

JULIE BOUCHARD

**LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX QUI INTERVIENNENT DANS LA
SURVENUE DE PASSAGE À L'ACTE VIOLENT CHEZ LES PERSONNES
PRÉSENTANT DES TROUBLES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE
GRAVE ET DE TOXICOMANIE : POINT DE VUE DES PERSONNES
PRÉSENTANT CES PROBLÉMATIQUES**

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en service social
pour l'obtention du grade de maître en service social (M. Serv. Soc.)

ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

FÉVRIER 2008

Résumé

Cette étude qualitative, à la fois exploratoire et descriptive, s'intéresse aux aspects psychosociaux reliés au risque de passage à l'acte violent chez les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. L'objectif principal de la recherche était d'identifier certains facteurs micro-sociaux (environnement social primaire) et macro-sociaux (idéologies et structures sociales) pouvant être associés au passage à l'acte violent chez cette clientèle. De plus, nous cherchions à identifier certains facteurs de protection face à la violence hétéroagressive. Enfin, l'étude nous a aussi permis d'explorer la perception qu'entretient cette clientèle face à la violence et face aux liens qui unissent les problèmes de trouble mental grave, de toxicomanie et de violence.

Dans le cadre de cette étude, neuf hommes ayant des diagnostics de trouble mental grave (schizophrénie, psychoses apparentées ou trouble affectif bipolaire) ainsi que d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives et ayant présenté des comportements violents dans l'année précédant l'entrevue de recherche ont été interrogés à partir d'un protocole d'entrevue semi-structurée. Les répondants sont tous des usagers de l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du Centre hospitalier Robert-Giffard, un centre hospitalier psychiatrique de la région de Québec.

Dans la présente recherche, les facteurs psychosociaux associés à la triade maladie mentale, toxicomanie et violence ont été abordés aux plans micro-social (l'isolement social, l'absence de soutien parental, la fréquentation de pairs déviants et les conflits et tensions avec les proches) et macro-social (les conditions résidentielles déficientes, un statut socioéconomique faible, l'exclusion économique, l'exclusion sociale et la désorganisation sociale). Par la suite, la perception des participants a été investiguée en ce qui a trait (A) aux facteurs de protection contre l'agir violent, (B) au concept de violence en général, (C) à leur(s) passage(s) à l'acte violent et (D) aux liens qui unissent les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de violence.

Les résultats de l'étude démontrent que l'environnement social immédiat de la personne (groupe de pairs, famille, etc.) ainsi que le type de relation qu'elle entretient avec ce dernier par exemple, la difficulté à maintenir des liens sociaux ainsi que les conflits et les tensions avec autrui, sont à prendre en considération dans l'apparition des comportements violents chez cette clientèle. De plus, nous devons aussi considérer les structures sociales (marché du travail, organismes sociaux et communautaires, etc.) dans lesquelles évolue cette même personne. La perception qu'a cette clientèle quant à la violence et aux liens qui unissent les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de violence nous a permis de mettre en évidence certaines pistes de recherche et d'intervention à développer eu égard à ces difficultés.

Avant-propos

La réalisation de ce mémoire fut une expérience de vie qui a duré plus de quatre ans, qui fut très enrichissante aux plans personnel et professionnel mais qui a parfois été remise en question lorsque certaines étapes se sont avérées plus ardues. Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, madame Bernadette Dallaire, qui m'a encouragée tout au long du processus et qui, à chacune de nos rencontres, savait trouver les mots justes pour raviver la flamme et l'intérêt que je portais face aux problèmes sociaux à l'étude. Ses commentaires m'ont permis de pousser plus loin mes réflexions et ont certes contribué à enrichir cette étude. Je la remercie aussi pour sa patience face au temps que j'ai accordé à la rédaction de ce mémoire mais qui finalement, se voit achevé.

Je remercie également les usagers du Centre hospitalier Robert-Giffard (CHRG) qui ont accepté de me rencontrer et de partager avec moi des moments difficiles de leur vécu. Sans eux, ce travail n'aurait pu être réalisé. Également, je remercie le Docteur Pierre Rouillard, psychiatre et chef de service de l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du CHRG, pour avoir accepté de collaborer à ce projet et pour ses judicieux conseils qui ont contribué à l'avancement de cette recherche. Merci à son équipe de professionnels et à mes collègues au service social du CHRG qui ont collaboré de près ou de loin à ma démarche et qui surtout, ont cru en moi.

De façon plus personnelle, je remercie mon conjoint Jonathan pour son soutien et ses encouragements. De plus, toute ma gratitude est dirigée envers mes parents, Lise et Normand, ainsi que mes amis qui ont manifesté de l'intérêt et du support au fil des ans. Finalement, un merci tout spécial à la petite fille qui n'a pas encore vu le jour au moment d'écrire ces quelques lignes mais qui déjà, par sa présence dans ma vie et sa venue prochaine, a su m'encourager à terminer ce projet pour pouvoir par la suite, me consacrer entièrement à elle.

Table des matières

<u>1. Introduction</u>	1
<u>2. Problématique et objet d'étude</u>	
2.1 Contexte : l'après-désinstitutionnalisation.....	3
2.2 Prévalence.....	4
2.3 Les manifestations du double problème maladie mentale et toxicomanie.....	6
2.4 L'intervention en lien avec le double problème maladie mentale et toxicomanie.....	7
2.5 Objet d'étude et pertinence.....	10
<u>3. Recension des écrits</u>	13
3.1 Maladie mentale et violence.....	13
3.2 Toxicomanie et violence.....	15
3.3 Maladie mentale et toxicomanie.....	19
3.4 Facteurs associés aux trois problèmes	
3.4.1 <i>Aspects biomédicaux de la triade maladie mentale, toxicomanie et violence</i>	22
3.4.2 <i>Aspects psychosociaux de la triade maladie mentale, toxicomanie et violence</i>	23
3.5 Modèles explicatifs des liens entre maladie mentale, toxicomanie et violence	
3.5.1 <i>La théorie du trouble de la personnalité antisociale</i>	25
3.5.2 <i>Le modèle de la supersensibilité</i>	27
3.5.3 <i>Un modèle explicatif selon les approches écologique et structurelle</i>	28
3.6 Limites des études actuelles	
3.6.1 <i>Validité externe</i>	32
3.6.2 <i>Validité interne</i>	33

4. Cadre conceptuel

4.1 Définitions des termes importants.....	36
4.2 L'apport de l'approche éco-systémique.....	39
4.3 Schéma synthèse.....	41
4.4 Objectifs et questions de recherche.....	44

5. Méthodologie de recherche

5.1 Type de recherche privilégié.....	46
5.2 Population et échantillon	
5.2.1 Population à l'étude.....	46
5.2.2 Critères d'inclusion.....	47
5.2.3 Critère d'exclusion.....	48
5.2.4 Échantillonnage.....	48
5.3 Protocole de recrutement.....	49
5.4 Collecte des données.....	50
5.5 Traitement et analyse des données.....	52
5.6 Limites et forces de l'étude.....	53
5.7 Considérations éthiques.....	55

6. Présentation de l'échantillon

6.1 Données socio-démographiques	
6.1.1 Synthèse des données socio-démographiques par participant.....	57
6.1.2 Synthèse transversale des données socio-démographiques : profil de l'échantillon.....	57
6.2 Caractéristiques cliniques et judiciaires des participants à l'étude	
6.2.1 Synthèse des caractéristiques cliniques et judiciaires par participant.....	59
6.2.2 Synthèse transversale des caractéristiques cliniques de l'échantillon.....	60
6.2.3 Synthèse transversale des caractéristiques judiciaires de l'échantillon.....	62
6.3 Contexte des entrevues de recherche.....	63

<u>7. Présentation des résultats et description des contenus</u>	65
7.1 Adaptation au stress.....	65
7.2 Facteurs de risque micro-sociaux.....	66
7.3 Facteurs de risque macro-sociaux.....	70
7.4 Les dimensions à portée exploratoire.....	75
7.4.1 <i>Les facteurs de protection</i>	76
7.4.2 <i>La perception de la violence</i>	77
7.4.3 <i>La perception de la triade maladie mentale, toxicomanie et violence</i>	79
<u>8. Interprétation des résultats et discussion</u>	82
8.1 Caractéristiques individuelles et cliniques.....	83
8.2 Les facteurs micro-sociaux et macro-sociaux pouvant contribuer à la survenue des comportements violents	
8.2.1 <i>Facteurs micro-sociaux</i>	86
8.2.2 <i>Facteurs macro-sociaux</i>	88
8.3 Les dimensions à portée exploratoire.....	92
8.3.1 <i>Les facteurs de protection</i>	92
8.3.2 <i>La perception des agirs violents</i>	93
8.3.3 <i>La perception du lien qui existe entre les problèmes de trouble mental grave, de toxicomanie et de violence</i>	95
8.4 Rappel des limites de l'étude.....	97
8.5 Pistes de recherche et d'intervention	
8.5.1 <i>Pistes de recherche</i>	98
8.5.2 <i>Pistes d'intervention</i>	99
<u>9. Conclusion</u>	103
<u>10. Liste des références</u>	105

<u>II. Annexes</u>	111
Annexe A : Tableau des mots clés de la recherche documentaire.....	112
Annexe B : Demande de participation au projet de recherche.....	113
Annexe C : Formule de consentement.....	114
Annexe D : Canevas d'entrevue.....	117
Annexe E : Présentation des diverses formes de violence telles que présentées au participant.....	119
Annexe F : Grille de codification des données.....	120

Liste des schémas et tableaux

Schéma 1 : Modèle explicatif élaboré par Hiday (1997).....	30
Schéma 2 : L'interaction possible entre certains facteurs environnementaux et la survenue d'un passage à l'acte violent chez une personne présentant des troubles concomitants de TMG et de toxicomanie.....	42
Tableau 1 : Données socio-démographiques par participant.....	57
Tableau 2 : Caractéristiques cliniques et judiciaires par participant.....	60

1. Introduction

Au fil des années, les problèmes sociaux se modifient, s'additionnent et de ce fait, se complexifient. Le champ de pratique de la santé mentale n'a pas échappé à cette complexification et de nos jours, il n'est pas rare de rencontrer dans notre pratique une personne présentant un trouble mental en cooccurrence avec d'autres troubles, par exemple la toxicomanie ou la violence.

À travers ce mémoire, nous tenterons d'identifier certains facteurs pouvant intervenir dans l'apparition des comportements violents chez la clientèle présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, mais aussi certains facteurs pouvant l'empêcher de commettre un geste violent. Aussi, la particularité de cette étude se trouve dans le fait que nous cherchons à mieux comprendre le point de vue de cette clientèle, ce que les gens ont à dire à propos de leur difficulté et de leur vécu. Précisément, nous poursuivons les objectifs suivants : (1) identifier certains facteurs micro-sociaux et macro-sociaux pouvant précipiter ou contribuer aux comportements violents perpétrés par les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie; (2) identifier certains facteurs de protection ou de prévention de ces comportements; (3) mieux comprendre ce qui influence le passage à l'acte violent chez cette clientèle et la perception qu'ils ont de ce dernier. Nous tenterons d'atteindre ces objectifs par une approche de recherche qualitative, de nature exploratoire et descriptive, à partir d'entrevues semi-structurées avec des usagers de l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du Centre hospitalier Robert-Giffard.

Tout d'abord, nous démontrons pourquoi la triade maladie mentale, toxicomanie et violence fait problème et ce, à travers le positionnement de la problématique et de l'objet d'étude. Ensuite, nous présentons une recension des écrits traitant de ce sujet et, plus précisément, les liens existants entre maladie mentale et violence, toxicomanie et violence et maladie mentale et toxicomanie, les aspects associés à ces trois problèmes ainsi que certains modèles explicatifs et les limites des études actuelles. La troisième section présente le cadre conceptuel soutenant ce mémoire. Subséquemment, les divers

éléments de la méthodologie de la recherche sont présentés, soit : le type de recherche privilégié, la population et l'échantillon, le protocole de recrutement, la collecte des données, le traitement et l'analyse de ces dernières, les limites et les forces de l'étude ainsi que les considérations éthiques prises en compte. La section 6 est quant à elle consacrée à la présentation de l'échantillon et expose les données socio-démographiques des participants à l'étude, leurs caractéristiques cliniques et judiciaires et présente le contexte de réalisation des entrevues de recherche. Par la suite, les résultats et la description des contenus des entrevues de recherche sont présentés : ils traitent de l'adaptation au stress, des facteurs de risque micro et macro-sociaux ainsi que certaines dimensions à portée exploratoire (les facteurs de protection, la perception de la violence et celle de la triade maladie mentale, toxicomanie et violence). Suivent l'interprétation des résultats et la discussion à propos des limites de l'étude et des pistes de recherche et d'intervention possibles découlant de cette dernière.

2. Problématique et objet d'étude

2.1 Contexte : l'après-désinstitutionnalisation

À l'aube de l'État-providence, les asiles, comme on les appelait à cette époque, étaient remplis de personnes présentant un trouble mental transitoire ou sévère. Devant le coût faramineux du fonctionnement de ces institutions et la dénonciation des mauvais traitements prodigués dans les hôpitaux psychiatriques, un nouveau concept est apparu : la désinstitutionnalisation. Au début des années 70, la société fait face à un retour massif des gens souffrant de troubles mentaux graves (TMG) dans la communauté. Dans ce mouvement, la société a fait face à une restriction des admissions dans les hôpitaux psychiatriques et ce, de façon à valoriser les traitements en communauté (Tessier et Clément, 1991). Par contre, les problèmes à dispenser les services en communauté et à offrir des suivis de façon adéquate ont tôt fait d'engendrer d'autres problèmes. Nous nous trouvons présentement dans une période que nous pouvons nommer « l'après-désinstitutionnalisation », période où nous nous interrogeons sur les retours des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale dans la communauté et surtout, sur les impacts de ces retours en collectivité. Certes, il y a des points positifs tels que l'autodétermination de la personne, l'inclusion sociale et la non-marginalisation des personnes ayant un trouble psychiatrique. Par contre, plusieurs personnes sont aux prises avec divers problèmes psychosociaux associés à leur diagnostic de maladie mentale. Comme le soulignent certains chercheurs, l'après-désinstitutionnalisation est un facteur culturel qui a certainement contribué à faire augmenter la prévalence de la toxicomanie chez les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. Ils mentionnent que, sans la protection des murs de l'institution, l'accès aux substances psychoactives ou à l'alcool est facilité et de ce fait, les problèmes sociaux associés sont multipliés (Dixon, 1999; Drake, Wallach, Alverson et Mueser, 2002; Mueser, Drake et Wallach, 1998). Ajoutons aussi le fait que la « rue » véhicule une sous-culture où la consommation de drogues s'avère plus souvent qu'autrement être la norme (Drake et al., 2002). De plus en plus, les praticiens sociaux font face à des difficultés plus complexes les unes que les autres et nous nous retrouvons parfois démunis devant des cas de troubles concomitants. En santé mentale, on observe une augmentation des problèmes de toxicomanie associés au diagnostic d'un trouble

mental. Pour ajouter à la complexité de ce double problème, la comorbidité maladie mentale et toxicomanie s'arrête rarement à ces deux troubles. La clientèle aura souvent un ou plusieurs problèmes sociaux associés tels que la pauvreté, l'inemployabilité, des problèmes médicaux (incluant le VIH), l'isolement social, la violence, la délinquance, la criminalité ou l'itinérance (Dixon, 1999; Lehman, 1996; Tessier et Clément, 1991). Bref, comme le font remarquer Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd et Goodwin (1990), les traitements sont certes compliqués, avec des conséquences parfois désastreuses, par la multiplication de ces problèmes sociaux chez une personne donnée.

2.2 Prévalence

Aux États-Unis, le *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) (Regier et al., 1990) suggère que la prévalence de diagnostics d'abus ou de dépendance à une substance parmi les gens atteints de TMG est de 56% chez les personnes atteintes de trouble affectif bipolaire et de 47% chez les personnes atteintes de schizophrénie. Ceux atteints de schizophrénie ont six fois plus de risques de développer un trouble d'abus aux substances que la population générale (Regier et al., 1990). Selon le ECA, l'alcool serait la drogue la plus consommée par la personne souffrant de schizophrénie. Ensuite, la consommation de cocaïne et de cannabis s'avère elle aussi importante. L'utilisation des autres drogues telles que les stimulants, les opiacés ou les hallucinogènes serait moins commune chez les personnes atteintes de schizophrénie. Pour les troubles de personnalité, la prévalence des gens ayant un diagnostic de personnalité antisociale, combinée à un diagnostic de toxicomanie à vie, est de 87%. Cette étude révèle aussi que la prévalence d'abus ou de dépendance à vie à une ou des substances psychoactives est, parmi la population générale, de 16,7% tandis qu'elle s'élève à 39% parmi la population en milieu hospitalier psychiatrique. L'étude fait aussi ressortir la surreprésentation des problèmes de TMG et de toxicomanie parmi la population carcérale. Quarante-vingt-dix pourcent des détenus atteints de troubles mentaux (schizophrénie, maladie affective bipolaire, trouble de personnalité antisociale) auraient des conduites addictives avec les substances psychoactives.

Finalement, la prévalence des comportements violents est de 2,27% parmi les gens identifiés comme n'ayant pas de problèmes psychiatriques majeurs, 6,98% parmi ceux ayant un TMG, 19,7% pour ceux ayant un trouble d'abus de substances et 22% pour les individus présentant des troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie (Swanson, 1994). L'étude de Steadman, Mulvey, Monahan, Clark-Robbins, Appelbaum, Grisso, Roth et Silver (1998) conclut que la présence de la comorbidité maladie mentale et toxicomanie est un excellent prédicteur de comportements violents. Au terme d'une étude d'un an, la prévalence des comportements violents s'est avérée de 17,9% pour les personnes avec un diagnostic psychiatrique mais sans problème de toxicomanie comparativement à 31,1% chez celles présentant les deux troubles simultanément (Steadman et al., 1998).

En ce qui a trait aux caractéristiques personnelles, on peut constater que, tous diagnostics confondus, les hommes auraient une propension plus élevée aux comportements violents. Les personnes avec un diagnostic de schizophrénie auraient davantage des comportements violents que celles ayant un trouble de l'humeur. Celles présentant des troubles concomitants de TMG et de toxicomanie auraient les comportements les plus violents, suivies de près par celles ayant un problème de consommation de drogues seule (Swanson, 1994). Selon le ECA, la consommation d'alcool et de drogues serait davantage présente chez les hommes que chez les femmes.

En ce qui a trait à la population québécoise, Mercier et Beaucage (1997) en viennent à la conclusion que du tiers à la moitié des personnes souffrant d'un TMG ont aussi un problème relié à la consommation d'alcool ou de drogues.

Enfin, en ce qui concerne le double problème maladie mentale et criminalité, Hodgins et Côté (1990) rapportent qu'au Québec, le quart des détenus fédéraux présenteraient un trouble mental grave. La prévalence de TMG chez ces détenus serait davantage élevée que dans la population en générale. Quant à la toxicomanie, la moitié des détenus fédéraux québécois présenteraient un problème d'abus ou de dépendance aux psychotropes. Ces taux seraient sous-estimés considérant que les détenus présentent une

tendance à ne pas rapporter leur trouble de santé mentale et les symptômes s'y rattachant. Cette tendance semble reliée au fait que le milieu carcéral nourrit des préjugés négatifs à l'égard des troubles mentaux (Hodgins et Côté, 1990).

2.3 Les manifestations du double problème maladie mentale et toxicomanie

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1999) nous offre une définition très complète de la clientèle nécessitant des services en raison de la présence de troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie. C'est une clientèle qui souffre à la fois de TMG, qui a souvent un diagnostic de trouble de la personnalité sur l'axe II¹, conjointement à des conduites dépendantes ou d'abus de substances psychoactives. Donc, ces personnes ont besoin à la fois de services spécialisés en toxicomanie et en psychiatrie. Selon le document de la Régie régionale et contrairement à ce qu'affirment Mercier et Beaucage (1997), on retrouverait cette clientèle autant dans les services de toxicomanie que dans ceux de santé mentale. Cependant, on peut aussi la retrouver dans des ressources traitant des problèmes d'itinérance ou dans des établissements judiciaires puisque le double problème de ces personnes est aussi souvent associé à des problèmes d'itinérance, de délinquance ou de criminalité. De plus, parmi cette clientèle, on retrouverait souvent des personnes qui ne prennent pas leur médication psychiatrique de façon assidue et chez qui on peut soupçonner des problèmes engendrés par l'interaction de la drogue avec les médicaments. On peut aussi déceler une possible intensification des symptômes psychiatriques. Le déni de leur double trouble est chose courante et plusieurs préfèrent le diagnostic de « toxicomane » à celui de « malade mental ». Vu leur ambivalence face au traitement, le pronostic est souvent moins reluisant (Mercier et Beaucage, 1997; Vincent, Gagné et Therrien, 2001).

¹ Un trouble de la personnalité sur l'axe II renvoie à la classification multiaxiale utilisée en psychiatrie, que l'on retrouve dans le DSM-IV (Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux-4 ième édition). L'axe I comprend le ou les troubles mentaux, l'axe II les troubles de la personnalité et la déficience intellectuelle, l'axe III les troubles et conditions physiques, l'axe IV les problèmes environnementaux et psychosociaux et l'axe V, le niveau actuel de comportement adapté. Précisément, les troubles de la personnalité sont définie comme « un mode de fonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement ». (DSM-IV, extrait de Durand et Barlow, 2002 : 598).

2.4 L'intervention en lien avec le double problème maladie mentale et toxicomanie

Pour bien comprendre la problématique qui se pose autour de l'intervention auprès des gens ayant à la fois des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, il faut faire un bref survol de l'évolution des approches en cette matière. Selon Hood, Mangham, McGuire et Leigh (1996), les difficultés que les intervenants médicaux et sociaux ont rencontrées au début du XX^e siècle, soit l'incapacité de comprendre et de traiter efficacement la toxicomanie et les problèmes de santé mentale, sont un des facteurs principaux qui ont contribué au développement différent du traitement dans les deux domaines. Alors que les problèmes de santé mentale sont principalement traités dans des centres hospitaliers et relèvent de la psychiatrie, les problèmes de consommation excessive de substances psychoactives sont traités dans des établissements non psychiatriques, spécialisés en toxicomanie et qui utilisent davantage le modèle biopsychosocial, plutôt que médical (Hood et al., 1996). Il n'est donc pas étonnant que les services aient été rendus par deux systèmes de traitement différents et ce, de façon parallèle ou séquentielle (Hood et al., 1996; Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2001).

Traditionnellement, le traitement séquentiel a été celui le plus utilisé pour les troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie. Ce traitement inclut la règle que la personne n'est admissible qu'à une partie du traitement jusqu'à ce que l'un de ses problèmes soit résolu. Par exemple, la personne doit avoir stabilisé son problème de santé mentale par la médication avant d'entreprendre une thérapie visant l'arrêt de consommation de drogues et l'inverse peut être aussi vrai. Cependant, en voulant traiter un trouble avant l'autre, on oublie l'interaction que peut avoir ce premier trouble sur le second. On comprend bien qu'avec une telle approche, la personne est souvent exclue d'un traitement et de cette façon, les intervenants mettent des limites au programme et offrent des soins de manière non intégrée, donc ne tiennent pas compte de l'ensemble des besoins de la personne (Mercier et Beaucage, 1997; Mueser et al., 2001).

Un autre problème qui se pose dans les approches traditionnelles est le fait que les traitements soient offerts en parallèle. La personne reçoit de l'aide pour les deux troubles

mais le traitement est dispensé par des professionnels différents et, trop souvent, il n'y a pas de concertation et de collaboration entre les deux services (Mercier et Beaucage, 1997; Mueser et al., 2001). La continuité entre les deux traitements est de ce fait très difficile et c'est ce qui, trop souvent, amène la personne à vivre le syndrome de la porte tournante, une nouvelle réalité de notre système de soins. La personne est promenée d'une ressource à l'autre et elle doit s'adresser elle-même aux dispensateurs de services, bien que fréquemment, elle manque de motivation ou est mal outillée pour aller chercher de l'aide.

À travers ce qui suit, nous verrons comment le réseau s'est adapté à la problématique et à la clientèle pour offrir des services de la façon la plus efficiente possible et quelle intervention doit être préconisée pour traiter les troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie. La littérature fait ressortir un consensus relativement aux qualités que doit posséder un modèle d'intervention efficace pour traiter les deux difficultés. Tout d'abord, les services doivent être dispensés de façon intégrée et simultanée (Hood et al., 1996; Mercier et Beaucage, 1997; Mueser et al. 2001; Smith et Hucker, 1994). Parmi d'autres éléments primordiaux, on retrouve l'évaluation précoce de l'usage de psychotropes (Hood et al., 1996; Mercier et Beaucage, 1997) et l'abstinence à titre de but et non pas de condition au traitement (Hood et al., 1996; Smith et Hucker, 1994). Toutefois, les auteurs nous rappellent bien que chacun des modèles comporte ses forces et ses faiblesses et qu'il n'y a aucun consensus en ce qui concerne le modèle le plus efficace. Un modèle peut convenir à un type de personne et pour d'autres, se révéler complètement inefficace.

Le modèle intégré de services semble dominant dans les écrits à propos de ce double problème. Notons par contre qu'il est peu répandu au Québec. Il est défini « comme un programme au sein duquel le même clinicien (ou la même équipe de cliniciens) dispense des traitements à la fois pour un ou des troubles mentaux et pour la toxicomanie » (Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2001 : 26) ainsi que pour les autres problèmes sociaux présentés par la personne. Il semble que ce modèle soit celui qui mène aux meilleurs résultats thérapeutiques en ce qui a trait à l'amélioration de la situation de la personne et à la diminution des hospitalisations. Pour que ce type d'intervention soit efficace, on doit

retrouver plusieurs éléments. Premièrement, l'intervention doit se faire le plus près possible de la personne, dans son milieu naturel. On nous rapporte qu'un suivi actif augmente de six fois les chances que la personne demeure dans le traitement. Ensuite, il doit y avoir une supervision intensive de la personne, qu'elle soit volontaire ou non et ce, en début de traitement. Comme rapporté précédemment, les services doivent être concertés et intégrés, l'approche doit être globale et tenir compte de toutes les sphères de la vie de la personne, l'hébergement doit être stable, les intervenants doivent être flexibles et spécialisés quant à leur approche d'intervention de façon à s'adapter à la clientèle, le traitement doit être dispensé par étapes de façon à respecter le rythme de la personne et à ne pas forcer les choses. Finalement, le traitement doit être envisagé sur du long terme et tant l'utilisateur que l'intervenant et la famille doivent croire au traitement et faire preuve de motivation (Drake, Bartels, Teague, Noordsy et al. 1993 dans Mercier et Beaucage, 1997; Mueser et al. 2001). À ces éléments, Mueser et al. (2001) ajoutent l'importance de dispenser les traitements avec une vision de réduction des méfaits plutôt que l'arrêt complet des conduites addictives inadéquates. Ce dernier élément aiderait beaucoup à établir une alliance thérapeutique.

Évidemment, l'intervention multidisciplinaire est généralement préconisée pour ce double problème. À ce titre, le travailleur social joue un rôle important dans la coordination des services et comme agent de liaison entre les divers acteurs impliqués dans le traitement de la personne. Il peut être impliqué dans toutes les étapes de l'intervention, mais sa spécialisation académique l'amène probablement à être davantage sollicité pour l'intervention familiale et pour les autres interventions qui doivent être réalisées dans le milieu de vie de la personne, de façon à renforcer son environnement social (famille, groupe de pairs, etc.), le but étant de modifier les comportements de la personne et viser le maintien des acquis. Comme le mentionne Orsonnens (2004), le modèle d'intervention intégré de services apporte de beaux défis pour les intervenants sociaux des deux réseaux de services. Compte tenu du fait que le travailleur social est souvent le premier intervenant à effectuer une prise de contact avec les toxicomanes, il est important qu'il développe son expertise pour reconnaître les situations de troubles

concomitants, les évaluer adéquatement et être en mesure de référer, au besoin, vers des services de santé spécialisés.

2.5 Objet d'étude et pertinence

Cette recherche a pour objet les aspects psychosociaux pouvant être associés à la violence hétéroagressive perpétrée par les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale, précisément de TMG, et de toxicomanie. Elle cherche à apporter une compréhension des gestes violents commis par une clientèle plutôt marginalisée et ce, à partir de leur perception et à travers une prise en compte de l'environnement social. Plus particulièrement, nos objectifs sont : (1) identifier certains facteurs micro-sociaux et macro-sociaux pouvant précipiter ou contribuer aux comportements violents perpétrés par les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie; (2) identifier certains facteurs de protection ou de prévention de ces comportements; (3) mieux comprendre ce qui influence le passage à l'acte violent chez cette clientèle et la perception qu'ils ont de ce dernier. L'étude visera à répondre aux questions suivantes :

1- Comment la personne perçoit-elle la relation qui existe entre ses problèmes de maladie mentale, de toxicomanie et de violence? Comment interprète-t-elle son ou ses agirs violents?

2- À partir des perceptions et du vécu de la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, quels sont les facteurs pouvant influencer l'apparition des comportements? Quels sont les facteurs relevant de l'environnement micro-social et ceux relevant de l'environnement macro-social?

