

_____ **Rapport de recherche** _____

**La prévalence nationale des troubles
mentaux chez les délinquants de sexe
masculin sous responsabilité fédérale
nouvellement admis**

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.

**La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous
responsabilité fédérale nouvellement admis**

Janelle N. Beaudette

Jenelle Power

et

Lynn A. Stewart

Service correctionnel du Canada

Février 2015

Remerciements

Cette étude a été rendue possible grâce à de nombreuses personnes. La Direction de la santé mentale a fait réaliser l'étude, fourni des conseils continus et financé le projet. Pour ces raisons, nous remercions particulièrement Jennifer Wheatley, Natalie Gabora et Kathleen Thibault. 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. Nos chercheurs ont travaillé avec diligence, dans des circonstances parfois difficiles, pour interviewer les délinquants et recueillir les données. Nous remercions pour ce travail Julia Clark, Katie Giacomantonio, Jillian Tremblay, Steve McAvoy, Norma Swerdfeger, Lynn McKay, Meagan Hamilton, Judith Hewko, Natalia Ilyniak, Crystal Hincks, Amy Pilon, Michael Friesen, Jean-Christophe Bouvrette, Patricia Dagenais, Anne-Marie Coté et Karine Deschamps. Enfin, nous remercions les délinquants qui ont accepté de raconter leurs histoires et d'ainsi permettre de recueillir les données qui serviront à planifier et à améliorer les services de santé mentale.

Résumé

Mots clés : *prévalence des troubles mentaux, délinquants, troubles concomitants*

Nous avons maintenant des preuves bien établies que les taux de prévalence des troubles mentaux graves sont plus élevés dans les populations de délinquants que dans la population en général. Les taux de prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool et de substances et du trouble de la personnalité antisociale (TPA) sont notamment élevés, mais on estime aussi que les taux de prévalence des troubles psychotiques sont jusqu'à 10 fois plus élevés au sein des populations carcérales (Fazel et Danesh, 2002). Une enquête menée en 1988 auprès d'un échantillon représentatif de délinquants sous la responsabilité du Service correctionnel du Canada (SCC) a confirmé qu'une majorité de délinquants ont eu une forme de trouble mental au cours de leur vie (Motiuk et Porporino, 1991). Une estimation exacte et à jour des taux de prévalence au sein des délinquants sous responsabilité fédérale au Canada est nécessaire afin de planifier de façon efficace les traitements et les interventions destinés à ce groupe.

La présente étude a permis d'établir les taux de prévalence des troubles graves de santé mentale chez les délinquants de sexe masculin nouvellement admis dans un établissement du SCC au moyen de l'Entrevue clinique structurée du Manuel diagnostique et statistique pour les troubles de l'Axe I et les troubles de la personnalité de l'Axe II (SCID-I et SCID-II). On a évalué les troubles suivants : 1) troubles de l'humeur; 2) troubles psychotiques; 3) troubles liés à la consommation de substances; 4) troubles anxieux; 5) troubles de l'alimentation; 6) jeu pathologique (des modules optionnels); 7) trouble de la personnalité antisociale (TPA) et 8) trouble de la personnalité limite (TPL). On a obtenu à la fois les taux de prévalence pour la vie entière ou de prévalence actuelle (c.-à-d. dans le dernier mois). Pendant six mois, on a communiqué avec tous les délinquants admis aux centres de réception et incarcérés en vertu d'un nouveau mandat de dépôt pour leur demander s'ils consentaient à participer à l'entrevue diagnostique. Notre rapport présente les résultats à l'échelle nationale ainsi que pour chaque région et selon l'ascendance autochtone.

Dans l'ensemble des catégories de diagnostic, la prévalence pour la vie entière de tous les troubles mentaux va de 78 à 88 % au sein des régions, et la prévalence d'un diagnostic actuel, de 68 à 82 %. Les taux de prévalence les plus élevés enregistrés pour des troubles mentaux dans l'ensemble des régions sont associés aux troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances; pour les diagnostics actuels, le taux allait de 29 à 48 % pour les troubles liés à la consommation de substances excluant l'alcool. Des taux de prévalence semblables ont été observés dans les régions pour les diagnostics de troubles psychotiques, de trouble de stress post traumatique, de jeu pathologique et de TPL. Près de la moitié des délinquants satisfont aux critères de diagnostic au cours de la vie entière d'un trouble mental grave autre qu'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances et que les troubles de la personnalité antisociale. En outre, les troubles concomitants sont courants : de 33 à 44 % des délinquants satisfont aux critères associés à la fois à un diagnostic actuel de troubles mentaux et de toxicomanie. De 27 à 43 % des délinquants aux prises avec un diagnostic actuel de trouble mental grave satisfont également aux critères associés au TPA. Le taux de prévalence national pour les maladies

mentales graves incluant seulement les troubles psychotiques, la dépression majeure et les troubles bipolaires est de 12,4 %. On a établi que 57 % des délinquants qui ont un diagnostic actuel de trouble mental de l'Axe I présentent un degré d'incapacité fonctionnelle allant de minimal à modéré selon l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement du DSM.

Les résultats soulignent le défi auquel doit faire face le SCC pour offrir les interventions correctionnelles et les services de santé mentale nécessaires afin de faciliter la gestion et la réinsertion sociale d'une proportion considérable de la population de délinquants ayant des besoins en santé mentale. Les résultats contribueront aux initiatives de gestion de la population en cours au SCC.

Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des annexes	vi
Introduction.....	1
Méthode	6
Participants.....	6
Mesures/matériel.....	10
Procédure/approche analytique.....	12
Résultats.....	16
Prévalence nationale	16
Région de l'Atlantique.....	18
Région du Québec.....	18
Région de l'Ontario.....	21
Région des Prairies	21
Région du Pacifique.....	21
Taux de prévalence des maladies mentales graves et des troubles concomitants.....	25
Évaluation globale du fonctionnement (EGF)	26
Discussion.....	31
Conclusions.....	34
Bibliographie.....	36

Liste des tableaux

Tableau 1 Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer : échantillon national	7
Tableau 2 Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – échelle nationale	17
Tableau 3 Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Atlantique	19
Tableau 4 Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Québec	20
Tableau 5 Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Ontario	22
Tableau 6 Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Prairies	23
Tableau 7 Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Pacifique	24
Tableau 8 Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis – résultats nationaux et régionaux.....	27
Tableau 9 Troubles concomitants : troubles liés à la consommation d'alcool et de substances et TPA	28
Tableau 10 Fréquence et notes selon l'échelle d'EGF et l'Axe de troubles mentaux pour les diagnostics actuels	29

Liste des annexes

Annexe A Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région de l'Atlantique	43
Annexe B Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région du Québec	44
Annexe C Différences dans les domaines de besoins entre les participants et les délinquants ayant refusé de participer	45
Annexe D Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région de l'Ontario	46
Annexe E Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région de l'Atlantique	47
Annexe F Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région du Pacifique	48
Annexe G Prévalence des troubles mentaux chez les délinquants autochtones et non autochtones	49

Introduction

Nous avons maintenant des preuves bien établies que les taux de prévalence des troubles mentaux graves sont plus élevés chez les délinquants que dans la population en général (Gilmour, 2014). On estime que les taux de prévalence des troubles psychiatriques au sein des populations carcérales vont de 15 à 81 % (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) selon la définition de trouble mental adoptée. Les taux de prévalence pour la vie entière les plus élevés révélés par des études sont associés aux problèmes de toxicomanie et au trouble de la personnalité antisociale. L'ensemble des études sur le sujet font état de taux élevés pour les problèmes de toxicomanie et le trouble de la personnalité antisociale chez les personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale (Black, Gunter, Loveless, Allen et Sieleni, 2010; Butler, Indig, Allnut et Mamoon, 2011). Par exemple, Motiuk et Porporino (1991) ont fait état d'un taux de prévalence sur la vie entière de 75 % pour les troubles de la personnalité antisociale et de 70 % pour l'alcoolisme chez les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada. Les troubles graves de l'Axe II sont également plus répandus chez les délinquants que dans la population générale. Dans l'examen méta-analytique pour leur recherche sur les taux de troubles mentaux chez les délinquants dans plusieurs pays, Fazel et Danesh (2002) ont déterminé que le taux de schizophrénie est dix fois plus élevé dans les établissements carcéraux que le taux auquel on s'attendrait lorsqu'on tient compte du taux de prévalence dans la population générale. De même, une étude nationale menée en Australie a estimé que le taux de prévalence pour la schizophrénie était de 2 à 5 % pour les détenus (Mullen, Holmquist et Ogloff, 2003) par rapport à un taux national chez les adultes en général de 0,3 à 1 % (Ayuso-Mateos, date inconnue). Certains des taux les plus élevés de troubles mentaux en milieu correctionnel sont associés aux détenus du système correctionnel fédéral canadien (Brink et coll., 2001; Motiuk et Porporino, 1991).

Des données cohérentes de l'ensemble des groupes montrent que les taux de troubles mentaux au sein des populations de délinquants sont à la hausse. Les raisons de cette hausse ne sont toutefois pas aussi claires (Diamond et coll., 2001). En théorie, on y associe la désinstitutionnalisation (Ogloff, 2002), mais une étude menée par Steadman et ses collègues n'a pas réussi à confirmer le lien entre la fermeture de places pour soins psychiatriques et la hausse

des taux des troubles mentaux chez les détenus entre les années 1960 et 1980 (Steadman, Monahan, Duffee, Hartstone et Robbins, 1984).

Bien que les taux de troubles mentaux chez les délinquants soient élevés, soulignons que les maladies mentales ne sont pas rares, même dans la population en général. Par exemple, une étude internationale sur le fardeau mondial des maladies a montré que la dépression était la deuxième cause d'années vécues avec une incapacité (Ferrari, Charlson, Norman, Patten, Freedman, Murray, Vos et Whiteford, 2013) et que les troubles mentaux contribuent davantage au fardeau mondial des maladies que l'ensemble des cancers (Société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2009). Une enquête nationale menée au Canada sur la santé mentale dans la collectivité et publiée en 2002 a révélé qu'un Canadien sur cinq déclare avoir été affecté par une maladie mentale au cours de sa vie (Santé Canada, 2002). Plus récemment, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), menée auprès de 25 000 répondants, a révélé que même si plus des trois quarts des Canadiens ont une santé mentale « florissante », qui correspond à un niveau élevé de bien-être émotionnel et de fonctionnement positif, des maladies mentales incluant au moins un diagnostic de dépression, de trouble bipolaire, de trouble anxieux généralisé, d'alcoolisme et de dépendance, de consommation abusive de cannabis et de dépendance et de toxicomanie et de dépendance touchent environ 10 % de la population (Statistique Canada, 2012). Cette estimation exclut les troubles de la personnalité et les habitants des territoires, des réserves et des bases militaires canadiennes. De même, une enquête américaine auprès de plus de 20 000 adultes a montré que plus de 22 % des répondants avaient eu un trouble mental au cours de la dernière année, et que ce taux grimpe à 28 % si on inclut la toxicomanie (Diamond et coll., 2001).

Les taux élevés de troubles mentaux chez les délinquants posent des difficultés pour les organismes correctionnels qui doivent répondre à leurs besoins en santé mentale. Il a été démontré que le taux de prévalence des problèmes de santé mentale chez les délinquants sous la responsabilité du Service correctionnel du Canada (SCC) pourrait être en hausse. Entre mars 1997 et mars 2008, le pourcentage des hommes incarcérés ayant déclaré à leur admission avoir reçu un diagnostic actuel de trouble mental a presque doublé, passant de 7 à 13 % (SCC, 2008) et la proportion de détenus avec une ordonnance de médicaments pour un problème de santé mentale a augmenté, passant de 9 à 21 % (SCC, 2008). Ces données sont fondées sur des questions simples posées aux délinquants au sujet de leur état de santé mentale actuel et antérieur

à leur admission dans le système correctionnel fédéral. Les résultats sont utiles pour suivre les tendances générales, mais ne peuvent servir à établir les diagnostics ou à orienter les stratégies d'intervention. Afin de pouvoir identifier les délinquants qui ont besoin de services en santé mentale, on a mis en œuvre un outil normalisé de dépistage des troubles mentaux pour les délinquants admis dans le système correctionnel fédéral en 2009. Les résultats du Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) constituent le volet initial de la continuité des soins établie pour les délinquants purgeant une peine de ressort fédéral qui ont un diagnostic de trouble mental. Les délinquants qui dépassent la cote limite selon les outils de dépistage intégrés dans le SIDTMEI doivent faire une séance de suivi auprès d'un professionnel de la santé mentale, habituellement un psychologue agréé qui effectuera d'autres tests au besoin. Des études ont montré que, selon les critères de la cote limite utilisés, environ 40 % des hommes admis dans un établissement correctionnel affirment avoir des symptômes psychologiques assez graves pour justifier une évaluation de suivi (Stewart et coll., 2009).

