

Université de Montréal

**Différenciation des individus criminalisés ayant un diagnostic de trouble mental grave selon leur observance au traitement : Une recension des écrits systématique**

par

Amili Guillou

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Essai doctoral d'intégration présenté en vue de l'obtention du grade de Doctorat en psychologie (D. Psy.), option psychologie clinique

Septembre, 2022

© Amili Guillou, 2022

Université de Montréal

Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

---

*Cet essai doctoral d'intégration intitulé*

**Différenciation des individus criminalisés ayant un diagnostic de trouble mental grave selon leur observance au traitement : Une recension des écrits systématique**

*Présenté par*

Amili Guillou

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

Tania Lecomte, Ph. D.

Président(e) du jury

Tamsin Higgs, D. Foren. Psy.

Directrice de recherche

Denis Lafortune, Ph. D.

Membre du jury

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Résumé .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>Liste des figures.....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>Liste des tableaux.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Liste des sigles .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Liste des abréviations.....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>Article.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1. Introduction .....</b>   | <b>8</b>  |
| 1.1 Troubles mentaux graves (TMG) et violence.....   | 8         |
| 1.2 Répercussions découlant des comportements violents des individus ayant un TMG.....   | 10        |
| 1.3 Traitements des individus judiciairisés ayant un TMG.....  | 11        |
| 1.4 L'inobservance au traitement psychosocial et ses conséquences.....   | 13        |
| 1.5 Comparaison des caractéristiques des individus observant au traitement psychosocial et de ceux qui n'y observent pas.....                                      | 16        |
| 1.6 Comparaison des caractéristiques propres aux traitements qui sont liées à l'observance au traitement.....  | 18        |
| 1.7 Pertinence d'effectuer une recension des écrits systématique sur l'observance aux traitements psychosociaux des individus judiciairisés et psychiatrisés ..... | 19        |
| <b>2. Méthode.....</b>   | <b>20</b> |
| 2.1 Objectifs généraux et spécifiques.....   | 20        |
| 2.2 Étapes préliminaires .....   | 21        |
| 2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....   | 22        |
| 2.4 Sélection des bases de données .....   | 25        |
| 2.5 Sélection des études .....   | 25        |
| 2.6 Évaluation de la qualité des articles et extraction des données.....   | 26        |
| <b>3. Résultats .....</b>  | <b>27</b> |
| 3.1 Processus de sélection des articles .....  | 27        |
| 3.2 Description de l'échantillon.....  | 29        |
| 3.3 Facteurs identifiées comme étant liés à l'observance au traitement.....  | 32        |
| <b>4. Discussion .....</b>   | <b>39</b> |
| 4.1 L'observance au traitement des individus criminalisés ayant un TMG.....  | 39        |
| 4.2 Les facteurs associés à l'observance au traitement psychosocial.....   | 40        |
| 4.3 Contribution scientifique. ....  | 48        |
| <b>5. Conclusion .....</b>   | <b>50</b> |
| <b>Référence.....</b>  | <b>51</b> |

## Résumé

**Introduction :** Les individus ayant un TMG commettent proportionnellement davantage de crimes violents que le reste de la population. Plusieurs répercussions négatives découlent des comportements violents commis par ces individus, tant pour eux-mêmes que pour la société. Afin d'aborder cette problématique, des traitements psychosociaux dont l'objectif central est de diminuer le risque de récidive occupent une place centrale dans la réinsertion sociale de ces individus. Toutefois, l'inobservance au traitement constitue un enjeu important chez cette population. D'autant plus que pour les individus ayant un TMG en plus de composantes criminogènes, l'absence de traitement constitue un facteur de risque de comportements violents. Ainsi, comprendre les facteurs liés à l'abandon du traitement apparaît essentiel. **Méthodologie :** Cette étude consiste en une recension systématique des écrits visant à comprendre les facteurs différenciant les individus judiciairisés ayant un TMG qui observent au traitement de ceux qui n'y observent pas. L'examen de la littérature a porté sur 4 études comprenant au total 569 participants. **Résultats :** Les résultats soulignent avant tout le nombre limité d'études disponibles sur le sujet étudié. Des pistes intéressantes quant à l'association entre l'observance au traitement et certains facteurs criminogènes (risque de récidive, traits psychopathiques, traits antisociaux), psychologiques (sévérité des symptômes, impulsivité, intelligence) et liés à la réceptivité ont tout de même été observées. **Conclusion :** Les résultats obtenus permettent de donner des pistes d'intervention aux cliniciens afin de favoriser l'observance de leurs clients, et soulignent l'importance de réaliser davantage d'études primaires auprès de cette population.

**Mots-clés :** Observance, abandon, participation, complétion, traitement, thérapie, intervention, programme, trouble mental grave, diagnostique psychologique, délinquant, contrevenant, détention.

## Abstract

**Introduction:** Individuals with SMI commit proportionally more violent crimes than the rest of the population. There are a number of negative impacts that come from violent behaviour by these individuals, both for themselves and for society. To address this issue, psychosocial treatments whose primary objective is to reduce the risk of recidivism are central to the social reintegration of these individuals. However, non-compliance with treatment is an important issue for this population. Especially since for individuals with SMI in addition to criminogenic components, the lack of treatment is a risk factor for violent behaviour. Thus, understanding the factors related to discontinuation of treatment appears essential. **Method :** This study consists of a systematic literature review to understand the factors differentiating judicialized individuals with SMI who adhere with treatment from those who do not. The literature review included 4 studies with a total of 569 participants. **Results:** The results highlight above all the limited number of studies available on the subject. Interesting avenues regarding the association between adherence to treatment and certain criminogenic factors (risk of recidivism, psychopathic traits, antisocial traits), psychological factors (severity of symptoms, impulsivity, intelligence) and factors related to receptivity were still observed. **Conclusion:** The results allow clinicians to develop avenues for intervention in order to promote compliance with their clients, and emphasize the importance of conducting more primary studies of this population.

**Keywords:** Compliance, abandonment, participation, completion, treatment, therapy, intervention, program, serious mental disorder, psychological diagnosis, delinquent, offender, detention.

## Liste des figures

|   |    |
|---|----|
| <i>Figure 1.</i> Diagramme de flux représentant la sélection des articles ..... | 30 |
|---|----|

## Liste des tableaux

|   |    |
|---|----|
| <b>Tableau 1.</b> Répartition des origines ethniques des participants .....     | 32 |
| <b>Tableau 2.</b> Taux d'observance au traitement des programmes analysés ..... | 33 |
| <b>Tableau 3.</b> Prédicteurs de l'inobservance au traitement .....             | 37 |

## Liste des sigles

**TMG** – Trouble(s) mental(aux) grave(s)

**PRISMA** – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

**DSM-IV** – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Version*

**DSM-5** – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Version*

**CIM-X** – Classification internationale des maladies – Dixième version

**PCL-R** – *Psychopathy Checklist-Revised*

**PCL-SV** – *Psychopathy Checklist Screening Version*

**LSI-R** – *Level of Service Inventory-Revised*

**HCR-20** – *Historical Clinical and Risk Management*

**DOC** – *Department of Corrections Files*

**BSI** – *Brief Symptom Inventory*

**WAIS** – *Wechsler Adult Intelligence Scale*

**PANSS Positive** – *Positive Syndrome Scale*

**PANSS Negative** – *Negative Syndrome Scale*

## Liste des abréviations

**N** = Nombre de participants total

**n** – Nombre de participants d'un échantillon

# Article

## **Différenciation des individus criminalisés ayant un diagnostic de trouble mental grave selon leur observance au traitement : Une recension des écrits systématique**

Guillou, Amili<sup>1</sup>, Higgs, Tamsin<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup> Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>2</sup> Institut nationale de psychiatrie légale Philippe-Pinel, Montréal, Québec, Canada

<sup>3</sup> Centre international de criminologie comparée, Montréal, Québec, Canada

<sup>4</sup> Pôle d'expertise et de recherche en santé et bien-être des hommes

Guillou, A. et Higgs, T. (2022). Différenciation des individus criminalisés ayant un diagnostic de trouble mental grave selon leur observance au traitement : Une recension des écrits systématique. Essai doctoral.

### **Déclaration de divulgation :**

Les auteurs déclarent l'absence de conflit d'intérêt. Auteur de correspondance : Amili Guillou, courriel : [amili.guillou@umontreal.ca](mailto:amili.guillou@umontreal.ca)

## **1. Introduction**

### **1.1 Troubles mentaux graves (TMG) et violence**

Dans la perception du public, les troubles mentaux et la violence sont étroitement liés (Varshney et al., 2015). Les représentations médiatiques et cinématographiques sensationnalistes faisant état de crimes horribles commis par des individus atteints de troubles mentaux, ainsi que les préjugés véhiculés dans la société amènent le public à avoir des croyances stéréotypées à propos de ces individus et à les percevoir comme étant imprévisibles et violents (Varshney et al., 2015). Ainsi, ces éléments sont susceptibles de contribuer significativement à la crainte de la société à leur égard et au désir de maintenir une distance sociale avec ces individus, augmentant ainsi leur stigmatisation (Angermeyer et Matschinger, 1995). De plus, la nature aléatoire et imprévisible des actes violents associés aux comportements violents des individus ayant des troubles mentaux graves (TMG) dans les médias, est susceptible d'exacerber la crainte de la société à l'égard des individus qui ont reçu ces diagnostics (Stuart, 2003).

Avant d'élaborer davantage sur le sujet, il est essentiel de mentionner que la crainte de la société à l'égard des individus ayant un TMG n'est pas représentative du risque occasionné par la grande majorité de ces individus (Stuart, 2003). Effectivement, moins de 4% des individus ayant un TMG ont un potentiel de violence envers autrui (Teplin et al., 2005). D'ailleurs, les individus ayant un TMG sont plus souvent victimes qu'auteurs de violence (Stuart, 2003). Il est à noter que la définition habituelle des TMG est utilisée dans le cadre de cette étude, ce terme faisant référence au regroupement de diagnostic comprenant les diagnostics de schizophrénie, de troubles de l'humeur et de troubles délirants (Hodgins, 1992).

Cela étant dit, bien qu'une minorité d'individus ayant un TMG représente un risque de violence pour autrui, plusieurs études ont démontré que cette minorité commet proportionnellement davantage de crimes violents que le reste de la population (Hodgins et al., 1996; Hodgins et al., 1999; Tiihonen et

al., 1997). En effet, près de 10% de la violence dans la société est attribuable aux individus ayant un TMG, avec ou sans comorbidité (Stuart, 2003; Swanson, 1994). Ce faisant, les individus ayant reçu un diagnostic de TMG sont surreprésentés au sein du système de justice criminelle (Steadman et al., 2009). Plus spécifiquement, les diagnostics de schizophrénie et de bipolarité sont associés à un plus grand risque de manifestations de violence physique envers autrui (Brennan et al., 2000; Stueve et Link, 1997).

Certains chercheurs se sont intéressés aux facteurs explicatifs de la violence chez les individus ayant un TMG. Alors que les TMG étaient autrefois considérés comme étant la cause des comportements violents, ils sont aujourd'hui considérés comme un facteur de risque contribuant à l'explication des comportements violents (Van Dorn et al., 2012). Certains modèles conceptuels proposent que le risque de violence pourrait être exacerbé par les symptômes de la psychopathologie, comme les hallucinations et les délires, plus particulièrement de type persécutoire (Swanson et al., 2006). Des modèles alternatifs suggèrent que le risque de violence pourrait être exacerbé chez les individus ayant un TMG étant donné les facteurs familiaux de types génétique et environnemental qui seraient à la fois liés à l'émergence de la psychopathologie et à la présence de comportements violents (Fazel et al., 2009), tels que des traits de personnalité d'irritabilité, une mauvaise régulation de la colère, ainsi que des antécédents de traumatismes (Fazel et al., 2009).

Cela étant dit, les TMG ne seraient pas suffisants pour expliquer les comportements violents. Autrement dit, la relation entre la maladie mentale et les comportements violents serait de nature indirecte (Skeem et al., 2014). Ainsi la relation entre les TMG et la violence s'expliquerait principalement par l'accumulation de facteurs de risque divers (Van Dorn, 2012). Ce serait ces facteurs juxtaposés au TMG qui feraient en sorte que les individus présentant un TMG commettraient davantage de crimes violents que le reste de la population (Van Dorn, 2012). D'ailleurs, les prédicteurs connus de crimes violents observés chez les individus n'ayant pas de troubles mentaux seraient généralisables

chez les individus ayant un TMG (Andrews et al., 2006). Parmi ces facteurs, on retrouve entre autres une histoire criminelle établie, des traits de personnalité antisociale, la consommation de substances, des valeurs antisociales, des schémas de pensée enclins à la criminalité et un réseau social prônant les comportements criminels (Andrews et al., 2006).

Chez les individus ayant un trouble mental, les prédicteurs les plus solides de crimes violents seraient les traits de personnalité antisociale, la délinquance juvénile, les antécédents criminels et la consommation de substances (Andrews et al., 2006). Des études suggèrent d'ailleurs que le lien entre la consommation de cannabis et la violence serait plus fort chez les individus ayant un TMG que chez le reste de la population (Dellazizzo, 2018; Grann et Fazel, 2004; Stueve et Link, 1997). Il va sans dire que la relation entre les TMG et la violence serait d'autant plus complexe vu la présence de comorbidités distinctes augmentant le risque de comportements agressifs (Hartwell, 2004).

## **1.2 Répercussions découlant des comportements violents des individus ayant un TMG**

Tel que mentionné précédemment, les individus ayant un TMG commettent proportionnellement davantage de crimes que le reste de la population et sont surreprésentés dans le système de justice pénale (Hodgins et al., 1996; Hodgins et al., 1999; Steadman et al., 2009; Tiihonen et al., 1997).

Plusieurs répercussions négatives découlent des comportements violents commis par les individus ayant un TMG, tant pour eux-mêmes que pour la société. Pour les individus ayant un TMG commettant ces comportements violents, les conséquences négatives subies sont notamment les incarcérations, les hospitalisations, les ordonnances de traitement et d'hébergement, la dégradation du réseau social et la stigmatisation (Hodgins et al., 1996; Hodgins et al., 1999; Steadman et al., 2009; Tiihonen et al., 1997). Du côté de la population générale, les conséquences négatives sont les risques au niveau de la sécurité, la crainte éprouvée, ainsi que l'impact financier (Hodgins et al., 1996; Hodgins et al., 1999; Steadman et al., 2009; Tiihonen et al., 1997).

De par les nombreuses conséquences négatives qui en découlent, l'importance d'avoir recours à des stratégies efficaces afin de s'attaquer à ce fléau prend tout son sens, et les traitements psychosociaux adaptés à cette population en font partie. En effet, ces traitements sont susceptibles de diminuer le risque de récidive des individus qui y participent (Callahan et Silver, 1998; Monson et al., 2001). D'autant plus, que pour les individus ayant un diagnostic de TMG en plus de composantes criminogènes, l'absence de traitement deviendrait un facteur de risque de comportements violents (Callahan et Silver, 1998; Monson et al., 2001). Ceci étant dit, l'absence de traitement psychosocial constituerait un facteur de risque de comportements violents uniquement lorsque des composantes criminogènes seraient présentes en plus du TMG. Dans cette optique, les traitements visant à diminuer le taux de récidive chez cette population devraient être centrés sur les facteurs criminogènes des individus qui y participent, plutôt que sur la psychopathologie et ses symptômes (Skeem et al., 2014).

