Profil et résultats des délinquants souffrant de TDAH
Amelia Usher
Lynn Stewart
Geoff Wilton
et
Alard Malek
Service correctionnel du Canada
Novembre 2010

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Colette Cousineau pour l'aide qu'elle a apportée en ce qui concerne les données du présent rapport et Dianne Zakaria pour les conseils utiles qu'elle a prodigués tout au long de l'analyse du projet. Nous aimerions aussi remercier Jenelle Power et Brian Grant pour leurs observations judicieuses sur les versions antérieures du rapport. Nous adressons des remerciements particuliers à l'équipe du Centre régional de réception et d'évaluation (CRRE) de la région du Pacifique qui a consciencieusement recueilli les données qui ont servi de base à l'étude.

Résumé

Mots clés : troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité; Échelle d'auto-évaluation des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte

Les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDAH) sont des troubles neurobiologiques qui se caractérisent par la difficulté d'une personne à se concentrer et à maîtriser son hyperactivité et son impulsivité. Diagnostiqués surtout pendant l'enfance et l'adolescence, les TDAH sont de plus en plus considérés comme des troubles qui se poursuivent aussi à l'âge adulte. Les TDAH sont associés à un certain nombre de comportements négatifs, dont l'agressivité, la criminalité, la toxicomanie et un faible niveau d'instruction, et l'on estime qu'ils sont plus fréquents chez les populations judiciarisées. À l'heure actuelle, il n'y a pas de données sur le niveau de TDAH chez les délinquants sous responsabilité fédérale, et l'on suppose que des taux élevés de TDAH occasionneraient des difficultés au SCC sur le plan de la gestion du comportement des détenus et de leur réinsertion sociale. Pour étudier les rapports entre les TDAH et un certain nombre de variables liées aux résultats correctionnels, l'Échelle d'auto-évaluation des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte (ASRS) a été administrée à un échantillon de détenus nouvellement admis au SCC.

Sur une période de 14 mois, 497 détenus ont rempli l'échelle ASRS au Centre régional de réception et d'évaluation (CRRE) de la région du Pacifique. Nous avons déterminé que 16,5 % répondaient aux critères cliniques des TDAH, tandis que chez 25 % de plus, ces troubles étaient modérés. Nous avons découvert un rapport important entre les TDAH et un certain nombre de variables démographiques et liées au profil. Les TDAH étaient associés à des antécédents de travail instables, à des troubles d'apprentissage, à un faible niveau d'instruction, à la toxicomanie, à des niveaux de risque et de besoin plus élevés et à d'autres problèmes de santé mentale. Nous avons aussi constaté que les TDAH permettaient de prédire l'inconduite en milieu carcéral; les détenus qui affichaient les niveaux les plus élevés de TDAH étaient 2,5 fois plus susceptibles d'être accusés de manquement à la discipline que ceux qui ne présentaient pas ces symptômes. De plus, les détenus qui enregistraient des niveaux élevés de TDAH obtenaient de piètres résultats après leur mise en liberté. Ils étaient plus susceptibles que les autres détenus d'être réincarcérés dans les six mois suivant leur libération.

La présente étude nous permet d'acquérir de nouvelles connaissances sur l'incidence des TDAH dans les populations judiciarisées. Le taux de troubles constatés dans le cadre de notre étude était beaucoup plus élevé que les taux de prévalence observés dans la population générale, mais il correspondait aux estimations d'autres administrations correctionnelles. Selon les résultats, les niveaux élevés de TDAH peuvent occasionner des difficultés au SCC sur le plan de la gestion du comportement des détenus tant en milieu carcéral et que lors de leur transition dans la collectivité. Un deuxième objectif de l'étude consistait à évaluer l'échelle ASRS comme outil de dépistage des TDAH chez les détenus. Selon les constatations, l'échelle ASRS est une brève mesure facile à administrer à l'admission pour identifier les détenus qui peuvent avoir besoin de services supplémentaires ou d'interventions adaptées en raison de ces troubles.

Table des matières

Remerciements	ii
Résumé	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Liste des annexes	vii
Introduction	1
Méthodologie	6
Participants	6
Mesures/matériel	9
Façon de procéder/approche analytique	11
Résultats	13
Prévalence des TDAH et confirmation des symptômes	13
Variables démographiques et profil	14
Achèvement des programmes	17
Comportement en milieu carcéral	18
Réincarcération	20
Co-occurrence des problèmes de toxicomanie et des TDAH	23
Analyse	25
Conclusions	28
Bibliographie	31
Annexes	35

Liste des tableaux

Tableau 1 Variables démographiques de l'échantillon de détenus du CRRE et celles des autres
nouveaux détenus du SCC7
Tableau 2 Profil de l'échantillon de détenus du CRRE et celui des autres nouveaux détenus
du SCC8
Tableau 3 Répartition des scores dans l'échelle ASRS ($N=497$) d'après deux méthodes de
cotation
Tableau 4 Répartition des scores de l'échelle ASRS selon le statut d'Autochtone
Tableau 5 Variables démographiques ventilées selon la cotation de l'échelle ASRS
Tableau 6 Intercorrélations entre le score de l'échelle ASRS et les variables du profil
${\it Tableau~7~Proportion~moyenne~de~programmes~termin\'es~regroup\'es~selon~le~niveau~de~TDAH~.~18}$
Tableau 8 Analyse de régression logistique des accusations d'infractions disciplinaires en
fonction du niveau de TDAH19
Tableau 9 Nombre de délinquants réincarcérés pour quelque raison que ce soit
Tableau 10 Nombre de délinquants réincarcérés par suite d'une infraction
Tableau 11 Estimations des troubles co-occurents au moyen des résultats de l'échelle ASRS et du
<i>QIT</i>

Liste des figures

Figure 1 Proportion de délinquants restant dans la collectivité selon la cotation de	
l'échelle ASRS	22
Figure A1 Proportion de délinquants demeurant dans la collectivité selon la cotation de	
l'échelle ASRS	42

Liste des annexes

Annexe A: Résultats	des analyses	effectuées au	moyen	de la	version	réduite à	à 6 é	éléments	de
l'échelle ASRS									35

Introduction

La gestion efficace et la réinsertion sociale des délinquants sous responsabilité fédérale constituent une priorité pour le Service correctionnel du Canada (SCC). L'évaluation exacte et la prise de mesures d'adaptation pour les détenus qui ont des besoins particuliers en raison de leurs problèmes psychologiques et d'apprentissage font partie intégrante de ce processus. On estime que les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDAH) sont plus fréquents chez les populations judiciarisées et sont associés à un comportement perturbateur, à l'agressivité, à la criminalité, à la toxicomanie, aux troubles de la personnalité antisociale et à d'autres troubles de la personnalité (Westmoreland et coll. [2010]; Gunter, Arndt, Riggins-Capsers, Wenman et Cadoret [2006]). Les taux élevés de TDAH chez les détenus sous responsabilité fédérale pourraient présenter des difficultés sur le plan de la gestion des comportements impulsifs et agressifs des détenus et de leur capacité réduite de participer pleinement aux programmes correctionnels et d'éducation.

Les TDAH sont des troubles neurobiologiques qui se caractérisent par la difficulté d'une personne à se concentrer et à maîtriser son hyperactivité et son impulsivité. Ils sont définis dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)* comme une tendance persistante à l'inattention et(ou) à l'hyperactivité-impulsivité qui se manifeste plus souvent et de façon plus aiguë que chez les individus d'un niveau de développement comparable (APA [2000], p. 85). Il s'agit de l'un des troubles psychiatriques diagnostiqués le plus souvent chez les enfants et les adolescents, et les symptômes continuent de se manifester à l'âge adulte chez beaucoup. Pour qu'on puisse poser un diagnostic clinique de TDAH de l'adulte, il faut que des symptômes actuels et persistants se soient manifestés pendant l'enfance (Pary et coll. [2004]; Wilens, Bierderman et Spencer [2002]). Des études récentes ont montré que même s'il doit y avoir des niveaux élevés de TDAH pour qu'un diagnostic clinique positif puisse être établi, des problèmes associés aux TDAH sont également évidents lorsque les niveaux de symptomologie sont plus bas. On peut donc en déduire que les troubles existent réellement dans un continuum, les symptômes graves se trouvant à l'extrémité supérieure du spectre (Levy, Hay, McStephen, Wood et Waldman [1997]; Lubke, Hudziak, Derks, van Bijsterveldt et Boomsa [2009]).

Même si l'on estime que les TDAH se retrouvent chez une partie importante des adultes, ce n'est que récemment qu'ils ont fait l'objet de recherches cliniques chez ce groupe (Kessler et

coll. [2006]; Pary et coll. [2004]). Selon des études épidémiologiques récentes, le taux de prévalence des TDAH dans la population générale adulte varie de 2 à 5 % (Faraone, Sergeant, Gillberg et Biederman [2003]; Kessler et coll. [2006]; Rosler et coll. [2004]; Simon, Czobor, Balint, Meszaros et Bitter [2009]). Les taux sont généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes; on estime qu'environ 5 % de la population masculine adulte souffre des TDAH comparativement à 3 % des femmes adultes (Kessler et coll. [2006]). Il n'y a pas à l'heure actuelle de données sur la prévalence des TDAH au sein de la population de délinquants du SCC; toutefois, d'après des études sur les délinquants dans d'autres pays, les taux de TDAH s'établissent entre 17 et 40 % (Eme [2009]; Eyeston et Howell [1994]; Rassmussen, Almvik et Levander [2001]; Retz et coll. [2004]; Westmoreland et coll. [2010]).

La plus forte prévalence des TDAH chez les délinquants peut s'expliquer par un certain nombre de raisons. Un lien théorique et empirique a été établi entre une faible maîtrise de soi et le comportement criminel. Selon la théorie de Gottfredson et de Hirschi [1990], l'incapacité d'inhiber les impulsions et un faible autocontrôle général débouchent sur le comportement criminel. Des études ultérieures ont confirmé que de faibles niveaux d'autocontrôle étaient des prédicteurs de divers comportements antisociaux et criminels (Longshore [1998]; Vazsonyi, Pickering, Junger et Hessing [2001]). Selon une méta-analyse réalisée par Pratt et Cullen [2000], un faible autocontrôle était, et cela de façon constante, l'un des corrélats les plus marqués de la criminalité, quelle que soit la méthode de mesure de l'autocontrôle. Des études mesurant spécifiquement les TDAH par rapport au comportement criminel ont produit des résultats semblables. Comme l'impulsivité et le faible niveau d'autocontrôle sont des symptômes des TDAH, il n'est pas étonnant qu'on ait établi un lien empirique avec la délinquance. Selon une méta-analyse récente, les TDAH constituent un important facteur de risque de criminalité, et les auteurs ont conclu qu'il y a une tendance générale dans la littérature corroborant l'incidence générale des TDAH sur le comportement criminel (Pratt, Cullen, Blevins et Unnever [2002]).

