



# Fréquence et Type de Délits Commis Par des Hommes Atteints de Troubles Mentaux Graves Selon l'âge D'apparition Des Comportements Antisociaux

Frequency and type of offences committed by men with severe  
mental disorders by age of antisocial behaviors onset

Mélanie Lapalme, PhD<sup>1</sup>, Karine Forget, MD, FRCPC<sup>2</sup>,  
Yann Le Corff, PhD<sup>2,3</sup>, and Gilles Côté, PhD<sup>4</sup>

## Abrégé

**Objectif :** Il y a des différences importantes quant à la fréquence et au type de délit commis par les personnes atteintes de troubles mentaux graves (TMG), selon que leurs comportements antisociaux ont débuté en bas âge ou à l'âge adulte. Cependant, les personnes ayant manifesté des comportements antisociaux précoces ne forment pas un groupe homogène. La présente étude a pour objectif de vérifier si la précocité des comportements antisociaux peut expliquer cette hétérogénéité.

**Méthode :** 137 hommes atteints d'un TMG sous trois statuts légaux distincts ont été recrutés. Ils ont été séparés en 3 groupes selon la précocité des comportements antisociaux.

**Résultats :** Les participants du groupe enfance commettent plus de délits violents et sont plus nombreux à présenter un trouble de l'usage de drogues que ceux du groupe adulte. Le groupe adolescence se distingue du groupe adulte par une fréquence plus élevée de trouble de l'usage d'alcool. Aucune différence ne s'avère significative entre les groupes enfance et adolescence, mais la plupart des délits rapportés sont plus nombreux dans le groupe enfance.

**Conclusions :** Les résultats suggèrent que l'âge d'apparition des comportements antisociaux devrait être pris en compte dans l'évaluation du risque et la prise en charge des personnes atteintes d'un TMG.

## Abstract

**Objective:** There are important differences in frequency and type of offence committed by individuals with severe mental disorders (SMD), depending on whether their antisocial behaviors began at an early age or as adults. However, individuals having shown early antisocial behaviors do not form an homogenous group. This study's objective is to test if the antisocial behaviors earliness could explain this heterogeneity.

**Method:** 137 men with SMD under 3 separate legal status were recruited. They were distributed in 3 groups according to the antisocial behaviors earliness.

**Results:** The participants in the childhood group commit more violent offences and more of them present a substance use disorder compared with those in the adult group. A more frequent alcohol use disorder separates the youth group from the

<sup>1</sup> Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

<sup>2</sup> Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

<sup>3</sup> Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Département d'orientation professionnelle, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

<sup>4</sup> Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada

## Corresponding Author:

Mélanie Lapalme, PhD, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, 2500 boul. de l'Université, Sherbrooke, Qc, J1K 2R1, Canada.  
Courriel: Melanie.Lapalme@USherbrooke.ca

adult group. There is no significant difference between the childhood and the youth group, but there are more reported offences in the childhood group.

**Conclusions:** Our results suggest that the age of antisocial behaviors onset should be considered in evaluating risk and managing individuals with SMD.

### Mots clés

troubles mentaux, délits, violence, crimes, comportements antisociaux

### Keywords

mental disorders, offenses, violence, crimes, antisocial behavior

Les troubles mentaux graves (TMG) représentent un facteur de risque de la commission de délits violents et non violents.<sup>1-8</sup> Cependant, bien que la prévalence des délits soit plus élevée chez les personnes atteintes de TMG que dans la population générale,<sup>3,9</sup> une hétérogénéité importante est observée dans la fréquence et le type de délits commis par ces personnes.<sup>10,11</sup>

En s'appuyant sur la typologie des débutants précoces et tardifs,<sup>12,13</sup> l'âge d'apparition des comportements antisociaux est identifié comme un facteur pouvant contribuer à expliquer cette hétérogénéité.<sup>3,14-16</sup> Plusieurs études rétrospectives rapportent que chez les adultes atteints de TMG, la commission d'un premier délit avant 18 ans,<sup>12-14,17</sup> ou l'apparition d'un trouble des conduites avant 15 ans,<sup>15,18,19</sup> est associée à plus de délits violents et non violents, à des délits violents plus sévères, ainsi qu'à une prévalence plus élevée de troubles de l'usage de l'alcool et de drogues.

