_____ Rapport de recherche _____

Résultats chez les délinquants sexuels présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale

This report is also available in English. Should a copy be required, it can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

2014 Nº R-335

Résultats chez les délinquants sexuels présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale

Geoff Wilton

Lynn A. Stewart

et

Annik Mossière

Service correctionnel du Canada

Juin 2014

Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à la Direction de la santé mentale pour sa coopération, en mettant à leur disposition les données de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité qui ont servi de fondement à la présente étude. Merci à Chris Hnain, Mark Girvan et Deanna August qui ont apporté leur aide dans le codage des dossiers. Merci à Karl Hanson et Andrew Harris pour leur expertise dans la planification de certains aspects de la méthodologie. Et enfin, merci à Renée Gobeil et Jenelle Power pour leur rétroaction sur l'ébauche initiale du rapport.

Résumé

Mots clés : *délinquants sexuels, troubles concomitants, troubles mentaux, toxicomanie, récidive*

Par « trouble concomitant », on entend la coexistence de la toxicomanie et d'un trouble mental. Les faits démontrent clairement que les délinquants présentent des taux élevés à la fois de troubles de santé mentale et de troubles concomitants par rapport à la population générale. Des travaux précédents de recherche sur les délinquants réalisés au Service correctionnel du Canada (SCC) ont établi que les délinquants atteints de troubles concomitants obtenaient des résultats correctionnels moins bons pendant leur incarcération et après leur libération que les délinquants aux prises avec soit un problème de toxicomanie soit un trouble mental. Les résultats des délinquants des trois groupes étaient inférieurs à ceux des délinquants n'ayant aucun trouble. Les données probantes dont on dispose sont contradictoires quant à l'incidence relative de la toxicomanie et des troubles mentaux sur les résultats correctionnels des sous-groupes de délinquants. La présente étude, qui est axée sur les délinquants sexuels, examine les trois groupes suivants : les délinquants sexuels présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale, les délinquants sexuels ayant un trouble mental sans problème de toxicomanie et un groupe de référence composé de tous les autres délinquants sexuels purgeant une peine commençant entre avril 2001 et décembre 2010. Les groupes ont été comparés d'après leurs cotes de risque fondé sur les antécédents criminels et les besoins liés aux facteurs criminogènes, les profils de leurs victimes et leurs principaux résultats correctionnels.

Les résultats révèlent que le groupe de délinquants sexuels atteints de troubles concomitants affichait les cotes globales de risque fondé sur les antécédents criminels et les besoins liés aux facteurs criminogènes les plus élevés. Ils étaient plus susceptibles d'avoir commis des infractions sexuelles à l'égard de femmes adultes et moins susceptibles d'avoir agressé des enfants de sexe féminin que les deux autres groupes. Le groupe de délinquants présentant des troubles concomitants comptait au-delà de trois fois plus d'accusations d'infractions disciplinaires graves que la population générale de délinquants sexuels et un nombre d'accusations d'infractions disciplinaires graves et mineures nettement supérieur à celui des délinquants sexuels ayant des troubles mentaux. Le groupe de délinquants aux prises avec des troubles mentaux, quant à lui, enregistrait davantage d'accusations d'infractions disciplinaires que la population de délinquants sexuels. Après leur mise en liberté, les délinquants atteints de troubles concomitants présentaient les taux les plus élevés de nouvelle condamnation pour une infraction, tous genres confondus. La probabilité qu'ils récidivent était presque trois fois plus grande que celle de la population de délinquants sexuels. Les délinquants ayant des troubles concomitants et de santé mentale avaient aussi beaucoup plus tendance à être réincarcérés pour une infraction avec violence que la population de délinquants sexuels. Les taux de récidive sexuelle étaient trop bas pour que l'on puisse déceler des différences fiables. Toutefois, la différence dans les taux de récidive générale entre les groupes n'était plus significative lorsque les principales covariables étaient prises en compte, ce qui donne à penser que d'autres facteurs de risque se révèlent plus prédictifs de récidive que la seule appartenance à un groupe. Ce résultat concorde avec les travaux de recherche antérieurs qui avaient conclu qu'un trouble mental sans toxicomanie contribue peu au risque de récidive des délinquants en général. Les traits de personnalité antisociale que l'on retrouve souvent chez les grands toxicomanes peuvent expliquer les différents résultats des groupes.

Un diagnostic de troubles concomitants peut accroître le risque d'obtenir un certain nombre de résultats correctionnels négatifs. Les délinquants atteints de troubles concomitants peuvent avoir besoin d'un plan correctionnel comprenant à la fois des programmes correctionnels spécifiques pour réduire de multiples besoins liés aux facteurs criminogènes ainsi que des interventions spécialisées pour stabiliser leurs problèmes de santé mentale. Une nouvelle recherche est nécessaire pour écarter la possibilité que les résultats négatifs puissent provenir de niveaux plus élevés de traits de personnalité antisociale chez les délinquants désignés pour recevoir un traitement en santé mentale. Un plan correctionnel complet pour ce groupe devrait quand même s'attacher à régler les problèmes de santé mentale, la toxicomanie et les facteurs criminogènes.

Table des matières

Remerciements ii
Résumé iii
Table des matières v
Liste des tableaux vi
Liste des annexes viii
Introduction 1
Méthode 6
Participants 6
Procédure 6
Mesures 8
Analyses 9
Résultats 12
Profil des délinquants 12
Antécédents criminels et profil des victimes 16
Participation aux programmes correctionnels 20
Résultats en établissement 22
Résultats de la mise en liberté dans la collectivité 24
Délinquants sexuels autochtones 28
Discussion 30
Conclusions 32
Bibliographie 33
Annexes 37

Liste des tableaux

Tableau 1 *Origine ethnique des délinquants sexuels selon le groupe à l'étude* 13
Tableau 2 *Cotes globales des besoins liés aux facteurs criminogènes et du risque fondé sur les antécédents criminels, selon le groupe à l'étude* 14
Tableau 3 *Proportions des groupes à l'étude ayant des besoins liés aux facteurs criminogènes dans chaque domaine* 15
Tableau 4 *Indicateurs d'antécédents criminels selon le groupe à l'étude*..... 17
Tableau 5 *Profils des victimes d'infractions sexuelles selon le groupe à l'étude* 19
Tableau 6 *Profils spécifiques des victimes d'infractions sexuelles selon le groupe à l'étude*..... 20
Tableau 7 *Inscriptions aux programmes selon les groupes*..... 22
Tableau 8 *Nombres probables d'accusations d'infractions disciplinaires et de placements en isolement au cours de l'incarcération et intervalles de confiance de 95 %*..... 24
Tableau 9 *Premières réincarcérations pour une infraction selon le groupe à l'étude*..... 25
Tableau 10 *Modèle de régression des risques proportionnels prédisant les réincarcérations pour une infraction* 27
Tableau 11 *Nombres probables d'accusations d'infractions disciplinaires et de placements en isolement au cours de l'incarcération et intervalles de confiance de 95 % des délinquants sexuels autochtones*..... 29
Tableau B1 *Ratio des taux et intervalles de confiance des accusations d'infractions disciplinaires et des placements en isolement* 40
Tableau B1 *Ratio des taux et intervalles de confiance des accusations d'infractions disciplinaires et des placements en isolement* 40
Tableau B2 *Ratio des taux et intervalles de confiance des accusations d'infractions disciplinaires et des placements en isolement chez les délinquants sexuels autochtones*..... 41
Tableau C1 *Premières réincarcérations pour des infractions violentes ou sexuelles, selon le groupe à l'étude*..... 43
Tableau C2 *Modèle de régression des risques proportionnels de réincarcérations pour une infraction avec violence en prenant la population de délinquants sexuels comme point de référence* 43
Tableau C3 *Modèle de régression des risques proportionnels de réincarcérations pour une*

infraction sexuelle en prenant la population de délinquants sexuels comme point de référence 43

Liste des annexes

Annexe A : Protocole de codage du diagnostic 37
Annexe B : Tests des différences dans les accusations d'infractions disciplinaires et les placements en isolement entre les groupes 39
Annexe C : Récidive violente et sexuelle 42

Introduction

De nombreuses études ont confirmé l'existence de taux de troubles de santé mentale élevés chez les délinquants par rapport à ceux observés dans la population générale (Brinded, Simpson, Laidlaw, Fairley et Malcolm, 2001; Brink, Doherty et Boer, 2001; Diamond, Wang, Holzer, Thomas et Cruser, 2001; Magaletta, Diamond, Faust, Daggett et Camp, 2009). En particulier, ces études font uniformément ressortir des taux élevés de toxicomanie et de trouble de la personnalité antisociale dans les échantillons de détenus examinés (Black, Gunter, Loveless, Allen et Sieleni, 2010; Butler, Indig, Allnutt et Mamoon, 2011). Motiuk et Porporino (1991) par exemple, ont fait état d'une prévalence à vie de 75 % de troubles de la personnalité antisociale et de 70 % de troubles d'abus d'alcool chez les délinquants canadiens sous responsabilité fédérale. Les taux de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale sont également élevés parmi les délinquants (Abram et Teplin, 1991; Motiuk et Porporino, 1991; Swartz et Lurigio, 1999; Wilton et Stewart, 2012). En effet, il semble que l'existence d'un trouble concomitant, selon la définition de diagnostic combiné d'un trouble de toxicomanie et d'au moins un autre trouble mental, constitue la règle plutôt que l'exception chez les délinquants atteints d'un trouble mental (Hartwell, 2004).

Les taux des troubles mentaux peuvent être particulièrement élevés chez certains sous-groupes de délinquants. Par exemple, les chiffres montrent que les délinquants qui commettent un homicide (Fazel et Grann, 2004) et allument un incendie volontaire (Anwar, Langstrom, Grann et Fazel, 2011) ont des taux de troubles psychiatriques significativement supérieurs à ceux de la population générale de délinquants. De plus, dans une étude portant sur un vaste échantillon de délinquants sexuels en Suède, les chercheurs ont constaté une tendance six fois plus grande chez les délinquants sexuels à avoir été hospitalisés pour un trouble psychiatrique que les hommes de la population générale. Un examen des troubles mentaux spécifiques a révélé que les délinquants sexuels étaient presque cinq fois plus susceptibles d'avoir été hospitalisés pour une schizophrénie et d'autres troubles psychotiques, et trois fois plus susceptibles d'avoir des antécédents de troubles bipolaires. Le risque de dépendance à l'alcool ou à la drogue qu'ils présentaient était quadruplé et la probabilité qu'ils aient un diagnostic de trouble de la personnalité était 30 fois plus grande (Fazel, Sjosdedt, Langstrom et Grann, 2007). Une étude épidémiologique à grande échelle menée récemment aux États-Unis a

aussi fait ressortir des taux de troubles mentaux élevés chez les personnes ayant des antécédents d'infractions sexuelles comparés aux témoins issus de la population (Hoertel, Le Strat, Schuster et Limosin, 2012).

Troubles concomitants et résultats correctionnels

Les données probantes dont on dispose sont contradictoires quant à l'incidence relative de la toxicomanie et des troubles mentaux sur les résultats correctionnels des délinquants. Certains éléments indiquent toutefois que les personnes aux prises avec des troubles concomitants semblent plus susceptibles d'obtenir de futurs résultats négatifs que ceux atteints seulement de troubles mentaux. Selon Hartwell (2004), les délinquants incarcérés dans des établissements correctionnels au Massachusetts atteints de troubles concomitants avaient plus tendance à avoir des antécédents criminels liés à leur toxicomanie, à être sans logement, à enfreindre une condition de leur probation après leur mise en liberté et à récidiver et retourner derrière les barreaux que ceux ayant un diagnostic de trouble de santé mentale seulement. Dans la même veine, une étude de délinquants en Australie a mis en évidence le fait que le risque de récidive était manifestement plus élevé pour les délinquants atteints d'un trouble concomitant de toxicomanie et d'un trouble mental sans toxicomanie (anxiété, dépression, trouble de la personnalité), même après avoir tenu compte des covariables (Smith et Trimboli, 2010). Dans une étude à grande échelle de patients atteints de schizophrénie, Fazel et ses collègues ont observé que les risques de commettre un crime avec violence chez les patients atteints de troubles concomitants de schizophrénie et de toxicomanie étaient plus de quatre fois supérieurs à ceux des témoins issus de la population générale, tandis que le risque n'était que légèrement plus élevé pour les patients atteints de schizophrénie, sans trouble de toxicomanie (Fazel, Langstrom, Hjern, Grann et Lichenstein, 2009). Les constatations donnent donc à penser que les personnes visées par la triple stigmatisation (Hartwell, 2004) d'avoir des démêlés avec le système de justice pénale, d'avoir de graves problèmes de toxicomanie et d'avoir des troubles de santé mentale, appartiennent à un groupe particulièrement défavorisé.