L'association étroite entre les TDAH et les troubles de la personnalité antisociale a aussi fait l'objet d'études (Westmoreland et coll. [2010]; Young et coll. [2009]). Selon Collins et White [2002], des études ont montré que les taux de troubles de la personnalité antisociale étaient dix fois plus élevés chez les adultes pour lesquels les TDAH avaient été diagnostiqués pendant leur enfance que dans des groupes témoins. Une étude effectuée en Islande permis de constater que les troubles de la personnalité antisociale sont les meilleurs prédicteurs des

symptômes actuels des TDAH chez des détenus (Einarsson, Sigurdsson, Gudjonsson, Newton et Bragason [2009]). De même, une étude prospective concernant 158 hommes a révélé que les sujets chez qui on avait diagnostiqué des TDAH pendant leur enfance étaient beaucoup plus susceptibles de souffrir de troubles de la personnalité antisociale à l'âge adulte (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy et LaPadula [1998]).

Des taux élevés de comorbidité psychiatrique ont également été relevés dans la documentation. Une étude réalisée en Allemagne auprès d'un échantillon de 70 adultes souffrant de TDAH a fait état de taux de comorbidité psychiatrique (77 %) significativement plus élevés que dans un groupe témoin. D'autres études ont confirmé ce taux élevé de comorbidité psychiatrique pendant la durée de vie (Biederman [2004]; Kessler et coll. [2006]). Des études auprès de délinquants ont également produit des résultats semblables. Ainsi, une étude concernant 319 délinquants choisis au hasard a relevé des taux de comorbidité psychiatrique plus élevés chez les délinquants souffrant de TDAH que dans un groupe témoin (Westmoreland et coll. [2010]). Les taux de comorbidité étaient les plus élevés dans le cas des troubles de l'humeur (87 %) et des troubles anxieux (68 %).

Des études ont généralement établi un lien entre les TDAH et la toxicomanie, mais il y a des constatations contradictoires. Selon Mannuzza et coll. [1998], des adultes chez qui on avait diagnostiqué des TDAH pendant leur enfance étaient plus susceptibles de souffrir de troubles liés à la consommation de substances non alcoolisées qu'un groupe témoin. De même, d'après Biederman, Wilens, Mick, Faraone et Spencer [1998], les adultes atteints de TDAH étaient deux fois plus susceptibles de souffrir de troubles liés à la consommation de substances psychoactives. Sullivan et Rudnik-Levin [2001] ont fait état du risque accru de dépendance à l'égard de la nicotine, de l'alcool et des drogues. Une étude récente menée auprès de délinquants n'a pas permis de relever de différence dans la consommation abusive de substances intoxicantes entre les délinquants atteints de TDAH et ceux qui ne l'étaient pas, même si ce résultat pourrait être attribuable au taux de prévalence généralement élevé de troubles liés à la consommation de substances intoxicantes chez les délinquants en général (Westmoreland et coll. [2010]).

Il n'y a guère de recherches sur les liens précis entre les TDAH à l'âge adulte et la récidive. Les études dans ce domaine ont surtout porté sur les jeunes délinquants et viennent généralement corroboré la conclusion selon laquelle les TDAH sont un facteur de risque de récidive chez les jeunes (Putnins [2005]). Toutefois, il y a lieu de penser que les TDAH sont un

prédicteur de la récidive seulement lorsqu'il y a de trouble des conduites (Soderstrom, Sjodin, Carlstedt et Forsman [2004]). Même si peu d'études ont été réalisées auprès de délinquants adultes, il est possible que les TDAH accroissent le risque de réincarcération, en particulier s'ils s'accompagnent de troubles de la personnalité antisociale.

De plus, on ne sait pas quelle incidence les TDAH pourraient avoir sur la participation aux programmes correctionnels. Aucune étude n'a porté jusqu'à maintenant sur les relations entre les TDAH et le degré de participation ou de réussite aux programmes correctionnels. D'après la corrélation établie dans la littérature entre les TDAH et les troubles d'apprentissage ainsi que le faible niveau d'instruction (Barkley [2002]; Einat et Einat [2008]; Loe et Feldman [2007]), on peut en déduire que les délinquants atteints de TDAH sont susceptibles d'abandonner les programmes et d'avoir de moins bons résultats sur le plan des traitements en raison de leurs difficultés d'apprentissage et de maintien de l'attention. Il y a cependant des données indiquant que les individus souffrant de TDAH réagissent bien aux interventions fondées sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (Safren et coll. [2004]). La majorité des programmes offerts par le SCC sont fondés sur le modèle cognitivo-comportemental.

Comme les taux de TDAH sont plus élevés chez les détenus, les TDAH pourraient présenter des difficultés pour le SCC sur le plan de la gestion et de la réadaptation des détenus. Bien qu'il ait été bien établi dans la littérature que les TDAH sont fréquents chez les populations correctionnelles, peu d'études ont porté sur l'influence des TDAH sur divers résultats correctionnels dans le cas des détenus adultes ainsi que leurs répercussions sur la gestion des établissements. Les détenus aux prises avec des TDAH peuvent avoir plus de difficulté à s'adapter aux contraintes de l'incarcération, à respecter les règles de l'établissement et à gérer leurs relations avec les autres détenus (Pratt et coll. [2002]). Selon une étude récente sur des délinquants incarcérés au R.-U., les TDAH ont un effet significatif sur le nombre total d'incidents critiques et sur la gravité des incidents qui se produisent dans une prison de l'Écosse (Young et coll. [2009]).

La présente étude examine les relations entre les TDAH et un certain nombre de résultats correctionnels, dont l'inconduite en milieu carcéral, le rendement dans les programmes correctionnels et la réincarcération des délinquants adultes. La documentation examinée jusqu'à maintenant nous amène à formuler l'hypothèse que les détenus qui ont de forts symptômes de TDAH auront de moins bons résultats au niveau de leur participation aux programmes et de

leur comportement en établissement ainsi que dans la collectivité lorsqu'ils seront remis en liberté. Il y a aussi lieu de penser que des symptômes élevés de TDAH pourraient être associés à certaines caractéristiques du profil comme l'âge (plus jeune), le niveau d'instruction (plus faible), les antécédents de travail (instables), la toxicomanie et la maladie mentale. De plus, nous présentons, dans notre rapport, les résultats de l'Échelle d'auto-évaluation des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte (ASRS) comme outil de dépistage des TDAH chez les détenus. Le taux de prévalence, le profil démographique et les résultats sont présentés d'après le niveau de confirmation des symptômes des TDAH. Nous y incluons également une analyse des scores recommandés de cet instrument.

Méthodologie

Participants

On a demandé aux détenus sous responsabilité fédérale nouvellement admis au Centre régional de réception et d'évaluation (CRRE) de la région du Pacifique au cours d'une période de 14 mois de participer à la présente étude. Au total, 527 détenus ont été invités à remplir l'échelle ASRS après avoir signé un formulaire de consentement. De ce nombre, 30 détenus ont refusé ou ont produit des résultats non valides. Par conséquent, entre 2006 et 2007, 497 détenus ont rempli l'échelle ASRS. L'âge moyen des participants de l'échantillon était de 34,67 ans (ET = 10,05). La durée moyenne de la peine des membres du groupe s'établissait à 3,35 ans (ET = 1,98).

En général, sur une période de 12 mois, le SCC accueille près de 5 000 nouveaux détenus. Les tableaux 1 et 2 présentent le profil des détenus évalués au CRRE comparativement à celui de tous les autres détenus nouvellement admis au SCC pendant la même période. Afin de déterminer si les détenus du CRRE faisant partie de l'échantillon de l'étude étaient représentatifs des détenus nouvellement admis à l'échelle nationale, nous avons comparé les profils démographiques des deux groupes. En général, il n'y avait pas de différences constantes entre les deux groupes d'après les variables clés des profils même si les membres de l'échantillon du CRRE avaient des besoins un peu plus marqués que les autres détenus du SCC ($\chi^2(2) = 11,21$, p< 0,01). De plus, le pourcentage de détenus autochtones dans l'échantillon du CRRE était légèrement plus élevé que dans le reste de la population admise au SCC ($\chi^2(1) = 4,45$, p < 0,05). Cela n'a vraiment rien d'étonnant puisque le CRRE se trouve dans la région du Pacifique, où il y a plus de détenus autochtones que dans les autres régions, sauf dans la région des Prairies.