Les résultats du SIDTMEI ne fournissent toutefois pas les taux de diagnostics de trouble mental chez les délinquants nouvellement admis. La connaissance du taux de prévalence de divers troubles mentaux graves au sein d'une population permet une planification plus approfondie des types d'interventions requises et de leur intensité. On peut adapter la gestion de cas pour tenir compte des besoins en santé mentale et du niveau de risque des délinquants en s'appuyant en partie sur leur diagnostic. Des preuves indiquent que les délinquants qui ont des problèmes de santé mentale sont souvent atteints de plus d'un trouble; ils satisfont aux critères de multiples diagnostics psychiatriques et dans la plupart des cas, d'un diagnostic de trouble mental grave combiné à un problème de toxicomanie ou un TPA (Abram et Teplin, 1991; Motiuk et Porporino, 1991; Swartz et Lurigio, 1999; Wilton et Stewart, 2012). En effet, Hodgins et Coté (1990) ont déterminé que seulement 7,6 % des délinquants qui satisfaisaient aux critères de diagnostic de problème de toxicomanie ou de dépendance n'avaient pas d'autre trouble, tandis que le reste des délinquants avaient un problème de toxicomanie ainsi qu'un autre trouble. Cette statistique présente un obstacle supplémentaire à la réinsertion sociale. Hartwell (2004) a révélé que la différence entre les délinquants d'un échantillon de délinquants incarcérés au Massachusetts qui avaient reçu un diagnostic double et ceux d'un échantillon de délinquants avec un seul diagnostic de trouble mental était « marquée ». Les personnes avec deux diagnostics étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents criminels liés à la toxicomanie, d'être sans abri,

de manquer aux conditions de la probation après la mise en liberté et de récidiver. En outre, une enquête australienne auprès de délinquants a montré que le risque de récidive était beaucoup plus élevé pour les délinquants ayant un problème concomitant de toxicomanie et un trouble non lié à la toxicomanie (p. ex. l'anxiété, la dépression ou un trouble de la personnalité), et ce, même après la prise en compte des covariables (Smith et Trimboli, 2010). Au SCC, une étude a révélé que les délinquants aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et un problème de toxicomanie présentaient des résultats considérablement plus faibles que les délinquants qui avaient un seul trouble mental ou qui n'avaient aucun de ces deux troubles (Wilton et Stewart, 2012). Ces résultats ont été précédemment relevés par la MacArthur Risk Assessment Study qui s'est penchée sur le lien entre la criminalité, la violence et la maladie mentale. Les auteurs ont découvert que la toxicomanie et un trouble de la personnalité (surtout le volet des antécédents criminels de la psychopathie) étaient les principaux facteurs de risque de violence au sein de cette population (Monahan et coll., 2001). Une étude méta-analytique menée par Bonta et ses collègues (1998) a également montré que le TPA, les antécédents criminels et la toxicomanie font partie des principaux facteurs contribuant à la récidive avec violence chez les délinquants atteints d'un trouble mental.

La durée du trouble mental peut également nous renseigner sur le risque relatif de comportement antisocial futur des délinquants et sur les types d'interventions requises pour gérer le risque. Par exemple, selon des preuves croissantes, on peut classer les délinquants atteints de schizophrénie en deux groupes : ceux qui n'ont aucun antécédent de comportement antisocial ou criminel avant l'apparition de la maladie mentale, et ceux qui affichaient des tendances antisociales dès la petite enfance qui se sont intensifiées et transformées en actes de délinquance et criminels à l'âge adulte (Hodgins et Jansen, 2002; Mullen, 2006). Les délinquants dont les infractions ont commencé après leur diagnostic peuvent présenter un risque dans certaines conditions, par exemple lorsqu'ils sont sous l'influence de symptômes de délire avec violence. Mais lorsque les symptômes négatifs de la maladie (tels que l'isolement et la dépression) prédominent, des preuves montrent que les délinquants sont moins à risque de poser un acte criminel et violent que ceux qui ne sont atteints d'aucun trouble (Hodgins et Janson, 2002). Par contre, les délinquants qui présentent des comportements antisociaux tôt sont souvent à la fois aux prises avec un TPA et la schizophrénie, et éprouvent à un jeune âge des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, et maintiennent ces habitudes à l'adolescence et à l'âge adulte.

Une enquête sur la santé mentale des délinquants sous la responsabilité du SCC, réalisée en 1988 et dont ont fait état Motiuk et Porporino (1991), a utilisé le Diagnostic Interview Schedule pour évaluer les taux de maladie mentale grave au sein d'un échantillon représentatif de délinquants. En fonction de vastes critères, ils ont signalé des taux alarmants de troubles graves : notamment un taux de 56 % pour l'anxiété, un taux de 30 % pour la dépression et un taux de 10 % pour les troubles psychotiques. En utilisant des critères plus stricts, les taux obtenus étaient un peu plus faibles. Plus récemment, on a utilisé le Diagnostic Interview Schedule (DIS) pour effectuer une étude sur les délinquantes incarcérées dans un établissement du SCC, étude qui a révélé des taux élevés de trouble de stress post-traumatique, de dépression majeure et de TPA au sein de cette population (Derksen, Booth, McConnell et Taylor, 2012). Le SCC doit mener une enquête à jour sur le taux actuel de troubles mentaux. La présente étude a utilisé un outil d'évaluation généralement considéré comme la norme d'excellence pour les recherches cliniques, soit l'Entrevue clinique structurée pour les troubles du DSM (SCID; First, Spitzer, Gibbon et Williams, 2007). Les résultats des SCID-I et SCID-II permettent d'estimer les taux de prévalence pour la vie entière et de prévalence actuelle des troubles mentaux ainsi que des troubles de la personnalité. Le présent rapport communique les résultats d'une étude nationale sur les taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin nouvellement admis dans l'ensemble des cinq régions, y compris les taux selon les divers niveaux d'incapacité.

Méthode

Participants

Tous les délinquants de sexe masculin admis dans un établissement du SCC par suite d'un nouveau mandat de dépôt dans les régions de l'Atlantique, du Québec, de l'Ontario, des Prairies et du Pacifique au cours de la période d'étude étaient admissibles à l'enquête et ont répondu à une demande de consentement pour y participer. La région du Québec affiche le plus faible taux de consentement, soit d'environ 65 % ($n = 197$). Dans la région du Pacifique, 75 % des délinquants ($n = 138$) ont consenti à y participer et ont été interviewés. Un taux semblable a été obtenu en Ontario : 76 % des délinquants ($n = 296$) ont participé. Les régions de l'Atlantique et des Prairies ont obtenu le meilleur taux de participation, soit de 83 % et de 90 % (respectivement $n = 154$ et $n = 325$).

Échantillon national. Le Tableau 1 donne des précisions sur l'échantillon national. Dans l'ensemble, on a noté des différences considérables entre les délinquants qui ont participé et ceux qui n'ont pas participé à l'enquête, surtout en ce qui a trait aux niveaux de risque, de besoins liés aux facteurs criminogènes et de sécurité. Les participants avaient tendance à présenter moins de risques que les non-participants. De plus, ils étaient considérablement plus susceptibles d'être reconnus coupables d'une infraction sexuelle. On n'a noté aucune différence dans l'âge entre les personnes ayant accepté de participer et celles ayant refusé (respectivement 36 par rapport à 35; $t = -0,44, p > 0,05$).

Tableau 1

Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer : échantillon national

	Interviewés N = 1 110 % (n)	Ayant refusé N = 314 % (n)	χ^2	fd
Appartenance ethnique				
Autochtone	20,7 (230)	18,5 (58)	12,34**	3
Noir	8,9 (99)	14,7 (46)		
Blanc	59,7 (663)	53,2 (167)		
Autre	10,6 (118)	13,7 (43)		
Situation de famille				
Célibataire	44,6 (495)	49,0 (154)	2,10	3
Marié ou conjoint de fait	44,1 (489)	41,1 (129)		
Divorcé, séparé ou veuf	9,4 (104)	8,0 (25)		
Autre	2,0 (22)	1,9 (6)		
Niveau de besoin – facteurs criminogènes^a				
Faible	9,9 (110)	7,4 (23)	17,49 ***	2
Moyen	36,2 (401)	25,6 (80)		
Élevé	53,8 (596)	67,1 (210)		
Niveau de risque - antécédents criminels^a				
Faible	15,3 (169)	8,0 (25)	17,78***	2
Moyen	41,1 (455)	36,7 (115)		
Élevé	43,6 (483)	55,3 (173)		
Infraction à l'origine de l'incarcération^b				
Homicide/homicide involontaire coupable	6,0 (66)	9,0 (28)	3,51	1
Vol qualifié	13,7 (152)	16,0 (50)	1,00	1
Infractions en matière de drogue	26,4 (293)	21,4 (67)	3,32	1
Voies de fait	11,2 (124)	16,3 (51)	5,84	1
Infractions sexuelles	15,7 (174)	9,0 (28)	9,18**	1
Infractions contre les biens	11,3 (125)	10,9 (34)	0,05	1
Autres crimes violents	6,1 (67)	8,6 (27)	2,61	1
Autres crimes non violents	9,7 (107)	8,6 (28)	0,15	1
Niveau de sécurité^c				
Minimale	30,8 (335)	17,2 (52)	39,25***	2
Moyenne	63,9 (694)	69,2 (209)		
Maximale	5,3 (58)	13,6 (41)		
Durée de la peine				
Moins de 5 ans	78,2 (868)	77,1 (242)	6,92*	2
5 ans et plus	19,3 (214)	17,5 (55)		
Indéterminée	2,5 (28)	5,4 (17)		

Nota. ^a n = données manquantes pour 4 délinquants. ^b n = données manquantes pour 3 délinquants. ^c n = données manquantes pour 35 délinquants.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Région de l'Atlantique. L'Annexe A présente les données démographiques des délinquants à qui l'on a demandé de participer dans la région de l'Atlantique. La moitié des participants avaient 30 ans ou moins. Même si ce n'est pas un écart considérable, notons que l'âge moyen des participants était de 34 ans comparativement à 35 ans pour les délinquants qui ont refusé ou qui ne pouvaient y participer ($t = 0,56, p > 0,05$). Comparativement aux participants, le nombre de délinquants ayant choisi de ne pas participer qui avaient été condamnés pour voies de fait était beaucoup plus élevé. On n'a noté aucune autre différence marquante dans les caractéristiques des participants et des non-participants à l'étude. La correction de Yates au calcul du khi carré est signalée dans les cas où la fréquence théorique est inférieure à cinq.

Région du Québec. Avec un âge moyen de 39 ans, les délinquants de la région du Québec ayant accepté de participer à l'étude étaient en moyenne les participants les plus âgés de toutes les régions. L'âge moyen des délinquants qui ont refusé de participer était semblable, soit de 38 ans. Aucun écart notable n'a été observé entre l'âge des deux groupes ($t = - 0,38, p > 0,05$). La majorité des participants étaient d'origine blanche et un pourcentage plus élevé de délinquants autochtones ont refusé de participer comparativement aux autres groupes (Annexe B). On a également noté des différences importantes dans le niveau des besoins liés aux facteurs criminogènes, le niveau de risque statique et le niveau de sécurité des participants et des non-participants. Compte tenu de la nature de l'étude et de la nécessité d'un échantillon représentatif (c.-à-d. incluant les délinquants ayant des problèmes de santé mentale graves), on a approfondi l'examen des écarts dans les besoins liés aux facteurs criminogènes entre les groupes afin de connaître le domaine de besoins considéré comme une préoccupation importante. Des sept domaines de besoins, on a relevé seulement un écart important pour les besoins dans le domaine de la vie personnelle et affective ($\chi^2 = 9,55, fd = 3, p < 0,05$); pour ce domaine, 50,5 % des délinquants qui ont refusé de participer ont été classés dans le niveau élevé de besoins contre seulement 32,7 % des participants. Cet écart n'était toutefois plus significatif après l'application de la correction de Bonferroni (Annexe C).

Région de l'Ontario. Les participants étaient âgés de 18 à 74 ans et la moitié des délinquants ($n = 148$) avaient moins de 35 ans. Les délinquants qui ont accepté de participer étaient considérablement plus âgés que les délinquants ayant refusé (37 ans par rapport à 32 ans, $t = - 2,95, p < 0,01$). On a noté certaines différences entre les groupes en matière d'antécédents

d'infractions répertoriées : un nombre nettement plus élevé de participants ont été reconnus coupables d'une infraction sexuelle, et un nombre beaucoup plus élevé de non-participants ont été reconnus coupables d'homicide ou de crimes connexes et d'autres crimes non violents (Annexe D). On a également observé un écart important dans le niveau de sécurité : les participants étaient plus susceptibles d'être classés au niveau de sécurité minimale.

En raison du nombre élevé de délinquants nouvellement admis en Ontario, plusieurs participants ($n = 126$) qui avaient consenti à l'entrevue n'ont pas été interviewés avant la fin de la période de l'étude. On a comparé leurs données démographiques à celles des personnes qui ont été interviewées et aucune différence importante n'a été relevée.

Région des Prairies. Plus d'un tiers des participants de cette région étaient autochtones. La majorité des participants étaient d'origine blanche, ont été admis pour une infraction en matière de drogue, ont été classés au niveau de sécurité moyenne et purgeaient une peine de cinq ans ou moins (Annexe E). L'âge moyen des participants était de 33 ans. De façon similaire, les délinquants ayant refusé de participer avaient en moyenne 32 ans ($t = -0,28; p > 0,05$). Notons que dans cette région, un quart des participants ($n = 82$) avaient 24 ans ou moins.

Région du Pacifique. L'Annexe F présente les données démographiques de tous les délinquants auxquels on a demandé de participer à l'enquête au Centre régional de réception et d'évaluation dans la région du Pacifique. Aucun écart d'âge significatif n'a été noté entre les deux groupes (37 par rapport à 36; $t = -0,60, p > 0,05$). La moitié des participants avaient 35 ans ou moins. On n'a trouvé aucune différence statistiquement significative entre les participants et les non-participants en fonction de diverses variables démographiques.

