'un trouble lié à une substance augmente le risque de passage à l'acte violent chez l'individu schizophrène ou bipolaire.

Afin d'expliquer la relation entre la maladie mentale grave, les troubles liés aux substances et la violence, Tiihonen et Swartz (2000) ont suggéré que l'abus de substance : a) augmenterait l'impulsivité chez les gens atteints d'un trouble mental grave, lors de la phase d'intoxication ou de sevrage, b) entraînerait une exacerbation

des symptômes liés à la maladie mentale ou c) ne serait en fait qu'un indicateur de la présence d'un trouble de personnalité antisociale, lui-même associé à un risque de violence. Dernière possibilité : d) l'abus de substance et la violence résulteraient de l'exposition à un environnement socio-économique caractérisé par la pauvreté, un haut taux de criminalité, la violence, l'accessibilité aux substances psychoactives. Ces auteurs proposent d'autres hypothèses liant l'usage de substances psychoactives au trouble grave de santé mentale (par exemple, les effets secondaires du traitement pharmacologique mèneraient l'individu à « s'automédicamenter » à l'aide de substances intoxicantes), mais celles-ci expliquent davantage la cooccurrence de ces deux problématiques que le lien entre celles-ci et la violence.

Une meilleure compréhension des processus menant à la violence manifestée par les individus aux prises avec un trouble de santé mentale permettrait de cibler avec plus d'efficacité ceux qui présentent un risque de poser un geste violent. Par le fait même, il serait possible de prévenir un passage à l'acte violent, mais aussi d'adapter les interventions pharmacologiques ou psychothérapeutiques en fonction des besoins de chacun. À notre connaissance, toutefois, il n'existe toujours pas de modèle permettant de comprendre la violence liée aux substances psychoactives spécifique à la population atteinte d'un trouble de santé mentale grave et persistant.

Dans cette perspective, l'objectif principal de cette thèse sera d'explorer le processus menant à la violence chez les individus en proie à un trouble de santé mentale grave et persistant et un trouble lié à une substance psychoactive, tel que vécu par ces derniers. Il s'agira de relever les représentations de l'influence de la consommation sur les différentes sphères de la vie de ces individus, ainsi que son implication dans le passage à l'acte violent.

Dans un deuxième temps, cette étude explorera la possibilité d'appliquer une conception de la violence liée aux substances psychoactives chez la population régulière aux individus atteints de comorbidité. Il s'agit du modèle tripartite de Goldstein (1985) qui comprend trois volets : psychopharmacologique, économique-compulsif et systémique. Comme le dernier volet décrit une violence liée au système de distribution de substances illicites, plutôt qu'aux effets de celles-ci sur les consommateurs, il ne répond pas aux objectifs de ce travail et fut donc mis de côté.

Le premier chapitre de cette thèse présente l'adaptation des volets psychopharmacologique et économique-compulsif du modèle tripartite de Goldstein, en fonction des connaissances actuelles se rapportant aux individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant et un trouble lié à une substance psychoactive. Il s'intitule *Santé mentale, alcool/drogues et violence (Adaptation du modèle tripartite de Goldstein)* et est paru dans la revue *Psychotropes*, 14 (3-4), 157-178.

Les chapitres deux et trois posent un regard subjectif sur la violence manifestée par cette sous population, à l'aide de l'analyse qualitative d'une série d'entrevues effectuées auprès de détenus fédéraux atteints de comorbidité. Le second chapitre et article s'intéresse aux effets « directs » de la substance psychoactive sur la santé mentale et le comportement des individus rencontrés. Il suggère, à partir des informations recueillies, une adaptation du volet psychopharmacologique à cette population. Il s'intitule *Comorbidité psychiatrique et violence psychopharmacologique* et fut soumis à la revue *Psychotropes*.

Le troisième chapitre et article met l'accent sur les effets « indirects » de la drogue ou de l'alcool sur le fonctionnement psychosocial des personnes interrogées, en portant une attention particulière aux conséquences relationnelles et économiques engendrées par l'usage de ces substances, tels que perçus par ces derniers. À l'aide de ces données, il explore l'applicabilité du volet économique-compulsif à cette population. Ce texte s'intitule *Comorbidité psychiatrique, détérioration du fonctionnement psychosocial et violence* et sera soumis à la revue *Santé mentale au Québec*.

Enfin, le dernier chapitre de cette thèse présente la discussion des résultats et les conclusions tirées de ces trois articles, de même que les contributions et les limites de l'ensemble de l'ouvrage. Finalement, il suggère des pistes d'intervention futures.

Avant de débiter, précisons certains termes. Selon le National Institut of Mental Health, un trouble mental grave et persistant est un trouble psychotique non-organique ou un trouble de personnalité, présent depuis au moins deux ans, entraîne une perturbation du fonctionnement (soit un fonctionnement global de 60 ou moins) (NIMH,1987). Dans le cadre de cette thèse, nous retenons une définition plus restreinte de l'expression « trouble mental grave et persistant », afin de regrouper la maladie bipolaire et les troubles psychotiques (incluant la schizophrénie, les troubles délirant, schizo-affectif, psychotique indifférencié ou non spécifié et psychose atypique). Comparés à d'autres troubles mentaux, comme la dépression ou l'anxiété, le trouble bipolaire et la schizophrénie présentent des points communs qui facilitent leur regroupement (la présence de symptômes psychotiques, une prévalence plus petite dans la population générale, un pronostic plus pauvre et des origines davantage biologiques que sociales) (Mueser, Drake & Wallach, 1998).

Les termes « toxicomanie », « troubles de toxicomanie ou troubles liés aux substances psychoactives », « abus de substance » et « dépendance à une substance » ont tous des définitions cliniques précises, mais pour éviter la répétition, elles seront parfois utilisées de manière interchangeable. Les définitions suivantes sont tirées d'un document publié par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2009, p.5) :

Toxicomanie : « le terme toxicomanie fait généralement référence à des habitudes de forte consommation de substances psychotropes surtout prises pour les effets sur la conscience, l'humeur et la perception » et « causant des symptômes physiques de sevrage ».

Troubles de toxicomanie ou troubles liés aux substances psychoactives : « les troubles liés à la prise d'une substance donnant lieu à abus, aux effets secondaires d'une médication ou à l'exposition à un toxique ». « Ils se sous-divisent en dépendance à une substance et en abus de substances ».

Abus de substance: « c'est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance mis en évidence par des conséquences indésirables, récurrentes et significatives, liées à cette utilisation répétée. Les critères pour l'abus de substances n'incluent pas la tolérance ni le sevrage ».

Dépendance à une substance : « elle désigne un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que la personne continue à utiliser le produit malgré des problèmes significatifs liés à la substance ».

## PREMIER CHAPITRE



Premier article

Santé mentale, alcool/drogues et violence  
(Adaptation du modèle tripartite de Goldstein)

Perrine Poullot  
Candidate au doctorat  
Département de psychologie  
Université de Montréal

Denis Lafortune  
Professeur agrégé  
École de criminologie  
Université de Montréal

Serge Brochu  
Professeur titulaire  
École de criminologie  
Université de Montréal

Publié dans la revue *Psychotropes*

## Résumé

Plusieurs recherches démontrent que le fait de présenter un trouble mental grave et un trouble concomitant lié à une substance serait associé à un risque plus élevé de comportements violents. Toutefois, il n'existe aucun modèle conceptuel expliquant la relation entre ce type de comorbidité psychiatrique et la violence. Le texte suivant propose une première explication du phénomène basée sur une adaptation des volets psychopharmacologique et économique-compulsif du modèle tripartite de Goldstein, à la population atteinte d'un trouble mental grave et persistant (la schizophrénie ou la maladie bipolaire) et d'un trouble concomitant lié à une substance.

## Introduction

Plusieurs recherches démontrent que le fait de présenter un trouble mental grave et un trouble concomitant lié à une substance serait associé à un risque plus élevé de comportements violents (Côté & Hodgins, 1990; Fulwiler & al., 1997; Rice & Harris, 1995; Steadman & al., 1998; Swanson & al., 2002). Entre autres, Steadman et ses collègues (1998) ont observé que la présence d'un trouble lié à une substance augmentait significativement le taux de violence chez les individus relâchés d'établissements pour gens atteints de troubles mentaux graves. Fulwiler et al. (1997) ont noté des résultats similaires, observant que la présence d'un trouble lié à une substance était un important facteur de risque de violence chez les gens atteints d'une maladie mentale grave et chronique. Et, plus récemment, Swanson et al. (2002) ont identifié certaines variables reliant la maladie mentale grave et la violence, parmi lesquelles figurait la présence d'un trouble lié à une substance.

La relation entre ce type de comorbidité psychiatrique et la violence est d'une importance non négligeable puisque de nombreuses études démontrent que les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants, telles la schizophrénie ou le trouble bipolaire, présentent un risque plus élevé de manifester un trouble lié à une substance que la population en général (Cuffel, 1996; Regier & al., 1990). Une étude américaine, souvent mentionnée à ce sujet, celle du *Epidemiologic Catchment Area*, démontre que le taux de prévalence à vie d'un trouble lié à une substance chez la population en général est de 17 %, alors qu'il est de 48 % chez les individus atteints de schizophrénie et de 56 % chez ceux atteints du trouble bipolaire (Kessler & al., 1996; Regier & al., 1990). Mercier et Beaucage (1997) ont observé des résultats similaires à l'aide d'une recension d'études épidémiologiques américaines. Ils rapportent que les

personnes schizoéphrènes présentent une prévalence à vie d'un trouble d'abus de substances de 34 % pour l'alcool et de 28 % pour les drogues, et les patients bipolaires, une prévalence à vie de 46 % pour l'alcool et de 41 % pour les drogues.

Il n'existe aucun modèle conceptuel expliquant la relation entre ce type de comorbidité psychiatrique et la violence. Cependant, certains auteurs ont suggéré différents modèles expliquant la relation entre les troubles liés à une substance et la violence. Un de ces derniers, Goldstein, fit un premier effort d'intégration en regroupant sous un même modèle, trois conceptualisations unidimensionnelles : le modèle psychopharmacologique, selon lequel la violence découlerait des effets psychopharmacologiques de la substance; le modèle économique-compulsif, selon lequel la violence résulterait de la nécessité d'obtenir de l'argent pour assouvir leur dépendance à une substance coûteuse; et, le modèle systémique, selon lequel la violence serait intrinsèque au réseau d'approvisionnement et de distribution de la drogue (Brochu, 2006). Ces derniers décrivent ainsi diverses formes de violence associées à différents types d'usage de drogues, à plusieurs contextes sociaux et de multiples motivations derrière le passage à l'acte (Goldstein, 1985).

Le texte suivant constitue une première tentative d'adaptation des volets psychopharmacologique et économique-compulsif du modèle tripartite de Goldstein, à la population atteinte d'un trouble mental grave et persistant (la schizoéphrénie ou la maladie bipolaire) et d'un trouble concomitant lié à une substance. Puisque le volet systémique décrit plutôt une violence résultant d'une implication dans le commerce illégal de la drogue (par exemple, les disputes de territoires entre des vendeurs de drogues, les règlements de compte, etc.) et non pas à un effet de la prise d'une substance, il ne répond pas aux propos du travail et ne sera pas, par conséquent,

adapté à cette nouvelle population. En effet, Pernalen, Cousineau, Brochu et Sun (2002) expliquent que la violence décrite par le volet systémique ne constitue pas une conséquence directe de la consommation, mais de sa prohibition, décrivant, alors, davantage une relation indirecte drogue-violence, où il serait possible de substituer les drogues illicites à d'autres marchandises ou marchés illégaux.

Avant de débiter l'adaptation des volets psychopharmacologique et économique-compulsif de Goldstein, mentionnons, finalement, que les troubles mentaux, la médication psychotrope et les substances intoxicantes agissent tous au niveau des mêmes ensembles neuronaux du cerveau, entraînant des effets de synergie inévitables qui affectent l'état mental (Nadeau, 2001). Nous savons peu sur la nature de ces effets et la façon dont ils se manifestent, sinon que les effets de ces substances ne sont pas les mêmes chez une population aux prises avec des maladies mentales graves et chroniques que chez la population en général. Les lecteurs sont donc avisés de tenir compte de ces limites, ce texte ayant été rédigé d'après les connaissances actuelles sur le phénomène.

### **1. Le volet psychopharmacologique**

Le volet psychopharmacologique du modèle de Goldstein (1985) suggère que certains individus deviennent excitables, irrationnels et manifestent des comportements violents, lorsqu'ils sont dans un état d'intoxication à des substances psychoactives. Les comportements violents, auxquels ce volet fait référence, découleraient directement des effets psychopharmacologiques induits par la substance consommée, lors d'un état d'intoxication ou d'une période de sevrage (telles la désinhibition, l'appauvrissement du contrôle de soi, la détérioration du jugement, la formation d'idées paranoïdes ou d'un sentiment d'omnipotence, l'irritabilité et la montée d'impulsivité). Ainsi, selon ce volet, le

fait d'avoir consommé une substance psychoactive aurait entraîné un comportement violent qui n'aurait probablement pas eu lieu autrement (Brochu, 1995; Goldstein, 1985).

### **1.1 Le volet psychopharmacologique adapté à la population atteinte d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble concomitant lié à une substance**

Afin de permettre l'adaptation du volet psychopharmacologique à la population présentant un trouble mental grave et persistant et un trouble concomitant lié à une substance, rappelons ce que les études révèlent à propos : a) des caractéristiques des troubles liés à une substance chez la population atteinte d'un trouble mental grave; b) du niveau de sensibilité de cette population aux substances psychoactives; c) des effets de la médication psychotrope sur les troubles liés à une substance; et, finalement, d) de l'influence des substances psychoactives sur les symptômes psychotiques.

#### **1.1.1 Les caractéristiques des troubles liés à une substance chez la population atteinte d'un trouble mental grave**

L'hypothèse d'automédication (Khantzian, 1985) stipule que les individus aux prises avec des troubles psychiatriques consomment dans le but de diminuer certains symptômes de leur maladie. Pourtant, Drake et Mueser (2000) ont constaté, suite à une recension des écrits scientifiques, que les troubles liés aux substances, chez cette population, présentent les mêmes caractéristiques que ceux chez la population régulière, même en ce qui concerne les raisons pour lesquelles les individus des deux groupes consomment. Tout d'abord, il a été démontré que chez les deux groupes d'individus, l'alcool est la substance la plus consommée, suivi du cannabis et de la cocaïne (Barry & al., 1995; Brunette, Noordsy & Green, 2005; Lehman & al., 1996; Mueser & al., 1992); ensuite, la consommation de substances psychoactives semble être un comportement social associé à des problèmes de désinhibition et d'instabilité

psychosociale chez les deux groupes (Alverson, Alverson & Drake, 2001); finalement, les gens atteints d'un trouble mental grave disent consommer principalement pour les mêmes raisons que les toxicomanes non atteints d'une maladie mentale grave (Dixon & al., 1991; Mueser, Drake & Wallach, 1998; Warner & al., 1994), soit afin de combattre la solitude, l'anxiété sociale, l'ennui et l'insomnie, plutôt que de diminuer les symptômes spécifiques de leur maladie. Warner et al. (1994) expliquent que, si ces individus consommaient uniquement dans un but d'automédication, nous observerions une tendance générale à consommer une substance spécifique afin de calmer un symptôme spécifique d'une certaine maladie mentale. Cependant, les études empiriques ne démontrent pas un tel lien (Dixon, 1999; Mueser, Drake & Wallach, 1998; Scheller-Gilkey & al., 2003).

### **1.1.2 La sensibilité de la population atteinte d'un trouble mental grave et persistant aux substances psychoactives**

Quoique les troubles liés aux substances présentent des caractéristiques semblables chez les deux groupes d'individus, Mueser, Drake et Wallach (1998), en se basant sur une recension des écrits et leurs propres analyses, observent que les deux groupes diffèrent sur un aspect central : la population atteinte d'un trouble concomitant grave et persistant semble démontrer une sensibilité plus élevée aux effets causés par les substances psychoactives que la population régulière. En effet, des études révèlent que de faibles doses d'alcool ou d'autres substances entraînent chez les patients schizophrènes des conséquences défavorables, telles une exacerbation de la maladie et des difficultés au niveau du comportement, des relations et des finances (Dixon & al., 1990; Drake & Mueser, 2000; Noordsy, 1991). De plus, cette sensibilité plus élevée permettrait à ces individus de consommer de plus légères quantités de substances psychoactives. Lehman, Myers, Dixon, et Johnson (1994) s'aperçoivent, en effet, que

les patients schizophrènes consomment de plus petites doses de drogues que les patients atteints d'un trouble de personnalité. Puisqu'ils consomment de plus petites doses, les individus atteints de troubles mentaux graves ont moins de probabilité de développer une dépendance physique à ces substances (Drake & al., 1990; Mueser, Drake & Wallach, 1998), car celle-ci nécessite un usage continu de doses élevées. En effet, Arias Horcajadas et ses collègues (1997) observent, chez un groupe de patients schizophrènes d'une clinique externe, un taux plus élevé d'abus d'alcool, de cocaïne, de cannabis et de nicotine que de dépendance à ces substances.

### **1.1.3 Les effets de la médication psychotrope sur les troubles liés à une substance chez la population atteinte d'une maladie mentale grave et persistante**

De nombreuses études observent que la non-observance de la médication psychotrope constitue un phénomène très fréquent chez la population atteinte à la fois d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble lié à une substance (Miner & al., 1997; Osher & Drake, 1996; Owen, Fischer, Booth & Cuffel, 1996; Sajatovic, Valenstein, Blow, Ganczy & Ignacio, 2006; Swartz & al., 1998; Valenstein & al., 2006). Owen, Fisher, Booth et Cuffel (1996) ont observé, par exemple, que la présence d'un trouble lié à une substance était fortement associée à la non-observance de la médication chez les individus schizophrènes. Plus récemment, Valenstein et ses collègues (2006) ont rapporté que le pourcentage de personnes schizophrènes présentant une faible observance de leur médication pouvait atteindre 40 %. Le même phénomène a été observé chez les patients bipolaires (Goldberg & al., 1999; Sajatovic, Valenstein, Blow, Ganczy & Ignacio, 2006). Par contre, peu d'études se sont penchées sur l'interaction entre l'abus de substance et la réponse au traitement pharmacologique lorsqu'il y a observance de la médication. Celles qui ont été réalisées démontrent que, chez les individus schizophrènes, les antipsychotiques, à l'exception de certains antipsychotiques



atypiques tels la clozapine, la quétiapine ou la rispéridone, n'ont pas d'effets atténuants sur les troubles liés aux substances et peuvent, au contraire, les précipiter ou les exacerber (Buckley, 1998; Green, 2005; Scheller-Gilkey & al., 2003; Stuyt, Sabjbel & Allen, 2006; Voruganti, Heslegrave & Awad, 1997; Zimmet & al., 2000). En effet, certains antipsychotiques entraînent chez ces patients des effets secondaires désagréables, telle une dysphorie neuroleptique, qu'ils tenteraient d'atténuer à l'aide de substances psychoactives. Les troubles liés aux substances découleraient donc, selon certains auteurs, dont Potvin, Stip et Roy (2003) et Voruganti, Heslegrave et Awad (1997), non pas d'un désir de diminuer certains symptômes positifs de la maladie, mais plutôt d'une envie de soulager certains symptômes négatifs, ainsi que les effets secondaires entraînés par la médication. Par exemple, une étude de Voruganti, Heslegrave et Awad (1997) révèle que, parmi un groupe de patients, quatre fois plus de participants qui avaient manifesté un sentiment de dysphorie neuroleptique, suite à un traitement pharmacologique, avaient développé un trouble lié à une substance. Potvin, Stip et Roy (2003) suggèrent que l'effet bénéfique de la clozapine sur les troubles liés à une substance serait lié à la diminution des symptômes négatifs causés par la maladie, sans pour autant entraîner des effets extrapyramidaux. Ceci expliquerait, d'une part, pourquoi, sur un échantillon de 58 participants schizophrènes présentant un trouble lié à une substance, Zimmet et al. (2000) ont observé que 85 % d'entre eux avaient diminué leur consommation après avoir débuté un traitement à la clozapine. Dans le même sens, Brunette, Drake, Xie, McHugo et Green (2006) ont noté moins de rechutes chez ceux ayant cessé leur consommation suite à l'application d'un tel traitement.

Bien que la clozapine soit pour l'instant l'antipsychotique atypique le plus souvent associé à une stabilisation de l'état mental, à une diminution des « cravings »<sup>1</sup> de cocaïne et à une réduction de la consommation de substances intoxicantes chez les individus présentant à la fois un trouble grave et persistant et un trouble liés à une substance, d'autres antipsychotiques atypiques tels que la quétiapine, l'olanzapine ou la rispéridone se sont également révélés efficaces dans le traitement de cette double problématique et mériteraient, par conséquent, d'être étudiés davantage (Brown, Netjek, Perantie & Bobadilla, 2002; Green, 2006; Noordsy, O'Keefe, Mueser & Xie, 2001; Smelson, Losonczy, Davis, Kaune, Williams & Ziedonis, 2002; Stuyt, Sabjel & Allen, 2006).

#### **1.1.4 L'influence des substances psychoactives sur les symptômes psychotiques**

Brunette, Mueser, Xie et Drake (1997) ont révisé différents types d'études ayant tenté d'explorer la relation entre l'abus de substances psychoactives et les symptômes psychotiques auprès de patients schizophrènes ou schizoaffectifs. Les études effectuées en laboratoire démontrent que les hallucinogènes et les amphétamines augmentent parfois les symptômes positifs psychotiques. Les études corrélationnelles et longitudinales montrent que l'usage de la cocaïne et du cannabis sont souvent associés à une exacerbation des symptômes positifs et que l'alcool et la cocaïne engendrent souvent une augmentation des symptômes dépressifs. Les résultats ne sont pas consistants puisque la moitié des études affirment qu'il existe une relation entre l'abus de substances et la présence de symptômes plus aigues, alors que l'autre moitié

---

<sup>1</sup> Obsession intense qui envahit et dérange les pensées du consommateur, affecte son humeur et altère son comportement. Cette obsession a aussi été décrite comme un désir urgent et accablant ou une impulsion irrésistible à prendre le médicament ou la drogue (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003).

n'observe aucune relation<sup>2</sup>. Plus récemment, Talamo, Centorrino, Tondo, Dimitri, Hennen et Baldessarini (2006) ont combiné les résultats d'une série d'études indépendantes ayant comparé les taux de symptômes positifs et négatifs rapportés par des individus schizophrènes atteints d'un trouble lié à une substance et par ceux ne présentant pas une telle comorbidité. Cette analyse leur a permis d'observer une plus grande importance de symptômes positifs et une plus faible présence de symptômes négatifs chez le premier groupe que chez le second. Notons cependant que cette étude ne permet pas d'établir une relation de cause à effet entre ces résultats et la présence d'un trouble lié à une substance, celle-ci pouvant être la cause ou la conséquence d'une plus grande importance de symptômes positifs.

À partir des résultats obtenus par ces études, il est possible de suggérer quelques hypothèses permettant d'adapter le volet psychopharmacologique à la population d'individus présentant à la fois un trouble mental grave et persistant et un trouble lié à une substance.

Premièrement, le fait que le type de drogue consommé soit associé à une désinhibition et à une instabilité psychosociale chez cette population, comme chez la population en général, que les effets recherchés par les consommateurs soient également les mêmes, et puisque les troubles liés aux substances présentent les mêmes caractéristiques chez les deux groupes, il est possible de se demander pourquoi la présence de ces troubles ne serait pas associée à la violence chez les individus atteints de troubles mentaux graves, si elle l'a été chez la population régulière (Brochu, 1994, 1995, 2006)?

---

<sup>2</sup> Voir Brunette, Mueser, Xie et Drake (1997), pour une synthèse plus détaillée des études recensées par ces derniers.

Deuxièmement, si nous considérons que la population aux prises avec un trouble mental grave démontre une sensibilité plus élevée aux effets de ces substances, réagissant ainsi plus fortement à de plus petites doses, il est possible de croire que les mécanismes responsables de la violence entraînés par la consommation d'alcool ou de drogues (désinhibition, appauvrissement du contrôle de soi, détérioration du jugement, formation d'idées paranoïdes ou d'un sentiment d'omnipotence, irritabilité et montée d'impulsivité (Brochu, 2006)) apparaîtraient alors avec une fréquence et une intensité similaires, ou même supérieures, chez cette population.

Troisièmement, cette sensibilité plus élevée, causant une exacerbation de la maladie, augmente davantage les risques de violence chez cette population qui, par ailleurs, selon certains auteurs, présente déjà un risque plus élevé de violence que la population régulière (Arseneault, Moffitt & Caspi, 2000; Feldmann, 2001; Brennan, Mednick & Hodgins, 2000; Link & Stueve, 1994; Monahan & Appelbaum, 2000; Tiihonen & al., 1997; Rice & Harris, 1995; Swanson, Borum, Swartz & Monahan, 1996;). En effet, Monahan et Appelbaum (2000) ont observé un risque de violence de 15 % chez les gens atteints de maladie bipolaire et de 17,5 % chez les gens atteints d'un trouble psychotique. Même si ces taux sont moins élevés que celui présenté par les gens atteints d'un trouble lié à une substance (29 %), ils seraient tout de même plus élevés que celui de la population régulière, comme le démontrent plusieurs études telles celle de Tiihonen et al. (1997) ou de Feldmann et al. (2001). En effet, Tiihonen et al. (1997) observent un risque sept fois plus élevé de violence chez les gens schizophrènes que chez la population régulière et Feldmann et al. (2001) constatent que le risque de violence est aussi plus élevé chez les gens atteints de maladie bipolaire, particulièrement lorsque ces derniers sont en phase maniaque. Finalement, une étude

d'Arseneault, Moffitt et Caspi (2003) démontre que, parmi un échantillon de 956 jeunes adultes de 21 ans, ceux qui présentaient un trouble du spectre de la schizophrénie rapportaient, dans la dernière année, des taux plus élevés de vols, de batailles de gang et d'assauts envers les gens, comparativement aux autres. Selon certains auteurs, cette association entre les troubles mentaux graves et la violence serait due à la présence de certains symptômes positifs plus spécifiquement liés à un risque plus élevé de comportements violents (Hodgins, Côté & Toupin, 1998; Link & Stueve, 1994; Link, Stueve & Phelan, 1998; Swanson, Borum, Swartz & Monahan, 1996). Ainsi, Link et Stueve (1994) ont identifié certains symptômes potentiellement reliés à la violence, tels « l'impression que les gens souhaitent vous faire du mal<sup>3</sup> », « l'impression que votre cerveau est dominé par des forces hors de notre contrôle<sup>4</sup> », etc., qu'ils ont nommés « threat/control override symptoms<sup>5</sup> » (TCO). À l'aide d'une étude de cas-témoins, ces auteurs ont démontré que seuls ces symptômes étaient statistiquement reliés à la violence. Il est donc possible de croire que l'exacerbation de la maladie entraînée par la consommation d'une substance psychoactive augmente les risques de violence chez cette population car les symptômes positifs, associés à un risque de comportement violent, sont ainsi accentués. En effet, une étude de Pristach et Smith (1996) révèle que des patients schizophrènes rapportaient une exacerbation de leurs symptômes d'hallucination et de paranoïa, donc des symptômes TCO, suite à une consommation d'alcool.

Quatrièmement, comme certaines études démontrent que la non-observance est un phénomène fréquemment identifié chez les individus atteints d'un trouble mental

---

<sup>3</sup> « that there were people who wished to do you harm ». Notre traduction.

<sup>4</sup> « that your mind was dominated by forces beyond your control ». Notre traduction.

