



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

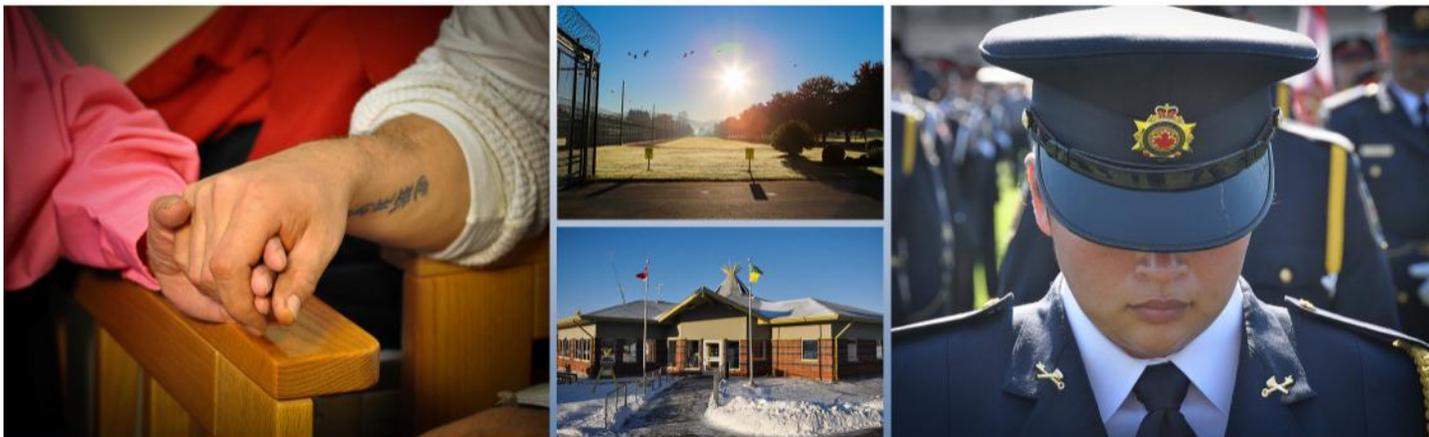
Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.

SERVICE CORRECTIONNEL CANADA

TRANSFORMONS DES VIES. PROTÉGEONS LES CANADIENS.



RAPPORT DE RECHERCHE

Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission

2018 N° R-420

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.



Correctional Service
Canada

Service correctionnel
Canada

Canada

**Prévalence des troubles mentaux
chez les délinquantes sous responsabilité fédérale :
échantillons de la population carcérale et à l'admission**

Gregory P. Brown
Jane Barker
Kindra McMillan
Rachel Norman

Institute for Applied Social Research (IASR)
École de criminologie et de justice pénale
Université Nipissing

et

Dena Derkzen
Lynn A. Stewart
Kaitlyn Wardrop

Service correctionnel du Canada

Octobre 2018

Remerciements

L'étude dont le présent rapport fait état n'aurait pu être réalisée sans l'intérêt et la collaboration des 246 femmes qui se sont portées volontaires pour participer à une entrevue clinique dans l'espoir que les renseignements fournis puissent aider à améliorer les services et les programmes en santé mentale qui sont offerts à toutes les délinquantes sous responsabilité fédérale.

De plus, il est important de souligner la collaboration et l'aide fournies par le personnel de chacun des établissements pour délinquantes visités aux fins de recherche.

Les responsables de l'unité de la Recherche sur les interventions et les délinquantes et de la Direction des initiatives pour les Autochtones du Service correctionnel du Canada ont fourni des conseils et du soutien organisationnel dans le cadre de l'étude.

Le financement pour réaliser l'étude a été obtenu grâce à un protocole d'entente (PE) conclu entre le Service correctionnel du Canada et l'Institute for Applied Social Research de l'Université Nipissing.

Résumé

Mots clés : *délinquantes sous responsabilité fédérale; prévalence des troubles mentaux à long terme et actuels; troubles concomitants; délinquantes autochtones.*

Un ensemble considérable d'études menées à l'échelle internationale et au Canada a révélé un taux de prévalence de troubles mentaux chez les détenues au moins quatre fois supérieur au taux de prévalence observé dans la population en général. On estime que trois quarts des détenues sont atteintes d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances (p. ex. Brown et coll., 2018) et qu'au moins la moitié sont atteintes d'un trouble concomitant à un trouble de toxicomanie ou de la personnalité (p. ex. Bebbington et coll., 2017; Derkzen, Booth, McConnell et Taylor, 2012).

Le présent rapport compare et regroupe les résultats de l'étude de 2016 sur la prévalence des troubles mentaux chez les détenues sous responsabilité fédérale, publiée antérieurement, avec les résultats récents de l'échantillon de détenues à l'admission de 2017.

Entre le 25 février 2016 et le 11 octobre 2016, 160 détenues ont participé aux entrevues SCID-I/NP et SCID-II afin d'évaluer les taux de prévalence à long terme et actuels des troubles suivants : 1) humeur; 2) psychotique; 3) consommation de substances; 4) anxiété; 5) alimentation; 6) jeu pathologique; 7) trouble de la personnalité antisociale (TPA); 8) trouble de la personnalité limite (TPL). Une fois l'étude sur l'échantillon de la population carcérale terminée, 86 femmes admises récemment dans un établissement fédéral ont également rempli les formulaires d'entrevue SCID-I et SCID-II entre le 11 octobre 2016 et le 31 décembre 2017. Comparativement aux participantes de l'échantillon de la population carcérale, les détenues de l'échantillon à l'admission avaient des caractéristiques semblables sur le plan des données démographiques et des antécédents criminels, mais la prévalence de troubles mentaux chez les participantes de l'échantillon à l'admission était statistiquement beaucoup plus faible. Cela correspond à d'autres recherches qui ont révélé que les populations en établissement comportent une proportion supérieure de délinquants à risque élevé qui purgent une longue peine et qui sont plus susceptibles d'afficher un taux de prévalence supérieur de troubles mentaux, comparativement aux échantillons de délinquants admis récemment (p. ex. Brown, Hirdes et Fries, 2013; Moffit et coll., 2010; Stewart et coll., 2010).