3- À partir des perceptions et du vécu de la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, quels sont les facteurs qui agissent comme facteurs de protection à l'agir violent?

La pertinence scientifique est fondée sur le besoin, comme intervenants et chercheurs dans le domaine des sciences sociales, de comprendre la dynamique qui influence les actes de violence envers autrui commis par une clientèle atteinte de TMG et présentant un problème de toxicomanie. De plus, puisque la plupart des recherches sur la cooccurrence des troubles mentaux et de la toxicomanie se centrent sur les aspects psychopharmacologiques, notre recherche pourra contribuer à l'émergence de nouvelles pistes d'intervention pour les praticiens sociaux de divers milieux et ce, compte tenu que nous visons une meilleure compréhension du point de vue de ceux qui vivent avec ces problèmes. La majorité des études portent sur le TMG et la violence ou encore sur le TMG et la toxicomanie, mais très peu traitent de la concomitance de ces trois difficultés et encore moins de la perception de ceux qui présentent ces dernières. Les travaux portant sur les problèmes nommés précédemment ont davantage pour but de vérifier l'interaction entre ces troubles. Ils examinent l'association entre les problèmes, mais on cherche peu à identifier quels sont les facteurs qui peuvent entraîner un passage à l'acte violent et, encore moins, à explorer la perception que la personne a de ses troubles. On est à même de constater que la recherche sociale est peu présente en ce qui concerne les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. En particulier, la relation de la personne présentant ces troubles avec son environnement est encore peu étudiée.

Nous savons que l'environnement social et les structures sociales jouent un rôle important sur les agirs violents. C'est pourquoi il faut chercher des explications au-delà de la vulnérabilité biologique et de l'effet pharmacologique de la substance, deux pistes de recherches grandement véhiculées par le modèle biomédical. La pertinence sociale de cette recherche repose sur le fait que nous tentons de mieux cerner la dynamique qui peut exister entre la personne, son environnement et les structures sociales. Nous avons interrogé des personnes présentant des problèmes de maladie mentale, de toxicomanie et de violence ce, de façon à vérifier leur perception quant à l'apparition des gestes violents. Ainsi, notre recherche pourra apporter des connaissances pertinentes pour l'intervention sociale. Notamment, elle pourrait aider à dégager certaines pistes utiles pour l'élaboration d'outils et de méthodes d'évaluation du risque de violence tenant compte de l'environnement social. Enfin, parce qu'elle se centre sur les cheminements et le point de

vue des usagers eux-mêmes, notre étude est susceptible de contribuer à une meilleure adaptation des services destinés à cette clientèle (prise en compte des priorités identifiées par les usagers, de leurs conditions générales de vie, etc.).

3. Recension des écrits

D'abord, avant d'entreprendre la recherche documentaire, nous avons établi une stratégie de recension de la littérature, telle que présentée à l'annexe A. La présente revue de la littérature a été effectuée à partir de certaines banques de données se rapportant davantage aux domaines des sciences sociales et de la médecine (SWAB, Social abstracts, Sociological abstracts, PsyInfo, Medline, Current contents et Ariane). Nous avons effectué la recherche à partir de quatre concepts identifiés préalablement, soit maladie mentale, toxicomanie, violence/délinquance et aspects sociaux, ainsi qu'avec des synonymes de ces concepts. Aussi, une recherche a été effectuée avec les noms des principaux auteurs que nous connaissions et qui écrivent sur ces sujets. La littérature ainsi recueillie couvre la période de 1975 à 2006.

3.1 Maladie mentale et violence

À partir d'une recension des écrits réalisée pour la Direction générale de la promotion et des programmes de santé de Santé Canada, Arboleda-Flòrez, Heather et Crisanti (1996) tirent des conclusions éloquentes sur le lien entre maladie mentale et violence. Tout d'abord, ils concluent qu'il est impossible d'établir un lien de causalité entre ces deux problèmes puisque les chercheurs ne peuvent contrôler toutes les variables leur permettant d'affirmer, hors de tout doute, que la maladie mentale cause la violence. Cependant, à la lumière des écrits analysés, les auteurs concluent que le risque de violence est plus élevé chez une population d'anciens usagers d'établissements psychiatriques vivant en collectivité, surtout si ces personnes ont déjà des antécédents de violence comparativement à la population générale. Le risque de violence est aussi élevé parmi les gens hospitalisés en psychiatrie qui ont à leur dossier des antécédents de violence. On peut donc conclure que la maladie mentale peut être un facteur de risque de passage à l'acte violent (Arboleda-Flòrez et al., 1996; Steadman et al., 1998). Swanson (1994) précise que la majorité des personnes atteintes de TMG ne commettent pas de gestes de violence physique (assaut) envers autrui. Néanmoins, les TMG, selon l'analyse qu'il en fait, seraient significativement associés aux comportements violents (Swanson,

1994). De plus, il apparaît que la violence est davantage dirigée vers un proche, soit le ou la conjointe de la personne ayant un trouble mental, un membre de la famille ou un ami (Arboleda-Florez et al., 1996; Steadman et al., 1998).

Une étude longitudinale de Räsänen, Tiihonen, Isohanni, Rantakallio, Lehtonen et Moring (1998) a identifié les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie comme étant 4 à 7 fois plus susceptibles de commettre des actes violents que la population générale. Brennan, Mednick et Hodgins (2000) spécifient eux aussi que le risque de commettre un crime violent se voit augmenté chez les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie et ce, avec ou sans trouble de personnalité et peu importe le genre. Donc, la schizophrénie serait associée à une augmentation de la propension à la violence. Quant aux résultats de Bartels, Drake, Wallach et Freeman (1991), ils démontrent que ceux ayant un diagnostic de trouble schizo-affectif ont davantage de comportements violents et qu'à l'inverse, les personnes souffrant de dépression majeure présentent moins ces comportements. À l'opposé, l'étude de Fulwiler, Grossman, Forbes et Ruthazer (1997) conclut que, à partir de leur échantillon de gens souffrant de TMG et bénéficiant d'un suivi en communauté, le diagnostic psychiatrique ne permet pas de différencier les personnes dites violentes de celles non violentes.

On ne peut exposer le lien qui existe entre la maladie mentale et la violence sans exposer celui qui existe entre la maladie mentale et la criminalité, puisque cette dernière inclut des actes violents. Certes, le lien entre maladie mentale et criminalité est modeste. Le risque de crime sérieux commis par quelqu'un ayant un TMG est minime, mais il se voit accentué lorsque la consommation de substances psychoactives entre en jeu. Une étude rapporte que 0,28% de ceux ayant un diagnostic de schizophrénie seul ont été accusés d'une offense violente comparativement à 2,2% de ceux ayant des troubles concomitants de maladie mentale et de toxicomanie (Wallace, Mullen, Burgess, Palmer, Ruschena et Browne, 1998). Donc, la probabilité qu'une personne ayant un diagnostic de TMG commette un meurtre ou un crime avec violence envers autrui est très mince et ce, malgré les risques qui peuvent nous paraître élevés (Wallace et al., 1998). Une étude de Steele, Darjee et Thomson (2003) avait comme objectif de comparer des utilisateurs de drogues

avec des non-utilisateurs parmi une population de gens atteints de schizophrénie et hospitalisés sur une unité psychiatrique à haute sécurité. Les offenses sévères telles l'homicide et les voies de faits graves étaient plus présentes chez ceux présentant un double diagnostic de maladie mentale et de toxicomanie, mais de façon non significative statistiquement. De plus, ce groupe était plus susceptible d'avoir consommé de l'alcool ou des substances psychotropes au moment du passage à l'acte violent ayant mené à l'hospitalisation (Steele, Darjee et Thomson, 2003). Supportant cette étude, Hodgins et Côté (1993) concluent qu'il n'y a pas de preuve permettant de confirmer l'hypothèse voulant que les détenus souffrant d'un TMG soient davantage reconnus coupables pour des crimes violents que les détenus sans diagnostic psychiatrique.

3.2 Toxicomanie et violence

Plusieurs données convergent vers l'interprétation voulant que les substances psychotropes, licites et illicites, aient des effets sur les comportements violents des individus. Par exemple, les études concernant les populations carcérales, la violence conjugale et les études épidémiologiques indiquent toutes qu'une association existe entre les deux problèmes. Parfois, la violence précèdera la consommation de substances psychoactives ou vice versa. Aussi, certaines substances sont consommées, sans présence d'actes violents et il n'y a aucune progression vers la violence. À l'inverse, la violence peut aussi se manifester sans intoxication. (Bean, 2001; Fagan, 1993b). Certes, un certain profil se trace chez le consommateur de drogues qui subit ou produit la violence. Selon le British Crime Survey (1996), un jeune homme âgé de 18 à 24 ans, célibataire, qui fréquente régulièrement les lieux publics avec ses pairs et qui consomme de l'alcool dans les bars serait plus à risque de présenter un double problème de toxicomanie et de violence (Bean, 2001).

Parmi les personnes avec ou sans TMG, la consommation de drogues fait augmenter le risque de passage à l'acte violent (Brennan, Mednick et Hodgins, 2000; Steadman et al., 1998). L'idée qu'il existe une association entre la consommation de substances psychoactives et la violence semble faire consensus. Par contre, chaque chercheur, selon

la « lunette » avec laquelle il étudie la problématique, nuancera cette affirmation. Tout d'abord, le lien entre la toxicomanie et la violence est complexe et nous ne pouvons établir une causalité quant au rôle de la substance psychotrope dans la perpétration d'actes violents (Fagan, 1993a). Par contre, on peut affirmer que la consommation de drogues se produit dans des contextes environnemental, social, situationnel et culturel qui influenceront le potentiel de violence d'un individu (Bean, 2001; Boles et Miotto, 2003; Brochu, 1995; Fagan, 1993b; McCardle et Fishbein, 1989; Roth, 1994). La présence de substances psychoactives, lors d'un événement violent, n'implique pas nécessairement le fait que la substance ait affecté le comportement ainsi que le passage à l'acte. Le lien qui unit les problèmes de toxicomanie et de violence implique à la fois des variables sociales, économiques, environnementales et un processus biologique à la base de tous comportements humains (Boles et Miotto, 2003; Fagan, 1993a). Roth (1994) propose une classification qui comporte six catégories de facteurs :

- 1- les forces sociales et économiques (facteurs macro-sociaux);
- 2- les interactions entre la personne et un contexte précis, un « cadre » (facteurs micro-sociaux);
- 3- le développement de l'individu de l'enfance à l'âge adulte;
- 4- les processus biologiques qui sous-tendent les comportements humains;
- 5- les facteurs causals (par exemple, la proximité temporelle de l'événement violent);
- 6- les facteurs prédisposants qui, dans le mois ou l'année précédant l'acte violent, ont pu contribuer à l'augmentation du risque d'un futur passage à l'acte violent.

Maintenant, nous précisons les facteurs nommés précédemment à partir des auteurs consultés. Assurément, les forces sociales et économiques jouent un rôle dans l'apparition du comportement violent. La consommation peut entraîner la violence à travers le processus de distribution de drogues ou à travers la recherche d'argent pour se procurer la substance psychoactive. C'est donc dire que les drogues illégales et la violence sont liées ensemble en raison du « marché » relié à la vente de drogues (Bean, 2001; Boles et Miotto, 2003; Roth, 1994). Quigley et Leonard (2000) soutiennent l'idée que lorsque les individus ou un groupe d'individus appartenant à une sous-culture sont

enclins à s'engager dans des comportements déviants, la drogue et la violence sont généralement aussi présentes. L'implication dans des activités illégales, comme le trafic de stupéfiants, peut aussi mener à la cooccurrence de violence et de consommation de drogues et ce, malgré le fait que ce n'est pas la drogue comme telle qui cause directement la violence mais plutôt les activités entourant sa revente. Ceci nous mène au deuxième facteur, relevant de l'interaction de la personne avec son environnement. Fagan (1993a) avance que le contexte influence à la fois le contrôle social limitant l'apparition des comportements violents mais stimulant aussi sa propension. Les données empiriques par rapport aux substances psychoactives suggèrent que les comportements individuels varient selon le contexte. Donc, les mêmes individus, consommant la même substance vont agir différemment et ce, selon la situation sociale. De plus, la violence interpersonnelle, bien qu'elle semble être présente dans des situations similaires, est au contraire davantage présente dans certains contextes/situations plutôt que d'autres (Fagan, 1993b). Par exemple, des événements violents peuvent être associés plus spécifiquement à certains bars. Aussi, il y a le comportement socialement attendu à la suite de la consommation de substances, variant selon la situation sociale dans laquelle la consommation se produit (le nombre de personnes présentes, la nature de leur relation, la permissivité associée à la situation) qui influencera le comportement violent ou non de l'individu (Fagan, 1993b).

En ce qui concerne le développement individuel, Roth (1994) avance que des gestes violents posés tôt dans l'enfance sont prédicteurs d'une consommation abusive de psychotropes à l'âge adulte et que cette combinaison est aussi associée à un risque plus élevé de comportements violents à l'âge adulte. Donc, un des prédicteurs de violence commise par une personne est l'historique de violence de cette même personne (Reiss et Roth, 1993). Roth (1994) précise aussi que le *pattern* de consommation de drogues et celui de comportements agressifs se renforcent l'un et l'autre et débutent souvent dans l'enfance. Finalement, en ce qui concerne le lien biologique entre les psychotropes et la violence, il diffère selon le type de drogue, la quantité et le *pattern* d'utilisation (Reiss et Roth, 1993). On avance que l'alcool et certaines drogues dites stimulantes, comme les

amphétamines et la cocaïne, jouent un rôle contributoire dans l'apparition des comportements violents (Boles et Miotto, 2003).

L'alcool est la substance la plus fréquemment citée comme étant reliée à des comportements violents mais, comme toutes les substances psychoactives, il n'y a pas de lien de causalité entre l'alcool et la violence (Boles et Miotto, 2003; Roth, 1994). L'excuse trop souvent prononcée voulant que l'alcool cause la violence est fautive. Cette affirmation permet plutôt de définir les règles de consommation, en lien avec les facteurs culturels et sociaux et ainsi, le seuil de tolérance face à la violence est plus élevé lorsqu'une personne est intoxiquée compte tenu qu'on véhicule l'idée, à tort, qu'une consommation excessive d'alcool et la violence peuvent aller de pair. L'alcool est un facteur précipitant et non la cause de la violence (Fagan, 1993b ; Quigley et Leonard, 2000; Roth, 1994). Ainsi, on note que la plupart des événements violents sont généralement précédés de consommation d'alcool, à la fois par l'agresseur et la victime (Roth, 1994). On note aussi un taux plus élevé de crimes violents parmi les personnes dites alcooliques (Reiss et Roth, 1993; Roth, 1994). Bref, le lien entre l'alcool et la violence, tout comme les autres psychotropes, existerait seulement en relation avec une troisième variable contextuelle et selon certains facteurs personnels et sociaux.

Il existe plusieurs modèles tentant d'expliquer la relation entre la toxicomanie et la violence. Certains auteurs parlent de modèles causals, impliquant une relation directe entre les deux problèmes. D'autres préfèrent parler de modèles corrélacionnels stipulant que la toxicomanie et la violence sont associées, mais en lien à d'autres éléments tels qu'une psychopathologie, l'adoption d'un style de vie déviant, etc. (Brochu, 1995). Quant à Brochu (1995), il a élaboré son propre modèle conceptuel en intégrant tous les modèles recensés dans la littérature, jugeant que ce dernier fournirait un portrait plus global de la réalité. Le lien entre la toxicomanie et la violence ne serait pas linéaire. Il présenterait divers niveaux allant de faible à sévère, comporterait certains facteurs de risque mais aussi des facteurs de protection, des facteurs de maintien, d'interruption et de progression des agirs violents et ce, compte tenu que la personne interagit avec un ensemble de systèmes sociaux.

3.3 Maladie mentale et toxicomanie

Rouillard (2003) présente cinq liens possibles entre la maladie mentale et la toxicomanie. Premièrement, le trouble mental est un facteur de risque pour la toxicomanie ou, ce même trouble va modifier la toxicomanie chez une personne. Ensuite, l'intoxication chronique par une ou des substances psychoactives peut causer des symptômes psychiatriques et pour émettre un double diagnostic, on attendra de vérifier si le trouble psychiatrique va persister malgré l'abstinence de drogues, de façon à s'assurer que l'on n'est pas en présence d'une psychose d'origine toxique. Finalement, les deux troubles deviennent soit interreliés ou restent indépendants. Quant au *Group for the Advancement of Psychiatry Psychopathology Committee* (1992), il suggère que l'abus de substances psychoactives chez la personne ayant une maladie mentale est « une réponse rationnelle à une maladie irrationnelle ». Les membres de ce comité font probablement partie de ceux qui soutiennent que les personnes atteintes de trouble psychotique utilisent la consommation d'alcool ou de drogues comme de l'automédication (Drake et al., 2002).

Concernant l'incidence, on peut énoncer que la maladie mentale peut avoir des effets sur la consommation de psychotropes. Ceux qui n'ont pas de problèmes à affronter les stress de la vie, qui bénéficient d'un réseau social aidant et dont le mode de vie est sain, ce qui est peu le cas pour les gens souffrant de TMG, feront davantage usage de substances psychoactives de façon adéquate alors que d'autres utiliseront la consommation comme stratégie d'adaptation face aux problèmes. Inversement, l'usage de substances a aussi une incidence sur la santé mentale. La consommation dans le but d'avoir du plaisir ou pour soulager des douleurs psychologiques aura des répercussions différentes sur la personne. Hood et collègues (1996) vont même jusqu'à affirmer que l'usage non problématique de substances a des incidences positives sur la santé mentale de certains, que ce soit son effet relaxant ou l'augmentation de l'aisance sociale. Pour d'autres, les incidences peuvent être négatives comme par exemple, un sentiment de dépression accrue ou un retrait d'ordre affectif ou social (Hood et al., 1996).

Hood et collègues (1996) nous font part des facteurs de risque et de protection communs à la santé mentale et à l'usage de substances. Ils avancent ces facteurs à partir de leur analyse documentaire et d'informations recueillies à l'intérieur d'une table ronde constituée d'intervenants qualifiés du réseau. Quant aux facteurs de risque communs, on retrouve la vulnérabilité génétique et biologique, soit les antécédents familiaux et le syndrome d'alcoolisme fœtal. Aussi, il y a la vulnérabilité psychosociale et économique qui joue un rôle important, par exemple la violence familiale, l'isolement, la pauvreté, la perte d'espoir. De même, les pratiques professionnelles, notamment la médicalisation ou la judiciarisation des problèmes sociaux, la disponibilité des services et les attitudes négatives chez les personnes sont autant de facteurs de risque communs aux deux troubles. En ce qui a trait aux facteurs de protection communs, on identifie l'attitude positive face à la vie, l'implication positive de la famille comme élément crucial, les valeurs, les revenus élevés, l'éducation que la personne a reçue et les collectivités caractérisées par la sollicitude et l'entraide.

En ce qui concerne les raisons pouvant expliquer l'abus de substances parmi les gens ayant un trouble psychiatrique, la littérature avance que ces raisons sont les mêmes que celles observées parmi les personnes toxicomanes. Ils débutent la consommation pour se sentir bien ou pour soulager les émotions négatives (Mueser et al., 1998). Drake et al. (2002) mettent l'emphase sur l'importance des facteurs psychosociaux favorisant le développement et le maintien de la consommation, tels que le réseau social, l'effet de la drogue, l'ennui, la dysphorie (sentiment d'être en mauvaise santé), l'inemployabilité et la pauvreté. L'étude de Laudet, Magura, Vogel et Knight (2004) démontre que, parmi une population ayant un trouble mental grave, 58% ont commencé à consommer pour « faire partie du groupe », 12% ont été initiés par un membre de la famille, 12% dans le but de soulager des souffrances et 10% pour le plaisir/l'expérience/la curiosité. Les personnes ayant un diagnostic de maladie affective bipolaire affirment davantage avoir débuté leur consommation pour être dans le groupe (68 répondants sur 69) comparativement à 61 des 124 répondants ayant un diagnostic de schizophrénie. Les motifs majoritairement évoqués quant au désir d'arrêter la consommation sont : avoir une meilleure qualité de vie (54%) et les conséquences négatives de l'utilisation de drogues, par exemple son état

de santé ou la peur de perdre la garde des enfants (14%). Finalement, les raisons invoquées pour expliquer les rechutes sont la solitude et l'ennui (31%) ainsi que le sentiment de manque (*craving*) (31%) (Laudet et al., 2004).

Il est bien de se demander si la violence tend à diminuer ou à augmenter lorsque nous sommes en présence d'individus présentant, en concomitance, les deux troubles. Une majorité d'études font ressortir le fait que le danger de perpétration d'actes violents ne se trouve pas dans la maladie mentale ou l'abus de substances seuls, mais bien dans la cooccurrence des deux troubles (Boles et Johnson, 2001; Cantwell, Brewin, Glazebrook, Dalkin, Fox, Medley et Harrison, 1999; Fulwiler et al., 1997; Scott, Johnson, Menezes, Thornicroft, Marshall, Bindman, Bebbington et Kuipers, 1998; Steadman et al., 1998; Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner et Burns, 1998). Pour corroborer ces résultats, Boles et Johnson (2001) affirment que les personnes ayant des troubles concomitants de TMG et d'abus de substances sont 4 ½ fois plus susceptibles de commettre un acte violent comparativement au trouble mental seul. Par contre, on peut nuancer cette conclusion par le constat auquel arrivent Steadman et ses collègues (1998) à l'effet que la consommation de drogues fait aussi augmenter les comportements violents chez les citoyens de la communauté sans problème psychiatrique. Quant à Swanson (1994), il précise que le niveau de risque de passage à l'acte violent n'est que très peu supérieur au niveau de risque présent chez les toxicomanes seulement. Une autre étude suggère plutôt que le risque de violence associé plus particulièrement à la schizophrénie existe, indépendamment du même risque associé à la toxicomanie (Brennan, Mednick et Hodgins, 2000).

Un autre aspect important au regard des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est le phénomène de victimisation auquel cette clientèle peut être confrontée. En effet, les personnes présentant ces troubles concomitants semblent être davantage victimisées que celles présentant seulement un des deux problèmes. Il n'y aurait pas de différence selon le genre quant à la propension à être victimisé, mais les femmes seraient davantage abusées sexuellement tandis que les hommes seraient davantage poursuivis par des « gangs » ou des individus, et violentés par ces derniers. L'isolement social et les

déficits cognitifs entraînant une diminution du jugement par rapport aux personnes en qui avoir confiance rendent cette clientèle vulnérable, entre autres aux vendeurs de drogues (Sells, Rowe, Fisk et Davidson, 2003).

3.4 Facteurs associés aux trois problèmes

3.4.1 Aspects biomédicaux de la triade maladie mentale, toxicomanie et violence

Certains éléments sont avancés comme étant des facteurs associés au passage à l'acte violent chez les gens ayant un double problème de maladie mentale et de toxicomanie. Tout d'abord, une association significative existerait entre la violence et la substance consommée (Bartels et al., 1991; Miles, Johnson, Amponsah-Afuwape, Finch, Leese et Thornicroft, 2003; Räsänen et al., 1998). Néanmoins, il n'y a pas de consensus quant à la drogue consommée pouvant favoriser le passage à l'acte. Miles et al. (2003) affirment que les utilisateurs de stimulants, soit la cocaïne et les amphétamines, présenteraient davantage une histoire de passage à l'acte violent au cours de leur vie. Quant aux autres études consultées sur ce sujet, elles stipulent que l'utilisation d'alcool peut mener à des comportements violents chez la personne ayant un trouble mental (Bartels et al, 1991; Räsänen et al., 1998).

Il y a quelques autres facteurs pouvant être associés aux comportements violents des gens présentant des troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie. Le fait que la personne ayant ce double problème ne prenne pas la médication prescrite par le psychiatre, ou y soit non observante, serait un facteur associé aux comportements violents (Bartels et al., 1991; Dixon, 1999; Menezes, Johnson, Thornicroft, Marshall, Prosser, Bebbington et Kuipers, 1996; Swartz et al., 1998). Swartz et al. (1998) avancent aussi qu'un risque plus élevé de violence est lié au faible niveau d'introspection par rapport à la maladie. Toutefois, une autre étude ayant traité du niveau d'introspection chez les personnes présentant un trouble de santé mentale affirme qu'on ne peut catégoriser ces dernières comme ayant une forte ou faible introspection quant à leur trouble puisque la personne peut avoir de l'introspection à propos de certaines caractéristiques ou signes de la maladie sans en avoir pour tous. À partir de cette affirmation, les chercheurs

définissent l'introspection comme la conscience des signes et des symptômes de la maladie et l'explication que la personne donne de ces signes et symptômes (Amador, Strauss, Yale, Flaum, Endicott et Gorman, 1993; Millaud, 1999).

3.4.2 Aspects psychosociaux de la triade maladie mentale, toxicomanie et violence

Il est démontré que la toxicomanie, la maladie mentale et un trouble de la personnalité peuvent conduire à des difficultés sociales importantes (Lehman, 1996; Mueser, Drake, Ackerson, Alterman, Miles et Noordsy, 1997) : par exemple, des problèmes judiciaires associés à des activités reliées à l'utilisation de substances psychoactives et des comportements antisociaux, l'isolement social associé à l'abus de substances ou à un trouble grave de santé mentale, ou l'inemployabilité reliée aux problèmes nommés précédemment (Lehman, 1996).

Plusieurs études démontrent que, parmi une population de personnes atteintes de schizophrénie, l'âge et le genre étaient des prédicteurs de consommation de drogues. En effet, la toxicomanie est concentrée chez les jeunes de sexe masculin (Cantwell et al., 2003; Dixon, 1999; Duke, Pantelis, McPhillips et Barnes, 2001; Menezes et al., 1996; Steele, Darjee et Thomson, 2003). Par exemple, l'étude de Duke et al. (2001) démontre que la consommation était concentrée chez les gens atteints de schizophrénie, ayant moins de trente-six ans et de sexe masculin. Dans le même ordre d'idées, être un jeune homme (18-29 ans), atteint de trouble mental grave, au statut socioéconomique faible, célibataire, séparé ou divorcé seraient significativement associés à des assauts, donc des comportements violents envers autrui (Swanson, 1994).

Les personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie présenteraient davantage un passé d'abus physiques et sexuels (22,9% pour ceux présentant des troubles concomitants par rapport à 9,1% pour ceux présentant un trouble mental seul en ce qui concerne les abus physiques; 17,1% contre 6,1% en ce qui concerne les abus sexuels). Les personnes ayant des troubles concomitants présentent davantage un parcours scolaire irrégulier. En effet, elles sont plus susceptibles d'avoir reçu une

éducation spécialisée en lien avec des troubles de comportement, incluant possiblement des agirs violents (Steele, Darjee et Thomson, 2003).

Selon une étude de Lépine et Côté (1998) auprès de personnes atteintes de schizophrénie, et contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'abus de substances psychoactives serait associé à certains indices d'adaptation sociale (loisirs/contacts sociaux, cohabitation, etc.). Ces résultats pourraient traduire une attitude moins retraitiste des personnes psychotiques qui ont eu un problème d'abus de substances psychotropes ou de dépendance à celles-ci. Ce potentiel d'adaptation des sujets présentant un double diagnostic devrait inciter les cliniciens à les percevoir de façon plus positive (Lépine et Côté, 1998). Une autre étude de Côté, Lesage, Chawky et Loyer (1997) tire les mêmes conclusions concernant le fonctionnement social chez la clientèle présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. À l'opposé, certains auteurs demeurent plus succincts et affirment que la diminution des contacts sociaux et l'isolement social seraient des facteurs à aller vérifier dans de futures recherches (Bartels et al., 1991; Cantwell et al., 1999). Quant à Menezes et al. (1996), ils suggèrent plus d'investigation en ce qui concerne le fonctionnement social de cette clientèle de façon à mieux comprendre l'impact de l'utilisation de drogues sur les problèmes cliniques et sociaux rencontrés par les intervenants, par exemple la violence, ainsi que sur les besoins en ce qui a trait à la dispensation des services.

Quant aux études recensées par Dixon (1999), elles démontrent que les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale seraient associés à plus d'hospitalisations et à des coûts élevés pour les dispensateurs de services en lien avec l'utilisation des services de crise. Dans le même ordre d'idées, les personnes présentant un double problème de maladie mentale et de toxicomanie demeureraient plus longtemps hospitalisées que celles présentant un trouble mental seul. L'étude de Menezes et al. (1996) démontre que les personnes ayant un double diagnostic ont une durée d'hospitalisation deux fois plus longue que celles présentant un trouble mental seul. Comme les personnes présentant les troubles concomitants nommés précédemment sont plus à risque de présenter des comportements violents ou suicidaires (Dixon, 1999;

Menezes et al., 1996), cela pourrait expliquer la plus longue durée des hospitalisations. Avoir un trouble grave de santé mentale en concomitance avec un trouble de consommation de psychotropes augmente les probabilités d'être hospitalisé en psychiatrie (38%). La probabilité d'avoir des contacts avec le système judiciaire est aussi élevée pour cette clientèle (27% comparativement à 13% pour ceux ayant un trouble mental seul), laquelle est aussi plus à risque d'avoir eu des contacts à la fois avec le système de santé et le système judiciaire (14% contre 4%) (Regier et al., 1990).