Cependant, même chez les personnes qui ont manifesté des comportements antisociaux avant l'âge adulte (débutants précoces<sup>12,13</sup>), une hétérogénéité importante est notée quant à la fréquence et à la gravité des délits commis à l'âge adulte.<sup>12</sup> Une meilleure compréhension de cette variété permettrait, éventuellement, d'ajuster les interventions à offrir aux personnes atteintes de TMG. En ce sens, les modèles théoriques portant sur les trajectoires de développement des comportements antisociaux, basés sur plusieurs études prospectives, montrent que l'apparition des comportements antisociaux tôt à l'enfance, comparativement à l'adolescence, est associée à une plus grande persistance et diversité de ceux-ci, ainsi qu'à plus de comportements violents.<sup>20-34</sup>

La présente étude vise donc à vérifier l'hypothèse selon laquelle les personnes atteintes d'un TMG qui ont manifesté des comportements antisociaux dès l'enfance (groupe enfance) manifestent à l'âge adulte un nombre plus élevé de délits violents et non violents et sont plus nombreux à présenter un trouble de l'usage de l'alcool et de drogues comparativement à celles dont les comportements antisociaux ont émergé à l'adolescence (groupe adolescence) ou à l'âge adulte (groupe adulte). De plus, en s'appuyant sur la typologie des débutants précoces et tardifs,<sup>12,13</sup> on peut s'attendre à ce que les personnes du groupe adolescence présentent plus de délits et qu'elles soient plus nombreuses à avoir des troubles de l'usage d'alcool et de drogues que

celles du groupe adulte. Enfin, l'étude permettra d'explorer si, parmi les délits violents et non violents, les types de délits spécifiques permettent de distinguer les groupes.

## Méthode

### Participants

L'échantillon est composé de 137 hommes présentant un TMG recrutés sous trois statuts légaux distincts: 44 hommes reconnus coupables d'un délit provenaient de quatre centres de détention du Québec; 59 hommes reconnus non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux provenaient d'unités de psychiatrie légale de quatre régions administratives du Québec; 34 hommes avaient un statut d'hospitalisation involontaire dans un hôpital des mêmes régions parce qu'ils représentaient un danger grave et immédiat pour eux-mêmes ou pour autrui au moment de l'étude. Tous les individus atteints de TMG présents dans ces milieux au moment de la collecte de données (entre 1998 et 2001) ont été sollicités (taux de participation de 47%)<sup>i</sup>. Les participants étaient âgés entre 20 et 74 ans ( $M = 38,6$ ;  $ET = 11,9$ ).

Les participants ont été classés en trois groupes selon l'âge d'apparition des comportements antisociaux. Le groupe enfance ( $n = 60$ ) inclut ceux qui présentaient des comportements antisociaux ou un critère du trouble des conduites (TC; excluant le critère 11, ment souvent) à l'âge de 12 ans et moins<sup>ii</sup>. Le groupe adolescence ( $n = 44$ ) inclut les participants qui présentaient, entre 13 et 17 ans, au moins un critère du TC (excluant le critère 11), sans présence de critère avant 13 ans. Le groupe adulte ( $n = 33$ ) ne devait n'avoir rapporté aucun critère du TC et aucun délit avant 18 ans.

L'âge moyen des participants diffère entre les groupes ( $F(2, 135) = 4,45$ ;  $p < 0,05$ ); le groupe enfance est significativement ( $p < 0,01$ ) plus jeune ( $M = 34,7$  ans;  $ET = 9,6$ ) que le groupe adulte ( $M = 41,9$  ans;  $ET = 12,3$ ). Étant donné que les participants plus âgés ont eu plus de temps pour commettre des délits, l'âge a été utilisé comme variable contrôle dans les analyses. Quant aux TMG présentés (trouble dépressif majeur ou bipolaire, 22,5%; trouble du spectre de la schizophrénie, 77,5%), aucune différence significative entre les groupes n'est observée.

