SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.

RAPPORT DE RECHERCHE

Troubles mentaux concomitants : prévalence et incidence sur les résultats dans la collectivité

2018 Nº R-404

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.

Troubles mentaux concomitants : prévalence et incidence sur les résultats dans la collectivité

Lynn A. Stewart

Laura Gamwell

et

Geoff Wilton

Service correctionnel du Canada

Mai 2018

Remerciements

Le présent rapport suit un rapport antérieur sur les troubles mentaux concomitants et leur incidence sur les résultats en établissement. Comme ils l'ont fait dans le rapport précédent, les auteurs tiennent à remercier les nombreuses personnes qui ont collaboré à l'étude. La Direction de la santé mentale a fait réaliser le sondage initial, fourni des conseils continus et financé le projet. Nous remercions particulièrement Jennifer Wheatley, Natalie Gabora et Kathleen Thibault de leur soutien. Dans les régions, le personnel correctionnel, le personnel des services psychologiques et les directeurs d'établissement ont répondu aux besoins des chercheurs et facilité la réalisation de l'étude. Les chercheurs ont travaillé avec diligence pour interroger les délinquants et recueillir les données. John Weekes a donné des commentaires sur l'ébauche du rapport. Enfin, nous tenons à remercier les délinquants qui ont accepté de raconter leur histoire et d'ainsi permettre de recueillir les données qui serviront à planifier et à améliorer les services de santé mentale.

Résumé

Mots clés : troubles mentaux concomitants, délinquants, santé mentale des délinquants, résultats correctionnels, trouble mental, comportement criminel.

La recherche précédente repose sur les résultats du sondage en matière de santé mentale et visait à analyser les résultats en établissement des délinquants ayant des troubles mentaux concomitants diagnostiqués (Stewart et Wilton, 2014). Les résultats ont révélé que la majorité des hommes ayant des problèmes de santé mentale ont plus d'un trouble diagnostiqué. Sur le plan des comportements problématiques en établissement, il a été observé que les placements en isolement préventif et les inconduites étaient plus fréquents chez les délinquants ayant un trouble de toxicomanie (TT) ou un trouble de la personnalité (TP). Les délinquants ayant seulement un trouble de l'Axe I (sans TT ou TP) n'étaient pas plus susceptibles d'être impliqués dans des cas d'inconduite, d'être les instigateurs d'incidents liés à des voies de fait ou d'être placés en isolement que les délinquants sans diagnostic de trouble mental. Les auteurs ont conclu que ce sont les symptômes d'impulsivité, d'agressivité et de labilité émotionnelle associés aux troubles de la personnalité qui sont responsables en grande partie des résultats négatifs en établissement de beaucoup de délinquants aux prises avec un trouble mental.

La présente recherche est fondée sur une méthode similaire; les auteurs ont analysé les résultats du sondage en matière de santé mentale pour vérifier si les résultats sont les mêmes dans les cas de révocation de la mise en liberté.

Les résultats confirment les observations de la recherche précédente, soit que les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale ayant des troubles mentaux de l'Axe I avec diagnostic de trouble de toxicomanie et de troubles de la personnalité concomitants présentent les résultats les plus faibles et les taux de déficience fonctionnelle les plus élevés parmi les groupes examinés. Les délinquants ayant un trouble de l'Axe I sans trouble concomitant affichent un taux de révocation semblable à celui des délinquants n'ayant pas de trouble mental. Les résultats sont demeurés les mêmes au moment de vérifier les facteurs liés aux résultats correctionnels.

Des résultats contradictoires découlent de recherches antérieures menées à l'étranger concernant le rôle des troubles mentaux dans le risque de commettre une infraction criminelle. La présente étude confirme clairement que ce sont principalement les symptômes d'impulsivité et d'instabilité émotionnelle des personnes ayant des troubles de la personnalité combinés à un trouble de toxicomanie qui augmentent le taux de criminalité chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Cette conclusion est également confirmée par les résultats de recherche qui montrent que les délinquants ayant un trouble mental diagnostiqué sans trouble de la personnalité ou de toxicomanie ne présentent pas un taux de récidive plus élevé. Toutefois, une exception possible serait un cas où les symptômes d'une maladie mentale grave sont actifs. Le fait de ne pas prendre en considération le rôle des troubles concomitants pourrait expliquer l'incohérence des résultats de recherches sur les troubles mentaux et la criminalité.

D'un point de vue stratégique, ces résultats confirment la nécessité de fournir aux délinquants ayant des troubles mentaux des interventions qui répondent directement à leurs besoins liés aux

facteurs criminogènes (Andrews et Bonta, 2010) et de traiter leurs graves problèmes de santé mentale. Si l'impulsivité, la réaction émotionnelle et l'orientation antisociale associées aux problèmes de santé mentale ne sont ni abordées ni évaluées, il est peu probable que l'on réussisse à améliorer les résultats correctionnels des délinquants ayant des troubles mentaux qui se retrouvent dans le système de justice pénale.

Table des matières

Remerciements ii
Résumé iii
Liste des tableaux vii
Introduction 1
Méthode 3
    Participants 3
    Procédure/approche analytique 4
Mesures/matériel 6
    Résultats relatifs à la mise en liberté 9
Résultats 11
Conclusions 18
Bibliographie 19

Liste des tableaux

Tableau 1 *Statistiques descriptives de l'échantillon* 4
Tableau 2 *Révocations relativement aux groupes de troubles concomitants* 12
Tableau 3 *Révocations relativement aux résultats à l'EGF* 13
Tableau 4 *Révocations relativement aux groupes de troubles concomitants et aux résultats à l'EGF* 14
Tableau 5 *Révocations relativement aux groupes de troubles concomitants et aux résultats à l'EGF* 16

Introduction

Le rôle des troubles mentaux dans l'augmentation du risque de comportement criminel et de violence fait l'objet de débats depuis longtemps déjà. Les défenseurs des personnes ayant des troubles mentaux craignent la stigmatisation de ces dernières et ont fréquemment fait valoir qu'elles ne sont pas plus susceptibles de présenter un danger que celles qui n'ont pas de trouble diagnostiqué, et de nombreuses recherches les appuient (p. ex. Bonta, Blais et Wilson, 2013; Bonta, Law et Hanson, 1998). Cependant, de récentes recherches menées à l'étranger font le lien entre un diagnostic de trouble mental et les comportements criminels, plus particulièrement les crimes avec violence (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes et Grann, 2009; Fazel, Langstrom, Hjern, Grann et Lichenstein, 2009).