3.5 Modèles explicatifs des liens entre maladie mentale, toxicomanie et violence

3.5.1 La théorie du trouble de la personnalité antisociale

Plusieurs recherches sur la comorbidité maladie mentale et toxicomanie ont abordé la question sous l'angle de la personnalité antisociale (Cadoret, Troughton et Widmer, 1984; Lehman, 1996; Mueser et al., 1997; Mueser, Yarnold, Rosenberg, Swett, Miles et Hill, 2000). Cliniquement, la personne ayant un trouble de la personnalité antisociale peut être qualifiée comme étant marginale, irresponsable, impulsive et malhonnête. On définit la personnalité comme étant :

« un ensemble de conduites fortement enracinées qui incluent la manière dont on perçoit, on réagit à et on conçoit son environnement et sa propre personne (...) les troubles de la personnalité impliquent des comportements rigides et inadaptés d'une gravité suffisante pour entraîner soit une altération importante de l'adaptation, soit une souffrance subjective. » (Faucher, 2003 : 3).

Dans une perspective psychiatrique, les critères diagnostiques du DSM-IV sont importants pour qualifier quelqu'un comme présentant un trouble de la personnalité antisociale. On dit que « c'est un mode général de comportement, apparaissant avant l'âge de quinze ans, ne respectant pas et violant les droits des autres » (Faucher, 2003-extrait du DSM-IV : 14).

Pour le diagnostic, la personne doit posséder au moins trois des critères suivants (Faucher, 2003-extrait du DSM-IV : 14) :

- n'arrive pas à se conformer aux normes sociales et légales (vols, molestation, destructions de biens);
- absence de respect pour la vérité, mensonges répétés, abus de confiance pour un plaisir ou un profit personnel;
- impulsivité ou incapacité à prévoir;
- irritabilité ou agressivité, indiquée par des bagarres ou des agressions répétées;
- imprudence pour sa sécurité ou celle d'autrui;
- incapacité à respecter les obligations financières, incapacité à subvenir régulièrement aux besoins des personnes à sa charge;
- absence de remords.

La plupart des auteurs s'entendent pour dire que ce trouble de la personnalité est la poursuite des troubles de conduite dans l'enfance (Faucher, 2003; Mueser et al., 1997). Plus précisément et en lien avec la problématique étudiée, les personnes ayant un double diagnostic de schizophrénie et de toxicomanie sont davantage propices à présenter un trouble de la personnalité antisociale (Mueser et al., 1997). Chez ces personnes, ce diagnostic est aussi associé à un parcours plus problématique par rapport à la consommation d'alcool et de drogues : elles ont débuté à consommer à un plus jeune âge, consomment de grande quantité de substances et font face à de plus grandes conséquences. Également, elles rapportent un taux plus élevé d'agression, sont arrêtés par les policiers plus souvent et passent plus de temps en prison, comparativement aux personnes présentant seulement un trouble. Mueser et al. (1997) rapportent aussi que celles ayant un double diagnostic de maladie mentale et de toxicomanie ainsi qu'un trouble de la personnalité antisociale présentent généralement une histoire familiale de consommation abusive de substances chez certains membres de la famille, des symptômes psychiatriques plus sévères et un taux d'agression plus élevé envers eux-mêmes et autrui. Il faut toutefois demeurer prudent et prendre conscience que les troubles de conduite et le trouble de la personnalité antisociale peuvent être reliés à une certaine vulnérabilité à l'abus de substances (ou à un trouble plus sévère de toxicomanie) aussi

bien que des symptômes plus sévères de maladie mentale et de dysfonctionnement social (Lehman, 1996). Plus précisément, la consommation de substances psychoactives est un élément faisant partie du diagnostic du trouble de la personnalité antisociale et inversement, l'abus de substances peut contribuer à la personnalité antisociale comme symptômes de la toxicomanie (Mueser et al., 1998). Une autre étude par Mueser et al. (2000) suggère que le trouble de la personnalité pourrait être un prédicteur d'un problème de toxicomanie parmi la population psychiatisée comparativement à la population en général.

3.5.2 Le modèle de la supersensibilité

Un autre modèle explicatif du lien entre la violence, la maladie mentale et la toxicomanie est le modèle de la supersensibilité. Il origine de l'idée que la consommation abusive de substances psychoactives est influencée par la vulnérabilité biologique associée à la maladie mentale. En fait, le modèle de la supersensibilité est une modification du modèle vulnérabilité/stress proposé pour la schizophrénie (Lieberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman et Massel, 1986 ; Zubin et Spring, 1977).

Il véhicule l'idée que la vulnérabilité psycho-biologique est déterminée par une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux, en interaction avec diverses situations stressantes, qui peuvent précipiter le développement d'un trouble psychiatrique ou entraîner une rechute. En plus de l'influence que peut avoir le stress sur la vulnérabilité génétique, la consommation de drogues peut elle aussi contribuer à augmenter cette vulnérabilité. Cette sensibilité peut amener la personne aux prises avec un trouble mental à être plus susceptible de vivre des expériences négatives enclenchées par la consommation de substances psychotropes, même en très petite quantité. Ce modèle sous-tend aussi l'idée que les conséquences négatives de la consommation de substances, plutôt que son simple usage, est l'élément qui différencie les personnes présentant un trouble mental de la population générale (Mueser et al., 1998). Pour soutenir le modèle de la supersensibilité, l'étude de Drake, Osher, Noordsy, Hurlbut, Teague et Beaudett (1990) appuie l'idée qu'une personne ayant un diagnostic de

schizophrénie sera plus vulnérable à la consommation d'alcool. Même s'ils absorbent qu'une petite quantité de substances, les gens ayant un diagnostic de trouble mental et un problème de consommation d'alcool sont davantage susceptibles de développer une dépendance psychologique à l'alcool (Drake et al., 1990). Cette découverte suggère que les personnes atteintes de schizophrénie peuvent être moins tolérantes à la consommation modérée de substances psychoactives qui n'entraînent pas normalement d'expériences négatives. Mueser et al. (1998) rapportent que les personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie sont plus susceptibles que les toxicomanes ou la population en général de vivre des expériences négatives associées à la consommation. Lorsqu'ils parlent d'expériences négatives, ces auteurs font référence à des rechutes et des hospitalisations dues à une décompensation psychotique induite par la substance psychotrope. Évidemment, une autre conséquence négative pourrait être un passage à l'acte violent envers autrui.

3.5.3 Un modèle explicatif selon les approches écologique et structurelle

Plusieurs liens peuvent être envisagés en ce qui concerne les troubles mentaux et la violence. À partir d'une revue de la littérature, Virginia Aldigé Hiday (1997) tire ses conclusions et nous présente des modèles, de façon à expliquer les divers liens qui existent entre la maladie mentale et la violence, tout en incluant le problème de toxicomanie. Le modèle auquel nous nous attarderons davantage est celui qui semble inspiré à la fois de l'approche écologique et de l'approche structurelle. Il prend en compte les systèmes gravitant autour de la personne et sa maladie. Comme l'indique l'auteure, le modèle médical est celui qui domine dans les écrits traitant de ces trois problèmes, les aspects sociaux et environnementaux n'étant, plus souvent qu'autrement, pas pris en considération :

« The dominant medical model's focus on the individual in etiology, prognosis, and treatment has influence the description of the violence associated with mentally ill persons in both medical records and research reports such that it appears separate from the social context in

which it occurs, separate from social and interpersonal interactions, and separate from the interpersonal history of those involve. » (Hiday, 1997: 411).

Certains identifient un lien direct entre la maladie mentale et la violence, affirmant qu'il existe un lien de causalité entre ces deux troubles. Par contre, différents auteurs ont démontré que le modèle explicatif est plus complexe et, comme nous l'avons énoncé précédemment, il ne s'agit pas d'un lien de cause à effet mais plutôt d'une association entre les deux troubles. Il existe plusieurs trajectoires impliquant le contexte, la socialisation et les expériences de vie, pouvant mener au diagnostic d'un trouble mental ainsi qu'à des comportements violents. Hiday (1997) affirme que la violence et les manifestations de la maladie mentale sont davantage liées à l'organisation des structures sociales dans laquelle la personne évolue, ainsi que son environnement, et que le lien entre un TMG et la violence est indirect, rendant les prédictions difficiles.

Tel que mentionné ci-haut, le rôle des systèmes sociaux et de l'environnement a une place prépondérante dans la compréhension du lien qui unit la maladie mentale, la violence ainsi que la toxicomanie. En lien avec un trouble mental, des tensions perçues dans l'environnement de la personne, par exemple de la provocation, des attentes élevées de l'entourage ou la surstimulation peuvent être des facteurs de risque de passage à l'acte violent, aussi bien que la perception d'une menace ou l'impression que quelqu'un cherche à prendre le contrôle sur soi. Les tensions et conflits peuvent aussi être causés par les structures sociales et le stress qu'elles peuvent engendrer, tels la perte d'emploi ou un divorce. Comme nous l'avons vu dans l'explication du modèle de la supersensibilité et tel qu'explicité par Zubin et Spring (1977), il y a une vulnérabilité chez la clientèle ayant un ou des troubles mentaux et ces personnes sont fragiles au stress, donc la violence peut émerger de ces situations stressantes où la tension est élevée.

Selon Hiday (1997), la désorganisation sociale joue un rôle dans l'apparition des comportements violents chez la personne atteinte de maladie mentale. Or, la désorganisation sociale se retrouve dans les communautés les plus démunies de notre

société (« bottom of this stratification system »). Ce concept est en lien avec le fait de vivre avec la perte d'espoir d'une vie meilleure, un état de constante privation de biens et avec une certaine fatalité par rapport à l'amélioration des conditions de vie. Ce concept implique l'éclatement de la famille ou du micro-système (réseau social primaire) qui pourrait apporter un sens à l'individu et lui offrir du soutien. Dans ce modèle explicatif, la pauvreté et la défavorisation sont à considérer comme facteurs de risque de violence et ce, en lien avec les événements stressants de la vie vécus dans des situations de pauvreté.

Toujours selon Hiday (1997), une association existe entre la désorganisation sociale, la pauvreté, la toxicomanie, la maladie mentale et la violence. Donc, la désorganisation sociale et la pauvreté peuvent entraîner la toxicomanie. La maladie mentale peut être présente en concomitance avec la toxicomanie. Les deux difficultés pouvant être prédisposantes, précipitantes ou interreliées. Le stress et les tensions produits par l'environnement, combinés aux deux troubles, peuvent engendrer un passage à l'acte violent. Tous les éléments présents dans le schéma suivant sont donc reliés et nous permettent de mieux comprendre de quelle façon les structures sociales, l'environnement, la maladie mentale et la toxicomanie peuvent résulter en des comportements violents :

Schéma 1 : Modèle explicatif élaboré par Hiday (1997)

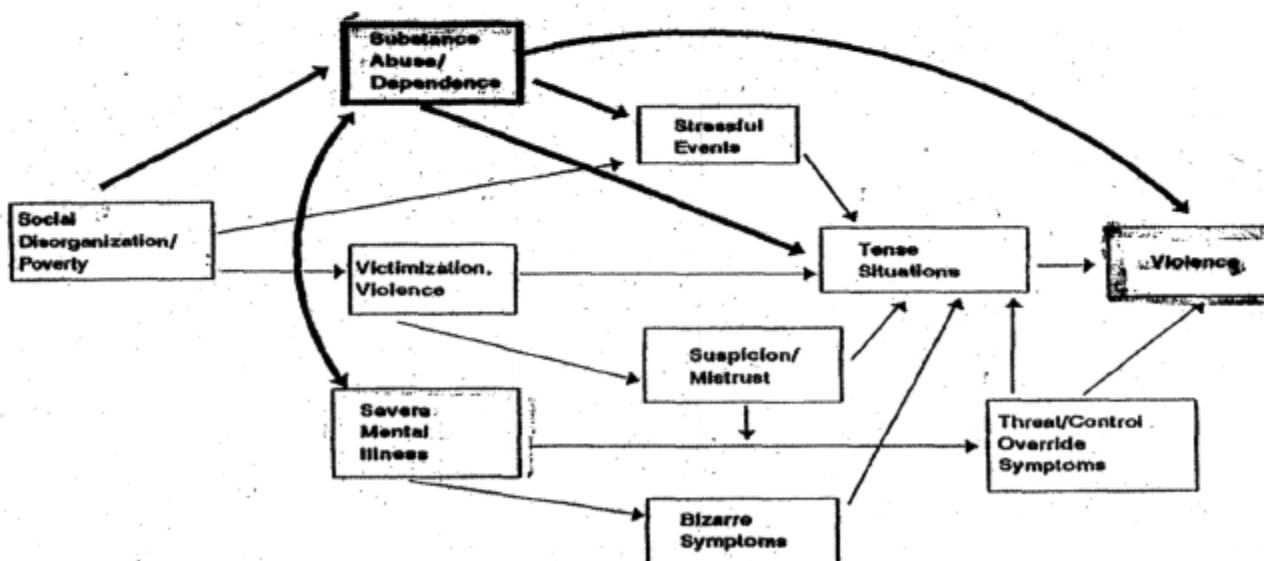


FIGURE 4. Social Structure's Effect through Substance Abuse

Comme le fait remarquer Hiday (1997), le lien entre les problèmes de maladie mentale, de toxicomanie et de violence n'existe pas seulement avec l'environnement social immédiat (par les tensions et le stress) mais est aussi relié à l'environnement social plus large et ce, par les structures, les événements sociaux et les classes sociales. Il présuppose que:

« social context is largely responsible for violence committed by individuals with severe mental illness in shaping both their nonpsychotic behavior and their manifestations of active psychosis. For severe mental illness or even active psychosis to lead to violence, social factors must intervene . » (Hiday, 1997: 411).

L'étude de Steele, Darjee et Thomson (2003) abonde dans le même sens. L'étude s'étant déroulée en Écosse, ils concluent que la présence de la comorbidité maladie mentale et toxicomanie émane davantage des habitants de l'Écosse de l'ouest comparativement à la ville de Glasgow, principale ville de ce pays, située au sud. Les chercheurs tracent un lien quant à cette différence géographique entre maladie mentale, toxicomanie et pauvreté. En fait, l'Écosse de l'ouest est davantage caractérisée par une plus grande privation économique et sociale, donc une région présentant davantage de pauvreté. Cela pourrait être une explication au fait que la majorité des sujets de leur échantillon présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie proviennent de l'ouest de l'Écosse.

Drake et al. (2002) soutiennent également l'idée que les personnes ayant un TMG, en addition à leur vulnérabilité biologique, font l'expérience de la plupart des facteurs de risque environnementaux et psychologiques menant à la toxicomanie, tels que la pauvreté, un milieu de vie avec présence élevée de consommation de drogues, un groupe de pairs déviants, l'isolement social, la sous-scolarisation, être sans emploi, l'ennui, la dysphorie ainsi qu'un manque de supervision familiale. Notons que le milieu de vie malsain et la pauvreté sont deux éléments centraux du modèle explicatif présenté précédemment. Selon ces chercheurs, une perspective psychosociale sur le problème de

la toxicomanie présent chez les gens atteints de troubles mentaux graves devrait porter attention à l'environnement dans lequel la consommation de substances apparaît et à tout ce qui en découle ou lui est associé (problèmes sociaux). Cette prise en compte devrait faire partie prenante des politiques sociales (Drake et al., 2002).

3.6 Limites des études actuelles

3.6.1 Validité externe

Les écrits consultés rapportent plusieurs limites aux recherches actuelles. Premièrement, celle qui revient le plus souvent est l'impossibilité de généraliser les données recueillies à l'ensemble de la population ayant le double diagnostic de maladie mentale et de toxicomanie. Soit que l'étude est réalisée dans un milieu urbain, donc on ne peut étendre les résultats à l'ensemble de la population et prendre pour acquis que la situation est similaire en milieu rural ou en banlieue (Duke et al., 2001; Menezes et al., 1996; Räsänen et al., 1998); soit que les participants à l'étude sont hospitalisés de façon involontaire, donc nous ne pouvons être certains que les résultats puissent s'appliquer à des usagers hospitalisés volontairement ou à ceux recevant un traitement dans la communauté (Mueser et al., 2000; Steadman et al., 1998; Swartz et al., 1998). De plus, les données recueillies en milieu hospitalier peuvent différer de celles qui auraient pu être recueillies auprès d'une même population, par exemple, traitée dans la communauté, en milieu carcéral ou dans un centre de traitement de la toxicomanie. Parfois, le ratio homme/femme n'est pas représentatif de la population psychiatrique (Steele, Darjee et Thomson, 2003) ou les études incluent seulement les hommes (Dallaire, McCubbin, Morin et Cohen, 2001). Quant à certaines études, elles sont effectuées sur un échantillon comprenant un seul diagnostic de TMG, généralement la schizophrénie, et mettent de côté les autres troubles mentaux ou rencontrent des difficultés à l'étape du recrutement (Lépine et Côté, 1998; Miles et al., 2003; Mueser, Drake et Wallach, 1998).

Ensuite, certaines études ont utilisé un échantillon de petite taille. Il est donc, encore une fois, difficile de généraliser les données à l'ensemble de la population puisque l'échantillon est non statistiquement représentatif de cette dernière et la puissance

statistique de l'analyse s'en trouve diminuée (Boles et Johnson, 2001; Lépine et Côté, 1998; Miles et al., 2003; Räsänen et al., 1998; Sells et al., 2003). Par exemple, Boles et Johnson (2001) précisent que leur recherche ne permet pas la comparaison homme/femme ou la comparaison entre différentes ethnies puisque le nombre de participants de chaque catégorie est limité.

3.6.2 *Validité interne*

Nous pouvons aussi constater d'autres limites dans les études consultées relevant davantage de la validité interne de ces dernières. Ainsi, plusieurs études démontrent la relation qui existe entre maladie mentale et dangerosité mais les données sont recueillies selon certaines caractéristiques, telles que le diagnostic psychiatrique, les comportements et les indicateurs de mesure de la violence pré-établis par chaque équipe de recherche. Cette réalité laisse supposer que la relation entre les deux problèmes existerait seulement dans des circonstances précises en tenant compte de caractéristiques spécifiques à une situation (Dallaire et al., 2001). On note aussi le fait que le diagnostic utilisé pour classer le problème de TMG est généralement tiré du dossier psychiatrique du participant et n'est pas établi à partir d'une entrevue structurée, réalisée par l'équipe de chercheurs. On peut croire que parfois, ce dernier est erroné et aurait pu être différent d'un spécialiste à un autre (Fulwiller et al., 1997; Steele, Darjee et Thomson, 2003; Wallace et al., 1998).

Aussi, il est difficile d'effectuer une comparaison fiable entre les diverses études puisque le concept de violence semble différent pour chacune des équipes de chercheurs. Par exemple, Bartels et al. (1991) parlent plutôt d'hostilité et définissent ce concept de façon très large, en regroupant plusieurs comportements « dérangeants », rendant impossible la comparaison avec des études ayant quantifié les agirs violents en les identifiant de façon précise. Pour eux, les comportements hostiles se définissent comme étant de la violence, la menace, l'agression, l'assaut, l'irritabilité et la perturbation sociale. Pour d'autres études, on entend simplement par comportements violents des actes de violence envers autrui (Boles et Johnson, 2001; Steadman et al., 1998). Quant à Dixon (1999), elle inclut

parmi les comportements violents les menaces verbales et non-verbales visant à blesser l'autre vers qui elles sont dirigées, l'assaut physique, l'usage d'une arme et le fait de détruire un ou des objets inhérents à l'environnement physique. Quant à d'autres études, elles ne définissent aucunement leur concept de violence. Donc, ce concept englobe plusieurs comportements inadéquats qui ne sont pas toujours précisés et sa définition est différente selon les études, ce qui empêche la comparaison entre les diverses recherches ou la généralisation à une population précise.

Une autre limite identifiée est due au fait que les données recueillies par les chercheurs sont issues de questionnaires auto-administrés ou sont auto-révélées par entrevue. C'est donc la personne qui donne les réponses; alors, on peut facilement s'imaginer que ce ne sont pas tous les participants qui répondent de façon véridique et certains peuvent sur ou sous-estimer leur réponse à une question (Duke et al., 2001; Scott et al., 1998). Cette technique de collecte de données renforce la tendance, chez une personne, d'offrir des réponses fausses, de se montrer « sous un meilleur jour » ou de transmettre une réponse « socialement désirable » (Drake et al., 1990). Pour éviter ce problème, Miles et al. (2003) ont collecté leurs données auprès des personnes constituant leur échantillon mais aussi auprès de l'intervenant principal. Par contre, cette façon de procéder comporte un risque. Ainsi, Cantwell et al. (2003) ont remarqué que le taux relié au problème de toxicomanie rapporté par les participants diffère de celui rapporté par l'intervenant.

Finalement, Dallaire et al. (2001) ont fait valoir que les devis méthodologiques de plusieurs études s'appuient sur une définition tautologique de la relation entre maladie mentale et violence. Partant du fait que la violence (ou la dangerosité) se détecte plus facilement lorsqu'une personne est à l'intérieur du système de soins psychiatriques et qu'il est raisonnable de supposer que la maladie mentale est, elle aussi, plus facilement repérable parmi les individus posant problème à leur famille ou à leur communauté comparativement aux personnes qui présentent une détresse psychologique mais qui ne sont pas hospitalisées et qui ne posent pas « problème » (violence, agirs menaçants, etc.). L'hospitalisation d'un individu peut être reliée à la peur de l'entourage, la peur de la communauté pour la sécurité des leurs et de ce fait, amener la personne vers le processus

d'évaluation psychiatrique (Dallaire et al., 2001). Donc, un diagnostic de TMG sera plus aisément émis parmi ces individus présentant des comportements violents ou menaçants car ils sont plus propices à rencontrer un psychiatre (Dallaire et al., 2001; Räsänen et al., 1998). Bref, être considéré par autrui comme étant « dangereux » prédispose un individu à être plus facilement étiqueté en tant que « malade mental », la maladie devenant l'explication privilégiée de la violence. Sur cette base, on se doit de se demander : est-ce la maladie mentale qui entraîne la dangerosité ou est-ce la dangerosité qui mène à un diagnostic de TMG? Selon l'*American Psychiatric Association* (2000), les prédictions émises par les spécialistes quant à la possibilité d'un passage à l'acte violent sont fausses deux fois sur trois et ce, même en ce qui concerne les personnes ayant déjà des antécédents de violence. Cette prévoyance accrue, ces prédictions erronées du risque de violence renforcent faussement l'image que la maladie mentale est directement reliée à un danger (Dallaire et al., 2001).

Les limites des études identifiées ci-haut, relevant à la fois de la validité interne et externe, nous font constater que l'on ne peut pas établir un lien de causalité entre les concepts de maladie mentale, de toxicomanie et de violence mais plutôt une association entre ces trois concepts. De plus, on ne peut ignorer le fait que le taux de violence et de consommation de substances psychoactives est plus élevé, ou plus facilement identifiable, parmi une population d'usagers des services de psychiatrie (Dallaire et al., 2001; Steele, Darjee et Thomson, 2003). Certes, une association existe entre maladie mentale, toxicomanie et violence (pris deux à deux ou les trois simultanément) mais on ne peut parler de causalité (Bartels et al., 1991; Dallaire et al., 2001; Miles et al., 2003; Räsänen et al., 1998; Scott et al., 1998; Swartz et al., 1998). En conclusion, on ne peut passer outre le fait que les études consultées sont majoritairement réalisées selon un devis de recherche quantitatif. Ces études ne permettent donc pas d'aller en profondeur en ce qui concerne le point de vue des personnes et de saisir l'aspect dynamique des phénomènes.

4. Cadre conceptuel

4.1 Définitions des termes importants

Premièrement, il faut comprendre que le terme *trouble mental grave ou maladie mentale grave (TMG)* englobe toute maladie caractérisée, qui peut être diagnostiquée par un psychiatre et selon les critères du DSM-IV, qui entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu (Santé et Bien-être social Canada dans Hood et al., 1996). Les auteurs incluent dans ce concept la schizophrénie et les psychoses apparentées, le trouble bipolaire (communément appelé maniaque-dépression) et le trouble schizo-affectif. En ce qui concerne la schizophrénie, il faut qu'un individu présente au moins deux des symptômes suivants : idées délirantes, hallucinations, discours incohérents ou relâchement net des associations, comportement catatonique ou grossièrement désorganisé, symptômes négatifs (affect absent ou plat, apathie, absence de plaisir, discours ou pensée illogique, inattention), pendant au moins un an, pour que la maladie soit officiellement diagnostiquée. Ensuite, lorsque l'on parle de psychoses apparentées, on fait référence à une présentation psychotique, ressemblant à la schizophrénie et présentant des symptômes communs. Ce terme inclut le trouble schizophréniforme, trouble délirant, psychose réactionnelle brève, trouble psychotique induit, trouble psychotique associé à une condition médicale générale, à une substance psychoactive ou non spécifié. Quant au trouble bipolaire, la personne doit présenter certaines caractéristiques d'un épisode maniaque (humeur exaltée, expansive ou irritable, idées de grandeur, haute estime de soi, diminution des heures de sommeil, communicabilité démesurée, fuite des idées, distractibilité, agitation psychomotrice, implication excessive dans des activités qui comportent des risques tels que l'hypersexualité ou procéder à des achats inconsidérés) et d'une dépression majeure (humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, perte ou gain significatif de poids, insomnie ou hypersomnie, fatigue ou perte d'énergie, agitation ou ralentissement psychomoteur, culpabilité excessive, diminution de la concentration et idées suicidaires). Ces épisodes se présentent en alternance et de façon non ordonnée. Finalement, le trouble schizo-affectif est inclus dans les psychoses apparentées mais ses symptômes se distinguent car ils incluent la présence simultanée d'un épisode dépressif majeur ou d'un

épisode maniaque ou d'un épisode mixte et de symptômes de schizophrénie. Les symptômes de l'épisode du trouble de l'humeur sont présents à une intensité égale aux symptômes de schizophrénie. (Faucher, 2003; tiré du DSM-IV).

Deuxièmement, le terme *toxicomanie* est entendu au sens de consommation de drogues. Évidemment, cette consommation peut être problématique ou non. Les auteurs séparent ce concept de trois façons, soit l'usage de substances, l'abus et la dépendance. L'usage de substances renvoie à une consommation non problématique tandis que le terme abus réfère à l'usage répété de substances jusqu'au point où cela interfère dans le fonctionnement personnel de la personne et ce, aux plans social, occupationnel, physique ou psychologique. Le terme dépendance renvoie au développement d'une tolérance à la substance, c'est-à-dire que la personne a besoin d'une dose plus grande pour atteindre l'effet désiré. Ce concept renvoie à la consommation compulsive, continue et récurrente de substances psychoactives et ce, malgré des conséquences personnelles négatives (Mueser, Yarnold, Levinson, Singh, Bellack, Kee, Morrison et Yadalam, 1990; Orsonnens, 2004). Ces trois niveaux d'intensité de consommation sont définis plus amplement à l'intérieur du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux – 4^{ième} édition ce, selon des critères utiles aux psychiatres pour établir un diagnostic précis.

À partir de la précision de ces deux concepts, nous pouvons définir la *comorbidité* maladie mentale et toxicomanie, comme la présence chez une personne d'une combinaison d'un TMG associé à une consommation non appropriée de psychotropes (Nadeau, 2001). Ce thème a commencé à apparaître dans la littérature au début des années 1980 et est utilisé, tel que mentionné précédemment, lorsque qu'il y a coexistence d'au moins un TMG et d'un problème d'abus de substances. Cela, lorsque le premier trouble n'est pas la cause du second ou vice versa, leurs symptômes étant plutôt en interaction (Orsonnens, 2004). Dans cette recherche, nous utilisons indifféremment les termes comorbidité, cooccurrence, double problème et trouble concomitant, ce dernier faisant davantage référence à une approche de service social.

À la lumière des écrits, nous pouvons avancer qu'il existe presque autant de façons de définir la *violence* qu'il existe d'auteurs pour traiter de ce sujet. En ce qui concerne la cible de la violence, elle peut être autoagressive (envers soi) ou hétéroagressive (envers autrui). Le concept de violence implique que des gestes/comportements violents sont posés. LeBlanc, Dionne, Proulx, Grégoire et Trudeau-LeBlanc (1998) font la distinction entre les comportements violents et les attitudes/mœurs/valeurs violentes ; ils suggèrent qu'il existe plusieurs conditions et attitudes violentes telles que le racisme, le sexisme, la pauvreté, la marginalisation des déviants, l'exclusion économique, la guerre, la violence à la télévision, etc. Ce sont autant de conditions et d'attitudes favorisant l'émergence des comportements violents, mais que nous ne devons pas confondre avec ces derniers. En fait, les conditions et les attitudes nommées précédemment sont davantage des facteurs macro-sociaux, reliés à l'environnement de la personne, et relevant du système idéologique d'une société, de ses normes, ses valeurs, ses idéaux et ses croyances. Ce sont des possibles causes de la violence, liées aux représentations sociales des individus et à une culture qui leur est propre, plutôt que des manifestations de la violence comme telle. Les manifestations de la violence, telles qu'entendues dans cette recherche, se traduiraient davantage par des gestes violents commis par des individus, ces gestes étant l'effet d'une interaction entre deux ou plusieurs personnes sur un fond de coercition (LeBlanc et al., 1998). LeBlanc et collègues nous proposent cinq types de comportements violents : l'agression symbolique (exprimer un sentiment de colère de manière non verbale), l'agression verbale, l'agression physique, l'agression psychologique et l'agression matérielle, qui consiste à détruire des biens.