Aux fins de l'analyse et dans le but de rehausser la validité de l'évaluation de la prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale, les échantillons de la population carcérale et à l'admission ont été combinés en un échantillon ($N = 246$). Les résultats ont révélé que plus des trois quarts des détenues étaient atteintes d'un trouble mental à long terme ou le sont actuellement, et qu'au moins les deux tiers des détenues présentaient un trouble mental à long terme, concomitant à un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances ou à un trouble de la personnalité antisociale ou limite. Plus de la moitié (52,0 %) des détenues qui composent l'échantillon combiné présentaient une maladie mentale grave à long terme (psychose, trouble dépressif caractérisé ou trouble bipolaire), et 17,9 % présentaient des symptômes correspondant à une maladie mentale grave actuelle. Le tiers (33,3 %) des détenues atteintes d'un trouble mental actuel ont obtenu une note à l'échelle d'EGF de ≤ 50 , ce qui

indique une incapacité fonctionnelle grave sur les plans psychologique et social. Les détenues autochtones affichaient le taux de prévalence de troubles mentaux le plus élevé ainsi que les incapacités fonctionnelles les plus graves.

Les résultats des échantillons de la population carcérale, à l'admission et combiné de détenues sous responsabilité fédérale confirment les conclusions formulées dans d'autres études menées à l'échelle internationale et au Canada qui indiquent un taux de prévalence élevé de troubles mentaux qui entraînent d'importantes difficultés sur le plan de la prestation de programmes et de soins efficaces.

Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des annexes	vi
Introduction.....	1
Méthode	4
Participant.es	4
Mesures/matériel.....	6
Entrevue clinique structurée pour les troubles de l’Axe I et de l’Axe II du DSM-IV-TR (SCID-I et SCID-II)	6
Échelle d’évaluation globale du fonctionnement – modifiée (EGF)	9
Procédure/Approche analytique.....	9
Conception de la recherche.....	9
Formation des évaluateurs	10
Recrutement des participant.es	10
Consentement éclairé et gestion des données	12
Techniques statistiques	12
Résultats.....	14
Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale :	
comparaison entre l’échantillon de la population carcérale et l’échantillon à l’admission	14
Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves	17
Taux de prévalence de troubles concomitants	19
Troubles mentaux et évaluation globale du fonctionnement (EGF).....	20
Résumé des résultats de la comparaison entre l’échantillon de la population carcérale et l’échantillon à l’admission	22
Résultats – échantillons de la population carcérale et à l’admission combinés ($N = 246$)	23
Méthode	23
Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves ($N = 246$).....	28
Prévalence des troubles concomitants ($N = 246$).....	31
Troubles mentaux et évaluation globale du fonctionnement ($N = 246$)	31

Analyse	34
Limites de l'étude	35
Conclusions.....	36
Bibliographie.....	38

Liste des tableaux

Tableau 1.....	5
<i>Nombre de détenues ayant participé et n'ayant pas participé selon l'établissement – comparaison entre l'échantillon de la population carcérale (N = 160) et l'échantillon à l'admission (N = 86).....</i>	
Tableau 2.....	8
<i>Caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels des échantillons de la population carcérale (N = 160) et à l'admission (N = 86).....</i>	
Tableau 3.....	15
<i>Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon de la population carcérale (N = 160) et échantillon à l'admission (N = 86)</i>	
Tableau 4.....	18
<i>Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon à l'admission (N = 86).....</i>	
Tableau 5.....	20
<i>Troubles concomitants chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon à l'admission (N = 86).....</i>	
Tableau 6.....	21
<i>Note à l'échelle d'EGF selon la catégorie de trouble mental actuel : échantillons de la population carcérale et à l'admission</i>	
Tableau 7.....	25
<i>Caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels des participantes : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246) et population en date du 1^{er} janvier 2017</i>	
Tableau 8.....	26
<i>Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246).....</i>	
Tableau 9.....	29
<i>Taux de prévalence de tout trouble mental et de toute maladie mentale grave chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246).....</i>	
Tableau 10.....	30
<i>Taux de prévalence de tout trouble mental et de toute maladie mentale grave chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246).....</i>	
Tableau 11.....	31
<i>Troubles concomitants chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246)</i>	
Tableau 12.....	32
<i>Note à l'échelle d'EGF selon les diagnostics des troubles de l'Axe I et des troubles de la personnalité actuels : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246)</i>	
Tableau 13.....	33

<i>Notes de ≤ 50 à l'échelle d'EGF selon la catégorie de trouble mental : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246)</i>	33
Tableau 14.....	33
<i>Notes à l'échelle d'EGF pour les détenues d'origine autochtone : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246)</i>	33
Tableau A.....	47
<i>Caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels des participantes de l'échantillon de la population carcérale (N = 160) et de l'échantillon à l'admission (N = 86) et comparaison entre les caractéristiques des participantes de l'échantillon à l'admission et celles des non-participantes à l'admission (N = 490).....</i>	47
Tableau B1	49
<i>Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon de la population carcérale (N = 160).....</i>	49
<i>Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon à l'admission (N = 86).....</i>	50
Tableau C	51
<i>Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillon à l'admission (N = 86).....</i>	51
Tableau D.....	52
<i>Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillons combinés (N = 246).....</i>	52