Dans le cadre d'une précédente étude sur les délinquants au Service correctionnel du Canada (SCC), quatre groupes de délinquants ont été examinés : les délinquants présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale, les délinquants atteints d'un trouble de toxicomanie seulement, les délinquants ayant de troubles mentaux seulement et un groupe de

référence composé de délinquants qui ne présentaient pas de troubles de toxicomanie, ni de santé mentale (Wilton et Stewart, 2012). Les résultats ont révélé que le groupe de délinquants atteints de troubles concomitants avait des cotes globales de facteurs de risque statiques et dynamiques plus élevées et des antécédents criminels plus lourds que les trois autres groupes. Le groupe de délinquants atteints de troubles concomitants avait les résultats correctionnels les plus médiocres, suivi de près par le groupe de délinquants ayant des problèmes de toxicomanie seuls. Les résultats du groupe de délinquants aux prises avec des troubles mentaux seulement se situaient à mi-chemin entre ceux du groupe de délinquants toxicomanes et ceux des délinquants ne présentant aucun trouble. Chez cet échantillon de délinquants sous responsabilité fédérale au Canada, il semblerait que les problèmes de toxicomanie ont plus nui à l'obtention de bons résultats que les troubles mentaux. L'étude n'a toutefois pas examiné des sous-échantillons spécifiques de délinquants d'après leurs antécédents de délinquance. Pour combler cette lacune, la présente étude rendra compte des résultats des délinquants sexuels sous responsabilité fédérale atteints de troubles concomitants.

Délinquants sexuels et troubles mentaux

La gestion efficace des délinquants sexuels est une priorité pour les administrations correctionnelles, car les délinquants sexuels sont la cible de préoccupations sociétales et de l'appréhension du public. Certains sous-échantillons de délinquants sexuels ont été considérés comme ayant des troubles mentaux seulement d'après leurs antécédents de délinquance sexuelle. Par exemple, les agresseurs d'enfants sont souvent désignés sous le nom de pédophiles même s'ils ne répondent pas aux critères diagnostiques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM de l'American Psychiatric Association [APA], 2013). On a constaté que les taux des affections psychiatriques concomitantes chez les délinquants sexuels pédophiles diagnostiqués sont élevés. On a observé dans le cadre d'une étude que, sur 45 pédophiles recrutés à partir d'un programme de traitement des délinquants sexuels, 93 % répondaient aux critères de troubles de l'Axe I du DSM[1] autres que de pédophilie (Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson et Miner, 1999). La prévalence à vie des troubles de l'humeur, par exemple, était de 67 % alors que 60 % des délinquants répondaient aux critères d'un trouble lié à

[1] Les diagnostics de l'Axe I comprennent des troubles cliniques comme la dépression, le trouble bipolaire, les troubles anxieux et la schizophrénie (APA, 2013).

l'utilisation de substances psychoactives. Les auteurs ont avancé l'hypothèse selon laquelle des affections psychiatriques concomitantes non traitées pourraient jouer un rôle dans l'échec du traitement et dans la récidive chez les délinquants sexuels. Dans une autre étude, les auteurs se sont penchés sur la contribution de la psychopathie, du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et du dysfonctionnement du cerveau en tant que prédicteurs de la récidive chez les délinquants sexuels (Langevin et Curnoe, 2011). Ils ont noté que les meilleurs prédicteurs de la récidive générale étaient les éléments des antécédents criminels utilisés par l'Échelle de psychopathie révisée (PCL-R), qui sont des composantes essentielles des symptômes de trouble de personnalité antisociale. Dans l'étude, la présence de troubles de l'apprentissage était peu prédictive de la récidive sexuelle; la récidive générale était principalement associée aux antécédents criminels et seulement en second lieu aux troubles de l'apprentissage et au THADA. Dans d'autres travaux, on a également remarqué que l'orientation antisociale ainsi que des préférences sexuelles déviantes sont des prédicteurs clés de la récidive sexuelle (Hanson et Morton-Bourgon, 2005; Harris et coll., 2003).

Actuellement au SCC, environ 13 % des délinquants détenus en vertu d'un mandat ont des antécédents criminels d'infractions sexuelles; ce pourcentage devrait augmenter dans les années à venir en raison des nouvelles politiques de détermination des peines qui exigent des peines plus longues pour certaines infractions sexuelles (Nolan et Stewart, manuscrit soumis). Un aperçu récent de la population actuelle des délinquants sexuels a montré qu'une importante proportion de délinquants sexuels a un problème de toxicomanie et d'autres problèmes de santé mentale connus (Nolan et Stewart, manuscrit soumis).

Étude actuelle

La présente étude examine les profils et les résultats obtenus en établissement et dans la collectivité par les délinquants sexuels ayant des problèmes de santé mentale seulement, et par ceux atteints de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Ces deux groupes sont comparés à la population générale de délinquants sexuels. Les résultats peuvent aider les administrateurs à déterminer les besoins des délinquants sexuels en matière d'interventions, et les gestionnaires de cas à comprendre le risque relatif que présentent les délinquants sexuels aux prises avec de graves problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Le SCC doit en priorité assurer des interventions efficaces auprès des délinquants

autochtones afin d'atténuer l'écart dans les résultats correctionnels entre délinquants autochtones et délinquants non autochtones (SCC, 2013a). Un examen des résultats liés plus particulièrement aux troubles concomitants des délinquants autochtones pourrait aider à orienter les stratégies en matière de santé mentale destinées à cette sous-population.

D'après la précédente étude des délinquants atteints de troubles concomitants et de troubles mentaux au SCC, nous posons comme hypothèse que :

a) Les délinquants sexuels atteints de troubles concomitants recueilleront les taux de participation antérieure à des activités criminelles et les cotes des besoins liés aux facteurs criminogènes les plus élevés, suivis du groupe de délinquants ayant des troubles mentaux seuls. La population générale de délinquants sexuels obtiendra les taux de participation à des activités criminelles et les cotes des besoins liés aux facteurs criminogènes les plus bas.
b) Les délinquants sexuels atteints de troubles concomitants enregistreront les pires résultats correctionnels des trois groupes en ce qui a trait à leur comportement en établissement et à la récidive après la mise en liberté.
c) Les résultats des délinquants sexuels autochtones seront semblables à ceux des délinquants sexuels en général.

Méthode[2]

Participants

Un échantillon composé de 185 délinquants sexuels de sexe masculin ayant des troubles de santé mentale a été constitué parmi les personnes aiguillées vers l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC)[3]. Les dates d'aiguillage vers l'ISMC s'étalaient de juin 2007 à mars 2011, et les dates de début des peines s'échelonnaient de juillet 2001 à novembre 2010. Les délinquants sexuels retenus ont été divisés en deux groupes : ceux atteints d'un ou de plusieurs troubles de santé mentale et d'un problème concomitant de toxicomanie (n = 99), et ceux atteints d'un ou de plusieurs troubles de santé mentale, ayant un problème de toxicomanie inexistant ou mineur (n = 86). À des fins de comparaison, la population de tous les autres délinquants sexuels purgeant des peines dont les dates commençaient entre le 1er avril 2001 et le 31 décembre 2010 a été sélectionnée (n = 5 279). Pour l'ensemble des trois groupes, l'infraction sexuelle pouvait être l'infraction à l'origine de la peine en cours ou pouvait être liée à une précédente peine de ressort fédéral ou provincial. Les données de suivi sur les réincarcérations des délinquants des trois groupes ont été recueillies jusqu'en février 2013.

Procédure

Pour les besoins de la présente étude, on a considéré que tous les délinquants sexuels dont l'aiguillage vers l'ISMC avait été accepté avaient un trouble mental. Aucune restriction n'est imposée quant à l'auteur de l'aiguillage; les agents de libération conditionnelle, le personnel en santé mentale et les intervenants de programme en sont des sources. Néanmoins, pour qu'un aiguillage vers l'ISMC soit accepté, un délinquant doit avoir fait l'objet soit d'un ou de plusieurs diagnostics de l'Axe I, soit d'une déficience fonctionnelle découlant d'un diagnostic de trouble de la personnalité (autre qu'antisociale), d'un dysfonctionnement cérébral organique, d'une lésion cérébrale acquise, d'un trouble du développement ou d'une déficience intellectuelle.

Les problèmes de toxicomanie ont été déterminés d'après les cotes « modéré »,

---

[2] Certaines parties de la section Méthode figurent également dans le rapport de recherche du SCC intitulé *Les délinquants purgeant une peine de ressort fédéral atteints de troubles mentaux : Résultats et interventions correctionnelles* (Stewart, Wilton et Cousineau, 2012).

[3] Lancée en 2005, l'ISMC entre dans le cadre du volet des soins de transition de la Stratégie nationale en matière de santé mentale du SCC; elle offre des services aux délinquants ayant un trouble mental pour les aider à se préparer à la mise en liberté et pendant leur période de surveillance dans la collectivité.

« important » ou « grave » sur l'Échelle de dépendance à l'alcool (ADS; Skinner, 1982) ou le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST; Skinner et Horn, 1984). Ces évaluations sont administrées aux délinquants dans le cadre du Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT). Les cotes « modéré », « important » ou « grave » attribuées selon chacune des échelles ont été considérées comme étant conformes aux diagnostics de dépendance à l'alcool et de troubles de toxicomanie définis dans le DSM (Gavin, Ross et Skinner, 1989; Peters et coll., 2000).

Les délinquants sexuels ont été désignés d'après l'examen des données sur les infractions tirées du Système de gestion des délinquant(e)s (SGD). Le SGD est la base de données officielle sur tous les délinquants purgeant une peine de ressort fédéral. On a sélectionné dans le SGD tous les délinquants ayant commis une infraction sexuelle à un moment donné dans leurs antécédents criminels. Une définition large de l'infraction sexuelle a été choisie, qui englobe les délinquants ayant été condamnés pour agression sexuelle, violence sexuelle et infraction sexuelle d'ordre moral. Les infractions sexuelles d'ordre moral englobent diverses accusations de pornographie juvénile, prostitution, rapports sexuels avec un mineur ou une personne handicapée, bestialité et leurre d'enfant.

Les délinquants dont les aiguillages vers l'ISMC ont été acceptés et ayant obtenu une cote « modéré » ou plus élevée à l'ADS ou au DAST ont été intégrés au groupe de délinquants atteints de troubles concomitants. Les délinquants présentant un trouble mental, comme le confirmait leur aiguillage accepté vers l'ISMC, mais dont les problèmes de toxicomanie ont été jugés nuls ou faibles à l'ADS et au DAST ont été inscrits dans le groupe des délinquants ayant des troubles mentaux. La population restante de délinquants sexuels a été retenue à des fins de comparaisons. Elle pouvait ou non avoir des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de dépendance, ou des troubles concomitants. On a codé les problèmes de santé mentale dans les dossiers suivant les critères utilisés par l'ISMC (voir l'annexe A) de 80 délinquants sélectionnés au hasard. D'après ce processus, on a estimé que 32 % de la population de délinquants sexuels avaient un trouble de santé mentale. Ces délinquants sont restés dans le groupe de la population des délinquants sexuels malgré les données au dossier qui indiquaient un trouble mental puisque leur aiguillage vers l'ISMC avait été refusé. Un tiers du groupe de la population de délinquants sexuels (1 743; 33 %) avait soit une dépendance à l'alcool, soit un problème de toxicomanie selon les données de l'ADS ou du DAST, respectivement. Tandis que les résultats de la

comparaison des trois groupes peuvent être atténués dans la présente étude puisque des délinquants atteints de troubles concomitants et de troubles mentaux ont été inclus dans la population de délinquants sexuels, ce groupe de référence donne une idée de la situation en général des délinquants sexuels purgeant une peine de ressort fédéral par rapport aux sous-groupes de délinquants sexuels ayant un trouble mental et des troubles concomitants.