Raisons du refus de participer. Dans l'ensemble, environ un cinquième des délinquants approchés ($n = 314$) ont refusé d'être interviewés. On a demandé à ces personnes d'expliquer leur refus. La majorité des délinquants ont affirmé qu'ils n'étaient tout simplement pas intéressés à participer et n'ont donné aucun autre motif ($n = 202$). Soulignons que la question de la langue a influencé la décision de certains délinquants (5,4 %; $n = 22$). Les autres raisons comprennent l'absence du délinquant à l'entrevue (4 %; $n = 13$) et l'absence d'avantage personnel ou d'incitatif à participer à l'étude (1 %; $n = 2$). Dans trois cas, l'entrevue a été interrompue en raison de comportements préoccupants du participant envers l'intervieweur et dans 24 cas, le délinquant a exercé son droit de se retirer volontairement de l'étude.

Mesures/matériel

Entrevue clinique structurée pour les troubles de l’Axe I du DSM (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon et Williams, version modifiée : 2007). La SCID-I est une entrevue semi-structurée élaborée pour diagnostiquer des troubles graves recensés sur l’Axe I du DSM-IV (First et coll., 2007). La version Recherche de la SCID, 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 (Biometrics Research Department, date inconnue). Aux fins de la présente étude, on a 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.

La SCID-I est largement considérée comme la norme par excellence pour les diagnostics psychiatriques (par 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, Kovaszny et Bromet, 1994; Steadman, Robbins, Islam et Osher, 2007; Trestman, Ford, Zhang et Wiesbrock, 2007; Zanarini et Frankenburg, 2001; Zanarini et coll., 2000), y compris les délinquants purgeant une peine de ressort fédéral au Canada (Power et Beaudette, 2013; Power et Usher, 2011a, 2011b).

Selon la recherche, la fiabilité de la SCID-I va de bonne à excellente pour la plupart des modules. Des résultats étaient disponibles pour la majorité des troubles visés par notre étude, et les coefficients kappa s’étendaient ainsi : trouble dépressif majeur (0,61 à 0,93); dysthémie (0,40 à 0,91); trouble bipolaire (0,79 à 0,84); schizophrénie (0,65 à 0,94); alcoolisme (0,65 à 1,00); toxicomanie (0,76 à 1,00); trouble panique (0,58 à 0,88); phobie sociale (0,47 à 0,86); trouble obsessionnel-compulsif (0,40 à 0,70); trouble anxieux généralisé (0,44 à 0,95); trouble de stress post-traumatique (0,77 à 1,00) et tous les troubles de l’alimentation (0,64 à 0,77) (Lobbstaël,

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 la SCID-I va aussi de bonne à excellente; en effet, dans une population psychiatrique, les diagnostics posés dans le cadre de la SCID-I se comparent favorablement aux diagnostics faits par des psychiatres sur les plans de la sensibilité (0,50 à 1,00), de la spécificité (0,94 à 1,00) et de l'accord ($\kappa = 0,66$ à 0,90) (Fennig et coll., 1994).

Entrevue clinique dirigée pour les troubles de l'axe II du DSM (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams et Benjamin, 1997). La SCID-II est une entrevue semi-dirigée qui a été élaborée pour diagnostiquer des troubles de la personnalité recensés sur l'axe II du DSM (First et coll., 1997). Cette entrevue clinique est considérée comme la norme par excellence pour diagnostiquer les troubles de la personnalité et on l'utilise auprès de délinquants et de délinquantes (Guy, Poythress, Douglas, Skeem et Edens, 2008; Komarovskaya, Loper et Warren, 2007; Ullrich et coll., 2008). Seuls les questionnaires de la SCID-II qui servent à évaluer le TPL et le TPA ont été administrés aux fins de la présente étude. Ces modules ont été précédemment utilisés auprès des délinquants sous responsabilité fédérale au Canada (Power et Beaudette, 2013; Power et Usher, 2011a, 2011b).

Dans un échantillon de 45 patients aux prises avec un trouble mental (composé à 77 % de femmes), la fiabilité de l'évaluation pour le TPL était excellente : la valeur des coefficients κ allait de 0,87 à 1,0 pour la mesure de la fiabilité interjuges de base, du coefficient de test-retest, de la fiabilité interjuges de suivi et de la fiabilité longitudinale de suivi (Zanarini et Frankenburg, 2001). La fiabilité interjuges de l'évaluation du TPL de la SCID-II va de bonne à excellente (0,48 à 0,91) (Dreessen et Arntz, 1998; First et coll., 1995; Fogelson, Neuchterlein, Asarnow, Subotnik et Talovic, 1991; Maffei et coll., 1997). La fiabilité interjuges de l'évaluation du TPA de la SCID-II va de bonne à excellente (0,41 à 0,95; First et coll., 1995; Lobbestael et coll., 2010; Maffei et coll., 1997; Weiss, Najavits, Muenz et Hufford, 1995).

La validité de l'évaluation du TPL est également excellente. Par rapport à d'autres mesures et diagnostics psychiatriques, elle présente des résultats exceptionnels sur les plans de la sensibilité (0,74 à 0,84), de la spécificité (0,82) et de la validité concurrente ($r = 0,80$) 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). Après avoir comparé les

diagnostics posés au moyen de la SCID-I à des diagnostics longitudinaux, une étude a montré une solide 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-TR¹ 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). Cette échelle vise à fournir des données essentielles aux fins de la planification adéquate du traitement (Woldoff, 2004). La cotation va de 90 (absence de symptômes ou symptômes minimes et aucune déficience) à 0 (danger immédiat en raison d'une négligence grave ou d'un comportement d'automutilation), et l'outil prévoit des critères distincts pour chaque tranche de 10 points qui facilitent la tâche des évaluateurs. L'Enquête mondiale sur la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a utilisé une note de 50 ou moins dans l'EGF comme seuil pour suggérer une déficience globale grave relative à un diagnostic de santé mentale (OMS, 2004). Peu de recherche a été effectuée sur la fiabilité et la validité de l'outil modifié (Woldoff, 2004), mais l'EGF est considérée comme utile et facile à gérer avec très peu de formation ou d'expérience clinique.

Procédure/approche analytique

Pour réaliser l'étude, on a utilisé une méthode basée sur l'admission continue. En d'autres mots, tous les délinquants admissibles ont été approchés pour participer dans l'ordre de leur admission dans l'établissement. En outre, la période de l'étude a été déterminée pour se rapprocher du nombre de délinquants admis dans les régions au cours d'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. L'ensemble des entrevues qui ont permis d'amasser les données ont été effectuées entre mars 2012 et septembre 2014.

Formation des évaluateurs. Des adjoints à la recherche ont été recrutés pour travailler dans les centres de réception de chacune des régions visées et formés pour administrer les

¹ DSM-IV-TR = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, texte révisé.

SCID-I et II. Après cinq jours d'auto-apprentissage à l'aide du matériel de formation fourni par les auteurs de la SCID (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.

On a créé un document afin d'y noter les problèmes courants soulevés pendant la collecte de données et de s'en servir comme registre des décisions. Le premier auteur était la seule personne capable de modifier le document, mais celui-ci était toutefois accessible par tous les adjoints à la recherche affectés au projet. Cette mesure a aidé à garantir l'uniformité au sein des évaluateurs et des régions. Si l'adjoint à la recherche était incertain pour une cotation, il devait consulter le premier auteur et le manuel de la SCID avant d'établir 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 centres de réception. Pour suivre cette méthode de recrutement, le personnel de l'établissement a fourni une liste de tous les nouveaux détenus admis aux adjoints à la recherche. On a demandé à tous les délinquants admis en vertu d'un nouveau mandat de dépôt de participer à l'étude. Les délinquants admis en raison d'une révocation, d'un manquement aux conditions ou d'une suspension ont été exclus.

On a utilisé deux méthodes de recrutement en raison des différences dans le processus d'admission et de l'accès aux délinquants dans chaque établissement. Dans les régions du Québec et de l'Ontario, les adjoints à la recherche se présentaient à l'unité d'admission et de libération les jours de l'arrivée de nouveaux délinquants. Un adjoint à la recherche approchait alors les délinquants admissibles, selon l'ordre des noms apparaissant sur la liste d'admission, leur décrivait l'étude, puis leur demandait s'ils consentaient à y participer. L'entrevue était fixée le plus tôt possible avec les délinquants qui étaient d'accord.

Dans les régions de l'Atlantique, des Prairies et du Pacifique, les adjoints à la recherche se présentaient à l'unité d'admission où les délinquants étaient logés à la suite du processus d'admission et les approchaient selon l'ordre des noms de la liste des délinquants admissibles fournie. Lorsqu'un délinquant acceptait de participer, l'entrevue avait aussitôt lieu dans une salle de l'unité.

Certains délinquants inscrits sur la liste n'ont pas été approchés pour diverses raisons (p. ex. si le délinquant était placé immédiatement en isolement, recevait un traitement à l'hôpital,

présentait un risque pour la sécurité ou était un criminel notoire). Ces délinquants ne sont pas considérés comme ayant refusé de participer car ils n'ont pas été approchés. 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 lui demandait le motif et documentait la conversation. Toutes les entrevues ont été menées dans une salle privée de l'établissement pour garantir la confidentialité.

Si le personnel de l'établissement estimait que la sécurité de l'adjoint à la recherche était menacée, il pouvait refuser l'entrevue. Si un délinquant avait été violent envers le personnel ou avait eu un comportement considéré comme dangereux, l'entrevue pouvait être reportée ou annulée.

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 effectuées en anglais dans les régions de l'Atlantique, de l'Ontario, des Prairies et du Pacifique. La majorité des entrevues dans la région du Québec se sont déroulées en français, mais le délinquant était libre de répondre aux questions en anglais. Comme l'entrevue structurée était utilisée à des fins de recherche et non de diagnostic, aucun résultat n'a été communiqué 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 la SCID était rangé dans un classeur verrouillé, dans une pièce sécurisée de l'établissement (habituellement une salle des services de psychologie). À la fin de l'étude, tous les documents ont été transmis au chercheur principal, puis rangés dans un classeur verrouillé dans une salle sécurisée. Le nom des délinquants et leur numéro SED ont été séparés 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 notés dans les dossiers papier de la SCID.

Techniques statistiques. On a procédé à des analyses du khi carré afin de savoir si des différences statistiquement significatives existaient entre les hommes qui avaient accepté de participer et ceux qui avaient refusé. On a également effectué des tests de Student afin d'évaluer si des différences moyennes existaient au sein des groupes. On a calculé les taux de prévalence en divisant le nombre de délinquants qui satisfaisaient aux critères du diagnostic d'un trouble mental en particulier (ou de groupes de troubles) par le nombre total de délinquants de ce groupe ou de cette région. Les taux ont été signalés pour l'échantillon national (c.-à-d. pour tous les participants à l'étude) et pour chacune des régions. Dans les cas où on a observé des écarts entre les régions pour certains troubles, on a effectué d'autres analyses du khi carré afin de déterminer si ces écarts étaient statistiquement significatifs.

Résultats

La section suivante présente les résultats à l'échelle nationale et pour chaque région. Les taux généraux pour chaque catégorie de diagnostic de trouble mental sont affichés en gras dans les tableaux, suivis du taux de diagnostic pour chacun des troubles de la catégorie. Il est possible pour certains délinquants de satisfaire aux critères de plus d'un trouble mental par catégorie. La catégorie des troubles psychotiques inclut plusieurs troubles évalués par la SCID-I. Les tableaux ne présentent aucun diagnostic différentiel, comme ce module n'a pas été terminé pour ce groupe de troubles mentaux. On a utilisé une mesure dichotomique pour les troubles psychotiques (c.-à-d. présents ou non présents). Les participants qui satisfaisaient aux critères d'un trouble psychotique ont donc obtenu une note positive. Les diagnostics possibles dans cette catégorie comprennent la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, la toxicomanie ou un état pathologique général causant des symptômes psychotiques, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié ailleurs. Les taux généraux indiquent le pourcentage de délinquants ayant reçu au moins un diagnostic dans la catégorie.

Prévalence nationale

On a combiné les taux de prévalence des troubles mentaux dans l'ensemble des cinq régions pour produire un taux de prévalence national général qui tient compte de toutes les catégories de diagnostic. Le Tableau 2 présente les résultats de l'échantillon complet ($N = 1\ 110$). À l'échelle nationale, l'alcoolisme et la toxicomanie ou la dépendance à ces substances constituent les troubles les plus courants chez les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis (49,6 %). Ils sont suivis de près par le TPA (44,1 %) et les troubles d'anxiété (29,5 %). Un pourcentage de 81 % des délinquants ($n = 899$) satisfaisaient aux critères de diagnostic d'au moins un trouble mental au cours de leur vie, tandis que 73 % des participants satisfaisaient aux critères d'un diagnostic actuel (dans le dernier mois).