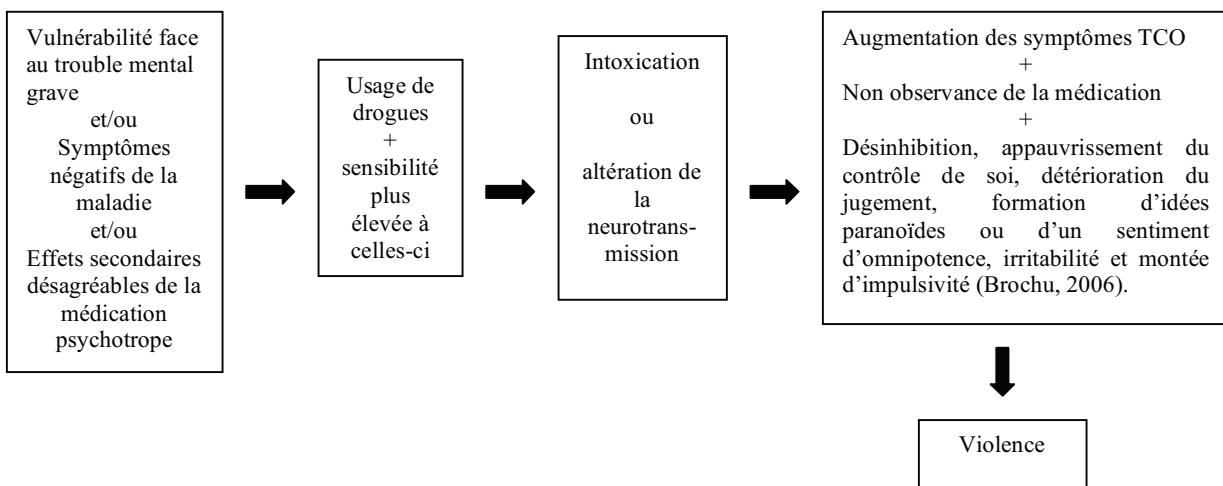
<sup>5</sup> « symptômes de menace et/ou de perte de contrôle ». Notre traduction.

grave et d'un trouble concomitant lié à une substance (Miner & al., 1997; Osher & Drake, 1996; Owen, Fischer, Booth & Cuffel, 1996; Swartz & al, 1998), la médication qui aurait pu agir à titre de facteur de protection contre l'exacerbation de la maladie entraînée par la consommation de substances psychoactives, donc contre les risques de violence qui s'y rattachent, est plutôt mise de côté. Ceci explique sûrement pourquoi Swartz et ses collègues (1998) ont observé, lors d'une étude réalisée auprès de 331 patients atteints d'un trouble mental grave, que la combinaison d'un trouble de consommation et d'une non-observance de la médication était associée à un comportement violent grave (soit, une agression à main armée ou une agression entraînant une blessure) manifesté lors des quatre mois précédents l'hospitalisation. Par ailleurs, lorsqu'il y a observance de la médication chez ces patients, les recherches mentionnées plus haut démontrent que certains médicaments psychotropes précipitent les troubles liés aux substances, entraînant une fois de plus les risques de violence qui s'y rattachent.

Une combinaison de tous ces facteurs expliquerait probablement pourquoi plus de 100 études démontrent, en effet, que cette comorbidité psychiatrique est associée à de nombreuses conséquences négatives, dont la violence, des problèmes avec la justice et l'incarcération (Abram & Teplin, 1991; Bartels, Drake, Wallach & Freeman, 1991; Cuffel & al., 1994; Drake & Mueser, 2000; Swanson, Holzer, Ganju & Jono, 1990). Lorsque les effets de l'alcool et des autres drogues agissent sur des personnes déjà aux prises avec des difficultés cognitives, comportementales, sociales et économiques, le résultat menace d'être particulièrement négatif (Brunette, Mueser, Xie & Drake, 1997).

Ainsi, comme il est possible de l'observer à l'aide de la figure 1.1, trois facteurs reliés à la présence d'une maladie mentale grave et persistante, seuls ou combinés,

peuvent mener l'individu à consommer une substance psychoactive, à savoir : a) sa vulnérabilité face à son trouble psychique grave, b) les symptômes négatifs de sa maladie et c) les effets désagréables de sa médication psychotrope qu'il souhaite annihiler. D'autre part, la sensibilité plus élevée de ces individus provoque une réaction plus forte à l'usage de la drogue, qui combiné ou non, à une médication psychotrope, entraîne un état d'intoxication, donc une altération de la neurotransmission. Cet état engendre, à son tour, les mécanismes responsables de la violence associés à la consommation d'alcool ou de drogues, les symptômes TCO liés eux aussi à la violence, ainsi que les risques de non-observance de la médication. Le résultat final serait une augmentation des risques de violence.



**Figure 1.1** – Présentation schématique du modèle psychopharmacologique adapté à la population d'individus présentant un trouble mental grave et persistant et un trouble lié à une substance.

## 2. Le volet économique-compulsif

Le volet économique-compulsif du modèle de Goldstein (1985) suggère que certains individus commettent des crimes violents pour monnayer l'achat de leurs

substances (ex., le vol à main armée). Les individus faisant partie de cette catégorie ne sont pas motivés principalement par une envie d'agir violemment, mais plutôt par un désir d'obtenir de l'argent pour acheter des drogues coûteuses, telles l'héroïne ou la cocaïne, qui sont très souvent consommées de façon compulsive. C'est pourquoi les moyens violents sont de préférence évités.

## **2.1 Le volet économique-compulsif adapté à la population atteinte d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble concomitant lié à une substance**

Brochu (2006) spécifie que le volet économique-compulsif s'appliquerait spécialement aux individus qui ont un a) revenu limité et b) qui sont fortement dépendants de drogues coûteuses. Analysons ces deux éléments pour la population à l'étude.

### **2.1.1 Le statut socioéconomique de la population atteinte d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble concomitant lié à une substance**

Il est reconnu que la schizophrénie est associée à des déficits au niveau cognitif et social (Blanchard & Neale, 1994), cependant les déficits associés à la maladie bipolaire ne sont pas aussi clairement établis (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel & Parente, 2001; Goldberg, 1999). Certaines études démontrent que lorsqu'on les compare aux personnes schizophrènes, les individus atteints de la maladie bipolaire présentent des difficultés similaires au niveau social (Grossman, 1991), de même qu'au niveau cognitif (Addington & Addington, 1997; Albus & al., 1996). Ainsi, les gens atteints de troubles mentaux graves ont en général un faible niveau d'éducation (Kessler, Foster, Saunders & Stang, 1995), un manque d'habiletés professionnelles (Alverson, Alverson & Drake, 2001) et ils sont, par conséquent, très souvent sans emploi (Jablensky & al., 1999; Mueser, Salyers & Mueser, 2001; Mulkern & Manderscheid,



1989). En effet, de nombreuses études observent que les difficultés que présentent ces personnes contribuent directement au faible taux d'employabilité (McGurk & Meltzer, 2000). Par exemple, McGurk et Mueser (2003) ont observé que, parmi un échantillon d'individus atteints d'une maladie mentale grave, ceux qui étaient sans emploi démontraient de plus grandes difficultés cognitives, ainsi que des symptômes plus prononcés (positifs et négatifs) de la maladie.

Comme il a été mentionné, non seulement ces individus présentent des difficultés cognitives, mais également des difficultés sociales qui, d'une part, nuisent à leur performance au travail ou à leur recherche d'emploi, et qui interfèrent également dans leurs relations familiales et sociales (Bellack, 1997). Ces difficultés associées à la maladie, et le faible taux d'employabilité qui en résulte, poussent certains individus vers la pauvreté et l'isolement, les empêchant de retourner à leur niveau de fonctionnement prémorbide (Fox, 1990; Maneros & al., 1992). En effet, Melle, Friis, Hauff et Vaglum (2000) ont voulu observer le niveau d'intégration de 81 patients schizophrènes sept ans après avoir reçu leur congé d'un hôpital psychiatrique. Ils ont constaté que 47 % étaient isolés socialement et que 94 % étaient sans emploi. Il n'est donc pas surprenant que Robins et Regier (1990) observent que la schizophrénie se rencontre chez 8,7 % des sans abris, alors qu'elle ne touche que 1 % de la population en générale. Lorsqu'il s'agit d'individus à la fois atteints d'une maladie mentale grave et persistante et d'un trouble concomitant lié à une substance, les recherches démontrent que ces personnes souffrent aussi de pauvreté, d'un faible niveau d'éducation, d'un faible support social, d'un manque d'emploi, d'un manque d'habiletés sociales, cognitives et professionnelles (Brunette, Mueser, Xie & Drake, 1997; Cuffel, 1996).

### **2.1.2 La dépendance aux substances et les états de besoin plus intenses ressentis par cette population**

Tel que mentionné, les individus atteints d'une maladie mentale grave et persistante, démontrant une sensibilité plus élevée aux substances psychoactives, réagissent plus fortement à de plus faibles doses de celles-ci (Mueser, Drake & Wallach, 1998). Par conséquent, ces individus consomment de plus faibles quantités de substances (Lehman, Myers, Dixon & Johnson, 1994) et ont moins de probabilité, selon certains auteurs, de développer une dépendance physique à ces dernières, celle-ci nécessitant un usage continu de doses élevées (Drake & al., 1990; Mueser & al., 1998). Des études appuyant cette tendance révèlent que 16 à 40 % des personnes schizophrènes abuseraient de la cocaïne (ce taux pouvant même grimper jusqu'à 70 % dans certains milieux hospitaliers ou cliniques externes) (Regier & al., 1990; Ziedonis & Trudeau, 1997), mais seulement 17 % seraient dépendants de cette même substance (Carol, 2000). Cependant, il est important de mentionner que d'autres auteurs observent plutôt le phénomène inverse chez cette même population, soit des taux de dépendance supérieurs aux taux d'abus (Hodgins & Côté, 2002; Grant & al., 2004). Ainsi, une étude réalisée par Hodgins et Côté (2002), auprès de patients atteints d'un trouble mental grave et persistant, démontre que 37,5 % de ces derniers consomment de la cocaïne, et qu'il s'agit, pour la majorité d'entre eux (26,7 %), d'une dépendance grave. Grant et ses collègues (2004) ont observé le même phénomène, lors d'une étude américaine réalisée auprès d'un large échantillon d'individus vivant dans la communauté, soit des taux de dépendance aux substances plus élevés que les taux d'abus chez les gens présentant une maladie bipolaire. Les études démontrent donc des résultats contradictoires quant à la prévalence de la dépendance aux substances psychoactives, chez les individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant. Toutefois, lorsqu'il y a dépendance, à certaines de ces substances, telle la cocaïne, il a

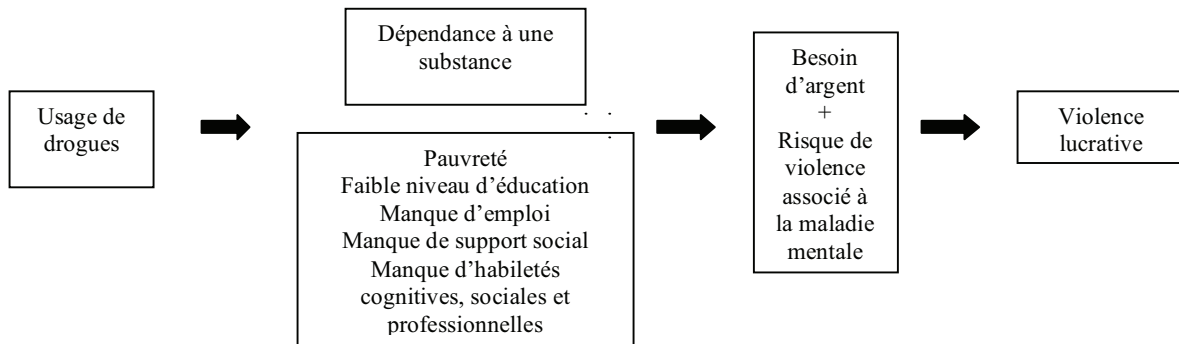
été observé que les gens atteints d'une maladie mentale grave et persistante ressentent des états de besoin plus intenses que la population régulière, vu leur plus grande instabilité psychosociale et leur vulnérabilité neurobiologique (Carol, 2000; Carol, Smelson, Losonczy & Ziedonis, 2001; Smelson & al., 2002).

À l'aide de ces recherches, il est possible de proposer une adaptation du volet économique-compulsif à la population atteinte à la fois d'un trouble mental grave et d'un trouble concomitant lié à une substance. Les données recueillies nous démontrent que, non seulement les gens atteints d'un trouble mental grave présentent des taux élevés de dépendance ou d'abus, qui sont d'ailleurs bien plus élevés que ceux observés chez la population régulière ou carcérale (Pernanen, Cousineau, Brochu & Sun, 2002; Schneeberger, 1995), mais encore, pour une majorité d'entre eux, ils souffrent de pauvreté, répondant ainsi aux deux caractéristiques particulièrement associées à la violence lucrative. En effet, les gens atteints d'une maladie mentale grave et chronique présentent de nombreux déficits au niveau cognitif, social et professionnel, et seule une minorité réussissent à se faire engager et à maintenir un emploi (Hodgins & Janson, 2002). Isolés et sans emploi, la plupart d'entre eux vivent dans la pauvreté. Il est facile de s'imaginer l'ampleur des difficultés financières auxquelles sont confrontés ceux qui, en plus, dépendent de substances coûteuses. N'ayant pas l'argent nécessaire pour subvenir aux dépenses usuelles qu'engendre une telle dépendance, ils se voient ainsi sûrement obligés, tout comme la population régulière aux prises avec un trouble de dépendance, d'employer tous les moyens qui leurs sont disponibles pour se procurer cet argent. Ces individus traverseraient ainsi les mêmes étapes que la majorité de la population régulière, en cherchant d'abord à réduire l'ensemble des dépenses, à augmenter les heures de travail, s'ils ont un emploi, à emprunter de l'argent, puis à vendre leur biens, pour finalement commettre des crimes lucratifs qui risquent de

devenir de plus en plus violents, au fur et à mesure que le niveau de consommation de l'individu augmente (voler de l'argent aux proches jusqu'au vol à main armée, par exemple). En effet, plus la consommation de l'individu augmente, plus son désir d'obtenir de l'argent rapidement augmente. Il risque de devenir désespéré et, peu importe les conséquences que cela pourrait entraîner, ses crimes deviennent de plus en plus impulsifs et moins organisés (Parent & Brochu, 2002). Ainsi, Brochu et Cousineau (2003) rapportent qu'un détenu sur cinq affirme que le délit à l'origine de l'incarcération avait pour but de se procurer de la drogue. Comme les individus atteints à la fois d'un trouble grave et d'un trouble lié à une substance commettent davantage de crimes violents que de crimes non violents (Hodgins, Lapalme & Toupin, 1999) et comme ils présentent des difficultés cognitives, comportementales et sociales, il est possible de croire que ces derniers, entraînés par une forte motivation de se procurer de l'argent, agissent de façon encore plus impulsive que la population régulière, employant rapidement des moyens inorganisés, donc plus risqués. D'autant plus que certains auteurs observent que les schizophrènes dépendants à la cocaïne ressentent des « cravings » plus intenses que la population régulière (Carol, 2000; Carol, Smelson, Losonczy & Ziedonis, 2001; Smelson & al., 2002), qui, on présume, les motiveraient probablement davantage à passer à l'acte.

Comme il est résumé à la figure 1.2, une proportion élevée d'individus aux prises avec un trouble de santé mental grave et persistant développent une dépendance à une substance. Puisque la majeure partie de cette population démontre déjà une pauvreté due à un manque d'emploi, un faible niveau d'éducation, un manque de support social, d'habiletés cognitives, sociales et professionnelles, une dépendance à une substance coûteuse, telle la cocaïne, augmenterait le besoin d'argent de ces derniers. Ce besoin

d'argent, combiné au risque de violence associé à la maladie (symptômes TCO), augmenterait ainsi les risques de violence lucrative.



**Figure 1.2** – Présentation schématique du modèle économico-compulsif adapté à la population d'individus présentant un trouble mental grave et persistant et un trouble lié à une substance.

## Conclusion

Le modèle tripartite de Goldstein (1985) décrit trois types de violence reliés aux troubles de toxicomanie: la violence psychopharmacologique, la violence économico-compulsive et la violence systémique. Les études effectuées à partir de ce modèle démontrent que chez la population régulière la majeure partie des homicides reliés à la drogue découle du système de distribution établi pour pallier à la prohibition de celle-ci (Goldstein, 1985; Brochu, 2006). Quant à la violence directement liée à la consommation d'une substance, celle de nature lucrative serait davantage observée chez la population en général, que celle de nature psychopharmacologique. En effet, les

cas de violence psychopharmacologique, à l'exception des actes violents accomplis sous l'influence de l'alcool, sont plutôt rares (Brochu, 1995). Cependant, les études mentionnées auparavant appliquées à la population d'individus atteints d'un trouble mental grave et persistant, telles la schizophrénie ou la maladie bipolaire, semblent appuyer davantage le volet psychopharmacologique, que le volet économique-compulsif, liant majoritairement la violence manifestée par ces individus à l'état d'intoxication, donc aux effets psychopharmacologiques de la substance psychoactive. L'incertitude face aux probabilités élevées ou faibles que présente cette population de développer une dépendance à une substance, ainsi que l'insuffisance des études consacrées à l'identification des motifs à l'origine des délits commis par celle-ci, limitent beaucoup notre compréhension de la violence lucrative manifestée par ces individus. Davantage de recherches devraient ainsi être réalisées afin de pouvoir clairement évaluer l'importance de sa fréquence. Toutefois, que ces individus soient, ou non, moins à risque de développer un trouble de dépendance à une substance qu'un trouble d'abus, retenons simplement que des taux non négligeables de dépendance à la cocaïne ont tout de même été observés chez ces derniers (Hodgins & Côté, 2002), qui, semble-t-il, seraient certainement responsables d'une partie de la violence manifestée. Finalement, bien que la majorité des cas de violence rapportées renvoie typiquement aux volets décrits plus haut, Godlstein précise que certains cas sont parfois le résultat d'une combinaison de ces derniers.

La violence manifestée par les individus présentant une maladie mentale grave et un trouble concomitant lié à une substance est un phénomène qui intrigue plusieurs chercheurs (Côté & Hodgins, 1990; Klassen & O'Connor, 1988; Swanson, Holzer, Ganju & Jono, 1990). Cependant, le manque d'information se rapportant à l'étiologie de cette comorbidité, à l'interaction entre ces deux problématiques ou à celle entre la prise de

médication psychotrope et la consommation simultanée de substances psychoactives, de même que leurs influences sur les comportements violents, limite beaucoup notre compréhension du phénomène et ne nous permet, pour l'instant, que de générer certaines hypothèses qu'il serait, toutefois, intéressant de vérifier empiriquement.

## Références

- Abram, K.M. & Teplin, L.A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees : Implications for public policy. *American Psychologist*, 46(10), 1036-1045.
- Addington, J. & Addington, D. (1997). Attentional vulnerability indicators in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 23, 197-204.
- Albus, M., Hubmann, W., Wahlheim, C., Sobizack, N., Franz, U. & Mohr, F. (1996). Contrast in neuropsychological test profile between patients with first-episode schizophrenia and first-episode affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94, 87-93.
- Alverson, H., Alverson, M., Drake, R.E. (2001). Social patterns of substance-use among people with dual diagnosis. *Mental Health Services Research*, 3(1), 3-14.
- Arias Horcajadas, F., Padin Calo, J.J. & Fernandez Gonzalez, M.A. (1997). Drug use and dependence in schizophrenia. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines*, 25(6), 379-389.
- Arseneault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, P.J. & Silva, P.A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry*, 57(10) Oct 2000, 979-986.
- Barry, K.L., Fleming, M.F., Greenley, J., Widlak, P., Kropp, S. et McKee, D. (1995). Assessment of alcohol and other drug disorders in the seriously mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 21(2), 313-321.
- Bartels, S.J., Drake, R.E., Wallach, M.A. & Freeman, D.H. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1) 1991, 163-171.
- Bellack, A.S. (1997). Social skills deficits and social skills training: New developments and trends. In H.D., Brenner, W., Boeker, et al (Eds). *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*. (pp. 137-146).
- Blanchard, J.J. & Neale, J.M. (1994). The neuropsychological signature of schizophrenia: Generalized or differential deficit? *American Journal of Psychiatry*, 151(1), 40-48.
- Brennan, P. A., Mednick, S. A. & Hodgins, S. (2000). Major mental disorder and criminal violence in Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- Brochu, S. (1994). *Drogue et criminalité : Mythe ou réalité?* Montréal, Centre international de criminologie comparée.
- Brochu, S. (1995). *Drogue et criminalité : une relation complexe*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.



- Brochu, S. & Cousineau, M.-M. (2003). Drogues et questions criminelles : un état de la question à partir d'études québécoises. In LeBlanc M., Ouimet M., Szabo, D. (Eds). *Traité de criminologie empirique*, 3e édition, 503-548. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Brown, E.S., Nejtek, V.A., Perantie, D.C. & Bobadilla, L. (2002). Quetiapine in bipolar disorder and cocaine dependence. *Bipolar Disorders*. 4(6) :406-11.
- Brunette, M.F., Mueser, K.T., Xie, H. & Drake, R.E. (1997). Relationships between symptoms of schizophrenia and substance abuse. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 85(1), 13-20.
- Brunette, M.F., Noordsy, D.L. & Green, A.I. (2005). Pharmacologic treatments for co-occurring substance use disorders in patients with schizophrenia : a research review. *Journal of Dual Diagnosis*, 1, 41-55.
- Brunette M. F., Drake R. E., Xie H., McHugo G. J. & Green A.I. (2006). Clozapine use and relapses of substance use disorder among patients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 32(4):637-43.
- Buckley, P.F. (1998). Novel antipsychotic medications and the treatment of comorbid substance abuse in schizophrenia. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2), 113-116.
- Carol, G. (2000). A comparison of cocaine craving, social support and Narcotics Anonymous involvement between schizophrenics and nonschizophrenics. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 60(12-B).
- Carol, G., Smelson, D.A., Losonczy, M.F. & Ziedonis, D. (2001). Alcohol & Drug Abuse: A preliminary investigation of cocaine craving among persons with and without schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(8), 1029-1031.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2003). *Drogues: savoir plus, risquer moins*. Montréal: Stanké.
- Côté, G. & Hodgins, S. (1990). Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 18(3), 271-281.
- Cuffel, B. J. (1994). Violent and destructive behavior among the severely mentally ill in rural areas: Evidence from Arkansas community mental health system. *Community Mental Health Journal*, 30(5), 495-504.
- Cuffel, B.J. (1996). Comorbid substance use disorder : prevalence, patterns of use, and Course. *New Directions for Mental Health Services*, 70, 93-105.
- Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, Andrea E., Ringel, N.B. & Parente, F. (2001). Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: Do they differ in their cognitive and social functioning? *Psychiatry Research*, 102(1), 21-27.

- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P.J., Sweeney, J., & al. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*, 148(2), 224-230.
- Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: Prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research*, 35(Suppl), s93-s100.
- Drake, R.E., Osher, F.C., Noordsy, D.L., Hurlbut, S.C. & al. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 57-67.
- Drake, R.E. & Mueser, K.T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1) 2000, 105-118.
- Feldmann, T.B. (2001). Bipolar disorder and violence. *Psychiatric Quarterly*, 72(2), 119-129.
- Fox J.W. (1990). Social class, mental illness, and social mobility : the social selection drift hypothesis for serious mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 344–353.
- Fulwiler, C., Grossman, H., Forbes, C. & Ruthazer, R. (1997). Early-onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 48(9), 1181-1185.
- Goldberg, J.F., Garno J.L., Leon A.C., et al. (1999). A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 733-740.
- Goldberg, T.E. (1999). Some fairly obvious distinctions between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 39, 127-132.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493-506.
- Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- Green A.I. (2005). Schizophrenia and comorbide substance use disorder: effects of antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (suppl 6), 21-26.
- Grossman, L.S., Harrow, M., Goldberg, J.F. & Fichtner, C.G., (1991). Outcome of schizoaffective disorder at two long-term follow-ups : comparison with outcomes of schizophrenia and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148,1359-1365.
- Hamera, E., Schneider, J.K. & Deviney, S. (1995). Alcohol, cannabis, nicotine, and caffeine use and symptom distress in schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 183(9), 559-565.

- Hodgins, S., Côté, G. & Toupin, J. (1998). Major Mental Disorder and Crime : An Ethiological Hypothesis. In D. Cooke, A. Forth, R.D. Hare (Eds). *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*. Dordrecht : Kluwer, 231-256.
- Hodgins, S., Lapalme, M. & Toupin, J. (1999). Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: A 2-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 55(2-3), 187-202.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime : Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 427-446.
- Hodgins, S. & Janson, C.-G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered : The Stockholm Project Metropolitan*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Hodgins, S. & Côté, G. (2003). Les troubles mentaux et le comportement criminel. In LeBlanc M., Ouimet M., Szabo, D (Eds). *Traité de criminologie empirique*, 3e édition, 503-548. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Jablensky A., McGrath J., Herrman H., Castle D., Gureje O., Morgan V. & Korten A. (1999). *People living with psychotic illness: an Australian Study 1997-1998*. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia.
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B. & Stang, P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*. 152(7), 1026-1032.
- Kessler R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J. & Anthony, J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313-321.
- Khantzian E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Klassen, D. & O'Connor, W.A. (1988). Predicting violence in schizophrenic and non-schizophrenic patients: A prospective study. *Journal of Community Psychology*, 16(2), 217-227.
- Lehman , A.F., Myers, C.P., Dixon, L.B. & Johnson, J.L. (1996). Detection of substance use disorders among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184(4), 228-233.

- Lehman, A.F., Myers, C.P., Dixon, L.B. & Johnson, J.L. (1994). Defining subgroups of dual diagnosis patients for service planning. *Hospital & Community Psychiatry*, 45(6), 556-561.
- Link B.G. & Stueve A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. (pp. 137-159).
- Link B.G., Stueve A. et Phelan J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S55-S60.
- Maneros A., Deister A. & Rohde A. (1992). Comparison of long-term outcome of schizophrenic, affective, and schizoaffective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 161,44–51.
- McGurk S.R. & Meltzer H.Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45,175–184.
- McGurk S.R., Mueser K.T., Harvey P.D., Marder J. & LaPuglia R. (2003). Cognitive and clinical predictors of work outcomes in clients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54,1129–1135.
- Melle, I., Friis, S., Hauff, E. & Vaglum, P. (2000). Patients with schizophrenia after the acute ward: Seven years service utilization and clinical course. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(1), 47-54.
- Mercier, C. & Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes graves de santé mentale : Recension des écrits et état de la situation pour le Québec*. Rapport au ministre de la santé et des services sociaux. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec.
- Miner, C.R., Rosenthal, R.N., Hellerstein, D.J. & Muenz, L.R. (1997) Prediction compliance with outpatient referral in patients with schizophrenia and psychoactive substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(8), 706-712.
- Monahan, J. & Appelbaum, P. (2000). *Reducing violence risk : diagnostically based clues from the MacArthur Violence among the Mentally Ill*. S. Hodgins (Ed). The Netherlands : Kluwer Academic Publishers.
- Mueser, T., Bellack, A.S. & Blanchard, J.J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60(6), 845-856.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., Ackerson, T.H., Alterman, A.I., & al. Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 473-477.

- Mueser, K.T., Drake, R.E. & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis : A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- Mueser, K.T., Salyers, M.P. & Mueser, P.R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281–296.
- Mulkern, V. & Manderscheid, R. (1989) Characteristics of community support program clients in 1980 and 1984. *Hospital and Community Psychiatry*, 40,165–172.
- Nadeau, L. (2001). *Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la co-occurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux*. Éditorial. *Santé mentale au Québec*, XXVI, (2) 2-21.
- Noordsy, D.L., Drake, R.E., Teague, G.B., Osher, F.C., & al. (1991). Subjective experiences related to alcohol use among schizophrenics. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 179(7), 410-414.
- Noordsy, D.L., O'Keefe, C., Mueser, K.T. & Xie, H.Y. (2001). Six-month outcomes for patients who switched to olanzapin treatment. *Psychiatric Services*. 52:501-507.
- Osher, F.C. & Drake, R.E. (1996). Reversing a history of unmet needs: Approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 4-11.
- Owen, R.R., Fischer E. P., Booth B. M. & Cuffel B. J. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47(8), 853-858.
- Parent, I. & Brochu, S. (2002). Drug/Crime Pathways Among Cocaine Users. In S. Brochu, C. Da Agra & M.-M. Cousineau (Eds), *Drugs and Crime Deviant Pathways*. Montréal : Centre international de criminologie.
- Pernanen, K., Cousineau M.-M., Brochu, S. & Sun, F. (2002). *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*. Rapport présenté au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (153 pages).
- Potvin, S., Stip, E., Roy & J.-Y. (2003). Schizophrenia and addiction: An evaluation of the self-medication hypothesis. *Encephale*, 29(3), 193-203.
- Pristach, C.A. & Smith, C.M. (1996). Self-reported effects of alcohol use on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47(4), 421-423.
- Regier, D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.
- Rice, M.E. & Harris G.T. (1995). Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *International Journal of Law & Psychiatry*, 18(3), 333-342.