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a mené plusieurs études sur les résultats des délinquants ayant des troubles mentaux (Wilton et Stewart, 2012). Dans le cadre de deux études fondées sur un diagnostic confirmé de trouble mental, les chercheurs ont comparé les résultats de quatre groupes de délinquants : ceux ayant seulement un trouble mental; ceux ayant seulement un trouble de toxicomanie; ceux ayant un trouble mental et un trouble de toxicomanie concomitants; et ceux n'ayant aucun trouble mental ni trouble de toxicomanie. Une de ces études ne visait que les délinquants sexuels (Wilton, Stewart et Mossière, 2014). Les résultats des deux études ont révélé que le groupe ayant des troubles concomitants présentait les résultats les plus faibles au chapitre du comportement en établissement et du taux de récidive après une mise en liberté. Les délinquants ayant un trouble de toxicomanie affichaient un taux de réincarcération plus élevé que les délinquants n'ayant aucun trouble mental et les délinquants ayant seulement un trouble mental.

Des chercheurs ont récemment utilisé les résultats d'un sondage national du SCC en matière de santé mentale (N = 1 108; Beaudette, Power et Stewart, 2015) pour déterminer les taux de prévalence des troubles mentaux concomitants chez les délinquants de sexe masculin admis sous responsabilité fédérale ainsi que pour examiner les résultats associés aux combinaisons en matière de troubles concomitants pour la durée de leur peine (Stewart et Wilton, 2015; 2017). L'expression « diagnostic de troubles concomitants » décrit l'état d'une personne souffrant de plus d'un trouble de santé mentale à la fois. Dans l'ensemble, ces résultats indiquent que la plupart des délinquants de sexe masculin ayant des troubles mentaux souffraient

également d'au moins un autre trouble (environ 70 %) et que les troubles mentaux sont le plus souvent combinés à un trouble de toxicomanie ou de la personnalité. Les auteurs ont examiné les résultats en établissement des délinquants ayant des troubles mentaux concomitants diagnostiqués. Les résultats ont révélé que, parmi les comportements problématiques en établissement, comme les placements en isolement préventif et les inconduites, étaient plus fréquents chez les délinquants ayant un trouble de toxicomanie (TT) et/ou un trouble de la personnalité (TP). Les délinquants ayant un seul trouble de l'Axe I (sans TT ou TP) n'étaient pas plus susceptibles d'être impliqués dans des cas d'inconduite, d'être les instigateurs d'incidents liés à des voies de fait ou d'être placés en isolement que les délinquants sans diagnostic de trouble mental. Les auteurs ont conclu que les symptômes d'impulsivité, d'agressivité et de labilité émotionnelle associés aux troubles de la personnalité sont responsables en grande partie des résultats négatifs en établissement de beaucoup de délinquants aux prises avec un trouble mental. Les résultats sont pertinents pour le traitement et la prise en charge des délinquants ayant des troubles mentaux et confirment la nécessité de leur fournir des programmes correctionnels adaptés ainsi qu'un traitement en santé mentale afin de les stabiliser en établissement.

Une méthode semblable a été utilisée dans le cadre de la présente recherche afin de vérifier si les résultats sont les mêmes pour les délinquants après leur mise en liberté. Pour ce faire, les auteurs ont analysé les résultats des délinquants ayant des troubles mentaux (en fonction de combinaisons de troubles concomitants) à ceux des délinquants n'ayant pas de trouble mental diagnostiqué dans le but de comparer leurs taux respectifs de révocation et de révocation avec infraction.

Méthode

Il est important de mentionner que la présente section, qui décrit l'approche et les outils utilisés relativement au diagnostic de troubles mentaux, est tirée du rapport précédent et porte sur le même échantillon établi pour examiner les résultats des délinquants en établissement (Stewart et Wilton, 2017. *Troubles mentaux concomitants : prévalence et incidence sur les résultats en établissement*. Rapport de recherche R-379). Cependant, la description des analyses et les variables des résultats sont uniques à la présente étude et à son rapport.

Participants

Des entrevues cliniques ont été menées auprès d'une cohorte de délinquants nouvellement admis en établissement fédéral entre mars 2012 et septembre 2014. Les données sur la mise en liberté et la réincarcération ont été recueillies en janvier 2017. Parmi les 1 108 délinquants interrogés, 975 ont été libérés sous condition ou d'office et ont participé à l'examen de leurs résultats après leur mise en liberté. Sur les 133 autres délinquants, 114 n'avaient pas encore été libérés, et 19 ne faisaient l'objet d'aucun suivi après leur mise en liberté pour une des raisons suivantes : expiration du mandat; ordonnance de mise en liberté rendue par un tribunal ou une autre autorité; décès; ou transfèrement à l'étranger. Seuls ceux qui ont donné leur consentement figurent dans l'étude. Le taux national de consentement a été de 78 %. Pour déterminer la représentativité de l'échantillon, les profils des participants à l'étude ont été comparés à ceux des délinquants qui ont refusé d'y participer. Les participants étaient plus susceptibles de présenter un faible risque (selon l'évaluation des besoins liés aux facteurs criminogènes et du risque statique) et d'avoir été reconnus coupables d'une infraction sexuelle ($\chi^2 = 9{,}18$, *ddl* = 1, $p < 0{,}01$). L'âge moyen des participants et de ceux qui ont refusé de participer ne différait pas (35,6 ans et 35,2 ans).

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives de l'échantillon de délinquants évalués et ensuite libérés, en fonction de l'ascendance autochtone.

Tableau 1

Statistiques descriptives de l'échantillon (N = 975)

	Non Autochtones (*N* = 772)		Autochtones (*N* = 195)		Tous les délinquants (*N* = 975)	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Risque statique						
Faible	155	20 %	11	6 %	168	17 %
Moyen	340	44 %	86	44 %	432	44 %
Élevé	276	36 %	98	50 %	374	38 %
Risque dynamique (niveau de besoin)						
Faible	98	13 %	9	5 %	109	11 %
Moyen	324	42 %	55	28 %	382	39 %
Élevé	349	45 %	131	67 %	483	50 %
Notes à l'EGF						
de 21 à 30	31	4 %	8	4 %	39	4 %
de 31 à 40	50	6 %	27	14 %	77	8 %
de 41 à 50	85	11 %	37	19 %	125	13 %
de 51 à 60	69	9 %	29	15 %	99	10 %
de 61 à 70	95	12 %	27	14 %	122	13 %
de 71 à 80	146	19 %	25	13 %	173	18 %
81 et plus	296	38 %	42	22 %	340	35 %
Programmes correctionnels						
Non inscrit	362	47 %	32	16 %	400	41 %
Au moins un terminé	410	91 %	163	96 %	575	92 %
Infraction à l'origine de la peine actuelle						
Avec violence	356	46 %	111	57 %	470	48 %
Sans violence	416	54 %	84	43 %	505	52 %
	M	*Écart-type*	*M*	*Écart-type*	*M*	*Écart-type*
Âge au moment de l'admission	36	12	32	10	35	12
Durée de la peine (en jours)	1 241	593	1 125	477	1 215	572
Suivi après la mise en liberté (en jours)	396	248	268	178	370	241
Résultats à l'EGF	70	19	61	19	68	19

Remarque : EGF = évaluation globale du fonctionnement. Un résultat faible à l'EGF indique une déficience plus importante.