Tableau 2

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – échelle nationale

Trouble	Vie entière % (n)	Actuelle % (n)
Troubles de l'humeur	30,2 (335)	16,9 (188)
Trouble bipolaire I	2,8 (31)	1,7 (19)
Trouble bipolaire II	1,3 (14)	0,8 (9)
Autres troubles bipolaires	2,1 (23)	1,4 (15)
Trouble dépressif majeur	18,0 (200)	7,4 (82)
Trouble dysthymique (prévalence actuelle seulement)	--	3,3 (37)
Trouble dépressif non spécifié ailleurs	4,1 (46)	2,5 (28)
Trouble de l'humeur causé par un état pathologique général	0,9 (10)	0,5 (5)
Trouble de l'humeur induit par une substance	2,9 (32)	1,1 (12)
Troubles psychotiques^a	4,7 (52)	3,3 (37)
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances	66,0 (733)	49,6 (551)
Alcoolisme ou dépendance	43,7 (485)	26,0 (288)
Toxicomanie ou dépendance (excluant l'alcool)	52,0 (577)	38,6 (428)
Troubles anxieux	34,1 (378)	29,5 (328)
Trouble panique	12,6 (140)	9,1 (101)
Agoraphobie sans antécédents de panique	2,6 (29)	2,3 (25)
Phobie sociale	5,8 (64)	5,1 (57)
Phobie spécifique	5,1 (56)	4,3 (48)
Trouble obsessionnel-compulsif	3,3 (37)	3,0 (33)
Trouble de stress post-traumatique	13,4 (149)	11,0 (122)
Trouble anxieux généralisé	7,6 (84)	7,2 (80)
Trouble anxieux causé par un état pathologique général	0,1 (1)	0
Trouble anxieux induit par une substance	1,8 (20)	0,9 (10)
Trouble anxieux non spécifié ailleurs	4,2 (47)	4,1 (45)
Troubles de l'alimentation	1,4 (15)	0,8 (9)
Anorexie	0,1 (1)	0
Boulimie	0,2 (2)	0,1 (1)
Frénésie alimentaire	1,2 (13)	0,8 (9)
Jeu pathologique	9,9 (110)	5,9 (65)
Trouble de la pers. limite (prévalence vie entière seulement)	15,9 (176)	--
Trouble de la pers. antisociale (prévalence vie entière seulement)	44,1 (490)	--

Nota. N = 1 110. « 0 » indique qu'aucune note n'a été attribuée pour la catégorie. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 car les participants peuvent répondre aux critères de diagnostic de plusieurs troubles. ^a Sont inclus les troubles psychotiques suivants : la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, la toxicomanie ou un état pathologique général causant des symptômes psychotiques, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié ailleurs.

Région de l'Atlantique

Un pourcentage de 83 % des participants dans l'Atlantique ont satisfait aux critères de diagnostic d'un trouble mental pendant la vie entière. Les trois quarts des participants ont répondu aux critères de diagnostic d'un trouble mental au moment de leur admission dans un établissement du SCC. Les diagnostics actuels de trouble panique (14 %) et de jeu pathologique (7 %) faisaient partie des diagnostics actuels les plus courants chez les délinquants nouvellement admis, si l'on excluait les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances et le TPA (Tableau 3). Le diagnostic de trouble de stress post-traumatique n'a pas été posé aussi souvent pour les délinquants de la région de l'Atlantique que ceux des autres régions. Cette région a enregistré le taux le plus élevé pour les symptômes psychotiques primaires (taux de prévalence pour la vie entière de 7 %); on ne note toutefois pas d'écart statistiquement significatif entre ce taux et les taux enregistrés dans les quatre autres régions.

Région du Québec

La région du Québec a obtenu le même taux de prévalence pour la vie entière des troubles mentaux que la moyenne nationale (81,2%) et un taux légèrement plus faible pour la prévalence actuelle des troubles mentaux (70,1 %). En outre, le taux des troubles de l'humeur était semblable à celui des autres régions (18,8 %); le taux de prévalence actuelle pour les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances était toutefois le plus faible au pays (Tableau 4). Les taux de prévalence du trouble de stress post-traumatique et du trouble anxieux généralisé (respectivement 12,7 % et 10,7 %) étaient un peu plus hauts que les résultats de l'échantillon national, tandis que les taux de prévalence actuelle du trouble panique et du jeu pathologique étaient légèrement inférieurs.

Tableau 3

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Atlantique

Trouble	Vie entière % (n)	Actuelle % (n)
Troubles de l'humeur	33,8 (52)	18,8 (29)
Trouble bipolaire I	1,9 (3)	1,9 (3)
Trouble bipolaire II	3,9 (6)	2,6 (4)
Autres troubles bipolaires	0,6 (1)	0,6 (1)
Trouble dépressif majeur	18,2 (28)	6,5 (10)
Trouble dysthymique (prévalence actuelle seulement)	--	1,9 (3)
Trouble dépressif non spécifié ailleurs	5,8 (9)	4,5 (7)
Trouble de l'humeur causé par un état pathologique général	0	0
Trouble de l'humeur induit par une substance	3,9 (6)	1,3 (2)
Troubles psychotiques^a	7,1 (12)	6,5 (10)
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances	66,2 (102)	50,0 (77)
Alcoolisme ou dépendance	34,4 (53)	22,7 (35)
Toxicomanie ou dépendance (excluant l'alcool)	55,2 (85)	42,2 (65)
Troubles anxieux	30,5 (47)	29,9 (46)
Trouble panique	14,3 (22)	13,6 (21)
Agoraphobie sans antécédents de panique	0,6 (1)	0,6 (1)
Phobie sociale	4,5 (7)	4,5 (7)
Phobie spécifique	1,9 (3)	1,9 (3)
Trouble obsessionnel-compulsif	1,3 (3)	1,3 (3)
Trouble de stress post-traumatique	5,8 (9)	5,8 (9)
Trouble anxieux généralisé	2,6 (4)	2,6 (4)
Trouble anxieux causé par un état pathologique général	0	0
Trouble anxieux induit par une substance	3,2 (5)	2,6 (4)
Trouble anxieux non spécifié ailleurs	6,5 (10)	6,5 (10)
Troubles de l'alimentation	0,6 (1)	0
Anorexie	0	0
Boulimie	0	0
Frénésie alimentaire	0,6 (1)	0
Jeu pathologique	9,1 (14)	7,1 (11)
Trouble de la pers. limite (prévalence vie entière seulement)	11,0 (17)	--
Trouble de la pers. antisociale (prévalence vie entière seulement)	54,5 (84)	--

Nota. N = 154. « 0 » indique qu'aucune note n'a été attribuée pour la catégorie. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 car les participants peuvent répondre aux critères de diagnostic de plusieurs troubles. ^a Sont inclus les troubles psychotiques suivants : la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, la toxicomanie ou un état pathologique général causant des symptômes psychotiques, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié ailleurs.

Tableau 4

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Québec

Trouble	Vie entière % (n)	Actuelle % (n)
Troubles de l'humeur	34,5 (68)	18,8 (37)
Trouble bipolaire I	6,1 (12)	4,1 (8)
Trouble bipolaire II	1,0 (2)	1,0 (2)
Autres troubles bipolaires	1,5 (3)	1,0 (2)
Trouble dépressif majeur	18,8 (37)	6,1 (12)
Trouble dysthymique (prévalence actuelle seulement)	--	6,1 (12)
Trouble dépressif non spécifié ailleurs	1,0 (2)	0
Trouble de l'humeur causé par un état pathologique général	2,5 (5)	2,0 (4)
Trouble de l'humeur induit par une substance	6,1 (12)	0,5 (1)
Troubles psychotiques^a	5,6 (11)	3,6 (7)
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances	66,5 (131)	37,1 (73)
Alcoolisme ou dépendance	39,6 (78)	15,7 (31)
Toxicomanie ou dépendance (excluant l'alcool)	51,3 (101)	28,9 (57)
Troubles anxieux	39,1 (77)	32,0 (63)
Trouble panique	8,6 (17)	6,6 (13)
Agoraphobie sans antécédents de panique	3,1 (6)	3,6 (7)
Phobie sociale	6,1 (12)	5,6 (11)
Phobie spécifique	10,2 (20)	8,1 (16)
Trouble obsessionnel-compulsif	1,5 (3)	1,0 (2)
Trouble de stress post-traumatique	17,3 (34)	12,7 (25)
Trouble anxieux généralisé	11,2 (22)	10,7 (21)
Trouble anxieux causé par un état pathologique général	0	0
Trouble anxieux induit par une substance	4,1 (8)	1,0 (2)
Trouble anxieux non spécifié ailleurs	1,0 (2)	0,5 (1)
Troubles de l'alimentation	3,0 (6)	2,0 (4)
Anorexie	0	0
Boulimie	0,5 (1)	0
Frénésie alimentaire	2,5 (5)	2,0 (4)
Jeu pathologique	9,6 (19)	3,6 (7)
Trouble de la pers. limite (prévalence vie entière seulement)	17,8 (35)	--
Trouble de la pers. antisociale (prévalence vie entière seulement)	40,6 (80)	--

Nota. N = 197. « 0 » indique qu'aucune note n'a été attribuée pour la catégorie. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 car les participants peuvent répondre aux critères de diagnostic de plusieurs troubles. ^a Sont inclus les troubles psychotiques suivants : la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, la toxicomanie ou un état pathologique général causant des symptômes psychotiques, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié ailleurs.

Région de l'Ontario

Dans la région de l'Ontario, 78 % des délinquants ont satisfait aux critères de diagnostic d'un trouble mental quelconque au cours de leur vie, tandis que 68 % ont satisfait aux critères de diagnostic actuel d'un trouble. À l'exception du TPA et de la toxicomanie, le trouble de stress post-traumatique (14,2 %) et le trouble panique (12,8 %) faisaient partie des diagnostics actuels les plus courants (Tableau 5). On a également relevé un pourcentage considérable de délinquants satisfaisant aux critères de diagnostic actuel d'un trouble dépressif majeur (10,5 %). Le taux pour le TPA en Ontario était semblable à celui de la région des Prairies, mais largement inférieur à celui des régions de l'Atlantique et du Québec, et surtout du Pacifique (37 % par rapport à 64 %, respectivement; $\chi^2 = 38,35, fd = 4, p < 0,0001$).

Région des Prairies

Environ 80 % des participants ont satisfait aux critères d'un trouble mental au cours de leur vie. Les taux de prévalence actuelle (c.-à-d. dans le dernier mois) étaient légèrement inférieurs avec près de 75 % des délinquants satisfaisant aux critères de diagnostic. Les taux de prévalence actuelle pour les troubles liés à la consommation d'alcool (41,2 %) et de substances (43,1 %), le trouble de stress post-traumatique (8,0 %), le jeu pathologique (6,2 %) et le TPA (39,7 %) comptaient parmi les plus élevés (Tableau 6).

On a obtenu des taux semblables pour ces troubles dans les quatre autres régions, à l'exception d'un taux supérieur pour le TPA chez les délinquants admis dans un établissement de la région du Pacifique. De plus, la région des Prairies affiche la plus faible prévalence des troubles anxieux à la fois pour les taux de prévalence sur la vie entière et de prévalence actuelle; la différence était toutefois minime.

Région du Pacifique

Un pourcentage de 88 % des participants de cette région ont satisfait aux critères de diagnostic d'un trouble mental sur la vie entière et 82 % ont répondu aux critères de diagnostic actuel pour un trouble quelconque. Comme l'illustre le Tableau 7, autre que le TPA et l'alcoolisme et la toxicomanie et la dépendance à ces substances, le trouble de stress post-traumatique (14,5 %), le trouble panique (10,1 %) et le jeu pathologique (8,7 %) figuraient parmi les troubles actuels les plus courants. Comme que pour toutes les régions, les troubles de l'alimentation ont rarement été signalés.

Tableau 5

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Ontario

Trouble	Vie entière % (n)	Actuelle % (n)
Troubles de l'humeur	32,4 (96)	16,6 (49)
Trouble bipolaire I	2,4 (7)	1,7 (5)
Trouble bipolaire II	0,7 (2)	0,3 (1)
Autres troubles bipolaires	2,0 (6)	1,4 (4)
Trouble dépressif majeur	23,3 (69)	10,5 (31)
Trouble dysthymique (prévalence actuelle seulement)	--	2,7 (8)
Trouble dépressif non spécifié ailleurs	3,0 (9)	1,0 (3)
Trouble de l'humeur causé par un état pathologique général	1,4 (4)	0,3 (1)
Trouble de l'humeur induit par une substance	2,0 (6)	1,0 (3)
Troubles psychotiques^a	5,4 (16)	3,4 (10)
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances	59,8 (177)	42,9 (127)
Alcoolisme ou dépendance	40,2 (119)	18,2 (54)
Toxicomanie ou dépendance (excluant l'alcool)	48,3 (143)	33,8 (100)
Troubles anxieux	40,2 (119)	34,5 (102)
Trouble panique	19,6 (58)	12,8 (38)
Agoraphobie sans antécédents de panique	4,1 (12)	3,0 (9)
Phobie sociale	8,1 (24)	7,1 (21)
Phobie spécifique	5,4 (16)	4,4 (13)
Trouble obsessionnel-compulsif	5,7 (17)	5,7 (17)
Trouble de stress post-traumatique	18,2 (54)	14,2 (42)
Trouble anxieux généralisé	9,5 (28)	9,5 (28)
Trouble anxieux causé par un état pathologique général	0	0
Trouble anxieux induit par une substance	1,4 (4)	1,0 (3)
Trouble anxieux non spécifié ailleurs	2,7 (8)	2,7 (8)
Troubles de l'alimentation	0	0
Anorexie	0	0
Boulimie	0	0
Frénésie alimentaire	1,0 (3)	0
Jeu pathologique	8,5 (25)	5,1 (15)
Trouble de la pers. limite (prévalence vie entière seulement)	15,2 (45)	--
Trouble de la pers. antisociale (prévalence vie entière seulement)	36,5 (108)	--

Nota. N = 296. « 0 » indique qu'aucune note n'a été attribuée pour la catégorie. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 car les participants peuvent répondre aux critères de diagnostic de plusieurs troubles. ^a Sont inclus les troubles psychotiques suivants : la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, la toxicomanie ou un état pathologique général causant des symptômes psychotiques, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié ailleurs.