**Tableau 1.** Caractéristiques Descriptives et Régressions Multinomiales pour Prédire l'appartenance aux Groupes.

Caractéristiques	Sous-groupes			Enfance vs Adolescence		Enfance vs Adulte		Adolescence vs Adulte		
	Enfance (n = 60)	Adolescence (n = 44)	Adulte (n = 33)	OR <sup>a</sup>	IC (95%)	OR <sup>b</sup>	IC (95%)	OR <sup>b</sup>	IC (95%)	
Modèle 1 $\chi^2 = 48,359^{***}$ Pseudo R <sup>2</sup> (Nagelkerke) = 0,343										
Age	M (ét)	34,7 (9,6)	37,6 (12,0)	41,9 (12,3)	0,96	0,92 à 1,01	0,93 <sup>**</sup>	0,88 à 0,98	0,97	0,92 à 1,01
Trouble usage alcool	(%)	69,5	67,4	24,2	0,73	0,27 à 1,97	2,74	0,83 à 9,08	3,74 <sup>*</sup>	1,10 à 12,78
Trouble usage drogues	(%)	81,7	68,2	30,3	2,38 <sup>c</sup>	0,86 à 6,55	4,56 <sup>*</sup>	1,38 à 15,02	1,92	0,59 à 6,25
Nbr délits violents	M (ét)	6,7 (8,3)	5,4 (6,1)	2,5 (3,4)	1,05	0,97 à 1,12	1,14 <sup>*</sup>	1,01 à 1,30	1,09	0,96 à 1,24
Nbr délits non violents	M (ét)	14,3 (14,9)	11,6 (13,7)	5,3 (9,0)	1,01	0,97 à 1,04	1,02	0,97 à 1,08	1,02	0,96 à 1,08
Modèle 2 $\chi^2 = 50,304^{***}$ Pseudo R <sup>2</sup> (Nagelkerke) = 0,348										
Age	M (ét)	34,7 (9,6)	37,6 (12,0)	41,9 (12,3)	0,99	0,97 à 1,01	0,97 <sup>*</sup>	0,95 à 0,99	0,99	0,97 à 1,01
Homicide et tentative	(%)	20,0	18,2	15,2	1,37	0,47 à 4,00	2,64	0,75 à 9,26	1,93	0,52 à 7,12
Agression sexuelle	(%)	5,0	9,1	9,1	0,47	0,09 à 2,51	1,17	0,14 à 9,53	2,49	0,30 à 20,88
Méfait	(%)	60,0	45,5	33,3	2,32	0,80 à 6,73	1,95	0,55 à 6,85	0,84	0,22 à 3,25
Fraude	(%)	21,7	9,1	24,2	3,12 <sup>c</sup>	0,84 à 11,53	0,17 <sup>*</sup>	0,03 à 0,81	0,05 <sup>***</sup>	0,01 à 0,32
Voie de fait	(%)	70,0	59,1	48,5	1,85	0,61 à 5,62	1,76	0,49 à 6,27	0,95	0,26 à 3,54
Vol simple	(%)	61,7	56,8	24,2	0,56	0,18 à 1,74	5,11 <sup>*</sup>	1,19 à 22,01	9,14 <sup>***</sup>	1,98 à 42,26
Vol qualifié	(%)	31,7	25,0	3,0	1,18	0,40 à 3,48	12,75 <sup>*</sup>	1,25 à 130,41	10,84 <sup>c</sup>	0,97 à 121,40

<sup>a</sup> La catégorie de référence (coté 0) est le groupe adolescence.

<sup>b</sup> La catégorie de référence (coté 0) est le groupe adulte.

<sup>c</sup>  $p < 0,1$ ; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

## Mesures

L'item 12 de la version française<sup>41</sup> de la *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R)<sup>42,43</sup> a permis de documenter la présence de problèmes graves de comportements à l'âge de 12 ans ou moins.

La *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID)<sup>44</sup> a été utilisée pour vérifier la présence antérieure de critères du TC, ainsi que la présence actuelle d'un TMG et de trouble de l'usage de l'alcool et de drogues (excluant la nicotine et la caféine).

Les dossiers criminels officiels des participants provenant de la Gendarmerie Royale du Canada (GRC) ont été consultés pour obtenir le nombre total de délits violents (vol qualifié, voie de fait, agression sexuelle, homicide et tentative d'homicide) et non violents (fraude, méfait, vol simple) commis et la présence de chaque type de délits.

## Déroulement

Cette étude s'intègre dans une étude plus large débutée en 1998 et conduite par Gilles Côté, Sheilagh Hodgins, Marc Daigle, Belkacem Abdous, Christopher Webster et Pierre Gagné. Elle a été approuvée par un comité universitaire d'éthique de la recherche. L'évaluation a été effectuée par des professionnels et des étudiants gradués spécialement formés pour effectuer la passation de la SCID et de la PCL-R.