Tableau 1 Variables démographiques de l'échantillon de détenus du CRRE et celles des autres nouveaux détenus du SCC

	Nouvelles admissions au CRRE %	Toutes les autres nouvelles admissions au SCC %
D		
Race	N = 524	N = 4.760
Non-Autochtone	78,8	82,6
Autochtone	21,2	17,4
État matrimonial	N = 504	N = 4 813
Célibataire	46,6	50,9
Union libre	33,3	30,7
Marié	7,7	7,7
Autre	12,3	10,7
Niveau d'instruction à la dernière admission	<i>N</i> = 457	<i>N</i> = 4 339
Inférieur à la 8 ^e année	16,2	25,1
8 ^e et 9 ^e année	20,8	27,3
10 ^e à 12 ^e année	32,6	24,7
Niveau secondaire ou supérieur	30,4	22,9
Antécédents de travail instables	N = 458	<i>N</i> = 4 631
Oui	69,9	61,2
Non	30,1	38,8
Infraction (grave) à l'origine de la peine en cours	<i>N</i> = 499	<i>N</i> = 4 750
Homicide	7,8	6,0
Infraction sexuelle	7,0	12,0
Vol qualifié	11,8	17,7
Voies de fait	11,8	13,5
Infraction liée à la drogue	18,0	22,6
Autre crime non violent	34,1	28,2
Durée de la peine	N = 504	<i>N</i> = 4 813
Moins de deux ans	0,6	1,3
Entre deux et cinq ans	80,4	81,3
Entre cinq et dix ans	12,9	12,7
Dix ans ou plus	2,0	1,6
Peine d'une durée indéterminée ¹	4,2	3,1

¹Comprend les peines d'emprisonnement à perpétuité

Tableau 2 Profil de l'échantillon de détenus du CRRE et celui des autres nouveaux détenus du SCC

	Nouvelles admissions au CRRE %	Toutes les autres nouvelles admissions au SCC %
Risque général	N = 459	N = 4674
Faible	13,5	15,9
Moyen	39,2	41,3
Élevé	47,3	42,8
Besoin général	N = 459	N = 4 674
Faible	7,6	9,8
Moyen	27,0	32,9
Élevé	65,4	57,3
Consommation d'alcool (ADS)	N = 490	N = 4483
Aucune	52,2	49,6
Faible	36,5	35,7
Modérée	4,9	8,2
Importante	4,3	4,4
Grave	2,0	2,1
Problèmes reliés à l'alcool (PRA)	N = 490	N = 4483
Non	62,0	57,6
Certains	13,9	14,8
Assez grand nombre	13,9	15,3
Beaucoup	10,2	12,4
Consommation de drogues (DAST)	N = 490	N = 4483
Aucune	26,3	33,3
Faible	20,8	22,1
Modérée	20,6	18,2
Importante	21,4	18,5
Grave	10,8	7,8

Mesures/matériel

Les données pour la présente étude proviennent du Système de gestion des délinquant(e)s (SGD), de l'Évaluation initiale des délinquants (EID) et de l'Échelle d'autoévaluation des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte (ASRS). Le SGD est une base de données automatisée qu'utilise le SCC pour gérer les renseignements sur les délinquants sous responsabilité fédérale. Des variables de risque ont été établies à partir de l'Évaluation initiale des délinquants (EID), qui est une évaluation exhaustive de tous les nouveaux détenus admis au SCC. Le volet Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques (IDAFD) de l'EID évalue une grande variété de facteurs de risque dynamiques regroupés dans sept domaines, chacun comprenant de multiples indicateurs. L'IDAFD évalue les niveaux de besoins pour chaque domaine ainsi qu'un niveau général des besoins dynamiques allant de faible à considérable (élevé). Le principal instrument utilisé pour l'évaluation du niveau de risque que présentent les détenus sous responsabilité fédérale est l'Échelle d'information statistique sur la récidive (Échelle d'ISR), qui est fondée sur les facteurs de risque statiques. Le score final fournit des estimations du risque, allant de très bon à très faible. En plus de cet instrument, l'Évaluation des facteurs statiques (EFS) produit des renseignements exhaustifs sur les antécédents criminels et les facteurs de risque de chaque détenu; un facteur de risque faible, moyen ou élevé est attribué aux détenus au moment de leur admission. La politique du SCC ne permet cependant pas d'utiliser l'Échelle d'ISR dans le cas des détenus autochtones. Par conséquent, pour la présente étude, en ce qui concerne les détenus autochtones, le risque est estimé au moyen de l'évaluation générale des risques statiques. En plus de l'évaluation des risques et des besoins, le SGD contient des données sur les progrès accomplis par les détenus dans leur plan correctionnel, dans leur participation aux programmes ou sur les accusations d'infractions disciplinaires portées contre eux ainsi que des renseignements généraux sur des facteurs comme l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction, l'état de santé mentale et les antécédents de travail. Si les détenus ont indiqué qu'ils éprouvaient des problèmes d'apprentissage à l'école ou si leur niveau d'instruction est très faible par rapport à leur fonctionnement cognitif, leur dossier en fera mention.

Le Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) est la partie de l'évaluation initiale qui porte sur l'usage abusif de substances intoxicantes et son rapport avec la criminalité. Cette méthode d'évaluation comprend les résultats de plusieurs mesures validées de l'usage

abusif de substances intoxicantes, y compris le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST) de 20 questions (Skinner [1982]), le Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS) (Skinner et Horn [1984]) et le Questionnaire sur les problèmes reliés à l'alcool (PRA) de 15 questions (Selzer [1981]). Le QIT utilise l'ADS, le DAST et le PRA pour établir des scores généraux sur l'abus de substances intoxicantes et formuler des recommandations en matière de programmes.

Le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) est un outil électronique national de dépistage psychologique utilisé pour repérer les détenus dont l'état requiert des services de santé mentale. Pour la présente étude, des scores de T-65 ou plus aux tests psychologiques effectués au moyen du SIDTMEI ont été considérés comme des indicateurs de problèmes d'ordre mental.

L'Échelle d'auto-évaluation des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte (ASRS)

L'Échelle d'auto-évaluation des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte (ASRS) a servi à mesurer les TDAH. L'échelle ASRS compte 18 éléments et sert à dépister les TDAH en fonction des critères du DSM-IV. Chaque élément est présenté sur une échelle en cinq points allant de « jamais » à « très souvent ». L'échelle ASRS a été conçue de concert avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui l'a incluse dans ses enquêtes mondiales sur la santé mentale (Kessler et coll. [2005]). La cohérence interne de cette mesure a été considérée comme élevée, les coefficients alpha de Cronbach variant de 0,88 à 0,89 (Adler et coll. [2006]). La validité convergente est également élevée, les corrélations étant de 0,84 entre l'échelle ASRS et d'autres échelles d'évaluation des TDAH, y compris l'échelle d'évaluation clinique semi-structurée des TDAH (TDAH-EE) et l'entrevue clinique semi-structurée pour les TDAH récents à l'âge adulte (Adler et coll. [2006]).

On peut utiliser la version intégrale de l'échelle ASRS ou une version réduite de 6 éléments. Selon les auteurs, les scores optimaux obtenus avec la version intégrale ou la version réduite de l'échelle ASRS sont la somme des réponses dichotomiques (Kessler et coll. [2005]). Dans ce cas, le terme dichotomique a trait à une méthode de notation selon laquelle chaque élément est évalué de telle sorte que pour obtenir une confirmation positive, il faut respecter un seuil (« parfois » ou « souvent ») selon le symptôme. D'après les données présentées par les

auteurs, la version réduite de 6 éléments est également valide et peut même produire de meilleurs résultats que la version intégrale (Kessler et coll. [2005, 2007]). Les deux méthodes d'évaluation ont été utilisées pour la présente étude. Les symptômes des TDAH ont été classés en quatre catégories (aucun, faible, modéré, élevé) d'après la stratification suggérée par Kessler et ses collaborateurs [2005]. Selon Kessler et ses collaborateurs, les participants dont la catégorie des symptômes était « élevé » étaient susceptibles de manifester les niveaux cliniques des TDAH.

Façon de procéder/approche analytique

Le personnel du service de psychologie du CRRE a administré l'échelle ASRS sous forme de test papier-crayon à tous les participants consentants. Les résultats ont été entrés dans une base de données par un membre de l'équipe de la santé mentale.

Les variables ont été classées dans deux domaines : profil et résultat. Les variables figurant dans la catégorie du profil étaient l'âge, la race, la durée de la peine, l'infraction à l'origine de la peine en cours, l'état matrimonial, le niveau d'instruction, les antécédents de travail, le risque, les besoins, les problèmes liés à l'alcool et aux drogues, la présence de troubles d'apprentissage, un groupe de l'échelle d'ISR et la présence de problèmes de santé mentale. Nous avons utilisé la méthode du khi carré et des corrélations de Spearman dans les variables du profil pour déterminer si elles étaient associées au niveau de confirmation des symptômes des TDAH.

Les variables figurant dans la catégorie des résultats comprenaient l'achèvement des programmes, le comportement en milieu carcéral, qui a été évalué par les accusations d'infractions disciplinaires portées et le temps passé en isolement, et enfin la réincarcération si le détenu avait bénéficié d'une mise en liberté. Des analyses de la variance ont servi à comparer la proportion de programmes terminés entre les groupes. Nous avons eu recours à une analyse de régression logistique pour déterminer si le niveau de TDAH permettait de prévoir les accusations d'infraction disciplinaire ou le placement en isolement. Une analyse de survie a permis de déterminer si les TDAH influaient sur le taux de réincarcération des délinquants après leur mise en liberté.

Pour tenir compte, dans la présente étude, des périodes différentes passées en milieu carcéral et dans la collectivité, des variables concernant la période d'incarcération et la période à risque ont été entrées comme covariables dans les analyses de régression logistique. La période

d'incarcération a été définie comme le nombre d'années que le détenu a passées en établissement, cette période commençant à la date d'admission au CRRE et se terminant à la date à laquelle les données ont été rassemblées (10 mai 2010) ou à la date de mise en liberté. Dans le cas des mises en liberté et des réincarcérations multiples pendant la période à l'étude, la date de mise en liberté la plus récente a été utilisée, et tout le temps passé à l'extérieur de l'établissement a été soustrait de la période d'incarcération. La période d'incarcération moyenne du groupe de l'échantillon était de 1,89 an (ET = 0.78, fourchette = 0.12 à 4.19).

La période à risque a été définie comme le nombre d'années que le délinquant a passées dans la collectivité après sa mise en liberté, cette période commençant à la date de la première mise en liberté (le cas échéant) et se terminant à la date du rassemblement des données ou à la première date à laquelle le délinquant a été réincarcéré. Les détenus qui n'ont pas été mis en liberté pendant la période examinée pour la présente étude n'ont pas été inclus dans les analyses de la période à risque. La période à risque moyenne pour le groupe de l'échantillon était de 1,09 an (ET = 0,80, fourchette = 0,04 à 3,42).

Résultats

La version intégrale de 18 éléments et la version réduite de 6 éléments de l'échelle ASRS ont été utilisées. En général, les résultats présentés dans notre rapport sont fondés sur les scores de la version intégrale. Cependant, comme l'ont noté les auteurs de l'échelle ASRS, la version réduite est aussi prédictive que la version intégrale et surclasse même cette dernière dans le cas de certaines variables (Kessler et coll. [2005]). Dans la présente étude, il y avait une forte corrélation entre les scores de la version réduite et ceux de la version intégrale (r = 0.89, p < 0.01). L'annexe A présente des résultats fondés sur la version réduite à 6 éléments. Un examen des mérites de la version intégrale et de la version réduite se trouve dans la section Analyse du présent rapport.