Liste des annexes

Annexe A	47
Annexe B	49
Annexe C	51
Annexe D	52

Introduction

Des études menées à l'échelle internationale et au Canada ont révélé un taux de prévalence élevé de troubles mentaux chez les délinquants incarcérés (Al-Rousan, Rubenstein, Sieleni, Deol et Wallace, 2017; Beaudette et Stewart, 2016; Brown et coll., 2018; Fazel et Seewald, 2012; Mundt, Kastner, Mir, et Priebe, 2015). On estime que la prévalence d'une maladie mentale grave (psychose, trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire) chez les détenus est au moins quatre fois supérieure au taux de prévalence constaté dans la population en général (Bebbington et coll., 2017; Prins, 2014; Agence de la santé publique du Canada, 2015; Steel et coll., 2014). On estime que les femmes incarcérées présentent des taux de maladie mentale grave de deux à quatre fois supérieurs à ceux des hommes incarcérés (Al-Rousan et coll., 2017; Baillargeon et coll., 2009; Bebbington et coll., 2017; Brown, Hirdes et Fries, 2013; Derkzen, Booth, McConnell et Taylor, 2012; Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici et Trestman, 2016; Prins 2014). On estime que la prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances et de la personnalité chez les détenus atteint 80 %, soit un taux huit fois supérieur à ceux qui sont constatés dans la population en général (Beaudette et Stewart, 2016; Derkzen et coll., 2012; Fazel, Yoon et Hayes, 2017; Proctor et Hoffmann, 2012; Slade et Forrester, 2013; Stewart et coll., 2010). La moitié des détenus sont atteints de troubles concomitants et le plus souvent, il s'agit d'un trouble mental combiné à un trouble de la personnalité ou de toxicomanie (Beaudette et Stewart, 2016; Butler, Indig, Allnutt et Mamoon, 2011; Fazel et Danesh, 2002; Proctor et Hoffman, 2012). À l'échelle internationale, les délinquants autochtones sont surreprésentés dans les systèmes carcéraux par rapport à leur nombre dans la population en général (Grant, 2016; Jacobson, Heard et Fair, 2017). La prévalence des troubles mentaux chez les détenus autochtones s'est révélée semblable à celle des détenus non autochtones (Beaudette et Stewart, 2016; Doyle et coll., 2015), bien que des taux supérieurs de trouble de toxicomanie et de trouble de la personnalité antisociale aient été signalés (Beaudette, Power et Stewart, 2015; Derkzen et coll., 2012; Dolan, Rodas et Bode, 2015).

La prudence est de mise lorsqu'il s'agit d'interpréter les estimations de la prévalence au sein des différentes administrations en raison des différences au chapitre de la définition utilisée du trouble mental, du caractère variable des instruments utilisés pour évaluer les symptômes, ainsi que de la conception de recherche et de la méthode d'échantillonnage utilisée (Baillargeon

et coll., 2009; Dean et Korobanova, 2017; Fazel et coll., 2016; Prins, 2014). Lorsque des troubles liés à la consommation abusive d'alcool ou de substances ou des troubles de la personnalité sont inclus dans l'évaluation globale d'un trouble mental, la prévalence chez les détenus peut dépasser 80 % (Brink, Doherty et Boer, 2001; James et Glaze, 2006; Vicens et coll., 2011; Macciò et coll., 2015; Beaudette et Stewart, 2016), alors que d'autres études qui se penchent exclusivement sur les troubles mentaux tels que la psychose, le trouble bipolaire ou le trouble dépressif caractérisé font état d'estimations beaucoup moins élevées, de l'ordre de 5 % à 15 % (Al-Rousan et coll., 2017; Fazel et Seewald, 2012; Senior et coll., 2013; Steadman, Osher, Robbins, Case et Samuels, 2009). Il a été déterminé que le dépistage, l'autodéclaration et d'autres instruments utilisés par un non-spécialiste produisaient des estimations beaucoup plus importantes de la prévalence des troubles mentaux chez les détenus que les instruments de diagnostic clinique (Fazel et coll., 2016; Martin, Potter, Crocker, Wells et Colman, 2016; Narrow, Rae, Robins et Regier, 2002; Perälä et coll., 2007; Prins, 2014; Sandanger, Nygård et Sørensen, 2002). Les études transversales de la population carcérale qui traitent des troubles mentaux chez les détenus sont conçues pour fournir une estimation de la proportion de la population qui affiche l'affection ou une caractéristique à un moment bien précis et peuvent surestimer la prévalence de troubles mentaux graves (Brandt, 2012; Brown et coll., 2013; Fazel et coll., 2016; Moffitt et coll., 2010). Les études portant sur la population à l'admission sont conçues pour évaluer la prévalence des troubles mentaux chez les détenus nouvellement admis et peuvent saisir des taux globaux de troubles mentaux, en particulier un trouble anxieux, un trouble dépressif ou un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances pour lesquels la recherche longitudinale révèle un déclin sur le plan de la fréquence et de la gravité au fur et à mesure de l'adaptation à la vie carcérale au fil du temps (Bebbington et coll., 2017; Brandt, 2012; Davoren et coll., 2015; Fazel, Yoon et Hayes, 2017; Hassan et coll., 2011; James et Glaze, 2006; Walker et coll., 2014).

Le présent rapport compare et combine les résultats, publiés antérieurement, de l'enquête sur la santé mentale qui a été menée à l'aide d'un échantillon transversal national de détenues incarcérées dans un établissement fédéral avec les résultats de l'échantillon de détenues sous responsabilité fédérale à l'admission établi en 2017. Les instruments d'évaluation de la santé mentale SCID-I/NP et SCID-II, largement reconnus comme les modèles idéaux pour l'évaluation et le diagnostic clinique des troubles de l'Axe I et de l'Axe II du DSM-IV-TR (Corrigan,

Mueser, Bond, Drake et Solomon, 2008), ont été utilisés dans les deux études pour assurer la comparabilité des données. Le but du présent rapport est de présenter une description exhaustive des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale au Canada à l'appui de la planification, des programmes et des traitements afin de répondre à leurs besoins en santé mentale.