### **1.3 Traitements des individus judiciarisés ayant un TMG**

Le traitement des individus judiciarisés ayant un TMG représente un enjeu important dans notre société. Les délinquants atteints de troubles mentaux constituent une population aux besoins complexes requérant à la fois des services en lien avec leur trouble mental et adaptés à l'infraction criminelle commise (Bonta et al., 1998; Harris et Rice, 1997). Afin de répondre à leurs besoins, il existe plusieurs programmes d'intervention dédiés aux individus ayant commis des crimes violents contre la personne (Hollin, 1999; Lipsey et Cullen, 2007). Ces programmes d'intervention occupent de nos jours une place centrale dans la réinsertion sociale de ces individus (Lipsey et Cullen, 2007; Morgan et Flora, 2002; Tong et Farrington, 2008). Ils comportent divers objectifs de nature psychologique et criminologique, dont l'objectif principal étant de réduire la probabilité de récidive criminelle et ainsi d'assurer la sécurité du public (Morgan et Flora, 2002; Olver et al., 2011). Selon différentes études, ces programmes diminueraient le taux de récidive criminelle entre 10 et 17% (Bourgon et Armstrong, 2005; Prendergast et al., 2004).

En plus de diminuer le taux de récidive criminelle, il a été démontré que ces traitements diminuent de manière significative les symptômes de détresse liés au TMG des participants, tout en améliorant leur capacité d'adaptation et leur fonctionnement global (Morgan et Flora, 2002). Par conséquent, considérant les effets bénéfiques non négligeables qui en découlent, et ce, autant pour la société que pour les participants, il est fréquent que les contrevenants ayant commis des crimes violents reçoivent un ordre de la cour les obligeant à prendre part à un traitement psychosocial adapté à leur situation et à leurs besoins (Dubreucq et al., 2005; Ward et al., 2004).

Chez la population criminalisée en général, les traitements ayant été démontrés comme étant les plus efficaces dans la réduction du risque de récidive criminelle sont ceux qui respectent le modèle de Risque-Besoins-Réceptivité d'Andrews et Bonta (2010). Ce modèle stipule que les traitements octroyés doivent : s'arrimer au niveau de risque évalué, cibler les besoins criminogènes identifiés et, être adaptés aux particularités des participants (Andrews et Bonta, 2010; Babcock et al., 2004; Landenberg et Lipsey, 2005).

Plus précisément, au niveau de la composante de « risque », il est essentiel d'arrimer l'intensité du traitement au niveau de risque de récidive évalué par les outils actuariels (Andrews et Bonta, 2010). Ainsi, pour un individu présentant un risque de récidive élevé, il serait nécessaire d'octroyer un traitement plus intensif, par exemple à raison de plusieurs séances par semaine. À l'inverse, il ne serait pas jugé efficace d'octroyer un traitement très intensif à un individu qui serait jugé comme étant à faible risque de récidive.

Au niveau de la composante des « besoins », il est nécessaire que le traitement aborde les facteurs de risque dynamiques de l'individu, c'est-à-dire les facteurs criminogènes (Andrews et Bonta, 2010). Des exemples de cibles de traitement seraient les schémas de pensée criminelle et la consommation de substances, dans les cas où ceux-ci seraient des éléments liés au crime commis.

Ainsi, les composantes du TMG ne seraient pas d'emblée cernées si celles-ci ne constituent pas un facteur de risque aux crimes commis.

Au niveau de la composante de « réceptivité », le traitement doit être adapté aux particularités des individus qui le suivent afin que leurs particularités interfèrent le moins possible avec les bénéfices qu'ils peuvent retirer du traitement (Andrews et Bonta, 2010). Outre l'efficacité du traitement, il est envisageable que la qualité et la justesse de l'appariement entre les particularités des participants et les composantes du traitement aient une incidence sur le taux d'observance global d'un programme (Andrews et Bonta, 2010). Dans le cas des personnes avec un TMG, une attention particulière doit notamment être accordée aux capacités cognitives des participants, ainsi qu'à leur niveau de motivation et d'énergie, étant donné que ces éléments sont connus comme étant des symptômes négatifs de ces psychopathologies (Hodgins, 1992). Nous pouvons ainsi penser que si ces facteurs ne sont pas pris en compte dans l'établissement du traitement offert à ces participants, ceux-ci seront moins à même de prendre part au traitement et de répondre aux exigences favorisant alors l'abandon ou l'exclusion du traitement.

#### **1.4 L'inobservance au traitement psychosocial et ses conséquences**

Outre le taux d'efficacité d'un programme de traitement, qui se mesure par le nombre d'individus qui ne récidivent pas après avoir participé à un traitement, une composante essentielle à prendre en compte lors de l'évaluation de l'utilité d'un programme de traitement serait la composante d'observance, qui se mesure par le nombre d'individus qui refusent ou abandonnent le traitement (Chouinard, 2004). D'ailleurs, cette composante d'observance constitue une contrainte particulière à prendre en compte lors de l'élaboration de traitement pour les individus criminalisés et psychiatisés (Ward et al., 2004).

En effet, bien que plusieurs contrevenants se fassent prescrire divers programmes de traitement par le système de justice pénale, l'inobservance au traitement demeure un enjeu important chez les

individus criminalisés, et particulièrement chez ceux ayant un TMG. Entre 15 et 86% des individus criminalisés, sans TMG, abandonnent leurs traitements psychosociaux avant de les avoir complétés (Larochelle et al., 2011; Shaw et al., 1995; Ward et al., 2004). Pour les individus criminalisés ayant un TMG, il est envisageable que des facteurs propres au TMG viennent interférer avec le traitement (Bouchard et al., 2022 ; Villeneuve et al., 2010). Précisément chez les individus ayant un TMG n'ayant pas forcément eu de démêlés avec la justice, on dénote un taux d'abandon des traitements psychosociaux de 13% (Villeneuve et al., 2010), et ce taux grimpe à 27,2% lorsqu'on s'intéresse aux individus présentant à la fois un diagnostic de trouble psychotique et de trouble d'utilisation de substances (Bouchard et al., 2022). À noter que l'observance au traitement pharmacologique constitue également un enjeu important chez les individus ayant un TMG. Ainsi, entre 55 et 60% de ces individus ne prennent pas leur médication psychiatrique telle que prescrite (Johnson, 1981; Lin et al., 1995; Maidment et al., 2002). Cela étant dit, comme la nature des deux types de traitement n'est pas la même, et que les deux types de traitement diffèrent notamment au niveau de leur implication, sur le plan symbolique, ainsi qu'au niveau de l'engagement requis, et qu'il est envisageable que les raisons sous-tendant l'inobservance varient entre les deux types de traitement, le présent travail se focalise sur les traitements psychosociaux uniquement.

Spécifiquement, en ce qui concerne l'observance aux traitements psychosociaux, plusieurs facteurs contribuent à cette grande hétérogénéité dans l'observance au traitement décelée entre les différentes études. Il y a entre autres, les différents critères utilisés pour juger de l'observance des participants et leurs opérationnalisations divergentes (Olver et al., 2011), les différences observées entre les échantillons des études et donc les particularités de chaque échantillon et population étudiée (Olver et al., 2011), ainsi que les types de traitements octroyés et leurs différentes modalités (Olver et al., 2011).

L'inobservance au traitement psychosocial des personnes ayant un TMG pourrait être expliquée par de multiples facteurs. Parmi ces facteurs, on retrouve, les symptômes négatifs, qui peuvent engendrer un faible fonctionnement social et l'oubli des rendez-vous, le manque d'introspection et d'insight caractéristiques des individus ayant un TMG les amenant à minimiser leurs symptômes et l'impact de ceux-ci, les croyances à l'égard du traitement telles que l'impression que le traitement n'aiderait pas, l'impression d'être trop malades pour pouvoir en bénéficier ou le désir de résoudre leur difficulté par eux-mêmes, les effets secondaires de la prise de médication, ainsi que la crainte du système de santé mentale en raison d'expériences antérieures négatives (Bouchard et al., 2022 ; David, 1990 ; Kreyenbuhl et al., 2009). De plus, la grande instabilité que connaissent les gens ayant un TMG ayant démêlés avec le système de justice criminelle seraient aussi des éléments susceptibles de contribuer de manière significative à l'inobservance au traitement (Greenberg et al., 2011). À l'inverse, le sentiment d'avoir participé au choix de traitement, l'alliance thérapeutique, l'accessibilité des services, l'efficacité perçue du traitement et la compréhension de la maladie augmentent les chances qu'un individu y observe de manière assidue (Buchanan et David, 1994 ; Dixon et al., 2006). Pour les individus ayant un TMG, plusieurs conséquences néfastes sont susceptibles de découler de l'abandon du traitement, telles que de plus grande probabilité de rechute, une augmentation des hospitalisations, en plus d'un pronostic plus sombre (Bouchard et al., 2022).

En plus des répercussions négatives de l'abandon du traitement liées au TMG, on dénote que chez les individus criminalisés mandatés de participer à un programme de traitement, l'inobservance constitue un facteur de risque important pour une récidive plus précoce (Tiihonen, 2001; Torrey, 1994). Effectivement, il est largement démontré que les contrevenants qui ne complètent pas les traitements prescrits sont plus susceptibles de récidiver (Hanson et Bussière, 1998; Hanson et al., 2002; Pellerin et al., 1996; Prendergast et al., 2004; Shaw et al., 1995). McMurrin et Theodosi (2007) ont également avancé que ce taux de récidive est d'ailleurs plus élevé lorsque les individus abandonnent un traitement

qui était offert dans la communauté, que si c'était un traitement en milieu institutionnel. Précisément chez les individus psychiatisés et judiciairisés, l'abandon d'un traitement est fortement lié à un taux de récidive plus élevé et à une récidive plus précoce (Pellerin et al., 1996). D'ailleurs, McMurrin et Theodosi (2007) ont mis en lumière dans leur méta-analyse que les délinquants qui ont un diagnostic de TMG et qui ne complètent pas les traitements présentent un risque de récidive plus élevé que les délinquants non traités et que le risque est en fait augmenté par l'abandon du traitement prescrit.

Dans cette optique, l'inobservance au traitement constitue un enjeu important pour l'ensemble des professionnels fournissant des traitements psychosociaux (Baekeland et Lundwall, 1975; Wierzbicki et Pekarik, 1993), mais tout particulièrement pour ceux qui œuvrent auprès des individus criminalisés atteints d'un TMG (Wormith et Olver, 2002). Pour la population générale, constituée d'individus n'ayant pas de TMG et n'étant pas judiciairisés, l'abandon d'un traitement psychosocial entrepris volontairement ayant notamment comme objectifs la réduction des symptômes psychologiques ou l'amélioration du bien-être, peut avoir différentes conséquences négatives dont le fait de ne pas bénéficier pleinement des services, de moins en ressentir les effets bénéfiques et d'en tirer une moins grande satisfaction (McMurrin et al., 2010; Wierzbicki et Pekarik, 1993). Toutefois, les individus criminalisés atteints d'un TMG qui se font prescrire un traitement par le système de justice pénale sont habituellement des personnes plus instables pour qui l'arrêt prématuré du traitement est susceptible d'engendrer davantage de conséquences négatives, dont un plus grand risque pour la sécurité de la société (Beyko et Wong, 2005; McMurrin et Theodosi, 2007).

### **1.5 Comparaison des caractéristiques des individus observant au traitement psychosocial et de ceux qui n'y observent pas**

Tel qu'évoqué précédemment, les résultats de la littérature existante démontrent clairement que les individus criminalisés qui n'ont pas forcément de TMG et qui ne complètent pas leurs traitements ont tendance à présenter des risques de récidive plus élevés et précoces que ceux qui les complètent

(Daly et Pelowski, 2000; Higgs et al., 2018; McMurrin et Theodosi, 2007; Olver et al., 2011). Cette relation entre l'inobservance au traitement et la récidive peut en partie être expliquée par le fait que plusieurs facteurs augmentant le risque de récidive, tels que des valeurs antisociales, des schémas de pensée enclins à la criminalité et l'impulsivité, sont les mêmes que ceux nuisant à l'observance au traitement (Tiihonen, 2001; Torrey, 1994).

Plusieurs études se sont alors intéressées aux caractéristiques différenciant les contrevenants qui prennent part de manière assidue au traitement de ceux qui les abandonnent ou refusent totalement d'y prendre part. Parmi ces études, on retrouve entre autres une recension des écrits systématiques (Daly et Pelowski, 2000) et une méta-analyse d'envergure (N = 41 438) (Olver et al., 2011).

D'abord, Daly et Pelowski (2000) ont effectué une revue de littérature identifiant les caractéristiques liées à l'abandon du traitement des individus auteurs de violence conjugale.

Leurs résultats suggèrent que les individus qui ne complètent pas le traitement sont plus susceptibles de se retrouver sans emploi, d'être célibataires, d'avoir un plus faible statut socioéconomique, d'avoir un niveau d'éducation moins élevés, d'avoir des antécédents criminels, d'être aux prises avec des problèmes de toxicomanie et d'être atteints de troubles mentaux (Daly et Pelowski, 2000). De par leur revue de littérature, ils ont observé un lien entre le risque de récidive et l'observance au traitement avec différents groupes de délinquants, mais pas précisément chez ceux ayant un TMG (Daly et Pelowski, 2000; Nunes et Cortoni, 2006; Rooney et Hanson, 2001). Bien que cette étude ait étayé de manière détaillée les caractéristiques des hommes auteurs de violence conjugale abandonnant les traitements, elle se base sur relativement peu d'études (n=16). De plus, les études comprises sont relativement anciennes, considérant que la plus récente a été publiée en 1999. Également, se focalisant seulement sur les hommes auteurs de violence conjugale, cette étude ne permet pas de mettre en lumière l'ensemble du phénomène de l'observance au traitement chez les individus ayant commis des crimes violents de nature non conjugale. D'autres lacunes de cette étude

seraient le fait que la section méthodologie ne comprend pas l'ensemble des éléments requis afin de reproduire l'étude, que la recherche a été faite sur relativement peu de bases de données et que les mots clés établis sont uniquement en anglais (Daly et Pelowski, 2000).

Ensuite, Olver et al. (2011) ont conduit une méta-analyse étudiant les facteurs prédisant l'observance au traitement prescrit en examinant le lien entre l'observance et la récidive chez les individus criminalisés en incluant une minorité avec un TMG. Leurs résultats suggèrent que les facteurs prédisant l'inobservance au traitement chez les individus délinquants comprennent un plus jeune âge, les antécédents criminels, certains traits personnalité antisociaux et limite, les traits psychopathiques, les infractions antérieures, les préoccupations psychologiques et une plus faible intelligence. Ils ont eux aussi observé que les individus mettant fin de manière prématurée au traitement ont un risque plus élevé de récidive de par l'abandon du traitement en soi et de par leur profil (Olver et al., 2011). Ainsi, selon cette méta-analyse, les délinquants qui bénéficieraient davantage du traitement sont ceux qui sont les moins susceptibles de le compléter (Olver et al., 2011). Bien que cette étude permette d'identifier les facteurs liés à l'inobservance au traitement chez les individus délinquants et comprend une méthodologie robuste, elle ne permet pas d'analyser l'influence de ces facteurs chez les individus ayant un TMG précisément. De plus, cette étude a inclue seulement des études en anglais, a été faite sur relativement peu de bases de données avec une liste de mots clés non exhaustive (Olver et al., 2011).