- Robins, L.N. & Regier, D.A. (1990). *Psychiatric disorders in America*. New York : The Free Press.
- Robins, L.N., Tipp, J. & Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. In L.N. Robins et D.A. Regier (Eds), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (p. 285-290). New York : Free Press.
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F.C., Ganoczy, D. & Ignacio, R.V. (2006). Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 8(3) : 232-41.
- Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Santé Canada.
- Scheller-Gilkey, G., Woolwine, B.J. Cooper, I., Gay, O., Moynes, K.A. & Miller, A.H. (2003). Relationship of Clinical Symptoms and Substance Use in Schizophrenia Patients on Conventional Versus Atypical Antipsychotics. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 29(3), 553-566.
- Shaner, A., Eckman, T.A., Roberts, L.J., Wilkins, J.N. & al. (1995). Disability income, cocaine use, and repeated hospitalization among schizophrenic cocaine abusers: A government-sponsored revolving door. *New England Journal of Medicine*, 333(12), 777-783.
- Smelson, D.A., Losonczy, M.F., Kilker, C., Starosta, A., Kind, J., Williams, J. & Ziedonis, D. (2002). An analysis of cue reactivity among persons with and without schizophrenia who are addicted to cocaine. *Psychiatric Services*, 53(12), 1612-1616.
- Smelson, D.A., Losonczy, M.F., Davis, C.W., Kaune, M., Williams, J. & Ziedonis D. (2002). Risperidone decreases craving and relapses in individuals with schizophrenia and cocaine dependence. *Canadian Journal of Psychiatry*. 47:671-675.
- Schneeberger, P. (1995). *Profil de consommation de substances psychoactives chez les personnes judiciairisées*. Rapport 1. Centre international de criminologie comparée pour le comité Toxico-Justice.
- Steadman H.J., Mulvey E.P., Monahan J., Robbins P.C., Appelbaum P.S., Grisso T., Roth L.H. & Silver E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401
- Stuyt, E.B., Sajbel, T.A. & Allen, M.H. (2006). Differing effects of antipsychotic medications on substance abuse treatment patients with co-occurring psychotic and substance abuse disorders. *American Journal on Addictions*. 15(2):166-73.
- Swanson J.W., Holzer C.E., Ganju V.K., & Jono R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(7), 761-770.

- Swanson J.W., Borum R., Swartz M.S., & Monahan J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 6(4), 309-329.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Essock, S.M., Osher, F.C., Wagner, H.R., Goodman, L.A., Rosenberg, S.D. & Meador, K.G. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 92(9), 1523-1531.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, R. & Burns, B.J. (1998). Taking the wrong drugs: The role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33(Suppl 1), 75-80.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W.; Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, R. & Burns, B.J. (1998). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, 55(2), 226-231.
- Talamo, A., Cebririno, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., Baldessarini, R.J. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 86, 251-255.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koironen, M. & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1996 Northern Finland Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 54(6), 840-845.
- Valenstein, M., Ganoczy D., McCarthy, J. F., Myra Kim H., Lee T. A. & Blow F. C. (2006). Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 67(10):1542-50.
- Voruganti, L.N.P., Heslegrave, R.J. & Awad, A.G. (1997). Neuroleptic dysphoria may be the missing link between schizophrenia and substance abuse. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(7), 463-465.
- Warner, R., Taylor, D., Wright, J., Sloat, A. & al. (1994). Substance use among the mentally ill: Prevalence, reasons for use, and effects on illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(1), 30-39.
- Ziedonis, D.M. & Trudeau K. (1997). Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2),229-38.
- Zimmet, S.V., Strous, R.D., Burgess, E.S., Kohnstamm, S.& Green, A.I. (2000). Effect of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: A retrospective study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 94-98.

## DEUXIÈME CHAPITRE



Deuxième article

Comorbidité psychiatrique et violence psychopharmacologique

Perrine Poullot  
Candidate au doctorat  
Département de psychologie  
Université de Montréal

Denis Lafortune  
Professeur agrégé  
École de criminologie  
Université de Montréal

Serge Brochu  
Professeur titulaire  
École de criminologie  
Université de Montréal

Soumis à la revue *Psychotropes*

## Résumé

Cet article pose un regard sur l'expérience subjective de la violence manifestée par la population d'individus atteints à la fois d'un trouble de santé mentale grave et persistant et d'un trouble lié à une substance. À partir d'une analyse qualitative, il s'intéresse aux représentations de l'influence de la consommation sur les différentes sphères de la vie de ces individus, de même qu'au rôle de celle-ci dans l'agir criminel violent, tel que perçu par ces derniers. Enfin, il vérifie l'application du volet psychopharmacologique du modèle de Goldstein (1985) sur la population atteinte d'une telle comorbidité.

## Introduction

Plusieurs recherches démontrent que le fait de présenter un trouble grave de santé mentale et un trouble lié à la consommation est associé à un risque plus élevé de comportements violents (Dubreucq, Joyal & Millaud, 2006 ; Elbogen & Johnson, 2009 ; Fulwiler & al., 1997 ; Hodgins & Côté, 1990 ; Rice & Harris, 1995; Steadman & al., 1998; Swanson & al., 2002 ). Par exemple, Steadman et collègues (1998) ont observé que, parmi un échantillon de 1 136 patients atteints d'un trouble mental grave, 17.9 % ont posé un geste violent durant l'année qui a suivie leur sortie d'hôpital, contre 31.1 % chez ceux qui présentaient également un trouble lié à la consommation. Plus récemment, Elbogen et Johnson (2009) ont observé une incidence de la violence significativement plus élevée chez les gens atteints d'un trouble de santé mentale grave qui présentaient un trouble lié à une substance.

Nous avons très peu de connaissances sur la façon qu'un trouble lié à une substance accentue le risque de violence chez la population atteinte d'un trouble mental grave et persistant. Jusqu'à présent, les auteurs se sont surtout intéressés aux corrélats du phénomène de la violence liée à l'une ou l'autre de ces deux problématiques de santé mentale. À titre d'exemple, la violence réalisée par la sous-population d'individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave fut liée, entre autres, à la présence de certains symptômes psychotiques spécifiques, reconnus sous le terme de « threat-control override »<sup>1</sup> (Cooke, 2000 ; Link & Stueve, 1994 ; Link, Stueve & Phelan, 1998 ; Stompe, Ortwein-Swoboda & Schanda, 2004 ; Swanson, Swartz, Van Dorn, Elbogen, Wagner, Rosenheck & al., 2006), à la présence d'un trouble de personnalité antisociale

---

<sup>1</sup> Ces symptômes font référence à l'impression d'être menacé par quelqu'un qui nous veut du tort ou à l'impression d'être sous l'emprise de forces externes entraînant une perte de contrôle de soi.

(Hodgins , Côté & Toupin, 1998 ; Hodgins, 2000), à des anomalies structurales frontales (Krakowski & Czobor, 1997 ; Joyal & al., 2007), ou encore, à une non-adhérence à la médication (Alia-Klein, O'Rourke, Goldstein & Malaspina, 2007 ; Monahan, Steadman, Silver, Appelbaum, Robbins, Mulvey & al., 2001; Swanson, Borum, Swartz & Hiday, 1999 ; Soyka 2000 ; Swanson, Swartz & Elbogen, 2004). La violence associée à la présence d'un simple trouble lié à une substance (sans aucun trouble mental grave), quant à elle, fut liée au trafic de drogue (lien systémique), au besoin de se procurer de l'argent pour assouvir une dépendance à celle-ci (lien économique-compulsif) et à l'état d'intoxication entraîné par la consommation d'alcool ou de drogue (lien psychopharmacologique) (Goldstein, 1985 ; Pernanen, Cousineau, Brochu & Sun, 2002 ; Brochu, 2006).

Souhaitant explorer le phénomène de la violence manifestée par les individus atteints d'un trouble de santé mentale grave et persistant et d'un trouble concomitant lié à une substance, nous nous sommes basés, dans le chapitre précédent, sur les connaissances actuelles se rapportant aux individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant, ainsi que sur un modèle conceptuel explicatif de la violence liée aux stupéfiants, le modèle tripartite de Goldstein (1985), afin de proposer une première adaptation de cette conceptualisation à cette population.

À partir d'une étude qualitative, nous posons un premier regard sur l'expérience subjective de la violence manifestée par cette population d'individus et explorons l'applicabilité du modèle de Goldstein (1985) à celle-ci. D'abord nous présentons brièvement l'adaptation du modèle de Goldstein à cette population, puis nous observons, à l'aide des entrevues effectuées auprès de cette population, les représentations de l'influence de la consommation sur les différentes sphères de la vie

de ces individus, de même que le rôle de celle-ci dans l'agir criminel violent, tel que perçu par ces derniers. L'analyse ayant permis d'observer un phénomène complexe, seules les conséquences de la consommation qui, aux yeux des participants, ont mené *directement* au passage à l'acte violent subséquent sont présentées dans cet article.

Adaptation du modèle tripartite de Goldstein à la population aux prises  
avec un trouble de santé mentale grave et persistant  
et un trouble de consommation

Le modèle tripartite de Goldstein (1985) est intégratif et regroupe sous un même modèle trois conceptualisations unidimensionnelles : le volet psychopharmacologique, selon lequel la violence découlerait des effets psychopharmacologiques de la substance sur l'individu; le volet économico-compulsif, selon lequel la violence résulterait de la nécessité d'obtenir de l'argent pour assouvir leur dépendance à une substance coûteuse; et, le volet systémique, selon lequel la violence serait intrinsèque au réseau d'approvisionnement et de distribution de la drogue (Brochu, 2006). Ces trois volets décrivent diverses formes de violence associées à différents types d'usage de drogues, à plusieurs contextes sociaux et à de multiples motivations derrière le passage à l'acte (Goldstein, 1985). Dans le cadre de cette recherche, seuls les volets psychopharmacologique et économico-compulsif furent adaptés à la population atteinte à la fois d'un trouble de santé mentale grave et chronique et d'un trouble lié à une substance, le volet systémique décrivant davantage une violence résultant d'une implication dans le commerce illégal de la drogue, que d'une violence découlant de la consommation d'une substance psychoactive (Pernanen, Cousineau, Brochu & Sun, 2002).

### Volet psychopharmacologique

Le volet psychopharmacologique stipule que certains individus, suite à une consommation singulière ou régulière d'une substance psychoactive, deviennent excitables, irrationnels et démontrent un comportement violent. La violence décrite par ce volet découlerait des effets psychopharmacologiques de la substance sur l'individu, alors que celui-ci se trouve dans un état d'intoxication ou de sevrage (tels que la désinhibition, l'appauvrissement du contrôle de soi, la détérioration du jugement, la formation d'idées paranoïdes ou d'un sentiment d'omnipotence, l'irritabilité et la montée d'impulsivité (Brochu, 2006)). Nous avons suggéré, dans le chapitre précédent, que, puisqu'il fut démontré que la population ayant des troubles mentaux graves et persistants présente un niveau de sensibilité plus élevé aux substances psychoactives que la population régulière, la consommation de telles substances pourrait entraîner un état d'intoxication plus important chez cette catégorie d'individus. Celui-ci engendrerait, à son tour, les mécanismes responsables de la violence associés à la consommation d'alcool ou de drogues mentionnés ci-haut, mais aussi les symptômes «threat/control override» et les risques de non-observance de la médication psychotrope. Le résultat final serait une augmentation des risques de violence.

### Volet économique-compulsif

Le volet économique-compulsif suggère que certains individus ont recours à la violence pour subvenir aux dépenses engendrées par la consommation de substances onéreuses, souvent consommées de manière compulsive. Dans de tels cas, la violence ne découle pas des effets psychopharmacologiques de la substance intoxicante mais plutôt d'un désir de faire un usage continu de certaines substances. Afin d'adapter ce volet à la population aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant, nous avons tenu compte, dans le chapitre précédent, du faible niveau socio-

économique qui caractérise habituellement ces individus, de même que de la prévalence élevée d'abus et de dépendance observée chez ces derniers. Puisque la majeure partie de cette population souffre de pauvreté, notamment en raison d'un manque d'emploi, d'un faible niveau d'éducation, d'un manque de soutien social, d'habiletés cognitives, sociales et professionnelles, on peut s'attendre à ce qu'une dépendance à une substance coûteuse, telle la cocaïne, augmente le besoin d'argent de ces derniers, donc les risques de violence qui s'y rattachent.

#### Conséquences de la consommation chez les individus atteints d'un trouble de santé mentale grave et persistant

Les conséquences de la consommation chez les individus aux prises avec un problème de santé mentale grave et persistant répertoriées dans la littérature sont nombreuses. La présence d'un trouble lié à une substance fut associée notamment à davantage de symptômes positifs liés au trouble mental, de rechutes, d'hospitalisations psychiatriques ou de tentatives de suicide, à une plus grande probabilité de perte d'emploi et de vagabondage, à une non-observance de la médication et à une augmentation de la violence (Bennett & Barnett, 2003 ; Buckley, 2006 ; Drake, Osher & Wallach, 1991 ; Mueser, Bellack & Blanchard, 1992 ; Owen, Fisher, Booth & Cuffel, 1996 ; Pencer & Addington, 2003 ; Potash & al., 2000 ; Rachbeisel, Scott & Dixon, 1999 ; Swofford, Kasckow, Scheller-Gilkey & Inderbitzin, 1996 ; Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner & Burns, 1998 ; Urbanoski, Cairney, Adlaf & Rush, 2007 ). D'autres conséquences de la consommation chez cette population ont également été observées au niveau des relations sociales. En effet, on rapporte davantage de conflits avec les membres de leur famille et le personnel traitant, lesquels n'approuvent pas la consommation d'intoxicants (Barrowclough, Ward, Wearden & Gregg, 2005 ; Niv, Lopez,

Glynn & Mueser, 2007).

## Méthodologie

### Organisme partenaire

Cette recherche fut d'abord approuvée par le Service correctionnel du Canada, puis réalisée à partir du Centre régional de santé mentale (CRSM), soit le secteur psychiatrique de l'Établissement Archambault. Elle fut ensuite réalisée à partir du Centre régional de santé mentale (CRSM), soit le secteur psychiatrique de l'Établissement Archambault. Ce centre, bien que situé dans un pénitencier à sécurité moyenne, est de sécurité multi-niveau et comprend quatre unités : a) l'unité d'admission/évaluation, b) l'unité de soins psychiatriques, c) l'unité transitoire, d) l'unité de réintégration sociale. Au moment de la cueillette de données, en 2006, le CRSM rassemblait 120 hommes détenus purgeant une sentence moyenne de 7,82 ans et présentant soit un diagnostic de l'axe I du DSM-IV (un trouble mental), soit un diagnostic de l'axe II (un trouble de personnalité ou un retard mental) ou les deux. Ce centre détient une population « lourde » dans le sens où la plupart des prisonniers souffrent d'un trouble mental grave (63 % étaient schizophrènes ou atteints d'un trouble psychotique, 24 % présentaient un trouble de l'humeur) ou présentent une personnalité antisociale (39 %) et ont commis des actes criminels violents (homicides, tentatives d'homicide ou autres crimes contre la personne). Certains d'entre eux ne présentent qu'un trouble mental, cependant la plupart révèlent une comorbidité psychiatrique, manifestant à la fois deux ou plusieurs troubles, de l'axe I ou de l'axe II.

### Participants

Parmi les 30 détenus du CRSM qui, en septembre et octobre 2006, répondaient



aux critères de sélection pour cette recherche, 19 ont accepté de participer à l'étude. Selon l'évaluation psychiatrique réalisée à leur admission au CRSM, ces 19 détenus présentaient, en fonction du DSM-IV, a) un trouble mental grave et persistant (trouble bipolaire, schizophrénie, trouble délirant, trouble schizo-affectif, trouble psychotique indifférencié ou non spécifié et psychose atypique), b) un trouble lié à une substance (abus ou dépendance à une substance) et c) avaient commis un crime violent (meurtre, tentative de meurtre, homicide involontaire, agression armée, agression sexuelle armée, voies de fait ou vol qualifié). La principale raison de refus fut le manque d'intérêt envers l'étude. L'âge de ceux ayant accepté variait entre 20 et 59 ans. Treize d'entre eux présentaient un trouble psychotique quelconque (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble psychotique indifférencié ou non spécifié et psychose atypique) et six présentaient un trouble bipolaire (type I ou II). Tous présentaient un trouble lié aux substances psychoactives (huit présentaient un diagnostic d'abus de substances, dix un diagnostic de dépendance et un participant présentait un diagnostic non spécifié lié aux substances). Concernant les substances consommées, dix présentaient un diagnostic lié à la consommation d'alcool, dix à la cocaïne, quatre au cannabis, deux à l'héroïne, un au crack, un aux benzodiazépines, un aux PCP. Ainsi, 11 parmi les 19 participants présentaient un diagnostic de polytoxicomanie. Deux présentaient un trouble anxieux concomitant et un, un trouble dysthymique. Finalement, à l'axe II, onze présentaient un trouble ou des traits de la personnalité mixte (limite, évitante, antisociale, paranoïaque), un une personnalité dépendante, un des traits de personnalité obsessionnelle, quatre une personnalité antisociale et deux des traits limites. Le temps moyen écoulé depuis le début de leur sentence était de 3 ans.

### Procédure et déontologie

Une fois approuvée par le Comité universitaire d'éthique de la recherche, de

l'Université de Montréal, cette étude fut présentée aux détenus du CRSM qui répondaient aux critères de sélection, lors d'une séance d'information. Ces détenus ont eu le choix d'accepter ou de refuser d'y participer. Afin de respecter le caractère phénoménologique de cette étude, une approche qualitative a été privilégiée. Les personnes ayant accepté de participer à l'étude ont signé un formulaire de consentement nous permettant de les rencontrer en entrevue et de consulter leur dossier figurant dans le système de gestion de détenus (SGD). Cette base de données contient toutes les informations recueillies sur les détenus (tests complétés à l'admission, les profils criminels, les rapports de police, de psychologues ou de psychiatres, ainsi que les plans correctionnels). Les entrevues ont été conduites sous forme semi-directive et de façon rétrospective. Une consigne de départ ouvrait l'entrevue («Pouvez-vous me décrire les circonstances entourant le délit principal qui mena à votre incarcération? ») et les thèmes suivants étaient abordés au cours de l'entretien :

- Leur consommation (le type, la quantité, la fréquence, le coût).
- L'influence de la consommation sur leur comportement (agressivité, impulsivité).
- L'influence de la consommation sur les symptômes de leur maladie.
- L'influence de la consommation sur leurs relations interpersonnelles, leur vie sociale
- Leur situation financière et l'influence de leur consommation sur celle-ci et leur travail.
- L'effet de la consommation sur l'observance de la médication et l'effet d'interaction entre la médication et la substance psychoactive.
- Les moyens qu'ils employaient pour subvenir à leur consommation.
- Leur perception du rôle de la consommation dans l'agir criminel violent.

Les entretiens s'étendaient sur une durée approximative d'une heure et demie. Ils étaient enregistrés et transcrits ensuite sous forme de verbatim. L'analyse du contenu thématique était effectuée de façon continue afin de permettre aux chercheurs de constater qu'une saturation avait été atteinte, justifiant l'arrêt des entrevues. Les premiers détenus rencontrés étaient ceux ayant été incarcérés en 2006, suivi de ceux incarcérés en 2005, et ainsi de suite jusqu'à saturation du contenu. Cette façon de procéder a permis de sélectionner, parmi le bassin d'individus incarcérés, ceux dont le rappel des circonstances ayant causé leur incarcération aura été le moins altéré par le temps écoulé.

### Analyse des données

La méthode phénoménologique fut privilégiée comme mode de recherche qualitative. Cette méthode permet d'observer les phénomènes tels qu'ils sont perçus ou vécus par les acteurs sociaux (Giorgi, 1997). Comme mode de réduction du matériel, nous avons utilisé l'analyse thématique, tout au long de la cueillette de données et ultérieurement (Ghiglione et Matalon, 1978). La catégorisation thématique du verbatim fut effectuée à l'aide du logiciel Nvivo, en fonction d'une grille de codification élaborée a priori (présentée en annexe) et enrichie au fil de l'analyse. D'abord un résumé de chaque entrevue fut rédigé. Ensuite, un processus de lectures lentes et répétées de chacune des entrevues (analyse verticale), accompagné d'une attitude la plus objective possible, permit de relever les thèmes principaux abordés par les individus interrogés, l'interprétation, le sens et les sentiments qui les accompagnent. Cette démarche permit de découvrir des unités de signification, puis d'élaborer des catégories conceptuelles et de les détailler. Certaines citations-clef illustrant les différents concepts furent relevées. Enfin, une comparaison des entrevues entre elles (analyse transversale) a permis

d'identifier les concepts ou thèmes récurrents, ainsi que les convergences ou divergences entre les points de vue des détenus interrogés, et de les retenir pour plus d'analyse. Finalement, une analyse séquentielle fut effectuée afin d'identifier l'ordre chronologique de l'apparition des premiers symptômes liés au trouble mental et au trouble de consommation, puis de l'influence de ceux-ci sur la santé mentale de l'individu, sur son histoire affective et occupationnelle, de même que sur ses agirs criminels, tels que rapportés par ce dernier. Une comparaison des différents parcours permit d'élaborer un modèle conceptuel intégrant l'expérience personnelle de chacun des individus rencontrés.

## Résultats

### L'expérience subjective des liens entre la consommation et la violence

L'analyse qualitative des entrevues effectuées auprès des détenus présentant à la fois un trouble lié à une substance et un trouble mental grave et persistant permet de relever différentes conséquences de la consommation, telles que perçues par ces derniers. Parmi celles-ci, certaines sont reconnues par les participants comme ayant directement contribué au passage à l'acte violent responsable de leur présente incarcération. Elles se regroupent en trois catégories : a) aggravation de certains symptômes liés au trouble mental, b) conséquences cognitives et comportementales et c) détérioration du fonctionnement psychosocial global. Alors que les catégories a et b décrivent des conséquences directes de la consommation sur l'état mental ou le comportement de la personne, la dernière catégorie renvoie aux conséquences observées sur les différentes sphères de la vie de celle-ci (entre autres, au niveau économique et relationnel). Seules les conséquences observées directement sur l'état

mental, les cognitions ou le comportement de la personne sont rapportées dans ce présent écrit, les autres faisant l'objet d'un prochain chapitre.

**a) Aggravation de symptômes liés à la maladie mentale (paranoïa, hallucinations, humeur dépressive ou euphorique)**

Pristach et Smith (1996) ont déjà observé que les patients schizophrènes de leur échantillon, suite à une consommation d'alcool, avaient une tendance à rapporter une exacerbation de leurs symptômes d'hallucination et de paranoïa. De la même façon, les deux tiers des détenus interrogés (13/19) ont l'impression que la consommation répétitive et excessive d'alcool ou de substances psychoactives illicites a entraîné une aggravation de leur maladie mentale. Même ceux qui rapportent avoir initialement eu recours aux stupéfiants pour soulager certains symptômes désagréables de la maladie (comme l'anxiété ou les hallucinations auditives) affirment avoir tôt ou tard observé le phénomène inverse. Ils avaient l'impression que l'usage de substances intoxicantes amplifiait ou intensifiait leurs symptômes. Certains observaient des changements au niveau d'un symptôme spécifique, telles les hallucinations auditives, la paranoïa, l'humeur dépressive ou euphorique, d'autres constataient simplement une dégradation de leur maladie mentale. Par exemple, Éric, un détenu atteint de schizophrénie indifférenciée, raconte avoir eu l'impression que les voix se faisaient de plus en plus fortes ou de plus en plus fréquentes.

*« Plus je consommait (différentes substances – alcool, drogues douces et dures), plus les voix devenaient de plus en plus fortes. J'entendais la voix de mon beau-père qui me rabaissait tout le temps quand j'étais enfant, tout le temps une voie dégradante "t'es pas bon, t'es un vaurien, pends-toi, pends-toi, finis-en". (...) J'étais pas capable de reprendre le dessus, de reprendre le contrôle, je devenais violent, je cassais tout. »*

Antoine, un schizophrène paranoïaque, a remarqué une augmentation de ses symptômes de paranoïa.

*« Quand je consommais (du cannabis) ça devenait pire, ça empirait la paranoïa. J'pensais qu'y avait de la police qui se cachait dans les buissons. J'imaginai qu'y avait de la police partout ».*

Sylvain, quant à lui, avait l'impression que l'alcool accentuait son sentiment dépressif.

*« J'suis resté trois mois enfermé dans chambre, la porte était fermé et je suis resté sur le sofa et je buvais beaucoup d'alcool. Moi, j'suis bipolaire pis (et) l'alcool me donnait des gros downs. J'voulais mourir pis c'est là que ma soeur me rentrait en psychiatrie ».*

D'autres, comme Daniel, Thomas et Michel, observaient simplement une dégradation de leur maladie mentale:

*« Après deux ans de consommation, ça commençait à me faire des signes, ça empirait ma maladie mentale. Je commençais à faire des cauchemars, toujours je me bats avec des mauvais esprits qui essaient de m'enlever la vie, qui mettent les doigts sur ma gorge, qui essaient de me donner des coups de poing. Je me lève là et mes doigts saignent tous là, tu vois? Donc ça m'a fucké dans la tête franchement. (...) Ç'a empiré mon problème psychiatrique parce que je me promenais sur Ste-Catherine la nuit, je marchais, il était peut-être 4h du matin, y a quasiment personne mais j'entendais une voix qui disait mon nom « Daniel! ». Je regarde de ce côté-là mais y a rien et là ça revient « Daniel! ». Là, je regarde encore mais je vois personne. Mais pourtant j'entends clairement la voix dans mes oreilles! Ça (la drogue) m'a vraiment donné des problèmes! »*

*« La maladie, c'est quelque chose mais quand je prends de la drogue ou de l'alcool, c'est comme mettre de l'huile sur le feu. » (Thomas)*

*« C'est difficile à dire, je pense que j'avais ça jeune (le trouble bipolaire) mais la drogue a pas aidé. Quand j'étais plus jeune, j'avais des sauts d'humeur, j'étais ben émotif, et ça a continué un petit peu mais c'est la drogue qui l'a accentué ». (Michel)*

Alors que certains (6/ 19 ) rapportent avoir eu l'impression de ressentir les effets néfastes de la consommation sur leur santé mentale lors de la phase d'intoxication, d'autres disent avoir constaté ces effets lors de la période de sevrage.

*« Quand j'arrête la coke, il y a une phase qu'on appelle le « down » pis moi j'suis pas capable de l'endurer. C'est là que les voix ressortent, ça crie, ça gueule après moi, ils me disent que je suis pas bon, que j'en vau pas la peine, que je devrais mourir. Des fois, je me dis qu'il faudrait mieux mourir que de passer la vie de même ». (Jean-Michel)*

Enfin, parmi ceux qui ont observé une aggravation des symptômes suite à la consommation de stupéfiants, deux se disent même d'avis que celle-ci a carrément contribué, sinon causé, l'apparition du trouble mental. Ce phénomène a également été observé par Alvarez, Kaiser et Havassy (2004).