Méthode

Participant^{es}

Dans le cadre de l'étude sur la population carcérale menée en 2016, toutes les détenues incarcérées dans les six établissements pour femmes dans les cinq régions à l'échelle fédérale pendant la période visée par l'étude, soit du 25 février 2016 au 11 octobre 2016, étaient admissibles à participer à l'étude. Au total, cent cinquante-quatre femmes ont rempli les instruments d'évaluation de la santé mentale. Par la suite, six évaluations supplémentaires au moyen de la SCID, menées avec des délinquantes sous responsabilité fédérale traitées au Centre psychiatrique régional à Saskatoon en décembre 2017, ont été ajoutées à l'échantillon de la population carcérale, pour un total de $N = 160$ ¹, ce qui représente 22,9 % de toutes les délinquantes sous responsabilité fédérale incarcérées pendant la période visée par l'étude.

Au cours de l'étude sur la population à l'admission menée en 2017, toutes les femmes admises dans les six établissements fédéraux des cinq régions à l'échelle fédérale au cours de la période visée par l'étude, soit du 11 octobre 2016 au 31 décembre 2017, et incarcérées depuis 90 jours tout au plus étaient admissibles à participer. Puisque la plupart des femmes incarcérées au Centre de rétablissement Okimaw Ohci sont admises dans un autre établissement, les chercheurs n'ont pas visité le Centre de rétablissement dans le cadre de l'étude sur la population à l'admission. Au total, 86 femmes ont pris part aux évaluations SCID-I/NP et SCID-II au cours de l'étude sur la population à l'admission, ce qui représente 17,6 % des détenues sous responsabilité fédérale admises dans un établissement fédéral au cours de la période visée par l'étude.

Aucune des femmes de l'échantillon de la population carcérale n'était admissible à faire partie de l'échantillon à l'admission. La comparaison entre les participantes des échantillons de la population carcérale et à l'admission et la population totale de détenues sous responsabilité fédérale, par établissement, figure au tableau 1. Le nombre de détenues avec lesquelles les chercheurs n'ont pas été en mesure de communiquer ou qui ont refusé de participer ou se sont

¹ Bien que des plans aient été établis pour la tenue d'autres évaluations auprès des détenues suivant un traitement dans le cadre du contrat conclu par le SCC avec l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, il a été impossible d'entreprendre un examen éthique distinct et d'obtenir la permission de mener des évaluations avant la fin de la collecte des données liées à l'échantillon de la population carcérale.

retirées de l'étude est aussi précisé pour l'étude de l'échantillon à l'admission². Étant donné les échantillons globaux de petite taille, les comparaisons entre les établissements ou entre les régions ne sont pas présentées. Puisque l'Établissement d'Edmonton pour femmes et l'Établissement pour femmes Grand Valley sont des établissements à grande capacité et que, par conséquent, le nombre d'admissions a été supérieur dans ces établissements au cours de l'étude sur la population à l'admission, les chercheurs ont visité deux fois ces établissements, ce qui explique le nombre supérieur d'évaluations achevées qui sont enregistrées pour chacun.

Tableau 1

Nombre de détenues ayant participé et n'ayant pas participé selon l'établissement – comparaison entre l'échantillon de la population carcérale (N = 160) et l'échantillon à l'admission (N = 86)

Établissement	Étude sur la population carcérale		Étude sur la population à l'admission			
	Nombre <i>n</i>	Participant % (<i>n</i>)	Total des admissions au cours de la période <i>n</i>	Participant % (<i>n</i>)	N'a pu être jointe/ne s'est pas présentée % (<i>n</i>)	Refus/ retrait % (<i>n</i>)
Établ. de la vallée du Fraser	112	29,5 (33)	32	9,4 (3)	-	12,5 (4)
Établ. d'Edmonton pour femmes	167	19,2 (32)	179	19,0 (34)	3,9 (7)	3,9 (7)
Pav. de ress. Okimaw Ohci	44	38,6 (17)	64	-	-	-
Établ. Grand Valley	171	20,5 (35)	150	16,0 (24)	-	6,7 (10)
Établ. Joliette	115	14,8 (17)	81	12,3 (10)	-	2,5 (2)
Établ. Nova	81	24,7 (20)	59	25,4 (15)	-	1,7 (1)
CPR	11	54,5 (6)	-	-	-	-
Autre			11	-	-	-
Total	700	22,9 (160)	576	14,9 (86)	1,2 (7)	4,2 (24)

² Le nombre de détenues qui n'ont pu être jointes par les chercheurs ou qui ont refusé de participer ou se sont retirées au cours de l'étude sur la population carcérale menée en 2016 a été indiqué antérieurement (Brown et coll., 2018).

La comparaison entre les caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels des participantes de l'échantillon à l'admission et les non-participantes à l'admission au cours de la période visée par l'étude, soit du 11 octobre 2016 au 31 décembre 2017 figure au tableau A de l'annexe A. Aucune différence statistiquement importante n'a été constatée dans la répartition des caractéristiques liées aux données démographiques ou aux antécédents criminels entre ces deux groupes.