Mesures

Les données démographiques, les échelles d'évaluation de la toxicomanie, les étapes de la peine, les facteurs de risque fondé sur les antécédents criminels, les besoins liés aux facteurs criminogènes, les antécédents de délinquance, les résultats en établissement et les résultats suivant la mise en liberté ont été recueillis à partir des bases de données du SGD. L'Évaluation initiale des délinquants (EID), une évaluation complète de tous les délinquants arrivant au SCC, examine à la fois le risque d'après les antécédents criminels et les besoins liés aux facteurs criminogènes. L'Évaluation des facteurs statiques (EFS), un des volets de l'EID, fournit une cote globale du risque d'après les antécédents criminels, en tenant compte des comparutions antérieures devant des tribunaux pour adolescents ou adultes, de l'infraction à l'origine de la peine en cours, du nombre, du type et de la gravité des infractions commises, des périodes sans perpétration de crime et des infractions sexuelles, y compris des renseignements sur les profils des victimes. Cette cote globale comporte trois niveaux de risque fondé sur les antécédents criminels : faible, modéré ou élevé (SCC, 2012). Le volet de l'Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques (IDAFD) de l'EID permet d'évaluer sept domaines de facteurs criminogènes dynamiques, chacun composé de multiples indicateurs. Les domaines sont l'emploi, les relations matrimoniales et familiales, les fréquentations, les attitudes, la vie personnelle et affective, la toxicomanie et le comportement dans la collectivité. Chaque domaine est évalué selon une échelle de trois ou quatre points allant d'« atout en vue de la réinsertion sociale » à « besoin manifeste d'amélioration ». Une évaluation globale fournit une cote correspondant à un besoin faible, modéré ou élevé (CSC, 2012).

Le QIT est un autre volet de l'évaluation initiale qui mesure la consommation abusive d'alcool ou de drogue et son lien avec la criminalité. Cette évaluation comprend l'administration de plusieurs mesures validées de la consommation abusive d'alcool et de drogue. En particulier, on a eu recours au DAST (Skinner, 1982) et à l'ADS (Skinner et Horn, 1984) pour identifier les

délinquants satisfaisant probablement aux critères de diagnostic de troubles de toxicomanie. Comme on l'a mentionné précédemment, les cotes « modéré », « important » ou « grave » attribuées sur l'ADS et le DAST correspondent aux diagnostics de dépendance à l'alcool et de troubles de toxicomanie définis dans le DSM, respectivement (Peters et coll., 2000; Gavin et coll., 1989).

Les bases de données du SGD procurent des renseignements sur les résultats en établissement, notamment sur l'achèvement des interventions correctionnelles, les accusations d'infractions disciplinaires et les placements en isolement. Elles apportent également des précisions sur les étapes de la peine depuis le début de celle-ci jusqu'à la mise en liberté et sur les réincarcérations avant les dates d'expiration du mandat. Dans le présent rapport, les réincarcérations sans infraction (c.-à-d. en raison de révocations pour des manquements aux conditions de libération conditionnelle, par exemple), pour infraction et pour une nouvelle infraction sexuelle ou violente sont décrites en tant que résultats de la récidive dans la collectivité.

Analyses

Les comparaisons entre les trois groupes – les délinquants sexuels atteints de troubles concomitants, les délinquants ayant des troubles mentaux et la population de délinquants sexuels – ont été établies principalement au moyen des tests du chi carré. On a employé des tests de validité de l'ajustement chi carré pour comparer le groupe de délinquants présentant des troubles concomitants et de délinquants ayant des troubles mentaux au groupe de la population. Ces tests utilisent les fréquences observées dans la population pour établir les fréquences probables. Des données importantes qui en découlent amènent à penser que les résultats du groupe à l'étude diffèrent de ceux de la population de délinquants sexuels. Les comparaisons entre les deux groupes-échantillons – les délinquants atteints de troubles concomitants et ceux ayant des troubles mentaux – sont réalisées au moyen des tests d'indépendance du chi carré. Dans ces tests, les fréquences probables sont calculées d'après les fréquences observées chez les deux groupes à l'étude. Des résultats significatifs semblent suggérer que les deux groupes se distinguent l'un de l'autre.

Pour chaque analyse du chi carré, on a fourni la valeur de la taille de l'effet du V de Cramer comme indication de l'amplitude des différences entre les groupes. Un V de Cramer dont

la valeur est inférieure à 0,1 indique un degré d'association négligeable; des valeurs comprises entre 0,1 et 0,2 indiquent un degré d'association faible, et celles situées entre 0,2 et 0,4 correspondent à un degré d'association modéré (Rea et Parker, 2005). Toutefois, les associations modérées sont souvent assez rares lorsque l'on examine des résultats pouvant être influencés par plusieurs facteurs différents. Par conséquent, aux fins du présent rapport, toute taille de l'effet du V de Cramer d'une valeur égale ou supérieure à 0,1 est considérée comme susceptible d'avoir d'importantes répercussions.

Les fréquences de certains types d'événements comme les placements en isolement, les accusations d'infractions disciplinaires et les réincarcérations peuvent varier d'un groupe à l'autre pour la seule raison que la période pendant laquelle un événement pouvait se produire était plus longue pour l'un. Les analyses de survie et les prévisions des taux prennent en compte cet *intervalle d'exposition au risque* dans la fréquence d'événements. La méthode d'analyse de survie retenue pour les réincarcérations est le modèle de régression des risques proportionnels ou « modèle de régression de Cox ». Les ratios de risque calculés par ces analyses pour chaque variable indépendante (covariable) donnent une indication du changement dans le risque de réincarcération pour une covariable qui change d'une seule unité[4]. Un ratio de risque de 1 signifie que le risque que l'événement se produise ne change pas.

Les taux permettent de prendre en considération l'intervalle d'exposition au risque pour chaque groupe et sont fournis pour chaque accusation d'infraction disciplinaire et placement en isolement. On peut les interpréter comme le nombre probable d'événements auxquels ferait face un seul délinquant au cours d'une année d'incarcération. On peut ensuite comparer directement les taux de deux groupes puisque l'intervalle d'exposition au risque est maintenu constant mathématiquement. En outre, la différence entre deux taux peut être vérifiée en calculant le ratio des taux, c'est-à-dire en divisant un taux par l'autre et en calculant un intervalle de confiance (IC) pour le ratio des taux. Si deux taux sont similaires, le ratio des taux sera proche de 1 et ce chiffre sera compris dans les limites supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance pour le

[4] Par exemple, un ratio de risque pour des réincarcérations en raison d'une infraction qui est prévu en années selon l'âge au moment de la mise en liberté indiquerait le changement dans le risque de réincarcération pour chaque différence d'année dans l'âge au moment de la mise en liberté. Étant donné le large éventail des âges possibles et le fait que le ratio de risque est propre à chaque année de changement dans l'âge, un ratio de risque petit en apparence peut avoir un grand effet. D'un autre côté, un ratio de risque pour une variable comme l'existence ou non d'une condamnation antérieure en tant qu'adulte n'indiquerait pas la différence de risque pour un groupe par rapport à un autre.

ratio des taux, signe d’une différence non significative entre les deux taux. Les mêmes analyses ont ensuite été appliquées aux délinquants sexuels autochtones pour cerner les problèmes pouvant être propres aux délinquants autochtones.

Résultats

Les résultats de la présente étude sont organisés en deux sections. Tout d'abord, les groupes sont décrits et comparés selon les variables du profil. Ils sont ensuite comparés d'après les résultats obtenus en établissement et après la mise en liberté. Enfin, des analyses ont été menées pour les délinquants autochtones uniquement.

Profil des délinquants

Les trois groupes présentaient des différences significatives dans leur âge à l'admission (F (2, 5 461) = 16,0, $p < 0{,}001$, $R^2 < 0{,}01$). Les tests effectués a posteriori ont confirmé que les délinquants atteints de troubles concomitants (M = 35, ET = 10,5) étaient en moyenne sensiblement plus jeunes que le groupe de délinquants ayant des troubles mentaux (M = 40, ET = 13,3) et que celui de la population de délinquants sexuels (M = 42, ET = 13,0). Le groupe ayant des troubles mentaux et le groupe de la population de délinquants sexuels ne comportaient pas de différences significatives.

Le tableau 1 fait apparaître des variations marquées dans la composition ethnique d'un groupe à l'autre. Le groupe atteint de troubles concomitants comprenait davantage de délinquants autochtones et moins de délinquants de race blanche et d'autres origines ethniques que ce que la distribution des groupes ethniques dans la population pouvait laisser supposer. Les groupes de délinquants aux prises avec des troubles concomitants et des troubles mentaux différaient aussi beaucoup l'un de l'autre[5]. Le groupe ayant des troubles mentaux était sensiblement le même que ce que les attentes pouvaient être, compte tenu de la distribution des origines ethniques dans la population de délinquants sexuels.

Le tableau 2 présente les cotes globales des besoins liés aux facteurs criminogènes et du risque fondé sur les antécédents criminels des délinquants sexuels appartenant aux trois groupes à l'étude. Les statistiques de Cramer fournies dans les tableaux suivants comparent d'abord le groupe atteint de troubles concomitants au groupe de la population de délinquants sexuels, puis le groupe des délinquants ayant un trouble mental seulement à celui de la population. Les résultats font apparaître que les délinquants sexuels présentant des troubles concomitants ont obtenu les cotes les plus élevées concernant à la fois le risque fondé sur les antécédents criminels

---

[5] χ^2 (2, n = 184) = 7,3, p = 0,025, V de Cramer = 0,20.

et les besoins liés aux facteurs criminogènes, suivis des délinquants sexuels ayant un trouble mental. Les cotes de la population de délinquants sexuels étaient les plus basses des trois groupes. Les tests du chi carré ont révélé que les besoins liés aux facteurs criminogènes et le risque fondé sur les antécédents criminels du groupe présentant des troubles concomitants étaient sensiblement supérieurs à ceux à la fois du groupe ayant un trouble mental et du groupe de la population de délinquants sexuels, mais les évaluations connexes de ces deux derniers groupes ne présentaient pas de différences significatives[6].

Tableau 1

Origine ethnique des délinquants sexuels selon le groupe à l'étude

Origine ethnique	Population		Troubles concomitants			Troubles mentaux		
	%	*n*	%	*n*	*V de Cramer*†	%	*n*	*V de Cramer*†
					0,42***			0,21 *ns*
Race blanche	64	3 380	54	53		72	61	
Autochtone	25	1 317	42	42		23	20	
Autre	11	564	4	4		5	4	

Remarque : † Des tests distincts de validité de l'ajustement chi carré ont comparé chaque groupe à l'étude par rapport aux valeurs probables d'après la population de délinquants sexuels. Les tailles de l'effet du V de Cramer ont été calculées pour chaque comparaison établie.
ns non significative, *** $p < 0{,}001$.

[6] Un test d'indépendance du chi carré comparant la cote des besoins liés aux facteurs criminogènes des délinquants du groupe atteint de troubles concomitants à ceux du groupe ayant des troubles mentaux a montré des différences significatives (χ^2 (2, n = 185) = 13,2, p = 0,001, V de Cramer = 0,27). Les résultats d'un test d'indépendance du chi carré comparant le risque fondé sur les antécédents criminels des groupes présentant des troubles concomitants et mentaux étaient également significatifs (χ^2 (2, n = 185) = 6,56, p = 0,038, V de Cramer = 0,19).