Prévalence des TDAH et confirmation des symptômes

Selon les résultats de la version intégrale de l'échelle ASRS, 16,5 % des détenus (n = 82) ont été classés dans la fourchette supérieure des TDAH, ce qui indique qu'ils satisfont aux critères cliniques de confirmation des symptômes de TDAH. Le tableau 3 montre la répartition des participants selon les cotes de l'échelle ASRS. Pour comparaison, les deux méthodes de cotation sont présentées. Les tableaux suivants présenteront les résultats pour la version intégrale seulement de l'échelle. Les résultats complets fondés sur la version réduite de 6 éléments figurent à l'annexe A.

Tableau 3 Répartition des scores dans l'échelle ASRS (N = 497) d'après deux méthodes de cotation

Méthode de cotation	Répartition	
	%(n)	
Cotation de l'échelle ASRS à 18 éléments (fourchette des scores)		
Aucun (0)	20,1 (100)	
Faible (1-3)	38,2 (190)	
Modéré (4-8)	25,2 (125)	
Élevé (9-18)	16,5 (82)	
Cotation de l'échelle ASRS à 6 éléments (fourchette des scores)		
Aucun (0)	33,4 (166)	
Faible (1)	21,1 (105)	
Modéré (2-3)	27,6 (137)	
Élevé (4-6)	17,9 (89)	

Variables démographiques et profil

On a comparé les participants pour un certain nombre de variables selon le niveau de TDAH. Aucun écart important n'a été observé dans le cas du statut d'Autochtone, de l'âge ou de la durée de la peine moyenne (voir les tableaux 4 et 5). En ce qui concerne l'état matrimonial, on peut constater une baisse sensible du nombre d'individus mariés dans le groupe pour lequel la cote de l'échelle ASRS est élevée. Cela est conforme à la littérature, qui indique que les individus souffrant de TDAH sont plus susceptibles d'être divorcés ou célibataires (Barkley [2002]; Murphy et Barkley [1996]).

Il y avait une corrélation entre le type d'infraction à l'origine de la peine en cours et la cote de l'échelle ASRS. Les détenus enregistrant des niveaux de TDAH élevés étaient plus susceptibles d'être en train de purger une peine pour vol qualifié ($\chi^2(3) = 10,01, p < 0,05$) que de l'être pour des infractions liées à la drogue ($\chi^2(3) = 25,93, p < 0,01$).

Tableau 4 Répartition des scores de l'échelle ASRS selon le statut d'Autochtone

	Non-Autochtone	Autochtone
	(N = 391)	(N = 103)
Cotation de l'échelle ASRS	% (n)	% (n)
Aucun	21,7 (85)	13,6 (14)
Faible	37,1 (145)	42,7 (44)
Modéré	24,8 (97)	27,2 (28)
Élevé	16,4 (64)	16,5 (17)

Tableau 5 Variables démographiques ventilées selon la cotation de l'échelle ASRS

		Cotation de	l'échelle ASRS	5
	Aucun	Faible	Modéré	Élevé
Variables démographiques	N = 100	<i>N</i> = 190	<i>N</i> = 125	N = 82
Âge moyen (en années)	33,98	35,37	34,83	33,33
Durée moyenne de la peine ¹ (en années)	3,59	3,47	3,16	3,11
État matrimonial (%(n))				
Célibataire, séparé				
ou divorcé	48,0 (48)	56,8 (108)	54,4 (68)	65,9 (54)
Marié ou en union libre	49,0 (49)	40,5 (77)	43,2 (54)	29,3 (24)
Infraction à l'origine de la peine en cours				
(%(n))				
Homicide	5,0 (5)	10,0 (19)	8,0 (10)	2,4 (2)
Infraction sexuelle	6,0 (6)	10,0 (19)	3,2 (4)	6,1 (5)
Vol qualifié	15,0 (15)	18,4 (35)	21,6 (27)	32,9 (27)
Voies de fait	12,0 (12)	10,5 (20)	14,4 (18)	11,0 (9)
Liée à la drogue	34,0 (34)	16,8 (32)	15,2 (19)	6,1 (5)
Autre crime non violent	27,0 (27)	32,6 (62)	36,8 (46)	41,5 (34)

¹Nota: L'analyse ne porte pas sur les peines d'une durée indéterminée.

Des corrélations de rangs de Spearman ont été établies pour les autres variables du profil. Il y avait une corrélation significative entre toutes les variables et le score de l'échelle ASRS. La matrice de corrélation pour ces variables figure au tableau 6. Les intercorrélations variaient de faibles à modérées, ce qui indique qu'une partie de l'écart pour ces variables était attribuable aux TDAH. Comme on s'y attendait, il y avait une corrélation significative entre les niveaux élevés de TDAH et les antécédents de travail instables, un faible niveau d'instruction et la présence de troubles d'apprentissage. Les détenus qui avaient des niveaux élevés de TDAH étaient également plus susceptibles d'éprouver des problèmes de toxicomanie et d'être considérés comme présentant un risque élevé et ayant de grands besoins. De plus, selon l'hypothèse, il y avait une forte corrélation entre les TDAH et d'autres troubles mentaux, ce qui est conforme à la littérature sur la comorbidité psychiatrique des TDAH.

Tableau 6 Intercorrélations entre le score de l'échelle ASRS et les variables du profil

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Score de l'échelle ASRS		,13**	,16**	-,15**	,16**	,16**	,24**	,12**	,17**	-,23**	.54**
2. Antécédents de travail instables ^a			,20**	-,22**	,06	,07	,34**	,35**	,43**	-,54**	,13**
3. Troubles d'appre	nti	ssage b		-,36**	,09	,09	,08	,10*	,21**	-,12*	,12*
4. Niveau d'instruct	tior	n ^c			-,16**	-,18**	-,12*	-,24**	-,28**	,24**	-,07
5. Problèmes reliés l'alcool(PRA)	à					,76**	,20**	,11*	,18**	,01	,18**
6. Consommation d (ADS)	al'al	cool					,16**	,10*	,14**	,05	,19**
7. Consommation d (DAST)	le d	rogues						,26**	,35**	-,43**	,19**
8. Risque général									,65**	-,52**	,11*
9. Besoin général										-,54**	,15**
10. Groupe de l'éch	elle	e d'ISR									-,11*
11. Troubles mentar	ux ^d										

Nota: *p < .05. **p < .01. ^aMesurés par un indicateur du domaine des besoins en matière d'emploi. ^bÉvalués d'après la présence d'un indicateur de troubles d'apprentissage dans le dossier du détenu. ^cÉvalué d'après le niveau d'instruction à l'admission. ^dD'après les scores dans le SIDTMEI \ge T65.

Achèvement des programmes

En plus des relations entre les TDAH et les variables du profil présentées ci-dessus, les effets des TDAH sur les programmes correctionnels, le comportement en établissement et le succès après la mise en liberté ont été examinés. Étant donné les relations établies entre les TDAH et le faible niveau d'instruction, nous avons émis l'hypothèse que les TDAH auraient une incidence sur la capacité des détenus de participer aux programmes et de les terminer avec succès.

Pour examiner ces effets, nous avons comparé la proportion des programmes terminés à la cotation de l'échelle ASRS (voir le tableau 7). Une analyse de la variance a été effectuée pour comparer la proportion moyenne de programmes terminés entre les niveaux de TDAH. Même si l'analyse de la variance était significative (F(3) = 3,12, p = 0,03), un test *a posteriori* Tukey-Kramer n'a révélé aucun écart significatif entre les groupes. Cela donne à penser que même si le groupe « faible » de TDAH semble compter une proportion plus forte de programmes terminés que les autres groupes, cet écart n'est pas susceptible de s'appliquer à la population carcérale générale. La valeur de l'effet calculée pour l'analyse de la variance générale est faible, ce qui donne à penser également que cet écart n'est pas significatif ($\Omega^2 = 0,02$). Cela indique que les détenus souffrant de TDAH importants sont aussi susceptibles de terminer leurs programmes correctionnels que ceux qui manifestent moins de symptômes de TDAH.

Afin d'examiner davantage l'effet des TDAH sur l'achèvement des programmes, nous avons effectué des analyses distinctes pour les deux évaluations différentes de l'achèvement des programmes par les détenus : « programmes terminés avec succès » et « a participé à toutes les séances ». L'achèvement avec succès d'un programme est noté par l'intervenant de programme lorsqu'un résultat positif du traitement est évident. Quand un détenu termine un programme, mais qu'un résultat positif du traitement n'est pas évident, il est indiqué au dossier qu'il a « participé à toutes les séances ». Selon les analyses de la variance, il n'y avait pas d'écarts significatifs d'un groupe de TDAH à l'autre (programmes terminés avec succès : F(3) = 1,60, p = 0,19; a participé à toutes les séances : F(3) = 0,76, p = 0,52). Par conséquent, contrairement à notre hypothèse, les détenus qui avaient des niveaux élevés de TDAH ont terminé la même proportion de programmes que ceux dont les niveaux de TDAH étaient faibles ou nuls.

Tableau 7 Proportion moyenne de programmes terminés regroupés selon le niveau de TDAH

	Cotation de l'échelle ASRS					
	Aucun	Faible	Modéré	Élevé		
	$N^1 = 64$	N = 133	N = 102	<i>N</i> = 65		
Proportion de programmes terminés avec succès	78,2 %	85,4 %	77,2 %	75,6 %		
Proportion de cas « a participé à toutes les séances »	1,6 %	4,9 %	2,5 %	3,1 %		
Proportion totale de programmes terminés	80,1 %	90,3 %	79,6 %	78,7 %		

¹Nota :: N désigne le nombre de détenus qui étaient inscrits à un ou plusieurs programmes.