La participation à l'étude était volontaire et chaque participant a signé un formulaire de consentement. Sauf lorsque cela était prohibé par l'établissement de provenance, chaque participant a reçu une compensation financière de 10\$ pour le temps consacré à l'étude.

## Analyse Des Données

Compte tenu des corrélations élevées entre les nombres de délits et la présence de chaque délit, deux modèles de régressions multinomiales ont été calculés pour comparer les trois groupes. Un premier modèle inclut comme prédicteurs l'âge, les troubles de l'usage d'alcool et de drogues et les nombres de délits violents et non violents. Un deuxième modèle inclut l'âge et la présence de chaque délit. Les modèles de régression ont été répétés à deux reprises en changeant la catégorie de référence afin de comparer les trois groupes deux à deux.

## Résultats

Les analyses préliminaires bivariées montrent que les troubles de l'usage d'alcool ( $\chi^2 = 20,178$ ;  $p < 0,001$ ), et de drogue ( $\chi^2 = 24,973$ ;  $p < 0,001$ ), ainsi que les nombres de délits non violents ( $F(2, 134) = 4,841$ ;  $p < 0,01$ ) et violents ( $F(2, 134) = 4,275$ ;  $p < 0,05$ ) distinguent significativement les groupes. Les corrélations entre ces variables sont toutes inférieures à 0,60, ce qui indique une absence de

multicolinéarité entre les prédicteurs.<sup>45</sup> Le modèle multivarié (voir le tableau 1) montre que comparativement au groupe adulte, le groupe enfance est plus à risque de présenter un trouble de l'usage de drogues et de commettre plus de délits violents. Quant au groupe adolescence, il est plus à risque de présenter un trouble de l'usage d'alcool que le groupe adulte, mais ne semble pas commettre plus de délits violents ou non violents. Aucune variable ne permet de distinguer les groupes enfance et adolescence.

Quant à la présence des différents types de délits, sur le plan bivarié, les méfaits ( $\chi^2 = 6,368$ ;  $p < 0,05$ ), les vols simples ( $\chi^2 = 12,783$ ;  $p < 0,01$ ) et les vols qualifiés ( $\chi^2 = 10,181$ ;  $p < 0,01$ ) distinguent significativement les groupes. Il n'y a pas de différences significatives pour l'homicide ou la tentative ( $\chi^2 = 0,336$ ; *n.s.*), l'agression sexuelle ( $\chi^2 = 0,834$ ; *n.s.*), la fraude ( $\chi^2 = 3,738$ ; *n.s.*) et les voies de fait ( $\chi^2 = 4,290$ ; *n.s.*). Les corrélations entre les types de délits étant inférieures à 0,60, ces variables peuvent être entrées dans un même modèle de régression sans risque de multicolinéarité.<sup>45</sup> Le modèle multivarié montre que comparativement au groupe adulte, on retrouve chez les groupes enfance et adolescence des pourcentages plus élevés de vols simples et de vols qualifiés (pour le groupe enfance seulement), mais moins de fraudes. La présence des types de délits ne permet pas de distinguer les groupes enfance et adolescence.

## Discussion

En cohérence avec les études recensées<sup>13-15,17-19</sup> et la typologie des débutants précoces et tardifs,<sup>12,13</sup> les résultats révèlent que le groupe adulte commet la moitié moins de délits violents et non violents, et qu'il est beaucoup moins à risque de présenter un trouble de l'usage de l'alcool et de drogues. Toutefois, les différences significatives entre les groupes enfance et adulte sont plus nombreuses et plus marquées que celles observées entre les groupes adolescence et adulte. Contrairement à ce qui était attendu, aucune différence significative n'a été notée entre les groupes enfance et adolescence.