Tableau 2

Cotes globales des besoins liés aux facteurs criminogènes et du risque fondé sur les antécédents criminels, selon le groupe à l'étude

Cote globale	Population		Troubles concomitants			Troubles mentaux		
	%	*n*	%	*n*	*V de Cramer*[†]	%	*n*	*V de Cramer*[†]
Besoins liés aux facteurs criminogènes					0,55***			0,14 [ns]
Élevés	67	3 528	93	92		73	63	
Moyens	27	1 450	6	6		23	20	
Faibles	6	295	1	1		4	3	
Risque fondé sur les antécédents criminels					0,44***			0,11 [ns]
Élevé	58	3 075	80	79		64	55	
Moyen	34	1 760	18	18		29	25	
Faible	8	438	2	2		7	6	

Remarque : [†] Des tests distincts de validité de l'ajustement chi carré ont comparé chaque groupe à l'étude par rapport aux valeurs probables d'après la population de délinquants sexuels. Les tailles de l'effet du V de Cramer ont été calculées pour chaque comparaison établie.
[ns] non significative, *** $p < 0,001$.

Les cotes attribuées aux trois groupes dans les sept domaines de besoins liés aux facteurs criminogènes sont présentées dans le tableau 3. Les domaines sont évalués au moyen de l'IDAFD et sont pris en compte dans la cote globale des besoins liés aux facteurs criminogènes. À ce titre, les résultats sont similaires à ceux de la cote globale des besoins liés aux facteurs criminogènes. Le groupe de délinquants atteints de troubles concomitants a obtenu des cotes sensiblement supérieures à celles de la population de délinquants sexuels dans tous les domaines à l'exception de celui des relations matrimoniales et familiales qui était analogue dans tous les groupes, et de la vie personnelle et affective dont la cote était élevée pour pratiquement tous les délinquants sexuels de l'étude. Le groupe de délinquants atteints de troubles concomitants a aussi présenté un niveau de besoins plus élevé que le groupe ayant des troubles mentaux dans les domaines de l'emploi, des fréquentations, de la toxicomanie et des attitudes[7], mais leurs

[7] Les cotes du groupe atteint de troubles concomitants étaient nettement supérieures à celles du groupe ayant des

différences étaient négligeables dans le domaine des relations matrimoniales et familiales ou du comportement dans la collectivité[8]. Le groupe de délinquants ayant des troubles mentaux avait bien plus de besoins que la population de délinquants sexuels dans les domaines de l'emploi, du comportement dans la collectivité et de la toxicomanie.

Tableau 3

Proportions des groupes à l'étude ayant des besoins liés aux facteurs criminogènes dans chaque domaine

Domaine de besoins liés aux facteurs criminogènes	Population		Troubles concomitants			Troubles mentaux		
	%	*n*	%	*n*	*V de Cramer*[†]	%	*n*	*V de Cramer*[†]
Emploi	46	1 931	84	79	0,77***	60	47	0,29**
Relations matrimoniales et familiales	59	2 516	64	60	0,09 [ns]	59	46	0,01 [ns]
Fréquentations	33	1 392	55	52	0,48***	28	22	0,10 [ns]
Attitudes	49	2 079	65	61	0,31**	47	37	0,03 [ns]
Comportement dans la collectivité	19	804	49	46	0,76***	40	31	0,53***
Vie personnelle et affective	98	4 161	100	94	-	100	78	-
Toxicomanie	62	2 609	98	92	0,74***	42	33	0,40***

Remarque : [†] Des tests distincts de validité de l'ajustement chi carré ont comparé chaque groupe à l'étude par rapport aux valeurs probables d'après la population de délinquants sexuels. Les tailles de l'effet du V de Cramer ont été calculées pour chaque comparaison établie.
[ns] non significative, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

troubles mentaux dans les domaines suivants : l'emploi (χ^2 (1, n = 172) = 12,3, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,27), les fréquentations (χ^2 (1, n = 172) = 12,8, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,27), la toxicomanie (χ^2 (1, n = 172) = 66,3, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,62) et les attitudes (χ^2 (1, n = 172) = 5,3, p = 0,002, V de Cramer = 0,18).

[8] Les différences entre le groupe présentant des troubles concomitants et le groupe ayant des troubles mentaux étaient non significatives dans les domaines suivants : les relations matrimoniales et familiales (χ^2 (1, n = 172) = 0,4, p = 0,51, V de Cramer = 0,05) et le comportement dans la collectivité (χ^2 (1, n = 172) = 1,5, p = 0,23, V de Cramer = 0,09).

Antécédents criminels et profil des victimes

La cote globale du risque fondé sur les antécédents criminels présentée dans le tableau 2 est établie d'après les infractions des délinquants à l'origine de la peine en cours, leurs antécédents criminels (y compris des infractions antérieures commises à l'adolescence et à l'âge adulte) et la gravité des infractions. Les antécédents criminels des délinquants des trois groupes ont été approfondis en étudiant leurs comparutions antérieures devant des tribunaux pour adolescents ou pour adultes et les profils des victimes de leur(s) agression(s) sexuelle(s).

Conformément à la cote globale du risque fondé sur les antécédents criminels, le groupe présentant des troubles concomitants semble posséder des antécédents criminels plus lourds et débutants à un plus jeune âge. Le tableau 4 indique le pourcentage de délinquants sexuels dans chaque groupe ayant des antécédents criminels à titre de jeune contrevenant et celui de délinquants ayant eu des démêlés avec le système de justice pénale à l'âge adulte. Des proportions de délinquants du groupe atteint de troubles concomitants nettement supérieurs à celles de la population avaient déjà eu affaire à des tribunaux pour adolescents et pour adultes comme le dénotent les tailles importantes de l'effet dans le tableau 4. Les délinquants atteints de troubles concomitants étaient aussi bien plus nombreux que ceux du groupe ayant des troubles mentaux à avoir déjà comparu devant un tribunal pour adolescents et pour adultes[9]. Les taux des comparutions devant des tribunaux pour adolescents et pour adultes du groupe ayant des troubles mentaux et de la population de délinquants sexuels étaient comparables.

[9] Les tests d'indépendance du chi carré ont appuyé la fréquence des comparutions devant des tribunaux pour adolescents (χ^2 (1, n = 182) = 14,7, p < 0,001, V de Cramer = 0,28) et pour adultes (χ^2 (1, n = 181) = 6,3, p = 0,01, V de Cramer = 0,19) nettement plus grande chez les délinquants sexuels atteints de troubles concomitants que chez ceux ayant seulement des troubles mentaux.

Tableau 4

Indicateurs d'antécédents criminels selon le groupe à l'étude

Indicateur d'antécédents criminels	Population		Troubles concomitants			Troubles mentaux		
	%	*n*	%	*n*	*V de Cramer*[†]	%	*n*	*V de Cramer*[†]
Comparution devant un tribunal pour adolescents	28	1 451	59	58	0,68***	30	25	0,05 [ne]
Comparution devant un tribunal pour adultes	75	3 914	90	88	0,34***	76	63	0,02 [ne]

Remarque : [†] Des tests distincts de validité de l'ajustement chi carré ont comparé chaque groupe à l'étude par rapport aux valeurs probables d'après la population de délinquants sexuels. Les tailles de l'effet du V de Cramer ont été calculées pour chaque comparaison établie.
[ns] non significative, *** $p < 0,001$.

Le profil des victimes comprenait le nombre de victimes ainsi que le sexe et l'âge des victimes. Le tableau 5 fait apparaître que ni le groupe atteint de troubles concomitants, ni celui ayant des troubles mentaux ne présentaient de différences significatives par rapport à la population à l'égard du nombre de victimes ou de leur sexe. De surcroît, le groupe atteint de troubles concomitants et le groupe ayant des troubles mentaux ne se distinguaient pas l'un de l'autre quant au nombre de victimes ou à leur sexe[10]. Quel que soit le groupe, les victimes étaient principalement des femmes. L'âge des victimes variait considérablement selon les groupes. On peut noter dans le tableau 5 que le groupe atteint de troubles concomitants et celui ayant des troubles mentaux diffèrent tous deux de la population. Les victimes des délinquants du groupe atteint de troubles concomitants étaient plus généralement des adultes et moins probablement d'âges mélangés que celles du groupe de la population; le groupe ayant des troubles mentaux était plus susceptible d'avoir agressé des enfants de moins de 12 ans que le groupe de la population et la probabilité de mélange des âges de ses victimes était moindre. Les groupes de délinquants atteints de troubles concomitants et de troubles mentaux n'ont toutefois pas montré de différences significatives entre eux pour ce qui est de l'âge de leurs victimes[11].

[10] Les tests d'indépendance du chi carré ont appuyé la différence non significative entre les délinquants sexuels atteints de troubles concomitants et les délinquants sexuels ayant des troubles mentaux en ce qui a trait au nombre de victimes (χ^2 (3, n = 180) = 4,6, p = 0,20, V de Cramer = 0,16) et au sexe des victimes (χ^2 (3, n = 180) = 4,0, p = 0,26, V de Cramer = 0,15).

[11] Les âges des victimes des délinquants des groupes atteints de troubles concomitants et ayant des troubles mentaux variaient relativement peu (χ^2 (4, n = 180) = 8,3, p = 0,08, V de Cramer = 0,21).

Une analyse plus poussée de typologies plus spécifiques des victimes a mis en évidence d'autres différences entre les groupes. Comme le montre le tableau 6, les différences entre le groupe ayant des troubles mentaux et la population n'étaient pas significatives. Le groupe atteint de troubles concomitants comptait en revanche bien plus de victimes adultes de sexe féminin et moins de victimes chez les filles et les adolescents de sexe masculin que la population de délinquants sexuels. Le groupe atteint de troubles concomitants avait aussi fait bien plus de victimes adultes de sexe féminin que le groupe ayant des troubles mentaux, et moins de victimes chez les filles de moins de 12 ans et les adolescents de sexe masculin âgés de 12 à 17 ans. Les fréquences de victimes parmi les garçons de moins de 12 ans, les adolescentes âgées de 12 à 17 ans et les adultes de sexe masculin ne variaient pas entre les délinquants des groupes présentant des troubles concomitants et des troubles mentaux[12].

[12] Les différences entre les groupes de délinquants atteints de troubles concomitants et ayant des troubles mentaux ont été appuyées par les tests d'indépendance du chi carré. Des différences significatives ont été relevées dans les fréquences de délinquants ayant fait des victimes parmi les femmes adultes (χ^2 (1, n = 180) = 12,6, p < 0,001, V de Cramer = 0,26), les filles de moins de 12 ans (χ^2 (1, n = 179) = 6,4, p = 0,01, V de Cramer = 0,19) et les adolescents garçons (χ^2 (1, n = 180) = 8,4, p = 0,004, V de Cramer = 0,22). Les deux groupes ne présentaient pas de différence dans les fréquences de victimes chez les garçons de moins de 12 ans (χ^2 (1, n = 180) = 1,2, p = 0,28, V de Cramer = 0,08), les adolescentes (χ^2 (1, n = 179) = 0,03, p = 0,86, V de Cramer = 0,01) et les adultes de sexe masculin (χ^2 (1, n = 180) = 0,02, p = 0,87, V de Cramer = 0,01).

Tableau 5

Profils des victimes d'infractions sexuelles selon le groupe à l'étude

Profil des victimes	Population		Troubles concomitants			Troubles mentaux		
	%	*n*	%	*n*	*V de Cramer*[†]	%	*n*	*V de Cramer*[†]
Nombre de victimes					0,21 [ns]			0,25 [ns]
Aucune victime[a]	11	569	6	6		9	7	
Une victime	43	2 249	52	51		45	37	
Deux victimes	19	967	18	18		11	9	
Trois victimes ou plus	27	1 421	24	23		35	29	
Sexe de la victime					0,22 [ns]			0,23 [ns]
Indéterminé[a]	11	545	6	6		8	7	
Féminin	75	3 905	82	79		70	58	
Masculin	7	355	3	3		8	7	
Les deux	8	392	9	9		13	11	
Âge de la victime					0,38**			0,38*
Indéterminé[a]	11	545	6	6		8	7	
Moins de 12 ans	15	770	13	13		27	22	
13-17 ans	17	887	19	18		20	17	
Adulte (18+)	26	1 361	41	40		24	20	
Mélange d'âge	31	1 634	21	20		20	17	

Remarque : [†] Des tests distincts de validité de l'ajustement chi carré ont comparé chaque groupe à l'étude par rapport aux valeurs probables d'après la population de délinquants sexuels. Les tailles de l'effet du V de Cramer ont été calculées pour chaque comparaison établie.