### **1.6 Comparaison des caractéristiques propres aux traitements qui sont liées à l'observance au traitement**

D'autres études se sont également intéressées aux facteurs propres aux traitements qui sont susceptibles d'influencer le taux d'observance des participants (Olver et al., 2011). Effectivement, Olver et ses collaborateurs (2011), ont comparé plusieurs études dans leur méta-analyse et ont observé que certaines composantes des traitements psychosociaux sont associées à l'observance observée. Les

programmes d'approche cognitive comportementale témoignent des plus faibles taux d'attrition (Olver et al., 2011). De même que les programmes pour les jeunes contrevenants ont obtenu les taux les plus élevés de non-complétion (Olver et al., 2011). À l'inverse, ils ont observé que les programmes de traitement pour les problématiques de violence conjugale témoignent du plus haut taux d'attrition (Olver et al., 2011). De plus, ils ont observé que les programmes offerts en communauté témoignent généralement de taux d'attrition plus élevés que ceux offerts en institution, mais plus faibles que ceux offerts en détention (Olver et al., 2011). Toutefois, il est important de garder en tête que ces résultats ne correspondent pas forcément aux individus criminalisés ayant un TMG étant donné que cette population ne constituait qu'une infime partie de l'échantillon de leur méta-analyse (Olver et al., 2011).

Cela étant dit, la justesse de l'appariement entre les caractéristiques des participants et les composantes du traitement est également susceptible d'avoir une influence considérable sur l'observance des participants (Landenberg et Lipsey, 2005). Dans cette optique, pour favoriser une meilleure observance des participants, les traitements devraient s'assurer d'adresser les particularités de ceux-ci de sorte à ce que ces particularités entravent le moins possible leur participation (Andrews et Bonta, 2010; Babcock et al., 2004). Ainsi, les composantes des traitements associées à une meilleure adhérence seraient susceptibles de varier en fonction des facteurs de réceptivité qui doivent être pris en compte chez les participants (Andrews et Bonta 1995).

### **1.7 Pertinence d'effectuer une recension des écrits systématique sur l'observance aux traitements psychosociaux des individus judiciairisés et psychiatisés**

Ainsi, plusieurs études ont documenté les caractéristiques liées à l'observance au traitement chez la population judiciairisée, dont une recension des écrits systématiques et une méta-analyse (Daly et Pelowski, 2000; Olver et al., 2011). Ces diverses études ont adopté différentes méthodes afin d'évaluer le taux d'observance des participants, se sont intéressées à divers types de traitement, ont étudié divers groupes de criminels et ont analysé divers traitements (Baekeland et Lundwall, 1975;

Chouinard, 2004). Cependant, à notre connaissance, malgré la présence des individus ayant un TMG dans notre système de justice pénale (Hodgins et al., 1996; Hodgins et al., 1999; Tiihonen et al., 1997), aucune recension des écrits systématique ne s'est, à ce jour, intéressée aux facteurs liés à l'observance au traitement psychosocial chez cette population, soit chez les individus judiciairisés ayant un diagnostic de TMG.

Nous considérons qu'effectuer une recension des écrits afin de rendre compte de l'état des connaissances sur ce sujet est nécessaire. Comprendre en profondeur les facteurs différenciant les individus criminalisés ayant un TMG observant au traitement prescrit contrairement à ceux qui n'y observent pas permettrait de détecter les facteurs liés à l'abandon du traitement et par le fait même d'identifier précocement les individus qui seraient plus à risques d'abandonner le traitement (Chouinard, 2004). Cette détection précoce permettrait alors de mettre en place des stratégies ciblant ces individus et ces facteurs dans le but de favoriser une meilleure observance aux traitements (Chouinard, 2004; Daly et Pelowski, 2000).

## **2. Méthode**

À noter que la méthodologie de la présente étude est basée sur les recommandations du guide de la Cochrane Library, ainsi que de la méthode *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Cochrane, 2018 ; Page et al., 2021).

### **2.1 Objectifs généraux et spécifiques**

Considérant la problématique liée à l'observance au traitement des individus judiciairisés et psychiatisés et les conséquences qui en découlent, l'objectif principal de la présente étude est d'identifier les caractéristiques liées à l'inobservance au traitement psychosocial chez les individus judiciairisés ayant un TMG. Nous supposons que des caractéristiques différencient les individus judiciairisés ayant un TMG qui observent au traitement de ceux qui n'y observent pas. Notre hypothèse basée sur les travaux déjà réalisés est que les individus qui abandonnent le traitement se démarqueront

au niveau de certaines variables démographiques, psychologiques et criminogènes. En ce qui concerne les variables démographiques, les individus inobservant au traitement sont susceptibles d'être davantage sans emploi et célibataires, d'avoir un plus faible statut socio-économique et un plus faible niveau d'éducation, comparativement aux individus témoignant d'une bonne observance au traitement (Daly et Pelowski, 2000). Au niveau de certaines variables psychologiques, les individus inobservant au traitement sont susceptibles d'être davantage de problèmes de toxicomanie (Daly et Pelowski, 2000), ainsi qu'un niveau d'intelligence plus faible (Olver et al., 2011). Au plan criminogène, les individus inobservant au traitement sont susceptibles de présenter plus d'antécédents criminels (Daly et Pelowski, 2000), un plus haut niveau de traits de personnalité antisociaux (Olver et al., 2011), davantage de croyances antisociales, ainsi qu'une plus grande impulsivité, et donc un risque de récidive supérieur (Tiihonen, 2001 ; Torrey, 1994).

Un objectif secondaire de la présente étude est d'identifier les caractéristiques des traitements qui sont liées au taux d'observance. Nous supposons que certaines caractéristiques différencieront les traitements témoignant d'une meilleure observance, dont la durée du traitement, les milieux dans lesquels les traitements sont octroyés et l'alliance thérapeutique. Nous supposons également que la justesse de l'appariement entre les particularités des participants et les caractéristiques du traitement (réceptivité) sera un facteur favorisant l'observance au traitement.

## **2.2 Étapes préliminaires**

Tout d'abord, un exercice de cadrage [*Scoping Exercise*], qui consiste en une recherche documentaire exploratoire afin de rendre compte de la portée de la littérature sur le sujet, a été effectué. Cette recherche exploratoire de la littérature portant sur le sujet a indiqué un nombre important d'études portant sur l'observance au traitement psychosocial chez les individus judiciairisés et psychiatrisés, soulignant ainsi la pertinence d'effectuer une revue des écrits systématiques sur le sujet.

Par la suite, afin de s'assurer qu'il n'y avait pas de recension des écrits systématiques déjà effectuée précisément sur le sujet, la base de données Campbell Collaboration a été consultée. Aucune recension des écrits systématique ou méta-analyse portant précisément sur le sujet étudié n'a été trouvée, appuyant alors l'utilité d'effectuer une recension des écrits systématiques sur le sujet dans le cadre de la présente étude.

## **2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion**

Afin de circonscrire le sujet de recherche et d'effectuer une sélection rigoureuse des études aux étapes subséquentes, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été élaborés.

**2.3.1 Participants.** L'observance au traitement psychosocial affecte les hommes et les femmes judiciairisés souffrant de TMG (Hodgins et al., 1992). Ainsi, le premier critère d'inclusion est que les échantillons doivent être composés d'adultes souffrant d'un TMG ayant commis une infraction criminelle peu importe le genre. Afin de considérer qu'un individu est atteint d'un TMG, ce dernier devra avoir reçu un diagnostic de TMG par un médecin, un psychiatre ou un psychologue, selon les critères de la quatrième (version originale et révisée) ou cinquième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, DSM-IV-TR et DSM-5 ; American Psychiatric Association, 1994 ; 2000 ; 2013) ou de la dixième ou onzième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-10 et CIM-11 ; World Health Organization, 1994 ; 2019). De plus, ces individus devront s'être fait recommander un traitement pour une infraction criminelle quel que soit leur verdict de culpabilité.

Afin d'assurer l'inclusion de l'ensemble des études pertinentes, les critères d'inclusion suivants ont été élaborés. Premièrement, les études dans lesquelles les échantillons comportent des individus mineurs (moins de 18 ans) ont été incluses à condition qu'ils étaient composés d'au moins 80% d'individus adultes ou qu'il était possible de séparer les données appartenant aux participants adultes, de celles appartenant aux participants mineurs.

Deuxièmement, les études dans lesquelles les échantillons comportent des individus n'ayant pas de TMG ont été incluses à condition qu'ils étaient composés d'au moins 80% d'individus avec un diagnostic de TMG ou qu'il était possible de séparer les données appartenant aux individus ayant un diagnostic de trouble mental grave, de celles appartenant aux participants n'en ayant pas. De plus, les études composées de plus de 80% d'individus ayant uniquement un diagnostic de trouble de la personnalité ont été exclues étant donné que les enjeux ne semblent pas être les mêmes pour les deux populations.

**2.3.2 Programme d'intervention.** Les programmes d'intervention offerts aux individus judiciairisés atteints d'un TMG sont diversifiés. Ces programmes peuvent être de natures psychologiques, criminologiques, pharmaceutiques, etc. Ils ont également lieu dans différents milieux, que ce soit en communauté, au sein d'hôpitaux, en centres correctionnels, etc. Dans le cadre de cette étude, ce sont précisément les programmes psychosociaux visant à aborder les besoins criminogènes des participants qui ont été analysés, peu importe l'endroit où on les retrouve. Ainsi, les programmes analysés devaient avoir comme cible d'intervention la diminution du risque de récidive des participants afin d'être intégrés à l'étude.

De plus, étant donné la grande variété de programmes de traitements psychosociaux, ainsi que leurs différentes composantes, afin d'être incluses dans la présente étude, les études devaient décrire clairement les composantes des traitements analysés, en termes de durée, d'approche, de format (groupe ou individuel), ainsi que de lieu (institution ou communauté). Dans la même optique, nous avons établi lors de l'élaboration de la méthodologie que les études dans lesquelles les variables utilisées pour évaluer l'observance au traitement n'étaient pas opérationnalisées clairement allaient être exclues. Toutefois, étant donné le nombre restreint d'articles restants suite au processus de sélection, nous avons convenu de retirer ce critère afin d'inclure davantage d'articles pertinents, et ainsi d'inclure les études dans lesquelles les variables n'étaient pas clairement opérationnalisées s'il était possible de

déduire la manière dont l'observance au traitement avait été traitée dans l'étude. D'ailleurs, différentes études opérationnalisant l'observance différemment sont susceptibles d'être incluses dans la présente recension des écrits. De plus, considérant que l'objectif de la présente étude est de différencier les individus qui participent au traitement de ceux qui l'abandonnent, la notion d'observance sera jugée d'une manière catégorielle et dichotomique dans le cadre de la présente étude. Ainsi, les facteurs associés à l'observance au traitement seront analysés en fonction de si les individus de ce groupe sont jugés observant ou pas dans leurs études respectives.

Afin d'assurer l'inclusion de l'ensemble des études pertinentes, les critères d'inclusion suivants ont été élaborés. Premièrement, certains programmes sont offerts aux adolescents, ainsi qu'aux jeunes adultes. Ainsi, les études analysant un programme d'intervention offert aux adolescents ou aux adultes ont été incluses à condition qu'il soit possible de séparer les données appartenant aux participants adultes de celles appartenant aux participants adolescents.

Deuxièmement, certains programmes sont offerts aux individus judiciairisés ayant un diagnostic de TMG, ainsi qu'aux individus judiciairisés n'ayant pas de diagnostic de TMG. Les études analysant un programme d'intervention offert aux individus judiciairisés ayant un TMG et aux individus n'ayant pas de diagnostic ont donc été incluses s'il était possible de séparer les données appartenant aux participants ayant un diagnostic de TMG de celles appartenant aux participants sans diagnostic.

Nous notons la possibilité d'inclure des interventions de qualités différentes. Toutefois, l'objectif de la présente étude n'est pas d'évaluer l'efficacité ou la qualité des diverses interventions, mais bien d'identifier les caractéristiques propres aux participants liées à l'observance au traitement.

**2.3.3 Comparaison / différenciation.** Afin de permettre la comparaison des individus qui complètent le traitement de ceux qui ne complètent pas, un critère d'inclusion de la présente étude est qu'il soit possible de séparer les données appartenant aux participants ayant complété le traitement de celles appartenant aux participants n'ayant pas complété le traitement.

## **2.4 Sélection des bases de données**

Afin de collecter les articles pertinents à cette recension systématique, la recherche documentaire a été conduite sur treize bases de données (PsycINFO, Campbell Collaboration, Cairn.info, Érudit, Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature, Criminal Justice Abstract, National Criminal Justice Reference Service, PubMed, Social Sciences Abstracts, Social Services Abstracts, Social Work Abstracts, Sociological Abstracts et Web of Sciences) qui ont été sélectionnées sur la base de leur pertinence en lien avec le sujet étudié.

La majorité des bases de données sont anglophones, toutefois deux sont francophones. Les recherches sur les bases de données ont donc été conduites en anglais sur l'ensemble des bases de données anglophones, puis en français sur les bases de données francophones. Une combinaison de quatre catégories de mots clés a été utilisée, une première catégorie représentant le concept de traitement, une deuxième représentant celui de TMG, une troisième représentant la notion de délinquance et une quatrième représentant celle d'observance au traitement (Annexe A).

Également, la liste de références des articles jugés les plus pertinents a été consultée, afin de s'assurer qu'aucune étude pertinente n'avait été omise.

Aucune restriction sur la base du langage n'a été effectuée. Ainsi, les études qui ne n'ont pas été publiées entièrement en français ou en anglais n'ont pas été automatiquement exclues et ont été incluses si les ressources le permettent. Cependant, les mots clés utilisés pour la recherche étaient en français et en anglais uniquement. De plus, aucune restriction n'a eu lieu sur la base de l'année de publication.

## **2.5 Sélection des études**

Les articles collectés lors de la recherche documentaire, ceux obtenus en analysant les listes de références des articles les plus pertinents, ainsi que ceux collectés en contactant les experts ont été compilés à l'aide du logiciel de gestion des références *EndNote*. La première étape a ensuite été de

procéder à la suppression des doublons. À la suite de cette étape, une première sélection des articles a été faite sur la base de la pertinence des titres et des résumés en lien avec le sujet de notre étude et les études non pertinentes ont alors été éliminées. Une seconde sélection a ensuite été faite avec les articles restants. Cette seconde sélection a été faite sur la base de la pertinence des articles en entier en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion énoncés plus haut. Suite au processus, les études retenues ont été analysées.

## **2.6 Évaluation de la qualité des articles et extraction des données**

Les données des études retenues ont été extraites à l'aide du formulaire d'extraction des données (Annexe B), puis une évaluation de la qualité des articles a eu lieu en se fiant aux critères énoncés sur le formulaire d'évaluation de la qualité (Annexe C).

Pour ce qui est de l'extraction des données, les informations générales de l'article ont été recueillies (date, auteur, titre, etc.), en plus des caractéristiques plus précises de portant entre autres sur les particularités des participants (genre, âge, trouble mental, type d'infraction commise, etc.) et sur les modalités des traitements (type de traitement, clientèle cible, problématiques cibles, milieu, durée, opérationnalisation de l'abandon, etc.). Des données relatives aux résultats, à la méthode, aux analyses et aux faiblesses et forces des études ont également été compilées à l'aide de ce formulaire.