Le tableau 2 présente une comparaison des caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels entre les participantes de l'échantillon de la population carcérale et celles de l'échantillon à l'admission. Quelques différences importantes sont observées dans la répartition des caractéristiques entre les deux échantillons. Les participantes de l'échantillon de la population carcérale présentent des antécédents criminels beaucoup plus importants au moment de l'évaluation initiale, comparativement aux participantes de l'échantillon à l'admission ($X^2(2, n = 242) = 11,703, p = 0,003$) et sur le plan statistique, elles purgent une peine beaucoup plus longue ($t(215, n = 217) = 2,192, p = 0,029$).

Mesures/matériel

Entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe I et de l'Axe II du DSM-IV-TR (SCID-I et SCID-II)

La SCID-I est une entrevue clinique semi-structurée qui sert à déterminer un diagnostic pour les troubles de l'Axe I du DSM-IV³ (First et Gibbon, 2004; First, Spitzer, Gibbon et Williams, 2007). La version Recherche de la SCID (SCID-I/NP) a été utilisée tant pour l'échantillon de la population carcérale que pour l'échantillon à l'admission. On a évalué la prévalence du trouble de santé mentale actuel (c.-à-d. au cours du dernier mois) et à long terme quand il y avait suffisamment de renseignements disponibles. La SCID-I/NP permet d'évaluer les troubles de l'Axe I du DSM-IV les plus courants (Pez et coll., 2010). La SCID-I/NP a été utilisée tant pour l'étude sur la population carcérale que pour l'étude sur la population à l'admission pour évaluer les troubles suivants : 1) trouble de l'humeur; 2) trouble psychotique; 3) trouble lié à la consommation de substances; 4) trouble anxieux; 5) trouble de l'alimentation; et 6) jeu pathologique. La SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams et Benjamin, 1997; First et Gibbon, 2004) sert à évaluer les troubles de la personnalité répertoriés dans le DSM-IV-TR.

Dans le cadre des deux études, la SCID-II a été utilisée pour évaluer 7) le trouble de la personnalité antisociale (TPA) et 8) le trouble de la personnalité limite (TPL) en particulier.

Les propriétés psychométriques de la SCID et de ses différentes versions sont bien établies et ont fait l'objet de nombreuses recherches (Biometrics Research, 2017a, 2017b, 2017c; Chmielewski, Clark, Bagby et Watson, 2015; DeMarce, Lash, Parker, Burke et Grambow, 2013; Fennig, Craig, Lavelle, Kovaszny et Bromet, 1994; Germans, Van Heck, Masthoff, Trompenaars et Hodiamont, 2010; Lobbestael, Leurgans et Arntz, 2011; Ryder, Costa et Bagby, 2007; Zanarini et Frankenburg, 2001). Leurs description et utilisation dans le cadre de la recherche sur la santé mentale des détenus sous responsabilité fédérale sont précisées dans d'autres études (Beaudette et coll., 2015; Brown et coll., 2018).

Tableau 2

Caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels des échantillons de la population carcérale (N = 160) et à l'admission (N = 86)

	Échantillon de la population carcérale % (n)	Échantillon à l'admission % (n)	χ^2	df
Origine ethnique				
Autochtone	32,5 (52)	24,4 (21)	5,227	4
Noire	3,8 (6)	9,3 (8)		
Caucasienne	55,0 (88)	53,5 (46)		
Autre	6,9 (11)	10,5 (9)		
* Données manquantes	1,9 (3)	2,3 (2)		
État matrimonial				
Célibataire	51,3 (82)	52,3 (45)	0,081	3
Mariée/union de fait	30,6 (49)	29,1 (25)		
Divorcée, séparée ou veuve	15,0 (24)	15,1 (13)		
Autre	3,1 (5)	3,5 (3)		
Niveau des besoins liés aux facteurs criminogènes (à l'admission)				
Faible	10,6 (17)	16,3 (14)	2,794	2
Moyen	36,3 (58)	37,2 (32)		
Élevé	53,1 (85)	41,9 (36)		
*Données manquantes	-	4,7 (4)		
Niveau de risque lié aux antécédents criminels (à l'admission)				
Faible	32,5 (52)	37,2 (32)	11,703**	2
Moyen	33,8 (54)	45,3 (39)		
Élevé	33,8 (54)	12,8 (11)		
*Données manquantes	-	4,7 (4)		
Infraction grave à l'origine de l'incarcération				
Homicide	24,4 (39)	9,3 (8)	12,657	7
Vol qualifié	10,0 (16)	12,8 (11)		
Infractions en matière de drogue	31,3 (50)	41,9 (36)		
Voies de fait	8,1 (13)	3,5 (3)		
Infractions sexuelles	3,1 (5)	5,8 (5)		
Infractions contre les biens	15,0 (24)	15,1 (13)		
Autres infractions avec violence	2,5 (4)	4,7 (4)		
Autres infractions sans violence	5,6 (9)	7,0 (6)		
Cote de sécurité (à l'admission)				
Minimale	40,0 (64)	48,8 (42)	ND	
Moyenne	42,5 (68)	41,9 (36)		
Maximale	17,5 (28)	1,2 (1)		
* Données manquantes	-	8,1 (7)		
Type de peine				
Durée déterminée	83,1 (133)	97,7 (84)	ND	
Durée indéterminée	16,9 (27)	2,3 (2)		
Durée moyenne de la peine en années (ET)	3,8 (1,9)	3,1 (2,0)	$t = 2,192^*$	215

ND Renseignement non déclaré en raison du nombre insuffisant de cellules <5

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement – modifiée (EGF)