Procédure/approche analytique

Pour réaliser l'étude, on a utilisé une méthode fondée sur l'admission continue. Autrement dit, on a demandé à tous les délinquants admissibles de participer dans l'ordre de leur admission dans l'établissement sur une période de six mois. En raison de difficultés sur le plan

logistique et de taux d'admission inférieurs à la normale dans certaines régions, la collecte des données a dépassé six mois dans les régions où il était nécessaire d'obtenir un échantillon plus vaste. Les entrevues qui ont permis d'amasser les données ont été effectuées entre mars 2012 et septembre 2014. Les résultats ont été ventilés en fonction de l'ascendance autochtone lorsque les chiffres permettent une analyse utile. Aux fins de la présente étude, le nombre de délinquants dans d'autres groupes ethniques était trop petit pour permettre une analyse par sous-groupe.

Formation des évaluateurs. Des adjoints à la recherche ont été recrutés pour travailler dans les centres de réception de chacune des cinq régions du SCC (c.-à-d. Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Pacifique) et formés pour mener l'ECSD-I et l'ECSD-II. Après cinq jours d'autoapprentissage à l'aide du matériel de formation fourni par les auteurs de l'ECSD (c.-à-d. deux manuels d'utilisateur, deux exemples de cas et huit DVD d'enseignement), les adjoints à la recherche ont participé à une séance avec le premier auteur pour discuter de toute question et faire des exercices pratiques aux fins d'uniformité. Si les adjoints à la recherche étaient incertains pour une cotation, ils devaient consulter le premier auteur et le manuel de l'ECSD avant de parvenir à un consensus. Les décisions prises sur le codage étaient communiquées à l'ensemble des adjoints à la recherche.

Recrutement des participants. Tous les délinquants admis en vertu d'un nouveau mandat de dépôt ont été recrutés en continu dans les unités de réception. Les délinquants admis en raison d'une révocation, d'un manquement aux conditions ou d'une suspension d'une mise en liberté antérieure ont été exclus. Il convient de noter qu'un petit pourcentage de délinquants qui auraient satisfait aux critères d'aiguillage n'ont pas été invités à participer à l'étude pour diverses raisons (p. ex. ils ont été immédiatement placés en isolement, ils étaient traités à l'hôpital, ils ont été évalués comme présentant un risque pour la sécurité, ou ils étaient des criminels notoires[1]). Pour ces cas, on a documenté les renseignements du participant et noté la raison pour laquelle l'entrevue n'a pas eu lieu. Lorsqu'un délinquant refusait de participer à l'étude pour des motifs personnels, l'adjoint à la recherche consignait le motif. Toutes les entrevues ont été menées dans une salle privée pour garantir la confidentialité. Si un délinquant avait été violent envers le personnel ou avait eu un comportement considéré comme dangereux, l'entrevue était reportée ou annulée.

[1] Ils ont fait l'objet d'une couverture médiatique et ont été placés en isolement protecteur.

Consentement éclairé et gestion des données. Aucune compensation ni mesure incitative n'a été offerte aux participants. On résumait verbalement le formulaire de consentement éclairé au participant, puis on lui offrait la possibilité de poser des questions sur la procédure et le formulaire de consentement. On devait obtenir une copie papier du formulaire de consentement signé avant d'effectuer l'entrevue. Un formulaire récapitulatif était remis au participant après l'entrevue. Toutes les entrevues ont été menées en français ou en anglais. Comme l'entrevue structurée était utilisée à des fins de recherche et non de diagnostic, les résultats n'ont pas été communiqués aux participants. Si un délinquant affirmait être préoccupé par sa santé mentale ou si l'adjoint à la recherche était d'avis qu'un délinquant avait besoin d'un suivi, on le dirigeait vers les services de psychologie de l'établissement.

Après l'entrevue, on entrait les données dans un tableur électronique enregistré dans un fichier protégé à partir d'un réseau sécurisé, et le dossier papier de l'ECSD était rangé dans un classeur verrouillé, dans une pièce sécurisée de l'établissement. Le nom des délinquants était dissocié de leur numéro de participant afin de protéger leur identité. Afin d'assurer la qualité, on a comparé périodiquement les données du tableur électronique et les résultats consignés dans les dossiers papier de l'ECSD.

Mesures/matériel

Entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe I du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) [ECSD-I]. L'ECSD-I est une entrevue semi-structurée élaborée pour diagnostiquer des troubles graves recensés sur l'Axe I du DSM-IV (First et coll., 1995). La version Recherche de l'ECSD, utilisée dans la présente étude, est beaucoup plus longue que la version Clinicien, car elle est conçue pour inclure la plupart des renseignements utiles de qualité diagnostique pour les chercheurs. Comparativement à la version Clinicien, la version Recherche contient plus de troubles, de sous-types, de troubles graves, de trajectoires longitudinales vers un trouble mental et de dispositions pour coder les détails précis d'épisodes antérieurs liés à un trouble de l'humeur. Le chercheur peut ainsi adapter l'entrevue pour répondre aux besoins d'une étude en particulier (biométrie). Aux fins de la présente étude, nous avons évalué les troubles de l'Axe I suivants : (1) troubles de l'humeur; (2) troubles psychotiques; (3) consommation de substances; (4) troubles anxieux et (5) troubles de l'alimentation. On a également inclus le jeu pathologique du modèle optionnel. L'ECSD-I est largement considérée comme la norme par excellence pour les diagnostics psychiatriques (p. ex.

Shear et coll., 2000; Steiner, Tebes, Sledge et Walker, 1995); cet outil a d'ailleurs été utilisé pour étudier les populations masculine et féminine de la collectivité, du milieu psychiatrique et des établissements carcéraux (Fennig, Craig, Lavelle, Kovasznay et Bromet, 1994; Steadman, Robbins, Islam et Osher, 2007; Trestman, Ford, Zhang et Wiesbrock, 2007; Zanarini et Frankenburg, 2001; Zanarini et coll., 2000).