Certaines limites de cette étude doivent être considérées. D'abord, les données criminelles provenant de la GRC peuvent être incomplètes (suspension de casier judiciaire, acte criminel sans accusation). Aussi, il n'a pas été possible de calculer un accord inter-juge pour l'évaluation des TMG. Ensuite, l'évaluation rétrospective de l'âge de survenue des comportements antisociaux est sujette à un biais de rappel.<sup>46</sup> Enfin, le devis de l'étude ne permet pas de connaître l'âge de début du TMG et donc de le situer par rapport au début des comportements antisociaux, ni de qualifier sa sévérité, facteurs qui devraient être pris en compte pour mieux comprendre l'hétérogénéité des comportements criminels chez les adultes atteints de TMG. Malgré tout, c'est, à notre connaissance, la première fois qu'une étude fait le lien entre la typologie des débutants précoces et tardifs<sup>12,13</sup> qui s'applique aux personnes atteintes de TMG et la précocité du

trouble des conduites en lien avec les modèles théoriques du développement des conduites antisociales.<sup>20,21,23,27-29,31</sup> Il s'agit d'une tentative originale pour expliquer l'hétérogénéité parmi le groupe de débutants précoces.

Enfin, les résultats suggèrent que la survenue de comportements antisociaux dès l'enfance pourrait être un facteur de risque de comportements criminels à l'âge adulte chez les personnes atteintes de TMG, et que l'âge de survenue des premiers comportements antisociaux devrait être pris en compte dans l'évaluation du risque et la prise en charge des personnes atteintes d'un TMG.

## Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: Cette étude a été rendue possible grâce au soutien financier du Fonds de la recherche en santé du Québec (# 014016 (1075)) et des Instituts de recherche en santé du Canada (# MT-14837).

## ORCID iD

Karine Forget, MD, FRCP(C)  <https://orcid.org/0000-0001-7281-2014>

## Notes

- i. Le pourcentage de refus inclut les refus directs, les abandons en cours d'évaluation, ceux qu'il n'a pas été possible de contacter et les patients pour qui les symptômes psychiatriques étaient trop sévères pour qu'ils puissent être rencontrés.
- ii. Le nombre de critères a été déterminé en s'appuyant sur la définition du trouble des conduites précoce du DSM.<sup>35,36</sup> Aussi, plusieurs chercheurs ont remis en question la validité discriminante du symptôme mentir du trouble des conduites.<sup>37-40</sup> Nous avons donc décidé de ne pas le considérer pour établir la précocité de ce dernier.

## Références

1. Arboleda-Flórez J. Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence. *Can J Psychiatry*. 1998; 43(10):989-996.
2. Combalbert N, Favard AM, Bouchard MA. Trouble mental et criminalité: revue critique des recherches épidémiologiques. *Ann Med Psychol*. 2001;159(7):487-495.
3. Côté G, Hodgins S. Les troubles mentaux et le comportement criminel. In: Dans: LeBlanc M, Ouimet M, Szabo D, éd. *Traité de criminologie* (3e éd). Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2003:501-546.
4. Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2009;135(5): 679-706.
5. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol*. 2005;163(10): 852-865.