Tableau 6

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Prairies

Trouble	Vie entière % (n)	Actuelle % (n)
Troubles de l'humeur	27,1 (88)	16,0 (52)
Trouble bipolaire I	2,5 (8)	0,6 (2)
Trouble bipolaire II	1,2 (4)	0,6 (2)
Autres troubles bipolaires	2,8 (9)	1,5 (5)
Trouble dépressif majeur	15,7 (51)	7,1 (23)
Trouble dysthymique (prévalence actuelle seulement)	--	3,4 (11)
Trouble dépressif non spécifié ailleurs	4,3 (14)	3,7 (12)
Trouble de l'humeur causé par un état pathologique général	0,3 (1)	0
Trouble de l'humeur induit par une substance	1,5 (5)	0,9 (3)
Troubles psychotiques^a	3,1 (10)	2,2 (7)
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances	68,3 (222)	58,8 (191)
Alcoolisme ou dépendance	52,9 (172)	41,2 (134)
Toxicomanie ou dépendance (excluant l'alcool)	50,5 (164)	43,1 (140)
Troubles anxieux	25,8 (84)	23,1 (75)
Trouble panique	7,4 (24)	4,6 (15)
Agoraphobie sans antécédents de panique	1,2 (4)	1,2 (4)
Phobie sociale	4,0 (13)	3,7 (12)
Phobie spécifique	1,2 (4)	1,2 (4)
Trouble obsessionnel-compulsif	1,9 (6)	1,5 (5)
Trouble de stress post-traumatique	8,9 (29)	8,0 (26)
Trouble anxieux généralisé	4,9 (16)	4,6 (15)
Trouble anxieux causé par un état pathologique général	0	0
Trouble anxieux induit par une substance	0,6 (2)	0,3 (1)
Trouble anxieux non spécifié ailleurs	6,5 (21)	6,5 (21)
Troubles de l'alimentation	0,3 (1)	0,3 (1)
Anorexie	0,6 (2)	0
Boulimie	0,6 (2)	0
Frénésie alimentaire	0,3 (1)	0,3 (1)
Jeu pathologique	9,9 (32)	6,2 (20)
Trouble de la pers. limite (prévalence vie entière seulement)	13,8 (45)	--
Trouble de la pers. antisociale (prévalence vie entière seulement)	39,7 (129)	--

Nota. N = 325. « 0 » indique qu'aucune note n'a été attribuée pour la catégorie. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 car les participants peuvent répondre aux critères de diagnostic de plusieurs troubles. ^a Sont inclus les troubles psychotiques suivants : la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, la toxicomanie ou un état pathologique général causant des symptômes psychotiques, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié ailleurs.

Tableau 7

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis – Pacifique

Trouble	Vie entière % (n)	Actuelle % (n)
Troubles de l'humeur	22,5 (31)	15,2 (21)
Trouble bipolaire I	0,7 (1)	0,7 (1)
Trouble bipolaire II	0	0
Autres troubles bipolaires	2,9 (4)	2,2 (3)
Trouble dépressif majeur	10,9 (15)	4,4 (6)
Trouble dysthymique (prévalence actuelle seulement)	--	2,2 (3)
Trouble dépressif non spécifié ailleurs	8,7 (12)	4,4 (6)
Trouble de l'humeur causé par un état pathologique général	0	0
Trouble de l'humeur induit par une substance	2,2 (3)	2,2 (3)
Troubles psychotiques^a	2,2 (3)	2,2 (3)
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances	73,2 (101)	60,1 (83)
Alcoolisme ou dépendance	45,7 (63)	24,6 (34)
Toxicomanie ou dépendance (excluant l'alcool)	60,9 (84)	47,8 (66)
Troubles anxieux	37,0 (51)	30,4 (42)
Trouble panique	13,8 (19)	10,1 (14)
Agoraphobie sans antécédents de panique	4,4 (6)	2,9 (4)
Phobie sociale	5,8 (8)	4,4 (6)
Phobie spécifique	9,4 (13)	8,7 (12)
Trouble obsessionnel-compulsif	6,5 (9)	4,4 (6)
Trouble de stress post-traumatique	16,7 (23)	14,5 (20)
Trouble anxieux généralisé	10,1 (14)	8,7 (12)
Trouble anxieux causé par un état pathologique général	0	0
Trouble anxieux induit par une substance	0,7 (1)	0
Trouble anxieux non spécifié ailleurs	4,4 (6)	3,6 (5)
Troubles de l'alimentation	5,1 (7)	2,9 (4)
Anorexie	0,7 (1)	0
Boulimie	0,7 (1)	0,7 (1)
Frénésie alimentaire	4,4 (6)	2,9 (4)
Jeu pathologique	14,5 (20)	8,7 (12)
Trouble de la pers. limite (prévalence vie entière seulement)	23,9 (33)	--
Trouble de la pers. antisociale (prévalence vie entière seulement)	63,8 (88)	--

Nota. N = 138. « 0 » indique qu'aucune note n'a été attribuée pour la catégorie. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 car les participants peuvent répondre aux critères de diagnostic de plusieurs troubles. ^a Sont inclus les troubles psychotiques suivants : la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, la toxicomanie ou un état pathologique général causant des symptômes psychotiques, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié ailleurs.

Délinquants autochtones

Une analyse des résultats selon l'ascendance autochtone et non autochtone à l'échelle nationale est fournie à l'Annexe G. Il faut interpréter ces résultats avec prudence en raison du nombre plutôt faible de délinquants dans le groupe des Autochtones pour certaines catégories de diagnostic. Les taux des troubles de l'Axe I sont supérieurs chez les Autochtones. En ce qui concerne les diagnostics individuels, le résultat le plus étonnant pour l'ensemble des régions est un taux de prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool et de substances et du TPA considérablement supérieur pour les Autochtones. La majorité des délinquants autochtones sondés ont été échantillonnés à partir des régions des Prairies et du Pacifique, selon la répartition des délinquants autochtones au pays. Il convient de souligner le taux largement inférieur des troubles psychotiques (1,7 %) chez les Autochtones, mais comme l'ensemble des taux étaient faibles, il faut les interpréter avec discernement.

Taux de prévalence des maladies mentales graves et des troubles concomitants

On a effectué des calculs pour déterminer le taux de prévalence des maladies mentales graves qui comprenait l'un ou l'autre des diagnostics suivants : troubles psychotiques, troubles bipolaires et dépression majeure. Le taux national était de 12,4 % (Tableau 8).

Compte tenu du taux de prévalence élevé des troubles liés à la consommation d'alcool et de substances et du TPA dans les échantillons de délinquants, on a effectué des analyses supplémentaires après avoir retiré les délinquants aux prises avec ces troubles seulement (Tableau 8). De 39 à 47 % des participants dans l'ensemble des régions ont satisfait aux critères de diagnostic actuel d'un trouble mental autre que le TPA ou un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances. Ce résultat souligne qu'une proportion importante de délinquants sont admis dans un établissement du SCC tandis qu'ils sont atteints d'un trouble mental susceptible de nécessiter un traitement au-delà des soins déterminés pour répondre aux besoins liés aux facteurs criminogènes (par ex. attitude propice au crime, consommation de substances).

Une étude a mis en évidence des résultats considérablement plus faibles pour les délinquants des établissements du SCC avec des problèmes concomitants de consommation de substances et de troubles mentaux (Wilton et Stewart, 2012). Afin de déterminer si les délinquants sondés étaient susceptibles de présenter un double diagnostic et, par conséquent, d'avoir des besoins considérables pour résoudre ces problèmes, on a effectué des analyses

supplémentaires. On a utilisé une tabulation recoupée pour déterminer les taux des troubles concomitants chez les délinquants nouvellement admis (Tableau 9). Le pourcentage des participants avec un diagnostic concomitant de trouble mental (autre que le TPA) qui ont également un trouble actuel lié à la consommation d'alcool ou de substances varie de 33 à 44 % au sein des régions. Le pourcentage des délinquants avec un diagnostic actuel de trouble mental ainsi qu'un diagnostic actuel du TPA se situe entre 27 et 43 %.

Évaluation globale du fonctionnement (EGF)

Les notes sur l'échelle d'EGF modifiée ont été analysées afin d'établir le degré d'incapacité des délinquants pour les troubles des Axes I et II (seulement le TPL). Le Tableau 10 montre ces résultats. On a établi qu'environ 57 % des délinquants avec un diagnostic actuel de trouble mental de l'axe I n'ont pas d'incapacité ou présentent un degré d'incapacité allant de minimal à modéré selon l'échelle d'EGF. Cette donnée révèle un niveau de fonctionnement raisonnablement bon dans la vie quotidienne. Les délinquants qui ont le TPL² ou un diagnostic actuel des symptômes psychotiques primaires étaient plus nombreux à se classer dans les niveaux inférieurs de fonctionnement selon l'EGF que les autres délinquants aux prises avec d'autres troubles mentaux (à l'exception des troubles de l'alimentation, mais leur taux de prévalence est très faible et doit être interprété avec prudence). Il convient de faire remarquer que l'échantillon correspondant au Tableau 10 n'englobe que les personnes ayant satisfait aux critères de diagnostic actuel d'un trouble de l'axe I ou du TPL, et ne reflète donc pas l'échantillon entier ($N = 1\ 110$).

² Le trouble de la personnalité limite est un trouble de la personnalité complexe qui se distingue par une dysrégulation émotionnelle, une instabilité des relations interpersonnelles et de l'image de soi et l'impulsivité (American Psychiatric Association, 2000; Paris, 2005).

Tableau 8

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquants sous responsabilité fédérale nouvellement admis – résultats nationaux et régionaux

	National <i>N</i> = 1 110 % (<i>n</i>)	Atlantique <i>N</i> = 154 % (<i>n</i>)	Québec <i>N</i> = 197 % (<i>n</i>)	Ontario <i>N</i> = 296 % (<i>n</i>)	Prairies <i>N</i> = 325 % (<i>n</i>)	Pacifique <i>N</i> = 138 % (<i>n</i>)
Critères remplis pour un trouble – Vie entière	81,0 (899)	83,1 (128)	81,2 (160)	77,7 (230)	79,7 (259)	88,4 (122)
Critères remplis pour un trouble – Actuelle	72,8 (808)	74,7 (115)	70,1 (138)	67,6 (200)	74,5 (242)	81,9 (113)
Troubles liés à la consommation d'alcool/de substances exclus						
Critères remplis pour un trouble – Vie entière	68,4 (759)	71,4 (110)	70,1 (138)	67,2 (199)	62,5 (203)	79,0 (109)
Critères remplis pour un trouble – Actuelle	62,8 (697)	68,2 (105)	64,5 (127)	57,4 (170)	58,8 (191)	75,4 (104)
TPA exclus						
Critères remplis pour un trouble – Vie entière	76,8 (853)	75,3 (116)	78,7 (155)	75,0 (222)	76,6 (249)	80,4 (111)
Critères remplis pour un trouble – Actuelle	65,6 (728)	64,3 (99)	60,9 (120)	61,1 (181)	70,8 (230)	71,0 (98)
Délinquants avec un trouble lié à la consommation d'alcool/de substances ou un TPA exclus						
Critères remplis pour un trouble – Vie entière	53,4 (593)	50,0 (76)	60,9 (120)	57,4 (170)	46,5 (151)	54,3 (76)
Critères remplis pour un trouble – Actuelle	43,5 (483)	44,8 (69)	46,7 (92)	43,9 (130)	39,1 (127)	47,1 (65)
Taux de maladie mentale grave ^a	12,4 (138)	15,6 (24)	13,2 (26)	15,2 (45)	10,2 (33)	7,2 (10)

Nota. TPA = Trouble de la personnalité antisociale. ^a = Une maladie mentale grave correspond à un diagnostic de l'un des troubles suivants : le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire I, le trouble bipolaire II ou un trouble psychotique.