Selon la recherche, la fiabilité de l'ECSD-I va de bonne à excellente pour la plupart des modules (Lobbestael, Leurgans et Arntz, 2010; Segal, Kabacoff, Hersen Van Hasselt et Ryan, 1995; Skre, Onstad, Torgersen et Kringlen, 1991; Williams et coll., 1992; Zanarini et Frankenburg, 2001; Zanarini et coll., 2000). La validité de l'ECSD-I va aussi de bonne à excellente; en effet, dans une population psychiatrique, les diagnostics posés dans le cadre de l'ECSD-I se comparent favorablement aux diagnostics faits par des psychiatres sur les plans de la sensibilité, de la spécificité et de l'accord (Fennig et coll., 1994).

Entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe II du DSM (ECSD-II). L'ECSD-II est une entrevue semi-structurée qui a été élaborée pour diagnostiquer des troubles de la personnalité recensés sur l'Axe II du DSM (First et coll., 1995). Cette entrevue clinique est considérée comme la norme par excellence pour diagnostiquer les troubles de la personnalité et on l'utilise auprès de délinquants (Guy, Poythress, Douglas, Skeem et Edens, 2008; Komarovaskaya, Loper et Warren, 2007; Ullrich et coll., 2008). Seuls les questionnaires de l'ECSD-II qui servent à évaluer le trouble de la personnalité limite (TPL) et le trouble de la personnalité antisociale (TPA) ont été distribués aux fins de la présente étude.

Selon la recherche, la fiabilité de l'ECSD-II est excellente pour l'évaluation du TPL (Zanarini et Frankenburg, 2001) et la fiabilité interévaluateurs de l'évaluation du TPL et du TPA de l'ECSD-II va de bonne à excellente (Dreessen et Arntz, 1998; First et coll., 1995; Fogelson, Neuchterlein, Asarnow, Subotnik et Talovic, 1991; Lobbestael et coll., 2010; Maffei et coll., 1997). Par rapport à d'autres mesures et diagnostics psychiatriques, elle présente de bons résultats sur les plans de la sensibilité (0,74 à 0,84), de la spécificité (0,82) et de la validité concourante ($r = 0,80$) dans l'évaluation de patients psychiatriques, hommes et femmes (Grilo et coll., 2001; Ryder, Costa et Bagby, 2007; Skodol, Rosnick, Kellman, Oldham et Hyler, 1988). Selon une étude en vertu de laquelle on a comparé les diagnostics posés au moyen de l'ECSD et des diagnostics longitudinaux, on a découvert une forte validité pour le module du TPA chez les patients psychiatriques de sexe masculin, avec une capacité de diagnostic convenue de 0,95

(Skodol et coll., 1988).

Évaluation globale du fonctionnement – modifiée (EGF). L'EGF fait partie du DSM-IV-TR et permet de coter l'Axe V. Il s'agit de l'outil le plus utilisé en psychiatrie pour mesurer le fonctionnement global d'une personne (Bodlund, Kullgren, Ekselius, Lindstrom et von Knorring, 1994; Piersma et Boes, 1997). L'échelle mesure la gravité globale d'une maladie psychiatrique en évaluant le fonctionnement du patient sur le plan social, psychologique et professionnel. L'EGF modifiée, qui comprend désormais des critères détaillés et un système de cotation plus structuré, permet de mieux interclasser les corrélations que l'EGF originale (Hall, 1995). Les cotes sont associées aux niveaux de fonctionnement suivants, selon l'incidence des symptômes :

de 81 à 90, absence de symptômes;
de 71 à 80, quelques symptômes légers transitoires;
de 61 à 70, quelques symptômes légers persistants;
de 51 à 60, symptômes modérés;
de 41 à 50, déficience sérieuse;
de 31 à 40, déficience importante;
de 21 à 30, incapacité de fonctionner;
de 0 à 20, danger pour soi-même et pour les autres.

L'outil prévoit des critères distincts pour chaque tranche de 5 à 10 points dans cette version de l'EGF qui facilitent la tâche des évaluateurs. Bien que peu de recherches aient été réalisées sur la fiabilité et la validité de l'outil modifié, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a utilisé l'EGF pour évaluer le degré de déficience dans le cadre de ses études internationales à grande échelle (OMS, 2004). L'EGF est considérée comme un outil utile, et peu de formation ou d'expertise clinique sont nécessaires pour y soumettre des répondants. Bien que la psychométrie de l'outil en milieu clinique ait été critiquée, sa fiabilité et sa validité seraient excellentes d'après certaines études lorsqu'il est combiné à des protocoles d'évaluation plus structurés comme l'ECSD et que les évaluateurs suivent une brève formation (Bates, Lyons et Shaw, 2002; Vatnaland, Vatnaland, Friis et Opjordsmoen, 2007).

Renseignements sur les profils. Les renseignements démographiques, les cotes des facteurs de risque statiques, les cotes des facteurs de risque dynamiques, les transfèrements vers des centres de traitement et les renseignements sur la participation aux programmes correctionnels proviennent du Système de gestion des délinquant(e)s (SGD), le registre électronique officiel des délinquants du SCC. Les variables du risque criminel proviennent de

l'Évaluation initiale des délinquants (EID), qui consiste en une évaluation exhaustive de tous les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis. L'un des volets de l'EID, le facteur de risque statique, permet d'attribuer une cote aux délinquants (faible, moyenne ou élevée), d'après les infractions antérieures commises à l'âge adulte et à l'adolescence; l'infraction à l'origine de la peine actuelle; le nombre, le type et la gravité des infractions; les périodes sans perpétration de crime et les infractions sexuelles (SCC, 2014). Le volet de l'Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques de l'EID permet d'évaluer le niveau de risque dynamique des délinquants selon sept catégories de besoins liés aux facteurs criminogènes. Chaque domaine comporte de multiples indicateurs (Brown et Motiuk, 2005; Stewart, Wardrop, Wilton, Thompson, Derkzen et Motiuk, 2017). Les sept domaines sont les suivants : emploi et éducation, relations matrimoniales et familiales, fréquentations et relations sociales, attitudes et valeurs procriminelles, vie personnelle et affective, toxicomanie, et comportement dans la collectivité. L'échelle de cotation en cinq points pour chaque domaine comprend les cotes suivantes : atout en vue de la réinsertion sociale; aucun besoin immédiat d'amélioration; faible besoin d'amélioration; besoin modéré d'amélioration et besoin élevé d'amélioration. Deux domaines, soit la toxicomanie et la vie personnelle et affective, ne peuvent être pris en considération dans l'évaluation des atouts. Les cotes indiquant un besoin modéré et élevé d'amélioration ont été combinées pour indiquer un besoin dans chacun des domaines liés aux facteurs dynamiques. En outre, une évaluation finale fournit une cote globale correspondant à un risque dynamique faible, modéré ou élevé (SCC, 2015).