[a] Lorsque toutes les variables des bases de données du SGD précisant l'âge ou le sexe de la victime indiquaient que le délinquant ne connaissait pas l'âge ou le sexe de la victime, on a déterminé que la victime n'était pas identifiée. Alors que la plupart des délinquants comptaient au moins une victime identifiée, d'autres ayant commis des infractions comme de la pornographie n'avaient pas de victimes spécifiques à leur dossier. Par ailleurs, 82 cas du groupe de la population, 2 cas du groupe atteint de troubles concomitants et 3 cas du groupe ayant des troubles mentaux comportaient des données manquantes pour toutes les variables relatives à l'âge et au sexe des victimes.

[ns] non significative, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Tableau 6

Profils spécifiques des victimes d'infractions sexuelles selon le groupe à l'étude

Profil des victimes	Population		Troubles concomitants			Troubles mentaux		
	%	*n*	%	*n*	*V de Cramer*[†]	%	*n*	*V de Cramer*[†]
Fille de moins de 12 ans	34	1 768	21	20	0,28**	38	31	0,08 [ns]
Garçon de moins de 12 ans	11	556	9	9	0,05 [ns]	14	12	0,12 [ns]
Adolescente de 12 à 17 ans	41	2 093	33	32	0,15 [ns]	32	26	0,18 [ns]
Adolescent de 12 à 17 ans	8	417	2	2	0,22*	13	11	0,19 [ns]
Femmes adultes	39	2 006	58	56	0,39***	31	26	0,15 [ns]
Hommes adultes	2	93	2	2	0,02 [ns]	2	2	0,05 [ns]

Remarque : Comme certains délinquants avaient des victimes d'âge et de sexe différents, les pourcentages ne totalisent pas 100.
[†] Des tests distincts de validité de l'ajustement chi carré ont comparé chaque groupe à l'étude par rapport aux valeurs probables d'après la population de délinquants sexuels. Les tailles de l'effet du V de Cramer ont été calculées pour chaque comparaison établie.
[ns] non significative, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Participation aux programmes correctionnels

Au SCC, les programmes correctionnels sont une stratégie essentielle pour aider les délinquants à devenir des citoyens respectueux des lois. Avant l'élaboration du Modèle de programme correctionnel intégré (MPCI), chaque programme correctionnel était conçu pour traiter des besoins spécifiques liés aux facteurs criminogènes. De plus, après avoir terminé les programmes initiaux, de nombreux délinquants participent à des programmes de maintien des acquis pour agir sur leurs besoins liés aux facteurs criminogènes. Pour ces raisons, beaucoup de délinquants ayant des besoins multiples ont suivi plus d'un programme correctionnel pendant leur incarcération. Les distinctions n'étaient pas marquées entre les trois groupes dans les distributions du nombre d'inscriptions aux programmes (Kruskal-Wallis χ^2 (2, n = 5 464) = 3,9, p = 0,15). Les délinquants sexuels de tous les groupes avaient le plus souvent suivi un seul programme, parfois ils n'en avaient suivi aucun, mais en moyenne, les délinquants du groupe atteint de troubles concomitants s'étaient inscrits à deux programmes et demi (*ET* = 2,17), ceux du groupe ayant des troubles mentaux comptaient deux inscriptions (*ET* = 2,19) et la population de délinquants sexuels également deux (*ET* = 1,94). Même si les délinquants des trois groupes ont commencé des programmes selon des taux similaires, leur taux d'achèvement différait. Parmi les délinquants s'étant inscrits à des programmes, la proportion d'inscriptions qui se sont soldées

par l'achèvement du programme était inférieure chez les délinquants atteints de troubles concomitants (IC à 81 et 95 % [71, 88]), talonnés par ceux aux prises avec des troubles mentaux (IC à 83 et 95 % [72, 90]). La population de délinquants sexuels inscrits à des programmes était 91 % à les avoir terminés (IC à 95 % [90, 92]).

Les écarts relevés dans les taux d'achèvement peuvent découler de la complexité des besoins et de questions de réceptivité, mais ils peuvent aussi provenir des différents programmes affectés aux groupes. Le tableau 7 présente les types de programmes auxquels se sont inscrits les délinquants de chaque groupe. D'ordinaire, les programmes de lutte contre la toxicomanie sont au SCC les programmes correctionnels le plus souvent attribués aux délinquants, qu'ils aient ou non des troubles mentaux (Stewart, Wilton et Cousineau, 2012). Comme il fallait s'y attendre toutefois, ce sont les programmes pour délinquants sexuels qui ont été le plus souvent attribués aux délinquants sexuels de la présente étude. Le groupe atteint de troubles concomitants faisait exception avec un nombre d'inscriptions à des programmes pour délinquants sexuels nettement inférieur à celui de la population. Les délinquants sexuels atteints de troubles concomitants étaient plus souvent inscrits à des programmes de lutte contre la toxicomanie et à des programmes communautaires que ceux du groupe de la population (voir le tableau 7). Cette constatation valait aussi quand on comparait le groupe atteint de troubles concomitants à celui ayant des troubles mentaux : il enregistrait dans des proportions significatives moins d'inscriptions à des programmes pour délinquants sexuels et davantage à des programmes de lutte contre la toxicomanie et à des programmes communautaires. Les résultats ne variaient pas entre le groupe de délinquants atteints de troubles concomitants et celui ayant des troubles mentaux concernant les programmes d'acquisition de compétences psychosociales, les programmes de prévention de la violence familiale, le MPCI et les programmes de prévention de la violence[13]. Il importe de souligner que ce taux d'inscription de délinquants sexuels de la population générale à des programmes pour délinquants sexuels peut ne pas tenir compte de leurs

[13] D'importants tests d'indépendance du chi carré ont appuyé les différences dans le nombre d'inscriptions aux programmes entre les groupes atteints de troubles concomitants et ayant des troubles mentaux relevées pour les programmes pour délinquants sexuels (χ^2 (1, n = 185) = 10,4, p = 0,001, V de Cramer = 0,24), les programmes de lutte contre la toxicomanie (χ^2 (1, n = 185) = 62,7, p < 0,001, V de Cramer = 0,58) et les programmes communautaires (χ^2 (1, n = 185) = 5,4, p = 0,02, V de Cramer = 0,17). Les deux groupes ne se distinguaient pas dans les fréquences des inscriptions aux programmes d'acquisition de compétences psychosociales (χ^2 (1, n = 185) = 0,3, p = 0,58, V de Cramer = 0,04), aux programmes de prévention de la violence familiale (χ^2 (1, n = 185) = 0,02, p = 0,89, V de Cramer = 0,01), aux MPCI (χ^2 (1, n = 185) = 3,0, p = 0,08, V de Cramer = 0,13) et aux programmes de prévention de la violence (χ^2 (1, n = 185) = 0,03, p = 0,86, V de Cramer = 0,01).

antécédents de traitement pour ce comportement criminel. Puisque l'infraction sexuelle a pu survenir dans le cadre de peines antérieures, les délinquants ont pu suivre un programme spécialisé par le passé.

Tableau 7

Inscriptions aux programmes selon les groupes

Programme	Population		Troubles concomitants			Troubles mentaux		
	%	*n*	%	*n*	*V de Cramer*[†]	%	*n*	*V de Cramer*[†]
Délinquants sexuels	56	2 965	33	33	0,46***	57	49	0,02 [ns]
Toxicomanie	30	1 604	71	70	0,88***	13	11	0,38***
Compétences psychosociales	13	664	13	13	0,02 [ns]	10	9	0,06 [ns]
Violence familiale	11	570	11	11	0,01 [ns]	10	9	0,01 [ns]
Programmes communautaires	7	366	20	20	0,52***	8	7	0,05 [ns]
MPCI	5	255	8	8	0,15 [ns]	2	2	0,12 [ns]
Prévention de la violence	4	222	3	3	0,06 [ns]	3	3	0,04 [ns]

Remarque : La colonne des pourcentages ne totalise pas 100 en raison des délinquants inscrits à plusieurs programmes.
[†] Des tests distincts de validité de l'ajustement chi carré ont comparé chaque groupe à l'étude par rapport aux valeurs probables d'après la population de délinquants sexuels. Les tailles de l'effet du V de Cramer ont été calculées pour chaque comparaison établie.
[ns] non significative, *** $p < 0{,}001$.

Résultats en établissement

Les taux des accusations d'infractions disciplinaires et des placements en isolement donnent une indication générale du comportement des délinquants pendant leur incarcération et de leur adaptation au milieu carcéral. Ces résultats ont été mesurés durant les périodes d'incarcération des délinquants depuis l'admission initiale pour la peine en cours jusqu'à leur première mise en liberté. La durée passée par les délinquants de chaque groupe derrière les barreaux a été prise en compte dans les analyses. Le tableau 8 fournit le nombre probable d'accusations d'infractions disciplinaires totales, graves et mineures, et de placements en

isolement sollicité, non sollicité et disciplinaire dont un délinquant de chaque groupe fera l'objet sur une année d'après une analyse des taux[14].

Les accusations d'infractions disciplinaires graves et mineures étaient toutes deux nettement plus courantes chez le groupe des délinquants atteints de troubles concomitants que chez celui des délinquants ayant des troubles mentaux. À leur tour, les délinquants ayant des troubles mentaux comptaient bien plus d'accusations d'infractions disciplinaires que la population de délinquants sexuels. En outre, le nombre d'accusations d'infractions graves visant les délinquants du groupe atteint de troubles concomitants était plus de trois fois supérieur à celui de la population de délinquants sexuels.

Le groupe atteint de troubles concomitants récoltait le nombre le plus élevé de placements en isolement sollicité et non sollicité. Bien que la différence avec le groupe de délinquants atteints de troubles concomitants ne soit pas significative, les délinquants du groupe ayant des troubles mentaux enregistraient le plus grand nombre de placements en isolement disciplinaire. La fréquence des placements de la population de délinquants sexuels dans tous les types d'isolement était significativement inférieure à celle des deux autres groupes. Le nombre de placements en isolement sollicité et non sollicité des délinquants appartenant au groupe atteint de troubles concomitants était presque trois fois plus grands que celui du groupe de la population de délinquants sexuels, et environ une fois et demie celui du groupe ayant des troubles mentaux.

[14] Les différences entre les groupes ont été vérifiées en réalisant un test de Kruskal-Wallis, ce qui empêche la violation de l'hypothèse d'indépendance.

Tableau 8

Nombres probables d'accusations d'infractions disciplinaires et de placements en isolement au cours de l'incarcération et intervalles de confiance de 95 %

	Nombre par année	Intervalle de confiance de 95 %
Total - Infractions disciplinaires		
Troubles concomitants [A]	2,36	[2,18 – 2,55]
Troubles mentaux [B]	1,69	[1,51 – 1,90]
Population [C]	0,88	[0,86 – 0,89]
Infractions disciplinaires graves		
Troubles concomitants [A]	0,68	[0,58 – 0,79
Troubles mentaux [B]	0,43	[0,34 – 0,54
Population [C]	0,19	[0,18 – 0,20
Infractions disciplinaires mineures		
Troubles concomitants [A]	1,68	[1,53 – 1,85]
Troubles mentaux [B]	1,26	[1,10 – 1,44]
Population [C]	0,69	[0,67 – 0,71]
Isolement sollicité		
Troubles concomitants [A]	0,23	[0,18 – 0,30]
Troubles mentaux [B]	0,12	[0,08 – 0,19]
Population [C]	0,07	[0,06 – 0,07]
Isolement non sollicité		
Troubles concomitants [A]	0,46	[0,38 – 0,55]
Troubles mentaux [B]	0,29	[0,21 – 0,38]
Population [C]	0,17	[0,16 – 0,18]
Isolement disciplinaire		
Troubles concomitants [A]	0,02	[0,01 – 0,04]
Troubles mentaux [A]	0,02	[0,01 – 0,06]
Population [B]	0,01	[< 0,01 – 0,01]

Remarque : Les exposants désignent des sous-groupes homogènes; des exposants qui correspondent signalent des différences non significatives tandis que des exposants différents indiquent des différences significatives entre les groupes (voir aussi le tableau B1 à l'annexe B).