Tableau 9

Troubles concomitants : troubles liés à la consommation d'alcool et de substances et TPA

	National % (n)	Atlantique % (n)	Québec % (n)	Ontario % (n)	Prairies % (n)	Pacifique % (n)
Taux de prévalence pour la vie entière	n = 899	n = 128	n = 160	n = 230	n = 259	n = 122
Trouble mental et consom. d'alcool/de subst. (TPA exclus)	52,6 (473)	49,2 (62)	60,0 (96)	54,3 (125)	47,9 (124)	52,5 (66)
Trouble mental et TPA (consom. d'alcool/de subst. exclus)	36,0 (324)	39,8 (50)	38,8 (62)	34,8 (80)	29,7 (77)	44,3 (55)
Taux de prévalence actuelle	n = 808	n = 115	n = 138	n = 200	n = 242	n = 113
Trouble mental et consom. d'alcool/de subst. (TPA exclus)	37,9 (306)	40,9 (47)	32,6 (45)	38,0 (76)	36,4 (88)	44,3 (50)
Trouble mental et TPA (consom. d'alcool/de subst. exclus)	34,2 (276)	41,7 (48)	32,6 (45)	34,5 (69)	26,9 (65)	43,4 (49)

Nota. TPA = Trouble de la personnalité antisociale

Tableau 10

Fréquence et notes selon l'échelle d'EGF et l'Axe de troubles mentaux pour les diagnostics actuels

Note de l'EGF	National		Atlantique		Québec	
	Troubles de l'Axe I ^a <i>n</i> = 440 % (<i>n</i>)	Troubles de l'Axe II ^b <i>n</i> = 176 % (<i>n</i>)	Troubles de l'Axe I ^a <i>n</i> = 69 % (<i>n</i>)	Troubles de l'Axe II ^b <i>n</i> = 17 % (<i>n</i>)	Troubles de l'Axe I ^a <i>n</i> = 87 % (<i>n</i>)	Troubles de l'Axe II ^b <i>n</i> = 35 % (<i>n</i>)
81-90 absence de symptômes	14,1 (62)	10,2 (18)	4,4 (3)	0	11,5 (10)	2,9 (1)
71-80 certains symptômes minimes	13,2 (58)	6,8 (12)	8,7 (6)	5,9 (1)	16,1 (14)	8,6 (3)
61-70 certains symptômes continus	11,6 (51)	10,2 (18)	10,1 (7)	5,9 (1)	14,9 (13)	11,4 (4)
51-60 symptômes modérés	17,7 (78)	13,1 (23)	13,0 (9)	0	13,8 (12)	8,6 (3)
41-50 certains symptômes graves	18,6 (82)	20,5 (36)	21,7 (15)	23,5 (4)	21,8 (19)	28,6 (10)
31-40 symptômes graves	15,2 (67)	22,2 (39)	26,1 (18)	29,4 (5)	10,3 (9)	25,7 (9)
21-30 incapacité de fonctionner	8,2 (36)	14,8 (26)	8,7 (6)	17,6 (3)	10,3 (9)	11,4 (4)
11-20 négligence	1,1 (5)	1,7 (3)	7,3 (5)	17,6 (3)	0	0
1-10 danger immédiat	0,2 (1)	0,6 (1)	0	0	1,1 (1)	2,9 (1)

Nota. EGF = Évaluation globale du fonctionnement. ^a = Sont exclus les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances. ^b = Est seulement inclus le trouble de la personnalité limite.

Tableau 10 (suite)

Note de l'EGF	Ontario		Prairies		Pacifique	
	Troubles de l'Axe I ^a	Troubles de l'Axe II ^b	Troubles de l'Axe I ^a	Troubles de l'Axe II ^b	Troubles de l'Axe I ^a	Troubles de l'Axe II ^b
	<i>n</i> = 119 % (<i>n</i>)	<i>n</i> = 46 % (<i>n</i>)	<i>n</i> = 109 % (<i>n</i>)	<i>n</i> = 45 % (<i>n</i>)	<i>n</i> = 56 % (<i>n</i>)	<i>n</i> = 33 % (<i>n</i>)
81-90 absence de symptômes	23,5 (28)	21,7 (10)	18,3 (20)	15,6 (7)	1,8 (1)	0
71-80 certains symptômes minimes	21,0 (25)	15,2 (7)	11,9 (13)	2,2 (1)	0	0
61-70 certains symptômes continus	15,1 (18)	13,0 (6)	10,1 (11)	13,3 (6)	3,6 (2)	3,0 (1)
51-60 symptômes modérés	23,5 (28)	23,9 (11)	19,3 (21)	15,6 (7)	14,3 (8)	6,0 (2)
41-50 certains symptômes graves	10,9 (13)	15,2 (7)	20,0 (22)	20,0 (9)	23,2 (13)	18,2 (6)
31-40 symptômes graves	5,0 (6)	8,7 (4)	11,0 (12)	13,3 (6)	39,3 (22)	45,5 (15)
21-30 incapacité de fonctionner	0,8 (1)	2,2 (1)	9,2 (10)	20,0 (9)	17,9 (10)	27,3 (9)
11-20 négligence	0	0	0	0	0	0
1-10 danger immédiat	0	0	0	0	0	0

Nota. EGF = Évaluation globale du fonctionnement. ^a = Sont exclus les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances. ^b = Est seulement inclus le trouble de la personnalité limite.

Discussion

Avant les années 1980, très peu d'études avaient estimé les taux de troubles mentaux au sein des populations carcérales (Brinded et coll., 2001). Dans les dernières années, les chercheurs et les administrations correctionnelles ont toutefois reconnu le besoin de déterminer ces taux. L'établissement des taux de troubles mentaux chez les délinquants nouvellement admis remplit une fonction importante pour éclairer les décisions liées à l'attribution des ressources et améliorer la compréhension des divers besoins des délinquants. La présente étude a utilisé la SCID-I et la SCID-II pour établir les taux de prévalence des troubles mentaux à partir d'un échantillon de délinquants nouvellement admis dans les établissements du SCC dans l'ensemble des cinq régions. Les résultats ont permis d'établir les taux de prévalence pour la vie entière et les taux de prévalence actuelle (le dernier mois) des troubles mentaux.

Quand toutes les catégories de diagnostic sont comprises, les taux pour tout type de trouble semblent indiquer que la vaste majorité des délinquants satisfont aux critères d'un diagnostic actuel. Les résultats soulignent également le nombre de délinquants qui sont aux prises avec plus d'un trouble mental. Bien que les taux élevés des troubles de la personnalité et des troubles liés à la toxicomanie ou à la dépendance à l'alcool gonflent ces chiffres, même si l'on omet ces troubles et l'on tient seulement compte des maladies mentales qui comprennent au moins un diagnostic de dépression majeure, de trouble bipolaire et de trouble psychotique, les taux demeurent supérieurs à 12 % à l'échelle nationale. Les estimations révélées par diverses sources pour des échantillons constitués dans la collectivité sont considérablement inférieures à celles que révèle notre étude. Une enquête menée en 1991 auprès d'adultes en Ontario a établi un taux de prévalence sur une année de 2,9 % pour le TPA chez les hommes en général (Offord et coll., 1996). En outre, une étude épidémiologique abondamment citée aux États-Unis (Robins et Regier, 1991) a fait état d'un taux de prévalence de 4,5 % dans la population générale (hommes et femmes vivant dans la collectivité). Ces données se comparent au taux national de 44 % chez les délinquants de sexe masculin dans les établissements du SCC. Sept pour cent de l'échantillon satisfaisaient aux critères de toxicomanie ou de dépendance pour la vie entière, par rapport à notre estimation de plus de 50 % des délinquants de sexe masculin. Le taux de diagnostic actuel d'un trouble de l'humeur dans l'échantillon national de délinquants (17 %) était considérablement supérieur au taux fourni par une revue canadienne de 18 études

épidémiologiques internationales qui ont fait état de taux allant de 5 à 10 % pour les hommes dans la population générale (Waraich, Goldner, Somers et Hsu, 2004).

Dans la présente étude, malgré certains écarts entre les régions, les taux de troubles mentaux dans l'ensemble des régions sont comparables à ceux des recherches antérieures auprès de populations de délinquants (par exemple, Brinded, Mulder, Stevens, Fairley et Malcolm, 1999; Brinded et coll., 2001; Herrman, McGorry, Mills et Singh, 1991; Motiuk et Porporino, 1991). La plus grande différence entre les régions s'est révélée dans les taux de prévalence du TPA en Ontario et dans le Pacifique : 37 et 64 % des participants répondaient respectivement aux critères. Ces résultats pourraient être attribués à plusieurs facteurs. La région de l'Ontario présente un pourcentage supérieur de délinquants de plus de 50 ans. Certains chercheurs ont noté que les comportements associés au TPA diminuent généralement avec l'âge (Black, Baumgard et Bell, 1995; Robins et Regier, 1991; Tasman et Mohr, 2011), et une étude en particulier donne à penser que les comportements antisociaux diminuent nettement après 34 ans (Swanson, Bland et Newman, 1994). De plus, la région du Pacifique est au deuxième rang derrière les Prairies pour le pourcentage de délinquants autochtones. Dans notre étude, les délinquants autochtones présentent un taux supérieur pour la prévalence des diagnostics de TPA. Malgré ces différences dans les taux de TPA entre les régions, Brinded et ses collègues (1999) soutiennent que d'établir le nombre exact de cas de TPA au sein d'une population carcérale aurait très peu d'effet sur la gestion des délinquants. Conformément à cet argument, l'évaluation du risque au SCC dépend fortement du volume, de la diversité et de l'âge du début des antécédents criminels, indépendamment d'un diagnostic de TPA. Le choix du plan et des programmes correctionnels repose sur le niveau de risque et les facteurs criminogènes; la présence de traits de personnalité antisociale ne serait pas la caractéristique centrale pour la gestion d'une population carcérale.

Soulignons un taux de symptômes psychotiques apparemment supérieur chez les délinquants de la région de l'Atlantique. Cet écart n'est toutefois pas significatif d'un point de vue statistique; un échantillon plus vaste permettrait d'établir si cette région présente réellement un taux de prévalence des troubles psychotiques plus élevé qu'ailleurs. Il convient également de faire remarquer que l'Atlantique affiche le taux de recrutement le plus élevé. Ceci a pu faire en sorte qu'un pourcentage plus important des cas les plus lourds soit compris dans l'étude par rapport aux autres régions.

Les taux de prévalence pour la vie entière obtenus pour les troubles dépressifs sont

comparables dans l'ensemble des régions et sont semblables à ceux d'une étude précédente menée auprès de délinquants sous responsabilité fédérale au Canada (Motiuk et Porporino, 1991) à l'aide du DIS. En se basant sur de rigoureux critères associés à la vie entière, Motiuk et Porporino ont fait état d'un taux de prévalence pour la vie entière des troubles dépressifs de 21,5 %; les chercheurs n'ont pas inclus les délinquants logés dans les centres de traitement. Combinant le taux de divers diagnostics de dépression (troubles bipolaires, trouble dépressif majeur et trouble dépressif non spécifié ailleurs), nous avons obtenu un taux très semblable pour l'ensemble des régions visées. De même, les taux de prévalence actuelle des troubles psychotiques chez les délinquants sondés sont similaires aux taux établis par Motiuk et Porporino.

Facteurs méthodologiques

La présente étude a examiné les taux de troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin nouvellement admis dans un établissement du SCC par suite d'un nouveau mandat de dépôt. Plusieurs décisions relatives à la méthodologie ont des conséquences sur l'interprétation des résultats. En premier lieu, les taux de prévalence signalés peuvent différer des taux liés à la population carcérale du SCC en général (c.-à-d. les personnes qui ont reçu leur placement en établissement et ne résident plus dans les centres de réception). D'une part, la gestion du stress lié à une nouvelle peine peut augmenter la probabilité d'un trouble actuel pendant la période de réception pour certains délinquants. D'autre part, les délinquants qui ont des besoins importants en santé mentale purgent habituellement des peines plus longues et peuvent faire face à des obstacles supplémentaires dans l'exécution de leur plan correctionnel et l'obtention d'une libération discrétionnaire. Les délinquants réincarcérés au cours de leur peine sont susceptibles d'avoir un profil de risque et de besoins plus élevé que les autres et peuvent aussi présenter des taux de troubles mentaux supérieurs (Stewart, Wilton et Cousineau, 2011). Ces délinquants ne faisaient pas partie de notre échantillon. En second lieu, parmi les délinquants qui ont refusé de participer et le faible pourcentage qui n'était pas disponible pour une entrevue en raison d'un transfèrement, certains pourraient être plus susceptibles d'être atteints d'un trouble mental. Nous prévoyons donc que nos résultats représentent le bas de l'échelle des taux de troubles mentaux chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale.

Bien que la SCID fournisse des résultats fiables pour les troubles mentaux graves, la présente étude est particulièrement utile en ce sens qu'elle fournit également des résultats selon

l'EGF qui permet d'établir des observations sur la mesure dans laquelle le fonctionnement des personnes est affaibli à cause de leur diagnostic. De nombreuses personnes aux prises avec des troubles mentaux mènent des vies productives et n'ont pas forcément besoin de services psychiatriques, ou n'en ont pas besoin de manière continue. Notre analyse indique que parmi les délinquants qui satisfont aux critères de diagnostic actuel d'un trouble mental de l'Axe I, environ 57 % n'ont pas d'incapacité ou présentent un degré d'incapacité allant de minimal à modéré. On note que les délinquants qui remplissent les critères du TPL (Axe II) ont des incapacités plus importantes que les autres. Conformément à ces résultats, une étude précédente a montré que les personnes atteintes du TPL sont plus susceptibles d'obtenir une faible note sur l'échelle d'EGF que celles qui ont un trouble dépressif majeur ou d'autres troubles de la personnalité (Gunderson et coll., 2011). Étant donné la nature du TPL et l'instabilité des relations interpersonnelles chez les personnes avec ce diagnostic, cette maladie peut être difficile à traiter et à gérer, et nécessite dans bon nombre de cas des interventions mobilisant des ressources importantes.

Notre étude confirme les résultats antérieurs qui indiquent que les troubles graves de santé mentale sont plus répandus chez les délinquants sous la responsabilité du SCC que la population canadienne en général. Le récent rapport de l'ESCC – Santé mentale montre que les taux de troubles mentaux au sein des membres de la collectivité de 15 ans et plus, y compris au moins un diagnostic de dépression, de trouble bipolaire, de trouble anxieux généralisé, d'alcoolisme et de dépendance, de consommation abusive de cannabis et de dépendance et de toxicomanie et de dépendance, se situent autour de 10 % (Gilmour, 2014). Le taux de prévalence des mêmes troubles mentaux pour les délinquants de sexe masculin dans les établissements du SCC s'élève à 71,6 %. Notons toutefois que ces chiffres comprennent les troubles liés à la toxicomanie dont le taux est habituellement très élevé dans les échantillons constitués en milieu correctionnel.