Pour les fins de l'étude, nous utiliserons le terme violence tel qu'entendu par LeBlanc et al. (1998) ainsi que les cinq types de comportements qu'ils incluent à l'intérieur de cette définition. Nous évitons ainsi la confusion qui peut exister dans l'utilisation de ce terme. De surcroît, cette définition nous permet d'analyser l'objet d'étude en tant que phénomène psychosocial et donc, de dépasser l'approche purement biomédicale.

4.2 L'apport de l'approche éco-systémique

Tout d'abord, nous sommes d'avis que le contexte dans lequel évolue une personne a une influence sur les comportements qu'elle posera. Donc, nous pouvons supposer que l'environnement social de la personne influence l'émergence de comportements violents chez celles présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

L'environnement social englobe tous les éléments concernant l'organisation d'une société, les activités, les normes qui sous-tendent les interactions et les différentes ressources à la disposition des gens. Les individus, les groupes, les institutions, les organisations et les systèmes sociaux sont tous des éléments constituant l'environnement social et qui peuvent influencer, directement ou indirectement, le développement psychologique et les comportements des gens qui y évoluent. Cette idée est mieux connue sous le nom d'approche éco-systémique (ou écologique), telle que développée par Urie Bronfenbrenner en 1979. Cette approche permet une compréhension du contexte dans lequel se produit un comportement social, par exemple la violence, et permet de porter un regard qui va au-delà des facteurs biologiques ou individuels généralement avancés. En fait, c'est la description d'un système de relations sociales à divers niveaux qui lui, influencera le comportement (Bronfenbrenner, 2000). Plus précisément, on identifie quatre niveaux à l'environnement social, soit : le micro-système (les réseaux primaires de l'individu tels que la famille et les amis), le méso-système (les réseaux secondaires tels que les institutions publiques, les associations et les services privés), l'exo-système (systèmes politiques) et le macro-système (systèmes idéologiques) (Bilodeau, 1999).

Toujours selon l'idée que l'environnement social de la personne influencera le passage à l'acte violent chez celles présentant en concomitance un TMG et un trouble de toxicomanie, nous nous devons de réfléchir aux facteurs environnementaux qui peuvent déclencher, précipiter ou favoriser la violence. Nous les diviserons en deux groupes, soit les facteurs micro-sociaux relevant des réseaux primaires de la personne et les facteurs macro-sociaux, relevant des systèmes idéologiques et des structures sociales qui sous-tendent la société. Premièrement, l'environnement micro, l'environnement immédiat de

la personne, peut présenter plusieurs facteurs contributifs au passage à l'acte violent. Les auteurs recensés précédemment laissent supposer que (A) l'isolement social (diminution des contacts sociaux, effritement du tissu social), (B) l'absence de soutien parental, (C) la fréquentation de pairs déviants et (D) les tensions/conflits avec les personnes significatives (attentes élevées de l'entourage, surstimulation, recherche de contrôle, provocation) seraient autant de facteurs micro-sociaux pouvant amener la personne aux prises avec un double problème de maladie mentale et de toxicomanie à avoir des comportements violents. Deuxièmement, l'environnement macro, soit les systèmes idéologiques de normes, de valeurs, de croyances et d'idéaux de notre société, influencés par la culture blanche nord-américaine, aurait aussi une influence sur les agirs violents de ceux présentant un TMG et un trouble de toxicomanie. Les facteurs qui pourraient possiblement influencer cette violence sont exprimés en termes de déviance par rapport à la « normalité », à ce qui est entendu comme étant la norme dans notre société. Ces facteurs relèvent davantage des structures sociales et seraient : (A) les conditions de logement (itinérance, instabilité résidentielle), (B) un statut socioéconomique faible (pauvreté), (C) l'exclusion économique (inemployabilité, perte d'emploi), (D) l'exclusion sociale (judiciarisation, marginalisation des déviants) et (E) la désorganisation sociale (perte d'espoir d'une vie meilleure, fatalité, pauvreté, mauvaises conditions de vie, classe sociale inférieure, milieu de vie malsain). Aussi, nous pouvons relier à tous les facteurs micro et macro-sociaux le stress que ces situations engendrent comme étant un autre facteur pouvant contribuer aux comportements violents chez la clientèle à l'étude. Ce dernier peut être considéré comme un facteur individuel car il relève davantage des caractéristiques propres à chaque personne et de la capacité d'adaptation de cette dernière à faire face aux différents stressseurs qu'elle aura à gérer au cours de sa vie. Mis ensemble, ces facteurs peuvent concourir au passage à l'acte violent, peuvent aider à le comprendre et à tenter de le contrer. Soulignons toutefois qu'ils ne peuvent en aucun cas l'expliquer en entier ou l'excuser, la personne étant responsable de ses agirs. Il reste que la prise en compte de ces éléments peut contribuer à une compréhension plus complète de la violence chez cette clientèle.

4.3 Schéma synthèse

Le schéma qui suit présente le cadre conceptuel mis de l'avant pour étudier les aspects psychosociaux reliés à la triade maladie mentale, toxicomanie et violence et ce, de façon synthétisée. C'est ce cadre conceptuel qui a guidé la formulation du devis de recherche ainsi que l'analyse des données recueillies. Évidemment, il est basé sur les éléments qui ont été présentés dans les sections précédentes.

Facteurs micro-sociaux :

- isolement social (diminution des contacts sociaux et effritement du tissu social);
- absence de soutien parental;
- fréquentation de pairs déviants;
- tensions/conflits avec les personnes significatives (attentes élevées, surstimulation, contrôle, provocation).

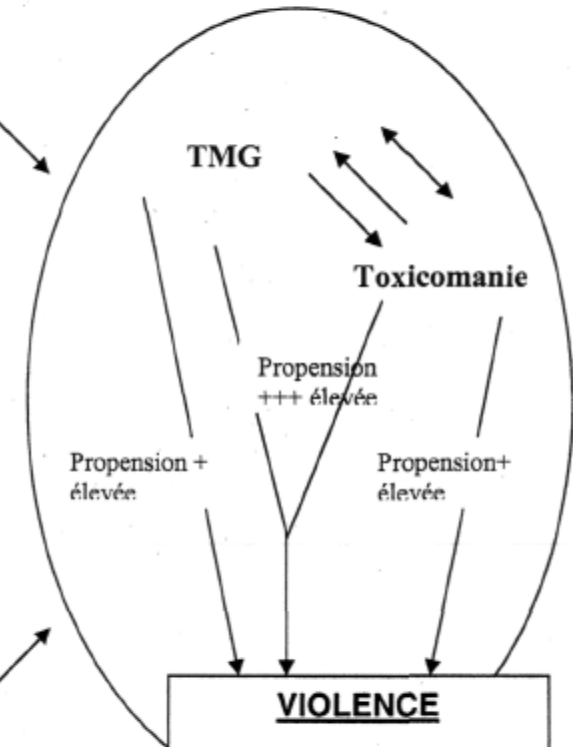
Caractéristiques individuelles :

- sexe;
- âge;
- nature du ou des diagnostics;
- statut socioéconomique;
- état civil;
- antécédents psychiatriques;
- antécédents toxicologiques;
- niveau de stress;
- démarche thérapeutique ou non.



Facteurs macro-sociaux :

- conditions de logement (itinérance, instabilité résidentielle);
- statut socioéconomique faible (pauvreté);
- exclusion économique (inemployabilité, perte d'emploi);
- exclusion sociale (judiciarisation, marginalisation des déviants);
- désorganisation sociale (perte d'espoir, fatalité, pauvreté, mauvaises conditions de vie, classe sociale faible, milieu de vie malsain).



VIOLENCE

- gestes ou comportements posés;
- interaction entre 2 personnes ou +;
- coercitif;
- 5 types (symbolique, verbale, physique, psychologique, matérielle).

Somme toute, nous partons de l'idée que l'individu ayant un TMG présente une propension plus élevée à commettre un acte violent, tout comme celui présentant un problème de toxicomanie. Le TMG peut entraîner la toxicomanie ou vice versa, mais les deux troubles peuvent aussi être interreliées. Lorsqu'un individu présente à la fois un TMG et un trouble de consommation de substances psychotropes, la propension à commettre un acte violent est encore plus importante, comparativement à la présence d'une difficulté seulement. Certains points forts sont à considérer lorsque nous abordons le concept de violence. Ce dernier étant défini comme un geste ou comportements posés, impliquant une interaction entre deux ou plusieurs personnes, de façon coercitive, pouvant être classés selon une typologie élaborée par LeBlanc et al. (1998) comportant cinq types d'agir, soit : l'agression symbolique, verbale, physique, psychologique ou matérielle.

Nous devons aussi tenir compte de certaines caractéristiques individuelles, telles : l'âge, le sexe, l'état civil, le statut socioéconomique, la nature du ou des diagnostics, les antécédents psychiatriques et toxicologiques, le niveau de stress et prendre en considération l'implication ou non de la personne dans une démarche thérapeutique et ce, de façon à être le plus exhaustif possible dans la collecte des données qui suivra. Swanson (1994) décrit le profil-type en avançant qu'un jeune homme se situant dans la tranche d'âge des 18-29 ans, atteint de TMG, toxicomane, au statut socioéconomique faible, célibataire, séparé ou divorcé commettrait plus d'actes violents que ses pairs.

Donc, nous sommes en présence d'une personne présentant à la fois un TMG et un problème de toxicomanie. Certains facteurs relevant davantage de son environnement primaire, tels : l'isolement social, l'absence de soutien parental, la fréquentation de pairs déviants ainsi que les conflits/tensions vécus avec des personnes significatives influenceront probablement un passage à l'acte violent. Conjointement, la personne sera aussi influencée par des facteurs macro-sociaux, relevant davantage des idéologies, des normes et des valeurs qui sous-tendent notre société, tels : les conditions de logement, un statut socioéconomique faible, l'exclusion économique, l'exclusion sociale et la désorganisation sociale. Chez une personne, il peut y avoir la présence d'un ou de

plusieurs facteurs des deux différentes catégories. De plus, il faut tenir compte que les facteurs micro-sociaux ont aussi une influence sur les facteurs macro-sociaux et vice versa. Soulignons aussi que certains facteurs micro et macro-sociaux peuvent jouer un rôle dans l'apparition d'un TMG ou d'un problème de toxicomanie, donc pas seulement dans l'apparition d'un passage à l'acte violent hétéroagressif. Le lien est bidirectionnel en ce qui a trait à la violence compte tenu que le geste violent de la personne peut être influencé par les facteurs cités précédemment mais à l'inverse, les agirs violents commis par un individu peuvent l'amener à être confronté à ces mêmes facteurs. Finalement, la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et toxicomanie peut aussi commettre un acte violent sans la présence d'aucun de ces mêmes facteurs.

Un aspect qui est écarté dans ce schéma explicatif mais dont nous nous devons d'être conscients est le phénomène de victimisation, parfois vécu quotidiennement par les personnes aux prises avec ces troubles. Certes, à l'intérieur de cette recherche, nous traitons de la violence hétéroagressive commise par ceux présentant un double problème de maladie mentale et de toxicomanie mais il ne faut pas oublier que cette violence, à l'inverse, peut aussi leur être infligée. Ainsi, le lien entre ces divers concepts peut être vu d'une façon bidirectionnelle car ces personnes seront peut-être confrontées aux facteurs micro et macro-sociaux nommés ci-haut des suites de gestes violents commis par autrui à leur égard.

4.4 Objectifs et questions de recherche

Sur la base de ce qui précède, notre recherche vise à retracer l'expérience des gens présentant un double problème de maladie mentale et de toxicomanie, leur cheminement et ainsi, mieux comprendre la dynamique de passage à l'acte violent tout en tenant compte de l'environnement social et de l'individu au coeur de cet environnement. Plus particulièrement, nous poursuivons trois objectifs : (1) identifier certains facteurs micro-sociaux et macro-sociaux pouvant contribuer à la survenue de comportements violents perpétrés par les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale, précisément de trouble mental grave, et de toxicomanie; (2) identifier certains facteurs de

protection ou de prévention de ces comportements; (3) comprendre les interactions impliquées dans le passage à l'acte violent chez cette clientèle et la perception qu'ils ont de ce dernier.

Pour ce faire, notre démarche s'orientera selon les questions suivantes :

1- Comment la personne perçoit-elle la relation qui existe entre ses problèmes de maladie mentale, de toxicomanie et de violence? Comment interprète-t-elle son ou ses agirs violents?

2- À partir des perceptions et du vécu de la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, quels sont les facteurs pouvant influencer l'apparition des comportements? Quels sont les facteurs relevant de l'environnement micro-social et ceux relevant de l'environnement macro-social?

3- À partir des perceptions et du vécu de la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, quels sont les facteurs qui agissent comme facteurs de protection à l'agir violent?

5. Méthodologie de recherche

5.1 Type de recherche privilégié

La présente étude s'intéresse aux aspects psychosociaux pouvant être associés à la violence hétéroagressive perpétrée par les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale, précisément de TMG, et de toxicomanie.

Une approche qualitative a été privilégiée pour tenter de répondre à nos objectifs et questions de recherche, à savoir l'identification des facteurs pouvant intervenir dans l'apparition des comportements violents (ou, à l'inverse, la prévention de ces comportements) et ce, à partir de la perception que l'individu a de lui-même, de son vécu et de son environnement social. Comme le mentionnent Mayer, Ouellet, St-Jacques, Turcotte et collaborateurs (2000), la principale caractéristique de la recherche qualitative réside dans l'importance accordée aux points de vue des gens en ce qui concerne le vécu de leur réalité sociale. Puisque les aspects psychosociaux reliés à la triade TMG, toxicomanie et violence sont encore peu connus, la pertinence des résultats se trouve dans l'explication que les gens ont à apporter. Donc, nous nous sommes intéressée à leurs propos se rapportant aux facteurs précipitants, contributoires et protecteurs, micro et macro-sociaux, reliés à leurs expériences de vie. De nature exploratoire-descriptive, cette étude vise à améliorer la compréhension sociale de la violence commise par cette clientèle marginalisée en tentant d'éclaircir le « pourquoi » et le « comment » des gestes violents commis par la personne présentant un double problème de maladie mentale et de toxicomanie et cela, à partir du point de vue de la personne elle-même.

5.2 Population et échantillon

5.2.1 Population à l'étude

La population à l'étude est composée d'individus ayant un double problème de TMG et de toxicomanie, ayant un ou des antécédents de comportements violents et bénéficiant d'interventions de l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du Centre hospitalier Robert-Giffard (CHRG), à Québec.

Précisément, l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du CHRG s'implique auprès de toutes les personnes qui sont dirigées vers ses services et qui sont inscrites dans les divers programmes-clientèles de l'établissement. Ces services sont qualifiés d'ambulatoires. Leur plus proche partenaire est le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve (CRUV) qui offre des traitements aux personnes toxicomanes, alcooliques et aux joueurs compulsifs.

5.2.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion identifiés pour l'étude sont les suivants :

- la participante ou le participant accepte volontairement de collaborer à l'étude et est apte à le faire (n'est pas assujettie à une tutelle ou une curatelle aux biens et à la personne);
- la participante ou le participant a un diagnostic de trouble mental grave (schizophrénie, psychoses apparentées ou trouble affectif bipolaire) qui a été posé par un psychiatre et ce, selon les critères du DSM-IV;
- elle ou il est présentement stable au plan mental de façon à collaborer adéquatement à l'étude;
- la participante ou le participant est reconnu par le psychiatre comme présentant, ou ayant présenté, un problème d'abus de substances ou de dépendance aux psychotropes et ce, selon les critères du DSM-IV ^{idem} (excluant un trouble lié à l'utilisation de caféine ou de tabac uniquement);
- elle ou il a présenté des comportements violents de nature symbolique, verbale, physique, psychologique ou matérielle et ce, dans l'année précédant l'entrevue;

- elle ou il est : (1) engagé dans une démarche thérapeutique auprès des professionnels de l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du CHRG ou (2) reçoit les services d'un autre professionnel du CHRG, tout en ayant des contacts avec l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie.

5.2.3 Critère d'exclusion

- Considérant le statut d'employée au service social de l'étudiante réalisant ce projet de recherche, nous avons exclu de la présente étude tous les usagers du CHRG inscrits à la cohorte de cette dernière. Cela, pour éviter un enchevêtrement des rôles de l'étudiante qui est aussi clinicienne mais aussi, pour éviter tout sentiment de représailles ou de gratifications qui pourraient être perçu, à tort, par l'utilisateur.

5.2.4 Échantillonnage

Une technique d'échantillonnage non probabiliste fut privilégiée ce, considérant le fait que nous cherchions à composer un échantillon en fonction de certaines caractéristiques précises. La composition de ce dernier n'est pas le résultat du hasard. En effet, les participants à l'étude devaient présenter à la fois un diagnostic de TMG, d'abus de substances et avoir posé des gestes violents depuis un an ou moins et ce, de façon à ce que ces gestes ou comportements violents soient relativement récents. Ainsi, la situation sociale des participants au moment du passage à l'acte violent sera plus facilement gardée en mémoire.

L'échantillon a été constitué sur une base volontaire. Ainsi, nous avons fait appel à la participation des usagers du CHRG bénéficiant de l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie. Évidemment, ce bassin de population a été à même de nous mettre en contact avec des personnes qui sont davantage susceptibles de posséder les critères recherchés. Ce choix de technique d'échantillonnage est aussi relié au fait que nous

sommes d'avis que les critères recherchés pour la participation à cette étude pouvaient être stigmatisants pour certaines personnes et ces dernières peuvent ne pas désirer participer à une étude traitant de ces troubles. Aussi, le sujet des comportements violents est délicat et demeure tabou au sein de la société. En tout temps, les personnes étaient en droit de refuser de participer à l'étude.

L'objectif visé était d'obtenir un échantillon constitué de huit à dix participants. Finalement, il fut composé de neuf participants, possédant les critères énumérés ci-haut. La présence de ces critères a été préalablement vérifiée par l'étudiante et corroborée par un membre de l'équipe traitante. Le choix du nombre total de répondants est en lien avec la certitude d'avoir obtenu des informations jusqu'à saturation. En recherche, ce principe « s'articule autour de l'idée que l'on a un échantillon suffisamment grand lorsque la poursuite de la collecte de données n'apprend plus rien au chercheur, n'apporte plus aucune idée nouvelle » (Mayer et al., 2000 : 87).

5.3 Protocole de recrutement

La première étape du processus de recrutement fut de solliciter la collaboration du psychiatre et chef de service, Docteur Pierre Rouillard, ainsi que des intervenants oeuvrant au sein de l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du CHRG, indifféremment de leur profession et du fait qu'ils dispensent des services par entretiens individuels ou en intervention de groupe. Nous avons sollicité leur collaboration pour permettre à l'étudiante de présenter elle-même le projet de recherche au sein des groupes de thérapie et lors d'entretiens individuels. Cette rencontre a consisté à présenter la recherche, créer un premier contact, susciter l'intérêt pour cette étude et répondre aux questions des éventuels participants. Par la suite, la personne intéressée à participer au projet se voyait fixer un rendez-vous pour procéder à la signature de la formule de consentement (voir annexe C) et procéder à la collecte des données. Préalablement aux rencontres, l'étudiante contactait le médecin traitant pour corroborer les critères d'inclusion à l'étude, énoncés précédemment.

Quelques difficultés sont survenues lors de cette étape cruciale de notre étude. D'abord, le recrutement fut difficile au sein de l'établissement en lien avec le petit nombre d'usagers présentant les critères d'inclusion à la recherche. Au départ, nous croyions qu'il serait facile de recruter de nombreux participants mais la nature de l'organisation de l'établissement et de l'Unité de service de psychiatrie et toxicomanie a probablement limité l'accès à certains participants. En effet, lorsque les intervenants étaient en contact avec un usager qui présentait les critères d'inclusion et en faisait part à l'étudiante-chercheuse, le contact ne s'établissait pas systématiquement en lien avec l'horaire chargé des professionnels de l'Unité de service ou encore, avec le départ de l'hôpital de l'usager. De plus, deux personnes ont démontré de la méfiance en lien avec les thèmes abordés dans l'étude et d'emblée, refusaient de participer. Nous sommes d'avis que cela est en lien avec le caractère tabou de ces troubles. Pour remédier à cette situation, deux stratégies de recrutement ont été utilisées. D'abord, considérant que le terme violence était possiblement stigmatisant, nous avons abordé les gens sous le terme agressivité et avons été à même de constater que les résistances étaient moins présentes. Aussi, les deux participants qui nous sont apparus plus méfiants lors du premier contact se sont vu proposer un temps de réflexion et ont été rencontrés une seconde fois pour discuter de leur éventuelle participation à l'étude. Après cette seconde rencontre, ils ont tous deux accepté.

Finalement, deux femmes ont refusé catégoriquement de participer à l'étude. Elles ont verbalisé un désintérêt à s'impliquer à cette étude sans donner de raisons précises. Néanmoins, nous pouvons supposer que le fait que l'interlocutrice soit une femme ait pu créer un malaise et influencer leur décision ou à l'inverse, cela a favorisé la participation des répondants de sexe masculin.

5.4 Collecte des données

Toutes les entrevues ont été réalisées entre le 5 juin et le 18 décembre 2006. L'entrevue semi-structurée a été utilisée pour recueillir les données pertinentes à l'objet d'étude. La durée de cette dernière n'a pas excédé une heure et trente minutes et était majoritairement

constituée de questions ouvertes. Ce type de questions ne permet aucunement aux répondants de répondre par oui ou non, les obligeant à développer leurs réponses davantage. Cela entraîne un certain degré de liberté dans les réponses mais ces dernières demeurent centrées sur un thème précis et la réponse, en lien avec la question. Donc, le niveau de profondeur est limité par le cadre entourant la question. Bien entendu, le participant pouvait en tout temps déborder du cadre de la question et ainsi, apporter des informations nouvelles à l'interlocutrice. (Mayer et al., 2000).

Le discours du répondant était davantage rétrospectif, considérant que nous cherchions à obtenir de l'information par rapport à des comportements violents qui ont eu lieu antérieurement. Donc, cela amenait le participant à se rappeler de sa situation au moment de son ou ses passages à l'acte violent. Les thèmes abordés sont en lien avec les facteurs environnementaux (micro et macro-sociaux) pouvant possiblement précipiter et contribuer au passage à l'acte violent chez les personnes présentant un TMG et un problème de toxicomanie, tels : l'isolement social, le soutien parental, le réseau social, les relations interpersonnelles, le statut socioéconomique, les conditions de logement, la situation d'emploi, l'implication sociale, les antécédents psychiatriques et toxicologiques. À travers le discours des répondants, nous avons aussi tenté d'identifier certains facteurs de protection par rapport aux comportements violents. Certes, les questions sont demeurées ouvertes car nous cherchions à préciser la pensée du répondant puisque c'est son point de vue que nous voulions cerner. Nous désirions retracer son cheminement, son vécu en lien avec ses agirs violents. Selon le répondant et en lien avec le cadre conceptuel, qu'est-ce qui est important dans l'apparition des comportements violents? Quels sont les éléments qu'il identifie et ceux qu'il n'identifie pas? Comment explique-t-il l'apparition des comportements violents dans son parcours de vie?

L'entretien débutait par un rappel sur la nature, les objectifs et les modalités de l'étude ainsi que la signature de la formule de consentement. Par la suite, nous présentions par écrit un bref résumé de la définition que nous donnons au terme violence ainsi que ses cinq formes (voir annexe E) ce, de façon à ne pas stigmatiser le participant et lui faire voir que la violence est, dans cette étude, un terme entendu à un sens large. De cette

façon, nous nous assurons d'avoir la même définition de la violence que le participant. S'en suivait des questions plutôt générales, relevant davantage des caractéristiques individuelles de la personne, de façon à créer un climat de confiance. Par la suite, les divers thèmes et questions énumérés précédemment ont été traités selon le principe de l'entonnoir, c'est-à-dire du plus général au plus particulier (ou « délicat », le cas échéant). Nous avons procédé de cette façon par souci de mettre à l'aise le répondant et ainsi, tenter d'obtenir l'information la plus juste et pertinente possible. L'entretien se terminait en permettant aux répondants d'émettre tous commentaires, opinions sur ce qui avait été dit et de partager certaines informations qu'il croyait pertinentes et que l'étudiante-chercheuse n'avait pas abordées. Le canevas d'entrevue fut préalablement validé par un pré-test. Par contre, cette entrevue a été conservée et insérée à l'échantillon final vu la pertinence des informations recueillies, sa validité, le fait qu'aucune modification n'ait été apportée au canevas d'entrevue et que la population à l'étude fut difficile à recruter.

5.5 Traitement et analyse des données

Les données recueillies par les entrevues de recherche ont ensuite été analysées selon une méthode scientifique grandement utilisée en recherche qualitative, soit l'analyse de contenu. En effet, cette méthode permet d'approfondir un problème social ainsi que le traitement exhaustif des informations recueillies lors d'entretiens. Nous nous sommes attardée au contenu manifeste, c'est-à-dire aux verbatims des participants et sur le contenu intégral des entrevues. Cette façon de procéder a pour but de faire ressortir la signification des situations, des expériences de vie des participants en donnant un sens à leurs propos, toujours en lien avec les objectifs de la recherche, préalablement énoncés. Quoique tendant vers l'objectivité, cette méthode d'analyse laisse place à l'interprétation du chercheur et lui permet de faire des liens entre les problèmes à l'étude et les propos recueillis. Bref, on tente de faire émerger le sens sous-jacent aux discours des participants (Mayer et al., 2000).

Nous avons utilisé cette méthode selon les quatre étapes proposées par Mayer et collègues (2000) :

Étape 1 : La préparation du matériel (recueillir les propos des répondants sur cassette audio et ensuite, transcrire intégralement les verbatims d'entrevues);

Étape 2 : La préanalyse du matériel (lecture des propos recueillis, sélection des thèmes qui permettront la classification du matériel (unités d'analyse) et la formulation d'hypothèses explicites ou implicites des résultats ainsi que des relations entre les divers thèmes identifiés);

Étape 3 : La codification du matériel (regrouper le contenu pertinent selon les thèmes choisis pour ensuite le diviser en catégories et en sous-catégories et ce, selon notre cadre conceptuel);

Étape 4 : Analyse et interprétation des résultats (hiérarchisation, mise en relation et vérification de la pertinence des résultats en lien avec la ou les questions de recherche et les objectifs de cette dernière).

Nous avons donc effectué une transcription intégrale des propos recueillis lors des entrevues de recherche. Cette transcription a été réalisée à l'informatique, en utilisant le programme de traitement de textes Microsoft Word.

5.6 Limites et forces de l'étude

Une première limite attribuable à cette étude est le fait que nous ne pouvons prétendre à la généralisation des résultats obtenus, à l'ensemble des personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, ayant un ou des antécédents de comportements violents. En effet, la petite taille de l'échantillon, le fait que tout les répondants soient des hommes et que le recrutement fut effectué en entier au sein de la même ressource nous oblige à interpréter les résultats avec prudence et prendre en

considération le fait que les propos recueillis traduisent la réalité de ces répondants en particulier. Néanmoins, nous pouvons tracer des liens entre le discours des répondants et les facteurs pouvant intervenir dans la survenue de leur passage à l'acte violent. Nous nous permettrons d'émettre des associations et d'avancer des explications qui pourront être validées dans de futures recherches. De plus, cela n'empêche pas que les explications qui émergent de l'étude peuvent possiblement être reliées à des populations similaires.

Ensuite, le choix de l'approche qualitative se veut être une autre limite attribuable à cette étude. Bien que la rigueur de la méthode d'analyse choisie soit avérée, celle-ci laisse aussi place à la subjectivité de la personne qui analyse et interprète les propos des répondants. Certes, le chercheur a une influence sur les données recueillies car il identifie lui-même les questions d'entrevue, les unités d'analyse et interprète les résultats selon le sens qu'il leur donne. L'approche qualitative laisse donc une grande liberté au chercheur dans le choix des liens qu'il désire établir entre les propos des répondants et en ce qui a trait à la transmission des informations.

Finalement, vu le caractère tabou et stigmatisant de l'objet d'étude (la violence), il est probable que les répondants aient caché volontairement certaines informations au chercheur ou amélioré leur réalité sociale au moment des passages à l'acte violent. La désirabilité sociale a possiblement été recherchée par les répondants qui n'ont peut-être pas offert des réponses honnêtes aux questions d'entrevue, par souci de « bien paraître ».

En ce qui a trait aux forces de cette étude, considérons l'intérêt de cette dernière à comprendre une réalité sociale à partir de la perception des répondants sur leurs propres expériences. Cette étude permet une compréhension psychosociale plus en profondeur de ces problèmes et ce, d'un point de vue phénoménologique. Nous avons été à même de constater que les écrits recensés nous présentent certains facteurs pouvant conduire à un passage à l'acte violent mais généralement, ils ont été réalisés sous un angle biomédical. Une approche davantage éco-systémique fait ressortir différents facteurs. De plus, la majorité des études recensées ont été produites selon une approche quantitative alors que pour la présente, l'approche qualitative nous permet un accès au vécu, à l'interprétation

de la personne et aux aspects subjectifs de la dynamique qui existent entre le trouble mental, la toxicomanie et la violence.