*« Ah, c'est clair que la consommation, ça n'a pas aidé. Je pense que si je n'avais jamais consommé, je n'aurais pas développé la schizophrénie, en tout cas d'après moi. » (Olivier)*

*« Moi, je suis pas mal sûr que c'est la consommation qui a causé ça (la maladie bipolaire), ou qui l'a aggravée du moins. » (Michel)*

### Automédication

Que la présence de symptômes liés à la maladie mentale ait ou non été un facteur contributif de l'apparition du trouble de consommation, il appert qu'une fois ceux-ci apparus et aggravés par l'usage excessif de drogues ou d'alcool, ils ont motivé les individus rencontrés à maintenir leur consommation. En effet, dans l'espoir de retrouver l'effet apaisant de la substance intoxicante, les trois quarts des personnes interrogées augmentèrent de plus bel la quantité consommée ou la fréquence de l'absorption. En général, ce changement, accentua plutôt les symptômes et plongea les participants dans un cercle vicieux. Alexandre raconte son expérience :

*« Au début, je consommais plus pour l'anxiété parce que je suis quelqu'un de ben anxieux, mais la drogue a pas aidé. Et là, j'pense que c'est la drogue qui a développé l'anxiété, mais c'est un enchaînement, t'sais. Sur le coup, ça calmait, sauf qu'après, ça faisait plus effet. Il fallait que je consomme régulièrement, pis à la longue ben, j'pense que ça a juste empiré l'anxiété ».*

Favorisant le recours aux substances psychoactives pour soulager leurs symptômes psychiatriques, certains individus racontent même que, parfois, ils négligeaient le traitement médicamenteux qui leur était recommandé. En effet, parmi ceux qui devaient suivre une ordonnance de médication, plusieurs rapportent qu'ils ont

graduellement cessé de suivre leur prescription et qu'ils «s'automédicamentaient» avec la substance de leur choix. D'autres continuaient à observer leur prescription de médicaments, mais combinaient ceux-ci avec d'autres substances psychoactives. En voici quelques exemples :

*« Je mélangeais l'eau de Cologne ou l'alcool à friction avec les médicaments que je me faisais prescrire (des valiums) et je devenais tout perturbé, déstabilisé. J'étais dépressif, pas capable de reprendre le dessus. J'étais pas capable de me contrôler. Je me faisais prescrire des valiums et j'avais des médicaments pour mon épilepsie, que je prenais avec l'alcool pour que mon cerveau soit gelé tout le temps. (...) J'avais jamais été à jeun parce que je savais ce qui allait arriver; j'avais peur que les gens sautent sur moi, ils avaient juste à me regarder pour que je me dise « ils veulent sauter sur moi. » (Marcel)*

*« Je ne prenais pas régulièrement mes médicaments et très souvent j'arrêtais de les prendre parce que j'avais trouvé d'autres choses pour les remplacer : la coke pis de la bière, tu comprends-tu? Je peux pas dire que ça m'aidait autant parce que ça me brûlait cette affaire-là. » (Jacques)*

*« Every medication, I dropped. I was my own doctor; Dr. Dre! » (Carl)*

Pour expliquer cette préférence envers les stupéfiants, certains mentionnent qu'ils n'appréciaient pas les effets secondaires de la médication, tels l'augmentation du poids ou l'état second entraîné par la médication qu'ils qualifient comme « une impression d'être dans les vapeurs ». Pour d'autres, comme Jacques, le désir de «s'automédicamenter» à l'aide d'une substance illicite découlait simplement d'un refus de reconnaître la présence d'un trouble mental :

*« Moi, je suis considéré comme un bipolaire, pis ça dans le passé, je l'ai jamais ben ben accepté, faque (donc) la médication, j'ai toujours joué avec. On a essayé plusieurs médicaments avec moi, mais j'ai toujours voulu combattre ça seul parce que je n'accepte pas de reconnaître que j'ai un problème de santé mentale. » (Jacques)*

L'automédication étant un phénomène fréquemment observé chez les individus aux prises avec un trouble de santé mentale (Bradizza et Stasiewicks, 2003; Henwood et Padgett, 2007; Suh, Ruffins, Robins, Albanese & Khantzian, 2008), il n'est pas



étonnant de constater l'importance de la prévalence de celle-ci au sein du groupe de détenus rencontrés. Ce qui s'avère toutefois intrigant, c'est que la consommation d'intoxicants est perçue par ces individus comme ayant eu à la fois un effet soulageant et un effet néfaste sur leur maladie mentale. Cette double perception pourrait expliquer pourquoi les individus interrogés, en quête continue de ce soulagement, continuaient à faire usage de stupéfiants malgré le fait qu'ils sentent leur effet nuisible. Lors d'une étude qualitative réalisée auprès de 24 participants présentant un trouble mental et un problèmes de consommation, Alvirez, Kaiser et Havassy (2004) ont aussi observé une tendance générale à maintenir le comportement de consommation malgré la constatation de ses impacts négatifs sur la santé mentale.

Selon Antoine, un détenu rencontré dans le cadre de cette étude, il existe en fait une quantité optimale de consommation, c'est-à-dire une certaine quantité à respecter pour obtenir le soulagement recherché, sans provoquer l'effet contraire.

Il y a lieu cependant de se demander si le phénomène d'accoutumance ne mène pas l'individu, malgré lui, à augmenter continuellement la quantité absorbée, pour accéder à l'effet souhaité de soulagement, ce qui malheureusement entraînerait l'exacerbation du trouble mental. C'est peut-être pourquoi l'automédication s'avérait, à long terme, bien néfaste selon la plupart :

*«Je mélangeais la boisson avec les médicaments et je devenais tout fucké là, quelque chose de rare, faque (donc) j'ai fait une autre tentative de suicide. À partir de là, j'ai pas été le même. (...) Je sais pas, je suis pas docteur, mais le fait d'avoir mélangé les médicaments et la boisson, dans ma tête, je ne pensais plus de la même manière. (...) Quand je combinais les deux, ça empirait; mon trip c'était de voir du sang, donc j'me coupais. À jeun aussi, ça me tentait, mais je ne le faisais pas. (...) Je prenais mes médicaments et je prenais la boisson et c'était vraiment ça mon trip, m'ouvrir les veines.» (Éric)*

État de confusion ou de désorganisation menant aux comportements violents

Un peu plus de la moitié des individus rencontrés rapporte avoir éventuellement vécu un état de forte confusion ou de désorganisation, qui se solda par un passage à l'acte violent. Ils se sentaient alors coincés dans un cercle vicieux, tentant de soulager les symptômes désagréables liés à la maladie mentale à l'aide de substances psychoactives, lesquelles, au contraire, entraînaient une aggravation de leur état mental. Ils attribuent cet état de confusion à l'effet néfaste de ces substances et à l'effet d'accoutumance qui les aurait menés à augmenter continuellement la quantité absorbée, les deux étant combinés, dans bien des cas, à une non-observance de la médication. Pour cinq des 19 individus interrogés, il en a résulté le passage à l'acte violent à l'origine de leur présente incarcération. Voici comment Éric raconte l'épisode qui mena à son incarcération:

*« Je venais de prendre de la coke avec ma copine qui était prostituée quand un gars est rentré dans son appart qui voulait l'envoyer faire la rue comme avant, et elle a dit 'T'es malade, j'y vais pas!' Il a commencé à lui gueuler après 'Awey, (Allez) vas-y!' pis il lui a sauté dessus. Pis moi j'ai décroché, je me suis mis à lui crier après. Pis quand il criait, je le regardais et je voyais la face de mon beau-père, je pleurais, je lui criais d'arrêter. Je lui ai dit 'arrête, je te dis je vais te faire mal' et il disait 'ferme dont ta gueule!' faque (donc) j'ai arraché, t'sais, les bombonnes pour éteindre le feu, j'ai donné un coup de poing dedans et y avait plein de pics de vitre autour, j'ai arraché un pic de vitre et je lui ai planté dans l'oeil. »*

Chez les psychotiques, cet état de confusion est survenu principalement lorsque l'épreuve de la réalité était fragile, comme l'illustre le dernier exemple. Chez les personnes atteintes du trouble bipolaire, il est apparu principalement lors de la phase dépressive. En effet, ces participants rapportent que la dépression devenait telle qu'elle ne leur permettait pas de conserver l'espoir d'un jour meilleur. Le passage à l'acte violent qui en résultait était, selon leurs dires, une manifestation du sentiment de détresse qui les habitait. L'acte prenait souvent la forme d'une demande d'aide.

*« Des fois, la boisson, ça entraînait...pas un bad trip...mais plus un découragement...t'sais un gros down...t'sais, à moment donné, ça va être quoi ma vie là, t'sais, j'ai rien en avant de moi, pis je ne réussirai jamais.*

*T'sais, je réalisais que les rêves que j'avais envisagés durant mon high, ben je les avais pas mis en marche, et c'est pas dans le down que j'allais les mettre en marche...Tôt ou tard, j'allais faire une pharmacie et c'était comme mon cri de désespoir « venez me chercher! » (Jacques)*

Cet état de détresse psychologique, rapporté tant chez les individus psychotiques que chez les personnes bipolaires, pouvait, selon ces derniers, générer l'apparition de comportements violents manifestés à l'égard d'autrui, mais il pouvait aussi être à l'origine de comportements autoagressifs (suicidaires ou automulatoires), comme le témoignent les propos de Robert, un détenu atteint du trouble bipolaire:

*« Je ne filais pas pis à force de boire et de fumer un joint, pis un autre joint, pis un autre joint, je l'ai accotée ici (un fusil de calibre douze sous le menton) et je savais que je ne souffrirais pas, et mon chum est rentré, y est revenu plus de bonne heure justement, et il m'a dit "hey, le malade, enlève-ca de ton menton" , j'étais comme "hey fait de l'air", je pleurais t'sais, et j'ai enlevé la balle de là et je l'ai serré. »*

Éric relate un épisode qui rend compte, à la fois, de l'état de désorganisation/détresse psychologique dans lequel il se trouvait dans les instants précédant son incarcération et des comportements violents que cet état pouvait susciter :

*« Je ne sais pas ce que j'essayais de faire. Sur le coup ça va paraître super grandiose et incroyablement important et là ben, ça a mal tourné, et je me suis retrouvé à voler des homards dans une poissonnerie et à essayer de les manger. Je me suis enfermé dans la toilette d'un restaurant assez chic et je me suis ouvert les veines, la police a défoncé la porte et je me suis faufilé et je me suis retrouvé devant le monde qui mangeait puis je les ai aspergés avec mon sang. J'étais fucké.»*

D'après ces témoignages, il semble qu'à force de lutter contre les symptômes liés au trouble mental, de consommer des substances stupéfiantes et de ne pas respecter la médication prescrite, il se produit une détérioration progressive de l'état mental. Celui-ci se solde par une perte de contrôle et la manifestation de comportements violents.

### ***b) Conséquences cognitives et comportementales***

Mis à part l'aggravation des symptômes liés à la maladie mentale grave et persistante, presque la moitié des individus interrogés (7 / 19) rapportent avoir remarqué que la consommation de substances psychoactives avait entraîné des conséquences au niveau des cognitions et du comportement. Cinq d'entre eux se disent même d'avis que celles-ci auraient mené au passage à l'acte responsable de leur présente incarcération. Parmi les conséquences cognitives ou comportementales rapportées, les plus fréquentes sont l'augmentation de l'agressivité, de la désinhibition, de l'impulsivité et de la confiance en soi. Bien qu'il fut démontré que la présence d'un trouble lié à une substance accroît les risques de violence chez la population aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant (Buckley, 2006; Elbogen & Johnson, 2009), aucun auteur n'a, jusqu'à présent, vérifié auprès des individus concernés en quoi, selon eux, l'usage d'intoxicants augmentent le risque de violence. La section suivante offre donc un tout premier regard sur l'expérience subjective de la violence liée aux changements cognitivo-comportementaux entraînés par la consommation de substances psychoactives, chez les gens atteints d'un trouble grave de santé mentale.

#### Agressivité et désinhibition

L'ensemble des détenus rapportant des changements au niveau cognitif ou comportemental se rappelle avoir eu l'impression de devenir plus agressif sous l'effet de la consommation. De plus, tous ces détenus se souviennent d'avoir constaté une impression de ne plus exercer autant de contrôle sur leurs comportements lorsqu'ils avaient consommé. C'est d'ailleurs, pour certains, cet état même de désinhibition qui aurait permis l'expression de leur agressivité. Par exemple, lorsqu'interrogé au sujet de l'influence que la consommation de drogues avait eu au niveau de son comportement en général, Jean-Michel répond :

*« Lorsque je consommais de la cocaïne, je devenais violent et je faisais des choses que je n'aurais pas fait normalement ».*

Lorsqu'on lui demande un exemple, il ajoute :

*« Par exemple, la fois où j'ai tranché la gorge du chauffeur de taxi que je dévalisais, ou encore la fois où j'ai tiré sur mon frère avec une 12 parce que je l'ai attrapé en train de coucher avec ma conjointe ».*

Un autre détenu, Marcel, aux prises avec une problématique d'éthylisme depuis de nombreuses années, raconte que la consommation d'alcool le rendait tellement agressif qu'il prévenait les personnes qui l'accompagnaient qu'il vaudrait mieux l'attacher, de manière à le contrôler. Selon lui, c'était « le cerveau qui gelait avec la boisson, pas le corps », ce qui traduit cette impression de désinhibition, où il se sentait libre d'agir sur ses pulsions.

*« Je devenais une autre personne. Je frappais partout, défonçais les murs et j'en n'avais pas connaissance le lendemain. (...) Le lendemain, je me réveillais en prison, attaché, parce que j'en avais frappé d'autres. Chaud comme j'étais, j'me défendais vraiment, pis ils m'attachaient. (...) Quand j'étais sous l'alcool à friction, j'étais une autre personnalité, une personnalité de vengeance tout le temps, je fessais partout ».*

Sachant quel impact pouvait avoir l'alcool sur son comportement, Marcel avait prévenu sa conjointe du danger qu'elle courrait :

*« Je le savais que... d'une manière ou d'une autre, quand je buvais c'était dangereux, que je pouvais perdre la carte. (...) Je savais que ma peur sortait par la rage quand j'étais saoul et je l'avais prévenue (sa conjointe). (...) Quand j'ai été arrêté, ils m'ont expliqué le vol que j'avais fait à la pharmacie pis que j'avais ramassé toutes les bouteilles d'eau de Cologne que je voyais, pis les bouteilles d'alcool à friction. J'avais déjà ma première bouteille de bue au moment du vol. J'me rappelle, je me suis assis dans le char et j'ai bu une bouteille d'eau de Cologne, et déjà une bouteille s'est assez pour te faire perdre la carte, parce que c'est fort là. Pis, je m'en allais avec (sa conjointe) et c'est là que le meurtre (de celle-ci) est arrivé».*

Dans ce dernier extrait, Marcel mentionne que « sa peur sortait par la rage » lorsqu'il était en état d'intoxication. Non seulement avait-il l'impression d'être désinhibé au niveau du corps, il avait également l'impression d'être désinhibé au niveau affectif, ce

qui permettait l'expression d'une émotion refoulée (la peur). Alors que l'agressivité et la désinhibition constituent pour certains individus interrogés, deux phénomènes distincts de la consommation d'intoxicants, elles représentent, pour Marcel, une même manifestation de l'état d'intoxication, soit l'expression d'une émotion refoulée. L'expression d'une émotion refoulée par de l'agressivité est une explication qui rejoint aussi Bruno. Plutôt que la peur, c'est le sentiment de culpabilité étouffé par la boisson qui, selon lui, se manifestait par de l'agressivité :

*« J'ai une manière d'agir quand je suis dans la boisson qui est très provocateur, une façon d'agir, une façon de parler. Je cherche le trouble, je cherche à m'imposer, t'sais. Je suis capable de noyer un sentiment de culpabilité, mais la façon de le noyer, c'est en utilisant l'alcool, mais avec l'alcool, j'ai noyé quelque chose faque (donc) il faut que ça sorte d'une façon différente, pis avec moi ça sort avec violence, agressivité ».*

La notion selon laquelle les émotions réprimées doivent être extériorisées rappelle la conception psychanalytique de Turner (2007) selon qui les émotions négatives refoulées associées au Self, persisteraient et s'intensifieraient, se transformant de fortes émotions négatives et devant éventuellement être dirigées vers l'extérieur, loin du Self. Selon l'expérience subjective de Marcel et de Bruno, la désinhibition, entraînée par la consommation d'alcool ou de drogues, aurait ainsi permis l'extériorisation d'émotions négatives (la peur et la culpabilité) refoulées et intensifiées, par la violence. Si cette explication convient à ces derniers, c'est peut-être parce qu'elle offre, d'une part, une manière de s'approprier l'agressivité démontrée lors d'un état d'intoxication et remémorée comme étant egodystone (donc contraire à leur personnalité : « je deviens une autre personnalité, une personnalité de vengeance »), mais aussi, une manière d'éloigner ou de rendre moins redoutable ce potentiel agressif en le rattachant à une émotion perçue comme étant moins menaçante (la peur, la culpabilité). Puisqu'il s'agit d'une population incarcérée, il n'est pas étonnant de voir que certaines personnes interrogées privilégient ce genre d'explication qui leur permet de se

déresponsabiliser du comportement violent à l'origine de leur incarcération en imputant le blâme, soit à leur état d'intoxication, soit à leur état de désinhibition ou, soit à l'expression d'une émotion refoulée permise par cet état d'intoxication. Comme après tout, il s'agit d'une population aux prises avec un trouble affectif et/ou un trouble de la pensée, il y a effectivement lieu de se demander si l'état d'intoxication n'aurait pas réellement favorisé l'émergence d'émotions négatives chez ces individus qui présentaient déjà une vulnérabilité psychologique de par la présence d'une fragilité affective chez l'un et d'un relâchement des activités automatiques de la pensée (fonctions cognitives) chez l'autre.

#### Augmentation de la confiance en soi et de l'impulsivité

Mis à part l'augmentation de l'agressivité et un état de désinhibition, la consommation d'intoxicants suscitait également chez certains une augmentation de la confiance en soi et de l'impulsivité. L'absence d'hésitation, ou de remise en question, et le déni du danger provoqué par ce phénomène, les rendait, d'après eux, davantage susceptibles de poser un geste criminel de nature acquisitive :

*« Quand t'es gelé de même, dans mon cas, je deviens impulsif c'est incroyable, si y a de quoi qui me passe par la tête, je vais aller faire le vol (qualifié) et je vais me dire que je suis capable de faire le vol. » (Robert)*

Cet effet secondaire de la consommation qui facilite le passage à l'acte violent était parfois l'effet précisément recherché par certains individus rencontrés. Pour ces individus, passer à l'acte nécessitait d'avoir recours à l'alcool ou à la drogue pour atteindre un niveau d'agressivité ou de courage optimal/nécessaire pour réaliser le délit qu'ils souhaitaient commettre. En effet, Normand et Francis racontent qu'ils ne réalisaient jamais leurs vols qualifiés à jeun :

*« Je n'ai jamais fait de vol (qualifié) à jeun, j'étais toujours sous l'effet de la cocaïne. Des fois j'en faisais deux ou trois vols dans la même journée,*

*toujours gelé parce que ça me rendait plus agressif » (Normand)*

*« J'étais quasiment tout le temps sous l'effet de la consommation quand je faisais mes vols (qualifiés). Ça me prenait quelque chose pour me donner du guts, t'sais. J'en ai déjà fait à jeun mais c'est pas la même affaire que...la trouille, pis la peur, t'sais, c'est pas la même affaire». (Francis)*

Si la consommation donnait aux individus le courage de passer à l'acte, elle pouvait aussi pour certains, tels Francis, un individu atteint d'un trouble psychotique non spécifié, offrir une manière de se déresponsabiliser par rapport au geste qu'ils avaient posé :

*« Ça me donnait plus de guts (courage), surtout la boisson là. Et si y avait des décisions qui étaient prises (les vols qualifiés) et que c'était une mauvaise décision, je pouvais facilement mettre le blâme sur l'alcool, faque ça me déresponsabilisait totalement. C'était bien de même. »*

Pour Thomas, c'est le niveau « d'inconscience », entraîné par l'état d'intoxication, ou de sevrage, qui était essentiel au passage à l'acte criminel :

*« Soit j'étais en manque de cocaïne, soit j'étais sous la boisson. J'ai jamais fait un vol qualifié comme j'suis là. J'suis inconscient quand je fais ça ».*

Le fait d'avoir recours à la consommation de substances psychoactives au profit d'une criminalité lucrative fut observé chez la population régulière et constitue en fait une variante du modèle psychopharmacologique :

*«Une personne aux tendances antisociales pourra chercher à consommer une substance qui, selon ses attentes et les normes culturelles, favorisera l'expression de ses penchants belliqueux. (...) D'autres pourraient trouver dans l'intoxication un prétexte commode pour rejeter la responsabilité de leurs actes» (Brochu, 2006, p.128).*

Bien qu'il s'agisse d'un phénomène observé chez la population régulière, il est étonnant de voir qu'elle subsiste chez les individus atteints d'un trouble mental grave et persistant. La présence d'une problématique lourde de santé mentale n'atténuerait donc pas les valeurs antisociales de certains individus rencontrés, qui sembleraient, après



tout, plus « criminalisés » que « malades ». Les *attentes* de ces derniers, face aux substances psychoactives seraient, finalement, les mêmes que la population régulière, c'est-à-dire une augmentation du courage, de la confiance en soi, ou encore, comme le mentionne Thomas, un état d'inconscience, que l'on peut traduire comme un détachement affectif, un épisode quasi-dissociatif, où l'individu a une faible conscience affective des actions qu'il pose.

### Conclusion

Cette étude pose donc un premier regard sur la contribution de la présence d'un trouble de consommation dans l'agir criminel violent chez les individus atteints d'un trouble mental grave et persistant, tel que perçu par ces derniers. Bien que certains auteurs se soient déjà penchés sur l'effet de la consommation chez cette population, nul n'a, à notre connaissance, été vérifier auprès d'eux le rôle que celle-ci aurait joué dans le passage à l'acte violent. Cette étude permet donc de comprendre davantage les mécanismes responsables de la violence chez les gens atteints de ce type de comorbidité. De plus, elle se distingue des autres études par le fait qu'elle privilégie l'expérience subjective de chaque individu composant l'échantillon par une méthode de recherche qualitative.

Bien que l'analyse qualitative présente des limites au niveau de la généralisation de ses résultats, elle offre tout de même deux avantages importants. D'une part, elle donne une voix aux populations marginalisées par la société, qui comme celle étudiée, ne jouissent pas d'un pouvoir social, économique ou politique suffisant pour se faire entendre (Stein & Mankowski, 2004), d'autre part, elle permet une meilleure description d'un phénomène particulier, en aidant autant à la compréhension des circonstances

entourant l'évènement qu'à cet évènement lui-même (Shoshanna, 2002).

Dans le cadre de cette étude, grâce à ce type d'analyse, il fut possible de cerner les représentations de l'influence de la consommation sur les différentes sphères de la vie de ces individus, principalement sur leur santé mentale et leur comportement violent. La méthode qualitative a permis d'aller au-delà de la simple constatation de la présence de symptômes psychotiques ou d'un trouble de consommation au moment du passage à l'acte violent, et de voir comment ceux-ci avaient influencé cet acte, selon les individus interrogés.

Parmi les conséquences directes de la consommation relevées dans la littérature et mentionnées plus haut, notons que les deux tiers des individus interrogés se disent d'avis que l'usage régulier ou excessif de substances psychoactives aurait entraîné une augmentation de certains symptômes liés au trouble mental. De plus, la majorité de ceux qui devaient suivre un traitement pharmacologique rapporte ne pas avoir respecté la posologie indiquée ou avoir combiné celle-ci aux intoxicants. Cette prévalence élevée de l'inobservance autorévolée se rapproche sensiblement de celle observée par Alia-Klein, O'Rourke, Goldstein et Malaspina (2006), qui ont observé un taux de 78 % de non-observance ou d'observance irrégulière chez leurs participants. Plus que la non-observance de la médication, le phénomène de l'automédication prédominait chez les personnes rencontrées. Ainsi, les trois quarts des participants reconnaissent avoir eu recours aux substances psychoactives afin de soulager certains inconforts psychiques entraînés par la présence d'un trouble grave et persistant. Certains les combinaient même à leur médication. Enfin, mentionnons que l'analyse des entrevues ne révèle pas de distinction significative au niveau de l'influence respective des différentes substances psychoactives consommées par les individus rencontrés sur le comportement violent de

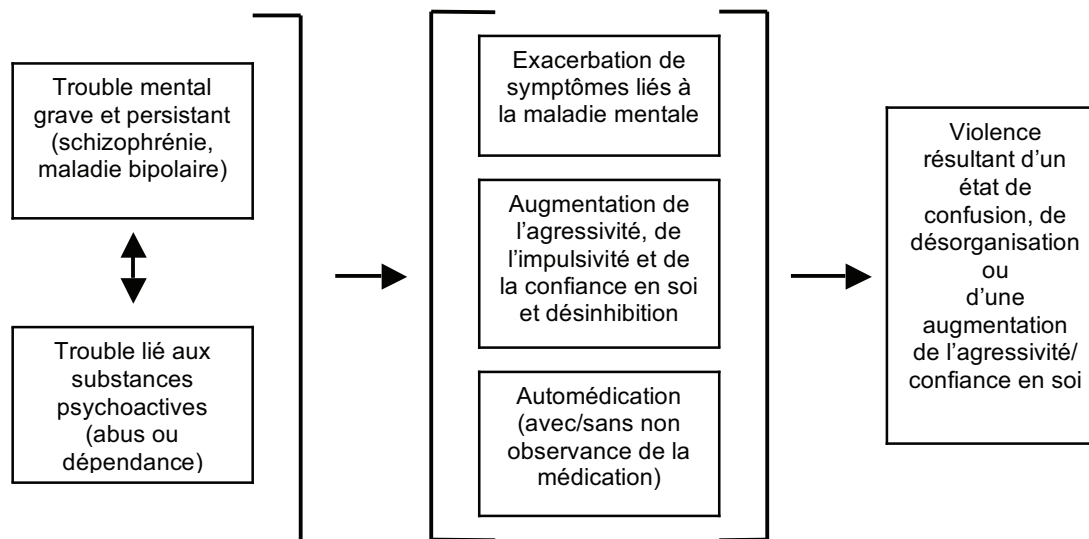
ces derniers. Ceci s'explique probablement par le fait que plus de la moitié de l'échantillon présente un trouble de polytoxicomanie et qu'il est par conséquent difficile de départager l'effet propre de chaque substance consommée.

Outre les conséquences au niveau de la maladie mentale, presque la moitié des individus rencontrés rapporte avoir constaté des conséquences au niveau de leurs cognitions et comportements. Alors que certains ont observé une augmentation de l'agressivité, d'autres ont constaté un état de désinhibition ou encore une augmentation de l'impulsivité et de la confiance en soi. Ces effets causés par les substances psychoactives, qui s'observent chez la population toxicomane régulière (Brochu, 2006), sont donc également retrouvés chez les gens qui présentent une comorbidité. Finalement, mentionnons que certaines conséquences de la consommation ont été observées par les individus composant l'échantillon au niveau de leurs relations sociales, familiales et de l'emploi. Celles-ci seront toutefois discutées lors du prochain chapitre portant sur les conséquences indirectes de la consommation sur la personne.

En ce qui concerne le passage à l'acte violent, l'analyse des entrevues permet d'observer qu'un peu plus de la moitié des participants (10 / 19) associent le passage à l'acte violent responsable de leur incarcération à un effet direct de la consommation. Selon la moitié de ces individus, la consommation a généré une exacerbation de certains symptômes liés au trouble mental, un état de confusion et de désorganisation, qui se serait soldé par un passage à l'acte violent. Chez l'autre moitié, la consommation d'intoxicants aurait, par un état de désinhibition, une augmentation de l'agressivité, de l'impulsivité ou de la confiance en soi, conduit à des comportements violents ou induit un état propice à la perpétration de délits violents acquisitifs. Bien qu'il soit possible que la violence ait résulté d'une combinaison de ces deux phénomènes (détérioration de l'état

mental et augmentation de l'agressivité/confiance en soi), il est intéressant de constater que pour ces individus, elles constituent deux expériences bien distinctes. Elles peuvent par ailleurs être liées à deux modèles explicatifs de la violence. Alors que la violence découlant d'une augmentation de l'agressivité ou de la confiance en soi entraînée par la consommation renvoie au modèle psychopharmacologique de Goldstein, la violence entraînée par une exacerbation des symptômes liés à la maladie renvoie plutôt au modèle des symptômes psychotiques de type « threat/control override symptoms » (TCO). Ceci démontre que, comme il s'agit d'une population subissant une double problématique, il faut, pour expliquer la violence manifestée, tenir compte non seulement du risque associé à la présence de certains symptômes positifs de la maladie mentale grave, mais encore du risque associé à la présence d'un trouble de consommation.