Résultats relatifs à la mise en liberté

Les données sur les résultats après la mise en liberté proviennent du SGD. Les résultats se limitent aux délinquants s'étant vu accorder une libération conditionnelle ou une libération d'office, et l'échec de la mise en liberté se limite à la première révocation de la mise en liberté sous condition pour n'importe quelle raison et à un retour en établissement fédéral. Dans la plupart des cas, les événements étaient si peu nombreux qu'ils ne permettaient pas d'analyser le taux de réincarcération avec infraction par groupe de troubles concomitants, mais ils sont inclus dans la mesure générale du taux de réincarcération.

Analyses

À l'aide des trois grandes catégories de troubles évaluées pendant l'ECSD (c.-à-d. les

troubles de toxicomanie, les troubles de l'Axe I et les troubles de la personnalité), on a dégagé huit combinaisons de troubles concomitants qui s'excluent mutuellement. Les délinquants aux prises avec l'un des 23 troubles actuels de l'humeur, psychotiques anxieux ou de l'alimentation évalués ont été considérés comme ayant un trouble de l'Axe I. Les délinquants ayant un problème actuel de consommation d'alcool ou une dépendance à l'alcool, ou un problème de consommation de drogues ou une dépendance aux drogues ont été considérés comme ayant un trouble de toxicomanie. En raison de la prévalence des troubles de toxicomanie et de leur importance au chapitre des résultats correctionnels, ils forment leur propre catégorie distincte des autres troubles de l'Axe I. Les délinquants évalués comme ayant un TPA ou un TPL ont été décrits comme ayant un trouble de la personnalité. La présence de ces trois types de troubles a permis de déterminer le classement des délinquants dans l'une des huit catégories de troubles concomitants. Dans le cadre des analyses, l'importance de la corrélation entre les groupes de troubles concomitants et les taux de révocation et de révocation avec infraction a été évaluée à l'aide de la comparaison des pourcentages et du modèle de régression de Cox. Le modèle de régression de Cox a permis d'appuyer l'analyse de la fréquence des révocations. Ce type d'analyse permet de s'assurer que les tendances relatives aux taux de révocation ne sont pas attribuables à différentes périodes à risque. L'importance de la corrélation a été évaluée à l'aide des coefficients de risque et de l'incide C de Harrell (surface sous la courbe). Un indice C de Harrell de 0,5 indique qu'il n'y a aucune corrélation. Le modèle de régression de Cox a également été utilisé pour déterminer les corrélations les plus marquées entre le taux de révocation et certains facteurs, dont les groupes de troubles concomitants, l'âge, les facteurs de risque statiques et dynamiques, les résultats à l'EGF, la réussite de programmes correctionnels et l'admission en centre de traitement. On a mesuré le risque dynamique en comptant le nombre de domaines de l'Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques révisé (IDAFD-R) assortis d'un besoin modéré ou élevé, sans tenir compte des domaines suivants : trouble de toxicomanie; et vie personnelle et affective.

Résultats

Dans l'échantillon des délinquants mis en liberté, 72 % avaient un trouble de toxicomanie, un autre trouble de l'Axe I ou un trouble de la personnalité. Parmi ceux-ci, 64 % avaient au moins un autre type de trouble (pour voir la liste exhaustive des combinaisons de diagnostics et de troubles concomitants et connaître leur prévalence chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale, veuillez consulter Stewart et Wilton, 2017).

Le tableau 2 ci-après présente les corrélations entre les groupes de troubles concomitants et le taux de révocation, peu importe la raison. Dans l'ensemble, 298 délinquants sur 975 (30,6 %) ont vu leur libération conditionnelle ou leur libération d'office révoquée. Les révocations avec infraction (30 sur 975) étaient trop rares pour que l'on puisse faire une comparaison significative entre les groupes. Chez les délinquants non autochtones, le groupe ayant les trois troubles diagnostiqués (troubles de toxicomanie, de l'Axe I et de la personnalité) présentait le taux de révocation le plus élevé. Les délinquants ayant seulement un trouble de la personnalité étaient au deuxième rang pour ce qui est du taux de révocation. Le fait que le trouble de la personnalité soit combiné ou non à un trouble de toxicomanie ou à un autre trouble mental (Axe I) semble avoir très peu d'influence sur le taux de révocation.

Même si le taux de révocation était plus élevé chez les Autochtones que chez les non Autochtones, les délinquants autochtones de l'échantillon n'étaient pas assez nombreux pour que l'on puisse faire une corrélation éprouvée entre la révocation et les combinaisons de troubles concomitants (test du χ^2 de Wald (7, N = 195) = 4,6, p = 0,711, indice C de Harrell = 0,56).

Tableau 2

Révocations relativement aux groupes de troubles concomitants

Groupe de troubles concomitants	Hommes non autochtones (N = 772)		Tous les délinquants (N = 975)	
Révocations pour tout genre de motifs	%	CR	%	CR
1. TT, trouble de l'Axe I et TP	42 %	4,03***	47 %	4,06***
2. TT et trouble de l'Axe I (aucun TP)	24 %	1,8[ns]	33 %	2,29**
3. TT et TP (aucun trouble de l'Axe I)	28 %	2,31***	38 %	2,88***
4. Trouble de l'Axe I et TP (aucun TT)	31 %	2,73***	33 %	2,46***
5. TT (aucun trouble de l'Axe I ni TP)	27 %	2,08*	36 %	2,67***
6. Trouble de l'Axe I uniquement (aucun TP ni TT)	11 %	0,8[ns]	15 %	0,91[ns]
7. TP uniquement (aucun TT ni trouble de l'Axe I)	28 %	2,24**	30 %	2,09**
8. Aucun trouble (TP, TT ou trouble de l'Axe I) [a]	15 %	-	17 %	-
Test du χ^2 de Wald(df)	49,6*** (7) [b]		69,5*** (7) [d]	
Indice C de Harrell	0,65		0,64	

Remarque : TT = trouble de toxicomanie; TP = trouble de la personnalité (antisociale ou limite)
[ns] non significatif, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001
[a] groupe de référence
[b] Le modèle de hasards proportionnels donne des résultats non significatifs, ce qui signifie que les coefficients de risque associés aux groupes de troubles concomitants pour les délinquants non autochtones ne présentent aucune fluctuation au fil du temps (test du χ^2 de Wald (1, N = 772) = 0,02; p = 0,887).
[c] Le test n'a pas été effectué puisqu'aucun lien significatif n'a été cerné.
[d] Le modèle de hasards proportionnels donne des résultats non significatifs, ce qui signifie que le coefficient de risque associé au groupe CM8 pour tous les délinquants de sexe masculin ne présente aucune fluctuation au fil du temps (test du χ^2 de Wald (1, N = 975) < 0,01; p = 0,992).