5.7 Considérations éthiques

En recherche, plusieurs points sont à considérer au plan éthique, soit : la confidentialité, l'anonymat et l'évaluation des risques encourus par la personne participant à l'étude. À prime abord, nous sommes d'avis que la participation à cette recherche ne comportait aucun préjudice physique ou psychologique pour la personne. Par contre, comme il se pouvait que cette dernière ressente des affects négatifs ou des émotions désagréables à la suite de l'entretien avec le chercheur, considérant que cette étude collectait des données rétrospectives. Il était prévu que la personne puisse émettre des commentaires à la fin de l'entrevue et être référée, si nécessaire, à son médecin traitant pour que ce dernier veille à ce que l'équipe intervienne, pour permettre à la personne d'exprimer ses impressions et émotions. D'ailleurs, le médecin traitant était avisé de la participation à l'étude et de la date de l'entrevue afin qu'il se rende disponible à rencontrer le participant, s'il y avait un problème ou s'il en ressentait le besoin. Cette mesure ne s'est avérée requise pour aucun des répondants.

Deuxièmement, les participants étaient informés de la nature de l'étude, de ses objectifs et de l'utilisation des résultats dans le cadre d'un projet de recherche universitaire. Le consentement de ces derniers était libre, ils ont donc eu le droit d'accepter ou de refuser de participer et ce, sans aucune conséquence pour eux advenant un refus. Le participant était aussi en droit de se retirer du projet de recherche à tout moment, cela sans préjudice. Particulièrement, sans craindre que son accès aux services ou sa relation avec l'équipe traitante ne soit affectés.

Enfin, toutes les informations recueillies dans le cadre de la présente étude demeurent strictement confidentielles. Toute information susceptible d'identifier des situations particulières et les participants a été exclue du matériel d'analyse et de la présentation des résultats. De plus, le nom du participant n'apparaît sur aucun rapport de recherche ou

autre document et fut remplacé par un code numérique sur le matériel audio et sur le verbatim de l'entrevue. Bien que l'entrevue soit enregistrée, seul l'étudiante-chercheure et sa directrice de recherche ont accès aux informations recueillies. L'enregistrement sonore, la formule de consentement ainsi que la transcription intégrale des entrevues sont conservés au domicile de l'étudiante-chercheure et placés dans un classeur, sous clé. Ceux-ci seront détruits une fois le processus de recherche et la correction du mémoire terminés.

Notons que ce projet de recherche a reçu l'aval du Comité d'éthique et de la recherche du Centre hospitalier Robert-Giffard, affilié à l'Université Laval (approbation numéro 163).

6. Présentation de l'échantillon

6.1 Données socio-démographiques

6.1.1 Synthèse des données socio-démographiques par participant

D'abord, nous avons regroupé sous la forme du tableau suivant les données socio-démographiques des neuf répondants de façon à voir les caractéristiques individuelles de chacun.

Tableau 1
Données socio-démographiques par participant

- Répondant -

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sexe	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Âge	27	24	23	26	30	29	41	29	45
État civil	Cél.	Cél.	Cél.	Cél.	Cél.	Union libre	Conjoint de fait	Cél.	Cél.
Occupation	AE; ouvrier agricole	AE	AE	AE	AE	AE	RRQ	AE	AE
Qualification	Sec. 3	Sec. 5	Sec. 5	Sec. 5	Sec.4 et DEP	Sec. 5	Sec. 5	Sec. 2	Sec. 2
Milieu de vie	Hôpital	Domicile familial	Hôpital et ressource de réadaptation psychosociale	Hôpital	Appartement autonome	Hôpital	Hôpital	Hôpital	Maison de chambres

Cél. : célibataire

AE : assistance-emploi

RRQ : Régie des rentes du Québec

DEP : diplôme d'étude professionnelle

Union libre ≤ 1 an de vie commune

Conjoint de fait ≥ 1 an de vie commune

6.1.2 Synthèse transversale des données socio-démographiques : profil de l'échantillon

ÂGE	NOMBRE DE RÉPONDANTS	ÉTAT CIVIL	NOMBRE DE RÉPONDANTS
18-24 ans	2	Célibataire	7
25-29 ans	4	Marié	0
30-34 ans	1	Séparé-divorcé	0
35-39 ans	0	Conjoint de fait	1
40-44 ans	1	Union libre	1
45 ans et +	1		

SCOLARITÉ	NOMBRE DE RÉPONDANTS
Primaire	0
Secondaire I	0
Secondaire II	2
Secondaire III	1
Secondaire IV (et DEP)	1
Secondaire V	5

SOURCE DE REVENU	NOMBRE DE RÉPONDANTS
Emploi	0
Assistance-emploi	8
RRQ	1

MILIEU DE VIE	NOMBRE DE RÉPONDANTS
Centre hospitalier*	6
Domicile familial	1
Appartement	1
Maison de chambres	1

*un de ces six participants demeure, lorsqu'il n'est pas hospitalisé, dans une ressource de réadaptation psychosociale.

D'abord, en ce qui a trait au sexe des participants, ils sont tous de sexe masculin. Leur âge varie entre 23 et 45 ans, la moyenne se situant à 30,4 ans. La majorité des participants se situent dans la tranche d'âge des 25-29 ans. Quant au statut civil des participants à l'étude, il est majoritairement celui de célibataire. Par contre, un participant rapporte être en union libre, soit le fait d'être en couple avec une conjointe depuis moins d'un an. Un autre participant rapporte un statut de conjoint de fait, donc est en couple avec un partenaire depuis plus d'un an et font vie commune sous un même toit. En ce qui a trait à la scolarité des participants, elle varie entre des études de niveau secondaire 2 et secondaire 5. Aucun des répondants ne se situe au pôle extrême de notre système d'éducation, soit des études de niveau primaire ou universitaire, tous les participants ayant réalisé des études de niveau secondaire. Un seul participant a obtenu un diplôme d'étude professionnelle (DEP). Au moment où ont été réalisées les entrevues, la totalité des répondants était sans emploi. Leur revenu provenait en majorité de prestations

d'assistance-emploi (communément appelée Bien-être social) et de prestations de la Régie des rentes du Québec (RRQ). Un des participants, bien qu'il recevait actuellement des prestations gouvernementales, nous précise qu'il occupe généralement un emploi d'ouvrier agricole. Finalement, lors de la réalisation des entrevues, la majorité des participants étaient hospitalisés au Centre hospitalier Robert-Giffard, bien que leur état mental était stable. Préalablement à la rencontre et tel que requis par les critères d'inclusion à la présente étude, nous avons validé la stabilité de l'état mental du participant auprès de son médecin traitant. Bien qu'hospitalisé, un des participants pouvait identifier son milieu de vie à l'externe, soit une ressource de réadaptation psychosociale de la région de Québec. En ce qui concerne les trois autres hommes, un demeurait avec son père au domicile familial, un en appartement seul et l'autre en maison de chambres.

6.2 Caractéristiques cliniques et judiciaires des participants à l'étude

6.2.1 Synthèse des caractéristiques cliniques et judiciaires par participant

Tout comme dans la section précédente, nous avons regroupé sous la forme du tableau suivant les données cliniques et judiciaires des neuf répondants de façon à voir les caractéristiques individuelles de chacun.

Tableau 2
Caractéristiques cliniques et judiciaires par participant

- Répondant -

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diagnostic psychiatrique	SCZ	Schizo-affectif	TAB	SCZ	Tr. psychotique n/s	TAB	SCZ	SCZ	SCZ
Nombre d'hospitalisation	10	4	3	6	4	2	25	2	20
Suivi actuel toxicomane	Groupe	Suivi médical	Groupe	Groupe	Suivi médical et AA.	Suivi médical	Groupe	Groupe	Suivi médical
Atcd thérapeutique toxicomane	Aucune	aucune	1 non complétée	1 non complétée	4	aucune	1	1 non complétée	1
Atcd carcéral	Prison 4 fois	Prison 2 fois	aucun	Prison 1 fois	aucun	Prison 5 fois	Prison 1 fois	Prison 5 fois	Prison 2 fois
Nombre d'accusation criminelle	4	2	2	3	1	6	1	4	2

SCZ : schizophrénie

TAB: trouble affectif bipolaire

Tr. psychotique n/s : trouble psychotique non spécifié

Atcd : antécédent

6.2.2 Synthèse transversale des caractéristiques cliniques de l'échantillon

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE	NOMBRE DE RÉPONDANTS
Schizophrénie	4
Schizo-affectif	2
Trouble psychotique n/s	1
Trouble affectif bipolaire	2

NOMBRE D' HOSPITALISATIONS	NOMBRE DE RÉPONDANTS
1 à 4	5
5 à 9	1
10 à 14	1
15 à 19	0
20 à 24	1
25 et +	1

SUIVI ACTUEL TOXICOMANIE	NOMBRE DE RÉPONDANTS
Groupe motivationnel	5
Suivi médical seul*	4

ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES TOXICOMANIE	NOMBRE DE RÉPONDANTS
Aucune thérapie	3
1 non complétée	3
1 complétée	2
2 thérapies	0
3 thérapies	0
4 thérapies	1

*Un de ces participants fréquente occasionnellement les rencontres AA.

Premièrement, en ce qui concerne les diagnostics psychiatriques présentés par les répondants, ils sont variés. Certes, l'échantillon fut composé à partir de certaines caractéristiques recherchées mais pas en lien avec la diversité des diagnostics. Néanmoins, nous avons été en mesure de former un échantillon contenant tous les diagnostics inclus dans notre concept de trouble mental grave, soit : la schizophrénie et les psychoses apparentées, le trouble schizo-affectif et le trouble affectif bipolaire. La schizophrénie est le trouble mental le plus fréquent au sein de notre échantillon et notons que tous les répondants présentant ce diagnostic nous ont précisé que leur trouble était de type paranoïde. Quant au nombre d'hospitalisations psychiatriques des participants, il varie entre ces derniers, le minimum étant deux hospitalisations et le maximum vingt-cinq. La moyenne se situe à 8,4 hospitalisations.

Concernant la consommation de drogues, nous avons investigué la nature du suivi dont les participants bénéficiaient au moment de l'entrevue pour contrer leur trouble, puisqu'un des critères d'inclusion à l'étude était d'être impliqué dans une démarche thérapeutique auprès des professionnels de l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du Centre hospitalier Robert-Giffard. La majorité des répondants participent à des interventions de groupe selon l'approche motivationnelle alors que les autres profitent seulement du suivi médical par le psychiatre du service, spécialisé en toxicologie. Un répondant a mentionné participer occasionnellement à des rencontres du mouvement des Alcooliques Anonymes (AA), soit lorsqu'il en ressent le besoin.

Précisons que certains des participants au groupe motivationnel reçoivent aussi les soins du médecin psychiatre de l'Unité de service de psychiatrie et toxicomanie alors que d'autres, non. La majorité des répondants ont des antécédents en matière de cheminement thérapeutique pour contrer leur problème de consommation de drogues. Le nombre de thérapies amorcées varie de une à quatre thérapies. Un participant mentionne n'avoir jamais bénéficié d'une thérapie mais avoir été suivi dans un CLSC par rapport à ce trouble.

6.2.3 Synthèse transversale des caractéristiques judiciaires de l'échantillon

PÉRIODE EMPRISONNEMENT	NOMBRE DE RÉPONDANTS
Aucune	2
1 fois	2
2 fois	2
3 fois	0
4 fois	1
5 fois	2

TYPE D'ACCUSATION CRIMINELLE	NOMBRE DE RÉPONDANTS
Grossière indécence	1
Harcèlement criminel	1
Introduction par infraction	3
Méfait public	2
Menace	2
Menace armée	1
Menace de mort	2
Port d'arme prohibée	1
Trafic de stupéfiants*	2
Voie de fait	4
Voie de fait armée	1
Vol	2
Vol de voiture	1

*Un des répondants a été accusé deux fois pour ce type de délit.

Sur le plan des caractéristiques judiciaires, sept des neuf participants ont séjourné au moins une fois dans un établissement de détention provincial (prison). Ils n'ont jamais été incarcérés dans un établissement fédéral (pénitencier), donc ils ont tous eu des sentences de moins de deux ans. Tous les répondants ont dû faire face à la justice au moins une fois pour une ou des accusations criminelles. La majorité des répondants ont eu plus d'une accusation criminelle et plusieurs des répondants ont été accusés pour des crimes impliquant de la violence envers autrui (voie de fait, menaces, harcèlement). D'ailleurs, la voie de fait est l'accusation criminelle dont les répondants ont le plus été reconnus coupables.

6.3 Contexte des entrevues de recherche

De façon à bien faire comprendre le climat dans lequel les entrevues de recherche ont été réalisées, nous vous présenterons dans cette section des données davantage contextuelles. Les perceptions de l'étudiante-chercheuse ont été recueillies par écrit aussitôt qu'une rencontre se terminait. D'abord, notons que la durée des entrevues fut variable, la plus courte ayant duré environ trente minutes et la plus longue, une heure trente.

Nous avons pu constater deux attitudes différentes chez les hommes ayant participé à l'étude. Premièrement, certains démontraient une attitude plutôt confiante et les propos tenus laissaient parfois croire à un discours appris, supposant la recherche de la désirabilité sociale. Au fur et à mesure que se déroulait l'entretien, ils semblaient laisser « échapper » des éléments plus personnels, intimes, étant davantage la réalité et la perception qu'ils avaient d'une situation ou d'un thème. À l'opposé, certains étaient plutôt réservés et méfiants. Il y avait de longs silences avant d'amorcer une réponse, ces dernières étaient brèves et on pouvait facilement percevoir qu'il y avait une retenue des informations transmises. Malheureusement, nous n'avons pas l'impression d'avoir eu accès à tout le vécu de ces hommes et croyons qu'ils en avaient davantage à dire qu'ils en ont dit.

Finalement, bien qu'on pouvait percevoir un certain malaise qui nous semblait relié au sexe et à l'âge de l'interlocutrice, soit une jeune femme dans la vingtaine, la plupart des répondants ont présenté des attitudes séductrices à l'égard de cette dernière, attitudes qui ont rapidement été recadrées pour recentrer les répondants à la tâche. Cependant, chacune des rencontres s'est déroulée « amicalement », le climat était agréable et, lorsque la confiance semblait davantage présente, nous avons ressenti de l'authenticité émaner des réponses des participants à cette étude.

7. Présentation des résultats et description des contenus²

Rappelons que les données recueillies l'ont été à partir d'entrevues semi-structurées, dont les contenus ont été transcrits intégralement. Les données ainsi recueillies ont ensuite été codifiées par thème selon la méthode proposée par Mayer et collaborateurs (2000). Les thèmes furent définis à partir du schéma 2 de la page 42 soit, *l'interaction possible entre certains facteurs environnementaux et la survenue d'un passage à l'acte violent chez une personne présentant des troubles concomitants de TMG et de toxicomanie*, lequel est le résumé sous forme graphique du cadre conceptuel qui sous-tend cette recherche. Par contre, nous avons aussi laissé une place à certaines dimensions relevant de la nature exploratoire de certains objectifs poursuivis par cette étude.

7.1 Adaptation au stress

Le stress face aux diverses situations étant une caractéristique individuelle à considérer dans le passage à l'acte violent, surtout en ce qui a trait à la capacité des personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie à y faire face, nous avons investigué les moyens d'adaptation aux diverses situations stressantes auxquelles les individus peuvent être confrontés au quotidien. Sept répondants sur neuf ont été en mesure d'identifier certaines méthodes efficaces pour gérer leur stress, soit : la consommation de psychotropes, l'auto-contrôle, entreprendre une activité occupationnelle ou la prière. D'ailleurs, trois répondants ont affirmé que la consommation d'alcool ou de drogues était un de leurs moyens d'adaptation face au stress, pour les relaxer.

« Habituellement, je garde ça pour moi et j'essaie de le canaliser en m'évadant, en faisant du vélo, jouer au *play station*, fumer un joint. Des fois j'en parle à des gens avec qui je me sens à l'aise. » (P.A.)

² Dans la présente section, afin de nous assurer qu'aucun des participants à l'étude ne puissent être identifiés, nous avons attribué des initiales fictives aux répondants.

Un seul répondant n'a pas été en mesure de répondre à la question, alors qu'un autre affirme d'emblée avoir des difficultés à gérer le stress et y réagir par la violence.

« Sur le coup, il arrive souvent que j'explose, comme tout le monde, j'ai toutes sortes d'idées qui me passent par la tête. C'est la même chose que tout le monde je pense, sur le coup on pense aux pires affaires qu'on voudrait faire à l'autre personne pour se venger. Tout le monde a pensé un jour « crisse je vais le tuer ou je vais lui arracher la tête ou je vais le blesser au point de l'envoyer à l'hôpital ». Je pense qu'il n'y a pas un individu sur la terre qui n'a jamais pensé à ça mais entre le penser et faire la chose il y a une grande marge. C'est normal que quand on se fait faire du mal à soi et que ça nous a blessé profondément, sur le coup, on explose, on vient très en colère. » (S.R.)

7.2 Facteurs de risque micro-sociaux

En lien avec le passage à l'acte violent chez les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, quatre facteurs micro-sociaux ont pu être identifiés, soit l'isolement social, la fréquentation de pairs déviants, le soutien parental inadéquat et les tensions ou conflits avec les proches.

D'abord, en ce qui concerne le facteur de l'isolement social, il a été mentionné par la majorité des répondants mais se vit de façon différente chez certains d'entre eux. La majorité des répondants (8 sur 9) qualifient leur réseau social comme étant faible. Certains nous rapportent une diminution de leurs contacts sociaux avec les années (N=4) [« J'vois pu beaucoup d'amis...je l'sais pas pourquoi » (J.M.)] alors qu'un autre en a tout simplement pas et cette situation semble être présente depuis de nombreuses années. Pour ces derniers, les réponses données aux questions relatives au réseau social sont plutôt courtes et directes. Pour certains (N=3), les contacts sociaux sont éphémères et les personnes qu'ils qualifient d'amis sont en fait des connaissances ou des « amis d'un soir » rencontrés lors d'une soirée mais avec qui ils n'auront jamais d'autres contacts [« Souvent, c'est plus des rencontres d'une soirée. Tu sors dans un bar, tu rencontres quelqu'un et tu le revois pu après. C'est pas des amis de longue date. » (S.G.)]. Pour

quelques-uns (N=2), leurs discours laissent transparaître une solitude reliée à des amitiés perdues en lien, entre autres, avec la criminalité ou la toxicomanie.

« J'en ai un (ami) qui restait dans la rue, y'a été retrouvé dans le Bassin Louise à la fin de l'hiver car y'a passé l'hiver dans l'eau...en tout cas, j'ai beaucoup de chums qui sont morts, d'autres vivants mais certains c'est la consommation (le problème), c'est des amis d'enfance qui essayent de s'en sortir. » (F.D.)

Deuxièmement, la fréquentation de pairs déviants apparaît être un facteur de risque de passage à l'acte violent chez les gens présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Six répondants sur neuf rapportent avoir fréquenté un réseau social négatif au moment où ils consommaient des drogues, mais le type de relations entretenues avec ces réseaux est différent. Pour certains (N=3), la toxicomanie a entraîné l'implication dans des activités criminelles et la fréquentation d'organisations criminalisées.

« J'ai vendu (de la drogue) pas mal longtemps aussi. Récemment, j'ai arrêté d'être dans ce milieu-là...j'ai manqué d'argent aussi à cause de ça. Dans ce milieu-là, j'avais la grosse vie tout le temps...les restaurants chers, dépenser comme tu veux par ci par là. Les gens que je fréquentais consommaient et y'avait les motards mais moi, j'entendais et je répétais rien. (...) C'est sûr que j'ai eu des contacts avec le monde criminalisé mais moi, je faisais ma petite affaire tout seul tranquille, je suis pas mal indépendant. C'est la meilleure façon de ne pas avoir de troubles. » (L.B.)

Aussi, certaines associations avec des regroupements marginaux, dont nous a rapporté avoir fait partie un répondant, peuvent mener à la consommation de drogues, à des gestes violents et à la criminalité.

« C'est des organisations qui peuvent ramasser des armes. (...) j'allais à des soirées de bières, on était une trentaine, quarantaine et c'était des rassemblements dans les bars. (...)

j'étais monté avec un groupe de Montréal et un autre groupe qui voulait qu'on aille donner une volée aux *sharps* à leur travail. » (F.D.)

Pour d'autres (N=3), les mauvaises fréquentations proviennent de contacts sociaux inévitables en situation de consommation de substances psychoactives, par exemple l'interaction avec le revendeur de drogues. Dans le même ordre d'idées, les répondants ont aussi évoqué les types de personnes que l'on est susceptible de côtoyer lorsque l'on vit dans un milieu socio-économique pauvre.

« C'est très dur avec les gens qui m'entourent car sur l'aide sociale, ce n'est pas facile, il y a des gens qui boivent, qui vont chez les autres pour faire le *party* et ça vire mal. De toute façon, avec la boisson, ça vire tout le temps mal. (...) Le fait de fréquenter des gens sur l'aide sociale et qui boivent peut m'amener de l'agressivité. Moi, j'ai été dans le milieu de la drogue longtemps. » (S.R.)

Ensuite, un soutien parental inadéquat peut être identifié comme facteur de risque micro-social. Par exemple, des méthodes d'éducation inadéquates [« J'ai été éduqué par une femme monoparentale et ma mère était violente verbalement et physiquement » (P.A.)], des parents non présents pour intervenir par rapport aux gestes déviants de leur enfant [« Ça fait un an que je les ai pas vus parce que je reste à M. (...) Je ne parle pas de mes activités criminelles. Ma famille le sait mais j'ai toujours refusé de leur en parler » (L.B.)] ou l'absence de règles parentales [« Toute ma vie mes parents m'ont jamais dit non, ils me disaient tout le temps oui facque j'ai jamais été habitué au refus, je déteste que les gens me disent non » (M.C.)] sont des exemples nous permettant de faire ressortir le manque de soutien parental ou l'encadrement parental inadéquat auxquels les répondants ont fait face. Pareillement, on peut identifier l'éclatement de la famille d'origine comme soutien parental inadéquat, du fait que l'éducation a probablement été teintée par l'absence d'un des deux parents à certains moments de la vie de ces hommes. En effet, cinq des neuf répondants mentionnent avoir vécu la séparation ou le divorce de leurs parents. Un participant n'a même pas pu choisir avec lequel de ses parents il préférerait vivre.

« Mon père est parti d'avec ma mère (...) je suis resté avec ma mère, j'ai pas eu le choix. J'ai demandé à ma mère une journée...moi j'voulais sincèrement aller vivre avec mon père car je savais que ma mère, j'étais pas capable de la sentir. Ma mère est allée me dire si tu veux aller vivre avec ton père, va falloir entrer les avocats là-dedans (...) j'suis resté avec ma mère. » (T.P.)

Le quatrième facteur micro-social se rapporte aux conflits et tensions vécus avec les proches. Huit des neuf répondants rapportent avoir des difficultés avec au moins un de leurs proches (membres de la famille). Les difficultés semblent être de deux ordres. D'abord, ils naissent d'attentes élevées de la part de l'entourage.

« Avec ma tante, j'ai pu être violent car elle était jamais contente. (...) elle avait toujours de quoi se plaindre (...) j'commençais à être écoeuré de me faire harceler pis de me faire dire fais ci, fais ça. » (M.C.)

Aussi, les conflits semblent se développer autour de la perception, qu'ont les répondants, que quelqu'un veut prendre le contrôle sur eux et généralement, naît une lutte de pouvoir entraînée par la réplique au contrôle perçu.

« Quand mon père et moi on se pognait (...) mon père essayait de crier un p'tit peu plus fort pis là, té qui! Moi j'montais le ton un p'tit peu plus fort, mon père aussi pis ça finissait quasiment qu'on se battait moi et mon père. (...) on est deux têtes de cochon pis, c'est de même que ça va marcher pis si tu veux pas marcher de même, tu vas te donner un coup de pied dans l'cul pour que ça revienne de la bonne façon! C'est de même que mon père fonctionnait, moi ça fonctionnait pas avec lui. » (T.P.)

Finalement, la violence verbale, physique et psychologique entre le répondant et un proche est très présente dans les propos rapportés. Les répondants se décrivent à la fois comme victime et agresseur : « C'est comme avec ma tante, j'ai déjà été violent. Elle ne me sacrait pas la paix, elle était jamais contente et me faisait de la violence psychologique » (M.C.). Aussi, nous avons été à même de constater que les conflits avec

les proches ont dans certains cas amené la rupture des liens et des contacts avec ces derniers :

« Je n'ai pas beaucoup de relations avec ma famille...j'en ai pu je devrais dire. C'est seulement avec mon père et mon oncle que j'ai des contacts. Ma mère, j'ai coupé contact avec elle il y a plusieurs années. Je n'ai pas de frère, pas de sœur, pu de contact avec cousins, cousines » (P.A.).

De plus, un répondant a refusé d'aborder le sujet traitant des relations familiales car il est en conflit avec les membres de sa famille et n'a pas de contacts avec cette dernière.

7.3 Facteurs de risque macro-sociaux

Toujours en lien avec le risque de passage à l'acte violent chez les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, nous avons fait ressortir cinq facteurs macro-sociaux, soit des conditions résidentielles déficientes, un statut socio-économique faible, l'exclusion économique, l'exclusion sociale et la désorganisation sociale.

En ce qui concerne le facteur de la condition résidentielle misérable, on fait référence à l'itinérance et à l'instabilité résidentielle. Notons que cinq des neuf répondants rapportent avoir été itinérants et cela, pendant une période où ils consommaient de la drogue. Leur problème de toxicomanie les a entraînés aussi vers la criminalité en les impliquant dans le trafic de stupéfiants ou le vol pour se procurer de la drogue ou de la nourriture. Dans de telles conditions, certains se sont retrouvés sans argent pour se loger. C'est le cas de ce répondant :

« Quand je prenais de la drogue, tout mon argent allait dans la drogue. La poudre (la cocaïne) coûtait cher et il ne me restait pu d'argent pour aller me coucher à une place. Je me couchais dehors à -30 degrés. Je me faisais un trou dans la neige et je m'abrisais avec la neige. J'ai fait ça un hiver complet. » (E.S.)

Bien qu'à l'intérieur du discours des répondants il n'y ait pas d'associations directes avec la violence, le fait d'avoir vécu de l'itinérance et de l'instabilité résidentielle nous apparaît être un facteur important qui caractérise les difficultés de ces hommes. D'un point de vue multifactoriel, il nous semble que ce dernier a certainement une influence sur les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de violence vécus par ces hommes. L'inverse nous apparaissant aussi vrai.

Ensuite, l'appartenance à un statut socio-économique faible est rapportée par la majorité des répondants (8 sur 9). En effet, huit des hommes ayant participé à l'étude sont prestataires de la Sécurité du revenu. Il est reconnu que la violence peut émerger de la frustration engendrée par le fait de vivre dans une situation de précarité financière, de pauvreté. D'ailleurs, lorsque nous aborderons le facteur de la désorganisation sociale, concept dans lequel la pauvreté est incluse, nous serons à même de constater de quelle façon la pauvreté engendre de l'agressivité et de la violence verbale chez les répondants.

De plus, cette précarité économique amène ces hommes, dans la majorité des cas, à faire face à des situations d'exclusion économique. Certains répondants (N=4) ont fait référence à l'inemployabilité auquel ils font face à cause de leurs troubles de santé mentale et de toxicomanie.

« J'ai déjà travaillé (...) mais des fois, j'ai eu des pépins. J'ai pas travaillé depuis deux ans car je suis inapte au travail. Ma maladie m'empêche de travailler et si je consomme, ça fonctionne pas » (J.M.).

Ils nous ont tous mentionné être actuellement sans emploi, mais certains espèrent en obtenir un éventuellement et effectuent des recherches en ce sens (N=2), alors que les autres ne semblent pas préoccupés par le fait qu'ils ne soient pas sur le marché du travail. Pour un répondant, l'exclusion économique se manifeste par une instabilité d'emploi reliée au fait qu'il change d'emploi régulièrement car celui qu'il obtient ne lui convient pas. Un autre a été remercié de ses services par ses employeurs, à quelques reprises, dans les mois précédant l'entrevue. Pour d'autres (N=2), le discours fut empreint de violence

verbale à l'égard de leur ancien patron et ils ont rapporté des situations où ils s'étaient montrés violents à l'égard de leur employeur. Ils semblent présenter des difficultés dans le respect des règles qu'obligeait leur emploi respectif. Bref, peu importe la façon dont l'exclusion économique se vit, chacun des répondants se retrouve dans cette situation qui nous apparaît pouvoir s'avérer précurseur de violence.