Afin de saisir pleinement l'expérience subjective de la violence manifestée par la population d'individus présentant une concomitance de troubles psychiatriques, une nuance doit donc être apportée à l'adaptation du modèle psychopharmacologique de Goldstein suggérée dans le chapitre précédent. Alors que la non-observance de la médication était considérée comme un troisième facteur explicatif de la violence, il semble que l'automédication (combinée ou pas à une non-observance de la médication) constitue davantage un élément contributif de la violence exprimée. Selon les individus interrogés, celle-ci favorise non seulement l'apparition du trouble lié à une substance psychoactive, mais aussi l'émergence de symptômes positifs de la maladie, l'augmentation de l'agressivité et de la confiance en soi. Une adaptation du modèle psychopharmacologique de Goldstein à la population aux prises à la fois avec un trouble de santé mentale grave et persistant et un trouble lié une substance prendrait la forme suivante :



**Figure 2.1** - Schéma illustrant l'adaptation révisée du volet psychopharmacologique aux individus atteints à la fois d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble lié une substance

Sur le plan clinique, cette étude réitère l'importance d'intervenir au niveau de la consommation d'intoxicants chez les individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant. Employée initialement par la majorité des individus interrogés à titre de stratégie d'adaptation à la maladie mentale, l'automédication s'avère non seulement inefficace à long terme, mais aussi néfaste. Malgré le constat qu'elle cause l'effet inverse à celui recherché, son usage perdure. Selon les participants, l'automédication constitue non seulement un facteur prédisposant au développement et au maintien d'un trouble lié à une substance, mais elle est aussi un facteur contributif de la détérioration progressive de l'état mental. Enfin, elle serait même, pour certains d'entre eux, un facteur important dans le passage à l'acte violent, manifesté envers eux-mêmes ou autrui. Pour ces raisons, 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. De plus, comme elle vient parfois de pair avec une non-adhérence au traitement pharmacologique, il serait intéressant de vérifier, lors d'une prochaine étude,

sa relation avec le manque d'*insight* face au trouble mental. La non-adhérence au traitement a elle-même déjà été liée à une telle lacune (Lacro, Dunn, Dolber, Leckband & Jeste, 2002).

Notons enfin que, sur le plan des limites de l'étude comme il s'agit d'entrevues rétrospectives, les années écoulées depuis les événements ont possiblement altéré le souvenir et favorisé une reconstitution des faits permettant à l'individu de se déresponsabiliser du geste posé, en reposant le blâme sur la consommation. Il faut aussi tenir compte du fait que les individus rencontrés se trouvaient incarcérés dans un centre de santé mentale et qu'ils avaient tous bénéficié d'interventions psychologiques depuis leur incarcération. Celles-ci ont possiblement influencé leur interprétation des événements.

Cette étude offre tout de même un regard sur les circonstances qui ont entouré le passage à l'acte violent tel que vécu par un groupe d'individus aux prises avec une comorbidité psychiatrique et elle permet d'identifier de nouvelles variables qu'il serait intéressant d'étudier davantage.

## Références

- Abram, K.M. & Teplin, L.A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees : Implications for public policy. *American Psychologist*, 46(10), 1036-1045.
- Addington, J. & Addington, D. (1997). Attentional vulnerability indicators in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 23, 197-204.
- Alia-Klein, N., O'Rourke, T., Goldstein, R.Z. & Malaspina, D. (2007). Insight into illness and adherence to psychotropic medications predict violence severity in a forensic sample. *Aggressive Behavior*, 33, 86-96.
- Alvidrez, J., Kaiser, D. & Havassy, B.E. (2004). Severely mentally ill consumers' perspectives on drug use. *Journal of Psychoactive Drug*, 36(3), 347-355.
- Barrowclough, C., Ward, J., Wearden, A. & Gregg, L. (2005). Expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients with and without substance misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 884-891.
- Bennett ME, Barnett, B. (2003). Adult psychopathology and diagnosis: Dual-diagnosis. In M. Hersen & SM Turner (Eds), *Adult psychopathology and diagnosis*, fourth edition. NY: Kluwer/Plenum.
- Borges, G. & Rosovski, H.R. (1996). Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 543-548.
- Bradizza, C.M. & Stasiewicks, P.R. (2003). Qualitative analysis of high-risk drug and alcohol use situations among severely mentally ill substance abusers. *Addictive Behaviors*, 28(1), 157-169.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité, une relation complexe*, 2e édition, Montréal : PUM.
- Buckley, PF. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 5-9.
- Cooke, D.J. (2000). Major mental disorder and violence in correctional settings. Size, specificity, and implications for practice. In Hodgins, S., ed. *Violence Among the Mentally Ill*. Dordrecht, The Netherlands : Kluwer, 2000, 291-311.
- Côté, G. & Hodgins, S. (1990). Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 18(3), 271-281.
- Drake, R.E., Osher, F.C., & Wallace, M.A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46, 1149-1158.
- Dubreucq, J.-L., Joyal, C. & Millaud, F. (2006). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Medico-Psychologiques*, 163, 852-865.

- Elbogen, E.B. & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Fulwiler, C., Grossman, H., Forbes, C. & Ruthazer, R. (1997). Early-onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 48(9), 1181-1185.
- Goldstein, P.J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, Fall : 493-506.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A.P., *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Éditions Gaëtan Morin Éditeur ltée, 341-364.
- Henwood, B. & Padgett, D.K. (2007). Reevaluating the self-medication hypothesis among the dually diagnosed. *The American Journal on Addictions*, 16, 160-165.
- Hodgins, S., Côté, G. & Toupin, J. (1998). Major Mental Disorder and Crime : An Ethiological Hypothesis. In D. Cooke, A. Forth, R.D. Hare (Eds). *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*. Dordrecht : Kluwer, 231-256.
- Hodgins, S. (2000). The etiology and development of offending among persons with major mental disorders : some preliminary findings. In *Violence among the Mentally Ill : Effective Treatments and Management Strategies* (ed. S. Hodgins), pp. 89-116. Kluwer Academic Publishers : Dordrecht, The Netherlands.
- Joyal, C. C., Putkonen, A., Mancini-Marie, A., Hodgins, S., Kononen, M., Boulay, L., Pihlajamaki, M., Soininen, H., Stip, E., Tiihonen, J., & Aronen, H. J. (2007). Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders : A functional magnetic resonance imaging study. *Schizophrenia Research*, 91, 97-102.
- Krakowski, M. & Czobor, P. (1997). Violence in psychiatric patients : The role of psychosis, frontal lobe impairment, and ward turmoil. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 230-236.
- 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.
- Levin, F.R. & Hennessy, G. (2004). Bipolar disorder and substance abuse. *Biological Psychiatry*, 56, 738-748.
- Link B.G. & Stueve A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. The John



- D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. (pp. 137-159).
- Link B.G., Stueve A. et Phelan J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S55-S60.
- Monahan, J, Steadman, H., Robbins, P., Appelbaum, P., Banks, S., Grisso, T., Heilbrun, K., Mulvey, E., Roth, L., and Silver, E. (2005). An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatric Services*, 56, 810-815.
- Mueser, T., Bellack, A.S. & Blanchard, J.J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60(6), 845-856.
- Niv, N., Lopez, S.R., Glynn, S.M. & Mueser, K. (2007). The role of substance use in families' attributions and affective reactions to their relative with severe mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195(4), 307-314.
- Owen, R.R., Fischer E. P., Booth B. M. & Cuffel B. J. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47(8), 853-858.
- Pencer, A. & Addington, J. (2003). Substance use and cognition in early psychosis. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 28(1), 48-54.
- Pernanen, K., Cousineau M.-M., Brochu, S. & Sun, F. (2002). *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*. Rapport présenté au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (153 pages).
- Potash, J.B., Kane, H.S., Chiu, Y.-F., Simpson, S.G., MacKinnon, D.F., McInnis, M.G., McMahon, F.J. & DePaulo, J.R. (2000). Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder : Clinical and familial relationships. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2048-2050.
- Poullot, P., Lafortune, D. & Brochu, S. (2008). Santé mentale, alcool/drogues et violence. Adaptation du modèle tripartite de Goldstein. *Psychotropes*, 14(3-4), 157-178.
- Pristach, C.A. & Smith, C.M. (1996). Self-reported effects of alcohol use on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47(4), 421-423.
- Rachbeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders : A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.
- Rice, M.E. & Harris, G.T. (1995). Violent recidivism: Assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 737-748.
- Shoshanna, S. (2002). Qualitative research methods. *International Journal for Quality Health Care*, 14, 329-336.

- Soyka, M. (2000). Substance abuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *British Journal of Psychiatry*, 176, 345-350.
- Steadman H.J., Mulvey E.P., Monahan J., Robbins P.C., Appelbaum P.S., Grisso T., Roth L.H. & Silver E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401
- Stein, C.H. & Mankowski, E.S. (2004). Asking, witnessing, interpreting, knowing : Conducting qualitative research in community psychology. *American Journal of community Psychology*, 33(1-2), 21-35.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G. & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: The threat/control-override concept reexamined. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 31-44.
- Suh, J.J., Ruffins, S., Robins, C.E., Albanese, M.J. & Khantzian, E.J. (2008). Self-medication hypothesis : Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518-532.
- Swanson, J., Borum, R., Swartz, M. & Hiday, V. (1999). Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and Human Behavior*, 23, 185-204.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Essock, S.M., Osher, F.C., Wagner, R., Goodman, L.A., Rosenberg, S.D. & Meador, K.G. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 92(9), 1523 -1531.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S. & Elbogen, E.B. (2004). Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 3-20.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.E., Wagner, H.R., Rosenheck, R.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P. & Lieberman, J.A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490-499.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, R. & Burns, B.J. (1998). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, 55(2), 226-231.
- Swofford, C.D., Kasckow, J.W., Scheller-Gilkey G. & Inderbitzin, L.B. (1996). Substance use - A powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20(1-2), 145-151.
- Turner, J.H. (2007). Self, emotions, and extreme violence : extending symbolic interactionist theorizing. *Journals of the University of California Press*, 30,(4), 501-530.

- Urbanoski, K.A., Cairney, J., Adlaf, E. & Rush, B. (2007). Substance abuse and quality of life among severely mentally ill consumers – A longitudinal modelling analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 810-818.
- Wallace, C., Mullen, P., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of co-morbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 716-727.
- Winokur, G., Coryell, W., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Keller, M.B., Endicott, J. & Mueller, T. (1995). Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness – Familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 365-372.

## TROISIÈME CHAPITRE

Troisième article

Comorbidité psychiatrique, détérioration du fonctionnement  
psychosocial et violence

Perrine Poullot  
Candidate au PH.D  
Département de psychologie  
Université de Montréal

Denis Lafortune  
Professeur Agrégé  
École de criminologie  
Université de Montréal

Serge Brochu  
Professeur titulaire  
École de criminologie  
Université de Montréal

Sera soumis à la revue *Santé mentale au Québec*

## Résumé

Cet article présente les résultats de l'analyse qualitative d'une série d'entrevues effectuées auprès de vingt détenus canadiens atteints d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble lié aux substances psychoactives. Il s'intéresse aux représentations des conséquences relationnelles et économiques, engendrées par la consommation d'intoxicants, menant à la détérioration du fonctionnement psychosocial de ces individus. Il explore le lien perçu entre cette détérioration du fonctionnement psychosocial et le passage à l'acte violent responsable de leur incarcération. La possibilité d'adapter cette conséquence « indirecte » de la consommation au volet économique-compulsif du modèle de Goldstein (1985) est discutée.

## Introduction

La violence manifestée par la population aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant retient l'attention des chercheurs et des médias depuis longtemps. Afin d'expliquer ce phénomène, les auteurs ont tenté d'identifier les facteurs de risque associés à la violence au sein de cette population. Parmi ceux-ci, deux ont principalement retenu leur attention, soit la présence de certains symptômes spécifiques liés à la maladie et la présence d'un trouble concomitant lié aux substances intoxicantes (Côté & Hodgins, 1990; Elbogen & Johnson, 2009 ; Link & Stueve, 1994 ; Link, Stueve & Phelan, 1998 ; Steadman & al., 1998 ; Swanson, Swartz, Van Dorn, Elbogen, Wagner, Rosenheck & al., 2006). Alors que certains tentèrent d'identifier avec précision quels symptômes spécifiques de la maladie mentale grave étaient associés à un potentiel de violence, très peu de chercheurs, à notre connaissance, se sont penchés sur la façon dont un trouble de consommation augmentait les risques d'un passage à l'acte violent chez cette population.

Le chapitre précédent posait un premier regard sur l'expérience subjective de la consommation chez la population atteinte d'un trouble de santé mentale grave et persistante. Une série d'entrevues effectuées auprès de détenus incarcérés dans une unité de santé mentale d'un pénitencier canadien pour cause de délits violents permit d'observer que presque la moitié de ceux-ci attribuent la responsabilité du passage à l'acte violent aux effets directs de la substance sur les symptômes liés à la maladie mentale ou aux effets directs de celle-ci sur leur comportement. Les autres attribuent plutôt le passage à l'acte violent à la détérioration de leur fonctionnement psychosocial (c'est-à-dire à leur incapacité graduelle à maintenir un emploi, à se nourrir, se loger et à entretenir des relations sociales, amoureuses ou familiales), qui résulte des

conséquences sociales et économiques associées à l'usage répétitif et/ou excessif de substances intoxicantes.

L'exclusion sociale et les difficultés économiques que rencontre la population aux prises avec cette double problématique furent mises en évidence lors d'études antérieures. À titre d'exemple, Dixon, McNary & Lehman (1995) ont observé que cette population entretient des relations familiales moins satisfaisantes que les individus qui ne présentent qu'un trouble grave et persistant. Todd et al. (2004) ont constaté qu'ils sont bien souvent exclus socialement, c'est-à-dire qu'ils demeurent seuls, qu'ils sont sans abris et sans emploi. Enfin, Richter, Eikelmann et Reker (2006) ont observé que la population aux prises avec un trouble de santé mentale grave est davantage victime d'exclusion que celle aux prises avec un handicap physique, tant au niveau de l'emploi, du revenu, qu'au niveau des relations intimes, surtout celle présentant un trouble comorbide lié à une substance. Toutefois, le lien entre ces difficultés financières et sociales et la violence manifestée envers autrui demeure encore peu exploré. De plus, les études ayant porté sur le sujet ont surtout été de nature quantitative. Elles visent à identifier les variables prédictives de la violence manifestée par les individus atteints d'un trouble de santé mentale grave et chronique, plutôt que de se concentrer sur les représentations qu'a l'individu de lui-même et ses interactions avec l'environnement dans lequel il se trouve (Haggard-Grann & Gumbert, 2005).

À l'aide d'une méthodologie qualitative, cette étude explore l'expérience d'un trouble de consommation et de ses effets sur le fonctionnement psychosocial des individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant, tel que défini par leur capacité à répondre à leurs besoins fondamentaux (Santé Canada, 2002). Une attention particulière est accordée aux représentations des conséquences relationnelles



et économiques de la consommation et à leur contribution dans le passage à l'acte violent, tel que vécu par les personnes interrogées. Enfin, la possibilité de lier ces conséquences « indirectes » de la consommation au volet économique-compulsif du modèle de Goldstein (1985) est discutée. Selon ce dernier, certains individus ont recours à la violence afin d'assumer les dépenses régulières engendrées par une dépendance à une substance onéreuse.

Les lignes suivantes présentent d'abord la méthode de recherche et les résultats, suivis d'une analyse et d'une discussion.

## Méthodologie

### Organisme partenaire

D'abord approuvée par le Service correctionnel du Canada, cette recherche fut ensuite réalisée au Centre régional de santé mentale (CRSM), situé dans l'Établissement Archambault. La plupart des détenus accueillis par ce centre de sécurité multi-niveau présente un trouble grave de santé mentale. Parmi les 120 intimés qui s'y trouvaient au moment de la recherche, 63 % étaient schizophrènes ou atteints d'un trouble psychotique, 24 % souffraient d'un trouble de l'humeur et 39 % présentaient une personnalité antisociale. Plusieurs d'entre eux avaient commis des actes criminels violents (homicides, tentatives d'homicide ou autres crimes contre la personne).

### Participants

Pour être appelé à participer à l'étude, le détenu devait présenter, selon l'évaluation psychiatrique réalisée à son admission au CRSM, un trouble de santé mentale grave et persistant (trouble bipolaire, schizophrénie, trouble délirant, trouble

schizo-affectif, trouble psychotique indifférencié ou non spécifié et psychose atypique), un trouble lié à une substance (abus ou dépendance à une substance). Il devait également avoir commis un crime violent (meurtre, tentative de meurtre, homicide involontaire, agression armée, agression sexuelle armée, voies de fait ou vol qualifié). Parmi l'ensemble des détenus qui se trouvaient au CRSM, aux mois de septembre et d'octobre 2006, trente répondaient à ces critères. De ceux-ci, 19 ont accepté de participer à l'étude. L'âge de ces derniers variait entre 20 et 59 ans. Treize d'entre eux présentaient un trouble psychotique quelconque (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble psychotique indifférencié ou non spécifié et psychose atypique) et six présentaient un trouble bipolaire (type I ou II). Tous présentaient un trouble lié aux substances psychoactives (huit présentaient un diagnostic d'abus de substances, dix un diagnostic de dépendance et un participant présentait un diagnostic non spécifié lié aux substances). Deux présentaient un trouble anxieux concomitant et un, un trouble dysthymique. Concernant les substances consommées, dix présentaient un diagnostic lié à la consommation d'alcool, dix à la cocaïne, quatre au cannabis, deux à l'héroïne, un au crack, un aux benzodiazépines, un aux PCP. Ainsi, 11 parmi les 19 participants présentaient un diagnostic de polytoxicomanie. À l'axe II, onze présentaient un trouble ou des traits de la personnalité mixte (limite, évitant, antisocial, paranoïaque), un une personnalité dépendante, un des traits de personnalité obsessionnelle, quatre une personnalité antisociale et deux des traits limites. En moyenne, trois ans s'étaient écoulés depuis le début de leur sentence.

### Procédure et déontologie

Cette recherche fut d'abord approuvée par le Comité universitaire d'éthique de la recherche, de l'Université de Montréal. Une séance d'information sur l'étude fut ensuite offerte aux détenus du CRSM répondant aux critères de sélection. Ils ont eu le choix

d'accepter ou de refuser de participer à la recherche. Ceux qui ont accepté ont signé un formulaire de consentement nous permettant de les rencontrer en entrevue et de consulter leur dossier figurant dans le système de gestion de détenus (SGD). Cette base de données contient toutes les informations recueillies sur les détenus (tests complétés à l'admission, les profils criminels, les rapports de police, de psychologues ou de psychiatres, ainsi que les plans correctionnels). Afin de respecter le caractère phénoménologique de cette étude, une approche qualitative a été privilégiée. Les entrevues, d'une durée approximative d'une heure et demie, étaient conduites sous forme semi-directive et rétrospective. Une question ouvrait l'entrevue («Pouvez-vous me décrire les circonstances entourant le délit principal qui mena à votre incarcération? ») et les thèmes suivants étaient abordés au cours de l'entretien :

- Leur consommation (le type, la quantité, la fréquence, le coût).
- L'influence de la consommation sur leur comportement (agressivité, impulsivité).
- L'influence de la consommation sur les symptômes de leur maladie.
- L'influence de la consommation sur leurs relations interpersonnelles, leur vie sociale
- Leur situation financière et l'influence de leur consommation sur celle-ci et leur travail.
- L'effet de la consommation sur l'observance de la médication et l'effet d'interaction entre la médication et la substance psychoactive.
- Les moyens qu'ils employaient pour subvenir à leur consommation.
- Leur perception du rôle de la consommation dans l'agir criminel violent.

Les entretiens étaient enregistrés et ensuite transcrits en verbatim. Pour permettre aux chercheurs de constater si une saturation du contenu thématique était atteinte,

l'analyse s'effectuait de façon continue. Les premiers participants rencontrés furent les détenus ayant débuté leur sentence le plus récemment, soit en 2006, suivi de ceux qui étaient incarcérés depuis 2005, et ainsi de suite, jusqu'à saturation du contenu. Le fait de commencer par les détenus le plus récents évitait que le souvenir des circonstances expliquant leur incarcération ne soit trop altéré par le temps écoulé.

### Analyse des données

La méthode phénoménologique, qui permet d'observer les phénomènes tels qu'ils sont perçus ou vécus par les acteurs sociaux (Giorgi, 1997), fut privilégiée comme mode de recherche qualitative. Le choix du mode de réduction du matériel a été l'analyse thématique, tout au long de la cueillette de données et ultérieurement (Ghiglione et Matalon, 1978). L'aide du logiciel Nvivo a été requise pour la catégorisation thématique du verbatim, effectuée en fonction d'une grille de codification préalablement élaborée (en annexe) et enrichie au fil de l'analyse. Un résumé de chaque entrevue fut d'abord rédigé. Ensuite, une analyse verticale de chaque entretien, effectuée par un processus de lectures lentes et répétées, accompagné d'une attitude aussi objective que possible, permit de relever les thèmes principaux abordés par les individus interrogés, ainsi que le sens et les sentiments qui les accompagnent. Cette démarche permit de découvrir des unités de signification, puis d'élaborer des catégories conceptuelles et de les détailler. Certaines citations-clef illustrant les différents concepts furent relevées. Enfin, une analyse transversale, réalisée par une comparaison des entrevues entre elles, permit d'identifier les concepts ou thèmes récurrents, sur lesquels les détenus interrogés s'entendent ou non, et de les retenir pour plus d'analyse. Finalement, une analyse séquentielle fut effectuée afin d'identifier l'ordre chronologique de l'apparition des premiers symptômes liés au trouble mental et au trouble de consommation, puis de l'influence de ceux-ci sur la santé mentale de l'individu, sur son histoire affective et

occupationnelle, de même que sur ses agirs criminels, tels que rapportés par ce dernier. Les différents parcours furent comparés afin d'élaborer un modèle conceptuel intégrant l'expérience personnelle de chacun des individus rencontrés.

## Résultats

### L'expérience subjective des liens entre la consommation et la violence

Les conséquences de la consommation de substances psychoactives au niveau du fonctionnement psychosocial, rapportées par les détenus rencontrés, ont été regroupées en deux catégories : a) les conséquences relationnelles et b) les conséquences économiques. Chacune, selon ces individus, aurait contribué à la détérioration de leur fonctionnement psychosocial, et serait, pour certains d'entre eux, à l'origine de leur incarcération.

#### **a) Conséquences relationnelles**

Selon certains individus interrogés, la consommation d'intoxicants a initialement facilité le contact avec autrui. Par contre, plus la consommation devenait importante plus le phénomène inverse se produisait, selon les deux tiers des individus de notre échantillon (13 / 19). Plusieurs d'entre eux, tels Jean-Michel, Michel ou Eric, se disent d'avis que la consommation d'alcool ou de drogues avait mené leurs amis ou leur famille à s'éloigner d'eux, à les rejeter. Selon eux, leurs proches n'appréciaient pas les changements que cet usage entraînait sur leur personne ou sur leur état mental, et souhaitaient pour cette raison qu'ils mettent un terme à cet usage. En effet, l'analyse rapportée dans le chapitre précédent permet d'observer que la consommation répétée et excessive de substances psychoactives aurait entraîné, selon les deux tiers des individus interrogés, une augmentation des symptômes liés à leur maladie mentale. De

plus, la moitié soutient avoir observé des conséquences négatives au niveau de leurs comportements et de leurs cognitions. Les proches de ces individus, qui étaient témoins de l'effet néfaste de la consommation, n'auraient pas approuvé cette pratique et auraient exigé sa cessation. Comme ce comportement était maintenu malgré leur désapprobation, certains membres du réseau social des personnes interrogées auraient choisi de s'éloigner.

*« Le monde y m'aime plus. Ils me disent « hey, t'es mieux d'arrêter de consommer (de la cocaïne). Ma famille, y en n'a plus qui me parlent. » (Jean-Michel)*

*« Mes amis d'enfance m'avaient laissé parce que je consommais trop. Ils disaient : « Michel, t'as changé, on t'aime plus comme ça ». Ils disaient que c'était la drogue ou leur amitié. (...) Quand j'étais plus jeune, j'avais des sauts d'humeur, j'étais ben émotif (...) mais c'est la drogue qui l'a accentué. »*

*« Mes amis me voyaient presque plus. Ils ne consommaient plus, pis j'avais comme dépassé une étape là. Ils me mettaient dehors parce qu'ils me trouvaient trop bizarre. » (Eric)*

Les propos d'Éric illustrent bien le malaise ressenti par les proches qui sont témoins des changements défavorables entraînés par la consommation d'intoxicants chez l'individu atteint d'un trouble grave de santé mentale. Bien qu'il soit possible de se demander si le comportement « étrange » d'Éric n'indiquait pas plutôt l'apparition de la maladie mentale, selon lui, il s'agissait d'une conséquence de sa consommation. Ses amis le trouvaient particulier et peut-être même inquiétant. Ils ont donc préféré s'éloigner de lui.

Devant le désaccord des amis ou de la parenté face à la consommation d'intoxicants, certains individus interrogés rapportent avoir éprouvé des sentiments de culpabilité et de honte, lesquels, selon eux, alimentaient davantage le besoin de

consommer. Jacques, un détenu atteint du trouble bipolaire qui se reconnaît une fragilité émotionnelle, fait part de la culpabilité qu'il éprouvait face à sa mère :

*« Elle m'a dit « j'espère que tu n'y toucheras plus (à l'alcool) ». Je voyais dans ses yeux toute la peine que je lui faisais et ça m'a mis à l'envers, tu vois. Ça c'est un blocage au niveau des émotions. J'aurais dû m'asseoir pis réfléchir, pis si ça m'avait amené à pleurer sur moi-même, ben j'aurais pleuré, mais ce n'est pas ce que j'ai fait. J'ai tout de suite noyé ça. Je m'en voulais ».*

Souhaitant éviter de les décevoir ou de vivre du rejet, quelques individus, comme Jacques, mentionnent avoir éventuellement choisi de s'éloigner de leurs proches :

*« Ça a affecté ma relation à toute ma famille, moi je me sentais mal de les rencontrer, qu'ils voient comment j'avais changé. Je m'éloignais. »* (Jacques)

*« Ça m'isole. Je m'isole. (...) Je me sens comme enfermé dans ma coquille avec ma drogue. »* (Michel)

Jacques constatait que la consommation d'intoxicants entraînait une détérioration de son état, au point où il était gêné de se montrer à sa famille. Au fur et à mesure que le trouble de consommation s'installait, les liens affectifs s'effritaient peu à peu. Éprouvant déjà une difficulté à gérer leurs émotions et à composer avec les symptômes liés à leur maladie mentale, il était donc, pour certains individus rencontrés, plus simple de s'éloigner de leurs proches qui étaient devenus sources de sentiments négatifs et de conflits.