Bien que l'Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, version 2.0 (WHODAS 2.0) ait remplacé l'EGF dans le DSM-V comme l'évaluation recommandée du fonctionnement (Gold, 2014; Sjonnesen, Bulloch, Williams, Lavorato et Patten, 2016), pour assurer l'uniformité et la comparabilité des résultats avec ceux de l'étude d'un échantillon de la population carcérale menée précédemment auprès des hommes incarcérés sous responsabilité fédérale (Beaudette et coll., 2015) et avec ceux de l'étude de 2016 menée auprès des femmes incarcérées sous responsabilité fédérale, on a utilisé l'EGF pour mesurer la gravité des symptômes et le degré de fonctionnement global dans l'étude sur les détenues sous responsabilité fédérale à l'admission menée en 2017. L'EGF a été la mesure du fonctionnement sur le plan psychologique, social et professionnel la plus couramment utilisée en milieu clinique et dans le cadre d'études, de même que par les compagnies d'assurance et d'autres tiers dans leur processus décisionnel concernant le degré d'invalidité et l'admissibilité à des soins (Gold, 2014; Sjonnesen et coll., 2016; Støre-Valen et coll., 2015). Les notes de l'EGF varient de 90 (symptômes inexistantes ou minimales) à 0 (symptômes et déficience fonctionnelle grave, danger pour la personne même ou les autres, trouble de santé mentale); une note à l'EGF de 50 ou moins correspond à des symptômes ou à une incapacité fonctionnelle graves (Hall, 1995; WHO, 2004). La version Recherche de l'EGF a été examinée en profondeur et il a été déterminé que sa fiabilité et sa validité étaient adéquates (Burlingame et coll., 2005; Rush et coll., 2008; Söderberg, Tungström et Åke Armelius, 2005; Smith et coll., 2011).

Procédure/Approche analytique

Conception de la recherche

L'étude de l'échantillon de participantes de la population carcérale et l'étude de l'échantillon de participantes à l'admission ont été menées grâce à un protocole d'entente (PE) conclu entre le Service correctionnel du Canada et l'Institute for Applied Social Research (IASR) de l'École de criminologie et de justice pénale de l'Université Nipissing. Les membres du comité d'éthique de la recherche de l'Université Nipissing ont examiné et approuvé les deux études selon l'*Énoncé politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, y compris le chapitre 9 – La recherche visant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada (gouvernement du Canada, 2014). Un chercheur clinique principal et un adjoint

de recherche expérimenté étaient responsables d'organiser la collecte de données et de mener les SCID-I/NP et SCID-II. Les responsables du secteur Recherche sur les interventions et les délinquantes et de la Direction des initiatives pour les Autochtones ont fourni le soutien organisationnel de la part du SCC pour l'étude.

Comme dans le cas de l'échantillon de la population carcérale, un modèle de recherche fondé sur une enquête (Rothman, Greenland et Lash, 2008; Pearce, 2012) a été utilisé pour évaluer la prévalence des troubles mentaux uniquement chez les femmes qui étaient incarcérées depuis 90 jours tout au plus. Étant donné la portée nationale de l'étude, le nombre relativement faible de délinquantes admises au SCC et les cinq établissements fédéraux participant à la recherche, l'enquête a été menée au cours d'une longue période, soit du 11 octobre 2016 au 31 décembre 2017.

Formation des évaluateurs

Pour entreprendre l'étude initiale de l'échantillon de la population carcérale, les chercheurs de l'IASR ont suivi la formation sur l'administration des instruments SCID-I/NP et SCID-II en remplissant la trousse de formation autonome fournie par Biometric Research (<http://scid4.org/index.html>) sous la supervision du chercheur clinicien principal qui possède une grande expérience de l'utilisation d'instruments d'évaluation des troubles mentaux dans les établissements fédéraux pour femmes. Au cours des premières étapes de l'étude de l'échantillon de la population carcérale, deux membres de l'équipe de recherche étaient présents pour assurer l'uniformité quant à l'utilisation des SCID. Les chercheurs de l'IASR ont mené 160 évaluations au moyen des SCID-I/NP et SCID-II pour les besoins de l'étude de l'échantillon de la population carcérale. Une fois la collecte de données terminée pour cette étude, les chercheurs de l'IASR, connaissant désormais bien les instruments de la SCID, ont entrepris les évaluations aux fins de l'étude de l'échantillon à l'admission.

Recrutement des participantes

Les chercheurs de l'IASR ont prévu la tenue d'au moins une visite de trois à cinq jours dans chaque établissement fédéral pour femmes entre le 11 octobre 2016 et le 31 décembre 2017. Comme dans le cas de l'échantillon de la population carcérale, avant chaque visite, le directeur de la Direction de la recherche du SCC faisait parvenir une lettre au directeur de l'établissement concerné afin d'expliquer l'étude et de demander de désigner une personne-ressource dans

l'établissement pour aider les chercheurs de l'IASR à prendre les dispositions nécessaires à la réalisation des travaux. À leur arrivée à chaque établissement, les chercheurs de l'IASR rencontraient la personne-ressource désignée afin de passer en revue les dispositions et toute exigence de l'établissement, d'apporter des précisions ou de fournir des renseignements supplémentaires, au besoin.

En ayant recours à la liste des admissions récentes en vertu de nouveaux mandats de dépôt à chaque établissement, fournie par le personnel du secteur Recherche sur les interventions et les délinquantes du SCC, et avec l'aide de la personne-ressource désignée de l'établissement, les chercheurs de l'IASR ont tenté de communiquer avec chacune des femmes nouvellement admises dont le nom figurait sur la liste des admissions, soit en personne, soit par téléphone, afin de les informer du but de l'étude et de leur demander de participer. Au total, 86 femmes (17,6 % du total des délinquantes admises au cours de la période visée par l'étude de l'échantillon à l'admission) ont accepté de participer et ont pris part aux SCID-I/NP et SCID-II; sept des femmes figurant sur la liste des admissions récentes n'ont pu être jointes ou ne se sont pas présentées à l'évaluation; 24 des femmes invitées à participer (4,9 % du total des admissions) ont refusé de participer ou n'ont pas achevé l'entrevue.