Pour ce qui est de l'évaluation de la qualité des articles, chacune des études a été soumise à la même évaluation de la qualité. Afin d'effectuer cette évaluation de la qualité, un formulaire a été développé en intégrant et adaptant les critères de deux outils d'évaluation de la qualité préalablement établis soient, le formulaire d'évaluation de la qualité du *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP, 2018) et les critères proposés par le *Centre for Reviews and Dissemination* (2009). Ces outils ont été sélectionnés étant donné qu'ils étaient compris dans les recommandations de la Cochrane Library et PRISMA, les deux guides sur lesquels la méthodologie de la présente étude repose (Cochrane, 2018 ; Page et al., 2021). Ainsi, cette évaluation de la qualité s'est attardée, en premier lieu, à la clarté des

objectifs de l'étude et de la méthodologie. Ensuite, les échantillons des études ont été analysés en fonction de différents critères figurant sur ce formulaire, dont leur ampleur, ainsi que leur représentativité. Également, la manière dont l'observance au traitement a été compilée, chiffrée et classifiée a été analysée par l'entremise de ce formulaire. Ainsi, pour l'évaluation de chacune des sections, les biais identifiés comme étant susceptibles d'interférer avec les résultats ont été notés.

## **2.7 Analyses réalisées**

Étant donné le faible nombre d'études incluses, leur faible qualité, le faible nombre d'études ayant analysé la même variable, ainsi que la grande hétérogénéité dans la manière de mesurer les différentes variables analysées dans le cadre de la présente recension des écrits systématiques, des analyses de type descriptives ont été favorisées à celles quantitatives. Bien qu'il aurait été intéressant d'inclure une analyse de type méta-analyse dans la présente recension des écrits, les éléments nommés précédemment interfèrent avec la fiabilité des résultats qui en auraient découlés. (Le Cleach, 2021).

## **3. Résultats**

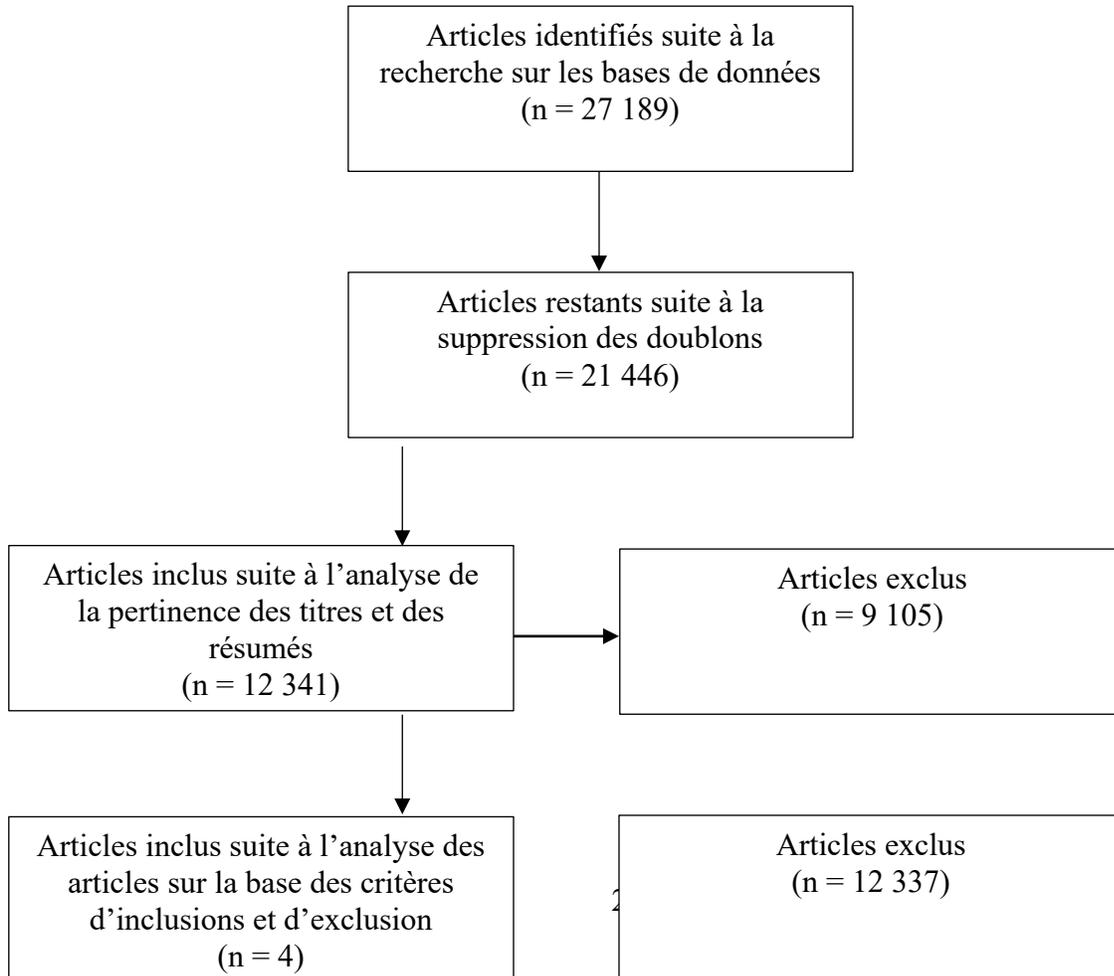
### **3.1 Processus de sélection des articles**

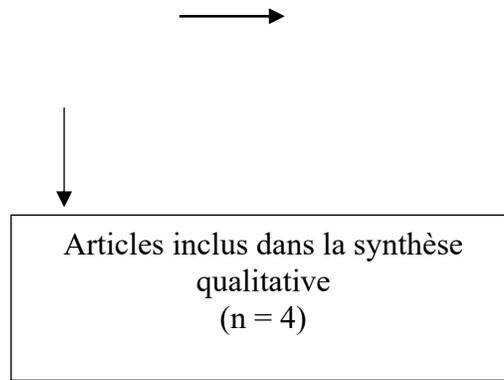
Tel qu'illustré dans le diagramme de flux présenté à la figure 1, la recherche documentaire initiale en fonction des mots clés établis a répertorié 27 189 articles sur l'ensemble des bases de données utilisées. Plus précisément, 1 085 articles ont été trouvés sur la base de données *Web of Science*, 1 879 sur *Sociological Abstracts*, 593 sur *Social Work Abstracts*, 3 121 sur *Social Services Abstracts*, 7 196 sur *Social Sciences Abstracts*, 789 sur *PubMed*, 3 853 sur *PsycINFO*, 2 734 sur *National Criminal Justice Reference Service*, 752 sur *Érudit*, 4 931 sur *Criminal Justice Abstract* et 271 sur *Cumulative Index to Nursing and Allied Health*. Une fois les doublons supprimés, 21 446 articles étaient restants. Une première sélection a ensuite été effectuée sur la base de la pertinence des titres et des résumés, suite à laquelle 12 341 articles sont demeurés. Une deuxième sélection a été faite sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion établis, à la suite de laquelle uniquement quatre articles sont

restés. Ainsi, un grand nombre d'articles a d'abord été retiré étant donné qu'ils n'étaient pas en lien avec le sujet étudié. Suite à cela, plusieurs articles ont été retirés puisque leur évaluation du programme de traitement reposait uniquement sur son efficacité, tandis que les informations nécessaires afin de distinguer les participants observants de ceux inobservants n'étaient pas disponibles. Ensuite, plusieurs articles ont été retirés étant donné qu'ils s'intéressaient à des programmes de traitement offerts uniquement à une clientèle psychiatisée (sans composante criminogène) ou à une clientèle judiciarisée (sans composante psychiatrique). Finalement, quelques études ont été retirées étant donné qu'elles portaient sur une intervention pharmacologique et non psychosociale. À chacune des étapes, un accord inter-juge sur 10% de la totalité des articles a été fait et correspond à un fort accord entre les partis (première étape ;  $k = 0,97$  ; deuxième étape ;  $k = 0,95$ ).

**Figure 1.**

*Diagramme de flux représentant la sélection des articles*





Les quatre articles inclus dans la présente étude sont pour l'ensemble des publications rédigées en anglais et ont été publiées entre 2004 et 2016. La plupart des études proviennent des États-Unis ( $n = 3$ ), et une étude provient du Royaume-Uni ( $n = 1$ ).

Selon notre évaluation de la qualité, les articles inclus dans la présente étude ont une qualité allant de faible ( $n = 1$ ) à moyenne ( $n = 3$ ). Les principales sources de biais rencontrées dans les articles sont des biais de sélection et des biais de mesures. Ainsi, les échantillons et méthodologies rapportés dans les articles manquaient de clarté, les critères de classification (observance et inobservance) n'étaient pas toujours expliqués clairement, et les facteurs de confusion n'étaient pas pris en compte en tout temps.

### 3.2 Description de l'échantillon

**3.2.1 Données démographiques.** Ensemble, ces études comptent au total 569 participants, qui sont en grande majorité des hommes (97,13%), et dont l'âge moyen est de 36,64 ans. Tel qu'illustré dans le **Tableau 1**, l'échantillon ( $N = 569$ ) était composé d'une majorité d'individus Afro-américains, suivi d'une minorité d'individus Hispaniques, Asiatiques, Autochtones, et d'individus appartenant à une autre ethnicité ( $n = 5$  ; 0,88%). À noter que cette information sur l'ethnicité n'est pas disponible pour 5 participants (0,88%).

En ce qui concerne les données relatives au niveau d'éducation des participants, celles-ci sont difficilement compilables étant donné que cette information est présentée de manière différente selon les études. Ceci étant dit, le niveau moyen d'éducation observé dans l'étude de Van Stelle et ses collaborateurs (2004) est de onze années ( $n = 179$ ), et l'étude de Carr et Cassidy (2016 ;  $n = 167$ ) rapporte que la majorité de leurs participants avaient complété un niveau d'éducation inférieur à la douzième année ( $n = 81$  ; 53,3%). Finalement, dans l'étude de Cullen et ses collaborateurs (2005 ;  $n = 42$ ), ils ont présenté les résultats liés à l'éducation en regard des qualifications (diplômes) obtenus suite aux études, ainsi la majorité de leurs participants se sont retrouvés dans la catégorie ayant obtenu minimalement un diplôme de fin d'études ( $n = 23$  ; 54,8%). Malheureusement, les résultats liés au niveau d'éducation n'étaient pas disponibles pour les 181 participants issus de l'étude de Yates et ses collaborateurs (2005).

**Tableau 1.**

*Répartition des origines ethniques des participants*

| <b>Origines ethniques</b>         | <i>N</i> | %      |
|-----------------------------------|----------|--------|
| Afro-américains                   | 344      | 60,46% |
| Caucasiens                        | 153      | 26,89% |
| Hispaniques                       | 58       | 10,19% |
| Asiatiques                        | 2        | 0,35%  |
| Autochtones                       | 2        | 0,35%  |
| Autres                            | 5        | 0,88%  |
| <b>Information non disponible</b> | 5        | 0,88%  |

**3.2.2 Données relatives au diagnostic psychologique.** En ce qui concerne les diagnostics psychologiques reçus par les participants, ceux-ci ont été établis en fonction des critères du DSM-IV

(version standard et révisée). Les diagnostics psychologiques les plus fréquents sont les troubles psychotiques (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble psychotique induit par une substance, autres troubles psychotiques ;  $n = 410$  ; 72,06% ), les troubles de l'humeur (les troubles bipolaires et le trouble dépressif caractérisé ;  $n = 103$  ; 18,10%), les troubles d'anxiété ( $n = 2$  ; 0,35%) et d'autres diagnostics non-spécifiés dans les études ( $n = 47$  ; 8,26%). À noter que 7 (1,23%) participants parmi l'ensemble des études n'ont pas reçu de diagnostic psychologique.

**3.2.3 Données relatives à l'infraction commise.** En ce qui concerne les infractions criminelles commises suite auxquelles les participants se sont fait recommander un traitement, les crimes violents contre la personne, incluant les agressions sexuelles, figurent au premier plan de l'échantillon ( $n = 476$  ; 83,66%), suivis des crimes contre la propriété ( $n = 34$  ; 5,98%) et des crimes reliés à la drogue ou à l'alcool ( $n = 3$  ; 0,53%). À noter que cette information sur l'infraction commise n'était pas disponible pour 19 (3,34%) participants.

**3.2.4 Données relatives au programme de traitement.** En ce qui concerne les programmes de traitement octroyés dans le cadre des différentes études, ceux-ci ont eu lieu principalement en institution ( $n = 3$  ; 75%), et uniquement un programme a été offert en communauté ( $n = 1$  ; 25%). En moyenne les programmes offerts en institution ont obtenu un taux s'observance au traitement de 41,62%, alors que le programme offert en communauté a obtenu un taux d'observance au traitement de 79,04%.

L'ensemble des programmes ont été exclusivement ou en partie d'approche cognitive-comportementale et ils ont tous mis un accent sur les facteurs criminogènes des participants (composante des besoins du modèle Risque-Besoin-Réceptivité). De plus, l'ensemble de ces programmes ont été offerts en totalité ou en partie sous forme de groupe. Les programmes varient beaucoup quant aux autres modalités, par exemple, en ce qui concerne la durée (allant de quelques

semaines à plusieurs mois) et l'intensité du traitement octroyé (allant d'une heure par semaine à plusieurs heures par semaine).

### 3.3 Facteurs identifiées comme étant liés à l'observance au traitement

**3.3.1 Taux d'observance au traitement selon les programmes d'intervention analysés.** Tel qu'illustré dans le **Tableau 2**, le taux de complétion des divers programmes de traitement varie entre 25,14% et 79,04% selon les études. Ensemble, le taux d'observance moyen des études analysées est de 50,62%. C'est le programme d'intervention offert dans la communauté qui a obtenu le plus haut taux d'observance, soit 79,04%, et celui qui est offert en institution en communauté thérapeutique qui a obtenu le plus faible taux d'observance, soit 25,14%.

#### Tableau 2.

*Taux d'observance au traitement des programmes analysés*

| Études                    | Type d'intervention   | N   | Taux de complétion |        |
|---------------------------|---|-----|--------------------|--------|
|                           |   |     | n                  | %      |
| Carr et Cassidy<br>(2016) | Intervention de groupe<br>offerte en communauté à<br>des individus en<br>probation.                                 | 167 | 132                | 79,04% |
| Cullen et al.<br>(2011)   | Intervention de groupe<br>offerte en institution à<br>des individus incarcérés<br>dans un hôpital<br>psychiatrique. | 42  | 21                 | 50,00% |

|                             |   |     |    |        |
|-----------------------------|---|-----|----|--------|
| Van Stelle et al.<br>(2004) | Intervention de groupe<br>offerte en institution<br>dans une communauté<br>thérapeutique. | 179 | 45 | 25,14% |
| Yates et al.<br>(2005)      | Intervention de groupe<br>offerte en hôpital<br>psychiatrique.                            | 181 | 90 | 49,72% |

---

**3.3.2 Taux d’observance au traitement selon les caractéristiques des individus judiciarisés ayant des TMG inclus dans les échantillons.** Outre le taux d’observance global de chacun des programmes de traitement analysés, certaines variables propres aux participants, soient aux individus judiciarisés ayant un TMG, sont ressorties comme étant associées à l’inobservance au traitement dans les études incluses dans la présente recension des écrits, tel qu’illustré dans le **Tableau 3**.