### Vers qui se tourner?

À présent confrontés à la solitude, certains mentionnent qu'ils ne savaient plus vers qui se tourner. Daniel, un détenu atteint de schizophrénie, rapporte qu'il se sentait seul, abandonné et en colère. Sa consommation excessive et la détérioration de son état mental due à celle-ci l'avaient mené à négliger son hygiène corporelle. Il était sale

et avait l'impression de faire peur aux gens, particulièrement aux femmes qu'il tentait d'aborder :

*« Les autres gens qui pouvaient me voir dans la rue s'enfuyaient de moi tellement je semblais amoché. Tu penses que personne ne t'aime. Personne ne veut s'approcher de toi, tout le monde s'éloigne. À moment donné, tu développes une honte et tu ne te sens même plus comme un être humain. Tu te sens tout seul. Tu penses que personne ne t'aime. Tu ne peux pas avoir de relations sexuelles, tu ne peux pas avoir une copine. Je me suis senti tout seul là, complètement abandonné là, tu vois. (...) Les seuls gens qui auraient pu m'aider n'ont rien fait pour moi. »*

Daniel s'est senti rejeté, exclu par la société. Il raconte qu'il s'était présenté à un centre de toxicomanie pour obtenir de l'aide, mais que celle-ci lui aurait été refusée sous prétexte qu'il n'avait pas de pièces d'identité (il les avait perdues). Il était en colère et ne savait plus quoi faire. Eric, un schizophrène de type indifférencié, se rappelle aussi le manque de ressource auquel il fut confronté, lorsqu'à l'âge de 18 ans, il se retrouva seul, à la rue, ses parents ne parvenant plus à s'occuper adéquatement de lui :

*« J'étais gelé et «psychiatrique». (...) Mes parents n'étaient plus capables de s'occuper de moi. J'ai trouvé ça difficile parce que t'es tout seul pour te débrouiller. J'avais personne pour me tenir la main.»*

Éric avait l'impression que ses parents l'avaient laissé tomber, qu'il n'avait plus personne à ses côtés pour l'accompagner, pour le soutenir et l'aider. Comme Daniel, il se retrouvait seul face à ses difficultés.

### Tri du réseau social

Alors que certains, comme Daniel, se sont refermés sur eux-mêmes, d'autres rapportent s'être rapprochés de pairs consommateurs :

*« Mes amis, c'est moi qui les ai quasiment tous flushés. J'ai connu du nouveau monde, du monde comme moi, avec qui j'pouvais consommer. »*  
(Francis)

*« Je voyais d'autres sortes de monde (non consommateurs), mais ça devenait dur parce qu'à moment donné tu te tiens dans un réseau social qui, veut veut pas, est entouré que de ça (gens consommateurs). »*  
(Thomas)



*« Je me suis mis à rencontrer du monde, des punks et je me tenais pas mal avec eux-autres. J'étais tellement fier d'avoir une gang là. A Matane, ils m'ont tous laissé tomber, même encore aujourd'hui ils me laissent tomber. » (Eric)*

Francis, Thomas et Éric se sont entourés de gens consommateurs avec qui ils se sentaient libres de consommer, sans craindre leur jugement. Le fait de faire partie d'un groupe, bien que marginal comme lui, amenait même un sentiment de fierté chez Éric. Ayant été auparavant rejeté par ses proches, il se peut que le besoin d'appartenance et d'acceptation étaient d'autant plus forts chez lui.

Au sein de ce nouveau groupe d'amis, Eric eut même l'occasion de se rapprocher d'une jeune fille qui, tout comme lui, présentait une problématique de schizophrénie.

*« J'ai rencontré Isabelle... la journée où je l'ai rencontrée, j'étais sur la coke à la planche et elle aussi. Pis avec elle, ça a été une relation vraiment ancrée sur la drogue. Pis elle, elle entendait des voix comme moi. Mais au début j'aimais ça (entendre les voix), je me sentais super puissant, pis je contrôlais des sphères. (...) Mais à moment donné, tes humeurs sont moins en moins...pis ses voix, à elle, lui disaient que je voulais qu'elle meurt, que je voulais l'interner à l'hôpital. Et à moment donné, tout ce que je disais avait un rapport contre elle. Je pouvais dire n'importe quoi, comme je t'aime, pis elle disait "Ah, c'est ça, tu m'haïs". Moi, j'étais plus capable. À un moment donné, ça allait mal ».*

Au départ, Éric se réjouissait d'avoir rencontré une fille qui entendait des voix et consommait de la drogue comme lui. Cependant, leur relation devint rapidement très chaotique. Le trouble mental grave de sa copine, possiblement accentué par la consommation, faisait en sorte que tout ce qu'il disait était déformé, mal interprété. Il se sentait impuissant et frustré devant son incapacité à l'aider et à la rassurer. Sans s'en rendre compte, il nous permet, par sa propre expérience, de comprendre plus facilement

ce que ses parents ont dû ressentir lorsqu'ils ont finalement décidé de le laisser seul face à ses difficultés.

Ainsi, parmi l'ensemble des détenus interrogés, 13 rapportent l'impression que la consommation d'intoxicants avait entraîné un tri de leur réseau social, éloignant les non-consommateurs et consolidant les relations essentiellement basées sur l'usage de substances psychoactives:

*« T'sais quand je sors dehors et je suis en liberté illégale, pis je suis dans marde, pis je fume, t'sais pis je paie la drogue, pis là je deviens avec un paquet d'amis. Mais quand je me ramasse en prison, y en a pas un qui m'écrit une lettre ou une carte là, t'sais. Je sors dehors pis ça me colle tous au cul, t'sais. J'suis tanné de ça. » (Francis)*

#### Fréquentations problématiques et violence

Selon trois détenus interrogés, cette modification au sein de leur réseau social, causée par leurs habitudes de consommation, a largement contribué à la réalisation de leurs activités criminelles. Alexandre, un participant atteint de schizophrénie, explique qu'il devait consommer une dizaine de joints par jour pour calmer l'anxiété engendrée par la maladie et que cette forte consommation le plongea peu à peu dans la délinquance :

*« Alors d'année en année, plus que je consommais, plus que je me mettais dans la marde. Plus que ça allait, plus que je connaissais du monde criminel. Tu vois ce que je veux dire? (...) Plus ça va, plus tes connaissances consomment, plus y ont de l'argent, plus le roulement est gros, t'sais. Les receleurs, les revendeurs, t'sais un cercle d'amis, ça devient un cercle de suicide aussi, parce que plus je connaissais des gens, plus j'avais des possibilités dans le vol, plus je pouvais faire des délits pour avoir ma consommation. Parce qu'au début, je connaissais rien que des revendeurs pis après je faisais affaires avec des vendeurs, faque les quantités étaient plus grandes et à moindre prix. Au lieu d'acheter au gramme, j'achetais à l'once. C'était dangereux parce que je consommais plus. Donc plus ça allait, plus je sniffais. Au début, je ne consommais que du hasch, je ne connaissais pas personne, pis je faisais pas ben ben de crimes. »*

Au moment de notre entrevue, Alexandre purgeait une sentence pour vol qualifié dans une succursale bancaire :

*« Ben écoute, c'était rendu que je devais 4 000\$ là, t'sais. (...) Y aurait pu arriver quelque chose (s'il n'avait pas payé cette redevance). T'sais ce monde-là, c'est ton chum mais...il pourrait se revirer contre toi. J'avais pas le choix. Il fallait que je le fasse (vol qualifié d'une banque). Si j'aurais pas connu tout ce monde là... ».*

Ainsi, selon Alexandre, l'évolution progressive de ses habitudes de consommation, qui servaient au soulagement de son trouble mental, l'a mené à joindre un cercle d'individus délinquants et à gravir graduellement les échelons de la criminalité, pour accéder à une criminalité de plus en plus violente. Celle-ci lui rapportait plus d'argent et lui permettait de se procurer des quantités de plus en plus importantes de drogues. Toutefois, cette progression emmena son lot d'endettement. Délaisse par ses proches (*« la mère de mon gars est partie, pis j'me suis ramassé avec plus rien »*), il n'avait personne à qui emprunter de l'argent. Il dut trouver un moyen lui permettant de payer son dû rapidement et d'éviter des représailles.

Des répercussions relationnelles auraient donc été constatées par les trois quarts de l'échantillon d'individus atteints d'un trouble grave et persistant de santé mentale. Il n'y a toutefois que trois des personnes interrogées, pour qui l'exclusion sociale, volontaire ou forcée, et le rapprochement de pairs consommateurs-déviants seraient à l'origine du geste violent responsable de leur incarcération.

### **b) Conséquences économiques**

En plus des répercussions relationnelles, l'analyse des entrevues suggère que la consommation excessive de drogues et d'alcool a entraîné des conséquences négatives

au niveau de la situation financière de chaque individu rencontré et contribué à la détérioration de leur fonctionnement psychosocial. Tous, sauf un qui, au moment de son délit, jouissait d'un certain confort financier, durent avoir recours à différents moyens licites et illicites pour subvenir aux dépenses régulières engendrées par cet usage. Les rares individus de l'échantillon, qui, comme Normand, possédaient un emploi, affirment avoir d'abord tenté de se contenter de l'argent qu'ils gagnaient au travail :

*« Je faisais plusieurs lignes (de cocaïne) par jour. Plusieurs. Je ne sais pas combien de grammes. En dernier, c'était régulièrement. Je ne travaillais que pour ça » (Normand)*

Par moments, cet argent ne suffisait pas. Normand, qui présente un trouble bipolaire, explique que l'usage d'alcool ou de drogue variait en fonction de son humeur et, qu'à l'occasion, cela le menait à consommer davantage. Il devait alors envisager d'autres solutions pour subvenir à son besoin de consommation:

*« Ça dépendait de comment je «feela» émotionnellement, t'sais. Parce que j'étais des fois juste concentré à comment fuir ça. Fait que, on dirait que je consommait là-dedans parce que ça faisait remonter des barrières et j'étais moins vulnérable. (...) Ça ne suffit plus ce que je gagnais pour ça. Donc j'ai vendu tout ce que j'avais pour pouvoir m'acheter ma coke, mon alcool. (...) J'avais pu une cenne. Dès que je recevais mon chèque, j'allais le dépenser là-dedans. J'avais pu d'argent pour vivre, pour manger, (...) fait que, à moment donné, tu sais plus quoi faire pour vivre, pour payer ta drogue. »*

En fait, plus il consommait pour soulager son inconfort psychique, plus son état mental s'aggravait et plus son besoin de consommer augmentait.

À force de consommation, certains mentionnent qu'ils n'étaient même plus capables de maintenir leur emploi.

*« Quand tu consommes, c'est quasiment impossible d'avoir une routine pis d'aller travailler. » (Francis)*

*« À l'âge de 16 ans, j'ai commencé à travailler. Qu'est-ce qui a fait que j'ai perdu mes emplois? C'est la boisson. Je n'étais pas ponctuel, y avait des journées, les lendemains des grosses grosses, je ne rentrais pas travailler, oublie-ça! Pis en manquant des journées de travail, ben je*

*perdais mes emplois ou je lâchais par moi-même...souvent je lâchais par moi-même. (...) Je buvais jusqu'à ce que je ne sois plus dans la réalité, le black out total. Rendu où j'étais rendu, c'était une désorganisation, une dépression que je ne contrôlais plus. » (Jacques)*

Une fois leurs économies épuisées, quelques-uns racontent avoir perdu leur logement, et n'ayant personne vers qui se tourner, s'être retrouvés à la rue :

*« Un coup que j'avais plus d'argent, je me suis retrouvé complètement dans la rue. Des fois, je dormais dans une chambre minable pis...c'était dégueulasse. Y avait des sacs de vidanges sur les fenêtres pour pas que le soleil rentre, pour pas que le monde voient. (...) Il faut que tu travailles mais j'étais pas capable de recommencer à travailler, j'étais trop scrap. » (Guy)*

### Dépenses et criminalité acquisitive

Sans emploi, continuellement en quête d'argent et ne jouissant, pour la majorité d'entre eux, que d'un pauvre soutien social, les trois quarts (14 sur 19) des personnes rencontrées mentionnent que la criminalité, sous toutes ses formes, devint leur seule option. Pour certains, comme Jacques, atteint de la maladie bipolaire, elle serait apparue rapidement, afin de répondre, par une consommation excessive, à un besoin de soulager une forte humeur dépressive.

*«Ça (le recours à la criminalité) s'est fait vite, t'sais. C'est comme la consommation de drogue et d'alcool; j'ai commencé à consommer à 15 ans-16 ans, vite-vite. Mais rapidement je me suis ramassé à l'aiguille. T'sais, le mal de vivre était fort chez moi et la consommation, l'exagération dans la consommation était forte aussi. (...) À moment donné t'arrives au bout du portefeuille et t'as besoin d'argent. »*

*« Je faisais des délits parce que ça coûte cher. C'est sûr que quelqu'un qui fume un gramme par semaine n'a pas besoin de faire des délits là, mais quand tu consommes plusieurs grammes par jour...Des fois, ça me coûtait 150-200\$ par jour, des fois plus. Dans ce temps-là, j'avais pas le choix de passer à l'acte ». (Alexandre)*

*« Donc j'ai commencé à faire des coups pour payer la coke.(...) C'est sûr que si je n'avais pas consommé, je n'aurais pas fait ça, parce que moi, consommant pas, je ne me sens pas comme un criminel » (Normand)*

Comme leur seule motivation derrière le passage à l'acte était de nature acquisitive, la plupart mentionne avoir d'abord privilégié une criminalité non violente, tel le vol à l'étalage, l'introduction par effraction, la vente de drogues, la prostitution (un participant seulement) ou la duperie.

*« Je volais pour consommer mais c'était pas des gros vols que je faisais. Je volais des niaiseries, comme un barbecue dans une cour, voler une chainsaw, des affaires de même pour aller les revendre. C'était jamais des grosses affaires. Et jamais d'armes. Même dans mes vols qualifiés, j'avais pas d'arme. Je mettais ma main dans un sac de papier pour simuler une arme. » (Guillaume)*

*« J'en faisais une à deux par mois (vols d'entrepôt). Pis après je volais des voitures qui me donnaient environ 500\$ à 2000\$ par voiture et je faisais des maisons quand je commençais à avoir vraiment besoin d'argent. Parce que oui ça rentre beaucoup d'argent, mais c'est, qu'au début, tu consommes pas beaucoup. Mais vers la fin, t'sais, tu consommes tellement régulièrement que t'en n'as plus d'argent. Même 2000\$, donne-moi deux jours et on s'en parle plus. » (Thomas)*

#### L'acte criminel, une obligation budgétaire

Enfin, la quête d'argent serait rapidement devenue la principale occupation du trois quarts des individus interrogés et les actes criminels, une obligation budgétaire.

*« J'étais rarement à jeun parce qu'à jeun, t'es en face de la réalité, je n'étais pas capable de vivre dans la réalité, je trouvais ça dure. (...) Je me réveillais le matin pis je faisais tout, je quêtait, je volais, je volais de la boisson. J'allais voir des pushers et je leur disais « ah, laisse-moi les, je reste à telle place » pis ça a jamais changé. C'est tout le temps des journées à chercher de la drogue, tu peux pas vivre. » (Daniel)*

*« En moyenne la drogue me coûtait 200-250\$ par jour. C'est pour ça que je volais des chars presque tous les jours. Je volais des piaules, plus des entrepôts. Les entrepôts c'était payant, ça me permettait de prendre un break, c'est pour ça que j'en faisais. Mais si j'en faisais pas, j'étais pogné pour voler à tous les jours presque ou au moins une fois par deux jours. » (Thomas)*

Certains parmi eux reconnaissent que cette quête devint une obsession qui les mena à poser des gestes désespérés :

*« C'est la pire marde qui peut pas exister (la drogue). Je ne me rappelais pas de ce que j'avais mangé la veille mais je me rappelais que ça faisait cinq mois que tu me devais 5\$. Je pensais juste à l'argent. » (Thomas)*

*« Tout ce que je faisais c'était consommer et là j'ai commencé à faire des vols pour consommer. Pis finalement je volais n'importe quoi, le taxi jusqu'au magasin de boutons. Partout où il y avait de l'argent, je cassais la fenêtre et je sortais avec l'argent (...) J'ai même dévalisé des maisons de transition » (Jean-Michel)*

### De la criminalité non violente à la violence

Parmi ceux qui eurent recours au vol simple, certains rapportent que ce procédé devint progressivement insuffisant ou simplement trop compliqué ou trop lent lorsqu'il nécessitait, par exemple, que la marchandise volée soit ensuite revendue.

*« Avant de faire des vols qualifiés, je faisais des vols à l'étalage, j'étais devenu un expert en vol à étalage. Mais le vol qualifié c'était du cash tout de suite, j'étais pas obligé d'aller revendre le stock. Si tu te fais pigner avec ça et que t'essaies de le revendre c'est pas évident. Le marché aux puces quand c'est tout neuf comme ça, ça va être plus chiant parce qu'ils savent que c'est volé ». (Jean-Michel)*

*« Ça a tombé dans de quoi de sérieux pour pouvoir me procurer de l'argent. C'était des méthodes qui me permettaient d'avoir de l'argent vite, facile. C'était des vols par infractions, pis après ça, ça a été des vols avec des guns, très jeune. Des vols avec des guns, dans des restaurants. Je passais par en arrière, j'allais opérer ça. Je volais l'argent et je me sauvais, c'était fini l'affaire. Ça été très très rapide. » (Mathieu)*

Selon l'analyse des entrevues, plus de la moitié des individus de l'échantillon reconnaissent avoir utilisé la violence pour acquérir des biens. Elle serait d'ailleurs, pour six d'entre eux, la raison de leur incarcération.

### Besoin de consommer et violence

Parmi les six individus de l'échantillon liant le délit à l'origine de leur incarcération aux conséquences monétaires causées par la consommation de substances intoxicantes, quatre mentionnent n'avoir eu recours à la violence qu'à de rares occasions. Cette pratique aurait été entièrement motivée par l'envie désespérée de

consommer et de répondre à des besoins primaires, combinés à une incapacité d'identifier des solutions plus appropriées pour y parvenir.

*« C'est à cause du crack que j'ai fait deux vols qualifiés dans un dépanneur. Les deux vols que j'ai faits, c'est dans la même journée, je n'ai aucun souvenirs de ces vols, et le troisième on m'a poussé à y aller et je n'ai pas été capable de dire non, vraiment je n'avais plus la force intérieure de refuser. J'ai fait le dépanneur parce qu'il me fallait de l'argent pour acheter d'autre coke, j'ai fait le dépanneur et j'ai voulu partir, mais il a barré les portes, je lui ai supplié de me laisser partir. » (Olivier)*

### Automédication et violence

Le besoin de consommer pouvait être motivé par un désir d'assouvir une dépendance à une substance, mais aussi, comme il est mentionné à quelques reprises, par un désir de soulager certains symptômes spécifiques de la maladie mentale, bien souvent exacerbés par la consommation elle-même.

*« Parce que quand je tombais sans boisson, c'était la dépression. Je filais complètement à l'envers, découragé, désorganisé. (...) Ça me donnait tous ces symptômes-là. J'étais un peu perdu dans ce monde-là. (...) Ce que je recherchais quotidiennement là, c'était l'effet. Pas l'effet d'être saoul et de savoir ce que je fais, mais l'effet qui venait geler le mal émotionnel que je vivais. » (Mathieu)*

Le recours aux stupéfiants à titre d'automédication explique peut-être pourquoi, tant les personnes atteintes d'un trouble de dépendance à une substance que celles présentant un trouble d'abus rapportent avoir posé des gestes violents acquisitifs afin de pouvoir se procurer ensuite leur substance de prédilection, que celle-ci soit coûteuse ou non. Voici comment, Francis, un détenu atteint d'un trouble psychotique non spécifié, explique les raisons qui le menèrent à commettre ses vols qualifiés :

*« Moi, c'est le hasch et la boisson. (...) Je suis quelqu'un de ben anxieux et j'aimais mieux ça que des pilules (...) Quand je prenais du hasch, j'étais plus en contrôle de moi-même. (...) C'est sûr que quelqu'un qui fume beaucoup comme moi, à moment donné, tu viens (que tu n'as) pu d'argent, faque t'es supposé faire quoi quand t'as besoin de fumer comme moi? »*



Guy, qui présente un trouble psychotique non spécifié, raconte que chaque échec à respecter ses obligations au niveau de sa libération conditionnelle aurait été provoqué par un retour des voix, ce qui aurait, à son tour, précipité une rechute dans la consommation, puis une récurrence afin de subvenir à ce besoin :

*« Quand je sortais (de prison), j'étais pas prêt, j'entendais trop de voix, donc je recommençais à consommer. La médication que j'avais à ce moment-là faisait pas effet. Pis pour consommer ben il fallait que je fasse des vols (qualifiés). Pis c'est comme ça que je revenais en dedans. Maintenant, celle que j'ai elle fait effet, alors ça devrait être différent (cette fois-ci). »*

Pour Mathieu, l'acte violent, au lieu de lui fournir uniquement l'argent nécessaire pour se payer sa substance de prédilection et étouffer grâce à elle un état dysphorique, devint une manière de « geler » les émotions négatives associées à la maladie mentale par la montée d'adrénaline qu'il entraînait.

*« J'avais pas peur, que ce soit un vol à l'étalage ou un vol à main armée, même si y a une différence assez grosse. Moi, la demande de consommation, de geler mes émotions, était assez forte que je peux même te dire que ça me faisait du bien d'aller affronter les personnes et d'aller les voler (« vols avec des guns, dans des restaurants »). Ça me faisait du bien, je sortais de là et j'avais une adrénaline vraiment forte. J'avais comblée ma peur. J'avais travaillé mes peurs assez fort que ça pouvait un peu geler mon malaise à l'intérieur. Ça l'égalisait à quelque part. Mais en plus avec l'argent dans les poches, j'allais prendre de la boisson et là tabarnouche! J'étais l'homme le plus heureux et là, c'était la traite à tout le monde. Regardez-moi! Aimez-moi comme je suis! »*

L'état d'excitation entraîné par l'impression d'avoir « surmonter ses peurs » et réussi son coup étouffait temporairement « son malaise intérieur ». Il permettait peut-être de pallier un sentiment de médiocrité associé au fait de s'être senti rejeté par la société et de ne pas avoir atteint, selon lui, les standards définis par celle-ci. Donc, en plus de lui fournir le butin nécessaire à sa consommation d'intoxicants, l'acte criminel offrait à Mathieu l'occasion de soulager ou d'étouffer un sentiment dysphorique.

### Rythme de vie et violence

Pour les deux autres individus associant le geste violent à l'origine de leur incarcération aux conséquences économiques dues à la consommation de substances psychoactives, la criminalité lucrative, non violente et violente, aurait été partie intégrante de leur mode de vie. Ces individus reconnaissent avoir eu recours à différents moyens illicites pour se procurer de l'argent. Au-delà du désir de subvenir à un besoin de consommation, ils rapportent que le passage à l'acte violent était aussi motivé par le désir de maintenir le niveau de vie que la criminalité lucrative leur permettait de mener. Ce mode de vie hédonique était, pour eux, une grande source de motivation pour la poursuite d'activités criminelles violentes (ex. agressions armées, vols qualifiés, etc.). La violence manifestée par ces détenus s'inscrivait donc dans une perspective différente du désir d'entretenir une dépendance à une substance ou de soulager un quelconque symptôme lié à la maladie mentale.

*« En volant avec mon chum, je pouvais faire 2000-3000\$ par jour, faque toute la semaine on était sur le party. On allait dans les bars, pis les gros hôtels pis on connaissait les filles pis on se louait des grosses chambres...faque à un moment donné, c'est gratifiant ça là là. Tu vas dans un bar pis les filles te connaissent, pis tu parles aux plus belles, tu comprends ce que je veux dire? C'est pas juste la consommation là, c'est plus que ça» (Alexandre)*

Rejetés par leurs proches, cet argent leur permettait de combler un vide social, affectif. Il leur permettait également de mener un semblant de vie normale et de se payer un certain luxe.

*« Ça me tente d'avoir le même niveau de vie, de m'acheter du nouveau linge, ca ne me tente pas de me demander "ah, est-ce que je peux aller au restaurant?" Je veux juste me demander qu'est-ce que ça me tente de manger, t'sais. J'aimais ça me payer les chambres d'hôtels, les restos, pis tout ça » (Thomas)*

Enfin, pour ces individus, la sauvegarde de l'estime de soi dépendait de leur capacité à maintenir ce rythme de vie, et contribuait ainsi à l'appât du gain.

*« L'argent, t'sais, j'ai jamais été quelqu'un de super fier de moi, pis je me disais toujours que je valais ce que j'avais dans les poches. Si j'avais 5\$ je valais 5\$. (...) Aussi stupide que ça semble, je ne cruais pas une fille si je n'avais pas d'argent. Si j'avais juste 5\$, je n'aurais jamais osé approcher une fille » (Thomas)*

Il appert donc que la violence économique manifestée par les individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave peut être motivée par des besoins qui s'apparentent à ceux observés chez la population régulière (c'est-à-dire, par un désir de répondre à la dépendance d'une substance coûteuse ou de maintenir un style de vie hédoniste), mais aussi par un besoin propre à cette population hypothéquée (soit l'envie de soulager un symptôme lié à la maladie mentale). C'est pourquoi, la violence lucrative survient chez cette dernière tant chez ceux qui présentent une problématique d'abus à une substance que chez ceux qui souffrent d'une dépendance, peu importe que les substances soient onéreuses ou pas.

## Discussion

L'analyse qualitative des entrevues permet de relever les représentations des conséquences relationnelles et économiques de la consommation chez un groupe de détenus atteints d'un trouble de santé mentale grave. Parmi les 19 individus rencontrés, 13 ont constaté des changements sur le plan relationnel, se manifestant pour certains par un éloignement des proches et, pour d'autres, par un rapprochement de pairs consommateurs/déviant. De ces derniers, trois se disent d'avis que ces changements sur le plan social auraient mené au passage à l'acte violent responsable de leur incarcération. Étant donné l'absence d'études portant sur le lien perçu, par ces individus,

entre les difficultés sociales rencontrées et les comportements violents manifestés, il est difficile de comparer ces données à celles tirées de recherches antérieures.

Il est tout de même possible d'observer une convergence entre nos résultats et celles d'études précédentes, en ce qui a trait au phénomène de l'exclusion sociale subie par les individus interrogés. À ce sujet, il semble que la complexité des soins que nécessitent ces personnes, ainsi que le stress qu'elle engendre sur la famille ou sur les intervenants qui les prodiguent, provoquent facilement des conflits interpersonnels, lesquels mènent bien souvent au rejet de l'individu « malade », sinon au désir chez celui-ci de s'isoler des gens (Barrowclough, Tarrier & Johnston, 1996; Dixon, McNary & Lehman, 1995).

Il semble que les familles d'individus atteints d'une telle comorbidité ont davantage tendance à attribuer les difficultés mentales de leur proche à des facteurs internes, personnels et contrôlables, contrairement aux familles dont le proche « malade » ne présente que l'une ou l'autre des deux problématiques. Les familles de ces individus se montreraient plus hostiles envers eux et exprimeraient surtout cette hostilité par le rejet de leur proche (Barrowclough, Ward, Wearden & Gregg, 2005). Ce mode d'attribution des symptômes aux facteurs personnels, combiné au stress qu'engendre la complexité des soins que nécessite cette population, pourrait expliquer, selon Todd et al. (2004), pourquoi les individus atteints de cette comorbidité psychiatrique sont plus souvent victimes d'exclusion sociale que la population aux prises avec seulement l'une ou l'autre de ces deux problématiques. Comme la présence d'un trouble grave de santé mentale altère non seulement le mode de pensée ou l'humeur de ces individus, mais aussi l'habileté à résoudre les conflits interpersonnels et à obtenir le

soutien nécessaire auprès de leurs proches (tels que l'illustre l'exemple d'Éric et de sa conjointe), ils se retrouvent bien souvent laissés à eux-mêmes.

Outre une attribution des difficultés mentales à des facteurs internes, personnels et contrôlables, la stigmatisation liée à la maladie mentale contribue à l'exclusion sociale des personnes atteintes d'un trouble psychique, surtout d'un trouble psychique grave. Pourtant, les études démontrent qu'une minorité de patients atteints de schizophrénie serait responsable de la majorité des crimes violents (Joyal, 2005). Un rapport national de la Société canadienne de la schizophrénie rapporte que 60% des Canadiens pensent qu'une personne atteinte de schizophrénie risque d'avoir un comportement violent à l'égard des autres (2008). La violence manifestée par les individus atteints d'un trouble mental grave fait souvent manchette dans la presse et nourrit ainsi une croyance populaire de dangerosité. Souvent les journaux indiquent que la violence manifestée par ces individus est plus souvent dirigée envers un membre de leur famille. Cette information incite peut-être certaines familles à s'éloigner de l'individu « malade ». Pourtant, c'est justement face à un environnement perçu comme étant hostile et rejetant, ils risquent effectivement de répondre de manière inadaptée, à savoir par la violence (Swanson, Swartz, Estroff, Borum, Wagner & Hiday, 1998). Sinon, ils risquent tout simplement de s'éloigner afin de rejoindre des pairs marginaux avec lesquels ils pourront combler, tout comme la population régulière, un besoin d'identité et d'appartenance.