Résultats de la mise en liberté dans la collectivité

Les analyses suivantes se penchent sur les réincarcérations pour une infraction commise avant l'expiration du mandat. Dans le cadre des analyses, il importe de vérifier l'intervalle d'exposition au risque de récidive. La période de suivi débutait à la mise en liberté et prenait fin au moment de l'expiration du mandat, de la réincarcération, de l'expulsion, de l'extradition ou de la date de collecte des données. En moyenne, la période de suivi de tous les groupes était d'environ un an (délinquants atteints de troubles concomitants : 342 jours, délinquants ayant des

troubles mentaux : 363 jours, population : 397 jours) et ne variait pas tellement d'un groupe à l'autre (F (2, 4 807) = 1,96, p = 0,14, R^2 < 0,01). Le tableau 9 ci-dessous montre que les délinquants du groupe atteint de troubles concomitants étaient bien plus souvent réincarcérés pour une infraction que la population, tandis que ceux du groupe ayant des troubles mentaux ne se distinguaient pas vraiment du groupe de la population de délinquants sexuels. Les réincarcérations pour une infraction étaient sensiblement comparables pour le groupe atteint de troubles concomitants et celui ayant des troubles mentaux, quelle que soit la durée des périodes de suivi[15].

Tableau 9

Premières réincarcérations pour une infraction selon le groupe à l'étude

	Population % *(n)*	Troubles concomitants % *(n)*	*V de Cramer*†	Troubles mentaux % *(n)*	*V de Cramer*†
Réincarcération dans les 6 mois	3 (103/3 904)	8 (6/74)	0,34**	3 (2/68)	0,02 *ns*
Réincarcération dans les 9 mois	5 (154/3 150)	17 (10/60)	0,55***	8 (4/48)	0,16 *ns*
Réincarcération dans les 12 mois	8 (185/2 460)	29 (14/49)	0,80***	15 6/39)	0,30 *ns*

Remarque : Le nombre de délinquants réincarcérés pour une infraction et le nombre de délinquants qui pouvaient faire l'objet d'un suivi pendant au moins 6 mois, 9 mois et un an, et qui pouvaient donc être inclus dans les analyses respectives sont présentés entre parenthèses dans chacune des cellules du tableau. La période de suivi potentielle correspond au nombre de jours entre la mise en liberté et la date la plus proche de l'expiration du mandat, du décès, de l'expulsion ou de la fin de l'étude. † Des tests distincts de validité de l'ajustement chi carré ont comparé chaque groupe à l'étude par rapport aux valeurs probables d'après la population. Les tailles de l'effet du V de Cramer ont été calculées pour chaque comparaison établie.
ns non significative, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Les analyses de survie constituent une autre méthode pour intégrer l'intervalle

[15] Les tests d'indépendance du chi carré font apparaître des différences négligeables entre le groupe atteint de troubles concomitants et le groupe ayant des troubles mentaux dans la fréquence de réincarcération pour une infraction dans les six mois (χ^2 (1, n = 142) = 1,8, p = 0,18, V de Cramer = 0,11), dans les neuf mois (χ^2 (1, n = 108) = 1,6, p = 0,20, V de Cramer = 0,12), ou dans l'année (χ^2 (1, n = 88) = 2,2, p = 0,14, V de Cramer = 0,16) suivant la mise en liberté.

d'exposition au risque au résultat. Une analyse de survie comparant les délinquants du groupe atteint de troubles concomitants et du groupe ayant des troubles mentaux à la population de délinquants sexuels comme point de référence a fait ressortir des différences significatives (χ^2 (2, n = 4 802) = 8,6, p = 0,014), à savoir que les groupes se distinguaient sans aucun doute sur le plan des réincarcérations des délinquants pour une infraction après leur mise en liberté. Le risque de réincarcération pour une infraction des délinquants du groupe atteint de troubles concomitants était presque trois fois plus grand que celui de la population de délinquants sexuels, alors que le risque de réincarcération pour une infraction des délinquants du groupe ayant des troubles mentaux n'était pas de beaucoup supérieur à celui de la population de délinquants sexuels.

Bien que ce premier résultat ait appuyé l'hypothèse voulant que les résultats les plus faibles proviennent du groupe de délinquants atteints de troubles concomitants, les facteurs de risque ayant pu y avoir contribué n'ont pas été pris en compte. Comme le prouvent les analyses des profils décrites précédemment, la toxicomanie, les troubles mentaux et leur coexistence sont associés à divers autres facteurs de risque. Plusieurs facteurs ont un lien bien établi avec le comportement criminel et peuvent en conséquence modifier la relation entre les groupes à l'étude et la récidive. À ce titre, de nombreuses variables ont été analysées en tant que prédicteurs possibles de récidive[16]. Une série d'analyses de survie a été effectuée en employant une méthode de régression multiple descendante. L'intégralité des covariables correspondant à un facteur de risque a été entrée dans une phase initiale de l'analyse. Chaque phase subséquente donnait lieu au retrait de la covariable non significative se rapportant la moins aux réincarcérations pour une infraction. Les variables précédemment retirées étaient vérifiées pour s'assurer qu'elles n'avaient toujours pas de rapport important avec le résultat. Les variables des groupes à l'étude ont ensuite été ajoutées au modèle. Les variables comprises dans le modèle final et les ratios de risque connexes sont présentées dans le tableau 10.

Ce modèle dans son ensemble, y compris le jeu de covariables et les groupes à l'étude, a prédit de manière fiable les réincarcérations pour une infraction (χ^2 (7, n = 4 721) = 193,62, p < 0,001). L'âge au moment de la mise en liberté, la durée de la peine, une condamnation

[16] Les variables comprenaient l'âge au moment de la mise en liberté, la durée de la peine, le risque global fondé sur les antécédents criminels, une comparution devant un tribunal pour adolescents, une condamnation en tant qu'adolescent, une comparution antérieure devant un tribunal pour adultes, une condamnation antérieure en tant qu'adulte et un besoin dans les domaines de l'emploi, des fréquentations, des relations matrimoniales et familiales, du comportement dans la collectivité ou des attitudes.

antérieure en tant qu'adulte ainsi qu'une cote de besoins liés aux facteurs criminogènes dans le domaine des fréquentations, et une comparution devant un tribunal pour adolescents étaient des prédicteurs spécialement forts de réincarcérations pour une infraction chez les délinquants sexuels. Ces covariables ont complètement influencé le lien entre les groupes à l'étude et les réincarcérations pour une infraction. Les ratios de risque concernant le groupe des délinquants atteints de troubles concomitants par rapport à ceux de la population de délinquants sexuels diminuaient lorsque les facteurs de risque étaient compris dans le modèle, la différence devenant non significative. Les résultats du groupe de délinquants ayant des troubles mentaux sont demeurés à un degré de différence non significative par rapport à ceux de la population de délinquants sexuels. Ni les délinquants du groupe atteint de troubles concomitants, ni ceux du groupe ayant des troubles mentaux n'étaient plus susceptibles de récidiver une fois libérés que le groupe de la population de délinquants sexuels quand les facteurs de risque étaient pris en compte.

Outre la récidive générale, l'étude s'est aussi intéressée aux récidives violentes et sexuelles dont les résultats sont présentés à l'annexe C.

Tableau 10

Modèle de régression des risques proportionnels prédisant les réincarcérations pour une infraction

Covariable	χ^2	p	Ratio de risque
Troubles concomitants	1,55	0,21	1,50 ^{ns}
Troubles mentaux	1,79	0,18	1,84 ^{ns}
Âge au moment de la mise en liberté (années)	41,18	< 0,001	0,95***
Durée de la peine (années)	30,40	< 0,001	1,14***
Condamnation antérieure en tant qu'adulte	26,96	< 0,001	3,81***
Fréquentations	18,77	< 0,001	1,90***
Comparution antérieure devant un tribunal pour adolescent	5,49	0,02	1,44*

^{ns} non significatif, * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$.

Délinquants sexuels autochtones

Les délinquants autochtones sont représentés de façon disproportionnée dans la population de délinquants sous responsabilité fédérale par rapport à leur nombre dans la population générale canadienne. Les délinquants autochtones semblent aussi être surreprésentés chez les délinquants sexuels, et bien plus susceptibles d'avoir des troubles concomitants. Dans la présente étude, 25 % (*n* = 1 379) des délinquants sexuels étaient autochtones, contre 22 % dans la population carcérale générale au SCC en 2010-2011 (SCC, 2013b). Leur représentation dans le groupe de délinquants atteints de troubles concomitants était même supérieure, atteignant 42 % (*n* = 42). Le groupe des délinquants ayant des troubles mentaux se composait de 23 % (*n* = 20) d'Autochtones.

Le tableau 11 fournit le nombre probable d'accusations d'infractions disciplinaires totales, graves et mineures et des placements en isolement sollicité, non sollicité et disciplinaire au cours de l'incarcération des délinquants sexuels autochtones[17]. Comme c'était le cas pour le groupe dans son intégralité que l'on a évoqué précédemment, le groupe de délinquants sexuels autochtones atteints de troubles concomitants enregistrait le plus grand nombre d'accusations d'infractions disciplinaires. Les délinquants sexuels autochtones du groupe ayant des troubles mentaux et de la population n'affichaient pas de différences significatives dans leurs taux d'accusations d'infractions disciplinaires.

Les résultats des taux des placements en isolement ont mis en évidence un nombre nettement plus élevé de placements en isolement sollicité, non sollicité et disciplinaire chez les délinquants sexuels autochtones appartenant au groupe atteint des troubles concomitants. Aucune différence significative n'a été relevée entre le groupe atteint de troubles concomitants et celui ayant des troubles mentaux, ni entre ce dernier et la population de délinquants sexuels autochtones.

[17] Les différences entre les nombres d'accusations d'infractions disciplinaires et de placements en isolement ont été vérifiées en réalisant un test de Kruskal-Wallis, ce qui empêche la violation de l'hypothèse de normalité.

Tableau 11

Nombres probables d'accusations d'infractions disciplinaires et de placements en isolement au cours de l'incarcération et intervalles de confiance de 95 % des délinquants sexuels autochtones

	Nombre par année	Intervalle de confiance de 95 %
Total - Infractions disciplinaires		
Troubles concomitants [A]	2,97	[2,68 – 3,28]
Troubles mentaux [B]	0,96	[0,69 – 1,30]
Population [B]	1,01	[0,97 – 1,05]
Infractions disciplinaires graves		
Troubles concomitants [A]	0,72	[0,58 – 0,88]
Troubles mentaux [B]	0,14	[0,05 – 0,30]
Population [B]	0,22	[0,20 – 0,23]
Infractions disciplinaires mineures		
Troubles concomitants [A]	2,24	[1,99 – 2,52]
Troubles mentaux [B]	0,83	[0,58 – 1,14]
Population [B]	0,79	[0,76 – 0,83]
Isolement sollicité		
Troubles concomitants [A]	0,21	[0,14 – 0,30]
Troubles mentaux [B]	0,16	[0,07 – 0,33]
Population [B]	0,08	[0,07 – 0,10]
Isolement non sollicité		
Troubles concomitants [A]	0,46	[0,35 – 0,59]
Troubles mentaux [B]	0,21	[0,09 – 0,39]
Population [B]	0,19	[0,18 – 0,21]
Isolement disciplinaire		
Troubles concomitants [A]	0,04	[0,01 – 0,09]
Troubles mentaux [B]	0,02	[< 0,01 – 0,13]
Population [B]	< 0,01	[< 0,01 – 0,01]

Remarque : Les exposants désignent des sous-groupes homogènes; des exposants qui correspondent signalent des différences non significatives entre les groupes d'après les résultats figurant dans le tableau B2 à l'annexe B.