Comportement en milieu carcéral

Les accusations d'infractions disciplinaires et le placement en isolement ont été utilisés pour mesurer le comportement en milieu carcéral. Les accusations d'infractions disciplinaires comprenaient les accusations graves et mineures, tandis que le placement en isolement comprenait les transfèrements sollicités ou imposés. Les infractions disciplinaires mineures s'entendent de tout comportement négatif ou non productif qui est contraire aux règlements de l'établissement et peuvent comprendre la désobéissance aux ordres ou le fait de manquer de respect au personnel. Les infractions disciplinaires graves comprennent les manquements aux règles de la sécurité, les actes violents ou préjudiciables et la violation répétée des règles. Les voies de fait à l'endroit d'un autre détenu ou du personnel et la possession d'objets non autorisés sont des exemples d'infractions graves. Les détenus peuvent demander d'être placés en isolement s'ils estiment être en danger dans la population générale. L'isolement imposé est celui qui est prescrit à la suite de comportements qui menacent la sécurité des autres détenus ou du personnel.

La majorité des détenus de l'échantillon avaient fait l'objet d'au moins une accusation d'infraction disciplinaire pendant leur peine en cours (64 %, n = 319) et 40 % (n = 200) avaient été placés en isolement au moins une fois. Pour examiner l'effet des TDAH sur le comportement

en milieu carcéral, nous avons procédé à des analyses de régression logistique pour déterminer si la cotation de l'échelle ASRS permettait de prédire les accusations d'infractions disciplinaires ou le placement en isolement.

La cote « aucun » de l'échelle ASRS a servi de groupe de référence dans le modèle de régression logistique; elle a été utilisée comme point de référence auquel les autres catégories de l'échelle ASRS ont été comparées. La variable de la période d'incarcération a été incluse dans le modèle pour tenir compte des différentes périodes d'incarcération de chaque participant. Selon les résultats de l'analyse, les TDAH étaient un prédicteur significatif des accusations d'infractions disciplinaires après la prise en compte de la période d'incarcération (voir le tableau 8). La comparaison de toutes les cotes de l'échelle ASRS au groupe « aucun » révèle que les détenus affichant des niveaux modérés de TDAH étaient 1,8 fois plus susceptibles de faire l'objet d'une accusation d'infraction disciplinaire que ceux qui n'avaient pas de symptômes de TDAH. Encore plus frappant, les détenus enregistrant des niveaux cliniques de symptômes de TDAH étaient 2,5 fois plus susceptibles de faire l'objet d'une accusation d'infraction disciplinaire que ceux qui ne manifestaient pas de symptômes.

Tableau 8 Analyse de régression logistique des accusations d'infractions disciplinaires en fonction du niveau de TDAH

				Intervalles de confiance de 95 %		
Variables	B	Wald \Box^2	R. C.	Inférieur	Supérieur	
Période d'incarcération	0,69	27,47**	2,0	1,54	2,59	
Cote de l'échelle ASRS Aucun c. faible	0,21	0,67	1,24	0,74	2,06	
Cote de l'échelle ASRS Aucun c. modéré	0,59	4,28*	1,81	1,03	3,2	
Cote de l'échelle ASRS Aucun c. élevé	0,69	7,15**	2,5	1,27	4,73	

Nota: *p < 0.05 **p < 0.01

Nous avons effectué une deuxième analyse de régression logistique pour déterminer si les TDAH permettaient de prédire le placement en isolement durant la peine en cours. Les placements en isolement sollicités ou imposés ont été analysés séparément, puis combinés en une catégorie. La période d'incarcération a été incluse dans l'analyse pour tenir compte du temps passé dans l'établissement. Les TDAH n'ont pas augmenté de façon significative la possibilité de placement en isolement pour quelque raison que ce soit (B = 0.04, Wald $\chi^2 = 0.20$, R. C. = 1.04, limite de confiance inférieure = 0.867, limite de confiance supérieure = 1.26, p = 0.65). Les analyses distinctes du placement en isolement sollicité et du placement en isolement imposé n'étaient pas non plus significatives.

Réincarcération

Pour examiner l'effet des TDAH sur les résultats après la mise en liberté, nous avons suivi les délinquants trois mois, six mois et un an après leur mise en liberté. Nous avons utilisé la méthode du khi carré pour déterminer si ceux qui avaient des niveaux élevés de TDAH étaient réincarcérés en plus grand nombre que les délinquants dont les niveaux de TDAH étaient faibles. Le nombre total de délinquants réincarcérés pour quelque raison que ce soit a été comparé au nombre de délinquants demeurés dans la collectivité. Nous avons observé une assez forte tendance à la hausse selon la cotation de l'échelle ASRS (voir le tableau 9). Par exemple, six mois après la mise en liberté, 38 % des délinquants manifestant des niveaux élevés de symptômes de TDAH avaient été réincarcérés comparativement à environ 20 % des délinquants des groupes de TDAH « aucun » et « faible ». Un an après la mise en liberté, 47 % des délinquants du groupe « élevé » de TDAH avaient été réincarcérés contre environ 30 % des délinquants des groupes « aucun » et « faible ». Ces différences étaient significatives (6 mois : $\chi^2(3) = 14,59$, p < 0,01; 1 an : $\chi^2(3) = 9,28$, p < 0,05). Une tendance semblable a été observée dans les trois mois suivant la mise en liberté, mais la différence entre les groupes de TDAH n'était pas significative ($\chi^2(3) = 5,98$, p = 0,11).

Le tableau 10 présente le nombre de délinquants réincarcérés par suite d'une infraction. Tout comme dans le cas des réincarcérations pour quelque raison que ce soit, les délinquants affichant des niveaux élevés de TDAH semblent plus susceptibles d'être réincarcérés par suite d'une infraction. Dans l'année qui a suivi la mise en liberté, cette différence était significative

 $(\chi^2(3) = 10,14, p < 0,05)$. Des tendances semblables sont observées trois et six mois après la mise en liberté; toutefois, elles ne sont pas significatives (3 mois : la fréquence est trop faible pour permettre de calculer le khi carré; 6 mois $(\chi^2(3) = 4,37, p = 0,22)$.

Tableau 9 Nombre de délinquants réincarcérés pour quelque raison que ce soit

	Cotation de l'échelle ASRS			
_	Aucun	Faible	Modéré	Élevé
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Réincarcération dans les 3 mois	$N^1 = 95$	N = 184	N = 120	<i>N</i> = 76
	3,2 (3)	2,2 (4)	8,3 (10)	7,9 (6)
Réincarcération dans les 6 mois	N = 93	N = 178	<i>N</i> = 116	<i>N</i> = 73
	19,4 (18)	15,7 (28)	28,4 (33)	35,6 (26)
Réincarcération dans les 12	<i>N</i> = 83	<i>N</i> = 158	N = 104	<i>N</i> = 66
mois	30,1 (25)	31,0 (49)	44,2 (46)	47,0 (31)

¹*Nota* : *N* désigne le nombre de délinquants qui ont été mis en liberté au moins 3 mois, 6 mois et 1 an (respectivement) avant la date d'extraction des données.

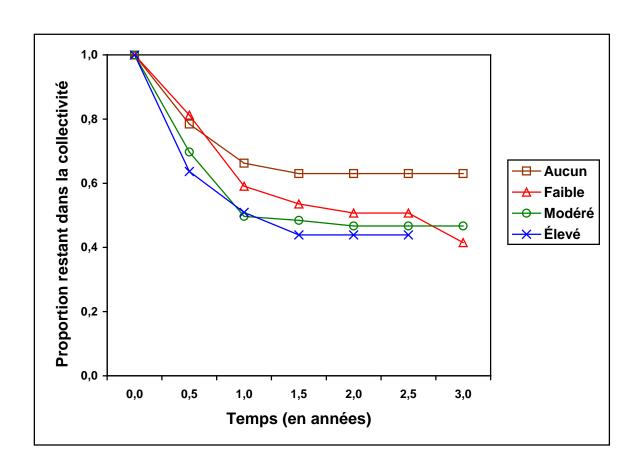
Tableau 10 Nombre de délinquants réincarcérés par suite d'une infraction

	Cotation de l'échelle ASRS			
·	Aucun	Faible	Modéré	Élevé
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Réincarcération dans les 3 mois	$N^1 = 95$	N = 184	N = 120	N = 76
	0 (0)	0 (0)	0,8 (1)	6,6 (5)
Réincarcération dans les 6 mois	N = 93	<i>N</i> = 178	<i>N</i> = 116	<i>N</i> = 73
	4,3 (4)	4,5 (8)	4,3 (5)	13,7 (10)
Réincarcération dans les 12 mois	<i>N</i> = 83	<i>N</i> = 158	<i>N</i> = 104	<i>N</i> = 66
	9,6 (8)	12,0 (19)	5,8 (6)	19,7 (13)

¹ Nota: N désigne le nombre de délinquants qui ont été mis en liberté au moins 3 mois, 6 mois et 1 an (respectivement) avant la date d'extraction des données.

Une analyse de survie a été effectuée pour déterminer s'il y avait une corrélation entre le niveau de TDAH et le taux de réincarcération des délinquants. La période d'échec (c.-à-d. la réincarcération) a été stratifiée selon la cotation de l'échelle ASRS. Les constatations ont confirmé une tendance générale importante à la réincarcération plus rapide au fur et à mesure qu'augmentait le niveau de TDAH (voir la figure 1). La comparaison de l'écart entre chaque courbe de survie a révélé des écarts significatifs entre les groupes « aucun » et « élevé » $(\chi^2(3) = 5,72, p < 0,05)$ et les groupes « aucun » et « modéré » $(\chi^2(3) = 4,38, p < 0,05)$. D'après ces résultats, il semblerait que des niveaux élevés de TDAH augmentent sensiblement la probabilité de réincarcération et raccourcissent la période qui la précède.

Figure 1. Proportion de délinquants restant dans la collectivité, selon la cotation de l'échelle ASRS



Co-occurrence des problèmes de toxicomanie et des TDAH

Nous avons analysé la co-occurrence des troubles liés à la toxicomanie et des TDAH en évaluant le pourcentage des répondants qui se sont classés dans la fourchette supérieure de l'échelle ASRS et qui ont également obtenu des scores élevés pour les mesures d'abus d'alcool ou d'autres drogues. Les données des questionnaires ADS, DAST et PRA et des sous-échelles du QIT ont été obtenues à partir de la base de données sur l'EID. Nous avons effectué une analyse des troubles co-occurrents en incluant les participants ayant obtenu des scores dans les questionnaires ADS, DAST et PRA à des niveaux indiquant des niveaux de toxicomanie allant d'importants à graves. Une deuxième analyse a permis de déterminer les taux de troubles co-occurrents au moyen d'une formule plus libérale selon laquelle les critères de troubles liés à l'abus de substances intoxicantes étaient des cotes d'au moins « modéré » dans les questionnaires ADS et DAST ou « certains problèmes » dans le questionnaire PRA.