La violence liée au rapprochement de pairs consommateurs/déviantes entraînée par la consommation d'intoxicants, est un phénomène documenté chez la population en général, tant adulte qu'adolescente, mais demeure, une fois de plus, peu exploré chez la population d'individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant.

Lors d'une étude qualitative réalisée par Haggard-Grann et Gumbert (2005), auprès de 14 contrevenants atteints d'un trouble mental (grave ou non), dont deux seulement présentaient un trouble comorbide lié à une substance, la fréquentation de pairs consommateurs/déviants fut identifiée par les participants comme étant une situation à risque de récidive violente. Selon ces derniers, toutefois, la relation entre une telle fréquentation et la violence était perçue comme étant directe ou indirecte, et, plus souvent qu'autrement, une combinaison des deux. En se basant sur l'analyse de nos entrevues, il est en effet possible d'émettre l'hypothèse que le rapprochement de pairs consommateurs/déviants constitue un tremplin vers la violence, par l'apprentissage vicariant, par le renforcement de comportements déviants, mais aussi, tout simplement, par les opportunités qu'il offre aux individus impliqués (ex : élargissement du réseau criminel). Privées d'un soutien social adéquat et à présent confrontées aux répercussions économiques de la consommation, il n'est pas étonnant que ces personnes aient tôt ou tard posé un geste violent de nature acquisitive afin de répondre à des besoins monétaires.

En effet, tous les individus interrogés rapportent avoir constaté des conséquences économiques engendrées par la consommation régulière de substances psychoactives. Ces conséquences seraient pour six d'entre eux la base du délit violent à l'origine de leur incarcération. De ces derniers, quatre soutiennent avoir fait usage de violence dans le but de se procurer de l'argent pour répondre à un besoin de consommer. L'analyse des entrevues démontre que ce besoin pouvait découler d'une dépendance à une substance ou d'un désir de s'automédicament, c'est-à-dire de soulager un état dysphorique associé au trouble mental grave et persistant .

Initialement proposée en 1985 par Khantzian, l'hypothèse d'automédication stipulait que la population en général avait recours aux substances intoxicantes afin de soulager un état dysphorique quelconque. Lorsqu'elle fut appliquée à la population aux prises avec un trouble mental sévère et persistant, l'hypothèse d'automédication prit alors des proportions plus étroites où l'individu « malade/souffrant » avait recours à la substance intoxicante non pas afin de soulager un état dysphorique au sens large, mais plutôt afin de soulager un ou des symptômes spécifiques à sa maladie mentale (Henwood et Padgett, 2007). Alors que la première interprétation de l'hypothèse se mérita de nombreuses validations empiriques, la seconde fut plutôt contestée par les auteurs qui lui trouvaient peu d'appuis scientifiques (Mueser, Drake et Wallach, 1998).

Afin de clarifier le concept d'automédication, tel qu'il l'avait initialement conçu en 1985, Khantzian précisa, en 1997, que le principe d'automédication ne renvoyait pas seulement au désir de soulager un symptôme spécifique de la maladie mentale, mais plutôt au désir de soulager un large éventail de symptômes ou d'états dysphoriques, pouvant ou non être liés à une condition psychiatrique précise. Cette seconde interprétation de l'hypothèse d'automédication fut depuis démontrée à plusieurs occasions, les auteurs observant chez la population aux prises avec cette double problématique une tendance à avoir recours aux substances psychoactives afin, d'une part, de soulager des symptômes directement liés à la maladie mentale, mais parfois aussi tout simplement afin de soulager un état dysphorique (Bradizza et Stasiewicks, 2003; Alvarez, Kaiser et Havassy, 2004; Henwood, Padgett, 2007).

Comme il est indiqué dans le chapitre précédent, la majeure partie des participants de l'étude rapporte avoir eu, un jour ou l'autre, recours à la consommation d'intoxicants pour atténuer des symptômes liés à la maladie ou tout simplement une

humeur dysphorique. L'analyse des entrevues présentée dans cet écrit démontre que, d'après certains individus interrogés, l'automédication pouvait même constituer en soit un facteur contributif de la violence acquisitive. Le désir d'obtenir un soulagement immédiat pouvait être si important qu'il menait l'individu à poser un geste impulsif, parfois désespéré, pour se procurer l'argent nécessaire. C'est pourquoi, il pouvait s'agir pour certains d'une substance onéreuse, et pour d'autres, d'une substance peu coûteuse. Pour un individu de l'échantillon, ce besoin d'automédication était si important qu'il était selon lui à l'origine de ses échecs au niveau de la libération conditionnelle. À présent, il considère avoir trouvé un traitement pharmacologique efficace et espère être à l'abri d'une récidive.

Enfin, pour les deux autres individus identifiant les conséquences économiques de la consommation comme ayant été à l'origine de leur incarcération, l'usage de violence acquisitive visait le maintien d'un certain rythme de vie caractérisé par la consommation d'intoxicants, mais aussi par les sorties au restaurant, les clubs, les filles, etc.. Majoritairement pauvre et sans emploi (Rice & Miller, 1996; Swart, Lurigio & Goldstein, 2000), les individus atteints de ce type de comorbidité ont non seulement peu de moyens pour subvenir à leurs besoins essentiels de la vie, mais encore moins pour assurer les dépenses usuelles qu'engendre une dépendance aux substances psychoactives. Comme ils présentent des déficits au niveau cognitif, social et professionnel, seule une minorité de ces individus réussit à se trouver un emploi (Hodgins & Janson, 2002).

De plus, ceux qui y parviennent gagnent un salaire habituellement inférieur à celui de la population régulière (Goeree, Farahati, Burke, Blackhouse, O'Reilly, Pyne & Tarride, 2005). Alors que certains sont délaissés par leur famille, d'autres bénéficient



d'un certain soutien familial (Todd & al., 2004). Celui-ci peut prendre plusieurs formes, certaines plus adéquates que d'autres. Par exemple, Gearon, Bellack, Rachbeisel et Dixon (2001) observaient, parmi un échantillon provenant d'une clinique externe composé de 25 patients schizophrènes et de 25 patients atteints de la maladie bipolaire, que leur consommation d'intoxicant était en grande partie financée par l'argent que leur fournissaient les membres de leur famille immédiate. Leur consommation était également encouragée par des amis qui leur fournissaient leur substance de prédilection qu'ils consommaient ensemble souvent.

Ceux qui ne jouissent pas d'une telle aide financière de la part de leur entourage, se voient obligés, comme la quasi-totalité des individus rencontrés dans le cadre de notre étude, d'utiliser d'autres moyens légaux ou non, pour assouvir leur besoin de consommation ou pour prévenir des états de manque. Ainsi, Gearon, Bellack, Rachbeisel et Dixon (2001) rapportaient que parmi les individus de leur échantillon qui ne bénéficiaient pas d'un soutien financier quelconque, 22 % rapportaient avoir volé de l'argent ou revendu des biens volés pour se procurer leur substance de prédilection, 14 % affirmaient avoir payé leur substance à l'aide de l'argent gagné par la prostitution et 18 % avouaient avoir échangé des services sexuels contre de la drogue. Bien qu'un seul participant de notre échantillon ait rapporté avoir un temps eu recours à la prostitution pour combler son besoin de consommation, 74 % des individus composant notre échantillon reconnaissaient avoir un jour ou l'autre eu recours à un geste criminel pour se procurer leur substance de prédilection. Comme la principale motivation derrière cet acte n'avait d'autre raison que la recherche de drogues ou d'alcool, la plupart des individus interrogés rapportaient avoir privilégiés une criminalité non violente, plutôt que violente; phénomène qu'on observe également chez la population en général (Brochu &

Parent, 2005; Brochu, 2006). C'est pourquoi la violence acquisitive ne fut à l'origine de l'incarcération que de 31 % des individus rencontrés.

Quant au reste de l'échantillon, le chapitre précédent permit d'observer qu'ils attribuaient la responsabilité du passage à l'acte violent aux effets directs de la substance sur les symptômes liés à la maladie mentale (c'est-à-dire à l'augmentation de la paranoïa, des hallucinations, de l'humeur dépressive ou euphorique) ou aux effets directs de celle-ci sur leur comportement (augmentation de l'agressivité, de la confiance en soi, de la désinhibition et de l'impulsivité).

#### Adaptation du modèle économique-compulsif de Goldstein (1985)

En 1985, Goldstein proposa une explication de la violence liée à la consommation de substances psychoactives qui regroupait sous un même modèle trois conceptualisations bien distinctes. L'une d'elles décrivait une violence économique-compulsive, c'est-à-dire une violence qui résultait d'un désir de se procurer de l'argent pour assouvir une dépendance à une substance coûteuse, telle l'héroïne ou la cocaïne. L'analyse des résultats de cette présente étude démontre que ce type de violence acquisitive s'observe également chez la population aux prises avec un trouble de santé mentale grave et persistant. Toutefois, certaines nuances s'imposent.

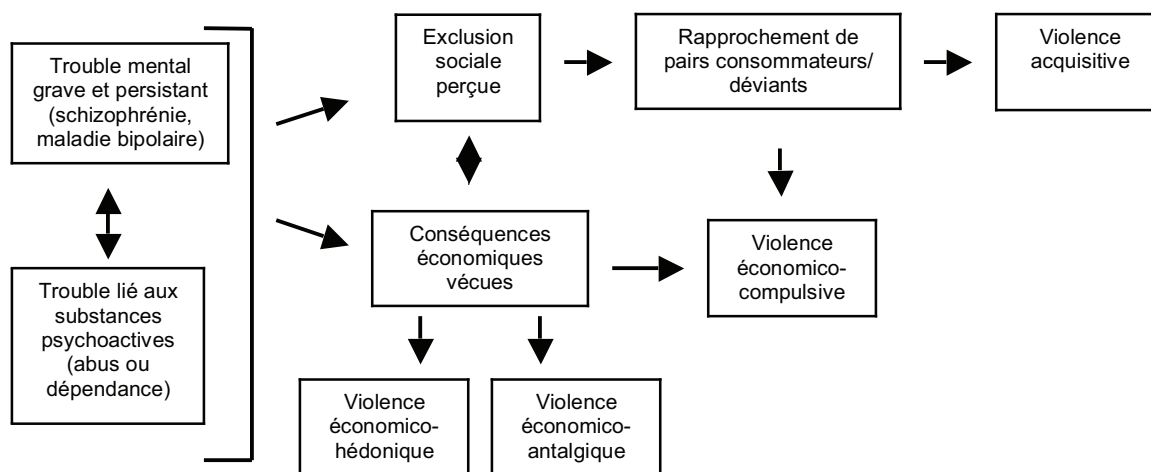
Selon les témoignages des individus rencontrés, il appert que les délits de nature acquisitive posés par la population étudiée ne visaient pas strictement l'assouvissement d'une dépendance à une substance psychoactive. Les personnes rencontrées affirmaient que ce type de violence était parfois employé dans le but de se procurer de l'argent pour soulager certains symptômes désagréables liés à la maladie mentale.

L'automédication est en effet un phénomène souvent observé chez la population aux prises avec un trouble de santé mentale grave (Bradizza & Stasiewicks, 2003; Henwood & Padgett, 2007; Suh, Ruffins, Robins, Albanese & Khantzian, 2008). Le chapitre précédent rapportait que les trois quarts des individus interrogés soutenaient avoir eu recours aux substances psychoactives à cette fin. Ce qui surprend toutefois c'est la constatation qu'elle pouvait parfois constituer la motivation principale du geste violent, l'individu recherchant avant tout par ce moyen un soulagement rapide de symptômes intolérables. Dans un tel cas, l'argent volé pouvait servir à payer une consommation onéreuse (cocaïne) ou peu coûteuse (cannabis). De plus, l'analyse permet aussi d'observer que le geste acquisitif violent était lui-même devenu pour certains un moyen d'apaiser la souffrance, grâce à la montée d'adrénaline qu'il entraînait. Bien que cette sensation d'excitation soit aussi appréciée par certains toxicomanes réguliers (Brochu & Parent, 2005), il est intéressant de constater l'effet analgésique qu'elle pouvait avoir chez notre population. Enfin, l'analyse révèle que pour d'autres individus, les délits acquisitifs visaient essentiellement le maintien d'un certain rythme de vie caractérisé par la consommation de substances intoxicantes, les sorties et les filles. Comme il est mentionné plus haut, les difficultés sociales que présentent habituellement les gens aux prises avec une problématique de santé mentale grave et chronique nuisent à leurs possibilités de trouver un emploi et de développer une relation intime, donc de vivre une vie « normale ». L'argent leur permettait ainsi de projeter une image plus favorable d'eux-mêmes et de vivre, l'instant d'une soirée ou plus, une fausse réalité plaisante, entourés d'hommes ou de femmes qu'ils séduisaient par l'argent.

À la lumière de ces informations, une adaptation du modèle économique-compulsif de Goldstein (1985) à la population des gens atteints d'un trouble lié à une substance et d'un trouble mental grave et persistant devrait, d'une part, tenir compte du fait que ce

type de violence peut être manifesté tant par les individus qui présentent une problématique d'abus que ceux qui manifestent un trouble de dépendance. Ensuite, il faut considérer le fait que cette violence semble s'observer autant chez les gens qui consomment des substances peu coûteuses qu'onéreuses. L'adaptation du modèle de Goldstein devrait aussi tenir compte des différentes motivations qui se trouvent derrière la consommation de substances intoxicantes chez cette population, soit : soulager certains symptômes liés à la maladie mentale (motivation antalgique), maintenir un certain rythme de vie caractérisé par l'argent et les contacts sociaux superficiels (motivation hédonique), ou, tout simplement, combler un besoin (dépendance à une substance psychoactive).

Une adaptation du volet économique-compulsif de Goldstein, à partir du récit de vie des individus interrogés, pourrait être représentée ainsi :



**Figure 3.1** - Schéma illustrant l'adaptation révisée du volet économique-compulsif aux individus atteints à la fois d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble lié une substance

## Conclusion

Cette étude pose donc un premier regard sur l'expérience subjective de la violence associée à la détérioration du fonctionnement psychosocial, due à la consommation de substances psychoactives, chez les gens atteints d'un trouble de santé mentale grave et persistant, tel que perçu par ces derniers. Elle porte une attention particulière aux conséquences relationnelles et économiques engendrées par l'usage régulier et répétitif d'intoxicants puis, selon les personnes interrogées, l'influence de celle-ci sur le passage à l'acte violent ayant mené à leur incarcération. Bien que les recherches démontrent que la présence d'un trouble lié à une substance soit associée à de telles difficultés (Dixon, McNary & Lehman, 1995; Richter, Eikelmann & Reker, 2006; Todd & al., 2004), leur relation à la violence demeure encore peu explorée, quoique le risque de violence lié à ce type de comorbidité fut démontré à plusieurs reprises (Dubreucq, Joyal & Millaud, 2006; Elbogen & Johnson, 2009; Fulwiler & al., 1997; Hodgins & Côté, 1990; Rice & Harris, 1995; Steadman & al., 1998; Swanson & al., 2002).

L'analyse des entrevues démontre que les atteintes « indirectes » de la consommation constituent autant des facteurs de risque de passage à l'acte violent que les conséquences directes de celle-ci (atteintes psychologiques et comportementales). Cette étude confirme l'importance de considérer, lors de l'évaluation du risque de dangerosité de cette population, tant les handicaps psychologiques, que les handicaps sociaux et monétaires de ces individus. Nos résultats démontrent de plus que différentes motivations sous-jacentes aux problèmes relationnels et économiques, tels l'automédication et le maintien d'un style de vie hédonique, peuvent se trouver derrière l'agir violent. La relation drogue-crime violent chez la population aux prises avec un

trouble grave de santé mentale est donc plus complexe qu'elle ne le semble et mérite pour cette raison d'être étudiée plus en profondeur. Des recherches ultérieures pourraient s'intéresser, entre autres, à la violence acquisitive manifestée dans un élan de désespoir et visant principalement le soulagement d'un inconfort psychique, ou encore, à celle qui résulte de l'exclusion sociale et du désir conséquent de combler un vide affectif.

Dans cette étude, la notion du fonctionnement psychosocial se limitait à l'habilité d'entretenir des relations sociales de maintenir un emploi et de répondre aux dépenses usuelle de la vie quotidienne (s'habiller, se nourrir, se loger). Généralement cette notion renvoie aussi à la capacité de l'individu d'utiliser des ressources communautaires (CLSC, hôpitaux) et d'occuper adéquatement son temps libre par des activités et des loisirs mais, comme l'analyse des entrevues ne permet pas d'explorer ces dernières dimensions, il serait pertinent dans une étude future de vérifier l'influence de la consommation des substances psychosociales sur celle-ci.

Au niveau clinique, cette étude soulève l'importance de considérer, lors de l'élaboration d'un plan d'intervention, les difficultés sociales et économiques que rencontrent ces individus, afin de minimiser les risques de violence manifestée par ces derniers, d'une part, mais surtout, afin de les aider à retrouver une certaine qualité de vie, ce qui, après tout, constitue souvent leur objectif premier.

## Références

- Barrowclough, C., Tarrier, N. & Johnston, M. (1996). Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 691–701.
- Barrowclough, C., Ward, J., Wearden, A. & Gregg, L. (2005). Expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients with and without substance misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 884-891.
- Bradizza, C.M. & Stasiewicks, P.R. (2003). Qualitative analysis of high-risk drug and alcohol use situations among severely mentally ill substance abusers. *Addictive Behaviors*, 28(1), 157-169.
- Brochu, S. & Parent, I. (2005). Les flambeurs. Trajectoires d'usagers de cocaïne, Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Brochu, S. (2006). Drogue et criminalité, une relation complexe, 2e édition, Montréal : PUM.
- Côté, G. & Hodgins, S. (1990). Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 18(3), 271-281.
- Dixon, L., McNary, S. & Lehman, A. (1995). Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 152, 456–458.
- Dubreucq, J.-L., Joyal, C. & Millaud, F. (2006). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Medico-Psychologiques*, 163, 852-865.
- Elbogen, E.B. & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Fulwiler, C., Grossman, H., Forbes, C. & Ruthazer, R. (1997). Early-onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 48(9), 1181-1185.
- Gearon, J. S., Bellack, A. S., Rachbeisel, J. & Dixon, L. (2001). Drug-use behavior and correlates in people with schizophrenia. *Addictive behaviours*, 26(1), 51-61.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1978). Comment interroger? Les entretiens. Dans R. Ghiglione & B. Matalon (Éds), *Les enquêtes sociologiques : Théories et pratiques* (p. 57-92). Paris : Armand Colin.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans Poupard, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A.P., *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Éditions Gaëtan Morin Éditeur Itée, 341-364.

- Goeree, R., Farahati, F., Burke, N., Blackhouse, G., O'Reilly, D., Pyne, J., & Tarride, J. (2005). The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Current Medical Research and Opinion*, 21(12), 2017–2028.
- Goldstein, P.J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, Fall : 493-506.
- Haggard-Grann, U. & Gumbert, C. (2005). The violence relapse process - a qualitative analysis of high-risk situations and risk communication in mentally disordered offenders. *Psychology, Crime & Law*, 11(2), 199-222.
- Henwood, B. & Padgett, D.K. (2007). Reevaluating the self-medication hypothesis among the dually diagnosed. *The American Journal on Addictions*, 16, 160-165.
- Hodgins, S. & Janson, C.-G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered : The Stockholm Project Metropolitan*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Joyal, C.C. (2005). Schizophrénie et violence: mis à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic*, numéro special, mai 2005.
- Link B.G. & Stueve A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. (pp. 137-159).
- Link B.G., Stueve A. et Phelan J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of “threat/control-override” symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S55-S60.
- Rice, M.E. & Harris G.T. (1995). Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. *International Journal of Law & Psychiatry*, 18(3), 333-342.
- Rice, D.P. & Miller, L.S. (1996) The economic burden of schizophrenia: Conceptual and methodological issues and cost estimates. In Moscarelli M, Sartorius N (eds): *Schizophrenia*. Chichester, Sussex: John Wiley and Sons, Ltd, pp 321-334.
- Richter, D., Eikermann, B. & Reker, T. (2006). Work, income, intimate relationships: Social exclusion of the mentally ill. *Gesundheitswesen*, 68(11), 704-707.
- Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Santé Canada.
- Société canadienne de la schizophrénie (2008). *Rapport national sur la schizophrénie*.
- Steadman H.J., Mulvey E.P., Monahan J., Robbins P.C., Appelbaum P.S., Grisso T., Roth L.H. & Silver E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 393-401



- Suh, J.J., Ruffins, S., Robins, C.E., Albanese, M.J. & Khantzian, E.J. (2008). Self-medication hypothesis : Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518-532.
- Swanson, J., Swartz, M., Estroff, S., Borum, R., Wagner, R., & Hiday, V. (1998). Psychiatric impairment, social contact, and violent behavior: Evidence from a study of outpatient committed persons with severe mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 86-94.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Essock, S.M., Osher, F.C., Wagner, R., Goodman, L.A., Rosenberg, S.D. & Meador, K.G. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 92(9), 1523 -1531.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.E., Wagner, H.R., Rosenheck, R.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P. & Lieberman, J.A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490-499.
- Swartz, J. A., Lurigio, A. J., & Goldstein, P. (2000). Severe mental illness and substance use disorders among former supplemental security income beneficiaries for drug addiction and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 57, 701-707.
- Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B. A., Self, C., Pevalin, D. J. & Baldacchino, A. (2004). Social exclusion in clients with comorbid mental health and substance misuse problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, pp.581–587.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Malgré la prévalence importante des troubles liés aux substances psychoactives chez les individus atteints d'un trouble de santé mentale grave et persistant et le risque accru de violence associé à ce type de comorbidité, aucun auteur n'a suggéré jusqu'à présent un modèle pour rendre compte de ce phénomène. Dans cette perspective, en fonction des connaissances actuelles, nous avons proposé, dans un premier temps, une adaptation d'une conception théorique de la violence associée à la présence d'un trouble lié à une substance manifestée par la population régulière, soit les volets psychopharmacologique et économique-compulsif du modèle tripartite de Goldstein (1985), au groupe d'individus atteints d'un trouble mental grave et chronique. Ensuite, à l'aide d'une analyse qualitative, nous avons exploré les représentations de l'influence de la consommation sur les différentes sphères de la vie d'un sous-groupe de détenus répondant aux critères diagnostiques d'une telle comorbidité, et observé son rôle dans le passage à l'acte violent responsable de leur incarcération. Enfin, à la lumière de ces données, nous avons nuancé l'application des volets psychopharmacologique et économique-compulsif à la population atteinte de ce type de comorbidité.

### Synthèse et interprétation des résultats

Afin de suggérer une adaptation du volet *psychopharmacologique* aux individus en proie à un trouble de santé mentale grave et chronique, nous avons présenté, dans le premier chapitre, une revue de la documentation scientifique portant sur les quatre aspects suivants : a) les caractéristiques des troubles liés à une substance chez la population atteinte d'un trouble mental grave; b) le niveau de sensibilité de cette population aux substances psychoactives; c) les effets de la médication psychotrope sur les troubles liés à une substance; et, finalement, d) l'influence des substances

psychoactives sur les symptômes psychotiques. Comme les recherches démontrent que, lorsque comparés à la population régulière, ces individus présentent une plus grande sensibilité aux substances psychoactives, nous avons stipulé que celles-ci provoqueraient une réaction plus forte au moment de la consommation qui, combinées ou non, à une médication psychotrope, entraînerait un état d'intoxication, lequel engendrerait, à son tour : a) les mécanismes responsables de la violence associés à la consommation d'alcool ou de drogues, identifiés chez les gens en général, b) les symptômes TCO liés eux aussi à la violence, ainsi que c) les risques de non-observance de la médication. Le résultat serait donc une augmentation des risques de violence.

Le deuxième chapitre permet de vérifier l'applicabilité de cette adaptation du volet psychopharmacologique aux personnes affectées d'un trouble grave de santé mentale. Même si la notion d'hypersensibilité aux substances psychoactives ne put être explorée, il fut tout de même possible de constater que l'impact direct de la consommation sur l'individu pouvait entraîner un agir violent par l'enclenchement des mécanismes a) et b) mentionnés ci-haut. Les résultats rapportés dans le chapitre deux démontrent en effet que le passage à l'acte violent à l'origine de l'incarcération de ces individus était, selon eux, autant imputable à l'aggravation de symptômes spécifiques de la maladie mentale entraînée par l'usage d'intoxicants, qu'aux effets de ceux-ci sur le comportement de ces individus (augmentation de l'agressivité, désinhibition, augmentation de l'impulsivité et de la confiance en soi), sans jamais toutefois découler des deux mécanismes simultanément. De plus, l'analyse révéla que l'automédication c) constituait un facteur contributif au risque de violence, de prévalence et d'influence plus important que la non-observance, puisqu'elle aurait, selon les personnes interrogées, non seulement favorisé l'apparition du trouble lié à substance psychoactive, mais aussi stimulé l'émergence de

symptômes positifs de la maladie, ainsi que l'augmentation de l'agressivité et de la confiance en soi (voir schéma p.81)

Afin d'adapter le volet *économico-compulsif* du modèle tripartite de Goldstein (1985), nous présentions, dans le chapitre un, ce que la littérature nous apprenait au sujet du statut socio-économique et de son risque de développer une dépendance à une substance coûteuse. Nous émettions l'hypothèse que puisque les gens atteints d'un trouble mental grave et persistant sont souvent pauvres, sans emploi et isolés, et qu'ils présentent des taux plus élevés de dépendance ou d'abus à une substance que la population en général, ils doivent, tout comme cette dernière, employer tous les moyens à leur disposition pour subvenir aux dépenses onéreuses d'une dépendance à une substance coûteuse. Ces individus traverseraient les mêmes étapes que la majorité de la population régulière vers le recours aux crimes lucratifs qui risquent de devenir de plus en plus violents, au fur et à mesure que le niveau de consommation de l'individu augmente.

Le troisième chapitre permet d'observer de plus près le phénomène de la violence acquisitive manifestée par cette population. D'abord, les résultats démontrent que les crimes lucratifs perpétrés par les individus interrogés ne visaient pas toujours le soulagement d'une dépendance à une substance. Ils découlaient parfois du désir de soulager certains symptômes de la maladie mentale. Pour cette raison, un délit violent pouvait être réalisé dans le but de se procurer une substance coûteuse ou non, par un individu qui présente un trouble de dépendance ou d'abus. Ensuite, comme les individus atteints de ce type de comorbidité sont souvent victimes d'exclusion sociale, les délits violents acquisitifs pouvaient aussi être motivés par un désir de maintenir un certain style de vie, caractérisé par le plaisir, les contacts sociaux et la consommation de

stupéfiants. Ainsi, le chapitre trois démontra que pour rendre compte de la violence lucrative manifestée par les individus atteints d'un trouble grave de santé mentale, il fallait considérer trois types de motivations régissant trois types de violence lucrative : une économique-hédonique, l'autre économique-antalgique et enfin, une économique-compulsive (voir schéma p.120).

À la lumière de ces résultats, il est possible d'affirmer que la violence manifestée par la sous population d'individus atteints d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble lié à la consommation peut aussi s'expliquer par les volets psychopharmacologique et économique-compulsive de Goldstein, bien qu'avec certaines nuances importantes. Chez les individus atteints de ce type de comorbidité, la violence psychopharmacologique découle d'un état de confusion ou de désorganisation entraîné par l'aggravation des symptômes liés à la maladie mentale, elle-même causée par la consommation de stupéfiants et, parfois, par la non-observance de la médication. Le comportement violent se traduit alors par une perte de contrôle ou par un état de détresse. Il peut être hétéro-agressif ou auto-agressif et prendre parfois la forme d'un appel à l'aide.