Une analyse de survie a été effectuée pour vérifier si les délinquants autochtones des groupes atteints de troubles concomitants et ayant des troubles mentaux se distinguaient de la population de délinquants sexuels autochtones quant aux réincarcérations pour une infraction. Le résultat a révélé que les groupes n'affichaient pas de différences importantes (χ^2 (2, n = 1 225) = 0,2, p = 0,90). Aucune différence significative n'est apparue sur le plan des réincarcérations entre les groupes de délinquants autochtones.

Discussion

Dans le présent rapport, on a examiné le profil, les antécédents criminels, les profils des victimes, les résultats en établissement et les taux de récidive des délinquants sexuels atteints de troubles concomitants par rapport aux délinquants ayant un trouble mental seulement et à la population de délinquants sexuels. Les résultats ont appuyé notre hypothèse, révélant que les délinquants sexuels atteints de troubles concomitants recueillaient généralement des cotes de niveaux de risque statique et dynamique plus hautes que les délinquants sexuels ayant des troubles mentaux et que la population de délinquants sexuels. Le profil du risque et des besoins des délinquants sexuels ayant un trouble mental seulement ne différait pas de façon significative de celui de la population générale de délinquants sexuels. Cette constatation donne à penser qu'un trouble mental, non combiné à des problèmes de toxicomanie, peut ne pas contribuer de façon importante à accroître le risque de comportement criminel futur chez les délinquants sexuels purgeant des peines de ressort fédéral.

Concernant les tendances des infractions sexuelles, les délinquants sexuels atteints d'un trouble concomitant étaient nettement moins susceptibles de s'en être pris à des enfants que les délinquants sexuels ayant un trouble mental. Les victimes des délinquants du groupe atteint de troubles concomitants étaient généralement des adultes de sexe féminin tandis que les adolescentes étaient celles les plus courantes de la population de délinquants sexuels et les filles âgées de moins de 12 ans, les victimes types des délinquants ayant un trouble mental. La tendance des infractions sexuelles commises par le groupe de délinquants atteints de troubles concomitants peut traduire davantage une agression sexuelle opportuniste liée à la toxicomanie et à un mauvais contrôle des impulsions qu'à une déviance sexuelle. Des taux supérieurs de toxicomanie et un mauvais contrôle des impulsions sont des facteurs en lien avec la récidive générale. Par exemple, Hanson et Bussière (1996) ont observé des taux plus élevés de récidive criminelle générale chez les auteurs d'agressions sexuelles envers des femmes adultes que chez les délinquants dont les victimes étaient des enfants.

Les résultats confirment également notre hypothèse de la relation entre des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale et un risque accru de mauvais résultats correctionnels. Cette tendance a été remarquée dans d'autres études récentes. En revanche, on ne sait toujours pas si la toxicomanie seule engendre ces résultats moins bons. Par exemple, l'étude antérieure du SCC réalisée par Wilton et Stewart (2012) a montré que les délinquants ayant

seulement un problème de toxicomanie, sans trouble mental, obtenaient des résultats plus médiocres que ceux du groupe ayant un trouble mental, et presque aussi mauvais que ceux du groupe atteint de troubles concomitants. Smith et Trimboli (2010) ont constaté des résultats très similaires, concluant que les troubles de santé mentale non accompagnés d'un problème de toxicomanie renforçaient peu le risque de récidive. D'après Fazel et coll. (2009), un groupe de délinquants aux prises avec des troubles concomitants de schizophrénie et de toxicomanie avait des taux de récidive violente nettement plus élevés qu'un groupe de référence composé de délinquants de type général et de délinquants ayant un trouble mental seulement, mais cette différence s'amenuisait considérablement lorsque l'on comparait un groupe de délinquants atteints de troubles concomitants à leurs frères et sœurs qui connaissaient un risque accru de toxicomanie et n'étaient pas touchés par la schizophrénie. Une fois encore, la toxicomanie semblait avoir une plus grande incidence sur les résultats de comportement violent que le trouble mental. Nous avançons l'hypothèse que dans la présente étude, des niveaux plus élevés de traits de personnalité antisociale chez les délinquants faisant face à des problèmes de toxicomanie, qu'on leur ait posé un diagnostic de trouble mental ou non, peuvent jouer un rôle dans les différences de résultats entre ces groupes.

Il est intéressant de noter que les délinquants sexuels autochtones atteints de troubles concomitants ne semblent pas recueillir des résultats pires après leur mise en liberté que la population de délinquants sexuels autochtones. Une nouvelle recherche est nécessaire pour explorer les raisons de cette constatation. Une des explications possibles est que les niveaux de toxicomanie et de troubles mentaux dont sont atteints les délinquants sexuels autochtones étaient similaires dans les trois groupes à l'étude. Dans un profil des délinquants établi récemment, 91 % des délinquants des Premières Nations et 86 % des délinquants inuits et métis ont été désignés comme ayant un problème de toxicomanie, et 55 à 63 % d'entre eux ont obtenu des cotes « modéré », « important » ou « grave » à l'ADS ou au DAST (Farrell MacDonald, 2013). Les délinquants autochtones du groupe atteint seulement de troubles mentaux peuvent aussi avoir dans une certaine mesure des antécédents de toxicomanie. Les groupes étaient peut-être donc trop semblables quant au degré des problèmes de toxicomanie et de trouble mental pour pouvoir déceler des différences dans leurs résultats.

Le recours aux aiguillages acceptés vers l'ISMC pour déterminer un diagnostic de trouble mental constitue l'une des limites de l'étude. Alors que les critères pour qu'un aiguillage vers

l'ISMC soit accepté exigent que tous les délinquants aient soit un diagnostic de troubles de l'Axe I, soit une déficience fonctionnelle découlant de divers troubles neurologiques, il est possible que les délinquants aient été aiguillés vers l'ISMC pour des raisons comportementales ou des antécédents criminels graves s'ajoutant à des problèmes de santé mentale. En conséquence, les délinquants appartenant au groupe atteint de troubles concomitants et à celui ayant des troubles mentaux ont pu se distinguer de la population de délinquants sexuels d'autres manières que par leurs problèmes de toxicomanie et leurs troubles mentaux. Bien qu'il ne soit pas possible d'évaluer cet éventuel facteur de confusion, il semble improbable que cela ait pu expliquer toutes les différences observées entre les groupes étant donné que de nombreuses covariables du risque et des besoins corrélées aux problèmes comportementaux et aux antécédents criminels étaient statistiquement prises en compte dans les résultats de la récidive. Une méthodologie qui suit le comportement d'une sélection aléatoire de délinquants à qui l'on a diagnostiqué un trouble mental à l'admission au moyen d'un outil clinique normalisé permettrait de traiter ce problème potentiel de recrutement.

Conclusions

Les constatations dégagées donnent à penser que la triple stigmatisation (Hartwell, 2004) des problèmes de toxicomanie, des troubles mentaux et des antécédents criminels est associée à un risque accru que les délinquants sexuels obtiennent un certain nombre de résultats correctionnels moins bons. Cette interaction complexe de problèmes exige des interventions correctionnelles destinées aux délinquants atteints de troubles concomitants afin de traiter de multiples besoins liés aux facteurs criminogènes ainsi que de stabiliser les problèmes de santé mentale. L'orientation du rapport entre les troubles concomitants et le risque criminel élevé n'est pas claire. Il se pourrait que des niveaux plus hauts de traits de personnalité antisociale chez les délinquants ayant des antécédents de toxicomanie engendrent ces résultats plus médiocres; il reste encore à déterminer le lien entre le trouble mental et la toxicomanie, et la criminalité. La présente étude apporte toutefois aux écrits qui ne cessent de s'étoffer sur la question en soulignant la possible inefficacité d'essayer de traiter les problèmes de santé mentale ou de toxicomanie sans agir sur l'autre (Drake, Mueser, Brunette et McHugo, 2003).

Bibliographie

Abram, K. M. et Teplin, L. A (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy. *American Psychologist*, *46*, 1036-1045.

American Psychiatric Association (2013*). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Anwar, S., Langstrom, N., Grann, M., et Fazel, S. (2011). Is arson the crime most strongly associated with psychosis?—a national case-control study of arson risk in schizophrenia and other psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, *37*, 580-586.

Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J., et Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry*, *22*, 113-120.

Brinded, P. M. J., Simpson, A. I. F., Laidlaw, T. M., Fairley, N., et Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: A national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*, 166-173.

Brink, J. H., Doherty, D., et Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, *24*, 339-356.

Butler, T., Indig, D., Allnutt, S., et Mamoon, H. (2011). Co-occurring mental illness and substance use disorders among Australian prisoners. *Drug Alcohol Review*, *30*, 188-194.

Diamond, P. M., Wang, E. W., Holzer, C. E., Thomas, C. R., et Cruser, D. A. (2001). The prevalence of mental illness in prison: Review and policy implications. *Administration and Policy in Mental Health*, *29*, 21-40.

Drake, R. E. Mueser, K. T., Brunette, M. F., et McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *27*, 360-374.

Farrell MacDonald, S. (2013). *Profil des hommes délinquants autochtones sous responsabilité fédérale : aperçu de la garde et de la surveillance* (rapport de recherche R-321). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Fazel, S. et Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders: A Swedish population study. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2129–2139.

Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., et Lichenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *Journal of American Medical Association*, *301*, 2016-2023.

Fazel, S., Sjosdedt, G., Langstrom, N., et Grann, M. (2007). Sexual offending and the risk of severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 588-594.

Gavin, D. R., Ross, H. E., et Skinner, H. A. (1989). Diagnostic validity of the DAST in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction*, *84*, 301-307.

Hanson, R. K. et Bussière, M. T. (1996). *Les prédicteurs de la récidive chez les délinquants sexuels : une méta-analyse.* Ottawa, ON : Sécurité publique Canada.

Hanson, R. K. et Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 1154–1163.

Harris, A. J. R., Cousineau, C., Foster, S., Wilton, G., et Power, J. (manuscrit soumis). *Profil des délinquants sexuels sous responsabilité fédérale* (rapport de recherche R-302). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L., Lalumière, M. L., Boer, D., et Lang, C (2003). A multi-site comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychological Assessment*, *15*, 413-425.

Hartwell, S. (2004). Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*, *15*, 84-99.

Hoertel, N., Le Strat, Y., Schuster, J.-P., et Limosin, F. (2012). Sexual assaulters in the United States: Prevalence and psychiatric correlates in a national sample. *Archives of Sexual Behavior*, *41*,1379–1387.

Krausz, R. M. (2009). La toxicomanie et les problèmes de santé mentale - Une introduction aux troubles concomitants. *Toxicomanie au Canada : troubles concomitants*. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Langevin, R. et Curnoe, S. (2011). Psychopathy, ADHD, and brain dysfunction as predictors of lifetime recidivism among sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *55*, 5-26.

Magaletta, P. R., Diamond, P. M., Faust, E., Daggett, D. M., et Camp, S. D. (2009). Estimating the mental illness component of service need in corrections: Results from the Mental Health Prevalence Project. *Criminal Justice and Behavior*, *36*, 229-244.

Motiuk, L. L. et Porporino, F. J. (1991). *La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada* (rapport de recherche R-24). Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada.

Nolan, A. et Stewart, L. A. (manuscrit soumis). *Federally-sentenced sexual offenders: Recent population trends (2010-2014) and current profile* (rapport de recherche). Ottawa, ON: Service correctionnel du Canada.

Peters, R. H., Greenbaum, P. E., Steinberg, M. L., Carter, C. R., Ortiz, M. M., Fry, B. C., et Valle, S. K. (2000). Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prisoners. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18,* 349-358.

Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., et Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American Journal of Psychiatry, 156,* 786–788.

Rea, L. M. et Parker, R. A. (2005). *Designing and conducting survey research: A comprehensive guide*. San Francisco: Jossey-Bass.

Service correctionnel du Canada (2012). *Directive du commissaire 705-6 : planification correctionnelle et profil criminel.* Ottawa , ON : Service correctionnel du Canada. Consulté à l'adresse : http://www.csc-scc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/705-6-cd-fra.shtml.