La corrélation entre le taux de révocation et les résultats à l'EGF a également été examinée. Les résultats à l'EGF constituent des données éprouvées pour évaluer le degré de déficience et le niveau de fonctionnement. Les délinquants autochtones et non autochtones faisant l'objet d'une révocation ou d'une révocation avec infraction présentaient en général un résultat plus faible à l'EGF que ceux qui n'avaient pas vu leur mise en liberté révoquée. Toutefois, les résultats des délinquants autochtones ne sont pas significatifs d'un point de vue statistique. Les coefficients de risque soumis à la régression de Cox confirment ces résultats. Chez les délinquants en général, le risque de révocation et de révocation avec infraction diminue

d’environ 2 et 3 %, respectivement, pour chaque point supplémentaire à l’EGF.

Tableau 3
Révocations relativement à la note moyenne à l’évaluation globale du fonctionnement (EGF)

Groupe	Avec révocation			Sans révocation					
	Moy.	*Écart-type*	*n*	*Moy.*	*Écart-type*	*n*	χ^2	CR	Indice C de Harrell
Non Autochtones	64,6	20,1	188	71,1	18,5	584	24,6	0,98***	0,6
Autochtones	60,5	19,5	107	61,2	19,3	88	1,4	$0,99^{ns}$	0,54
Tous les délinquants	63,1	19,2	298	69,8	18,9	677	38	0,98***	0,61
	Avec révocation à la suite d’une infraction			Sans révocation à la suite d’une infraction					
Non Autochtones	67,3	20,2	18	69,6	19,1	754	1,4	$0,99^{ns}$	0,59
Autochtones	50,4	20,3	12	61,5	19,2	183	4,2	$0,97^{ns}$	0,66
Tous les délinquants	60,6	21,6	30	68	19,4	945	8,4	0,97**	0,65

^{ns} non significatif, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001
Remarque : L’hypothèse des coefficients de risque a été vérifiée pour tous les indices significatifs du modèle de régression de Cox ci-dessus, et les résultats sont confirmés.
CR = coefficient de risque

Le tableau 4 présente les coefficients de risque d’un modèle de régression de Cox dans lequel les groupes de troubles concomitants et les résultats à l’EGF ont été intégrés dans le but de prévoir le taux de révocation, peu importe la raison. L’indice était non significatif pour les Autochtones (test du χ2 de Wald (8, N = 195) = 5,0, p = 0,758, indice C de Harrell = 0,56), ce qui s’explique possiblement par la petite taille de la cohorte et de leur faible présence au sein de certains groupes de diagnostics. Les groupes de non Autochtones ayant a) des TT, TM et TP concomitants; b) des TT et TP concomitants; c) des TM et TP concomitants; d) seulement un TT; et e) seulement un TP, étaient plus susceptibles de faire l’objet d’une révocation que les délinquants non autochtones n’ayant aucun de ces troubles. Les révocations avec infraction étaient trop rares pour que l’on puisse vérifier des modèles incluant davantage de covariables.

Tableau 4

Révocations relativement aux groupes de troubles concomitants et aux résultats à l'EGF

Groupe de troubles concomitants et EGF (résultat continu)	Hommes non autochtones (N = 772)	Tous les délinquants (N = 975)
1. TT, trouble de l'Axe I et TP	3,238***	3,182***
2. TT et trouble de l'Axe I (aucun TP)	1,572[ns]	1,967*
3. TT et TP (aucun trouble de l'Axe I)	2,094**	2,549***
4. Trouble de l'Axe I et TP (aucun TT)	2,322**	2,034*
5. TT (aucun trouble de l'Axe I ni TP)	1,962*	2,480***
6. Trouble de l'Axe I uniquement (aucun TP ni TT)	0,727[ns]	0,814[ns]
7. TP uniquement (aucun TT ni trouble de l'Axe I)	2,078*	1,915*
EGF	0,993[ns]	0,993*
Rajustement du modèle		
Test du χ^2 *de* Wald	51,984***(8)[b]	74,2307***(8)[d]
Indice C de Harrell	0,65	0,65

Remarque : TP = trouble de la personnalité (antisociale ou limite); EGF = évaluation globale du fonctionnement
[ns] non significatif, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001
[a] Le groupe de référence étaient le groupe n'ayant aucun trouble et ne figure donc pas dans le tableau.
[b] Le modèle des hasards proportionnels donne des résultats non significatifs, ce qui signifie que le coefficient de risque associé aux résultats à l'EGF pour les délinquants non autochtones ne présente aucune fluctuation au fil du temps (test du χ^2 de Wald (2, N = 772) = 0,548; p = 0,760).
[c] L'hypothèse des risques proportionnels n'a pas été vérifiée puisque le modèle donne des résultats non significatifs.
[d] Le modèle des hasards proportionnels donne des résultats non significatifs, ce qui signifie que les coefficients de risque ne présentent aucune fluctuation au fil du temps (test du χ^2 de Wald (2, N = 975) = 0,006; p = 0,997).

Afin de déterminer si les résultats pourraient être attribuables aux différences entre les groupes et s'il y a une corrélation en ce qui a trait aux révocations, on a ajouté un modèle comprenant l'âge au moment de la mise en liberté, le niveau de risque statique et dynamique, la réussite de programmes correctionnels et le transfèrement à un centre de traitement en santé mentale à un modèle de régression de Cox. Le tableau 5 présente les résultats de ce modèle. Dans le groupe englobant tous les délinquants, l'âge au moment de la mise en liberté et le niveau de risque dynamique étaient les facteurs de corrélation les plus fiables pour ce qui est des

révocations. Cependant, le contrôle des covariables a permis de confirmer que les délinquants ayant des TT, TM et TP concomitants, les délinquants ayant des TT et TP concomitants et les délinquants ayant seulement un TT étaient plus susceptibles de voir leur libération révoquée que ceux n'ayant aucun trouble mental. Le contrôle des covariables a également révélé que les délinquants non autochtones ayant des TT, TM et TP concomitants et ceux ayant des TM et TP concomitants étaient plus susceptibles de voir leur libération révoquée que ceux n'ayant aucun trouble mental. Les délinquants autochtones répartis dans les divers groupes de troubles concomitants n'étaient pas significativement plus susceptibles de faire l'objet d'une révocation que les délinquants autochtones n'ayant aucun trouble mental. Même si le modèle pour les délinquants autochtones était significatif d'un point de vue statistique (test du χ^2 de Wald (14, N = 195) = 25,2, p = 0,032, indice C de Harrell =0,65), seul l'âge au moment de la libération constituait un facteur fiable de prévision de la révocation (CR =0,957, p < 0,001). Par contre, ce résultat non significatif pourrait être attribuable à la petite taille de la cohorte de délinquants autochtones et au nombre de covariables du modèle.