Conclusions

Ces résultats illustrent le défi auquel est confronté le SCC pour offrir les interventions correctionnelles et les services de santé mentale nécessaires afin d'aider à la gestion et à la réinsertion sociale d'une proportion importante de la population qui ont des besoins en santé mentale. Des études antérieures ont examiné les résultats correctionnels des délinquants qui ont des troubles mentaux concomitants et un problème de toxicomanie et ont conclu que ces

délinquants sont plus susceptibles d'être réincarcérés (Wilton et Stewart, 2012) et de connaître des difficultés dans leur réinsertion sociale que les délinquants qui n'ont pas de trouble mental (Baillargeon et coll., 2009a; Baillargeon et coll., 2009b; Collins et coll., 2011; Edens, Peters et Hills, 1997). Les résultats de notre étude montrent qu'un grand nombre de délinquants peuvent avoir à faire face à ces obstacles.

Le SCC a plusieurs programmes en place à l'heure actuelle pour répondre aux besoins liés aux facteurs criminogènes et de santé mentale des délinquants qui sont soulignés dans le présent rapport de recherche, y compris les programmes correctionnels et une stratégie approfondie en matière de santé mentale. Les résultats de notre étude aideront à éclaircir les stratégies de gestion de la population aux fins de la prestation des services en santé mentale au sein du SCC. Ces stratégies comprennent la planification future de l'attribution des places d'hôpital dans les centres de traitement, l'attribution des ressources au sein des régions et la prestation des services de soins intermédiaires. Il reste à déterminer la façon dont la planification correctionnelle peut optimiser les résultats correctionnels positifs des délinquants, dont bon nombre sont marqués par le « triple stigmatisme » (Hartwell, 2004) d'avoir des antécédents criminels, un problème de toxicomanie et des troubles mentaux.

Bibliographie

- Abram, K. M. et Teplin, L. A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: Implications for public policy. *American Psychologist*, 46(10), 1036-1045.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J. D. Guelfi et M.-A. Crocq, coordination générale de la traduction française). Paris : Masson.
- Ayuso-Mateos, J. L. (n. d.). *Global burden of schizophrenia in the year 2000* [Charge mondiale de morbidité – document de travail]. Genève : OMS. Extrait le 5 avril 2013 de : <http://www.who.int/evidence/bod>
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A. et Murray, O. J. (2009b). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door. *American Journal of Psychiatry*, 166, 103-109.
- Baillargeon, J., Penn, J. V., Knight, K., Harzke, A. J., Baillargeon, G. et Becker, E. A. (2009a). Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. doi:10.1007/s10488-009-0252-9
- Biometrics Research Department. (n. d.). *Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)*. Extrait le 30 mars 2013 de : http://www.scid4.org/faq/research_version.html
- Black, D. W., Baumgard, C. H. et Bell, S. E. (1995). A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 130-140.
- 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(2), 113-120.
- 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., Law, M. et Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Brinded, P. M. J., Mulder, R. T., Stevens, I., Fairley, N. et Malcolm, F. (1999). The Christchurch prisons psychiatric epidemiology study: Personality disorders assessment in a prison population. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 144-155.

- 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(2), 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(4-5), 339-356.
- Butler, T., Indig, D., Allnutt, S. et Mamoon, H. (2011). Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug Alcohol Review*, 30(2), 188-194.
- Collins, O., Vermeiren, R., Vahl, P., Markus, M., Broekaert, E. et Doreleijers, T. (2011). Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism. *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*, 56(1), 44-50.
- Derkzen, D., Booth, L., McConnell, A. et Taylor, K. (2012). *Besoins en santé mentale des délinquantes sous responsabilité fédérale* (Rapport de recherche, R-267). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Diamond, P. M., Wang, E. W., Holzer, C. E., Thomas, C. R. et Crusier, D. A. (2001). The prevalence of mental illness in prison: Review and policy implications. *Administration and Policy in Mental Health*, 29(1), 21-40.
- 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.
- Edens, J. F., Peters, R. H. et Hills, H. A. (1997). Treating prison inmates with co-occurring disorders: An integrative review of existing programs. *Behavioral Sciences and the Law*, 15, 439-457.
- Fazel, S. et Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- 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.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS*. doi:10.1371/journal.pmed.1001547

- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. et Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., Davies, M., Borus, J., ... Rounsaville, B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-site test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.
- First, M. D., Spitzer, R. L., Gibbon, M. et Williams, J. B. (2007). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP)*. 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. *Psychiatry Research*, 39, 55-63.
- Gilmour, H. (2014). Santé mentale positive et maladie mentale. *Rapports sur la santé*, 25(9), 3-10.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodal, A. E., Shea, M. T., . . . Stout, R. L. (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, 264-272.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., . . . Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder. *Achieves of General Psychiatry*, 68, 827-837.
- 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, 47-54.
- Hartwell, S. (2004). Triple stigma: Persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*, 15(1), 84-99.
- Herrman, H., McGorry, P., Mills, J. et Singh, B. (1991). Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced inmates: An Australian study. *American Journal of Psychiatry*, 148(2), 1489, 236-239.
- Hodgins, S. et Côté, G. (1990). Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec. *Santé mentale au Canada*, 38(1), 1-5.

- Hodgins, S. et Janson, C. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Metropolitan Project*. New York, NY : Cambridge University Press.
- Komarovskaya, I., Loper, A. et Warren, J. (2007). The role of impulsivity in antisocial and violent behavior and personality disorders among incarcerated women. *Criminal Justice & 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., . . . 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), 279-284.
- 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(3), 229-244.
- Monohan, J., Steadman, H., Silver, E., Applebaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., . . . Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York, NY : Oxford University Press.
- 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). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Mullen, P. E. (2006). Schizophrenia and violence: From correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 239–248.
- Mullen, P. E., Holmquist, C. L. et Ogloff, J. R. P. (2003). *National forensic mental health scoping study*. Canberra, Australie : Commonwealth Department of Health and Aging.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., Lin, E., Wong, M. et Racine, Y. A. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*, 41(9), 559-563.
- Ogloff, J. R. P. (2002). Identifying and accommodating the needs of mentally ill people in gaols and prisons. *Psychiatry, Psychology and Law*, 9(1), 1-33.

- Paris, J. (2005). Borderline Personality Disorder. *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, 172, 1579-1583.
- Piersma, H. L. et Boes, J. L. (1997). The GAF and psychiatric outcome: A descriptive report. *Community Mental Health*, 46, 117-121.
- Power, J. et Beaudette, J. N. (2014). *Le comportement d'automutilation dans les centres de traitement : corrélations, trajectoires et analyse descriptive* (Rapport de recherche, R-303). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Power, J. et Usher, A. (2011b). *Corrélats de l'automutilation et trajectoires vers ce comportement chez les délinquantes sous responsabilité fédérale* (Rapport de recherche, R-250). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Power, J. et Usher, A. (2011a). *Corrélats de l'automutilation et trajectoires vers ce comportement chez les délinquants sous responsabilité fédérale* (Rapport de recherche, R-245). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Robins, L. N. et Regier, D. G. (1991). *Psychiatric disorders in American: The Epidemiological Catchment Area Study (Eds.)*. New York, NY : Free Press.
- 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.
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, ON : chez l'auteur.
- 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, 313-321.
- Service correctionnel du Canada. (2008). Données brutes non publiées. Extrait le 14 août 2008 du Système de gestion des délinquant(e)s du Service correctionnel du Canada.
- Shear, M. K., Greeno, C., Kang, J., Ludewig, D., Frank, E., Swartz, H. A. et Hanekamp, M. (2000). Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry*, 157, 581-587.
- 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), 167-173.
- Smith, N. et Trimboli, L. (2010, mai). *Comorbid substance and non-substance mental health disorders and re-offending among NSW prisoners* (Crime and Justice Bulletin n° 140). Sydney, Australie : NSW Bureau of Crime Statistics and Research.
- La Société pour les troubles de l'humeur du Canada. (2009). *Quelques faits : maladie mentale et toxicomanie au Canada* (3^e éd.). Guelph, ON : chez l'auteur.
- Steadman, H. J., Monahan, J., Duffee, B., Hartstone, E. et Robbins, P. C. (1984). The impact of state mental hospital deinstitutionalization on United States prison populations, 1968–1978. *Journal of Criminal Law & Criminology*, 75(2), 474–490.
- Steadman, H. J., Robbins, P. C., Islam, T. et Osher, F. C. (2007). Re-validating the Brief Jail Mental Health Screen to increase accuracy for women. *Psychiatric Services*, 58, 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, 365-369.
- Stewart, L., Harris, A., Wilton, G., Archambault, K. Y., Cousineau, C., Varrette, S. et Power, J. (2010). *Rapport initial sur les résultats du projet pilote sur le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI)* (Rapport de recherche, R-218). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.
- Stewart, L., 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.
- Swanson, M. C. J., Bland, R. C. et Newman, S. C. (1994). Antisocial personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 376, 63-70.
- Swartz, J. A. et Lurigio, A. J. (1999). Psychiatric illness and comorbidity among adult male jail detainees in drug treatment. *Psychiatric Services*, 50(12), 1628-1630.
- Tasman, A. et Mohr, W. K. (2011). *Fundamentals of psychiatry*. Hoboken, NJ : Wiley Blackwell.

- 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*, 4(35), 490-500.
- Ullrich, S., Deasy, D., Smith, J., Johnson, B., Clarke, M., Broughton, N. 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.
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M. et Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*, 49,124-138.
- Weiss, R. D., Najavits, L. M., Muenz, L. R. et Hufford, C. (1995). Twelve-month test-retest reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders in cocaine-dependent patients. *Comprehensive Psychiatry*, 36(5), 384-389.
- WHO World Mental Health Survey Consortium. (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., . . . Wittchen, H. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II: Multi-site test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 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, ON : Service correctionnel du Canada.
- Woldoff, S. B. (2004). *Reliability of the Global Assessment of Functioning Scale* (Thèse de doctorat non publiée). Drexel University, Philadelphia, PA.
- Zanarini, M. C. et Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of Axis I and Axis II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 369-374.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., . . . Gunderson, J. G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-9.

Annexe A

Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région de l'Atlantique

	Interviewés (N= 154) % (n)	Ayant refusé (N= 30) % (n)	χ^2	<i>fd</i>
Appartenance ethnique				
Autochtone	11,0 (17)	16,7 (5)	1,92	3
Noir	7,8 (12)	16,7 (5)		
Blanc	75,3 (116)	63,3 (19)		
Autre	5,8 (9)	3,3 (1)		
Situation de famille				
Célibataire	47,4 (73)	50,0 (15)	0,87	3
Marié ou conjoint de fait	42,2 (65)	43,3 (13)		
Divorcé, séparé ou veuf	9,7 (15)	6,7 (2)		
Autre	0,7 (1)	0		
Niveau de besoin - facteurs criminogènes				
Faible	10,4 (16)	6,7 (2)	1,98	2
Moyen	24,7 (38)	36,7 (11)		
Élevé	64,9 (100)	56,7 (17)		
Niveau de risque (antécédents criminels)				
Faible	23,4 (36)	20,0 (6)	0,62	2
Moyen	39,0 (60)	46,7 (14)		
Élevé	37,7 (58)	13,3 (10)		
Infraction grave à l'origine de l'incarcération				
Homicide/homicide involontaire coupable	3,9 (6)	0	0,29	1
Vol qualifié	15,6 (24)	10,0 (3)	0,26	1
Infractions en matière de drogue	32,5 (50)	40,0 (12)	0,64	1
Voies de fait	8,4 (13)	30,0 (9)	9,13**	1
Infractions sexuelles	13,6 (21)	6,7 (2)	0,57	1
Infractions contre les biens	11,0 (17)	10,0 (3)	0,02	1
Autres crimes violents	4,6 (7)	0	0,45	1
Autres crimes non violents	10,4 (16)	3,3 (1)	0,77	1
Niveau de sécurité				
Minimale	39,0 (60)	30,0 (9)	2,49	2
Moyenne	57,1 (88)	60,0 (18)		
Maximale	3,9 (6)	10,0 (3)		
Durée de la peine				
Moins de 5 ans	83,8 (129)	80,0 (24)	0,27	2
5 ans et plus	14,9 (23)	20,0 (6)		
Indéterminée	1,3 (2)	0		

Nota. « 0 » indique qu'aucune note n'a été attribuée pour la catégorie.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Annexe B

Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région du Québec

	Interviewés (N= 197) % (n)	Ayant refusé (N= 111) % (n)	χ^2	<i>fd</i>
Appartenance ethnique				
Autochtone	5,1 (10)	17,1 (19)	14,67**	3
Noir	7,1 (14)	10,8 (12)		
Blanc	82,2 (162)	65,8 (73)		
Autre	5,6 (11)	6,3 (7)		
Situation de famille				
Célibataire	36,6 (72)	46,0 (51)	2,67	3
Marié ou conjoint de fait	53,3 (105)	44,1 (49)		
Divorcé, séparé ou veuf	9,6 (19)	8,1 (9)		
Autre	0,5 (1)	1,8 (2)		
Niveau de besoin - facteurs criminogènes^a				
Faible	3,1 (6)	3,6 (4)	8,95*	2
Moyen	36,4 (71)	20,0 (22)		
Élevé	60,5 (118)	76,4 (84)		
Niveau de risque (antécédents criminels)^a				
Faible	4,6 (9)	2,7 (3)	8,96*	2
Moyen	47,7 (93)	31,8 (35)		
Élevé	47,7 (93)	65,5 (72)		
Infraction grave à l'origine de l'incarcération				
Homicide/homicide involontaire coupable	3,1 (6)	6,3 (7)	1,15	1
Vol qualifié	11,7 (23)	15,3 (17)	0,83	1
Infractions en matière de drogue	29,4 (58)	18,9 (21)	4,12*	1
Voies de fait	14,2 (28)	18,0 (20)	0,78	1
Infractions sexuelles	12,7 (25)	9,0 (10)	0,96	1
Infractions contre les biens	9,6 (19)	10,8 (12)	0,11	1
Autres crimes violents	9,1 (18)	11,7 (13)	0,52	1
Autres crimes non violents	10,2 (20)	9,9 (11)	0,01	1
Niveau de sécurité^b				
Minimale	28,2 (51)	15,5 (16)	17,78***	2
Moyenne	66,3 (120)	64,1 (66)		
Maximale	5,5 (10)	20,4 (21)		
Durée de la peine				
Moins de 5 ans	84,3 (166)	73,9 (82)	6,09*	2
5 ans et plus	15,2 (30)	21,6 (24)		
Indéterminée	0,5 (1)	4,5 (5)		

Nota. ^a n = données manquantes pour 3 délinquants. ^b n = données manquantes pour 24 délinquants.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Annexe C

Différences dans les domaines de besoins entre les participants et
les délinquants ayant refusé de participer

	Interviewés ^a (<i>N</i> = 197) % (<i>n</i>)	Ayant refusé (<i>N</i> = 111) % (<i>n</i>)	<i>fd</i>	χ^2
Fréquentations				
Besoin faible	30,1 (59)	32,4 (36)	2	2,33
Besoin moyen	45,4 (89)	36,9 (41)		
Besoin élevé	24,5 (48)	30,6 (34)		
Attitudes				
Besoin faible	20,9 (41)	19,8 (22)	2	6,50*
Besoin moyen	40,8 (80)	27,9 (31)		
Besoin élevé	38,3 (75)	52,3 (58)		
Comportement dans la collectivité				
Besoin faible	89,8 (176)	85,6 (95)	2	4,04
Besoin moyen	9,7 (19)	9,9 (11)		
Besoin élevé	0,5 (1)	4,5 (5)		
Emploi				
Besoin faible	40,8 (80)	36,0 (40)	2	2,41
Besoin moyen	53,1 (104)	53,2 (59)		
Besoin élevé	6,1 (12)	10,8 (12)		
Relations matrimoniales				
Besoin faible	75,0 (147)	68,5 (76)	2	3,80
Besoin moyen	16,8 (33)	16,2 (18)		
Besoin élevé	8,2 (16)	15,3 (17)		
Vie personnelle/affektive				
Besoin faible	37,2 (73)	28,8 (32)	2	9,55**
Besoin moyen	30,1 (59)	20,7 (23)		
Besoin élevé	32,7 (64)	50,5 (56)		
Toxicomanie				
Besoin faible	41,3 (81)	39,6 (44)	2	1,68
Besoin moyen	23,0 (45)	18,0 (20)		
Besoin élevé	35,7 (70)	42,3 (47)		

^a *n* = données manquantes pour 1 délinquant.

Annexe D

Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région de l'Ontario

	Interviewés (<i>N</i> = 296) % (<i>n</i>)	Ayant refusé (<i>N</i> = 90) % (<i>n</i>)	χ^2	<i>fd</i>
Appartenance ethnique				
Autochtone	10,8 (32)	8,9 (8)	7,77	3
Noir	21,0 (62)	28,9 (26)		
Blanc	57,1 (169)	43,3 (39)		
Autre	11,2 (33)	18,9 (17)		
Situation de famille				
Célibataire	42,2 (125)	44,4 (40)	1,34	2
Marié ou conjoint de fait	47,0 (139)	48,9 (44)		
Divorcé, séparé ou veuf	10,8 (32)	6,7 (6)		
Niveau de besoin - facteurs criminogènes				
Faible	9,5 (28)	10,0 (9)	3,89	2
Moyen	35,5 (105)	24,4 (22)		
Élevé	55,1 (163)	65,6 (59)		
Niveau de risque (antécédents criminels)				
Faible	14,5 (43)	10,0 (9)	1,83	2
Moyen	30,7 (91)	36,7 (33)		
Élevé	54,7 (162)	53,3 (48)		
Infraction grave à l'origine de l'incarcération				
Homicide/homicide involontaire coupable	8,8 (26)	16,7 (15)	4,52*	1
Vol qualifié	16,6 (49)	16,7 (15)	0,01	1
Infractions en matière de drogue	21,6 (64)	21,1 (19)	0,01	1
Voies de fait	12,2 (36)	10,0 (9)	0,31	1
Infractions sexuelles	19,6 (58)	6,7 (6)	8,34**	1
Infractions contre les biens	8,8 (26)	5,6 (5)	0,97	1
Autres crimes violents	5,7 (17)	10,0 (9)	1,99	1
Autres crimes non violents	6,8 (20)	13,3 (12)	3,93*	1
Niveau de sécurité^a				
Minimale	28,1 (83)	14,9 (13)	6,91*	2
Moyenne	63,7 (188)	72,4 (63)		
Maximale	8,1 (24)	12,6 (11)		
Durée de la peine				
Moins de 5 ans	72,0 (213)	76,7 (69)	4,30	2
5 ans et plus	22,0 (65)	13,3 (12)		
Indéterminée	6,1 (18)	10,0 (9)		

Nota. ^a *n* = données manquantes pour 4 délinquants. * *p* < 0,05. ** *p* < 0,01.

Annexe E

Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région de l'Atlantique

	Interviewés (N= 325) % (n)	Ayant refusé (N= 38) % (n)	χ^2	<i>fd</i>
Appartenance ethnique				
Autochtone	38,8 (126)	31,6 (12)	7,50	3
Noir	3,1 (10)	5,3 (2)		
Blanc	44,9 (146)	34,2 (13)		
Autre	13,2 (43)	29,0 (11)		
Situation de famille				
Célibataire	49,9 (162)	60,5 (23)	2,20	3
Marié ou conjoint de fait	35,7 (116)	23,7 (9)		
Divorcé, séparé ou veuf	8,3 (27)	5,3 (2)		
Autre	6,2 (20)	10,5 (4)		
Niveau de besoin - facteurs criminogènes^a				
Faible	17,9 (58)	13,2 (5)	2,82	2
Moyen	46,0 (149)	36,8 (14)		
Élevé	36,1 (117)	50,0 (19)		
Niveau de risque (antécédents criminels)^a				
Faible	22,5 (73)	13,2 (5)	2,61	2
Moyen	50,6 (154)	36,8 (14)		
Élevé	26,9 (87)	50,0 (19)		
Infraction grave à l'origine de l'incarcération^b				
Homicide/homicide involontaire coupable	5,9 (19)	2,6 (1)	0,20	1
Vol qualifié	10,2 (33)	10,5 (4)	0,05	1
Infractions en matière de drogue	31,3 (101)	26,3 (10)	0,36	1
Voies de fait	11,2 (36)	18,4 (7)	1,12	1
Infractions sexuelles	13,9 (45)	18,4 (7)	0,58	1
Infractions contre les biens	10,5 (34)	18,4 (7)	1,43	1
Autres crimes violents	5,6 (18)	2,6 (1)	0,14	1
Autres crimes non violents	11,5 (37)	2,6 (1)	1,93	1
Niveau de sécurité^c				
Minimale	36,5 (117)	18,9 (7)	3,56	2
Moyenne	62,3 (200)	78,4 (29)		
Maximale	1,3 (4)	2,7 (1)		
Durée de la peine				
Moins de 5 ans	81,9 (266)	86,8 (33)	0,67	2
5 ans et plus	17,5 (57)	13,2 (5)		
Indéterminée	0,6 (2)	0		

Nota. « 0 » indique qu'aucune note n'a été attribuée pour la catégorie. ^a n = données manquantes pour 1 délinquant.

^b n = données manquantes pour 2 délinquants. ^c n = données manquantes pour 5 délinquants.

Annexe F

Profil des participants et des délinquants ayant refusé de participer dans la région du Pacifique

	Interviewés (N = 138) % (n)	Ayant refusé (N = 45) % (n)	χ^2	<i>fd</i>
Appartenance ethnique				
Autochtone	32,6 (45)	31,1 (14)	0,03	3
Noir	0,7 (1)	2,2 (1)		
Blanc	50,7 (70)	51,1 (23)		
Autre	15,9 (22)	15,6 (7)		
Situation de famille				
Célibataire	45,7 (63)	55,6 (25)	3,60	2
Marié ou conjoint de fait	46,4 (64)	31,1 (14)		
Divorcé, séparé ou veuf	8,0 (11)	13,3 (6)		
Niveau de besoin - facteurs criminogènes				
Faible	1,5 (2)	6,7 (3)	1,78	2
Moyen	27,5 (38)	24,4 (11)		
Élevé	71,0 (98)	68,9 (31)		
Niveau de risque (antécédents criminels)				
Faible	5,8 (8)	4,4 (2)	0,30	2
Moyen	34,1 (47)	31,1 (14)		
Élevé	60,1 (83)	64,4 (29)		
Infraction grave à l'origine de l'incarcération^a				
Homicide/homicide involontaire coupable	6,5 (9)	11,4 (5)	0,47	1
Vol qualifié	16,7 (23)	25,0 (11)	1,36	1
Infractions en matière de drogue	14,5 (20)	11,4 (5)	0,33	1
Voies de fait	8,0 (11)	13,6 (6)	0,61	1
Infractions sexuelles	18,1 (25)	6,8 (3)	3,43	1
Infractions contre les biens	21,0 (29)	15,9 (7)	0,64	1
Autres crimes violents	5,1 (7)	9,1 (4)	0,33	1
Autres crimes non violents	10,1 (14)	6,8 (3)	0,16	1
Niveau de sécurité^b				
Minimale	17,7 (24)	15,6 (7)	0,12	2
Moyenne	72,1 (98)	73,3 (33)		
Maximale	10,3 (14)	11,1 (5)		
Durée de la peine				
Moins de 5 ans	68,1 (94)	75,6 (34)	2,44	2
5 ans et plus	28,3 (39)	17,8 (8)		
Indéterminée	3,6 (5)	6,7 (3)		

Nota. ^a n = données manquantes pour 1 délinquant. ^b n = données manquantes pour 2 délinquants.

Annexe G

Prévalence des troubles mentaux chez les délinquants autochtones et non autochtones

Taux de prévalence des troubles mentaux selon les groupes : délinquants issus des Premières Nations, délinquants métis, tous les délinquants autochtones et délinquants non autochtones (N = 1 110)

Trouble mental	Autochtones				Non-Autochtones			
	Premières Nations Vie entière (N = 172)	Premières Nations Actuelle (N = 172)	Métis Vie entière (N = 56)	Métis Actuelle (N = 56)	Tous les Autochtones ^b Vie entière (N = 230)	Tous les Autochtones ^b Actuelle (N = 230)	Vie entière (N = 880)	Actuelle (N = 880)
Tout trouble	93,0 (160)	82,6 (142)	94,6 (53)	85,7 (48)	93,5 (215)	83,0 (191)	77,7 (684)	59,7 (525)
Tout trouble de l'Axe I	89,5 (154)	82,6 (142)	89,3 (50)	85,7 (48)	89,6 (206)	83,0 (191)	73,2 (644)	59,7 (525)
Troubles de l'Axe I								
Troubles de l'humeur	31,4 (54)	19,8 (34)	25,0 (14)	12,5 (7)	30,0 (69)	17,8 (41)	30,2 (266)	16,7 (147)
Troubles psychotiques ^a	†	†	†	0	2,6 (6)	†	5,2 (46)	3,8 (33)
Troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances	87,2 (150)	76,7 (132)	80,4 (45)	76,8 (43)	85,2 (196)	76,5 (176)	61,0 (537)	42,6 (375)
Troubles anxieux	37,8 (65)	35,5 (61)	26,8 (15)	23,2 (13)	34,8 (80)	32,2 (74)	33,9 (298)	28,9 (254)
Troubles de l'alimentation	†	†	†	†	2,6 (6)	†	1,0 (9)	†
Jeu pathologique	12,8 (22)	10,5 (18)	25,0 (14)	12,5 (7)	15,7 (36)	10,9 (25)	8,4 (74)	4,5 (40)
Tout trouble de l'Axe II	62,2 (107)	--	66,1 (37)	--	63,0 (145)	--	44,1 (388)	--
Troubles de l'Axe II								
Trouble de la pers. limite	20,9 (36)	--	25,0 (14)	--	21,7 (50)	--	14,3 (126)	--
Trouble de la pers. antisociale	59,3 (102)	--	64,3 (36)	--	60,4 (139)	--	39,9 (351)	--

Nota. « -- » indique qu'il était impossible d'obtenir une valeur. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 car les participants peuvent répondre aux critères de diagnostic de plusieurs troubles. † = n est inférieur à 6. ^a = Sont inclus les troubles psychotiques suivants : la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, la toxicomanie ou un état pathologique général causant des symptômes psychotiques, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié ailleurs. ^b = Les groupes « Tous les Autochtones » englobent les participants issus des Premières Nations et les participants métis et inuits.