6. Gottfried ED, Christopher SC. Mental disorders among criminal offenders: a review of the literature. *J Correct Health Care*. 2017;23(3):336-346.
7. Hodgins S. The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry*. 2001;24(4-5):427-446.
8. Skeem JL, Manchak S, Peterson JK. Correctional policy for offenders with mental illness: creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law Hum Behav*. 2011;35(2):110-126.
9. Ose SO, Lilleeng S, Pettersen I, Ruud T, van Weeghel J. Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census. *Nord J Psychiatry*. 2017;71(8):551-560.
10. Monahan J, Steadman HS, Silver E, et al. *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. New York: Oxford University Press; 2001.
11. Steadman HJ, Monahan J, Pinals DA, Vesselinov R, Robbins PC. Gun violence and victimization of strangers by persons with a mental illness: data from the MacArthur violence risk assessment Study. *Psychiatr Serv*. 2015;66(11):1238-1241.
12. Hodgins S, Janson CG. *Criminality and Violence among the Mentally Disordered: The Stockholm Metropolitan Project*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
13. Tengström A, Hodgins S, Kullgren G. Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early-versus-late starter offender typology. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):205-218.
14. Crocker AG, Martin MS, Leclair MC, Nicholls TL, Seto MC. Expanding the early and late starter model of criminal justice involvement for forensic mental health clients. *Law Hum Behav*. 2018;42(1):83-93.
15. Hodgins S, Côté G, Toupin J. Major mental disorder and crime: an etiologic hypothesis. In: Cooke D, Forth A, Hare RD, eds. *Psychopathy: theory, research and implications for society*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1998: 231-256.
16. Matejkowski J, Conrad A, Ostermann M. Does early onset of criminal behavior differentiate for whom serious mental illness has a direct or indirect effect on recidivism?. *Law Hum Behav*. 2017;41(1):68-79.
17. Pedersen L, Rasmussen K, Elsass P, Hougaard H. The importance of early anti-social behaviour among men with a schizophrenia spectrum disorder in a specialist forensic psychiatry hospital unit in Denmark. *Crim Behav Ment Health*. 2010; 20(4):295-304.
18. Hodgins S, Cree A, Alderton J, Mak T. From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychol Med*. 2008;38(7): 975-987.
19. Mathieu C, Côté G. A modelization of differences between early- and late- starter French-Canadian offenders. *Int J Forensic Ment Health*. 2009;8(5):25-32.
20. Farrington DP. Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. *Behav Sci Law*. 2000;18(5): 605-622.
21. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Situational and generalised conduct problems and later life outcomes: evidence from a New Zealand birth cohort. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(9):1084-1092.
22. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Factors associated with continuity and changes in disruptive behaviour patterns between childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 1996;25(1):65-81.
23. Lahey BB, Goodman SH, Waldman ID, et al. Relation of age of onset to the type and severity of child and adolescent conduct problems. *J Abnorm Child Psychol*. 1999;27(4):247-260.
24. Lahey BB, Loeber R, Burke JD, Applegate B. Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3): 389-399.
25. Loeber R, Burke JD. Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *J Res Adolesc*. 2011;21(1):34-46.
26. López-Romero L, Romero E, Andershed H. Conduct problems in childhood and adolescence: developmental trajectories, predictors and outcomes in a six-year follow up. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2015;46(5):762-773.
27. Moffitt TE, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Dev Psychopathol*. 2001;13(2): 355-375.
28. Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Silva P, Stanton W. Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problem in males: natural history from ages 3 to 18 years. *Dev Psychopathol*. 1996;8(2):399-424.
29. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ. Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Dev Psychopathol*. 2002; 14(1):179-207.
30. Odgers C, Moffitt TE, Broadbent JM, et al. Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. *Dev Psychopathol*. 2008;20(2):673-716.
31. Patterson GR, Forgatch MS, Yoerger KL, Stoomiller M. Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Dev Psychopathol*. 1998;10(3):531-547.
32. Renk K. Disorders of conduct in young children: developmental considerations, diagnoses and other characteristics. *Dev Rev*. 2008;28(3):316-341.
33. Rowe R, Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Psychol*. 2010;119(4):726-738.
34. Van Lier PAC, Wanner B, Vitaro F. Onset of antisocial behavior, affiliation with deviant friends, and childhood maladjustment: a test of the childhood-and adolescent-onset models. *Dev Psychopathol*. 2007;19(1):167-185.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4e éd, texte révisé. Washington: Author; 2000.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5e éd. Washington: Author; 2013.
37. Burns GL, Walsh JA, Patterson DR, Holte CS, Sommers-Flanagan R, Parker CM. Internal validity of the disruptive behaviour disorder symptoms: implications from parent ratings

- for a dimensional approach to symptom validity. *J Abnorm Child Psychol.* 1997;25(4):207-319.
38. Lapalme M., et Déry M. Nature et sévérité du trouble de l'opposition avec provocation et du trouble des conduites selon qu'ils surviennent ensemble ou séparément chez l'enfant. *Revue Canadienne de Psychiatrie.* 2009;54(9):605-613.
  39. Loeber R, Keenan K, Lahey BB, Green SM, Thomas C. Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 1993;21(4):377-410.
  40. Russo MF, Loeber R, Lahey BB, Keenan K. Oppositional defiant and conduct disorders: validation of the DSM-III-R and an alternative diagnostic option. *J Abnorm Child Psychol.* 1994;22:355-371.
  41. Côté G, Hodgins S. L'échelle de psychopathie de Hare - Révisée (PCL-R): Éléments de la validation française. Toronto: Multi-Health Systems; 1996.
  42. Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist: Revised.* Toronto: Multi-Health Systems; 1991.
  43. Hare RD. *Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed).* Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
  44. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams J, Benjamin W. *Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders: Clinical Version.* Toronto: Multi-Health Systems; 1997.
  45. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black W. *Multivariate Data Analysis (5th ed).* New Jersey: Prentice Hall; 1998.
  46. Menard S. *Longitudinal Research (2nd ed).* Thousand Oaks: Sage; 2002.