Tableau 5

Révocations relativement aux groupes de troubles concomitants et aux résultats à l'EGF

Covariables	Hommes non autochtones (N = 771)	Tous les délinquants (N = 974)
1. TT, trouble de l'Axe I et TP	1,934*	1,879**
2. TT et trouble de l'Axe I (aucun TP)	1,318^{ns}	1,661^{ns}
3. TT et TP (aucun trouble de l'Axe I)	1,404^{ns}	1,676*
4. Trouble de l'Axe I et TP (aucun TT)	1,896*	1,601^{ns}
5. TT (aucun trouble de l'Axe I ni TP)	1,515^{ns}	1,918**
6. Trouble de l'Axe I uniquement (aucun TP ni TT)	0,828^{ns}	0,921^{ns}
7. TP uniquement (aucun TT ni trouble de l'Axe I)	1,674^{ns}	1,454
EGF	0,996^{ns}	0,997^{ns}
Âge à la libération	0,967***	0,963***
Risque statique – élevé	1,47^{ns}	1,574*
Risque statique – modéré	1,087^{ns}	1,171^{ns}
Niveau de risque dynamique	1,274***	1,214***
Au moins un programme correctionnel réussi (intensité faible, modérée ou élevée)	1,294^{ns}	1,48**
Toute admission en CT	1,218^{ns}	1,423^{ns}
Rajustement du modèle		
Test du χ^2 de Wald	97,817***(14)	147,938***(14)
Indice C de Harrell	0,71	0,71

^{ns} non significatif, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Remarque : CT = centre de traitement; TT = trouble de toxicomanie; TM = tous les autres troubles de l'Axe I; TP = trouble de la personnalité (antisociale ou limite); EGF = évaluation globale du fonctionnement

Analyse

Les résultats confirment les observations de la recherche précédente, soit que les délinquants sous responsabilité fédérale ayant des troubles mentaux de l'Axe I avec diagnostic de trouble de toxicomanie et de trouble de la personnalité concomitants présentent les résultats les plus faibles et les taux de déficience fonctionnelle les plus élevés. Les faibles résultats des délinquants de ce groupe relativement à la mise en liberté confirment les conclusions tirées dans le cadre de la recherche sur l'incidence des troubles mentaux chez les délinquants du même échantillon, en ce qui a trait à leurs résultats en établissement. Les délinquants ayant un trouble de l'Axe I sans trouble concomitant affichaient des résultats comparables à ceux des délinquants n'ayant aucun trouble mental. Toutefois, il est important de mentionner que la majorité (environ 70 %) des délinquants libérés ayant un type de trouble mental souffrent également d'au moins un autre type de trouble.

Des résultats contradictoires découlent de recherches antérieures menées à l'étranger concernant le rôle des troubles mentaux dans le risque de commettre une infraction criminelle. La présente étude laisse croire que ce sont principalement les symptômes d'impulsivité et d'instabilité émotionnelle des personnes ayant des troubles de la personnalité combinés à un trouble de toxicomanie qui augmentent le taux de criminalité chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale. En l'absence de ces symptômes, un trouble diagnostiqué n'entraîne pas une augmentation du taux de récidive ou un comportement violent, sauf peut-être dans un cas où les symptômes d'une maladie mentale grave sont actifs. Le fait de ne pas prendre en considération le rôle des troubles concomitants pourrait expliquer l'incohérence des résultats de recherches sur les troubles mentaux et la criminalité (Joyal, Côté, Meloche et Hodgins, 2011).

Des chercheurs affirment que les comportements antisociaux et les symptômes de nombreux troubles mentaux pourraient être associés à divers degrés de déficience neurologique et que ceux-ci pourraient avoir un fondement génétique similaire (Baker, Bezdjian et Raine, 2006; Blair, 2003; Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2013; Moffitt, 2005; Mukherjee, 2016; Serretti et Fabbri, 2013; Silva, 2007) entraînant des déficits au chapitre des fonctions exécutives, qui comprennent la capacité d'une personne de maîtriser ses émotions, d'éviter les comportements autodestructeurs et d'atteindre des objectifs prosociaux (Morgan et Lilienfeld, 2000).

Conclusions

D’un point de vue stratégique, ces résultats confirment la nécessité de fournir à la plupart des délinquants sous responsabilité fédérale ayant des troubles mentaux des interventions qui répondent directement à leurs besoins liés aux facteurs criminogènes (Andrews et Bonta, 2010) et de traiter leurs graves problèmes de santé mentale. Si l’impulsivité, la réaction émotionnelle et l’orientation antisociale associées aux problèmes de santé mentale ne sont ni abordées ni évaluées, il est peu probable que l’on réussisse à améliorer les résultats correctionnels des délinquants ayant des troubles mentaux qui se retrouvent dans le système de justice pénale.

Bibliographie

Andrews, D. A., et J. Bonta (2010). The psychology of criminal conduct (5e éd.). New Providence, NJ, LexisNexis Matthew Bender.

Baker, L. A., Bezdjian, S. et Raine, A. (2006). Behavioral genetics: The science of antisocial behavior. *Law & Contemporary Problems*, 69 (1-2), 7-46.

Bates, L. W., Lyons, J. A. et Shaw, J. B (2002). Effects of brief training on application of the global assessment of functioning scale. *Psychological Reports*, 91, 999-1006.

Beaudette, J. N., Power, J. et Stewart, L. A. (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis* (Rapport de recherche R-357). Ottawa (Ont.); Service correctionnel du Canada.

Blair, R. J. R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 182, 5-7.

Bodlund, O., Kullgren, G., Ekselius, L., Lindstrom, E. et von Knorring, L. (1994). Axis V-Global assessment of functioning scale: Evaluation of a self-report version. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 342-347.

Bonta, J., Blais, J. et Wilson, H. A. (2013). *Prédiction du risque de récidive chez les délinquants atteints de troubles mentaux – Synthèse quantitative* (Rapport pour spécialistes 2013-01). Ottawa (Ont.); Recherche sur les questions correctionnelles, Sécurité publique Canada.