Consentement éclairé et gestion des données

On n'a offert aucune compensation ni autre mesure incitative en échange de la participation à l'étude. Un résumé verbal du formulaire de consentement éclairé a été présenté aux femmes qui ont bien voulu participer et on les a incitées à poser des questions sur les procédures qui seraient appliquées et sur les conditions relatives à leur participation. On demandait ensuite aux participantes de signer une copie papier du formulaire de consentement éclairé avant de mener les SCID; ce formulaire comprenait une demande d'autorisation pour consulter, aux fins de l'étude, leur dossier consigné dans le Système de gestion des délinquant(e)s (SGD). Les procédures concernant la communication des renseignements figuraient sur le formulaire de consentement éclairé. Les entrevues ont été menées en anglais aux établissements Nova, Grand Valley, d'Edmonton pour femmes et de la vallée du Fraser, et en français ou en anglais à l'Établissement Joliette. Étant donné que les évaluations effectuées au moyen des instruments SCID-I et SCID-II servaient aux fins de recherche et non d'établissement de diagnostic, on n'a pas communiqué les résultats aux participantes.

On a rempli les formulaires d'entrevue SCID-I et SCID-II sur papier. Dans le cadre de l'étude, on a créé un identifiant unique pour chaque participante afin que le nom et le numéro SED des détenues ne figurent pas sur les formulaires d'entrevue remplis et qu'ils soient plutôt conservés dans un emplacement séparé et sécurisé accessible seulement par l'adjointe supérieure de recherche de l'IASR. Les chercheurs de l'IASR ont retourné les formulaires d'entrevue remplis à l'Université Nipissing, où ils étaient conservés dans un classeur verrouillé placé dans un bureau protégé. Un étudiant, assistant de recherche de l'IASR, était chargé de saisir les données des entrevues dans le logiciel IBM SPSS Statistics 24 (IBM Corporation, 2016) aux fins d'analyse des données. Le personnel du secteur Recherche sur les interventions et les délinquantes du SCC a créé un fichier combinant les données recueillies à l'aide des SCID-I et SCID-II et les facteurs démographiques et les caractéristiques des détenues aux fins d'analyse et de production de rapports sur les résultats.

Techniques statistiques

On a effectué des analyses du khi carré et des tests t de Student qui reposent sur des comparaisons de moyennes pour cerner les différences statistiquement significatives sur le plan des caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels entre les

participantes de l'échantillon à l'admission et les participantes nouvellement admises qui ne font pas partie de l'échantillon à l'admission au cours de la période visée par l'étude, soit du 11 octobre 2016 au 31 décembre 2017. De plus, on a mené des analyses du khi carré et des tests t de Student qui reposent sur des comparaisons de moyennes pour cerner les différences statistiquement significatives sur le plan des caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels entre les participantes de l'échantillon de la population carcérale et celles de l'échantillon à l'admission, ainsi que sur le plan de la répartition des grandes catégories de diagnostics de troubles mentaux et du niveau de fonctionnement. Les estimations de la prévalence de troubles mentaux actuels et à long terme dans les échantillons de la population carcérale et à l'admission sont fondées sur le nombre de participantes d'un échantillon qui satisfont aux critères de diagnostic liés à un trouble en particulier (ou à un ensemble de troubles) divisé par la taille totale de l'échantillon. Étant donné les tailles relativement petites des échantillons, aucune comparaison par région ou par établissement n'a été fournie et il convient d'interpréter les estimations avec prudence.

Résultats

Prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : comparaison entre l'échantillon de la population carcérale et l'échantillon à l'admission

Les taux de prévalence pour les grandes catégories de diagnostics de troubles mentaux qui concernent les échantillons de la population carcérale ($N = 160$) et à l'admission ($N = 86$) composés de détenues sous responsabilité fédérale figurent au tableau 3. En raison du très petit nombre de femmes signalées pour un grand nombre des catégories de diagnostic différentiel, seules les grandes catégories de diagnostics figurent dans le présent document et les résultats complets pour l'ensemble des catégories de diagnostics des SCID-I et SCID-II évaluées dans les échantillons de la population carcérale et à l'admission figurent aux tableaux B1 et B2 de l'annexe B. Les taux de prévalence pour les grandes catégories de diagnostics représentent le pourcentage de détenues ayant reçu au moins un diagnostic qui fait partie de la grande catégorie. Seule la prévalence du trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances à long terme est signalée, car il était impossible de valider la consommation actuelle chez les détenues durant leur incarcération.

Tableau 3

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon de la population carcérale (N = 160) et échantillon à l'admission (N = 86)

Trouble	Échantillon de la population carcérale (N = 160)		Échantillon à l'admission (N = 86)		χ ² Test de différences entre les échantillons de la population carcérale et à l'admission	
	À long terme % (n)	Actuel % (n)	À long terme % (n)	Actuel % (n)	À long terme χ ² , df = 1	Actuel χ ² , df = 1
Tout trouble	93,1 (149)	80,0 (128)	79,1 (68)	67,4 (58)	10,626***	4,783*
Troubles de l'humeur ^a	63,1 (101)	23,1 (37)	34,9 (30)	16,3 (14)	17,921***	1,595
Troubles psychotiques ^b	9,4 (15)	6,9 (11)	5,8 (5)	1,2 (1)	0,976	ND
Troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances (à long terme seulement) ^c	76,9 (123)	-	61,6 (53)	-	6,387**	ND
Troubles anxieux ^d	57,5 (92)	53,8 (86)	44,2 (38)	38,4 (33)	3,979*	5,297*
Troubles de l'alimentation ^e	16,3 (26)	10,6 (17)	9,3 (8)	1,2 (1)	2,267	ND
Jeu pathologique	13,1 (21)	0,6 (1)	12,8 (11)	3,5 (3)	0,009	ND
Trouble de la personnalité limitée (à long terme seulement)	35,0 (56)	-	25,6 (22)	-	2,292	
Trouble de la personnalité antisociale (à long terme seulement)	50,6 (81)	-	38,4 (33)	-	3,377	

Remarque : Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 %, car les participantes peuvent satisfaire aux critères diagnostiques de plus d'un trouble.