Le tableau 10 présente les résultats obtenus selon les divers questionnaires sur la toxicomanie ainsi qu'une analyse générale selon laquelle un résultat positif à l'un des trois questionnaires sur la toxicomanie est considéré comme une indication d'un trouble lié à l'abus de substances intoxicantes. Une estimation rigoureuse du taux de troubles liés à la toxicomanie et un score élevé dans l'échelle ASRS produisent une estimation des troubles co-occurrents d'environ 63 %. Ce taux atteint 78 % lorsqu'on utilise un seuil de démarcation plus libéral pour un trouble lié à la toxicomanie. Le taux de problèmes liés à la toxicomanie chez les détenus considérés comme souffrant de TDAH selon l'échelle ASRS est beaucoup plus élevé que chez ceux qui n'ont pas été dépistés en fonction des critères prudents ($\chi^2(1) = 20,32, p < 0,01$) ou libéraux pour un diagnostic d'abus de substances intoxicantes ($\chi^2(1) = 14,17, p < 0,01$).

Tableau 11 Estimations des troubles co-occurents au moyen des résultats de l'échelle ASRS et du QIT

	Aucun TDAH	TDAH élevés
	N = 100	N = 82
Variable du QIT	% (n)	% (n)
ADS		
Important à grave	2,0 (2)	7,3 (6)
Modéré à grave	6,0 (6)	13,4 (11)
DAST		
Important à grave	22,0 (22)	50,0 (41)
Modéré à grave	40,0 (40)	73,2 (60)
PRA		
Assez à beaucoup	16,0 (16)	31,7 (26)
Certain à beaucoup	28,0 (28)	46,3 (38)
ADS, DAST ou PRA		
Important à grave	30,0 (30)	63,4 (52)
Modéré à grave	51,0 (51)	78,0 (64)

Analyse

La présente étude visait à créer un profil des détenus souffrant de TDAH et à examiner l'incidence que ces troubles pourraient avoir sur leur comportement en milieu carcéral, sur leur participation aux programmes et sur leur succès après leur mise en liberté. Comme nous l'avions supposé, les résultats indiquent qu'il existe une corrélation significative entre les TDAH et un certain nombre de variables et de résultats importants ayant trait aux services correctionnels.

En ce qui concerne la prévalence, 16,5 % des membres de l'échantillon ont obtenu des scores dans l'échelle ASRS qui correspondaient aux critères cliniques des TDAH. Ce taux est beaucoup plus élevé que les taux observés dans la population adulte générale. La littérature sur la prévalence des TDAH chez les adultes incarcérés n'est pas uniforme, car on y trouve une gamme étendue de taux de prévalence, peut-être en raison des divers instruments et scores de démarcation utilisés pour mesurer la présence des troubles. Le taux constaté dans la présente étude est conforme aux estimations à l'extrémité inférieure de ce spectre (Eme [2009]; Retz et coll. [2007]). Néanmoins, il en résulte que de 1 à 6 détenus sous responsabilité fédérale environ présentent un grand nombre de symptômes de TDAH. Cela a des répercussions sur la gestion de ces détenus et leurs perspectives de succès après leur mise en liberté.

Selon le profil des détenus qui ont des niveaux élevés de symptômes de TDAH, ces détenus étaient plus susceptibles d'avoir un niveau d'instruction plus faible, des antécédents de travail plus instables et des troubles d'apprentissage plus grands que les détenus manifestant peu de symptômes de TDAH ou pas du tout. Les associations étaient ténues, mais la tendance était persistante, ce qui donne à penser que les TDAH contribuent, probablement avec d'autres facteurs, aux problèmes qui ont une incidence sur la réinsertion sociale.

L'examen des relations entre le niveau de TDAH et les infractions commises a révélé que les détenus dont les niveaux de TDAH étaient élevés étaient plus susceptibles d'être incarcérés pour vol qualifié que ceux qui ne souffraient pas de TDAH. Étant donné la nature impulsive de la plupart des vols qualifiés, ce résultat n'est pas surprenant. Les détenus ayant des niveaux élevés de TDAH étaient moins susceptibles d'être reconnus coupables d'infractions liées à la drogue. Cela tient peut-être au fait que les infractions en matière de drogue qui font l'objet d'une peine de ressort fédéral comprennent le trafic et l'exportation, infractions qui exigent un certain degré

de planification. De plus, les détenus à hauts niveaux de TDAH étaient plus susceptibles d'éprouver des problèmes de toxicomanie et d'autres problèmes de santé mentale, ce qui est conforme à la littérature qui fait état d'une relation entre les TDAH et la toxicomanie ainsi que la comorbidité psychiatrique.

Comme nous l'avions supposé, les TDAH étaient associés à une probabilité accrue d'accusation d'infraction disciplinaire pendant l'incarcération, les détenus qui affichaient le niveau de TDAH le plus élevé étant 2,5 fois plus susceptibles de faire l'objet d'une accusation d'infraction disciplinaire. Même des niveaux modérés de TDAH étaient des prédicteurs significatifs. Cela signifie que la gestion du comportement est plus difficile dans le cas des détenus qui sont très impulsifs et inattentifs. Fait intéressant, ces traits de comportement n'étaient pas associés à une probabilité accrue de placement en isolement. Ces résultats donnent à penser que le personnel correctionnel peut s'attendre à une hausse possible des problèmes de gestion du comportement chez ces détenus.

Contrairement aux prévisions, les TDAH n'avaient pas d'incidence importante sur l'achèvement des programmes. Les détenus ayant des niveaux élevés de TDAH avaient autant de chances que les autres détenus de terminer avec succès leurs programmes correctionnels. Cette constatation est quelque peu contraire à notre intuition première, car nous avons constaté que ces mêmes détenus avaient des niveaux d'instruction plus bas et présentaient un risque plus élevé de troubles d'apprentissage. Le fait qu'ils réussissaient aussi bien que ceux qui ne souffraient pas de TDAH à poursuivre les programmes peut s'expliquer par les mesures d'adaptation déjà mises en place par de nombreux intervenants de programme du SCC. En fait, les TDAH ont été reconnus par le SCC comme un besoin spécial en ce qui concerne les programmes. À cette fin, les intervenants reçoivent des renseignements sur les mesures d'adaptation recommandées pour les détenus qui peuvent manifester des symptômes semblables à ceux des TDAH dans le Portail sur la réceptivité, un guide de ressources en ligne contenant des liens avec des sources de renseignements plus approfondis. Il est possible que même si aucun dépistage officiel des TDAH n'a encore eu lieu, les intervenants de programme offrent déjà des mesures d'adaptation appropriées aux détenus qui ont besoin d'un soutien supplémentaire.

Une autre constatation importante était l'incidence des TDAH sur la réincarcération. Six mois après leur mise en liberté, les délinquants ayant des niveaux élevés de TDAH avaient été réincarcérés en plus grand nombre que ceux qui avaient des niveaux plus faibles de TDAH. Cet

écart est demeuré significatif un an après la mise en liberté. Cela signifie que les délinquants souffrant de TDAH sont susceptibles d'être réincarcérés et cela, plus rapidement que ceux qui ne sont pas atteints de TDAH, ce qui a été confirmé par l'analyse de survie. Étant donné que le taux de réincarcération des délinquants souffrant de TDAH est plus élevé que celui des délinquants qui n'en sont pas atteints, il serait avantageux pour le SCC de pouvoir considérer les TDAH comme un facteur de risque accru de réincarcération. Le dépistage des détenus plus susceptibles de récidiver en raison de problèmes d'impulsivité et d'inattention peut permettre aux agents de libération conditionnelle, aux éducateurs correctionnels, aux instructeurs d'atelier et aux agents de programme de faciliter le processus de réinsertion sociale grâce à des stratégies d'encadrement ciblées. Il a été montré que ces stratégies sont efficaces pour atténuer les effets les plus importants des TDAH (Solanto, Marks, Mitchell, Wasserstein et Kofman [2008]). Ces interventions portent sur la maîtrise de soi, la résolution de problèmes, l'établissement d'objectifs et le discours intérieur guidé, qui figurent tous dans les programmes correctionnels actuels du SCC et qui peuvent être incorporés dans les séances individuelles de counseling ou d'éducation.

Un deuxième objectif de l'étude consistait à déterminer l'utilité du dépistage des TDAH au moment de l'admission au SCC et à voir si l'échelle ASRS serait un instrument approprié pour ce dépistage. Selon les résultats de l'étude, les TDAH ont une incidence sur le succès de la mise en liberté et ont des répercussions sur la gestion des détenus en milieu carcéral. Bien que le rapport entre les TDAH et la délinquance et le crime ne soit pas élevé, le fait de savoir que certains détenus souffrent de ces troubles est un élément d'information supplémentaire pour le SCC à qui est dévolue la tâche complexe de gérer les cas des détenus sous sa responsabilité. Même si les détenus souffrant de niveaux élevés de TDAH réussissaient aussi bien à terminer les programmes que ceux qui avaient peu de symptômes ou pas du tout, l'étude n'a pas permis d'évaluer les progrès réels des détenus en traitement ou leurs résultats par suite de leur participation aux programmes. Nous savons que ceux qui avaient des niveaux élevés de TDAH avaient à leur dossier plus d'inconduites en établissement et étaient plus susceptibles d'être réincarcérés après leur mise en liberté. Cela donne à penser que même si les intervenants de programme peuvent actuellement répondre aux besoins des détenus qui ont des problèmes d'impulsivité et d'attention, c'est-à-dire les amener à ne pas abandonner les programmes plus que les autres détenus, les résultats obtenus par ces détenus demeurent inférieurs à ceux qui ne

souffrent pas de TDAH. Selon les données, il vaudrait la peine de dépister ces troubles afin d'offrir des services d'adaptation appropriés à ceux qui ont besoin d'un soutien supplémentaire, en particulier ceux qui peuvent souffrir de TDAH combinés à d'autres problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Si des renseignements sur le niveau des symptômes de TDAH des détenus pouvaient être fournis aux intervenants de programme, aux éducateurs et aux membres des équipes de gestion des cas au moyen des rapports du SIDTMEI, un plan correctionnel et des stratégies d'intervention plus ciblés pourraient être établis. Selon les lignes directrices actuelles sur l'utilisation des données du SIDTMEI, les résultats de celui-ci devraient figurer dans les rapports des psychologues et être accessibles à ceux qui travaillent avec les détenus selon le principe du « besoin de savoir »¹.