Dans le même ordre d'idées, l'exclusion sociale peut aussi être un facteur de risque de passage à l'acte chez ces personnes et ce dernier a été exploré sous l'angle de la judiciarisation, de la marginalisation, de l'implication sociale et du recours à des organismes sociaux et communautaires. D'abord, notons que les participants ont tous été judiciarisés au moins une fois et généralement, pour des délits à caractère violent. Ensuite, en ce qui a trait à leur niveau d'implication sociale, il s'avère être faible pour la quasi-totalité des répondants (8 sur 9). Ces derniers le perçoivent comme tel, mais les raisons évoquées diffèrent quelque peu. Pour certains (N=6), cela relève d'un manque d'intérêt face à l'implication sociale : « Je suis pas le genre à aller au comité de la ville là. Je suis pas vraiment impliqué socialement » (L.B.). D'autres s'impliquent minimalement mais ne le perçoivent pas, tels S.G. : « Je remplis le recensement aux quatre ans et quand il y a des élections, je vais voter (...) j'essaye de garder du recul et de ne pas m'impliquer plus ». Enfin, certaines réponses traduisent un intérêt à s'impliquer au sein de la société, mais cet intérêt ne semble pas s'accompagner d'une mobilisation en ce sens. De plus, l'isolement social et la maladie mentale apparaissent être une barrière à l'action :

« Je me sens impliqué socialement comme aujourd'hui...je fais partie d'une recherche. Sinon non (je ne suis pas impliqué socialement), je ne sors pas souvent de chez-nous. Je vais dans la rue trois à quatre fois par jour quêter des cigarettes, faire du vélo, me promener, regarder les voitures passer et le monde. C'est sûr que je connais personne et j'aimerais ça être tellement plus impliqué socialement, ça pas de bon sens. J'ai besoin de sentir que je fais partie d'un groupe dans la société sinon, tu fonctionnes pas, tu peux pas fonctionner sans ça. J'suis là, j'ferais partie d'un groupe, j'aurais ma place tsé. » (J.M.)

Sur le plan de l'utilisation des services sociaux et communautaires, les répondants sont plutôt partagés et les réponses se trouvent aux antipodes. Quatre répondants sur neuf n'utilisent pas ces types de services et ne les apprécient pas : « Moi je suis allergique à ces affaires-là les organismes et services. Je me tiens loin de ça, j'aime pas ben ben les services et je vais te dire franchement, je suis allergique aux travailleuses sociales » (M.C.). L'autre moitié des répondants (5 sur 9) les utilisent. Ceux-ci apparaissent utiliser une variété de services et savent où se référer en cas de besoins. En effet, ils nous ont mentionné connaître et utiliser le Centre de crise, les travailleurs de rue, les CLSC, les organismes communautaires oeuvrant à des problèmes précis (lutte anti-racisme, réadaptation psychosociale), ainsi que les banques alimentaires et les soupes populaires. Encore une fois, le discours des répondants ne nous permet pas d'associations directes avec la violence mais il nous semble que le fait de vivre de l'exclusion sociale peut possiblement engendrer de la violence et est possiblement un facteur de risque important qui caractérise les problèmes sociaux de ces hommes.

Enfin, quant à la désorganisation sociale, nous nous référons à un concept englobant la pauvreté, la fatalité et la perte d'espoir d'une vie meilleure, le milieu de vie malsain et les mauvaises conditions de vie ainsi que le fait d'être situé dans la classe socio-économique dite défavorisée. Ce sujet a généré de vives discussions chez les répondants et d'emblée, ils ont abordé les sujets de l'inégalité sociale, les classes sociales et la pauvreté. Nous avons été à même de constater que chacun, à sa façon, fait face aux réalités regroupées dans notre concept de désorganisation sociale au quotidien. D'abord, les inégalités sociales perçues entre les riches et les pauvres génèrent des frustrations importantes : « J'ai une conscience pour les pauvres. Moi, j'ai pas de respect pour le riche. Le riche qu'il garde sa richesse pour lui » (T.P.). Les répondants sont conscients du fait qu'ils font partie de la classe sociale plus défavorisée et se sentent exclus de la population plus aisée. Ils constatent la différence entre les plus fortunés qui ont accès à une meilleure qualité de vie qu'eux. Leur discours est empreint d'une perte d'espoir, ils ont l'impression qu'ils ne pourront pas s'en sortir et qu'ils vivent de l'injustice par rapport à la population générale. Ils perçoivent aussi une influence du milieu de vie et des gens qui les entourent dans le sens qu'ils évoluent dans un milieu pauvre avec des gens

problématiques, donc sont influencés par la « culture de pauvreté » et plus susceptibles de demeurer dans cette situation sociale.

« J'ai l'impression que c'est un *trip* de destruction l'aide sociale (...) Je vis dans le quartier pauvre, en chambre. Avant, je vivais à (...) car je préférais être proche des riches, des gens qui réussissent dans la vie car je me disais que l'influence des gens de l'entourage allait m'aider mais j'avais tellement de problèmes à m'en sortir pis j'en vivais des problèmes que...je l'sais pas, j'me suis ramassé à (...) avec les gens sur l'aide sociale qui ont de la misère à s'en sortir pis chus dans le milieu de ceux qui ont de la misère » (S.R.).

Apparemment, cela fait vivre de la colère et semble générer de la violence :

« (je ressens aussi) le sentiment d'injustice. Quand je suis allé en centre d'accueil, ce que je vis présentement ici (Centre hospitalier Robert-Giffard), d'être privé de ma liberté et de vivre en promiscuité. Il y a ben des fois que je pèterais des coches car je vis avec des gens qui sont problématiques » (P.A.).

Les inégalités sociales sont aussi perçues par les répondants en termes d'organisations détenant le pouvoir. Ils identifient le gouvernement et la mafia comme deux organisations détenant la « puissance économique » au sein de notre société et cette puissance domine la société et écrase les plus défavorisés. Pour les plus démunis, l'oppression perçue de la part des riches est définie comme étant de la violence : « Il y a une violence aussi de la part de ceux qui s'en sont sortis. La société, ceux qui s'en sont sortis en rajoutent, ils les aident pas (les plus démunis) » (S.R.). De plus, certains répondants (N=2) remettent en question notre système politique basé sur la démocratie et semblent se questionner à savoir si une réelle démocratie est appliquée par les dirigeants de notre pays. À la blague, un répondant nous parle de « *démocrashit* » (F.D.), faisant un lien entre des excréments et la démocratie. Les inégalités sont aussi associées à l'idéologie capitaliste qui, selon un répondant, est présente pour écraser les plus pauvres.

« On est dans un système capitaliste et le capitalisme peut pas être sain pour l'humanité, c'est impossible. Le système capitaliste c'est : si je suis un loup plus fort que l'autre loup, j'va monter plus haut parce que je pile sur la tête et que je suis plus puissant. Tsé, c'est pas normal que 50% de la planète détiennent toutes les richesses du monde. C'est sans génie! » (T.P.)

Également, ils se sentent « écrasés » par l'image de la réussite sociale qui est véhiculée dans notre société et les critères qui définissent « la norme » pour évaluer si une personne a bien réussi. Effectivement, ils se sentent mis à la marge et sont conscients qu'ils n'atteignent pas ces critères, ce qui est source de colère et de frustrations [« je suis jaloux des gens qui ont des familles, de l'argent, un travail, des voitures. Moi, je suis un esti de trou de cul. Je me perçois comme ça et ça me met en colère » (E.S.)]. La fatalité ressort du discours des répondants dans le sens où ils rapportent faire ce qui est socialement attendu d'eux et ils ne voient pas la possibilité de changer les choses et d'avoir plus de pouvoir sur leurs conditions de vie. Quant à la perte d'espoir, elle se manifeste également dans le fait qu'ils se mobilisent peu face à leurs conditions de vie, qu'ils déplorent tous. Certains propos traduisent clairement ce sentiment d'impuissance : « c'est le gouvernement et j'ai pas de pouvoir là-dedans, nous on est le peuple et on essaye de leur faire confiance » (S.G.). Chez certains, cela fait ressortir de l'agressivité que nous avons pu percevoir dans leurs propos [« Je vois pas les affaires comme les autres dans la société. Moi, je vois la souffrance, la maladie et ça m'écoeure pis me rend violent. » (E.S.)]. Également, le langage utilisé était fréquemment vulgaire, ce qui pourrait être interprété comme de la violence verbale.

7.4 Les dimensions à portée exploratoire

Ces dimensions réfèrent à la nature exploratoire de l'étude. En effet, cette dernière tire son originalité dans le fait que nous sommes allée interroger le point de vue des personnes présentant des problèmes de TMG, de toxicomanie et de violence ce, de façon à identifier la perception qu'ils ont de leurs troubles. Nous leurs octroyons cette appellation puisqu'elles avaient été préalablement établies dans la grille de codification

des verbatims des entrevues. Donc, elles ne peuvent pas être considérées comme des catégories émergentes. Il reste que dans la littérature, elles ne sont que très peu ou pas documentées.

7.4.1 Les facteurs de protection

Tel que mentionné précédemment, un des objectifs poursuivis par cette étude était d'identifier certains facteurs de protection contre le passage à l'acte violent chez des personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Lors des rencontres avec les répondants, nous leur avons demandé d'identifier certains éléments qui, parfois, les avaient empêchés d'être agressifs et de commettre des gestes violents.

Le facteur majoritairement nommé comme ayant pu les empêcher de commettre un geste violent est la crainte de la police et du système judiciaire [« La police, la Loi c'est évident. J'ai pas envie d'en frapper un pour pas aller en prison » (M.C.)]. Aussi, ils rapportent éviter d'utiliser la violence à cause de leurs proches, soit pour ne pas les décevoir, par crainte de représailles de leur part ou encore parce que l'intervention d'un proche a permis d'éviter l'escalade et le passage à l'acte violent [« Par peur...peur des autres, peur des gens avec qui chus en relation, ma famille, mes amis » (J.M.)]. Finalement, un autre des facteurs rapportés par quelques répondants (N=3) est que face à certaines situations où l'envie de réagir par la violence est présente, ils préfèrent réfléchir avant d'agir et essayer de trouver une solution alternative ou tout simplement éviter les zones où le risque de violence est connu :

« C'est en réfléchissant à la situation et en essayant de trouver des solutions que les conflits vont se régler. C'est sûr que sur le coup, ça arrive que je me fâche noir, noir, noir comme le poêle mais après quelques heures, je me calme et je commence à réfléchir à ça...je réfléchis et me rend compte que, malgré l'envie de me battre, ça vaut peut-être pas toujours la peine. » (S.R.)

7.4.2 La perception de la violence

Lors des rencontres, nous avons aussi cherché à comprendre la perception qu'ont ces hommes de la violence, cela sous deux angles. D'abord, ils furent interrogés sur la façon dont ils perçoivent la violence en général et par la suite, sur leur perception par rapport à leur(s) propre(s) passage(s) à l'acte violent.

De façon générale, ils expliquent la violence par le fait que nous vivons entourés de problèmes sociaux, comme par exemple la pauvreté ou les « gangs » de rue, et que ces derniers peuvent être précurseurs de la violence. Aussi certaines situations sociales reliées à des divergences d'opinions ou au monde du trafic et de la consommation de drogues peuvent selon eux, engendrer de la violence :

« En premier lieu, c'est sûr que côté monétaire des fois, y'a des gens qui ont de la misère pis y peuvent poser des gestes violents, Y'a plein d'affaires...les mentalités différentes, les guerres de *gangs*, deux points de vue différents, la consommation. Tout ça peut donner de l'astinage. » (F.D.)

« Pour des dettes de drogues, des territoires...pourquoi ils seraient violents? (...) Je pense que les islamistes sont violents parce qu'ils rejettent notre société et nos valeurs libérales, la liberté eux ça les enrage. Ils sont comme jaloux...je l'sais pas si ils sont jaloux mais ils en veulent à notre société. » (M.C.)

Dans un autre ordre d'idées, certains perçoivent la violence comme étant le résultat d'une recherche de pouvoir et une tentative de prendre le contrôle sur autrui (N=4).

« Si t'es capable de crisser une volée à l'autre, c'est sûr qu'il va t'écouter, c'est un facteur important pour avoir le pouvoir sur l'autre. Il va fermer sa gueule et c'est toi qui va prendre le contrôle » (S.R.).

À l'opposé, pour d'autres répondants (N=3), la violence est une perte de contrôle de soi-même, une mauvaise gestion de ses émotions, donc l'expression de la colère, de la révolte et d'un sentiment d'injustice :

« C'est parce qu'ils sont pas capables de bien gérer leurs émotions. C'est pas parce que quelqu'un t'accroche dans un bar qu'il veut nécessairement te crisser une volée, il t'a juste accroché et y s'excuse. (...) dialogue avec, parle, cé le meilleur moyen de se comprendre. Pour moi les poings, c'est l'arme du faible. C'est celui qui en a pas assez là-dedans (se touche la tête) pour s'avoir s'obstiner avec l'autre et venir à un terrain d'entente sans qu'il y ait eu de violence. C'est ça qu'on devrait faire mais ceux qui sont pas capables de le faire, ils pètent la note pis ils se battent. » (T.P.)

Quant aux explications données pour comprendre leurs passages à l'acte violent, on y retrouve aussi une tentative de prendre le contrôle sur une situation ou sur une autre personne. La recherche du pouvoir revient ainsi régulièrement dans le discours des répondants :

« J'avais demandé à mes parents de me changer un chèque et j'étais pas content de la décision que mes parents m'avaient donnée facque j'ai bossé l'auto à ma mère avec mon bicycle. J'étais fâché et j'ai voulu y montrer mon attitude, ma raison à moi. J'ai voulu y montrer que moi aussi j'avais une vie, j'voulais y montrer que moi aussi j'étais capable d'y tenir tête. Elle, elle me tenait tête en me disant non alors je me suis dit j'vais y tenir tête en lui montrant que je suis plus fort qu'elle par les gestes. » (S.G.)

Certains répondants (N=3) nous mentionnent avoir agi par légitime défense en réponse à la perception d'une menace extérieure envers eux; donc, ils ont l'impression d'avoir peu de responsabilités face au(x) geste(s) posé(s). Il est possible que cette menace était réelle ou encore simplement perçue par ces derniers. Aussi, ils affirment qu'ils ont agi violemment en raison d'une cause extérieure (tante, ami, conjoint) et que sans la présence de cette personne, ils n'auraient pas été violents.

« Moi je sais que quand je prends de l'alcool, je brisais des choses. (...) moi je criais très fort. Quand je prenais une bière, je prenais les chaudrons et je les garochais dans le mur. (...) c'est à cause de la personne avec qui je demeure. Des fois, il me dit des choses qu'il n'aurait pas dû me dire facque je me fâchais ». (E.S.)

Encore une fois, il semble qu'ils ne s'attribuent aucune responsabilité face à leur(s) geste(s) violent(s). De plus, il y a souvent un lien entre l'agir violent et la toxicomanie : soit que la personne était sous l'effet de psychotropes lors de son geste ou le geste était associé à la criminalité entourant le trafic et la consommation de drogues. De plus, nous nous devons de mentionner que presque la moitié des répondants (N=4) ne se définissent pas comme étant des personnes violentes, se décrivent comme étant pacifistes. C'est le cas de M.C., qui pourtant a des antécédents de voie de fait armée, port d'armes, trafic de stupéfiants et de voie de fait simple :

« j'me souviens aussi dans le temps que je trafiquais de la drogue y'en a un qui me devait de l'argent pis après ça les autres se dépêchaient à payer parce que je lui ai envoyé un de mes chums mais moi-même je ne suis pas un homme violent mais là c'était l'argent pis les affaires. Si tout le monde se mettait à pu payer...j'avais pas le choix. Je mandatais un copain pour les corriger. » (M.C.)

De telles affirmations sont évidemment paradoxales eu égard aux passages à l'acte décrits lors des entretiens.

7.4.3 La perception de la triade maladie mentale, toxicomanie et violence

Par la suite, nous avons questionné les répondants à propos de leur perception du lien qui unit les problèmes de toxicomanie, de trouble mental grave et de violence. D'emblée, la majorité des répondants (N=5) affirment que la consommation de substances psychoactives peut faire apparaître des idées psychotiques et favoriser l'apparition d'une psychose. Ils sont aussi d'avis que les gens présentant un problème de santé mentale ne devraient pas consommer des drogues licites ou illicites car le risque d'apparition de la

psychose est davantage présent pour eux. Par contre, bien qu'ils reconnaissent le lien malsain entre la maladie mentale et la toxicomanie, ils ne relient pas ces deux difficultés à la violence et selon eux, le risque de violence n'est pas davantage présent lorsqu'on présente les deux troubles.

« J'dirais que drogue pis maladie mentale...déjà ensemble ça va pas. On serait pas supposé consommer nous autres avec notre maladie qu'on a. (...) Si tu fais une psychose pis que tu prends de la drogue, tu vas annuler les médicaments qu'ils te donnent pour contenir ta psychose pis la drogue que tu prends va t'amener dans un high, tu seras pus toi-même...tu vas être une personne plus speedée, plus susceptible pis...ça se lie pas. Les deux premiers éléments oui (santé mentale et drogue) mais la violence à pas rapport parce que, si la personne intérieurement cé pas une personne violente, a peu faire dix amphétamines pis ça sera pas nécessairement une personne violente dans ces actes dans le temps qu'à va buzzer. » (T.P.)

Cependant, l'entretien semble avoir semé le doute dans l'esprit de certains répondants (N=3), qui concluent par le fait qu'il soit possible qu'il existe un lien entre un problème de santé mentale, la toxicomanie et la violence. Cependant, ils demeurent sceptiques :

« La violence en psychose, moi je crois pas à ça. Moi en psychose, j'ai peur et je suis sur la paranoïa aigue. Je vais être dans mon petit coin et j'oserai même pas entrer dans le fumoir en psychiatrie car je vais avoir peur du monde. La toxicomanie, ça peut arriver que ça donne des psychoses...y paraît. (...) Ça peut peut-être arriver que les trois problèmes soient liés. Quelqu'un qui est violent au naturel et qui fait une psychose...je l'sais pas. J'connais quelqu'un qui a fait une psychose toxique. » (F.D.)

Également, l'association entre la toxicomanie et la violence semble être une évidence pour la majorité des répondants (6 sur 9) mais celle entre le trouble mental grave et la violence n'existe pas pour certains d'entre eux (N=2).

« La maladie mentale ne veut pas nécessairement dire violence. C'est sûr que s'il y a de la consommation d'alcool, souvent il y a de la violence. Si il y a consommation de cannabis il peut y avoir de la violence car ça crée de l'irritabilité pis à part ça...je vois pas d'autres liens. La consommation de drogues peut amplifier les symptômes de la maladie et ça peut dégénérer jusqu'à la violence mais j'pense qu'il n'y a pas de lien direct entre maladie mentale et violence. Le lien est plus entre toxicomanie et violence. » (P.A.)

Finalement, les répondants ont aussi partagé l'explication qu'ils avaient de la contribution de leur problème de santé mentale et de leur problème de toxicomanie dans l'apparition de leur(s) passage(s) à l'acte violent. Pour la majorité (N=6), la consommation de psychotropes ou la maladie fut l'élément déclencheur de la violence qui, pour la plupart, les a menés à une hospitalisation en milieu psychiatrique. Aucun d'entre eux n'a mentionné l'interaction des deux troubles comme étant précurseur de l'apparition d'un geste violent.

« La drogue m'a fait virer ben raide. Je sais que quand je suis en totale possession de mes moyens, j'sais que j'ai pas le droit de frapper quelqu'un. (...) chus capable de la contrôler ce rage là, je la garde, mais dans cet état là que j'étais, je contrôlais pu rien. C'é les amphétamines. » (T.P.)

Certains (N=3) ont aussi proposé le fait que la consommation de drogues annule l'effet de leur médication antipsychotique; donc, sous l'effet des drogues et non médicamenté, la propension à commettre un geste violent leur apparaît plus grande.

8. Interprétation des résultats et discussion

D'emblée, rappelons que cette recherche a pour objet les aspects psychosociaux pouvant être associés à la violence hétéroagressive perpétrée par les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale, précisément de trouble mental grave (TMG), et de toxicomanie. De nature exploratoire-descriptive, elle a pour but d'améliorer la compréhension psychosociale de la violence commise par cette clientèle marginalisée en tentant d'éclaircir le « pourquoi » et le « comment » des gestes violents commis par la personne présentant un double problème de TMG et de toxicomanie et cela, à partir du point de vue de la personne elle-même. Donc, l'approche qualitative fut privilégiée pour tenter de répondre aux trois objectifs suivants :

- 1- Identifier certains facteurs micro-sociaux et macro-sociaux pouvant contribuer à la survenue de comportements violents perpétrés par les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale, précisément de TMG, et de toxicomanie;
- 2- Identifier certains facteurs de protection eu égard à ces comportements;
- 3- Comprendre les interactions impliquées dans le passage à l'acte violent chez cette clientèle et la perception qu'ils ont de ce dernier.

À travers cette section, nous reprendrons les trois objectifs de la recherche mentionnés précédemment de façon à y répondre par les résultats obtenus et présentés dans la section antérieure. Nous établirons des liens entre ces résultats et les écrits recensés au chapitre 3 ainsi que des liens avec le cadre conceptuel présenté dans le chapitre 4, synthétisé par le schéma proposé soit, *l'interaction possible entre certains facteurs environnementaux et la survenue d'un passage à l'acte violent chez une personne présentant des troubles concomitants de TMG et de toxicomanie*³.

Tout d'abord, nous mettrons en lien les caractéristiques individuelles et cliniques de l'échantillon et ce que la littérature avançait à ce propos.

³ Voir page 42.

8.1 Caractéristiques individuelles et cliniques

Premièrement, notre échantillon était exclusivement composé de répondants de sexe masculin, dont l'âge varie entre 23 et 45 ans, la majorité des répondants se situant dans la tranche d'âge des 18-30 ans (N=7/9). Ils sont majoritairement célibataires (N=7/9) et aucun d'entre eux n'a d'enfants. Sur le plan des revenus, ils sont tous considérés comme des personnes à faible revenu, huit des répondants étant prestataires de l'assistance-emploi et l'autre répondant étant prestataire de la Régie des rentes du Québec. L'échantillon ainsi établi correspond au profil que trace la littérature quant à la personne plus susceptible de commettre des actes violents. En effet, le fait d'être un jeune homme de 18-29 ans, atteint de trouble mental grave, au statut socio-économique faible, célibataire, séparé ou divorcé seraient significativement associés à des comportements violents envers autrui (Swanson, 1994).

Dans le même ordre d'idées, il ne faut pas se surprendre si les participants à l'étude furent exclusivement des hommes puisque plusieurs études démontrent que, parmi une population de personnes atteintes de schizophrénie, l'âge et le genre sont des prédicteurs de consommation de drogues. En effet, la toxicomanie semble concentrée chez les jeunes schizophrènes de sexe masculin (Cantwell et al., 2003; Dixon, 1999; Duke et al., 2001; Menezes et al., 1996; Steele, Darjee et Thomson, 2003). Au sein de notre échantillon, cinq personnes correspondent à ce diagnostic clinique, en plus de présenter des problèmes de consommation de drogues. De plus, comme le montre l'étude de Duke et al. (2001), la consommation de substances psychoactives est concentrée chez les personnes atteintes de schizophrénie, ayant moins de trente-six ans et de sexe masculin.

Cependant, en ce qui concerne les caractéristiques cliniques, nos résultats ne vont pas dans le même sens que ceux qui proviennent des recherches mentionnées précédemment, lesquelles font ressortir que le fait d'être un jeune homme présentant un diagnostic de schizophrénie serait associé à un risque plus élevé de passage à l'acte violent puisque notre échantillon présentait divers troubles mentaux graves, tels que la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble affectif bipolaire et le trouble psychotique non spécifié.

Néanmoins, bien que tous diagnostics confondus, les hommes auraient une propension plus élevée aux comportements violents, certains auteurs affirment que ceux ayant un diagnostic de schizophrénie auraient davantage des comportements violents comparativement aux hommes ayant un trouble de l'humeur (Brennan, Mednick et Hodgins, 2000; Räsänen et al., 1998; Swanson, 1994). Cette affirmation apporte un éclairage particulier sur la composition de notre échantillon : le nombre de personnes ayant participé à notre étude et présentant un diagnostic de schizophrénie (N=5) par rapport à celles présentant un diagnostic de trouble affectif bipolaire (N=2).

Une autre caractéristique clinique prise en compte dans cette recherche est le nombre d'hospitalisations en milieu psychiatrique. L'étude de Regier et al. (1990) suggérait qu'avoir un trouble mental grave en concomitance avec un trouble de consommation de psychotropes augmente les probabilités d'être hospitalisé en psychiatrie. En ce qui concerne nos répondants, ils avaient tous vécu au moins deux hospitalisations en milieu psychiatrique, la moyenne se situant à 8,4 hospitalisations. Deux des répondants avaient plus de vingt hospitalisations, le maximum étant de vingt-cinq. Ces résultats soutiennent l'idée que les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie sont associés à plus d'hospitalisations (Dixon, 1999). De plus, cette clientèle demeurerait plus longtemps hospitalisée que celle présentant un trouble mental seul (Dixon, 1999; Menezes et al., 1996). Quant aux antécédents thérapeutiques eu égard à leur problème de toxicomanie, la majorité des répondants présentaient des expériences antérieures pour contrer ce problème, mais la littérature manque à ce sujet et il est impossible de mettre les résultats en relation avec des écrits scientifiques.

Finalement, une dernière caractéristique individuelle à laquelle nous nous sommes attardés est le niveau de stress et l'adaptation face à ce dernier, puisque certains modèles explicatifs de la triade maladie mentale, toxicomanie et violence laissent présager que les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie avaient plus de difficultés à s'adapter aux différents stress de la vie comparativement à quelqu'un sans TMG. En effet, le modèle de la supersensibilité véhicule l'idée que la vulnérabilité psycho-biologique est déterminée par une combinaison de facteurs

génétiques et environnementaux, en interaction avec diverses situations stressantes, qui peuvent précipiter le développement d'un trouble psychiatrique ou entraîner une rechute. En plus de l'influence que peut avoir le stress sur la vulnérabilité génétique, la consommation de drogues peut elle aussi contribuer à augmenter cette vulnérabilité. Cette sensibilité peut amener la personne aux prises avec un trouble mental à être plus susceptible de vivre des expériences négatives enclenchées par la consommation de substances psychotropes, même en très petite quantité (Lieberman et al., 1986 ; Mueser et al., 1998 ; Zubin et Spring, 1977). Ce modèle sous-tend aussi l'idée que les conséquences négatives de la consommation de substances (telles la violence), plutôt que son simple usage, sont les éléments qui différencient les personnes présentant un trouble mental de la population générale. Donc, il y a une vulnérabilité chez la clientèle ayant un ou des troubles mentaux et ces personnes sont fragiles au stress, donc la violence peut émerger de ces situations stressantes (Zubin et Spring, 1977). Contrairement aux constats de la littérature consultée, les hommes que nous avons rencontrés semblent connaître et posséder des moyens d'adaptation face au stress, donc ont possiblement la capacité d'y faire face. Cependant, rien ne nous précise s'ils utilisent les moyens nommés et de quelle façon ils appliquent leurs moyens lorsqu'ils sont placés devant une situation stressante. De plus, certains d'entre eux ont affirmé qu'un de leur trouble, soit la consommation de substances psychoactives, était un moyen utilisé pour faire face au stress et tenter de le réduire. Cela nous apparaît inadéquat considérant les conséquences négatives pouvant découler de la consommation de drogues et ce, davantage pour cette clientèle que pour la population en générale (Lehman, 1996 ; Mueser et al., 1997). Le fait de rechercher la désirabilité sociale en ce qui a trait à l'adaptation au stress peut aussi avoir faussé les réponses de certains participants. Toutefois, un répondant nous a affirmé avoir des difficultés à gérer le stress et à y réagir par la violence. Les études recensées et citées précédemment nous portent à croire que cette réaction peut s'appliquer à d'autres participants de l'étude.

8.2 Les facteurs micro-sociaux et macro-sociaux pouvant contribuer à la survenue des comportements violents

8.2.1 Facteurs micro-sociaux

À partir des écrits recensés, nous avons été à même de faire ressortir que certains facteurs micro-sociaux, dans l'environnement social immédiat de la personne, peuvent être associés au passage à l'acte violent chez les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, tels : l'isolement social, l'absence de soutien parental, la fréquentation de pairs déviants et les tensions et conflits avec les pairs. Les résultats obtenus lors de cette étude permettent de confirmer que ces quatre facteurs peuvent être considérés comme des facteurs de risque associés à un passage à l'acte violent chez la clientèle à l'étude.

D'abord, l'isolement social est une difficulté rapportée par la majorité des répondants qui qualifient leur réseau social comme étant faible ou inexistant. Aucun des répondants n'a été en mesure de nous parler d'un réseau de soutien adéquat. Leurs relations sociales semblent être davantage éphémères et s'apparentent plutôt à « des connaissances ». Cela va dans le sens de la littérature qui rapporte que la toxicomanie et un trouble grave de santé mentale peuvent conduire à des difficultés sociales importantes, comme l'isolement social (Lehman, 1996; Mueser et al., 1997). Cependant, ils sont à l'encontre de l'étude de Lépine et Côté (1998) qui soutiennent que les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie et un problème d'abus de substances présenteraient une meilleure adaptation sociale et une attitude moins retraitiste face aux contacts sociaux que la personne avec un trouble mental seul.