La violence psychopharmacologique peut aussi résulter, chez d'autres, d'une augmentation de l'agressivité, de l'impulsivité ou de la confiance en soi, entraînée par la consommation d'intoxicants. Elle s'apparente alors davantage à la violence perpétrée par la population en général puisqu'elle découle principalement des valeurs antisociales qui subsistent malgré la présence d'un trouble grave de santé mentale. Cet effet psychopharmacologique de la substance sera précisément recherché par certains individus atteints d'un trouble mental grave pour faciliter le passage à l'acte violent.

Quant à la violence économique-compulsive observée chez les individus aux prises avec un trouble grave de santé mentale et avec un trouble lié aux substances psychoactives, elle est associée à la détérioration du fonctionnement psychosocial global de ces derniers, elle-même causée par les difficultés relationnelles et économiques rencontrées par cette population. La consommation d'intoxicants, difficilement acceptée par les personnes qui prodiguent des soins, mène souvent au rejet de l'individu « malade », sinon au désir de celui-ci de s'isoler de ses proches. La violence manifestée par ce dernier peut alors résulter de l'influence de pairs déviants vers lesquels certains se sont tournés pour combler un besoin d'appartenance ou d'identification. Cette réaction, quoique observée chez la population en général, est peut-être encore plus fréquente chez ces individus déjà ostracisés par la maladie mentale. Cependant, contrairement à ce que nous observons chez les toxicomanes réguliers, la violence acquisitive n'est pas strictement liée à un besoin d'assouvir une dépendance à une substance. Elle peut, par exemple, être motivée par un désir de soulager certains symptômes de la maladie et, comme mentionné plus haut, s'observer tant chez l'individu dépendant à une substance que chez celui qui présente un trouble d'abus. Entre l'accessibilité et l'effet soulageant immédiat des substances proscrites ou les démarches contraignantes que nécessite la prescription d'un traitement pharmacologique, ces individus opteront malheureusement pour la première option. Enfin, la violence acquisitive peut être motivée par la recherche du plaisir (les sorties dans les bars, les restaurants, les filles,..) et résulter de l'exclusion sociale dont cette population est bien souvent victime.

Il existe donc des sous-catégories d'individus atteints d'un trouble mental grave et persistant et d'un trouble lié à une substance qui se distinguent par les effets que joue la consommation sur les différentes sphères de leur vie et sur le passage à l'acte violent

lié à celle-ci. Il fut ainsi possible d'observer que chez certains individus, la violence semble principalement associée à la présence d'un trouble grave de santé mentale, alors que chez d'autres, elle semble davantage liée à la présence d'un trouble lié aux substances et s'apparente ainsi à celle manifestée par la population en général consommatrice de drogue ou d'alcool. Ceci s'explique probablement par le fait que l'échantillon provenait d'un milieu carcéral, où la présence d'un trouble de personnalité antisociale ou du moins celle de traits antisociaux est très fréquente. La personnalité antisociale peut avoir été à l'avant-plan du tableau clinique chez certaines personnes et à l'arrière-plan chez d'autres. Deux sous-catégories d'individus émergent donc de nos résultats. D'abord, ceux dont la criminalité s'apparente à celle de la population qui n'est pas atteinte d'un trouble grave de santé mentale et qui correspondent en fait aux « early starters » de Hodgins ou aux « triple diagnostics » de Putkonen et collègues (2004) et de Dubreucq et associés (2005). La violence manifestée par ces derniers est plus souvent économique-compulsive ou économique-hédonique, mais peut aussi être psychopharmacologique, lorsqu'elle découle des conséquences comportementales de la consommation sur les individus. La deuxième sous-catégorie regroupe les individus qui rapportent avoir agi violemment dans un état de confusion ou de désorganisation mentale. Ceux-ci s'apparentent davantage aux « late starters » de Hodgins ou au double diagnostic de Putkonen et coll. (2004). Ils ne correspondent toutefois à aucun groupe de schizophrènes violents décrits par Dubreucq et collègues (2005), ces derniers auteurs associant la consommation de stupéfiants à la présence d'un trouble de personnalité antisociale. Ceci démontre qu'il existe au sein même de la catégorie d'individus atteints d'un double ou d'un triple diagnostic, des sous-catégories qui varient en fonction de l'influence de la consommation sur le fonctionnement de l'individu. Il faudrait peut-être réviser la pertinence ou la possibilité de regrouper ces individus en fonction de la présence d'un double ou d'un triple diagnostic, tel que suggéré par ces auteurs, et les



classer plutôt en fonction du processus de passage à l'acte violent. Selon les résultats de notre étude, la consommation d'intoxicants pourrait avoir exercé une influence différente dans le passage à l'acte violent de deux individus qui présentent pourtant le même double ou triple diagnostic. Une classification en fonction de l'influence de la consommation sur le fonctionnement de l'individu ou en fonction du processus de passage à l'acte violent permettrait de prévenir avec plus d'exactitude le comportement violent et d'adapter les interventions en fonction des besoins de chacun.

Tiihonen et Swartz (2000) suggéraient différents processus de passage à l'acte violent associés à la présence d'un trouble lié à une substance chez l'individu atteint de schizophrénie ou de maladie bipolaire. En accord avec ce que ces auteurs avançaient, cette thèse permet d'observer que, chez les gens atteints d'un trouble mental grave et persistant, les troubles liés aux substances psychoactives a) augmentent l'impulsivité lors de la phase d'intoxication ou de sevrage, b) entraînent une exacerbation des symptômes liés à la maladie mentale, c) indiquent la présence d'un trouble de personnalité antisociale, lui-même associé à un risque de violence, d) résultent, tout comme la violence, de l'exposition à un environnement socio-économique caractérisé par la pauvreté, par un haut taux de criminalité, par la violence et par l'accessibilité aux substances psychoactives. À la lumière de nos résultats, nous pouvons de plus ajouter que les troubles liés aux substances présentent un risque de violence chez cette population puisqu'ils e) augmentent l'agressivité, f) la confiance en soi et g) contribuent à la détérioration du fonctionnement psychosocial par ses répercussions économiques et sociales sur l'individu.

### Limites de la thèse

Cette étude présente des limites qui sont pour la plupart inhérentes au type d'analyse employée. La méthode d'analyse utilisée restreint inévitablement la généralisation des résultats. Le récit de vie ne donne accès qu'à une réalité partielle, celle de l'individu interrogé, telle qu'il la conçoit ou telle qu'il souhaite que nous la concevions. De plus, le fait que les personnes rencontrées aient été incarcérées au moment de l'entrevue peut avoir favorisé la participation de celles qui démontrent une désirabilité sociale et ne seraient donc pas représentatives des détenus ayant refusé l'entrevue. Sans que compter que cette désirabilité a pu aussi embellir le récit de leur délit et donc fausser les données en imputant le blâme de leur action à la consommation ou la maladie. En outre, comme les individus se trouvent dans un environnement clinique, bien que carcéral, le traitement thérapeutique qu'ils suivent pourrait avoir altéré leur compréhension du geste posé. D'autre part, le fait que l'analyse soit basée sur le rappel constitue en soit une limite importante quant à la véracité de leur souvenir. Le temps écoulé depuis l'évènement et le fait que certains aient été intoxiqués ou en phase aiguë de la maladie lors du passage à l'acte peut avoir nuit à la qualité du rappel. Mentionnons enfin que la prévalence importante de polytoxicomanie au sein du groupe nous empêche de déterminer avec précision l'influence spécifique des substances consommées sur le fonctionnement de l'individu. Tous ces éléments limitent la possibilité d'affirmer avec certitude quels facteurs auraient réellement contribué au passage à l'acte violent à l'origine de l'incarcération des participants.

### Pistes de recherches

Une première piste de recherche serait de répéter cette même étude en milieu hospitalier auprès d'un échantillon d'individus ayant été reconnus non criminellement responsables de leur geste pour cause d'aliénation mentale. Il serait intéressant d'explorer leurs points de vue quant à la contribution de la consommation dans leur agir violent et de comparer ceux-ci avec ceux de la population carcérale atteinte d'un trouble mental grave. Peut-être que nous observerions moins de conséquences comportementales et plus de conséquences au niveau de la maladie mentale. Dans cette même lignée, il serait pertinent de faire ressortir les particularités de la population étudiée en comparaison à l'ensemble des détenus toxicomanes qui ne sont pas aux prises avec un trouble de santé mentale.

Une seconde piste de recherche serait de vérifier les hypothèses suggérées dans le premier chapitre qui n'ont pu être observées lors de cette étude puisqu'elles nécessitent une comparaison avec un groupe contrôle, comme l'hypothèse d'hypersensibilité. Selon cette hypothèse, une même quantité de substances psychoactives entraînerait davantage de conséquences négatives chez les individus atteints d'un trouble grave de santé mentale. Pour cette raison, ils répondraient plus facilement aux critères diagnostics d'un trouble d'abus de substance. Comme ils consommeraient de plus faibles quantités, ils seraient toutefois moins à risque de développer un trouble de dépendance. Cette sensibilité plus élevée serait due, selon Drake et Mueser (2002), à une vulnérabilité biologique, ainsi qu'à la présence de certains déficits sur le plan cognitif, social et aussi au niveau du contrôle des impulsions. Ceci résulterait en une faible capacité à réguler leur consommation et entraînerait d'importantes conséquences négatives liées à celle-ci. À notre connaissance, un seul groupe de chercheurs auraient tenté de vérifier l'hypothèse hypersensibilité aux substances psychoactives et leur étude n'a pas permis d'observer une différence

significative entre les deux populations (Gonzales, Bradizza, Vincent, Stasiewicz et Paas, 2007).

Une troisième piste de recherche serait d'étudier les séquelles neurologiques causées par la consommation de substances psychoactives chez les individus aux prises avec un trouble de santé mentale grave qui, par conséquent, présentent déjà une fragilité psychique et de vérifier leur influence sur le comportement violent. Il serait notamment pertinent de comprendre la relation entre l'abus de substance et la violence chez les personnes atteintes d'un trouble mental grave et qui n'ont jamais manifesté de comportement violent avant l'apparition de cette maladie.

Une quatrième idée de recherche serait de comparer la contribution de la consommation dans l'agir violent des individus qui présentent une personnalité antisociale versus ceux qui ne souffrent pas d'une telle problématique. Étant donné la petite taille de notre échantillon et le fait que la majorité de ceux-ci présentaient des antécédents criminels, nous n'avons pu observer une telle distinction. Une recherche réalisée auprès d'un échantillon plus large permettrait peut-être de relever certaines nuances et d'éclaircir davantage le lien entre la présence d'un trouble lié à une substance et la violence chez les gens atteints d'un trouble grave de santé mentale qui ne présentent pas un trouble de personnalité antisociale.

Une cinquième piste de recherche serait d'interroger les proches ou des intervenants de la population concernée afin d'obtenir leurs perspectives quant à l'influence de la consommation sur le fonctionnement de l'individu et son rôle, s'il y a lieu, dans le passage à l'acte violent. Ce regard extérieur ne pourrait qu'enrichir

l'analyse et nous permettre possiblement de saisir avec plus d'exactitude le phénomène à l'étude.

Une sixième piste serait d'explorer davantage l'influence spécifique des différentes substances psychoactives sur le fonctionnement de l'individu atteint d'un trouble grave de santé mentale, en se concentrant, dans la mesure du possible, sur chaque type de substance. Ceci permettrait d'apporter plus de précisions à l'adaptation des volets psychopharmacologique et économique-compulsif de Goldstein. Dans un même ordre d'idée, il serait pertinent de cerner l'influence respective des troubles comorbides parfois présents à l'axe I dans le passage à l'acte violent.

Enfin, la plus grande propension des gens aux prises avec un trouble mental grave et persistant à faire usage de substances psychoactives, mais aussi de tabac et de caféine, démontrée à de nombreuses reprises (Gurpegui, Aguilar, Martinez-Ortga, Diaz & Leon, 2004; Ziedonis, Williams & Smelson, 2003), mérite d'être étudiée tant sur un plan neurologique, que psychiatrique et social, afin de mieux cerner son origine.

#### Pistes d'intervention

Cette thèse rend compte des effets néfastes de la consommation de substances psychoactives sur les différentes sphères de la vie des individus aux prises avec un trouble grave de santé mentale. Elle met en évidence l'importance de considérer, au niveau de l'intervention, les difficultés monétaires, sociales ou familiales, engendrées par l'usage de stupéfiants, qui, à leur tour, influent sur l'évolution de la maladie ainsi que sur les habitudes de consommation de ces individus. Elle soutient la tendance moderne de privilégier une prise en charge basée sur une approche intégrative psychosociale

(Assertive Community Treatment), telle que suggérée par Drake et Mueser (2000), plutôt que l'emploi de services parallèles traitant séparément la maladie mentale et la toxicomanie. Ces auteurs recommandent l'utilisation d'une équipe multidisciplinaire (psychiatre, psychologue, psychoéducateur, criminologue, infirmier) qui, grâce au partage d'informations entre ces membres, peut permettre une évaluation continue des besoins spécifiques de l'individu et ajuster les soins prodigués en conséquence, tout en tenant compte du niveau de motivation de celui qui les reçoit. Par exemple, le modèle à quadrant suggère, pour les individus atteints d'un trouble psychotique et d'un trouble de toxicomanie, des interventions pharmaceutiques et comportementales, adaptées en fonction des besoins de l'individu. L'individu en crise psychotique ou en phase initiale d'abstinence de drogue et d'alcool sera d'abord dirigé vers un établissement spécialisé en troubles concomitants. Lorsque son état sera jugé moins critique, il sera ensuite dirigé vers des services spécialisés en santé mentale ou en toxicomanie. Finalement, lorsqu'il sera plus stable, il pourra être dirigé vers un centre communautaire (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009).

À défaut de ne pouvoir intervenir auprès de ces individus avant le passage à l'acte violent, cette thèse rend compte de la pertinence du modèle FACT (Forensic Assertive Community Treatment) qui s'adresse spécifiquement aux individus atteints d'un trouble grave de santé mentale ayant un ou plusieurs antécédents criminels. Les programmes FACT se distinguent des programmes ACT parce qu'ils ont comme objectif principal la prévention de la récidive et qu'ils offrent un type particulier d'hébergement. Les FACT ont la particularité de diriger ces individus vers des ressources qui leur procureront à la fois un logement supervisé et des traitements (tel un traitement contre la toxicomanie) (Lamberti, Weisman & Faden, 2004). Cette singularité est essentielle lorsque nous considérons la prévalence de la toxicomanie chez cette population et le fait

que l'exclusion sociale et les difficultés financières associées à la consommation d'intoxicants furent identifiées, par les détenus de cette étude, comme étant deux facteurs contributifs du passage à l'acte violent. Notons toutefois que les programmes ACT et FACT sont conçus plus spécifiquement pour les individus atteints d'un trouble psychotique, mais que certains acceptent des clients aux prises avec un trouble bipolaire (Lamberti, Weisman & Faden, 2004).

De même, le Service correctionnel du Canada travaille actuellement à la mise en place d'une équipe, l'Initiative en santé mentale en communauté (ISMC), dont l'objectif sera d'assurer dans la société la poursuite des soins actuellement offerts en établissement. Le rôle de cette équipe sera d'accompagner le détenu qui présente des besoins spécifiques sur le plan de la santé mentale lors de son retour en société afin de lui offrir l'encadrement et les soins nécessaires et, donc, de favoriser la réussite de son intégration. Il sera intéressant de vérifier les retombées à long terme de ce nouveau service au niveau de la récidive criminelle.

## RÉFÉRENCES

Sections :

Introduction

&

Conclusion générale



- Assadi, S.M. & Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, S., Shariat S.V. & Fazel, S. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners :prevalence study in Iran. *The Bristish Journal of Psychiatry*, 188, 159-164.
- Baillargeon, J., Penn, J.V., Knight, K., Harzke, A.J., Baillargeon, G. & Becker, E.A. (2009). Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Administration and policy in mental health*.
- Bennett ME, Barnett, B. (2003). Adult psychopathology and diagnosis: Dual-diagnosis. In M. Hersen & SM Turner (Eds), *Adult psychopathology and diagnosis*, fourth edition. NY: Kluwer/Plenum.
- Brink, J.H., Doherty, D. & Boer, A. (2001). Mental Disorder in Federal Offenders : A Canadian. Prevalence Study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24 (4-5), 339-356.
- Buckley, PF. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 5-9.
- Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2009). *Toxicomanie au Canada: Trouble concomitants*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Côté, G. & Hodgins, S. (1990). Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 18(3), 271-281.
- Cuffel, B.J. (1996). Comorbid substance use disorder : prevalence, patterns of use, and Course. *New Directions for Mental Health Services*, 70, 93-105.
- Drake, R.E., Osher, F.C., & Wallace, M.A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46, 1149–1158.
- Drake, R.E. & Mueser, K.T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1) 2000, 105-118.
- Drake, R.E. & Mueser, K.T. (2000). Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol Research & Helath*, 26, 99-102.
- Dubreucq, J.-L., Joyal C. & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 852-865.
- Dubreucq, J.-L., Joyal, C. & Millaud, F. (2006). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Medico-Psychologiques*, 163, 852-865.
- Elhaj O., Youngstrom E.A., Sakai H.E., Packer K.A., Bilali S.R., Findling R.L., et al. (2004). The prevalence of bipolar and comorbid disorders in the Ottawa county jail. In: New Research poster # presented at the 157th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York, NY, May 1–6.

- Elbogen, E.B. & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Eronen, M., Hakola, P & Tiihonen, J. (1996). Mental Disorders and Homicidal Behavior. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 497 - 501.
- Gurpegui, M., Aguilar, M. C., Martinez-Ortega, J. M., Diaz, F. J. & de Leon, J. (2004). Caffeine intake in outpatients with schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 935-945.
- Goldstein, P.J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, Fall : 493-506.
- Gonzales, V.M., Bradizza, C. M. , Vincent, P. C., Stasiewicz, P. R. & Paas, N. D. (2007). Do individuals with a severe mental illness experience greater alcohol and drug-related problems? A test of the supersensitivity hypothesis. *Addictive Behaviors*, 32, 477-490.
- Gottlieb, P., Gabrielsen, G. & Kramp, P. (1987). Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76: 285-292.
- 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.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime : Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 427-446.
- Kavanagh D.J. Waghorn G. Jenner L. Chant DC. Carr V. Evans M. Herrman H. Jablensky A & McGrath JJ. (2004). Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophrenia Research*, 66(2-3),115-124.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois - Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 1.2*. Québec:ISQ, 2008. 67 p.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, T.B. & Wittchen, H.-U. (1998). The World Mental Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, 171-185.
- Lamberti, J. S., Weisman, R. & Faden, D.I. (2004). Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55 (11), 1285-1293.
- Levin, R. L. & Hennessy, G. (2004). Bipolar disorder and substance abuse. *Biological Psychiatry*, 56, 738-748.

- Margolese H.C., Malchy L, Negrete J.C., & al. (2004). Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research*, 67, 157–66.
- Mercier, C. & Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : Recension des écrits et état de la situation pour le Québec*. Rapport au ministre de la santé et des services sociaux. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., & al. (2001). Rethinking risk assessment: the MacArthur study of mental disorder and violence. New York: Oxford University Press.
- Mueser, T., Bellack, A.S. & Blanchard, J.J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60(6), 845-856.
- Mueser, K.T., Drake, R.E. & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis : A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Rosenberg, S.D., Swett C., Miles, K.M. & Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: Prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 179-192.
- Mueser, K.T. & Drake, R.E. (2007). Comorbidity: What have we learned and where are we going? *Clinical Psychology-Science & Practice*, 14(1), 64-69.
- Owen, R.R., Fischer E. P., Booth B. M. & Cuffel B. J. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47(8), 853-858.
- Pencer, A. & Addington, J. (2003). Substance use and cognition in early psychosis. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 28(1), 48-54.
- Piselli, M., Elisei, S., Murgia, N., Quartesan R. & Abram K.M. (2009). Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 101-7.
- Potash, J.B., Kane, H.S., Chiu, Y.-F., Simpson, S.G., MacKinnon, D.F., McInnis, M.G., McMahon, F.J. & DePaulo, J.R. (2000). Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder : Clinical and familial relationships. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2048-2050.
- Putkonen, A., Joyal, C.C., Kotilainen, I., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid Personality Disorders and Substance Use Disorders Among Homicide Offenders with Major Mental Illness : A Structures Clinical Study on Dual and Triple Diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 59-72.

- Rachbeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders : A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11), 1427-1434.
- Regier, D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.
- Rosenthal, R., & Westreich, L. (1999). Treatment of persons with dual disorders of substance use disorder and other psychological problems. B.S. McCrady et E.E. Epstein (éd.), *Addictions: A Comprehensive Guidebook*. New York : Oxford University Press, pp. 439-475.
- Ross, H.E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario : results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 111-128.
- Rush, B., Urbanoski K., Bassani D., Castel, S., Wild, T.C., Strike, C., Kimberley, D. & Somers, J. (2008). Prevalence of Co-occurring Substance Use and Other Mental Disorders in the Canadian Population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 800-809.
- Schaffer A., Cairney J., Cheung, A., Veldhuizen, S. & Levitt, A. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(1), 9-16.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2008). Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health National Findings. U.S. Department of Health and Human Services.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koiranen, M. & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1996 Northern Finland Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 54(6), 840-845.
- Tiihonen, J., & Swartz, M.S. (2000). Pharmacological intervention for preventing violence among the mentally ill with secondary alcohol- and drug-use disorders. In S. Hodgins (Ed.), *Violence among the mentally ill* (pp. 193–212). Dordrecht: Kluwer.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S. & Brown, C. (1997). Serious Criminal Offending and Mental Disorder: Case Linkage. *Psychiatric Quarterly*, 68, 327-342.
- Wallace, C., Mullen, P., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of co-morbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 716-727.
- Swanson J.W., Holzer C.E., Ganju V.K., & Jono R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(7), 761-770.

- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, R. & Burns, B.J. (1998). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, 55(2), 226-231.
- Swofford, C.D, Kasckow, J.W., Scheller-Gilkey, G. & Inderbitzin, L.B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20, 145–151.
- Urbanoski, K.A., Cairney, J., Adlaf, E. & Rush, B. (2007). Substance abuse and quality of life among severely mentally ill consumers – A longitudinal modelling analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 810-818.
- Ziedonis, D., Williams, J.M. & Smelson, D. (2003). Serious Mental Illness and Tobacco Addiction: A Model Program to Address This Common but Neglected Issue. *American Journal of the Medical Sciences*, 326(4), 223-230.

## APPENDICE

## Grille de codification

1. Diagnostic
  - 1.1 Santé mentale
    - 1.1.1 Trouble psychotique
    - 1.1.2 Trouble bipolaire
  - 1.2 Trouble lié à une substance
    - 1.1.3 Abus
    - 1.1.4 Dépendance
  - 1.3 Âge d'apparition des symptômes
  - 1.4 Diagnostic posé à quel âge
  - 1.5 Évolution de la maladie
  
2. Délit violent
  - 2.1 Meurtre
  - 2.2 Tentative de meurtre
  - 2.3 Homicide involontaire
  - 2.4 Voies de fait
  - 2.5 Agression armée
  - 2.6 Agression sexuelle armée
  - 2.7 Vol qualifié
  
3. Consommation
  - 3.1 Type
    - 3.1.1 Alcool
      - 3.1.1.1 Vin
      - 3.1.1.2 Bière
      - 3.1.1.3 Spiritueux
    - 3.1.2 Drogues
      - 3.1.2.1 Cannabis
      - 3.1.2.2 Cocaïne
      - 3.1.2.3 Héroïne
      - 3.1.2.4 Amphétamines
      - 3.1.2.5 Hallucinogènes
      - 3.1.2.6 Benzodiazépines
    - 3.1.3 Polytoxicomanie
  - 3.2 Quantité
  - 3.3 Fréquence
  - 3.4 Coût
  - 3.5 Âge d'initiation
  - 3.6 Contexte d'initiation
  - 3.7 Consomme avec qui ?
  - 3.8 Rôle perçu
  
4. Traitement pharmacologique
  - 4.1 Pas de traitement
  - 4.2 Traitement
    - 4.2.1 Observance excellente

- 4.2.2 Observance partielle
  - 4.2.3 Non-observance
  - 4.2.4 Combinaison médicaments-substances psychoactives
- 5. Effet de la consommation sur le comportement
    - 5.1 Pas d'effet perçu
    - 5.2 Agressivité
    - 5.3 Impulsivité
    - 5.4 Désinhibition
  - 6. Effet de la consommation sur les symptômes de la maladie
    - 6.1 Pas d'effet perçu
    - 6.2 Effets court terme
      - 6.2.1 Aggravation des symptômes
      - 6.2.2 Soulagement des symptômes
    - 6.3 Effets long terme
      - 6.3.1 Aggravation des symptômes
      - 6.3.2 Soulagement des symptômes
  - 7. Effet de la consommation sur relations interpersonnelles
    - 7.1 Pas d'effet perçu
    - 7.2 Exclusion sociale
    - 7.3 Rapprochement
  - 8. Effet de la consommation sur emploi
    - 8.1 Pas d'emploi
    - 8.2 Pas d'effet perçu
    - 8.3 Fonctionnement entravé
    - 8.4 Congédiement
  - 9. Effet sur situation financière
    - 9.1 Pas d'effet perçu
    - 9.2 Difficultés financières
  - 10. Effet sur observance de la médication
    - 10.1 Pas d'effet perçu
    - 10.2 Altération de l'observance
    - 10.3 Effet d'interaction
  - 11. Moyens employés pour payer consommation
    - 11.1 Augmentation des heures de travail
    - 11.2 Vente des biens
    - 11.3 Emprunt
    - 11.4 Vol
    - 11.5 Violence acquisitive
  - 12. Rôle perçu de la consommation
    - 12.1 Automédication
    - 12.2 Facilitation contacts sociaux
    - 12.3 Ennuie
    - 12.4 Facilitation délit



- 13. Délit violent à l'origine de l'incarcération
  - 13.1 État d'intoxication
    - 13.1.1 Substance consommée
    - 13.1.2 Quantité consommée
  - 13.2 Médicaments
    - 13.2.1 Selon posologie recommandée
    - 13.2.2 Plus que posologie
    - 13.2.3 Moins que posologie
  - 13.3 Contexte
    - 13.3.1 Planification
      - 13.3.1.1 Planifié
      - 13.3.1.2 Impulsif
    - 13.3.2 Victime
      - 13.3.2.1 Connue
      - 13.3.2.1 Inconnue
    - 13.3.3 Lieu
  - 13.4 Interprétation de l'évènement
  - 13.5 Modèle explicatif
    - 13.4.1 Économico-compulsif
      - 13.4.1.1 Payer consommation
      - 13.4.1.2 Régler dettes
    - 13.4.2 Psychopharmacologique

## Protocole d'entrevue

Les entrevues, d'une durée approximative d'une heure et demie, étaient conduites sous forme semi-directive et rétrospective. Une question ouvrait l'entrevue («Pouvez-vous me décrire les circonstances entourant le délit principal qui mena à votre incarcération? ») et les thèmes suivants étaient abordés au cours de l'entretien :

- Leur consommation (le type, la quantité, la fréquence, le coût).
- L'influence de la consommation sur leur comportement (agressivité, impulsivité).
- L'influence de la consommation sur les symptômes de leur maladie.
- L'influence de la consommation sur leurs relations interpersonnelles, leur vie sociale
- Leur situation financière et l'influence de leur consommation sur celle-ci et leur travail.
- L'effet de la consommation sur l'observance de la médication et l'effet d'interaction entre la médication et la substance psychoactive.
- Les moyens qu'ils employaient pour subvenir à leur consommation.
- Leur perception du rôle de la consommation dans l'agir criminel violent.

Le verbatim de chaque entrevue fut retranscrit, puis analysé. En moyenne, chaque entrevue présentait 600 lignes de verbatim.