L'échelle ASRS est une mesure brève et facile à administrer qui a été utilisée dans des études internationales des TDAH. Il faudrait effectuer d'autres études pour en valider l'utilité dans le cas des détenus du SCC (y compris les femmes). Toutefois, comme il s'agit d'un outil de dépistage, elle pourrait enrichir la batterie du Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI). La facilité de son utilisation rend l'échelle ASRS utile à cette fin, d'autant plus qu'elle peut être utilisée dans sa version intégrale ou sa version réduite (6 éléments). D'après les résultats de l'étude actuelle, il y a une forte corrélation entre la version intégrale et la version réduite. De plus, les résultats de nos analyses n'ont pas varié lorsque nous avons utilisé la version réduite plutôt que la version intégrale (voir l'annexe A). Selon la situation, il pourrait être avantageux d'utiliser la version réduite si la période d'administration constitue une préoccupation.

Conclusions

D'un point de vue opérationnel, ces résultats indiquent que les détenus ayant des niveaux élevés de symptômes de TDAH constituent un défi en ce qui concerne leur gestion dans les établissements et leur succès après leur mise en liberté. D'un point de vue pratique, il serait avantageux d'examiner les symptômes de l'impulsivité et de l'inattention, qui sont les caractéristiques de ces troubles, afin d'aider ces détenus à s'adapter au milieu carcéral et à effectuer une transition plus réussie dans la collectivité. À l'heure actuelle, les programmes correctionnels au SCC s'appuient sur un modèle de traitement qui permet de tenir compte des

_

¹ Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale, Lignes directrices nationales, Direction de la santé mentale (non daté).

symptômes de TDAH. Même s'il n'y a aucune intervention particulière pour les TDAH, le Portail sur la réceptivité ² conçu dans le cadre des programmes de réinsertion sociale contient une description des stratégies d'intervention fondées sur l'expérience clinique à utiliser dans le cas des individus souffrant de TDAH.

En ce qui concerne la mesure des TDAH, l'échelle ASRS est une méthode rapide qui s'est révélée être une mesure valide des troubles et qui pourrait facilement être incorporée dans le système de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale déjà en place (c.-à-d. SIDTMEI). Au moyen des rapports du SIDTMEI, les résultats du dépistage des TDAH pourraient être transmis à l'équipe de gestion des cas, aux professionnels de la santé mentale et aux intervenants qui travaillent avec les détenus qui sont en mesure de fournir le soutien spécialisé nécessaire.

Selon des estimations préliminaires des taux de co-occurrence des TDAH et de la toxicomanie, il y a un lien étroit entre ces deux phénomènes, ce qui vient confirmer les constatations des recherches sur les taux élevés de comorbidité avec divers diagnostics psychiatriques. Des études futures devraient porter sur la mesure dans laquelle la co-occurrence des problèmes de toxicomanie et de santé mentale pourrait nuire à la réadaptation des détenus souffrant de TDAH, et permettre de trouver des façons d'aider ces détenus et d'atténuer l'incidence de ces troubles.

Enfin, il faut souligner que la situation des détenus atteints de symptômes importants de TDAH n'est pas entièrement négative. Même si les taux élevés de TDAH, en particulier lorsqu'ils sont combinés à un trouble des conduites et à la toxicomanie, peuvent accroître la possibilité de divers résultats négatifs, beaucoup d'adultes qui manifestent les symptômes des TDAH fonctionnent bien, sont créatifs et mènent une vie prosociale et productive (Adler [2004]; Rad, Constantinescu, Nicolae et Dobrescu [2008]). Il y a aussi certaines indications selon lesquelles les TDAH peuvent servir de facteur de protection pour certains adultes. D'après Ohan et Johnston [2002], des individus souffrant de TDAH sont susceptibles d'avoir une haute estime de soi, ce qui crée une impression positive dans les situations sociales. Ces individus ont également tendance à être trop optimistes lorsqu'ils estiment leur rendement dans les projets futurs, ce qui est un facteur lié à la persistance et à la résilience (Diener et Milich [1997]).

Les individus qui fonctionnent bien malgré leurs symptômes de TDAH ont découvert des

² On peut avoir accès au Portail sur la réceptivité à http://infonet/SoloSites/ResponsivityPortals/home.htm?lang=fr.

stratégies ou reçoivent l'aide dont ils ont besoin pour canaliser leur niveau élevé d'énergie et concentrer leur attention. Il s'agit des genres de stratégies qui pourraient faire partie d'interventions qui aident à atténuer les effets des TDAH chez les détenus.

Bibliographie

- ADLER, L.A. «Clinical presentations of adult patients with ADHD», *Journal of Clinical Psychiaty*, vol. 65 (2004), p. 8-11.
- ADLER, L.A., T. SPENCER, S.V. FARAONE, R.C. KESSLER, M.J. HOWES, J. BIEDERMAN et K. SECNIK. « Validity of pilot adult ADHD self-report scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 18, n° 3 (2006), p. 145-148.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd., texte revisé, Paris, l'auteur, 2003.
- BARKLEY, R.A. «Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 63, nº 12 (2002), p. 10-15.
- COLLINS, P. et T. WHITE. « Forensic implications of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood », *Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 13, n° 2 (2002), p. 263-284.
- DIENER, M.B. et R. MILICH. « Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: A test of the self-protective hypothesis », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 26, n° 3 (1997), p. 256-265.
- EINARSSON, E., J.F. SIGURDSSON, G.H. GUDJONSSON, A.K. NEWTON et O.O BRAGASON. « Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates », *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 63 (2009), p. 361-367.
- EINAT, T. et A. EINAT. « Learning disabilities and delinquency: A study of Israeli prison inmates », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 52, n° 4 (2008), p. 416-434.
- EME, R.F. « Attention-deficit/hyperactivity disorder and correctional health care », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 15, n° 1 (2009), p. 5-18.
- EYESTONE, L.L. et R.J. HOWELL. « An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population », *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 22 (1994), p. 181-193.

- GOTTFREDSON, M.R. et T. HIRSCHI. *A general theory of crime*, Stanford, Californie, Stanford University Press, 1990.
- GUNTER, T.D., S. ARNDT, K. RIGGINS-CASPERS, G. WENMAN et R.J. CADORET. « Adult outcomes of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: Are the risks independent or additive? », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 18 (2006), p. 233-237.
- KESSLER, R.C., L. ADLER, M. AMES, O. DEMLER, S. FARAONE, E. HIRIPI, E.E. WALTERS. « The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale of use in the general population », *Psychological Medicine*, vol. 35 (2005), p. 245-256.
- KESSLER, R.C., L. ADLER, R. BARKLEY, J. BIEDERMAN, C.K. CONNERS, O. DEMLER, A.M. ZASLAVSKY. « The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, n° 4 (2006), p. 716-723.
- KESSLER, R.C., L.A. ADLER, M.J. GRUBER, C.A. SARAWATE, T. SPENCER, et D.L. VAN BRUNT. « Validity of the World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS) screener in a representative sample of health plan members », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 16, n° 2 (2007), p. 52-65.
- LEVY, F., D.A. HAY, M. MCSTEPHEN, C. WOOD et I. WALDMAN. « Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n° 6 (1997), p. 737-744.
- LOE, I.M. et H.M. FELDMAN. « Academic and educational outcomes of children with ADHD », *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 32, n° 6 (2007), p. 643-654.
- LONGSHORE, D. « Self-control and criminal opportunity: A prospective test of the general theory of crime », *Social Problems*, vol. 45, nº 1 (1998), p. 102-113.
- LUBKE, G.H., J.J. HUDZIAK, E.M. DERKS, T.C. VAN BIJSTERVELDT et D.I. BOOMSMA. « Maternal ratings of attention problems in ADHD: Evidence for the existence of a continuum », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 48, nº 11 (2009), p. 1085-1093.
- MANNUZZA, S., R.G. KLEIN, A. BESSLER, P. MALLOY et M. LAPADULA. « Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up », *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, no 4 (1998), p. 493-498.

- MURPHY, K. et R.A. BARKLEY. « Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments », *Comprehensive Psychiatry*, vol. 37, nº 6 (1996), p. 393-401.
- OHAN, J.L. et C. JOHNSTON. « Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 31, n° 2 (2002), p. 230-241.
- PARY, R., S. LEWIS, P.R. MATUSCHKA, P. RADZINSKIY, M. SAFI et S. LIPPMANN. « Attention deficit disorder in adults », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 14, n° 2 (2002), p. 105-111.
- PRATT, T.C. et F.T. CULLEN. « The empirical status of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime: A meta-analysis », *Criminology*, vol. 38, n° 3 (2000), p. 931-964.
- PRATT, T.C., F.T. CULLEN, K.R. BLEVINS, L. DAIGLE et J.D. UNNEVER. «The relationship of attention deficit hyperactivity disorder to crime and delinquency: A meta-analysis », *International Journal of Police Science & Management*, vol. 4, n° 4 (2002), p. 344-360.
- RAD, F., C. CONSTANTINESCU, L. NICOLAE et I. DOBRESCU. « ADHD: From child to adult », *Romanian Journal of Psychiatry*, vol. 10, n° 3 (2008), p. 71-78.
- RASMUSSEN, K., R. ALMVIK et S. LEVANDER. « Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability, and personality disorder in a prison population », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 29 (2001), p. 186-193.
- RETZ, W., P. RETZ-JUNGINGER, G. HENGESCH, M. SCHNEIDER, J. THOME, F. PAJONK, M. ROSLER. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 254 (2004), p. 201-208.
- ROSLER, M., W. RETZ, P. RETZ-JUNGINGER, G. HENGESCH, M. SCHNEIDER, T. SUPPRIAN, J. THOME. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 254 (2004), p. 365-371.
- SAFREN, S.A., M.V. OTTO, S. SPRICH, C.L. WINETT, T.E. WILENS et J. BIEDERMAN. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 43 (2004), p. 831-842.
- SELZER, M.L. « The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument », *American Journal of Psychiatry*, vol. 127 (1981), p. 1653-1658.