D'ailleurs, le peu de contacts sociaux que nos répondants ont eus semblent plutôt avoir été négatifs ce, par la fréquentation de pairs déviants au moment où ils consommaient des substances psychoactives. Comme nous le rapporte l'étude de Drake et al. (2002), les personnes présentant un trouble mental grave, en addition à leur vulnérabilité biologique, font davantage l'expérience de la plupart des facteurs de risque environnementaux et psychologiques menant à la toxicomanie, entre autres un groupe de pairs déviants, un

milieu de vie avec une présence élevée de consommateurs de drogues, l'isolement social et un manque de supervision parentale. La présente étude va dans le même sens en démontrant que la consommation de drogues a entraîné l'implication dans des activités criminelles et la fréquentation d'organisations criminalisées (par exemple : motards, groupe d'extrême droite néo-nazi), cela entraînant aussi des gestes violents et de nature criminelle.

Quant à la supervision parentale, il s'est avéré que le soutien parental inadéquat est un élément évoqué dans nos résultats. Il se manifeste par des méthodes d'éducation inappropriées, des parents non présents pour intervenir face aux gestes déviants de leur enfant et l'absence de règles parentales. Ces résultats abondent dans le même sens que ceux de Hiday (1997) qui précisent que l'éclatement de la famille et du réseau social primaire pouvant offrir un support adéquat à la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie est un facteur de risque de passage à l'acte violent. D'ailleurs, l'éclatement de la famille d'origine fut vécu par la majorité de nos répondants (N=5), donc l'éducation a probablement été teintée par l'absence d'un des deux parents à un moment ou l'autre de la vie des hommes ayant participé à l'étude.

Dans cette étude, les hommes soulèvent la présence de rapports conflictuels et de tensions avec les proches (membres de leur famille). Les difficultés se situent à deux niveaux, soit : la présence d'attentes élevées de la part de l'entourage et la perception qu'ils ont de leur proche comme étant quelqu'un cherchant à prendre le contrôle sur eux. Une lutte de pouvoir empreinte de violence naît de la réplique au contrôle perçu. De même, Hiday (1997) indique que des tensions perçues dans l'environnement de la personne présentant un TMG, comme la provocation, des attentes élevées de la part de l'entourage, la surstimulation, la perception d'une menace ou l'impression que quelqu'un cherche à prendre le contrôle sur soi sont autant de facteurs de risque de passage à l'acte violent. La présente étude va dans le même sens et fait aussi ressortir le fait que la violence est davantage dirigée vers un proche (membre de la famille, ami, conjoint ou conjointe) de la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie plutôt

que vers un quelconque individu inconnu de son agresseur, tout comme l'ont fait ressortir les études d'Arboleda-Florez et al. (1996) et de Steadman et al. (1998).

En conséquence, l'importance des quatre facteurs de risque micro-sociaux nommés précédemment se trouve confirmée par les résultats de notre étude. Il en va de même pour notre cadre conceptuel, lequel précise que la présence de ces facteurs dans l'environnement social immédiat de la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie peut influencer un passage à l'acte violent chez cette même personne. Cette idée est aussi avancée par Hiday (1997) qui fait valoir que l'explication de la survenue d'un passage à l'acte violent par un individu présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie doit prendre en compte le système micro-social, soit l'environnement social immédiat dans lequel évolue cet individu.

8.2.2 Facteurs macro-sociaux

Dans le même ordre d'idées, nous avons été à même de faire ressortir dans les écrits recensés précédemment certains facteurs macro-sociaux, en lien avec les structures sociales et les systèmes idéologiques dans lesquels évolue la personne, pouvant être associés au passage à l'acte violent chez celles présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, tels : des mauvaises conditions de logement, un statut socio-économique faible, l'exclusion économique et sociale ainsi que la désorganisation sociale. Ces facteurs sont entendus dans cette étude dans le sens d'une déviance par rapport à ce qui est considéré comme étant « la norme » dans notre société.

D'abord, rappelons que les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie sont souvent associés à d'autres problèmes sociaux. Cette recherche s'est principalement intéressée à la violence mais il n'est pas rare de retrouver aussi des problèmes de délinquance, de criminalité, de pauvreté, d'inemployabilité, des problèmes médicaux et d'itinérance (Dixon, 1999; Lehman, 1996; Tessier et Clément, 1991). Dans cette optique et en lien avec Drake et al. (2002), qui véhiculent l'idée qu'un milieu de vie malsain est

un facteur de risque de violence pour la clientèle présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, notre étude fait ressortir que des conditions résidentielles déficientes, représentées par l'itinérance et l'instabilité résidentielle, est un facteur de risque associé aux passages à l'acte violent chez cette clientèle. En effet, une majorité de répondants ont vécu de l'itinérance pendant une période où ils consommaient des substances psychoactives et ce problème de toxicomanie les entraînait dans l'engrenage de la criminalité et de la violence.

De plus, les hommes interrogés ont rapporté avoir un statut économique faible et vivre dans la pauvreté, ce qui corrobore les études de Hiday (1997) et de Drake et collègues (2002) qui nommaient la pauvreté comme facteur de risque à la violence hétéroagressive. Quant à Hiday (1997), elle précise que la pauvreté et la défavorisation sociale sont à considérer comme facteurs de risque de violence et ce, en lien avec les événements stressants de la vie vécus dans des situations de pauvreté. Dans le même ordre d'idées, l'exclusion économique, définie par l'inemployabilité associée aux problèmes de TMG et de toxicomanie ainsi que par la perte d'emploi, est citée par maints chercheurs comme facteurs de risques de passage à l'acte violent (Drake et al., 2002; Hiday, 1997; Lehman, 1996). Si les répondants nous ont tous mentionné être sans emploi, ils ont également souligné le fait que cela était à cause de leurs troubles de santé mentale et de toxicomanie.

Quant à l'exclusion sociale, elle s'est davantage manifestée par les démêlés avec la justice auxquels ont fait face tous les répondants. Regier et collègues (1990) avancent l'idée qu'avoir un trouble mental grave en concomitance avec un problème de toxicomanie augmente les probabilités d'avoir des contacts avec le système judiciaire. D'ailleurs, la majorité de nos répondants ont été incarcérés dans un établissement de détention provincial (N=7). Certes, le risque de passage à l'acte violent se trouve accru lorsque l'exclusion sociale se manifeste par la judiciarisation et notre étude démontre que ces hommes sont davantage susceptibles d'être accusés pour des crimes impliquant de la violence envers autrui. Par ailleurs, la voie de fait est l'accusation criminelle dont ils ont été le plus souvent reconnus coupables.

Pour nous, le concept d'exclusion sociale englobait aussi la marginalisation et elle a été investiguée sous l'angle de l'implication sociale et de l'utilisation des services sociaux. L'implication sociale pourrait possiblement amener ces hommes à être partie prenante de notre société et à s'y sentir comme tels. Cependant, nos répondants affirment majoritairement ne pas s'impliquer socialement et avoir peu d'intérêt face à l'éventualité de modifier ce comportement. Pour d'autres qui auraient un intérêt, l'isolement social apparaît être une barrière à la mise en action. Finalement, seulement une minorité de ces hommes n'apprécie pas les services sociaux et communautaires et quant aux autres (N=5), ils semblent utiliser une gamme variée de services, tels : les travailleurs de rue, les CLSC, les organismes communautaires oeuvrant auprès de difficultés diverses, les banques alimentaires, les soupes populaires et le Centre de crise. À noter que Dixon (1999) mentionne que les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie utilisent davantage les services de crise car leurs troubles sont associés à un plus grand nombre d'hospitalisations. Or, l'utilisation de ce type de services démontre qu'ils sont moins bien nantis que la majorité des membres de la société donc, exclus socialement.

Selon Hiday (1997), la désorganisation sociale joue un rôle dans l'apparition des comportements violents chez cette clientèle. Pour elle, la désorganisation sociale se retrouve dans les communautés les plus démunies de notre société et se trouve associée avec un état de constante privation matérielle, le fait de vivre constamment avec la perte d'espoir d'une vie meilleure (désespérance) et, par extension, une attitude fataliste par rapport à l'amélioration de sa condition de vie. Appuyant ce facteur de risque de violence, les résultats rapportés au chapitre précédent démontrent que la désorganisation sociale, telle qu'entendue par Hiday (1997), est bel et bien vécue par les hommes rencontrés; elle génère de la frustration et la violence chez ces derniers. Entre autres, les propos de nos répondant font ressortir que :

- les inégalités sociales entre les riches et la classe sociale à laquelle ils s'identifient, les pauvres, génèrent des frustrations importantes;

- ils sont conscients de faire partie d'une classe sociale défavorisée par rapport à la majorité des gens de notre société et présentent une perte d'espoir quant aux chances de voir leurs conditions de vie s'améliorer;
- ils ont conscience d'évoluer dans un milieu empreint de « la culture de pauvreté » qui a une influence sur eux et leurs agirs (consommation de psychotropes, violence), mais à laquelle ils s'adaptent et s'identifient malgré tout;
- pour eux, les inégalités sociales sont aussi représentées par les organisations sociales détenant le pouvoir et qui écrasent continuellement les plus démunis;
- ils définissent la violence comme étant l'oppression des riches sur eux, les pauvres;
- pour eux, les inégalités sociales sont aussi encouragées par l'idéologie capitaliste qui cherche à écraser les pauvres en faveur des riches;
- ils sont constamment rabaissés par l'image de la réussite sociale que leur renvoie la société, image à laquelle ils n'adhèrent pas; donc ils ont l'impression de ne pas avoir réussi socialement et se sentent diminués face aux autres membres de la collectivité;
- ils présentent une attitude fataliste face à leurs conditions de vie, ils font ce qui est attendu d'eux et ne perçoivent pas un possible pouvoir de changer les choses ainsi que leur capacité de prendre du pouvoir sur leur vie (*empowerment*);
- finalement, la perte d'espoir se manifeste aussi dans le fait qu'ils se mobilisent peu ou pas pour changer leur situation qu'ils, pourtant, déplorent tous.

Décidément, le risque de passage à l'acte violent associé à la désorganisation sociale est aussi relié au risque associé à l'exclusion économique et sociale autant qu'aux mauvaises conditions résidentielles. Certains propos rapportés par les participants démontrent que ces quatre facteurs de risque se trouvent interreliés. Comme le rapporte Hiday (1997), le lien entre les problèmes de maladie mentale, de toxicomanie et de violence existe aussi en lien avec l'environnement social plus large dans lequel évolue l'individu ce, par les structures sociales, les événements sociaux et les inégalités sociales.

8.3 Les dimensions à portée exploratoire

Rappelons que ces dimensions relèvent de la nature exploratoire de l'étude. La littérature étant quasi-inexistante au sujet des facteurs de protection des agirs violents chez les personnes présentant un trouble grave de santé mentale et de toxicomanie, de la perception qu'ils ont de leurs problèmes ainsi que de la violence, elle nous a que très peu pistée. Donc, l'interprétation des résultats ci-dessous sera davantage en lien avec les propos des répondants.

8.3.1 Les facteurs de protection

Un des objectifs de cette étude était d'identifier certains facteurs de protection des comportements violents que peuvent présenter les personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Les propos des répondants nous amènent à en identifier trois, soit : la crainte de la police et du système judiciaire, la présence de personnes significatives dans leur vie et l'action de réfléchir avant d'agir.

En ce qui concerne la crainte de la police et du système judiciaire, nous pouvons supposer que ce facteur est relié à leurs expériences antérieures avec le milieu judiciaire. Ces dernières semblent avoir été désagréables et ces hommes ne souhaitent certainement pas revivre une expérience semblable. Néanmoins, nous sommes à même de nous demander si ce facteur s'appliquerait aux personnes qui n'ont jamais eu de démêlés avec la justice donc, qui pourraient ne pas nourrir cette crainte pour une organisation sociale avec laquelle ils n'ont jamais eu d'expériences négatives.

Deuxièmement, la présence d'un proche significatif dans leur vie semble être un autre facteur de protection des comportements violents. En effet, les répondants expliquent qu'ils ne passeront pas à l'acte pour ne pas décevoir leur proche, pour éviter les représailles ou la perte d'un être cher ou parce qu'un proche est intervenu et leur à demander de ne pas agir avec violence. De plus, nous avons pu constater dans la section abordant les facteurs micro-sociaux que cette clientèle est isolée socialement donc, on

peut imaginer qu'ils tiennent à conserver le peu de contacts sociaux significatifs qu'ils possèdent. Cela va dans le sens de la schématisation du cadre conceptuel soutenant la présente étude, qui expose le lien bidirectionnel entre l'isolement social et la violence. Donc, bien que l'isolement social puisse entraîner et être associé aux comportements violents hétéroagressifs chez les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, rappelons que cette même violence peut aussi mener la personne à vivre de l'isolement social, suite à des agirs violents.

Finalement, il semble aussi que le fait de réfléchir avant d'agir soit un facteur qui les amène à repenser leur première idée, soit d'agir avec violence, et de ne pas donner suite à cette dernière. Il semble qu'ils sachent comment réagir adéquatement pour éviter la violence mais dans l'action, nous pouvons affirmer qu'ils ne l'appliquent pas toujours vu les antécédents de passages à l'acte et de démêlés judiciaires qu'ils présentent tous. Effectivement, tous les répondants ont plus d'un passage à l'acte violent bien que deux d'entre eux aient seulement une accusation criminelle pour laquelle ils ont été trouvés coupables.

8.3.2 La perception des agirs violents

Toujours dans la visée exploratoire de cette étude, nous avons cherché à identifier la perception des répondants par rapport à la violence en général et à leur(s) passage(s) à l'acte violent de façon à répondre à l'objectif cité précédemment, soit comprendre la perception qu'ont les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie des passages à l'acte violent qu'ils commettent.

D'emblée, la violence à laquelle nous sommes susceptibles de faire face dans notre société s'explique, selon eux, par le fait qu'il y a une présence de problèmes sociaux associés à la violence, tels que la pauvreté, les « gangs » de rue et la toxicomanie. L'explication qu'ils donnent à la violence est en lien avec le modèle explicatif de Hiday (1997) qui supporte l'idée que la pauvreté, la désorganisation sociale, la toxicomanie, la maladie mentale et la violence peuvent être associées mais cela, aussi en lien avec

l'environnement de la personne qui commet le geste violent. Donc, lorsqu'un individu présentant les problèmes cités précédemment est aussi confronté à divers événements négatifs et des problèmes sociaux dans l'environnement à l'intérieur duquel il évolue, la propension à commettre un passage à l'acte violent est plus élevée (Drake et al., 2002; Hiday, 1997; Steele, Darjee et Thomson, 2003).

Pour les répondants, il y a deux façons de percevoir la violence. Soit que cette dernière résulte d'une recherche de pouvoir, d'une tentative pour prendre le contrôle sur autrui ou à l'inverse, la violence résulte d'une perte de contrôle sur soi. Ces deux façons de percevoir la violence coïncident et sont cohérentes avec les explications qu'ils avancent pour expliquer leur(s) propre(s) passage(s) à l'acte violent. En effet, la recherche de pouvoir et de contrôle est le motif majoritairement avancé pour expliquer leurs agissements violents. Cela semble relever davantage de la personnalité de l'individu plutôt que de son trouble de santé mentale ou de sa consommation de drogues. Parfois, ils donnent l'impression de poser leur action violente sur le principe de « je suis contrarié, donc j'agis ». Certains disent avoir agi par légitime défense, en réaction à une menace perçue dans leur entourage. Cette réaction nous apparaît davantage en lien avec un trouble de santé mentale et est peut-être une manifestation de la maladie. Dans cette situation, l'individu se décrit surtout comme victime plutôt que comme un agresseur. Notons à cet égard que, selon une étude menée par Sells et collègues (2003), les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie seraient plus susceptibles d'être victimisées que celles présentant un trouble seulement. Ils avancent que les hommes seraient davantage poursuivis par des « gangs » ou des individus et violentés par ces derniers donc, cela peut appuyer l'explication de légitime défense avancée par certains répondants.

8.3.3 La perception du lien qui existe entre les problèmes de trouble mental grave, de toxicomanie et de violence

La perception du lien qui unit les problèmes de toxicomanie, de trouble mental grave et de violence a elle aussi été abordée de façon à comprendre les interactions impliquées dans le(s) passage(s) à l'acte violent des répondants. Cela, en lien avec la littérature qui semble faire consensus sur le fait que le risque de passage à l'acte violent ne se trouve pas seulement relié à la toxicomanie ou au trouble mental seul mais plutôt dans la cooccurrence des deux problèmes sociaux (Boles et Johnson, 2001; Cantwell et al., 1999; Fulwiler et al., 1997; Scott et al., 1998; Steadman et al., 1998; Swartz et al., 1998;).

La majorité des répondants reconnaissent que la consommation de psychotropes peut être un élément déclencheur d'un épisode psychotique (maladie). Ils affirment que les personnes présentant un trouble grave de santé mentale ne devraient pas consommer des drogues car l'effet est davantage néfaste pour ces dernières. Cependant, considérant que tous les répondants présentent des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, nous croyons que les répondants nous ont partagé un discours appris des intervenants qu'ils côtoient puisqu'ils bénéficient tous d'un suivi individuel ou de groupe à l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du CHRG. Dans la réalité, ils consomment, donc n'appliquent pas ce conseil à eux-mêmes.

Bien qu'ils aient tous commis au moins un passage à l'acte violent, ils ne relient pas les troubles concomitants de TMG et de toxicomanie à un risque plus élevé de commettre un geste violent. Cependant, la majorité des répondants associe la violence à la toxicomanie mais ne l'associe pas à la maladie mentale. D'ailleurs, au long des entrevues, ils se dissociaient de l'étiquette de personnes agressives ou violentes. Nous pouvons supposer que les individus rencontrés se définissent davantage comme étant « malades » plutôt que comme « toxicomanes » de part leur présence et leur suivi au CHRG. Donc, ils ne veulent possiblement pas être associés à la violence car de toute façon, ils se définissent comme étant pacifistes et non violents. Certains auteurs (Mercier et Beaucage, 1997; Vincent, Gagné et Therrien, 2001) affirment que le déni de leur double problème est chose

courante, ce qui semble présent chez nos répondants. Par contre, Mercier et Beaucage (1997) ainsi que Vincent, Gagné et Therrien (2001) affirment que la plupart des gens présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie préfèrent le diagnostic de « toxicomane » à celui de « malade mental ». Cela ne m'apparaît pas être le cas pour les participants à cette étude, bien au contraire, cela pour le motif évoqué précédemment.

Certains affirment que les manifestations de leur trouble de santé mentale, et les autres, que leur problème de consommation de drogues ont été l'élément déclencheur de la violence. Donc, on peut croire que la violence est un sujet tabou chez cette clientèle et qu'elle ne souhaite pas être étiquetée comme une personne violente. Il est possible qu'ils pèsent leurs mots et que les propos rapportés par les répondants ne sont peut-être pas le reflet de leurs pensées réelles. Dans le même ordre d'idées, quelques répondants s'expliquent leur passage à l'acte violent par le fait que leur consommation de substances psychoactives a annulé l'effet de leur médication antipsychotique. Selon eux, lorsque l'observance à la médication est négligée, le risque de passage à l'acte violent se trouve augmenté. Cette association a été confirmée par la littérature qui avance que pour la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, le fait de ne pas être observante à la médication antipsychotique est un facteur de risque de passage à l'acte violent (Bartels et al., 1991; Dixon, 1999; Menezes et al., 1996; Swartz et al., 1998).

Somme toute, les réponses associées à la triade maladie mentale, toxicomanie et violence ont également mis en relief le fait que les répondants sont en mesure d'expliquer certains liens qui unissent les trois problèmes cités précédemment, mais que lorsqu'ils doivent l'appliquer à leurs propres passages à l'acte violent, les réponses avancées auparavant ne semblent pas s'appliquer à leur situation. Cela est peut-être relié au discours appris de certains répondants ayant côtoyé divers intervenants du milieu ou à l'aspect de désirabilité sociale, soit le principe qui sous-tend l'idée que le répondant verbalise à son interlocuteur ce qui est socialement « bien vu » et attendu qu'il réponde. Généralement, cela ne traduit pas la réalité du vécu des répondants et fausse les résultats.

8.4 Rappel des limites de l'étude

La méthodologie de cette recherche présente certaines limites qui ont déjà été explicitées au chapitre 5. Cependant, nous croyons bon faire un bref rappel de ces dernières.

Tout d'abord, les résultats présentés et interprétés précédemment ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie et ayant commis un ou des passages à l'acte violent. En effet, ils représentent davantage la réalité des répondants ayant participé à l'étude. L'impossibilité à généraliser les résultats relève de la petite taille de l'échantillon (N=9), du sexe unique de tous les répondants (masculin) et au recrutement qui fut effectué en totalité au sein de la même ressource, soit l'Unité de service de psychiatrie et de toxicomanie du CHRQ. Cette étude serait bonifiée si le nombre de répondants était plus élevé et si le recrutement avait permis de rencontrer des femmes également. De plus, les participants auraient pu être recrutés à l'extérieur du CHRQ mais dans des services susceptibles de rencontrer une clientèle similaire, tels : le Centre de réadaptation Ubaldo-Villeneuve traitant les problèmes de toxicomanie et de dépendance, les divers Centres de santé et de services sociaux de la région de Québec et l'Unité de désintoxication de l'Hôpital Saint-François d'Assise. Cependant, l'objectif pédagogique de cette recherche ne requérait pas un si grand déploiement.

Deuxièmement, nous avons été à même de constater que certains participants à l'étude (N=3) semblaient très politisés, soit avoir une conscience politique développée, et que leur discours était axé sur la démocratie, le partage des richesses et le capitalisme. Il est possible de croire que ces répondants ont davantage un profil atypique, ce qui ne reflète pas nécessairement le point de vue et la situation de l'ensemble de la population à l'étude. Certes, ce ne sont pas toutes les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie qui sont conscientisées par les aspects liés à la politique. Donc, encore ici, nous ne pouvons généraliser les résultats à l'ensemble de la population à l'étude. Cependant, cet aspect semble avoir apporté une richesse aux propos de ces répondants et gagnerait à être exploré davantage.

Aussi, l'utilisation de l'approche qualitative s'avère être une autre limite à cette étude considérant qu'elle fait place à la subjectivité de celui ou celle qui cueille, analyse et interprète les résultats (Mayer et al., 2000). Cependant, nous sommes d'avis que la rigueur et l'honnêteté employées dans la présentation et l'interprétation des résultats font que ceux-ci sont le plus fidèles possible aux messages que les répondants souhaitaient transmettre.

Enfin et tel que mentionné précédemment, il est possible que la désirabilité sociale ait été recherchée par les répondants cela, en lien avec les sujets tabous sur lesquels portait cette étude soit, la violence, la toxicomanie et la maladie mentale. Subséquemment, nous n'écartons pas le fait qu'ils aient pu volontairement faire de la rétention d'informations, mentir pour améliorer leur situation sociale ou modifier leurs opinions pour « bien paraître » aux yeux de leur interlocutrice.

8.5 Pistes de recherche et d'intervention

8.5.1 Pistes de recherche

Ce qui suit vise à présenter quelques pistes pouvant être investiguées dans de futures recherches. Ces dernières ont été identifiées à partir des résultats obtenus et de l'interprétation que nous avons faite de ceux-ci. De façon générale, les associations que nous avons avancées entre différents facteurs micro-sociaux (isolement social, absence de soutien parental, fréquentation de pairs déviants et tensions et conflits avec les proches) et macro-sociaux (condition résidentielle misérable, statut socio-économique faible, exclusion économique, exclusion sociale et désorganisation sociale) comme étant des facteurs de risque de passage à l'acte violent chez les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie gagneraient à être investiguées davantage. Chacun des facteurs, pris individuellement, pourrait faire l'objet d'une recherche plus approfondie ce, de façon à bien comprendre les aspects psychosociaux reliés aux troubles de santé mentale, de toxicomanie et de violence.

Dans le même ordre d'idées, nous sommes d'avis que la désorganisation sociale comme facteur de risque de passage à l'acte violent chez les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie gagnerait à être explorée davantage, sous l'angle de l'impact de la pauvreté sur le vécu de cette clientèle. Il serait intéressant d'aborder ce problème dans une perspective structurelle, en considérant la pauvreté comme un problème social important et multi-factoriel. En effet, la pauvreté semble partie prenante de la violence présentée par cette clientèle et posséder plus d'informations à ce sujet permettrait certainement d'élaborer des programmes de prévention et d'intervention efficaces.

Finalement, considérant que les études réalisées à ce jour l'ont été majoritairement sous un angle biomédical et à partir d'une approche de recherche quantitative, nous croyons pertinent pour les sciences sociales de poursuivre dans la lignée de cette étude et de réaliser des recherches à partir d'une approche qualitative. Cela, de façon à comprendre les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que leurs difficultés associées, à partir de l'expérience de la personne qui les vit. Ceci permettrait de documenter davantage les aspects psychosociaux de ces problèmes qui nous apparaissent primordiaux dans la compréhension de ces derniers et pour intervenir plus efficacement, dans une perspective de rétablissement pour cette clientèle.

8.5.2 Pistes d'intervention

Plusieurs pistes d'intervention ressortent des résultats de cette étude et comme clinicienne, nous avons été sensible à ces dernières. En effet, les pistes d'intervention qui seront exposées découlent des résultats de la recherche et du vécu des répondants. Elles visent principalement à mettre en place ou à améliorer les interventions réalisées auprès de la clientèle présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie.

D'abord, l'intervention dans l'environnement social immédiat de la personne s'avère prépondérante de façon à contrer l'isolement social vécu par ceux présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie cela, dans le but de prévenir les

comportements violents. En effet, puisque l'isolement social s'est avéré être un facteur de risque de passage à l'acte violent chez cette clientèle, nous croyons que le fait d'intervenir sur le développement d'un réseau social adéquat pour la personne pourrait prévenir la violence. Dans le même ordre d'idées, il est primordial comme praticien social d'intervenir auprès de la personne mais aussi de ses proches de façon à préserver les liens significatifs qui existent pour cette clientèle, puisque la présence d'un proche s'est avérée être un facteur de protection par rapport à la violence. Dans cette optique, l'intervention familiale sous forme individuelle ou de groupe est une avenue intéressante et se doit d'aborder la question de la gestion adéquate des conflits, le développement d'attentes réalistes pour les proches et l'importance d'établir des règles claires. Ces trois cibles d'intervention sont mises en avant-plan puisque les tensions et conflits avec les pairs semblent naître d'attentes élevées de la part de l'entourage et de la lutte de pouvoir entre la personne et ses proches pour obtenir le contrôle d'une situation. De plus, ce facteur micro-social semble associé au passage à l'acte violent chez la clientèle à l'étude donc, ce type d'intervention vise encore une fois la diminution du risque de violence hétéroagressive. Aussi, l'intervention familiale doit être effectuée dans une perspective d'éducation face aux troubles graves de santé mentale et à la toxicomanie pour aider les proches à mieux comprendre le vécu de celui qu'il aime et souhaite aider.

Ensuite, il semble indispensable d'intervenir dans l'environnement macro-social de la personne présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie puisque certains facteurs de risque de passage à l'acte violent émergent de cet environnement. Tout d'abord, il semble important de soutenir la personne face à l'implication sociale et de tenter de développer cette dernière de façon à favoriser sa place dans la société, citoyenne à part entière et valorisée. Cela pourrait être fait par de l'accompagnement dans divers organismes communautaires dans lesquels pourrait s'impliquer la personne, si tel est son désir. Encore ici, cela pourrait permettre le développement d'un réseau social adéquat, éloigner la personne des pairs déviants et du milieu de la consommation de drogues et améliorer son sentiment de valorisation qui lui, semble avoir un impact sur la désorganisation sociale que peut présenter cette clientèle. Aussi, toutes les interventions visant l'*empowerment* de la personne, soit la reprise du

pouvoir sur ses conditions de vie de façon à diminuer la perte d'espoir, le sentiment de fatalité face à la pauvreté et la désorganisation sociale, sont selon nous, des moyens de prévenir la violence chez cette clientèle. Sur le plan politique, une volonté doit être présente pour tenter d'améliorer le problème de pauvreté chez cette clientèle qui nous paraît exclue du marché du travail cela, par des mesures adaptées d'insertion au travail pour contrer l'exclusion économique et la pauvreté.

Également, certaines pistes d'intervention nous sont apparues évidentes en ce qui concerne le modèle d'intervention intégrée et spécialisée sur le plan des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie cela, toujours dans l'optique de prévention des comportements violents. À partir des résultats obtenus à l'étude et des propos des répondants, il semble inévitable de renforcer l'idée que la consommation de drogues n'est pas adéquate pour les personnes présentant un TMG, qu'elle peut entraîner l'apparition de la maladie menant parfois à des agirs violents et ce, davantage lorsqu'elle est consommée conjointement à la prise d'une médication psychiatrique. Aussi, renforcer l'idée qu'il y a un lien malsain entre la maladie et la toxicomanie qui entraîne plus souvent qu'autrement des conséquences négatives et que la maladie jointe à la consommation de drogues augmente le risque de violence. Cela à partir d'une approche motivationnelle du problème de comorbidité TMG et toxicomanie, visant à semer le doute chez cette clientèle pour les motiver à adopter d'autres comportements et à cesser, ou diminuer, la consommation de substances psychoactives. Dans l'idée d'intervenir sur la motivation au changement, il nous apparaît intéressant d'utiliser les expériences négatives antérieures ayant découlé de leur trouble de santé mentale et de leur consommation de psychotropes, telles que la judiciarisation de leurs problèmes, puisque la crainte du système judiciaire est ressortie comme facteur de protection face à la violence hétéroagressive commise par cette clientèle. Finalement, il ne faut pas perdre de vue la sensibilisation qu'un intervenant se doit de faire sur ce qu'est la violence sous toutes ses formes et l'impact de cette dernière sur la personne et son environnement ce, de façon à éviter la minimisation de cette dernière et développer la conscientisation de cette clientèle face à leur comportement violent dans l'idée de les responsabiliser face à leurs agirs inadéquats.