**3.3.2.1 L’influence des facteurs criminogènes.** D’abord, les traits psychopathiques évalués par la PCL-SV (Hart et al., 1995) ont été analysés dans trois des quatre études comprises dans la présente recension des écrits et ont été associés significativement à l’observance au traitement dans deux d’entre elles. En effet, trois études ont évalué les traits psychopathiques de leurs participants à l’aide de la PCL-SV (Cullen et al., 2011 ; Van Stelle et al., 2004 ; Yates et al., 2005), et, parmi ces trois études, deux d’entre elles ont identifié le score global à la PCL-SV comme étant un facteur associé significativement à l’inobservance des participants (Cullen et al., 2011 ; Van Stelle et al., 2004). Ainsi, ces études ont observé que, lorsque le score global à la PCL-SV était plus élevé, le taux d’observance au traitement était plus faible, suggérant ainsi une corrélation négative significative entre ces deux éléments (Van Stelle et al., 2004). Contrairement à ces études, l’étude de Yates et ses collaborateurs

(2005) n'a observé aucune association significative entre le score à la PCL-SV et l'observance au traitement

Également, les traits de personnalité antisociaux ont été analysés dans trois des quatre études incluses dans cette recension des écrits (Carr et Cassidy, 2016 ; Cullen et al., 2011 ; Yates et al., 2005) et ont été associés significativement à l'inobservance au traitement dans une d'entre elles (Cullen et al., 2011). Ainsi, parmi les trois études ayant analysé l'impact des traits antisociaux sur l'observance au traitement, une d'entre elle a observé une corrélation négative significative (Cullen et al., 2011), alors que les deux autres n'ont observé aucune relation significative entre ces deux facteurs (Cullen et al., 2011 ; Yates et al., 2005).

De plus, le niveau de risque de récidive a été analysé dans trois des quatre études comprises dans cette recension des écrits systématique et a été associé négativement à l'observance au traitement dans chacune d'entre elles (Carr et Cassidy, 2016 ; Cullen et al., 2011 ; Van Stelle et al., 2004). Ceci étant dit, le niveau de risque a été évalué à l'aide de différentes échelles et sous-échelles selon les études. En effet, la LSI-R (Carr et Cassidy, 2016), la HCR-20 (Cullen et al., 2011), ainsi que le DOC (Van Stelle et al., 2004) ont été utilisés. Plus précisément l'observance au traitement s'est vu associée négativement à la sous-échelle de risque associé à l'hébergement et à la sous-échelle de risque associé à l'alcool et aux drogues de la LSI-R (Carr et Cassidy, 2016), à la sous-échelle clinique et à la sous-échelle de gestion du risque du HCR-20 (Cullen et al., 2011), ainsi qu'au score global du DOC (Van Stelle et al., 2004).

À l'inverse, aucune association significative n'a été observée entre l'observance au traitement et le score au facteur 1 de la PCL-SV, le score global de la LSI-R, ainsi que le score à la sous-échelle historique de la HCR-20. De même qu'aucune association significative n'a été observée entre l'observance au traitement et les antécédents de violence récente, les antécédents d'arrestation, les

antécédents de condamnation, les antécédents d’incarcération, la durée de l’incarcération, ou le type d’offense commise.

**3.3.2.2 L’influence des facteurs psychologiques.** Au niveau des variables psychologiques, aucune variable, autre que les diagnostics psychologiques, n’a été analysée par plus d’une étude. En ce qui concerne les diagnostics psychologiques, le seul qui a été associé de manière significative avec l’observance au traitement sont les traits de personnalité antisociaux, tel qu’évoqué précédemment. Toutefois, la sévérité des symptômes psychologiques, mesurée par le score global à la BSI, a quant à elle, été associée négativement à l’observance au traitement dans l’étude dans laquelle cette variable a été étudiée (Van Stelle et al., 2004).

De plus, le niveau d’impulsivité, mesuré par les scores aux sous-échelles d’impulsivité attentionnelle et d’impulsivité motrice du BIS, ainsi que par le score à la sous-échelle de désinhibition de la ZSSS s’est vu associé significativement et négativement avec l’observance au traitement dans l’étude dans laquelle cette composante a été étudiée (Yates et al., 2005). Également, au niveau des capacités cognitives, une association négative significative a été observée entre l’observance au traitement et certaines mesures des capacités cognitives, soient les scores au Beta-II et au WAIS-R dans l’étude dans laquelle cette variable été étudiée (Yates et al., 2005)

À l’inverse, aucune variable relative aux hospitalisations psychiatriques (nombre et durée) ne s’est vu associée de manière significative à l’observance au traitement dans aucune des études incluses dans la présente recension des écrits. À noter que les hospitalisations ont été considérées comme une variable psychologique étant donné que les motifs menant aux hospitalisations étaient ici d’ordre psychologique ou psychiatrique. De même qu’aucune association significative n’a été observée entre l’observance au traitement et le score global au GAF, aux sous-échelles positives et négatives du PANSS, ainsi qu’aux sous-échelles de la motivation et de la “*readiness*” du CMRS dans ces études.

### 3.3.2.3 L'influence des variables démographiques.

Enfin, aucune des variables démographiques examinées n'a ressortie comme étant liées à l'observance au traitement des participants (âge, genre, appartenance ethnique, niveau d'éducation, niveau de lecture, statut d'emploi, historique médical, etc.) dans aucune des études incluses dans la présente recension des écrits systématique.

**Tableau 3**

*Prédicteurs de l'inobservance au traitement*

| Variables                        | <i>n(k)</i> | <i>Statistiques utilisées</i>  |
|----------------------------------|-------------|--|
| <b>Démographiques</b>            |             |  |
| Âge*                             | 569(4)      | Régression logistique multivariée ; Chi-carré ; Test-t ; Régression moindres carrés ordinaires |
| Genre                            | 348(2)      | Chi-carré  |
| Appartenance ethnique            | 346(2)      | Chi-carré ; Régression moindres carrés ordinaires  |
| Niveau d'éducation               | 223(2)      | Régression logistique univariée ; ANOVA  |
| Niveau de lecture                | 179(1)      | Régression moindres carrés ordinaires  |
| Statut d'emploi                  | 181(1)      | ANOVA  |
| <b>Criminogènes</b>              |             |  |
| Antécédents d'arrestation*       | 348(2)      | Test-t ; ANOVA   |
| Antécédents de condamnation      | 167(1)      | Test-t   |
| Antécédents de crimes violents   | 181(1)      | Régression logistique multivariée  |
| Antécédents de violence récente* | 42(1)       | Régression logistique multivariée pas à pas ( <i>stepwise</i> ) ; ANOVA                        |
| Type d'offense                   | 179(1)      | Régression moindres carrés ordinaires  |
| Antécédents d'incarcération      | 179(1)      | Régression moindres carrés ordinaires  |
| Durée de l'incarcération         | 181(1)      | ANOVA  |

Relatives à l'évaluation du risque de récidive

|   |        |   |
|---|--------|---|
| Score total à la PCL-SV*  | 402(3) | Régression moindres carrés ordinaires ; Régression logistique multivariée pas à pas ( <i>stepwise</i> ) ; ANOVA |
| Score au facteur 1 de la PCL-SV   | 42(1)  | Régression logistique univariée   |
| Score au facteur 2 de la PCL-SV*  | 42(1)  | Régression logistique univariée   |
| Score global à la LSI-R   | 167(1) | Test-t  |
| Score à la sous-échelle de risque associée à l'hébergement de la LSI-R*           | 167(1) | Régression logistique multivariée   |
| Score à la sous-échelle de risque associée à l'alcool et aux drogues de la LSI-R* | 167(1) | Régression logistique multivariée   |
| Score à la sous-échelle clinique du HCR-20*                                       | 42(1)  | Régression logistique multivariée pas à pas ( <i>stepwise</i> )   |
| Score à la sous-échelle de gestion du risque du HCR-20*                           | 42(1)  | Régression logistique multivariée pas à pas ( <i>stepwise</i> )   |
| Score à la sous-échelle Historique du HCR-20                                      | 42(1)  | Régression logistique univariée   |
| Score global au DOC*  | 179(1) | Régression moindres carrés ordinaires   |

Psychologiques

|   |        |   |
|---|--------|---|
| Diagnostic psychologique (sans précision)             | 179(1) | Régression moindres carrés ordinaires                                       |
| Diagnostic de trouble psychotique                     | 167(1) | Chi-carré   |
| Présence de psychose                                  | 181(1) | Régression logistique multivariée   |
| Diagnostic de trouble de l'usage de substances        | 346(3) | Chi-carré ; Régression moindres carrés ordinaires                           |
| Diagnostic de trouble de la personnalité limite       | 167(1) | Chi-carré   |
| Diagnostic de trouble de la personnalité antisociale* | 390(3) | Régression logistique multivariée pas à pas ( <i>stepwise</i> ) ; Chi-carré |
| Score global au GAF                                   | 167(1) | Chi-carré   |
| Score global au BSI*                                  | 179(1) | Régression moindres carrés ordinaires                                       |

|   |        |                                       |
|---|--------|---------------------------------------|
| Score global au WAIS-R*   | 181(1) | Régression logistique multivariée     |
| Score global au Beta-II*  | 181(1) | Régression logistique multivariée     |
| Score à la sous-échelle d'impulsivité attentionnelle du BIS*  | 181(1) | Régression logistique multivariée     |
| Score à la sous-échelle d'impulsivité moteur du BIS*  | 181(1) | Régression logistique multivariée     |
| Score au facteur de désinhibition du ZSSS*  | 181(1) | Régression logistique multivariée     |
| Score à la sous-échelle d'hostilité du BDHI   | 181(1) | Régression logistique univariée       |
| Score à la sous-échelle positive du PANSS   | 42(1)  | Régression logistique univariée       |
| Score à la sous-échelle négative du PANSS   | 42(1)  | Régression logistique univariée       |
| Score à la sous-échelle de la motivation au traitement de la CMRS   | 179(1) | Régression moindres carrés ordinaires |
| Score à la sous-échelle de la « <i>readiness</i> » au traitement de la CMRS<br><i>Readiness</i> : être pleinement préparé à quelque chose, et avoir la volonté de faire celle-ci. | 179(1) | Régression moindres carrés ordinaires |
| Nombres d'hospitalisations  | 181(1) | ANOVA                                 |
| Durée totale des hospitalisations   | 181(1) | ANOVA                                 |

#### Médicales

|                    |        |       |
|--------------------|--------|-------|
| Historique médical | 181(1) | ANOVA |
|--------------------|--------|-------|

---

*Notes.* PCL-SV = Psychopathy Checklist Screening Version; LSI-R = Level of Service Inventory-Revised; HCR-20 = Historical Clinical and Risk Management; DOC = Risk Assigned Security Classification, GAF = Global Assessment of Functioning; BSI = Brief Symptom Inventory; WAIS = Wechsler Adult Intelligence Scale Revised; Beta II = Revised Beta Examination; BIS-11 = Barrat Impulsivity Scale Version 11; ZSSS = Zuckerman Sensation Seeking Scale; BDHI = Buss-Durkee Hostility Inventory; PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale; CMRS = Circumstances, motivation, readiness and suitability; CMRS = Circumstances, Motivation, and Readiness for Treatment Scales.

\*  $p < .05$  dans au moins une étude.

## **4. Discussion**

### **4.1 L'observance au traitement des individus judiciairisés ayant un TMG**

Tout d'abord, le taux d'observance moyen (50,62%) observé dans la présente recension des écrits est semblable aux taux d'observance moyens observés pour les individus judiciairisés ayant un TMG dans la littérature (Ashford et al., 2008). En effet, l'étude de Ashford et ses collègues (2008) a observé un taux d'observance de 49,00% pour cette population. Ce taux est toutefois moins élevé que celui rapporté dans d'autres recensions des écrits auprès de la population générale (53,14% ; Wierzbicki et Pekarik, 1993), ainsi qu'auprès des individus judiciairisés n'ayant pas de TMG (64,29% ; Olver et al., 2011). Bien que cela n'a pas été testé directement dans la présente recension des écrits, ces résultats laissent croire que les individus judiciairisés ayant un TMG seraient moins susceptibles de participer de manière assidue à un programme de traitement et seraient davantage enclins à abandonner ou à se faire retirer de celui-ci pour diverses raisons comparativement à la population générale et aux individus judiciairisés n'ayant pas de TMG. Ces résultats semblent cohérents avec les données disponibles dans la littérature qui témoignent des difficultés d'observance au traitement marquées chez les individus ayant des TMG (Fung et al., 2008 ; Regier et al., 1993 ; Tarrier et al., 1998). En effet, certains symptômes du TMG nuisent à l'adhérence au traitement, notamment par les symptômes négatifs, le manque d'introspection et d'insight caractéristiques des individus ayant un TMG (David et Amador, 1990).

Ainsi, considérant que les difficultés d'observance au traitement semblent toucher davantage les individus judiciairisés ayant un TMG, il semble primordial de s'intéresser aux facteurs interférant avec l'observance au traitement précisément chez cette population. Sans compter que l'inobservance au traitement psychosocial chez cette population a des conséquences particulièrement nuisibles, notamment au niveau des symptômes psychologiques, au niveau du risque de récidive, ainsi qu'au niveau de la sécurité de la société (Olver et al., 2011). D'ailleurs, il est à noter que précisément chez les

individus judiciairisés ayant un TMG, l'abandon du traitement en soi est susceptible de contribuer à un risque de récidive plus élevé et plus précoce (McMurrin et Theodosi, 2007 ; Pellerin et al., 1996), ce qui corrobore l'importance de prendre en considération les facteurs interférant avec l'observance au traitement chez cette population (symptômes positifs, symptômes négatifs, etc.).

## **4.2 Facteurs associés à l'observance au traitement psychosocial**

**4.2.1. L'influence des facteurs criminogènes.** En ce qui concerne les facteurs criminogènes associés à l'observance au traitement, la même tendance semble observable chez les individus judiciairisés ayant un TMG, que chez les individus judiciairisés n'ayant pas de TMG. Effectivement, les traits psychopathiques, les traits antisociaux, ainsi que le niveau de risque de récidive ressortent comme des facteurs associés significativement à l'inobservance au traitement (Olver et al., 2011).

Au niveau du risque, les individus abandonnant leur traitement auraient initialement un risque de récidive plus élevé que les individus observant au traitement (Olver et al., 2011). Cela suggère que les individus qui n'observent pas au traitement seraient ceux qui en auraient le plus besoin, et donc ceux et pour qui l'achèvement du traitement serait davantage bénéfique (Hanson et al., 2002 ; Higgs et al., 2019 ; Prendergast et al., 2004). Dans la présente méta-analyse, l'inobservance serait associée précisément à la sous-échelle de risque associé à l'hébergement et à la sous-échelle de risque associé à l'alcool et aux drogues de la LSI-R (Carr et Cassidy, 2016), à la sous-échelle clinique et à la sous-échelle de gestion du risque du HCR-20 (Cullen et al., 2011), ainsi qu'au score global du DOC (Van Stelle et al., 2004).

Ceci étant dit, le score global à la LSI-R, un outil qui mesure le niveau de risque, n'a pas été associé significativement à l'observance au traitement dans l'étude dans laquelle il a été analysé (Carr et Cassidy, 2016). Cela est susceptible d'être attribuable au fait que cet instrument serait possiblement moins sensible pour prédire le risque de récidive des individus ayant un TMG, tel que proposé par Carr et Cassidy (2016), et qu'il ne permettrait pas de prédire de manière fiable le risque de récidive des

individus ayant un diagnostic d'abus de substances en comorbidité avec le TMG (Ferguson et al., 2009). En effet, considérant les taux élevés de comorbidité entre les diagnostics de TMG et d'abus de substances (entre 47% et 56%), il est envisageable que l'outil ne soit pas le plus adapté afin d'évaluer le taux de récidive chez cette population (Ferguson et al., 2009). D'ailleurs, la LSI-R a surtout été utilisée et associée négativement à l'observance au traitement chez les individus judiciairisés n'ayant pas de TMG (Andrews et Bonta, 2006 ; Carr et Cassidy, 2016). Les études antérieures évaluant le risque pour les individus psychiatisés ont plutôt utilisé le HCR-20 (Cullen et al., 2011), puisque cet instrument prend en compte des éléments spécifiques aux individus psychiatisés, tels que le manque d'*insight* et les symptômes de la psychopathologie (Carr et Cassidy, 2016). D'ailleurs, la sous-échelle historique de la HCR-20, qui comprend plusieurs éléments semblables à la LSI-R, n'a pas non plus été associée à l'observance au traitement chez les individus judiciairisés ayant un TMG dans la présente étude (Cullen et al., 2011).