Bonta, J., M. Law, et K. Hanson. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123(2), 123-142.

Brown, S. L. et Motiuk, L. L. (2005). *Le volet Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques (IDAFD) du processus d'évaluation initiale des délinquants (EID) : examen méta-analytique, psychométrique et consultatif* (Rapport de recherche R-164). Ottawa (Ont.); Service correctionnel du Canada.

Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: A genome-wide analysis. *Lancet*, 1371-1379.

Dreessen, L. et Arntz, A. (1998). Short-interval test-retest interrater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II) in outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 138-148.

Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R. et Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 6(8).

Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., et Lichenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse and violent crime. *Journal of American Medical Association, 301*(19), 2016-2023.

Fennig, S., Craig, T., Lavelle, J., Kovasznay, B. et Bromet, E. J. (1994). Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), 341-348.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II).* Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W, Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., et Rounsaville, B. (1995). Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-site test-retest reliability study. New York, NY, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

Fogelson, D. L., Neuchterlein, K. H., Asarnow, R. F., Subotnik, K. L. et Talovic, S. A. (1991). Interrater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II: Schizophrenia spectrum and affective spectrum disorders. *Psychiatrie Research, 39*(1), 55-63.

Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodal, A. E., Shea, M. T. et coll. (2001). Internal consistency, intercriterion overlap, and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 264-272.

Guy, L. S., Poythress, N. G., Douglas, K. S., Skeem, J. L., et Edens, J. F. (2008). Correspondence between self-report and interview-based assessments of antisocial personality disorder. *Psychological Assessment*, 20(1), 47-54.

Hall, R. C. (1995). Global assessment of functioning: A modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275.

Joyal, C., Côté, G., Meloche, J., et Hodgins, S. (2011). Severe mental illness and aggressive behavior: On the importance of considering subgroups. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10*(*2), 107-117.

Komarovskaya, I., Loper, A. B. et Warren, J. (2007). Role of impulsivity in antisocial and violent behavior and personality disorders among incarcerated women. *Criminal Justice and Behavior*, 34(11), 1499-1515.

Lobbestael, J., Leurgans, M. et Arntz, A. (2010). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 75-79.

Maffei C., Fossati A., Agostoni I., Barraco A., Bagnato M., Deborah D., Namia C., Novella L. et Petrachi M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorder*, 11(3), 279-84.

Moffitt, T. E. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene–environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, 131 (4), 533–554.

Morgan, A. B. et Lilienfeld, S. O. (2000). A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review, 20*(1), 113–136.

Mukherjee, S. (2016). *The gene: An intimate history*. Scribner, New York.

Piersma, H. L. et Boes, J. L. (1997). The GAF and psychiatric outcome: A descriptive report. *Community Mental Health Journal*, 33(1), 35-41.

Ryder, A. G., Costa, P. T. et Bagby, R. M. (2007). Evaluation of the SCID-II personality disorder traits for DSM-IV: Coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 626-637.

Segal, D. L, Kabacoff, R. I,. Hersen, M., Van Hasselt, V. B. et Ryan, C. F. (1995). Update on the reliability of diagnosis in older psychiatric outpatients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1(4), 313-321.

Serretti, A. et Fabbri, C. (2013). Shared genetics among major psychiatric disorders. *Lancet*, 381 (9875), 1339–1341.

Service correctionnel du Canada (2015). Directive du commissaire 705-6 : Planification correctionnelle et profil criminel. Tirée de http://www.csc-scc.gc.ca/lois-et-reglements/705-6-cd-fra.shtml

Shear, M. K., Greeno, C., Kang, J., Ludeqig, D., Frank, E., Swartz, M. D. et Miyako Hanekamp, M. S. (2000). Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 581-587.

Silva, J. A. (2007). The relevance of neuroscience to forensic psychiatry. *American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(1), 6–9.

Skodol, A. E., Rosnick, L., Kellman, D., Oldham, J. M. et Hyler, S. E. (1988). Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. *American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1297-1299.

Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S. et Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(2), 167-73.

Steadman, H. J., Robbins, P. C., Islam, T. et Osher, F. C. (2007). Revalidating the brief jail mental health screen to increase accuracy for women. *Psychiatric Services*, 58(12), 1598-1601.

Steiner, J. L., Tebes, J. K., Sledge, W. H. et Walker, M. L. (1995). A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 183(6), 365-369.

Stewart, L.A., Wardrop, K., Wilton, G., Thompson, J., Derkzen, D. et Motiuk, L.L. (2017). *Fiabilité et validité de l'Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques, révisé* (Rapport de recherche R-395). Ottawa (Ont.); Service correctionnel du Canada.

Stewart, L.A. et Wilton, G. (2014). Correctional outcomes of offenders with mental disorders, *Criminal Justice Studies*, 27(1), 1-19. DOI, 10.1080/1478601X.2013.873205

Stewart, L.A. et Wilton, G. (2017). *Troubles mentaux concomitants : prévalence et incidence sur les résultats en établissement* (Rapport de recherche R-379). Ottawa (Ont.); Service correctionnel du Canada.

Toch, H. (1982). The disturbed disruptive inmate: Where does the bus stop*? Journal of Psychiatry and the Law*, 10, 327-341.

Trestman, R. L., Ford, J., Zhang, W. et Wiesbrock, V. (2007). Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(4), 490-500.

Ullrich, S., Deasy, D., Smith, J., Johnson, B., Clarke, M., Broughton et Coid, J. (2008). Detecting personality disorders in the prison population of England and Wales: Comparing case identification using the SCID-II screen and the SCID-II clinical interview. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 19(3), 301-322.

Vatnaland, T., Vatnaland, J., Friis, S. et Opjordsmoen, S. (2007). Are GAF scores reliable in routine clinical use? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(4), 326-330.

World Mental Health Survey Consortium, OMS (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590. DOI,10.1001/jama.291.21.2581

Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davis, M., Borus, J. et coll. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II. Multi-site test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 630-636.

Wilton, G. et Stewart, L. (2012). *Résultats chez les délinquants présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale* (Rapport de recherche R-277). Ottawa (Ont.); Service correctionnel du Canada. Tiré de http://www.csc-scc.gc.ca/research/005008-0277-fra.shtml

Wilton, G., Stewart, L.A. et Mossière, A. (2014). *Résultats chez les délinquants sexuels présentant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale* (Rapport de recherche R-335). Ottawa (Ont.); Service correctionnel du Canada.

Zanarini, M. C. et Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 369-374.

Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E. et coll. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 291-299.