Finalement, l'intervention cognitivo-comportementale, visant la modification des pensées et des comportements de la personne, nous apparaît indiquée sur certains points. D'abord, pour développer le réflexe chez cette clientèle de réfléchir avant d'agir violemment lorsque l'idée survient, pour que cette habitude devienne un facteur de protection instantané par rapport aux comportements violents. Aussi, le développement de moyens alternatifs pour gérer la colère qui elle, semble mener à la violence est tout aussi important que de développer l'habileté à gérer le stress pour développer des moyens alternatifs à la violence qui parfois en résulte. Cela peut être réalisé à partir de l'apprentissage de moyens adéquats, de jeux de rôles et intégré dans des interventions de type individuel ou de groupe. Ici, l'intervention de groupe nous apparaît intéressante pour soutenir la personne dans le développement de liens sociaux et pour contrer l'isolement social.

9. Conclusion

Cette étude est née d'une préoccupation, en tant que travailleuse sociale, de comprendre davantage les aspects psychosociaux reliés aux troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ayant œuvré dans divers secteurs d'interventions au CHRG et davantage avec des clientèles à haut risque de violence, nous nous sommes questionnée sur les facteurs pouvant conduire aux passages à l'acte violent chez les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie et sur la perception qu'elles pouvaient avoir de la violence et de leurs comportements violents.

Le but de cette étude était d'identifier certains aspects psychosociaux pouvant être associés à la violence hétéroagressive perpétrée par les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale, précisément de TMG et de toxicomanie. Cette étude de nature exploratoire-descriptive cherchait à apporter une compréhension des gestes violents commis par une clientèle plutôt marginalisée et ce, à partir de leur perception et à travers une prise en compte de l'environnement social. Évidemment, un tel objet de recherche a nécessité le choix d'une approche de recherche qualitative. Une analyse de contenu du discours de neuf répondants a été effectuée de façon à répondre aux objectifs poursuivis par cette recherche. Les résultats ainsi obtenus ont permis de valider notre cadre conceptuel et d'identifier l'isolement social, l'absence de soutien parental, la fréquentation de pairs déviants et les tensions et conflits avec les proches comme étant des facteurs de risque micro-sociaux de passage à l'acte violent chez les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ils ont aussi permis d'identifier certains facteurs de risque macro-sociaux de passage à l'acte violent chez cette même clientèle, soit des conditions résidentielles déficientes, un statut socioéconomique faible, l'exclusion économique, l'exclusion sociale et la désorganisation sociale. Par la suite, la portée exploratoire de l'étude nous a permis d'éclairer certains facteurs de protection contre les agirs violents, tels que la crainte de la police et du système judiciaire, la présence d'un proche significatif et l'action de réfléchir avant d'agir. Aussi, à partir des propos des répondants, nous avons été en mesure de rapporter la perception qu'ils ont de la violence et de leurs agirs violents ainsi que la

perception qu'ils ont du lien qui unit les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de violence.

En définitive, bien que nous soyons encore au début de l'avancement des connaissances à propos des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie et surtout, de leurs problèmes sociaux associés, certaines interventions cliniques s'avèrent prometteuses telles que le traitement intégré, au sein d'une même équipe de professionnels, des troubles de santé mentale et de toxicomanie. Certes, nous gagnerons à promouvoir et à poursuivre la recherche sociale en ce qui a trait aux troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie de façon à nous doter d'interventions efficaces auprès de cette clientèle et de leurs proches. En particulier, les aspects touchant la pauvreté vécue par cette clientèle et l'interaction de cette dernière avec les comportements violents seraient un axe de recherche intéressant à développer, ce qui ferait suite à la présente étude.

10. Liste des références

- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J. et J.M. Gorman. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150 (6), 873-879.
- Arboleda-Flòrez, Heather et Crisanti. (1996). *Maladie mentale et violence : un lien démontré ou un stéréotype ?* Santé Canada, Gouvernement du Canada, 167 pages.
- Bartels, S.J., Drake, R.E., Wallach, M.A. et D.H. Freeman. (1991). Characteristic hostility in schizophrenic out patients. *Schizophrenia Bulletin*, 17 (1), 163-171.
- Bean, P. (2001). *Violence and substance abuse* dans Pinard et Pagani. Clinical assessment of dangerousness. (pp. 216-237), États-Unis, Cambridge University Press, 286 pages.
- Boles, S.M. et P.B. Johnson. (2001). Violence among comorbid and noncomorbid severely mentally ill adults : a pilot study. *Substance Abuse*, 22 (3), 167-173.
- Boles, S.M. et K. Miotto. (2003). Substance abuse and violence : a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 155-177.
- Bilodeau, G. (1999). *Paradigme du travail social*. Notes de cours dans le cadre du cours situations d'intervention SVS-20635 , École de service social, Université Laval, Québec, automne 2000.
- Brennan, P.A., Mednick, S.A. et S. Hodgins. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- Brochu, S. (1995). *Drogue et criminalité: une relation complexe*. DeBoeck Université, Canada, 226 pages.
- Bronfenbrenner, U. (2000). *Ecological systems theory*. dans Kazdin, Alan E. Encyclopedia of psychology-volume 3-APA. (pp.129-133). USA, Oxford University Press, 507 pages.
- Cadore, R., Troughton, E. et R. Widmer. (1984). Clinical differences between antisocial and primary alcoholics. *Comprehensive Psychiatry*, 25 (1), 1-8.
- Cantwell, R., Brewin, J., Glazebrook, C., Dalkin, T., Fox, R., Medley, I. et G. Harrison. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 174, 150-153.
- Cantwell, R. pour le Scottish comorbidity study group. (2003). Substance use and schizophrenia : effects on symptoms, social functioning and service use. *British Journal of Psychiatry*, 182, 324-329.

- Centre de services sociaux du Montréal métropolitain. *Violence et intervention sociale*. Comité sur la violence, Conseil consultatif du personnel clinique, 1989.
- Centre hospitalier Robert-Giffard (2005). Services de psychiatrie et de toxicomanie, document de travail, 59 pages.
- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N. et M. Loyer. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders, *British Journal of Psychiatry*, 170, 571-577.
- Dallaire, B., McCubbin, M., Morin, P. et D. Cohen. (2001). *Civil commitment due to mental illness and dangerousness: the union of law and psychiatry within a treatment-control system* dans Busfield, Joan (ed.). *Rethinking the sociology of mental health* (pp. 133-152), Ville, Blackwell publishers, 182 pages.
- Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes, *Schizophrenia Research*, 35, S93-S100.
- Drake, R.E., Osher, F.C., Noordsy, D.L., Hurlbut, S.C., Teague, G.B. et M.S. Beaudett. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (1), 57-67.
- Drake, R.E., Wallach, M.A., Alverson, H.S. et K.T. Mueser. (2002). Psychosocial aspects of substance abuse by clients with severe mental illness, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 100-106.
- Duke, P.J., Pantelis, C., McPhillips, M.A. et T. R-E Barnes. (2001). Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 179, 509-513.
- Durand, V.M. et D.H. Barlow. (2002). *Psychopathologie*. Éditions DeBoeck Université, France. 920 pages.
- Fagan, J. (1993a). Interactions among drugs, alcohol and violence. *Health Affairs*, winter 1993, 65-79.
- Fagan, J. (1993b). Set and setting revisited : influences of alcohol and illicit drugs on the social context of violent events, *Research Monograph*, 24, 161-191.
- Faucher, S. (2003). *Psychopathologie et abus sexuels*. Notes de cours dans le cadre du microprogramme en abus sexuels PSA-20761, Université Laval, Québec, mai/juin 2003.
- Fulwiler, C., Grossman, H., Forbes, C. et R. Ruthazer. (1997). Early-onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness, *Psychiatric Services*, 49 (9), 1181-1185.

- Goldstein, P.J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework, *Journal of Drug Issues*, fall 1885, 493-506.
- Hiday, V.A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence, *International Journal of Law and Psychiatry*, 20 (4), 399-417.
- Hodgins, S. et G. Côté. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec. *Santé mentale au Canada*, 38, 1-5.
- Hodgins, S. et G. Côté. (1993). The criminality of mentally disordered offenders, *Criminal Justice and Behavior*, 20 (2), 115-129.
- Hoaken, P. N-S et S.H. Stewart. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior, *Addictive Behaviours*, 28, 1533-1554.
- Hood, Mangham, McGuire et Leigh. *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances : Document de travail*, Santé Canada, Gouvernement du Canada, 1996.
- Laudet, A.B., Magura, S., Vogel, H.S. et E.L. Knight. (2004). Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder, *American Journal of Orthopsychiatry*, 74 (3), 365-375.
- LeBlanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J.C. et P. Trudeau-LeBlanc. (1998). *L'intervention et les adolescents violents dans LeBlanc et al. Intervenir autrement : un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté* (pp. 95-117), Montréal, Les presses de l'Université de Montréal. 318 pages.
- Lehman, A.F. (1996). Heterogeneity of person and place: assessing co-occurring addictive and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1), 32-41.
- Lépine, A. et G. Côté. (1998). L'abus de substances psychoactives et l'adaptation sociale chez les psychotiques, *Revue canadienne de psychiatrie*, 43, 1036-1039.
- Liberman, R. P., Mueser, K.T., Wallace, C.J., Jacobs, H.E., Eckman, T. et H.K. Massel. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4), 631-647.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D. et collaborateurs. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Gaétan Morin éditeur, Boucherville (Québec), 409 pages.
- McCardle, L. et D.H. Fishbein. (1989). The self-reported effects of PCP on human aggression, *Addictive Behaviours*, 14, 465-472.

- Menezes, P.R., Johnson, S., Thornicroft, G., Marshall, J., Prosser, D., Bebbington, P. et E. Kuipers. (1996). Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in South London, *British Journal of Psychiatry*, 168, 612-619.
- Mercier, C. et B. Beaucage. *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec, 1997.
- Miles, H., Johnson, S., Amponsah-Afuwape, S., Finch, E., Leese, M. et G. Thornicroft. (2003). Characteristics of subgroups of individuals with psychotic illness and a comorbid substance use disorder. *Psychiatric Services*, 54 (4), 554-561.
- Millaud, F., Roy, R., Gendron, P. et J. Aubut. (1992). Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. *Revue canadienne de psychiatrie*, 37, 608-615.
- Millaud, F. (1999). *Maladie mentale et violence*. dans Proulx, Cusso et Ouimet. Les violences criminelles (pp. 267-288), Québec, Les presses de l'Université Laval. 353 pages.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Levinson, D.F., Singh, H., Bellack, A.S., Kee, K., Morrison, R.L. et K.G. Yadam. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates, *Schizophrenia Bulletin*, 16 (1), 31-56.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., Ackerson, T.H., Alterman, A.I., Miles, K.M. et D.L. Noordsy. (1997). Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (3), 473-477.
- Mueser, K.T., Drake, R.E., et M.A. Wallach. (1998). Dual diagnosis : a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 717-734.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Rosenberg, S.D., Swett, C., Miles, K.M. et D. Hill. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates and subgroups, *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 179-192.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. et L. Fox. (2001). Troubles mentaux graves et abus de substances : composantes efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité. *Santé mentale au Québec*, 26 (2), pp. 22-46.
- Nadeau, L. (2001). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec*, 26 (2), 77-21.

- Orsonnens, L. (2004). Co-occurring substance abuse and schizophrenia: treatment approaches and practices, *Intervention*, 121, 25-32.
- Quigley, B.M. et K.E. Leonard. (2000). *Alcohol, drugs and violence*. dans VanHasselt et Hersen. *Aggression and violence : an introductory text* (pp. 259-283), Allyn and Bacon éditeurs, États-Unis, 324 pages.
- Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J. et J. Moring. (1998). Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior : a 26 year follow up study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (3), 437-441.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1999). *Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 35 pages.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. et F.K. Goodwin. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : Results from the epidemiologic catchment area study, *JAMA*, 264 (19), 2511-2518.
- Reiss, A.J. et J.A. Roth. (1993). *Alcohol, other psychoactive drugs and violence*. dans Reiss et Roth (éditeurs). *Understanding and preventing violence* (pp. 182-220), National academy press, Washington, 464 pages.
- Roizen, J. (1997). Epidemiological issues in alcohol related violence, *Alcoholism*, 13, 13-14.
- Roth, J.A. (1994). *Psychoactive substances and violence*. Research in brief, US department of justice, February 1994, 19 pages.
- Rouillard, P. (2003). *Comorbidité troubles psychiatriques et toxicomanie*, document de formation du Centre hospitalier Robert-Giffard, Québec.
- Scott, H., Johnson, S., Menezes, P., Thornicroft, G., Marshall, J., Bindman, J., Bebbington, P. et E. Kuipers. (1998). Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 172, 345-350.
- Sells, D.J., Rowe, M., Fisk, D. et L. Davidson. (2003). Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 54 (9), 1253-1257.
- Smith, J. et S. Hucker. (1994). Schizophrenia and substance abuse. *British Journal of Psychiatry*, 165, 13-21.

- Soyka. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 176, 345-350.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Clark-Robbins, P., Appelbaum, .S., Grisso, T., Roth, L.H. et E. Silver. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Steele, J., Darjee, R., et L. D-G Thomson. (2003) Substance dependance and schizophrenia in patients with dangerous, violent and criminal propensities: a comparison of co-morbid and non-co-morbid patients in a high-security setting. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14 (3), 569-584.
- Swanson, J.W. (1994). *Mental disorder, substance abuse and community violence : an epidemiological approach*, dans Monahan et Steadman. (1994). Violence and mental disorder: developments in risk assessment (pp. 101-136), The University of Chicago press, États-Unis, 324 pages.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, R. et B.J. Burns. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (2), 226-231.
- Tessier, L. et M. Clément. (1991). La réadaptation psychosociale en psychiatrie, défis des années 1990. Gaetan Morin éditeur, Québec. 238 pages.
- Vincent, M., Gagné, C., et J. Therrien. (2001). Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie. *Santé mentale au Québec*, 26 (2), pp. 92-105.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. et C. Browne. (1998). Serious criminal offending and mental disorder, *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Zubin, J. et B. Spring. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126.

11. ANNEXES

ANNEXE A

Maladie mentale	Toxicomanie	Violence/délinquance	Aspects sociaux
Mental* ill* (mentally/illness)	Drug	Violence	Interpersonal relationship
Mental disorder	Addict* (addict, addictive, addiction)	Offen* (offense, offender)	Psychosocial problem
Dual diagnosis	Substance abuse	Delinquen* (delinquent, delinquency)	Biopsychosocial problem
Schizophrenia	Substance misuse	Violent behavior	Biopsychosocial aspect
Mentally ill offenders		Aggression	Social interaction
		Crim* (crime, criminality)	Family
		hostility	Relationship
			Social disorganisation
			Social isolation
			Homelessness
			environment
			Social functioning

- ✓ Auteurs-clé: Brochu, Serge / Goldstein, JP. / Monahan, John / Steadman, HJ. / Mueser, Kim T. / Hodgins, Sheilagh.
- ✓ Banques de données: SWAB, Social abstracts, Sociological abstracts, PsyInfo, Medline, Current contents et Ariane.
- ✓ Période couverte par la littérature: 1975-2006.

ANNEXE B**DEMANDE DE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE D'UNE ÉTUDIANTE EN
SERVICE SOCIAL**

Bonjour,

Je suis travailleuse sociale au Centre hospitalier Robert-Giffard (CHRG) et étudiante à la maîtrise en service social à l'Université Laval. Comme étudiante, je sollicite votre participation à mon projet de recherche et de cette façon, je serai en mesure d'obtenir mon diplôme. Le projet traite des problématiques de santé mentale, de toxicomanie et d'agressivité. Le but est de tenter d'identifier certains aspects sociaux pouvant être associés à des gestes violents posés par les personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, à partir du point de vue de ces personnes. Les gestes violents seront entendus au sens large, englobant tout ce qui peut être considéré comme de l'agressivité ou de la violence (jurons, lancer un objet, frapper, etc.).

Votre participation consisterait à une rencontre avec moi, dans mon bureau au service social du CHRG, pour une durée approximative d'une heure. Notre discussion demeurera STRICTEMENT confidentielle. Votre implication et votre aide seront grandement appréciées.

Votre participation est nécessaire pour que je termine mon projet et je vous offre l'opportunité de vous exprimer en tant que personne présentant ou ayant présenté ces problématiques et vous permettrait de donner votre opinion sur l'apparition de ces troubles. Aussi, vous serez en mesure de faire valoir votre point de vue sur ces problématiques. Vous contribuerez au développement des connaissances pouvant améliorer les services de santé mentale, puisque c'est votre cheminement personnel et votre opinion qui seront mis à profit et que nous prendrons en considération dans l'analyse des résultats.

Si vous acceptez de m'aider à poursuivre mon projet de recherche, contactez-moi au 663-5000 poste 6069 et laissez-moi un message ou parlez-en avec votre intervenant(e) principal(e) qui me contactera. Il me fera très plaisir de vous recontacter et de prévoir une rencontre avec vous.

MERCI BEAUCOUP!

Julie Bouchard

ANNEXE C

2006-02-27

Formule de consentement**La perception des facteurs qui interviennent dans la survenue de passage à l'acte violent chez les personnes aux prises avec un double problème de trouble mental et de toxicomanie.****Introduction :**

Le but de cette étude est de tenter d'identifier certains aspects psychosociaux pouvant être associés à des comportements violents posés par les personnes présentant un double problème de santé mentale et de toxicomanie. Cette étude cherchera à apporter une compréhension de ces gestes violents à travers l'environnement social, les facteurs psychosociaux et les structures de notre société et ce, à partir du point de vue de la personne présentant ces problématiques.

Déroulement :

Nous sollicitons donc votre participation à la présente étude parce que vous présentez les caractéristiques recherchées. Cette étude est réalisée par Madame Julie Bouchard, travailleuse sociale, dans le cadre du programme de maîtrise en service social de l'Université Laval sous la supervision de Madame Bernadette Dallaire, Ph.D. Votre participation implique une rencontre d'une durée maximale d'une heure et demie ; cette dernière se déroulera à l'intérieur des locaux du Centre hospitalier Robert-Giffard. La rencontre consistera à une entrevue entre l'étudiante et le participant, les questions étant préalablement définies. L'entrevue sera enregistrée sur bande sonore, de façon à pouvoir traiter par la suite les informations recueillies.

Participation et droit de retrait libre de l'étude :

Votre participation est volontaire. En tout temps, vous êtes libre de revenir sur votre décision et de vous retirer de l'étude cela, sans préjudice. Votre accès aux services ou votre relation avec l'équipe traitante ne seront pas affectés par votre retrait.

Risques :

La participation à cette recherche ne comporte aucun préjudice physique connu. Par contre, il se peut que vous ressentiez des émotions désagréables ou négatives suite à l'entretien avec l'étudiante-chercheur. Puisque cette dernière collectera des données rétrospectives, il se peut que vous ayez besoin de parler plus longuement de votre vécu ou de votre passé. Dans ce cas, nous vous permettrons d'émettre des commentaires à la fin de l'entrevue et nous vous référerons, si nécessaire, à votre médecin traitant pour que ce dernier veille à ce que l'équipe intervienne, pour vous donner l'occasion d'exprimer vos impressions et émotions. D'ailleurs, votre médecin traitant sera avisé de votre participation et de la date de votre entrevue afin qu'il se rende disponible à vous rencontrer, s'il y avait un problème ou si vous en ressentez le besoin.

Initiales : _____

Date(AAA-MM-JJ) : _____

Bénéfices :

La participation à cette étude pourrait vous donner l'occasion, en parlant de votre vécu, de cheminer sur les plans personnel et thérapeutique. De plus, cela vous offre l'opportunité de vous exprimer en tant que personne présentant ces problématiques et vous permettrait de donner votre opinion sur l'apparition de ces troubles. Aussi, vous serez en mesure de faire valoir votre point de vue sur ces problématiques, ayant personnellement à y faire face au quotidien. Vous contribuerez au développement des connaissances pouvant améliorer les services de santé mentale, puisque c'est votre cheminement personnel et votre opinion qui seront mis à profit et que nous prendrons en considération dans l'analyse des résultats.

Confidentialité :

Toutes les informations recueillies dans le cadre de la présente étude demeureront strictement confidentielles. Toute information susceptible d'identifier des situations particulières et les participants sera exclue du matériel d'analyse et de la présentation des résultats. De plus, le nom du participant n'apparaîtra sur aucun rapport de recherche ou autre document et sera remplacé par un code numérique sur le matériel audio et sur le verbatim de l'entrevue. Bien que l'entrevue soit enregistrée, seules l'étudiante-chercheure et sa directrice de recherche auront accès aux informations recueillies.

Durée de conservation et destruction des données :

L'enregistrement sonore, la formule de consentement ainsi que la transcription intégrale des entrevues seront conservés au domicile de l'étudiante-chercheure et placés dans un classeur, sous clé. Ceux-ci seront détruits une fois le processus de recherche et la correction du mémoire terminés, soit dans 5 années. Lors de la publication du rapport de recherche, aucune information permettant d'identifier les participants ne sera utilisée. Un résumé du rapport de recherche pourra vous être fourni, sur demande.

Responsables et numéros de téléphones :

Pour obtenir plus d'informations sur l'étude, vous pouvez communiquer avec Madame Bernadette Dallaire, directrice de l'étudiante qui réalise cette étude et professeure à l'École de service social de l'Université Laval, au 656-2131. Si vous avez des questions à formuler en ce qui a trait à vos droits en tant que participant à l'étude, vous pouvez contacter Monsieur Pierre Maxime Bélanger, président du Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier Robert-Giffard, au 663-5000 poste 4736. Finalement, si vous avez une plainte à formuler dans le cadre de votre participation à la présente étude, veuillez contacter Madame Nicole Gagnon, commissaire à la qualité des services au Centre hospitalier Robert-Giffard, au 663-5555.

Signatures :

En tant que participant, j'ai pris connaissance de toutes les informations du projet de recherche ci-dessus. Sa nature et ses procédures m'ont été expliquées, en ayant la possibilité de poser toute question nécessaire à ma compréhension. Je consens librement à participer à ce projet de recherche, en ayant la possibilité d'y mettre un terme en tout temps. J'accepte que l'étudiante-chercheure utilise les données retranscrites de l'entrevue pour fin de la présente

Initiales : _____

Date(AAA-MM-JJ) : _____

recherche et pour fins de publications ou de recherches ultérieures.

Nom en lettres moulées : _____

Signature du participant : _____

Date(AAA-MM-JJ) : _____

En tant qu'étudiante-chercheur, je certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, avoir répondu à ses questions, avoir obtenu son consentement et lui avoir clairement indiqué qu'il demeure libre à tout moment de mettre un terme à sa participation. Selon les termes établis, je m'engage à conserver en tout temps l'anonymat du participant et la confidentialité des données et ce, jusqu'à leur destruction. Je certifie avoir remis au participant une copie du présent formulaire dûment signé et daté.

Nom en lettres moulées : _____

Signature de l'étudiante-chercheur : _____

Date(AAA-MM-JJ) : _____

Initiales : _____

Date(AAA-MM-JJ) : _____

ANNEXE DCanevas d'entrevuePartie A : caractéristiques individuelles

- 1- Sexe?
- 2- Âge?
- 3- Occupation? Profession?
- 4- Scolarisation complétée?
- 5- État civil?
- 6- Milieu de vie actuel?

Partie B : facteurs pouvant intervenir dans l'apparition des comportements violents; perception des participants; verbalisations à propos de leur vécu; dynamique de la relation qui unit les trois problématiques

- *Présentation des diverses formes de violence?*

- *D'après vous, pourquoi certaines situations violentes, certains gestes violents se produisent? Pourquoi certaines personnes présentent de l'agressivité ou se conduisent violemment?*

7- Quand un événement ou une situation vous stresse, qu'est-ce que vous faites? Comment réagissez-vous?

8- Pourriez-vous me décrire une ou des situation (s), événement (s) où vous avez été agressif ou violent?

9- Comment expliquez-vous ça (cette violence)?

10- D'après vous, y a-t-il des éléments dans vos relations sociales qui pourraient être associés, expliquer ce geste (votre passage à l'acte violent)? Si oui, lesquels?

-avec la famille (parents, fratrie, oncle, tante, grands-parents)?

-avec les amis?

-avec le conjoint ou la conjointe?

11- D'après vous, y a-t-il des éléments dans vos conditions de vie qui pourraient être associés, expliquer ce geste (l'apparition de votre passage à l'acte violent)? Si oui, lesquels?

-milieu de vie?

-avez-vous déjà vécu de l'itinérance?

-emploi?

-participation sociale? Implication sociale?

-utilisation des organismes et des services?

12- Selon vous, quel est le lien entre les problématiques de santé mentale, toxicomanie et violence? Quels sont les éléments communs aux 3 problématiques?

13- Quels sont les éléments, dans votre geste, qui relèvent :

-de vous uniquement?

-de votre consommation de drogues?

-de votre santé mentale?

14- Selon vous, est-ce qu'il y a des éléments qui parfois, vous ont empêché d'être agressif ou de commettre des gestes violents (mettre un frein à la violence)? Comment? Lesquels?

15- Selon vous, est-ce qu'il y a d'autres éléments qui n'ont pas été abordés et que je devrais savoir concernant la relation entre problème de santé mentale, toxicomanie et agressivité/violence?

Partie C : Conclusion de la rencontre

16- Démarche antérieure en toxicomanie?

17- Présentement suivi pour votre problème de toxicomanie? Si oui, depuis quand? Où?

18- Pourriez-vous me parler de vos antécédents d'hospitalisation? De détention? Délits?

19- Quel est le ou les diagnostic(s) psychiatrique(s) que le docteur a attribué(s) à votre situation?

20- Questions? Commentaires?

MERCI!

ANNEXE E

Présentation des diverses formes de violence

Violence symbolique : exprimer un sentiment de colère de manière non verbale, par exemple : lancer un objet, lever son poing, frapper son poing sur la table, etc.

Violence verbale : par nos paroles, par exemple : mot visant à blesser l'autre, sacrer, etc.

Violence physique : coup ou geste atteignant le corps de la personne, qui porte atteinte à l'autre.

Violence psychologique : agissement, parole ou situation visant à rabaisser l'autre, le manipuler, le mettre mal à l'aise ou dans l'embarras, etc.

Violence matérielle : consiste à détruire des biens, par exemple : déchirer une feuille de papier devant autrui par frustration, casser un objet, etc.

ANNEXE FGrille de codification

3- <u>facteurs de risque micro-sociaux</u>	3.1- isolement social	3.1.1 faible réseau social 3.1.2 diminution des contacts sociaux 3.1.3 effritement du tissu social 3.1.4 difficultés à maintenir des liens sociaux
	3.2 soutien parental	3.2.1 absence de soutien parental (versus présence) 3.2.2 encadrement parental (règles, relève de l'éducation) 3.2.3 éclatement de la famille « d'origine »
	3.3 fréquentation de pairs déviants	3.3.1 réseau social négatif
	3.4 tensions ou conflits avec les proches	3.4.1 attentes élevées 3.4.2 surstimulation 3.4.3 contrôle 3.4.4 provocation 3.4.5 discorde – violence familiale
4- <u>facteurs de risque macro-sociaux</u>	4.1 conditions de logement	4.1.1 itinérance 4.1.2 instabilité résidentielle
	4.2 statut socio-économique faible (pauvreté)	
	4.3 exclusion économique	4.3.1 inemployabilité 4.3.2 perte d'emploi 4.3.3 instabilité d'emploi 4.3.4 sans emploi
	4.4 exclusion sociale	4.4.1 judiciarisation 4.4.2 marginalisation 4.4.3 faible implication sociale 4.4.4 faible utilisation des organismes sociaux et communautaires
	4.5 désorganisation sociale	4.5.1 perte d'espoir 4.5.2 fatalité 4.5.3 pauvreté

4.5.4 mauvaises conditions de vie

4.5.5 classe sociale faible

4.5.6 milieu de vie malsain

4.5.7 inégalité sociale

5- facteurs de protection 5.1 craintes

5.1.1 système judiciaire

5.1.2 être identifié

5.1.3 la réaction des proches

5.2 auto-contrôle

5.2.1 réfléchir avant d'agir

5.2.2 éviter les zones de risques connues

5.3 proches

5.3.1 ne pas décevoir les proches

5.3.2 intervention des proches

6- gestion du stress 6.1 consommation de psychotropes

6.2 auto-contrôle (se parler à soi-même, réfléchir, analyser la situation)

6.3 activité occupationnelle

6.4 la prière

6.5 explosion de la violence

7- perception de la violence 7.1 en général

7.2 leur violence

8- triade TMG, toxicomanie et violence 8.1 leur perception du lien qui unit TMG, toxicomanie et violence

8.2 l'explication de la contribution de leur TMG et leur problématique de toxicomanie dans l'apparition de leur (s) geste (s) violent (s)