De plus, la présence de traits psychopathiques, un facteur intimement lié avec le risque de récidive, a été associée négativement à l'observance au traitement dans la majorité des études ayant analysé cet élément. Ce résultat concorde avec les résultats des études portant sur les délinquants sans TMG (Ogloff et al., 1990 ; Olver et Wong, 2009 ; Richards et al., 2003). Toutefois, lorsque les scores des deux facteurs de la PCL-SV sont pris séparément, seul le score du deuxième facteur est associé de manière significative à l'observance au traitement (Cullen et al., 2011), ce qui concorde avec les études antérieures réalisées auprès des individus judiciairisés et psychiatisés (Hornsveld et al., 2008). Effectivement, le deuxième facteur de la PCL-SV évalue les composantes antisociales et comportementales de la psychopathie, et répertorie donc les éléments relatifs à l'impulsivité, au mauvais contrôle du comportement, au manque d'objectif, à l'irresponsabilité, au comportement antisocial à l'adolescence et à l'âge adulte (Cullen et al., 2011). Ce facteur chevauche d'ailleurs les traits de personnalité antisociaux qui se sont également vu associés significativement à l'observance au

traitement dans la présente recension des écrits (Cullen et al., 2011). Il est à noter que dans la présente étude, les résultats à la PCL-SV ont été inclus dans la catégorie de l'évaluation du risque de récidive, bien que cette échelle n'ait pas initialement été créée pour cela, puisqu'elle permet de prédire de manière fiable le risque de récidive au même titre que les autres outils actuariels (Hare, 1999 ; Sohn et al., 2020).

Par ailleurs, cette association négative entre l'observance au traitement et les traits antisociaux et psychopathiques est consistante avec le portrait clinique des individus ayant des traits psychopathiques élevés. En effet, il pourrait être difficile pour ces individus de rencontrer les attentes quant à la participation au sein de programmes qui requièrent de l'engagement, un respect des règles, une volonté de réflexion, une autocritique, une remise en question, ainsi qu'une attitude empathique à l'égard des membres du groupe (Cullen et al., 2011). Étant donné que ces difficultés font partie des critères diagnostiques du trouble de la personnalité antisociale dans le DSM-5, ainsi que dans l'évaluation des traits de psychopathiques par la PCL-SV, il n'est pas surprenant que les personnes qui présentent ces traits aient des difficultés à observer au traitement (American Psychiatric Association, 2013 ; Hart et al., 1995). D'autant plus que les recherches observent que le score à la PCL-SV est associé positivement avec les comportements institutionnels perturbateurs (Walters, 2003). Par ailleurs, la tendance des individus ayant des traits psychopathiques à s'ennuyer facilement et à rechercher des situations nouvelles divertissantes est susceptible de contribuer au fait que ces individus entament de nouveaux traitements et les abandonnent prématurément (Hemphill et Hart, 2002).

Afin de favoriser l'observance au traitement des individus judiciairisés ayant des traits antisociaux ou psychopathiques, Hemphill et Hart (2002) ont élaboré des pistes d'intervention permettant de cibler les déficits d'observance chez cette population. Parmi celles-ci, on retrouve l'évaluation formelle de la motivation du participant, l'établissement d'une alliance thérapeutique, ainsi que l'explication et l'emphase mises sur la justification de la participation au programme (Hemphill et Hart, 2002).

L'établissement d'une bonne alliance thérapeutique a également été associée positivement à l'observance au traitement au sein d'un programme destiné aux patients difficiles ayant des troubles de la personnalité (Linehan, 1993 ; Verheul et al., 2003).

**4.2.2. L'influence des facteurs psychologiques.** Outre le diagnostic psychologique de trouble de la personnalité antisociale, aucun autre diagnostic n'a été associé à l'observance au traitement dans la présente recension des écrits. Cela suggère que les programmes de traitement offerts seraient en mesure d'intégrer des participants ayant différents troubles mentaux lorsque les symptômes sont stables (Van Stelle et al., 2004). Ce serait la sévérité des symptômes qui serait un meilleur prédicteur de l'observance au traitement que le diagnostic de TMG (Van Stelle et al., 2004). En effet, la présence de symptômes psychiatriques plus aigus serait liée à l'inobservance au traitement dans la présente recension des écrits (Van Stelle et al., 2004). Ainsi, le score des participants au BSI, un outil mesurant la sévérité des symptômes, est associé négativement à l'observance au traitement (Carr et Cassidy, 2016). Ces résultats amènent une nuance quant à ceux obtenus dans par Olver et ses collaborateurs (2011) qui témoignent que c'est le diagnostic de TMG en soi qui interférerait avec l'observance au traitement. Les résultats de la présente recension des écrits avancent que ce n'est pas le fait d'avoir un TMG uniquement qui interfère avec l'observance, mais ce serait la sévérité des symptômes de ce TMG qui aurait une incidence sur l'observance au traitement.

Dans un autre ordre d'idée, l'impulsivité, une variable psychologique qui est aussi liée au trouble de personnalité antisociale et aux traits psychopathiques, a été associée négativement à l'observance au traitement dans la présente recension des écrits (American Psychiatric Association, 2013 ; Hart et al., 1995). Elle a d'ailleurs déjà été associée à l'observance au traitement dans une étude faite auprès d'un échantillon d'individus judiciairisés sans TMG (Lopez-Torrecillas et al., 2021). Les deux composantes de l'impulsivité, soient celles cognitive et comportementale, se sont vues associées négativement à l'observance au traitement dans la présente étude. L'impulsivité comportementale a été

évaluée par l'échelle de désinhibition du ZSSS et est liée à une diminution du contrôle cognitif, à une prise de risque accrue et à une désinhibition (Lopez-Torrecillas et al., 2021). L'impulsivité cognitive, quant à elle, a été mesurée par les sous-échelles motrices et attentionnelles du BIS, et réfère à la capacité à se concentrer, à maintenir son attention et à planifier (Yates et al., 2005). Ces deux types d'impulsivité sont susceptibles de contribuer aux difficultés d'observance au traitement des participants, étant donné que la participation à ceux-ci requiert un contrôle de ses comportements, ainsi que des fonctions cognitives attentionnelles (Lopez-Torrecillas et al., 2021). Ainsi, il est envisageable que ce plus haut niveau d'impulsivité observé chez les participants qui n'observent pas au traitement favorisent des comportements perturbateurs qui les amènent à se faire retirer du traitement, et des difficultés d'apprentissages qui les amènent à être moins investis dans les notions présentées (Yates et al., 2005).

Également, le quotient intellectuel, mesuré par le WAIS-R et le Beta-II dans la présente étude, s'est vu positivement associé avec l'observance au traitement. Ces résultats sont cohérents avec ceux disponibles dans la littérature pour les individus judiciairisés n'ayant pas de TMG (Olver et al., 2011). Il est envisageable que les traitements offerts actuellement aux individus judiciairisés ne soient pas adaptés à ceux qui présentent des difficultés cognitives (Overend, 2011), et que ces derniers auraient besoin de soutiens supplémentaires afin de comprendre les notions présentées et de s'engager dans les traitements qui leurs sont proposés (Gannon et al., 2011). De plus, cela concorde avec les résultats observés par Brunner et ses collègues (2019), auprès d'un échantillon d'individus judiciairisés n'ayant pas de TMG, qui ont catégorisé l'intelligence comme une condition préalable importante à l'observance au traitement et comme un facteur de protection à l'abandon du traitement.

**4.2.3. L'influence des facteurs démographiques.** Aucune variable démographique n'a été associée significativement à l'inobservance au traitement dans les études incluses. En effet, dans la présente étude, les facteurs tels que d'avoir un plus jeune âge, ne pas avoir d'emploi, avoir un plus

faible statut socio-économique et avoir un plus faible niveau d'éducation ne sont pas ressortis comme étant significativement liés à l'inobservance au traitement. Précisément en lien avec l'âge, les résultats obtenus ne concordent pas avec ceux disponibles dans la littérature qui soutiennent que le fait d'avoir un plus jeune âge est associé négativement à l'observance au traitement chez les individus judiciairisés, tout comme chez les individus ayant des TMG (Olver et al., 2011 ; Wierzbicki et Pekarik, 1993). De même, les autres variables démographiques, tel que le fait de ne pas avoir d'emploi, d'avoir un plus faible statut socio-économique et d'avoir un plus faible niveau d'éducation ont été associés à l'inobservance au traitement dans la littérature auprès des individus judiciairisés n'ayant pas de TMG (Olver et al., 2011), mais témoignent de résultats plus disparates auprès de la population psychiatisée (Carr et Cassidy, 2016, Cullen et al., 2011, Van Stelle et al., 2004, Yates et al., 2005).

Ainsi, il importe de se questionner quant à la nature des différences observées entre la présente recension des écrits et les résultats présentés dans ces recensions systématiques (Daly et Pelowski, 2000 ; Olver et al., 2011). Il est envisageable que ces différences soient attribuables au fait que relativement peu d'études ont été incluses dans la présente recension des écrits, et de la qualité moyenne des études disponibles portant sur les individus judiciairisés ayant des TMG. Ceci étant dit, il serait intéressant de mener davantage d'études auprès de cette population avec de plus larges échantillons afin d'analyser l'influence de ces facteurs chez les individus judiciairisés ayant un TMG.

**4.2.4. L'observance au traitement : Une question de réceptivité.** Dans cette recension des écrits, la grande variabilité observée quant au taux d'observance au traitement est représentative de l'hétérogénéité observée dans l'observance au traitement chez la population générale, et chez les individus ayant un TMG (Busby et Sajatovic, 2010 ; Kazdin et Mazurick, 1994 ; Larochelle et al., 2011; Shaw et al., 1995; Ward et al., 2004). En effet, il est estimé dans la littérature que de 20% à 70% des individus de la population générale qui débutent des services en santé mentale interrompent les services avant que la terminaison soit recommandée par le clinicien (Busby et Sajatovic, 2010 ; Kazdin

et Mazurick, 1994), et que, pour les individus ayant un TMG, ce taux varie entre 15% et 86% (Larochelle et al., 2011; Shaw et al., 1995; Ward et al., 2004). En d'autres mots, ces taux différents d'observance au traitement suggèrent que cette variabilité serait attribuable à des facteurs propres aux programmes et indépendants des caractéristiques individuelles.

Le fait qu'une partie de la variabilité des taux d'observance soit attribuable à des facteurs propres aux programmes est d'ailleurs cohérent avec les principes du modèle de Risque-Besoin-Réceptivité d'Andrew et Bonta (1995). Dans ce modèle, il est souligné que, pour qu'un traitement soit jugé utile, il doit non seulement être efficace pour diminuer le taux de récidive des individus qui y participent, mais doit également favoriser l'observance des participants en considérant les facteurs de réceptivité (Andrew et Bonta, 1995). Ainsi, selon ce modèle, pour qu'un programme de traitement soit bénéfique, il doit s'arrimer au niveau de risque évalué, aborder les besoins criminogènes identifiés, et prendre en compte les particularités des participants afin de favoriser une bonne observance au traitement (Andrew et Bonta, 1995). Dans cette optique, les caractéristiques des participants associées à l'observance ne sont qu'un côté de la médaille, l'attitude des professionnels face à ces caractéristiques et les paramètres des programmes de traitement représentant l'autre côté (Gearing et al., 2014). Ainsi, cela souligne l'importance de s'intéresser aux différences observées dans l'observance au traitement entre les différents programmes de traitement afin d'identifier les facteurs propres au traitement qui sont susceptibles de favoriser l'observance des participants.

Dans la présente étude, les études offrant des programmes en communauté ont observé un plus haut taux d'observance que ceux offerts en institution, ce qui constitue une différence avec les résultats observés dans la littérature auprès des individus judiciairisés (Monahan, 2008 ; Monahan et al., 2005 ; Olver et al., 2011). Cette différence est probablement attribuable au fait que peu d'études ont été incluses dans la présente recension des écrits et qu'uniquement une étude compose la catégorie des traitements offerts en milieu institutionnel (Van Stelle et al., 2004). D'ailleurs, les auteurs de cette

étude ont soulevé des problèmes d'observance au sein de leur programme, liés à la conceptualisation du programme, à la gestion des abandons administrations, au personnel, ainsi qu'aux installations physiques (Van Stelle et al., 2004). Ainsi, ces éléments seraient susceptibles d'expliquer la divergence entre les résultats de la présente étude et ceux obtenus dans la littérature. En effet, il est bien démontré dans la littérature que les traitements en milieu institutionnel devraient témoigner d'une plus grande observance que ceux en communauté pour diverses raisons. Par exemple, le fait qu'il y ait moins de conséquences négatives associées à l'abandon du traitement pour les individus en communauté comparativement aux individus en milieu institutionnel, ainsi que le fait que les individus en communauté sont susceptibles d'avoir plus d'occupation interférant avec les séances de traitements que les individus institutionnalisés pour qui les séances pourraient servir à occuper leur temps (Monahan, 2008 ; Monahan et al., 2005 ; Olver et al., 2011).

Également, les résultats de la présente recension ne permettent pas de confirmer ou d'infirmier l'hypothèse avançant que la durée du traitement serait associée négativement à l'observance des participants. En effet, la durée du traitement n'a pas été associée de manière significative à l'observance au traitement dans la présente étude. Cela semble aller dans le même sens que les résultats obtenus dans l'étude réalisée par Young et ses collaborateurs (2010) dans laquelle ils ont observé que la majorité des abandons de traitement ont lieu entre l'inscription et le début du programme ou lors des premières séances. Dans cette optique, la durée et l'intensité du programme ne seraient pas les principaux facteurs expliquant l'inobservance au traitement (Young et al., 2010). Cela semble d'ailleurs souligner la pertinence de respecter les recommandations du modèle de Risque-Besoin-Réceptivité, suggérant d'offrir des traitements d'une plus grande intensité en termes de fréquence et de durée aux individus présentant un plus grand risque (Andrews et Bonta, 1995). Ceci étant dit, il serait pertinent de s'intéresser aux motifs qui sous-tendent la décision des participants d'abandonner le

traitement avant de ne l'avoir entamé ou au début de celui-ci, puisque ces motifs sont susceptibles d'être différents de ceux des participants prenant la décision d'abandonner en cours du traitement. Dans un autre ordre d'idée, il est à noter que la présente étude ne permet pas de faire la distinction entre l'observance des participants au sein de programmes de traitement de diverses approches thérapeutiques, puisque l'ensemble des études incluses sont de l'approche cognitive-comportementale. Cela permet toutefois de souligner la prédominance des programmes de traitement issus de cette approche au sein du domaine de la psychologie légale (Tafrate et Mitchell, 2013).