- SIMON, V., P. CZOBOR, S. BALINT, A. MESZAROS et I. BITTER. « Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 194, n° 3 (2009), p. 204-211.
- SKINNER, H.A. «The Drug Abuse Screening Test», *Addictive Behaviours*, vol. 7 (1982), p. 363-371.
- SKINNER, H.A. et J.L. HORN. *Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS)*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1984.
- SODERSTROM, H., A. SJODIN, A. CARLSTEDT et A. FORSMAN. (2004). « Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: A central problem constellation in forensic psychiatry », *Psychiatry Research*, vol. 121 (2004), p. 271-280.
- SOLANTO, M.V., D.J. MARKS, K. MITCHELL, J. WASSERSTEIN et M.D. KOFMAN. « Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD », *Journal of Attention Disorders*, vol. 11, n° 6 (2008), p. 728-736.
- VAZSONYI, A.T., L.E. PICKERING, M. JUNGER et D. HESSING. « An empirical test of general theory of crime: A four-nation comparative study of self-control and the prediction of deviance », *Journal of Research in Crime and Delinquency*, vol. 38, n° 2 (2001), p. 91-131.
- WESTMORELAND, P., T. GUNTER, P. LOVELESS, J. ALLEN, B. SIELENI et D.W. BLACK. « Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: Clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 54, n° 3 (2010), p. 361-377.
- WILENS, T.E., J. BIEDERMAN et T.J. SPENCER. « Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan », *Annual Review of Medicine*, vol. 53 (2002), p. 113-131.
- YOUNG, S., G.H. GUDJONSSON, J. WELLS, P. ASHERSON, D. THEOBALD, B. OLIVER, A. MOONEY. « Attention deficit hyperactivity disorder and critical incidents in a Scottish prison population », *Personality and Individual Differences*, vol. 46 (2009), p. 265-269.

Annexes

Annexe A : Résultats des analyses effectuées au moyen de la version réduite à 6 éléments de l'échelle ASRS

Tableau A1 Répartition des scores dans l'échelle ASRS (N = 497)

Cotation de l'échelle ASRS	Répartition
(fourchette des scores)	% (n)
Aucun (0)	33,4 (166)
Faible (1)	21,1 (105)
Modéré (2-3)	27,6 (137)
Élevé (4-6)	17,9 (89)

Tableau A2 Répartition des scores dans l'échelle ASRS selon le statut d'Autochtone

	Non-Autochtone $(N = 391)$	Autochtone $(N = 103)$
Cotation de l'échelle	% (n)	% (n)
ASRS		
Aucun	34,3 (134)	30,1 (31)
Faible	21,0 (82)	21,4 (22)
Modéré	27,6 (108)	28,2 (29)
Élevé	17,1 (67)	20,4 (21)

Tableau A3 Variables démographiques ventilées selon la cotation de l'échelle ASRS

	Cotation de l'échelle ASRS			
	Aucun	Faible	Modéré	Élevé
Variables démographiques	<i>N</i> = 166	N = 105	N = 137	N = 89
Âge moyen (en années)	34,76	35,36	34,90	33,04
Durée de la peine moyenne ¹ (en années)	3,34	3,58	3,22	3,29
État matrimonial (%(n))				
Célibataire, séparé				
ou divorcé	53,6 (89)	50,5 (53)	56,9 (78)	65,2 (58)
Marié ou en union libre	44,6 (74)	45,7 (48)	40,1 (55)	32,6 (29)
Infraction à l'origine de la peine en				
cours $(\%(n))$				
Homicide	6,0 (10)	10,5 (11)	8,8 (12)	3,4 (3)
Infraction sexuelle	10,2 (17)	4,8 (5)	5,1 (7)	5,6 (5)
Vol qualifié	14,5 (24)	19,0 (20)	23,4 (32)	31,5 (28)
Voies de fait	10,8 (18)	12,4 (13)	12,4 (17)	12,4 (11)
Infraction en matière de drogue	27,1 (45)	18,1 (19)	15,3 (21)	5,6 (5)
Autre crime non violent	30,7 (51)	32,4 (34)	34,3 (47)	41,6 (37)

¹Nota: Les peines d'une durée indéterminée ne figuraient pas dans cette analyse.

Tableau A4 Intercorrélations entre les scores de l'échelle ASRS et les variables du profil

1.0	
1. Score de ,15* ,16* -,17** ,12* ,11* ,29* ,09 ,15** -,25**	,44*
l'échelle * * *	*
ASRS 2. Antécédents 20* 17** 06 09 24* 25** 42** 54**	
2. Antecedents ,20* -,17** ,06 ,08 ,34* ,35** ,43** -,54** professionnels	,13*
instables ^a *	*
3. Troubles,36** ,08 ,09 ,08 ,10* ,21** -,12*	,12*
d'apprentissage ^b	,12
4. Niveau d'instruction,16** -,18** -,12* -,24** -,28** ,24**	-,07
5 Declared	ŕ
5. Problemes ,75** ,23* ,11* ,18** ,01 reliés à l'alcool	,20*
*	*
6. Consommation ,18* ,10* ,15** ,04	,20*
d'alcool *	*
7. Abus de ,26** ,35** -,42**	,18*
drogues	*
8. Risque ,65** -,52**	,12*
,65** -,52**	,12
9. Besoin,54**	,15*
	*
10. Groupe	-,11*
de	-,11
l'Échelle	
d'ISR	
11. Problèmes de santé mentale ^d	

Nota : *p < .05, **p < .01. ^aMesurés par un indicateur du domaine des besoins en matière d'emploi.

^bÉvalués d'après la présence d'un indicateur de troubles d'apprentissage dans le dossier du détenu.

^cÉvalué d'après le niveau d'instruction à l'admission. ^dD'après les scores dans le SIDTMEI ≥ T65.

Tableau A5 Proportion moyenne de programmes terminés regroupés selon le niveau de TDAH

	Cotation de l'échelle ASRS			
	Aucun	Faible	Modéré	Élevé
	$N^1 = 109$	N = 80	<i>N</i> = 99	N = 76
Proportion de programmes terminés avec succès	82,1 %	79,0 %	82,0 %	76,2 %
Proportion de cas « a participé à toutes les séances »	2,3 %	6,3 %	2,0 %	3,3 %
Proportion totale de programmes terminés	84,6 %	85,2 %	84,1 %	79,5 %

¹Nota: N a trait au nombre de délinquants qui étaient inscrits à un programme.

Tableau A6 Analyses de la variance comparant les variables relatives à l'achèvement des programmes et les cotes de l'échelle ASRS

Variable	F	dl	p
Proportion de programmes terminés avec succès	0,54	3	,65
Proportion de cas « a participé à toutes les séances »	1,22	3	,30
Proportion totale de programmes terminés	0,51	3	,68

Tableau A7 Analyse de régression logistique des accusations d'infractions disciplinaires en fonction du niveau de TDAH

				Intervalles de confiance d 95 %	
Variables	B	Wald χ^2	R. C.	Inférieur	Supérieur
Période d'incarcération	0,70	27,70**	2,02	1,55	2,62
Cote de l'échelle ASRS Aucun c. faible	-0,01	0,00	1,00	0,60	1,67
Cote de l'échelle ASRS Aucun c. modéré	0,67	7,07**	1,95	1,19	3,19
Cote de l'échelle ASRS Aucun c. élevé	1,05	11,5**	2,85	1,56	5,23

Nota: *p < 0.05 **p < 0.01

Tableau A8

Nombre de délinquants réincarcérés pour quelque raison que ce soit

	Cotation de l'échelle ASRS			
	Aucun	Faible	Modéré	Élevé
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Réincarcération dans les 3 mois	$N^1 = 159$	N = 100	N = 133	N = 83
	3,8 (6)	2,0 (2)	6,8 (9)	7,2 (6)
Réincarcération dans les 6 mois	<i>N</i> = 157	<i>N</i> = 95	<i>N</i> = 129	<i>N</i> = 79
	19,2 (27)	18,9 (18)	25,6 (33)	34,2 (27)
Réincarcération dans les 12	N = 141	<i>N</i> = 84	<i>N</i> = 115	N = 71
mois	31,9 (45)	38,1 (32)	33,9 (39)	49,3 (35)

¹ *Nota*: *N* désigne le nombre de détenus qui ont été mis en liberté au moins 3 mois, 6 mois et 1 an (respectivement) avant la date d'extraction des données.

Tableau A9 Analyses du khi carré concernant le nombre de délinquants réincarcérés pour quelque raison que ce soit

Variable	χ^2	dl	p
Réincarcération dans les 3 mois	2,65	3	,45
Réincarcération dans les 6 mois	13,05	3	< ,01
Réincarcération dans les 12 mois	6,69	3	,08

Tableau A10 Nombre de délinquants réincarcérés par suite d'une infraction

	Cotation de l'échelle ASRS			
	Aucun	Faible	Modéré	Élevé
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Réincarcération dans les 3 mois	$N^1 = 159$	N = 100	<i>N</i> = 133	N = 83
	0 (0)	0 (0)	1,5 (2)	4,8 (4)
Réincarcération dans les 6 mois	<i>N</i> = 157	<i>N</i> = 95	<i>N</i> = 129	<i>N</i> = 79
	4,5 (7)	7,4 (7)	2,3 (3)	12,7 (10)
Réincarcération dans les 12 mois	N = 141	<i>N</i> = 84	<i>N</i> = 115	N = 71
	10,6 (15)	15,5 (13)	5,2 (6)	16,9 (12)

¹Nota: N désigne le nombre de détenus qui ont été mis en liberté au moins 3 mois, 6 mois et 1 an (respectivement) avant la date d'extraction des données.

Tableau A11 Analyses du khi carré concernant le nombre de délinquants réincarcérés par suite d'une infraction

Variable	χ^2	dl	p
Réincarcération dans les 3 mois	4,23	3	,24
Réincarcération dans les 6 mois	8,22	3	< ,05
Réincarcération dans les 12 mois	6,16	3	,19

Figure A1. Proportion de délinquants demeurant dans la collectivité selon la cotation de l'échelle ASRS