Service correctionnel du Canada (2013a). *Service correctionnel du Canada - 2013-14 Rapport sur les plans et les priorités.* Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada. Consulté à l'adresse : http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/rpp/rpp2013-2014/rpp-2013-14-fra.shtml.

Service correctionnel du Canada (2013b). *The Corporate Reporting System Aboriginal-Non-Aboriginal Offender Population Distribution by Region/Site [data application]*. Ottawa, ON: Service correctionnel du Canada.

Skinner, H. A. (1982). Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviours, 7,* 363-371.

Skinner, H. A. et Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS): User's Guide.* Toronto : Addiction Research Foundation.

Smith, N. et Trimboli, L. (mai 2010). Comorbid substance and non-substance mental health disorders and re-offending among NSW prisoners. *Crime and Justice Bulletin*: *Contemporary Issues in Crime and Justice, 140,* NSW Bureau of Crime Statistics and Research. Consulté à l'adresse : http://www.bocsar.nsw.gov.au/agdbasev7wr/bocsar/documents/pdf/cjb140.pdf.

Stewart, L. A., Wilton, G., et Cousineau, C. (2012). *Délinquants purgeant une peine de ressort fédéral atteints de troubles mentaux : résultats correctionnels et intervention correctionnelle* (rapport de recherche R-268). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Swartz, J. A. et Lurigio, A. J. (1999). Psychiatric illness and comorbidity among adult male jail detainees in drug treatment. *Psychiatric Services, 50,* 1628-1630.

Wilton, G. et Stewart, L. A. (2012). *Résultats chez les délinquants présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale* (rapport de recherche R-277). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Annexes

Annexe A : Protocole de codage du diagnostic

N^{o} ID : _____ N^{o} SED : _____ ÉVALUATEUR : _____

A. Conditions d'admissibilité aux services de planification clinique de la continuité des soins (cocher toutes les cases qui s'appliquent)			
☐	Trouble mental grave	☐	Troubles de l'adaptation
		☐	Troubles anxieux
		☐	Troubles de l'alimentation
		☐	Troubles du contrôle des impulsions
		☐	Dépression majeure
		☐	Troubles bipolaires
		☐	Autres troubles de l'humeur
		☐	Schizophrénie, troubles schizophréniformes
		☐	Autres troubles psychotiques
		☐	Autres diagnostics : _____
☐	Troubles de la personnalité (autre qu'antisociale) (à savoir paranoïaque, limite, schizoïde, etc.)		
☐	Troubles de la personnalité antisociale	☐	Traits de personnalité antisociale
☐	Déficience fonctionnelle modérée à grave découlant d'une **lésion cérébrale acquise** ou d'un **dysfonctionnement cérébral organique** (p. ex. un TCAF)		
☐	Trouble du développement ou déficience intellectuelle modérés à graves		

Document/date/commentaires :

Diagnostic selon le DSM IV Date/source :

_____

Axe I

Axe II

Axe III

Axe IV

Axe V

Antécédents de tentatives de suicide	☐ **1** Oui	☐ **0** Non	☐ **99** Évaluation impossible
Antécédents d'automutilation ou de comportement parasuicidaire	☐ **1** Oui	☐ **0** Non	☐ **99** Évaluation impossible
Antécédents d'automutilation ou de comportement suicidaire – distinction imprécise	☐ **1** Oui	☐ **0** Non	☐ **99** Évaluation impossible

Annexe B : Tests des différences dans les accusations d'infractions disciplinaires et les placements en isolement entre les groupes

La différence dans le nombre d'accusations d'infractions disciplinaires et de placements en isolement entre les deux groupes est vérifiée de façon appropriée en calculant le ratio des deux groupes : l'un divisé par l'autre. On peut interpréter le ratio comme étant le nombre de fois où le taux du groupe dans le numérateur est supérieur au taux du groupe dans le dénominateur. Le ratio des taux prévus lorsque les taux pour les deux groupes sont identiques est égal à 1. Un ratio des taux supérieurs à 1 indique que le taux du groupe dans le numérateur était supérieur au taux du groupe dans le dénominateur. Un ratio des taux inférieurs à 1 indique que le taux du groupe du numérateur est inférieur au taux du groupe du dénominateur. Par exemple, le taux de placements en isolement sollicité des délinquants du groupe atteint de troubles concomitants était près de 1,9 fois plus élevé que celui des délinquants du groupe ayant des troubles mentaux et près de 3,5 fois supérieur au taux de la population de délinquants sexuels. On a calculé pour chaque ratio des taux un intervalle de confiance de 95 %. Si l'intervalle de confiance comprend 1, les deux taux ne comportent pas de différence significative.

Les tableaux suivants présentent les ratios des taux et leurs intervalles de confiance qui ont servi à dégager les différences significatives entre les taux par paires, figurant dans la section Résultats. Comme on peut le constater dans le tableau B1, le taux de placements en isolement sollicité pour le groupe atteint de troubles concomitants était significativement plus élevé que celui du groupe ayant des troubles mentaux et du groupe de la population des délinquants sexuels puisque les intervalles de confiance pour les ratios des taux de chaque paire ne comprenaient pas 1. Les taux de placements en isolement disciplinaire des groupes de délinquants atteints de troubles concomitants et ayant des troubles mentaux ne comportaient pas de différence significative étant donné que le ratio des taux était proche de 1 et que l'intervalle de confiance comprenait 1.

Tableau B1

Ratio des taux et intervalles de confiance des accusations d'infractions disciplinaires et des placements en isolement

Groupe		Ratio des taux	Intervalle de confiance de 95 %
Numérateur	Dénominateur		
Total - Infractions disciplinaires			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	1,4	[1,2 – 1,6]*
Troubles concomitants	Population	2,7	[2,5 – 2,9]*
Troubles mentaux	Population	1,9	[1,7 – 2,7]*
Infractions disciplinaires graves			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	1,6	[1,2 – 2,1]*
Troubles concomitants	Population	3,7	[3,1 – 4,3]*
Troubles mentaux	Population	2,3	[1,8 – 2,9]*
Infractions disciplinaires mineures			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	1,3	[1,1 – 1,6]*
Troubles concomitants	Population	2,4	[2,2 – 2,7]*
Troubles mentaux	Population	1,8	[1,6 – 2,1]*
Isolement sollicité			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	1,9	[1,1 – 3,2]*
Troubles concomitants	Population	3,5	[2,6 – 4,5]*
Troubles mentaux	Population	1,9	[1,2 – 2,9]*
Isolement non sollicité			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	1,6	[1,1 – 2,3]*
Troubles concomitants	Population	2,7	[2,2 – 3,2]*
Troubles mentaux	Population	1,7	[1,2 – 2,2]*
Isolement disciplinaire			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	0,8	[0,2 – 4,3] ^{ns}
Troubles concomitants	Population	3,7	[1,1 – 9,1]*
Troubles mentaux	Population	4,3	[1,1 – 11,8]*

^{ns} non significatif, * $p < 0,05$.

Tableau B2

Ratio des taux et intervalles de confiance des accusations d'infractions disciplinaires et des placements en isolement chez les délinquants sexuels autochtones

Groupe		Ratio des taux	Intervalle de confiance
Numérateur	Dénominateur		de 95 %
Total - Infractions disciplinaires			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	3,1	[2,2 – 4,3]*
Troubles concomitants	Population	2,9	[2,6 – 3,3]*
Troubles mentaux	Population	1,0	[0,7 – 1,3] ^{ns}
Infractions disciplinaires graves			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	5,3	[2,3 – 14,7]*
Troubles concomitants	Population	3,4	[2,7 – 4,2]*
Troubles mentaux	Population	0,6	[0,2 – 1,4] ^{ns}
Infractions disciplinaires mineures			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	2,7	[1,9 – 4,0]*
Troubles concomitants	Population	2,8	[2,5 – 3,2]*
Troubles mentaux	Population	1,0	[0,7 – 1,4] ^{ns}
Isolement sollicité			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	1,3	[0,5 – 3,5] ^{ns}
Troubles concomitants	Population	2,5	[1,6 – 3,7]*
Troubles mentaux	Population	1,9	[0,8 – 4,0] ^{ns}
Isolement non sollicité			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	2,2	[1,1 – 5,1]*
Troubles concomitants	Population	2,4	[1,8 – 3,1]*
Troubles mentaux	Population	0,4	[0,2 – 0,7] ^{ns}
Isolement disciplinaire			
Troubles concomitants	Troubles mentaux	1,7	[0,2 – 79,3] ^{ns}
Troubles concomitants	Population	11,9	[3,1 – 41,7]*
Troubles mentaux	Population	7,1	[0,2 – 52,6] ^{ns}

^{ns} non significatif, * $p < 0,05$.

Annexe C : Récidive violente et sexuelle

L'examen de la récidive a été approfondi par une étude des récidives violente et sexuelle (voir les tableaux C1 à C3). Ces catégories de récidive étaient peu fréquentes, moins de 6 % des délinquants de quelque groupe que ce soit récidivant en commettant une infraction violente ou sexuelle. Pour cette raison, beaucoup trop de délinquants auraient été éliminés de cette analyse si l'on avait maintenu des périodes de suivi constantes de 6, 9 et 12 mois. À ce titre, les résultats consignés dans le tableau C1 correspondent simplement au nombre de délinquants de chaque groupe qui ont été réincarcérés pour des infractions violentes ou sexuelles. Les groupes de délinquants atteints de troubles concomitants et ayant des troubles mentaux comptaient tous deux un nombre significativement plus grand de délinquants ayant récidivé avec violence que la population de délinquants sexuels. Toutefois, ils ne se distinguaient pas nettement l'un de l'autre en ce qui touchait à la récidive violente (χ^2 (1, n = 158) = 0,03, p = 0,85, V de Cramer = 0,01) ou à la récidive sexuelle (χ^2 (1, n = 157) = 0,02, p = 0,89, V de Cramer = 0,01).

Les périodes de suivi ne devraient pas fausser ces résultats puisque les groupes ne présentaient pas de différences significatives à cet égard. Cependant, pour s'en assurer, on a effectué des analyses de survie dont les résultats corroborent ceux observés pour les fréquences. Les groupes de délinquants atteints de troubles concomitants et ayant des troubles mentaux présentaient un risque accru de récidive violente – trois fois supérieur – que la population de délinquants sexuels. Des modèles de médiation n'ont pas été explorés en raison des faibles fréquences de réincarcérations pour des infractions violentes. Les groupes ne se distinguaient pas nettement sur le plan de la récidive sexuelle.

Tableau C1

Premières réincarcérations pour des infractions violentes ou sexuelles, selon le groupe à l'étude

Type de récidive	Population		Troubles concomitants		*V de Cramer*[†]	Troubles mentaux		*V de Cramer*[†]
	%	*n*	%	*n*		%	*n*	
Récidive violente (*N* = 4 538)	2	73	5	4	0,24*	5	4	0,29*
Récidive sexuelle (*N* = 4 532)	1	40	2	2	0,15 [ns]	3	2	0,19 [ns]

[†] Des tests distincts de validité de l'ajustement chi carré ont comparé chaque groupe à l'étude par rapport aux valeurs probables d'après la population de délinquants sexuels. Des tests d'indépendance du chi carré ont comparé le groupe atteint de troubles concomitants et celui ayant des troubles mentaux; ils sont présentés dans le corps du texte. Les tailles de l'effet du V de Cramer ont été calculées pour chaque comparaison établie.
[ns] non significatif, * $p < 0,05$.

Tableau C2

Modèle de régression des risques proportionnels de réincarcérations pour une infraction avec violence en prenant la population de délinquants sexuels comme point de référence

Groupe	Ratio de risque	χ^2 (1)
Troubles concomitants	3,18	5,1*
Troubles mentaux	3,42	5,7*

* $p < 0,05$.

Tableau C3

Modèle de régression des risques proportionnels de réincarcérations pour une infraction sexuelle en prenant la population de délinquants sexuels comme point de référence

Groupe	Ratio de risque	χ^2 (1)
Troubles concomitants	2,91	2,2 [ns]
Troubles mentaux	3,07	2,4 [ns]

[ns] non significatif.