### **4.3 Contribution scientifique.**

**4.3.1. Forces et apports.** Plusieurs forces de la recension des écrits systématique effectuée reposent dans l'élaboration de sa méthodologie. En effet, le fait qu'une liste de mot clés exhaustive ait été élaborée, autant en français qu'en anglais, permet à la présente étude de se démarquer des autres recensions des écrits et méta-analyses sur des sujets similaires. En plus de permettre de limiter les risques d'omission d'articles pertinents, cette liste établie pourra éventuellement permettre aux chercheurs voulant effectuer une recension des écrits sur des sujets similaires d'avoir une banque de mots clés préétablis. Cela étant dit, cette liste de mots clés très exhaustive a probablement contribué au grand nombre d'articles obtenus initialement étant donné les multiples combinaisons possibles. De plus, malgré le peu d'études incluses dans la présente recension des écrits, le fait que des études relativement récentes aient été incluses constituent une force permettant à la présente étude de se démarquer. Également, le fait que l'ensemble des étapes aient été effectuées avec un inter-juge permet de s'assurer de la fidélité des résultats obtenus, et permet donc de s'assurer que l'inclusion et l'exclusion des articles aient été faites de manière la plus cohérente et rigoureuse possible.

Le principal apport de la présente étude est qu'elle permette de donner une meilleure idée aux cliniciens et aux chercheurs de l'état des connaissances sur l'observance au traitement des individus judiciairisés ayant un TMG. En effet, la recension des écrits systématiques effectuée permet de mettre

en lumière le manque flagrant de recherche sur le sujet et l'importance d'aborder cette problématique, celle-ci ayant des conséquences tant pour les individus judiciairisés ayant des TMG que pour la société. D'autre part, la présente étude permet de sensibiliser les intervenants œuvrant auprès des individus judiciairisés ayant un TMG sur les éléments susceptibles d'interférer avec l'observance au traitement. Spécifiquement, les résultats obtenus sont susceptibles d'amener les cliniciens à porter une attention particulière aux facteurs pouvant contribuer à l'inobservance des participants, soient le risque de récidive, les traits psychopathiques, les traits antisociaux, la sévérité des symptômes psychiatriques, l'impulsivité et l'intelligence. Le fait de porter une attention particulière à ces facteurs permettrait que les traitements octroyés respectent davantage le principe de réceptivité (Andrew et Bonta, 1995) et favorisent une meilleure observance au sein de leur programme.

**4.3.2 Limites.** Cela étant dit, certaines limites dans la littérature sur le sujet interfèrent négativement avec la manière dont la présente étude puisse répondre à la question de recherche élaborée. D'abord, le fait que peu d'études aient été incluses dans la présente recension des écrits systématique constitue une limite importante. Effectivement, bien que l'étude actuelle permette d'avoir une meilleure idée de l'état des connaissances quant à l'observance au traitement des individus judiciairisés ayant un TMG, elle souligne surtout l'importance de réaliser davantage d'études primaires auprès de cette population. De plus, considérant que la fiabilité d'une recension systématique des écrits repose sur la rigueur et la clarté des études qui la composent, le fait que peu d'études soient incluses et que la qualité de celles-ci oscille entre faible et moyenne constituent une limite. Ceci étant dit, les analyses de qualité réalisées permettent de constater l'état de la recherche sur le sujet, et permettent de documenter cette faible qualité afin que le lecteur puisse interpréter les résultats avec prudence. Bien qu'il aurait été intéressant d'inclure une analyse de type méta-analyse dans la présente recension des écrits afin d'obtenir une synthèse quantitative, le faible nombre d'études incluses, le faible nombre d'études analysant une même variable, ainsi que les différences dans l'opérationnalisation de ces

variables les résultats interfèrent avec la fiabilité des résultats qui en découleraient (Le Cleach, 2021). Finalement, la divergence de la qualité des interventions comme telles pourraient être considérée comme une limite pour certains chercheurs. Cependant, étant donné que l'objectif de la recension des écrits actuelle n'était pas de se positionner sur l'efficacité de ces interventions, mais bien d'observer les facteurs susceptibles de mener à l'abandon du traitement, nous ne jugeons pas que ceci constitue une lacune.

Dans un autre ordre d'idée, il est probable que la précision de la question de recherche établie a contribué au faible nombre d'études découlant du processus de sélection. Ainsi, nous pouvons supposer qu'avec une question de recherche plus large, s'intéressant globalement au taux d'observance de la population étudiée nous aurions pu inclure davantage d'études dans la présente recension des écrits systématiques. À noter toutefois, que malgré le faible nombre d'études inclus dans la présente recension des écrits, nous supposons que le taux d'observance obtenu semble représentatif, bien qu'il semble évaluer négativement le taux d'observance réel. En effet, nous basons cette impression sur la comparaison du taux d'observance obtenu dans le cadre de la présente recension des écrits avec la moyenne des taux d'observance présentés dans 100 des études incluses dans notre base de données (56,89%).

## **5. Conclusion**

En conclusion, la présente étude souligne avant tout l'importance de s'intéresser davantage au sujet étudié, soit l'observance au traitement des individus judiciairisés ayant un TMG, étant donné leur présence au sein du système de justice pénal répertoriée dans la littérature scientifique. En effet, en dépit de la présence de cette population au sein du système de justice pénale, ainsi que des conséquences négatives associées aux difficultés d'observance au traitement caractéristiques de cette population, la présente recension des écrits systématique a permis de constater le peu de recherche de qualité s'intéressant spécifiquement à cette population.

Cela étant dit, malgré le nombre limité d'études incluses dans la présente recension des écrits systématiques, des pistes intéressantes quant à l'association entre l'observance au traitement et des facteurs criminogènes (risque de récidive, traits psychopathiques, traits antisociaux), psychologiques (sévérité des symptômes, impulsivité, intelligence) et liés à la réceptivité ont été soulevées. Il serait pertinent de porter une attention particulière à ces facteurs lors de futures études sur afin de déterminer le rôle qu'ils jouent réellement dans l'observance au traitement des individus judiciairisés ayant un TMG. Entre-temps, les facteurs soulevés dans la présente recension des écrits systématiques comme jouant un rôle dans l'observance au traitement des individus judiciairisés ayant un TMG permettent de donner des pistes d'intervention aux cliniciens œuvrant auprès de cette population pour favoriser l'observance de leurs clients.

Par ailleurs, il serait pertinent de s'intéresser davantage à l'appariement entre les caractéristiques individuelles des participants et les composantes des traitements dans des études futures. Ainsi, cela serait susceptible de permettre d'évaluer si l'effet des caractéristiques individuelles soulevées dans la présente recension des écrits pourraient être modulé par certaines adaptations dans les traitements. Ainsi, cela serait susceptible de permettre d'avoir une perception plus complète et nuancée de l'influence des facteurs attribuables aux participants sur l'observance au traitement.

## Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrews, D. A. et Bonta, J. (1995). *Level of Service Inventory–Revised (LSI–R)* (1e éd., vol. 1). Multi Health Systems.
- Andrews, D. A. et Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39–55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime and delinquency*, 52(1), 7-27. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Angermeyer, M. C. et Matschinger, H. (1995). Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245(3), 159-164. <https://doi.org/10.1007/BF02193089>
- Ashford, J. B., Wong, K. W. et Sternbach, K., O. (2008). Generic correctional programming for mentally ill offenders: A pilot study. *Criminal Justice and Behavior*, 35(4), 457-473. <https://doi.org/10.1177/0093854807313356>
- Babcock, J. C., Green, C. E. et Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.07.001>
- Baekeland, F. et Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review.

*Psychological Bulletin*, 82(1), 738-783. <https://doi.org/10.1037/h0077132>

Beyko, M. J. et Wong, S. C. P. (2005). Predictors of treatment attrition as indicators for program improvement not offender shortcomings: A study of sex offender treatment attrition.

*Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(1), 375-389.

<https://doi.org/10.1007/s11194-005-8050-8>

Bonta, J., Law, M. et Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent

recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123–142. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.123.2.123>

Bouchard, M., Lecomte, T., Cloutier, B., Herrera-Roberge, J. et Potvin, S. (2022). Dropout rates in

psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse: A systematic review and Meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.842329>

Bourgon, G. et Armstrong, B. (2005). Transferring the principles of effective treatment

into a “real world” prison setting. *Criminal Justice and Behavior*, 32(1), 3-25.

<https://doi.org/10.1177/0093854804270618>

Brennan, A., Mednick, S. A. et Hodgins, S. (2000) Major mental disorders and

Criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.5.494>

Brunner, F., Neumann, I., Yoon, D., Rettenberger, M., Stück, E. et Briken, P. (2019).

Determinants of dropout from correctional offender treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10(1), 142-155. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00142>

Buchanan, A. et David, A. (1994). Compliance and the reduction of dangerousness.

*Journal of Mental Health*, 3(4), 427-429, <https://doi.org/10.3109/09638239409003813>

Busby, K. K. et Sajatovic, M. (2010). Patient, treatment, and systems-level factors in

bipolar disorder nonadherence: a summary of the literature. *Central Nervous System neuroscience and therapeutics*, 16(5), 308-315. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2010.00191.x>

Callahan, L. A. et Silver, E. (1998). Factors associated with the conditional release of persons acquitted by reason of insanity: A decision tree approach. *Law and Human Behavior*, 22(2), 147-163. <https://doi.org/10.1023/A:1025790003139>

Carr, W. A. et Cassidy, J. J. (2016). Treatment Attrition of Probationers With Mental Illness From an Enhanced Day Reporting Center. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 60(6), 694–707. <https://doi.org/10.1177/0306624X14559906>

Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews : CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of New York  
[https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic\\_Reviews.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf)

Chouinard, A. (2004). Les prédicteurs psychologiques de la fin prématurée du traitement chez des agresseurs sexuels judiciarisés [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/14367/Chouinard\\_Audrey\\_2004\\_memoire.pdf?sequence=1](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/14367/Chouinard_Audrey_2004_memoire.pdf?sequence=1)

Cochrane (2018). *Cochrane Style Manual Working Group ; Cochrane Style Basics*.  
<https://community.cochrane.org/style-manual/Cochrane-style-basics>.

Critical Appraisal Skills Programme (2022). *CASP Systematic Review Checklist*.  
[https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018\\_fillable-form.pdf](https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf)

Cullen, A. E., Soria, C., Clarke, A. Y., Dean, K. et Fahy, T. (2011). Factors predicting dropout from the reasoning and rehabilitation program with mentally disordered offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 38(3), 217-230. <https://doi.org/10.1177/0093854810393659>

- Daly, J. E. et Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter : A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15(2), 137-160. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.15.2.137>
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 156(6), 798-808. <https://doi.org/10.11921bjp.156.6.798>
- Dellazizzo, L. (2017). La violence chez les personnes ayant des troubles mentaux: éclaircir les liens entre les troubles mentaux graves, les troubles de personnalité et les abus de substances [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. <http://hdl.handle.net/1866/20487>
- Dixon L. B., Holoshitz, Y. et Nossel I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *Psychiatry Services*, 15, 13-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20306>
- Dubreucq, J. L., Joyal, C. et Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico Psychologiques ; Revue psychiatrique*, 163(10), 852-865. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.09.014>
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R. et Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science Medicine*, 6(8), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M. et Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crimes. *Journal of the American Medical Association*, 301(19), 2016–2023. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.675>
- Ferguson, A. M., Ogloff, J. R. et Thomson, L. (2009). Predicting recidivism by mentally disordered offenders using the LSI-R: SV. *Criminal Justice and Behavior*, 36(1), 5-20. <https://doi.org/10.1177/0093854808326525>
- Fung, K. M., Tsang, H. W. et Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with

- schizophrenia as a predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(2), 95. <https://doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>
- Gannon, T. A., King, T., Miles, H., Lockerbie, L. et Willis, G. M. (2011). Good lives sexual offender treatment for mentally disordered offenders. *The British Journal of Forensic Practice*, 13(3), 153-168. <https://doi.org/10.1108/14636641111157805>
- Gearing, R. E., Townsend, L., Elkins, J., El-Bassel, N. et Osterberg, L. (2014). Strategies to predict, measure, and improve psychosocial treatment adherence. *Harvard review of psychiatry*, 22(1), 31-45. <https://doi.org/10.1097/HRP.10.1097/HRP.0000000000000005>
- Greenberg, G., Rosenheck, R. A., Erickson, S. K., Desai, R. A., Stefanovics, E. A., Swartz, M., et Scott Stroup, T. (2011). Criminal justice system involvement among people with schizophrenia. *Community mental health journal*, 47(6), 727-736. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9362-9>
- Grann, M. et Fazel, S. (2004). Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *The British Medical Journal*, 328(7450), 1233-1234. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7450.1233>
- Hanson, K. R. et Bussières, M. T. (1998). Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 66(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.348>
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marquis, J. K., Murphy, W. et Quinsey, V. L. (2002). First report on the collaborative data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 14(1), 169-194. <https://doi.org/10.1023/A:1014624315814>
- Hare, R. D. (1999). Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatric quarterly*, 70(3), 181-197. <https://doi.org/10.1023/A:1022094925150>

- Harris, G. T. et Rice, M. E. (1997). Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatric Services*, 48(9), 1168–1176. <https://doi.org/10.1176/ps.48.9.1168>
- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B. et Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 23(6), 729-749. <https://doi.org/10.1007/BF01447474>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0887403403255064>
- Hemphill, J. F. et Hart, S. D. (2002). Motivating the unmotivated: Psychopathy, treatment, and change. Dans McMurrin, M. (dir.), *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy* (1 éd., vol. 1, p. 193-219). John Wiley and Sons Ltd.
- Higgins, J. P. et Altman, D. G. (2011). Assessing risk of bias in included studies. Dans J. P. T. Higgins et S. Green (dir.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. The Cochrane Collaboration and John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470712184.ch8>
- Higgs, T., Carter, A. J., Tully, R. J. et Browne, K. D. (2017). Sexual murder typologies: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 35(1), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.05.004>
- Higgs, T., Cortoni, F. et Nunes, K. (2019). Reducing violence risk? Some positive Recidivism outcomes for Canadian treated high-risk offenders. *Criminal justice and behavior*, 46(3), 359-373. <https://doi.org/10.1177/0093854818808830>
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a

birth cohort. *Archives of general psychiatry*, 49(6), 476-483.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820060056009>

Hodgins, S., Lapalme, M. et 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), 187-202. [https://doi.org/10.1016/S01650327\(99\)00045-2](https://doi.org/10.1016/S01650327(99)00045-2)

Hodgins, S., Mednick, S. A. et Brennan, P. (1996). Mental Disorders and Crime:

Evidence from a Danish Birth Cohort. *Archives of Psychiatry*, 53(6), 489-496. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060031004>

Hornsveld, R. H., Nijman, H. L. et Kraaimaat, F. W. (2008). Aggression control therapy

for violent forensic psychiatric patients: First results. *Psychology, Crime and Law*, 14(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/10683160701340569>

Hollin, C. R. (1999). Treatment programs for offenders. Meta-analysis, “what works,”

and beyond. *International journal of Law and psychiatry*, 22(1), 361-372.

Johnson, D. A. (1981). Depression: treatment compliance in general practice. *Acta*

*Psychiatrica Scandinavica*, 290(63), 447-453.

<https://doi.org/10.1111/j.16000447.1981.tb00751.x>

Kazdin, A. E. et Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy:

distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(5), 1069-1074. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.1069>

Kreyenbuhl, J., Nossel, I. L. et Dixon, L. B. (2016). Disengagement from mental health treatment

among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a

review of literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 696-703. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp046>

- Landenberger, N. A. et Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(3), 451–476. <https://doi.org/10.1007/s11292-005-3541-7>
- Larochelle, S., Diguier, L., Laverdière, O. et Greenman, P. S. (2011). Predictors of psychological treatment noncompletion among sexual offenders. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 554-562. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.004>
- Le Cleach, L. (2021). Revues systématiques et Méta-analyses : quels critères de qualité ? [Présentation d'un conférencier] [https://www.acadpharm.org/dos\\_public/RS\\_MA\\_academie\\_de\\_pharmacie\\_Avril\\_2021.pdf](https://www.acadpharm.org/dos_public/RS_MA_academie_de_pharmacie_Avril_2021.pdf)
- Lin, E. H., Von Korff, M., Katon, W., Bush, T., Simon, G. E., Walker, E. et Robinson, P. (1995). The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Medical care*, 33(1), 67-74.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. (1er éd., vol. 1). Guilford press.
- Lipsey, M. W. et Cullen, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and the Social Sciences*, 3(2), 297-320. <https://doi.org/10.1146/annurev.lawsocsci.3.081806.112833>
- López-Torrecillas, F., Castillo-Fernández, E., Ramírez-Uclés, I. et Martín, I. (2021). Impulsivity and compulsivity and their relationship with non-adherence to treatment in the prison population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 830-840. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168300>
- Maidment, R. Livingston, G. et Katona, C. (2002). Just keep taking the tablets: adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 752-757. <https://doi.org/10.1002/gps.688>

- McMurrin, M., Huband, N. et Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review, 30*(3), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>
- McMurrin, M. et Theodosi, E. (2007). Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment? *Psychology, Crime and Law, 13*(4), 333–343. <https://doi.org/10.1080/10683160601060374>
- Monahan, J. (2008). Mandated community treatment: applying leverage to achieve adherence. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 36*(3), 282-285.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Clark Robbins, P., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T. et Banks, S. (2001). *Rethinking the Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.9.1198>.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Robbins, P. C., Appelbaum, P., Banks, S., Grisso, T., ... et Silver, E. (2005). An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatric services, 56*(7), 810-815. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.7.810>
- Monson, C. M., Gunnin, D. D., Fogel, M. H. et Kyle, L. L. (2001). Stopping (or slowing) The revolving door: Factors related to NGRI acquittees' maintenance of a conditional release. *Law and Human Behavior, 25*(3), 257-267. <https://doi.org/10.1023/A:1010745927735>
- Morgan, R. D. et Flora, D. B. (2002). Group psychotherapy with incarcerated offenders: A research synthesis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 6*(1), 203-218. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.6.3.203>
- Nunes, K. L. et Cortoni, F. A. (2006). *The heterogeneity of treatment non-completers*. Correctional Service of Canada. [https://www.cscscc.gc.ca/research/092/r176\\_e.pdf](https://www.cscscc.gc.ca/research/092/r176_e.pdf)

- Ogloff, J. R., Wong, S. et Greenwood, A. (1990). Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and the Law*, 8(2), 181-190.  
<https://doi.org/10.1002/bsl.2370080210>
- Olver, M. E. et Wong, S. C. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(2), 328. <https://doi.org/10.1037/a0015001>
- Olver, M. E., Stockdale, K. C. et Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 6–21. <https://doi.org/10.1037/a0022200>
- Overend, C. O. (2011). *Investigation of the relationship between cognitive impairment and treatment responsiveness in mentally disordered offenders* [thèse de doctorat, The University of Edinburgh].  
 Edinburgh Research Archive.  
<https://era.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/6280/Overend2011.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Murlow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ...  
 Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 71(1), 372-381. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2021.105906>
- Pellerin, B., Proulx, J., Ouimet, M., Paradis, Y., McKibben, A. et Aubut, J. (1996). Étude sur la récidive post-traitement chez les agresseurs sexuels judiciairisés. *Criminologie*, 29(4), 85-108.  
<https://doi.org/10.7202/017382>
- Prendergast, M. L., Hall, E. A., Wexler, H. K., Melnick, G. et Cao, Y. (2004). Amity prison-based therapeutic community: 5-year outcomes. *The Prison Journal*, 84(2), 36-60.  
<https://doi.org/10.1177/0032885503262454>

- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z. et Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of general psychiatry*, 50(2), 85-94. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820140007001>
- Richards, H. J., Casey, J. O. et Lucente, S. W. (2003). Psychopathy and treatment response in incarcerated female substance abusers. *Criminal Justice and Behavior*, 30(2), 251-276. <https://doi.org/10.1177/0093854802251010>
- Rooney, J. et Hanson, R. K. (2001) Predicting Attrition From Treatment Programs for Abusive Men. *Journal of Family Violence*, 16(2), 131–149. <https://doi.org/10.1023/A:1011106902465>
- Shaw, T. A., Herkov, M. J. et Greer, R. A. (1995). Examination of treatment completion and predicted outcome among incarcerated sex offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 23(1), 35-41.
- Skeem, J. L., Winter, E., Kennealy, P. J., Louden, J. E. et Tatar, J. R. (2014). Offenders with mental illness have criminogenic needs, too: toward recidivism reduction. *Law and human behavior*, 38(3), 212. <https://doi.org/10.1037/lhb0000054>
- Sohn, J. S., Raine, A. et Lee, S. J. (2020). The utility of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) facet and item scores in predicting violent recidivism. *Aggressive behavior*, 46(6), 508-515. <https://doi.org/10.1002/ab.21922>
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B. et Samuels, S. (2009). Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatric services*, 60(6), 761-765.
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*, 2(2), 121.
- Stueve, A. et Link, B. G. (1997). Violence and psychiatric disorders: Results from an

epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly*, 68(1), 327–342.

<https://doi.org/10.1023/A:1025443014158>

Swanson, J. W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence:

An epidemiological approach. Dans J. Monahan et H. J. Steadman, *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, 1(1), 101-136.

Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K. et Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(7), 716-770.

<https://doi.org/10.1176/ps.41.7.761>

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R.,

Rosenheck, R. A., ... et Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 490-499.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490>

Shaw, T. A., Herkov, M. J. et Greer, R. A. (1995). Examination of treatment completion

and predicted outcomes among incarcerated sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23(1), 35-41.

Tafate, R. C. et Mitchell, D. (2013). *Forensic CBT: A handbook for clinical practice*. (2e éd., vol. 1). John Wiley and Sons.

Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. et Morris, J. (1998).

Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *The British Medical Journal*, 317(7154), 303-307.

<https://doi.org/10.1136/bmj.317.7154.303>

Teplin, L. A., Elkington, K. S., McClelland, G. M., Abram, K. M., Mericle, A. A. et

- Washburn, J. J. (2005). Major mental disorders, substance use disorders, comorbidity, and HIV-AIDS risk behaviors in juvenile detainees. *Psychiatric Services*, 56(7), 823-828.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.7.823>
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koiranen, M. et Moring, J. (1997). Specific Major Mental Disorders and Criminality: A 26-Year Prospective Study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 840-845.
- Tiihonen, J. (2001). Recidivistic Violent Behavior and Axis I and Axis II Disorders. *Clinical Assessment of Dangerousness Empirical Contributions*, 1(1), 121-135.
- Tong, L. S. J. et Farrington, D. P. (2008). Effectiveness of “reasoning and rehabilitation” in reducing reoffending. *Psichothema*, 20(1), 20-28.  
<https://doi.org/10.1080/10683160512331316253>
- Torrey, E. F. (1994). Violent Behavior by Individuals with Severe Mental Illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(7), 653-662. <https://doi.org/10.1176/ps.45.7.653>
- Van Dorn, R., Volavka, J. et Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 487-503. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0356-x>
- Van Stelle, K. R., Blumer, C. et Moberg, D. P. (2004). Treatment retention of dually diagnosed offenders in an institutional therapeutic community. *Behavioral sciences and the law*, 22(4), 585-597. <https://doi.org/10.1002/bsl.602>.
- Varshney, M., Mahapatra, A., Krishnan, V., Gupta, R. et Deb, K. S. (2016). Violence and mental illness: what is the true story ? *Journal of Epidemiol Community Health*, 70(3), 223-225.  
<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-205546>
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T. et Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline

- personality disorder: 12-month randomised clinical trial in The Netherlands. *The British journal of psychiatry*, 182(2), 135-140. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.2.135>
- Villeneuve, K., Potvin, S., Lesage, A. et Nicole, L. (2010). Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, 121, 266-270. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.04.003>
- Walters, G. D. (2003). Predicting institutional adjustment and recidivism with the psychopathy checklist factor scores: A meta-analysis. *Law and human behavior*, 27(5), 541-558. <https://doi.org/10.1023/A:1025490207678>
- Ward, T., Day, A., Howells, K. et Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9(2), 645-673. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.001>
- Webster, C., MacDonald, R. et Simpson, M. (2006). Predicting Criminality? Risk Factors, Neighborhood Influence and Desistance. *Youth Justice*, 6(1), 7-22. <https://doi.org/10.1177/1473225406063449>
- Wierzbicki, M. et Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190–195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- World Health Organization. (1994). CIM-10 / ICD-10: Classification internationale des maladies. Dixième révision. Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40538>
- World Health Organization. (2019). CIM-11 / ICD-11: Classification internationale des

maladies. Onzième révision. Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Organisation mondiale de la Santé.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328735>

Wormith, J. S. et Olver, M. E. (2002). Offender treatment attrition and its relationship with risk, responsivity, and recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 29(2), 447-471. <https://doi.org/10.1177/0093854802029004006>

Yates, K., Kunz, M., Czobor, P., Rabinowitz, S., Lindenmayer, J. P. et Volavka, J. (2005). A cognitive, behaviorally based program for patients with persistent mental illness and a history of aggression, crime, or both: structure and correlates of completers of the program. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 33(2), 214-222.

Young, S., Chick, K. et Gudjonsson, G. H. (2010). A preliminary evaluation of Reasoning and Rehabilitation 2 in mentally disordered offenders (R&R2M) across two secure forensic settings in the United Kingdom. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 21(1), 336-349. <https://doi.org/10.1080/14789940903513203>

## Annexe A

*Listes de mots clés pour la recherche documentaire*

### **Liste de mots clés pour les bases de données anglophones :**

*treatment\* OR therap\* OR psychotherap\* OR intervention\* OR program\* OR rehabilitation*

AND

*psychiatric\* OR “mental\* disorder”\* OR “mental illness”\* OR “mentally ill” OR psychodiagnos\* OR “mental health” OR neuro\* OR psychos\* or psychotic\* or schizo\* or bipolar OR “affective disorder”\* OR “mood disorder”\**

AND «

*judicia\* OR offend\* OR legal\* OR law OR forensic\* OR jail\* OR penitentiary\* OR crim\* OR prison\* OR correctional OR court\* OR justice OR involuntary\* OR mandatory OR hospital\* OR patient\* OR detain\**

AND

*adhere\* OR refus\* OR terminat\* OR dropout\* OR participat\* OR resistan\* OR attrition\* OR complet\**

### **Liste de mots clés pour les bases de données francophones :**

*traitement\* OU therap\* OU psychotherap\* OU intervention\* OU program\* OU réhabilitation*

ET

*psychiatrique\* OU « trouble de santé mentale » OU « trouble mental » OU « maladie mentale » OU « diagnostique psychologique »\* OU « santé mentale » ou neuro\* OU psychose\* OU schizo\* OU bipolaire\* OU « trouble de l’humeur »*

ET

judiciaire\* OU délinquant\* OU contrevenant\* OU légal\* ou OU psycholégal\* OU loi\* OU prison\* OU pénitentier\* OU détention\* OU crim\* OU correctionnel\* OU cour\* OU justice\* OU ordonn\* OR hôpital\* OR hospital\* OR patient\*

ET

adhérence\* OU adhère\* OU refus\* OU abandon\* OU participation\* OU résist\* OU attrition OU complétion\*

## Annexe B

### Grilles d'extraction des données

| <b>INFORMATION GÉNÉRALE</b>        |  |                          |                                 |       |
|------------------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|-------|
| Date de l'extraction des données   |  | Évaluateur               |                                 |       |
| Auteur                             |  | Date de publication      |                                 |       |
| Titre                              |  | Pays                     |                                 |       |
| Source                             |  |                          |                                 |       |
| <b>INFORMATIONS SPÉCIFIQUES</b>    |  |                          |                                 |       |
| <b>CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE</b> |  |                          |                                 |       |
| Questions de recherche             |  |                          |                                 |       |
| But / objectif                     |  |                          |                                 |       |
| Hypothèse                          |  |                          |                                 |       |
| Méthodologie                       |  |                          |                                 |       |
| <b>PARTICIPANTS</b>                |  |                          |                                 |       |
| Genre                              |  | Age (étendue et moyenne) |                                 |       |
| Troubles mentaux                   |  |                          |                                 |       |
| Types d'infractions commises       |  |                          |                                 |       |
| <b>MODALITÉS DU TRAITEMENT</b>     |  |                          |                                 |       |
| Types de traitements               |  | Milieu                   | Modalité (groupe vs individuel) | Durée |

|   | Clientèle cible | Problématique cible |         |
|---|-----------------|---------------------|---------|
| Opérationnalisation de l'observance au traitement |                 |                     | Abandon |
| <b>MÉTHODE ET RÉSLTATS</b>                        |                 |                     |         |
| Méthodologie                                      |                 |                     |         |
| Analyse   |                 |                     |         |
| Comment les données manquantes ont été traitées ? |                 |                     |         |
| Forces  |                 |                     |         |
| Faiblesses et limites                             |                 |                     |         |

## Annexe C

### Grille d'évaluation de la qualité

|   |               |              |          |                     |
|---|---------------|--------------|----------|---------------------|
| Auteurs:  |               |              |          |                     |
| Date de publication :   |               |              |          |                     |
| Titre:  |               |              |          |                     |
| Source APA :  |               |              |          |                     |
|   | <b>Oui</b>    | <b>Non</b>   | <b>?</b> | <b>Commentaires</b> |
| <b>SÉLECTION</b>  |               |              |          |                     |
| Est-ce que l'échantillon est clairement décrit ?  |               |              |          |                     |
| Est-ce que les objectifs de l'étude sont clairs ?   |               |              |          |                     |
| Est-ce que la méthodologie utilisée est adéquate ?  |               |              |          |                     |
| <b>ÉCHANTILLONNAGE ET BIAIS DE SÉLECTION</b>  |               |              |          |                     |
| Est-ce que les participants étaient sélectionnés selon un système approprié ?                         |               |              |          |                     |
| Est-ce que le calcul de puissance (N) était suffisant pour la conception de l'étude ?                 |               |              |          |                     |
| Est-ce que l'échantillon était représentatif de la population étudiée ?                               |               |              |          |                     |
| <b>Échantillonnage et biais de sélection</b>  | <b>Faible</b> | <b>Élevé</b> | <b>?</b> |                     |
| <b>BIAIS DE MESURES</b>   |               |              |          |                     |
| Est-ce que l'observance a été évaluée selon une procédure fiable ?                                    |               |              |          |                     |
| Est-ce que les critères de classification (observance ou abandon) étaient clairs ?                    |               |              |          |                     |
| Est-ce que les procédures permettant de recueillir les mesures étaient cohérentes entre les groupes ? |               |              |          |                     |
| <b>Risque de biais de classification</b>  | <b>Faible</b> | <b>Élevé</b> | <b>?</b> |                     |

**BIAIS DES RÉSULTATS ?**

|   |               |              |          |  |
|---|---------------|--------------|----------|--|
| Est-ce que les mesures étaient objectives ?                                 |               |              |          |  |
| Est-ce que les mesures étaient cohérentes (entre les deux groupes) ?        |               |              |          |  |
| Est-ce que les données étaient suffisantes pour supporter les conclusions ? |               |              |          |  |
| Est-ce que les facteurs de confusion ont été pris en compte ?               |               |              |          |  |
| <b>Risque de biais de mesure</b>  | <b>Faible</b> | <b>Élevé</b> | <b>?</b> |  |