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

^a **Les troubles de l'humeur** comprennent le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II, le trouble dépressif caractérisé, le trouble dysthymique, le trouble dépressif non spécifié, le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et le trouble de l'humeur induit par une substance.

^b **Les troubles psychotiques** comprennent la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, les symptômes psychotiques causés par la consommation de substances ou une affection médicale générale, le trouble psychotique induit par la consommation de substances et le trouble psychotique non spécifié.

^c **Les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances** comprennent la consommation abusive d'alcool ou la dépendance à l'alcool et la toxicomanie ou la dépendance à des substances autres que l'alcool.

^d **Les troubles anxieux** comprennent le trouble panique, l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de stress post-traumatique, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble anxieux dû à une affection médicale générale, le trouble anxieux induit par la consommation de substances et le trouble anxieux non spécifié.

^e **Les troubles de l'alimentation** comprennent l'anorexie mentale, la boulimie et la frénésie alimentaire.

La prévalence des troubles mentaux tant actuels qu'à long terme est supérieure dans l'échantillon de la population carcérale comparativement à l'échantillon à l'admission dans chaque grande catégorie de diagnostic, et elle présente des différences significatives sur le plan statistique en ce qui concerne tout trouble tant à long terme ($\chi^2(1, n = 246) = 10,626, p = 0,001$) qu'actuel ($\chi^2(1, n = 246) = 4,783, p = 0,029$), le trouble de l'humeur à long terme ($\chi^2(1, n = 246) = 17,921, p = 0,001$), le trouble psychotique actuel ($\chi^2(1, n = 245) = 3,969, p = 0,046$), le trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances à long terme ($\chi^2(1, n = 246) = 6,387, p = 0,011$) et le trouble anxieux à long terme ($\chi^2(1, n = 246) = 3,979, p = 0,046$) et actuel ($\chi^2(1, n = 246) = 5,297, p = 0,021$). Une constatation semblable a été signalée dans l'étude sur le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) de 2010 menée auprès de délinquants sous responsabilité fédérale. Les délinquants incarcérés, notamment les délinquants purgeant des peines plus longues et qui ont été incarcérés de nouveau à la suite de manquements à leurs conditions de la libération conditionnelle ou de nouvelles accusations criminelles, présentaient une prévalence supérieure de problèmes de santé mentale, tant actuels qu'à long terme, comparativement aux délinquants nouvellement admis (Stewart et coll., 2010), une conclusion tirée aussi dans le cadre d'une étude ontarienne menée auprès de détenus en détention provisoire et condamnés (Brown et coll., 2013) ainsi que dans le cadre d'autres études transversales (Brandt, 2012; Moffit et coll., 2010). De plus, il a été signalé qu'en comparaison avec les hommes incarcérés, les femmes incarcérées affichaient des symptômes de maladie mentale d'intensité élevée, continus, voire qui s'aggravent (Harner et Riley, 2013; Hassan et coll., 2011). Conformément à ce que révèlent d'autres études menées à l'étranger et au Canada, les femmes incarcérées présentent des taux de prévalence de troubles mentaux à long terme et actuels quatre fois supérieurs à ceux qui sont observés dans la population en général (Gilmour, 2014; Agence de la santé publique du Canada, 2015; Steel et coll., 2014) et une fois et demie à deux fois supérieurs à ceux qui sont signalés chez les hommes incarcérés (Beaudette et Stewart, 2016; Lafortune, 2010; Prins, 2014; Schnittker et Bacak, 2016; Steadman et coll., 2009). La prévalence de troubles liés à la consommation d'alcool et de substances à long terme est de deux à huit fois supérieure à celle recensée dans la population en général (Fazel et coll., 2016; Fazel, Bains et Doll, 2006; Pearson, Janz et Ali, 2013; Reynolds, Pietrzak, El-Gabalawy, Mackenzie et Sareen, 2015). Comparativement aux résultats de l'étude nationale de 2015 sur les délinquants

nouvellement admis (Beaudette et coll., 2015), les détenues qui composent l'échantillon à l'admission présentaient une prévalence supérieure de troubles mentaux à long terme et actuels dans l'ensemble des grandes catégories de diagnostics, sauf en ce qui concerne les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances.

Une comparaison de la prévalence des troubles mentaux dans l'échantillon à l'admission des détenues sous responsabilité fédérale selon l'ascendance autochtone et non autochtone pour les grandes catégories de diagnostics de troubles mentaux figure au tableau C de l'annexe C. Étant donné le nombre très limité de femmes signalées pour un grand nombre de catégories de diagnostics, il convient d'interpréter les résultats avec prudence. Plus de quatre-vingt-dix pour cent des détenues autochtones de l'échantillon à l'admission signalent un trouble mental à long terme. À quelques exceptions près, la prévalence actuelle et à long terme de tout trouble mental est supérieure chez les femmes autochtones par rapport aux femmes non autochtones. La grande catégorie de diagnostic liée au trouble de l'humeur est l'exception principale, les détenues non autochtones présentant une prévalence supérieure. La prévalence des troubles psychotiques à long terme et actuels est supérieure chez les femmes autochtones, tout comme les troubles liés à la consommation de substances, les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation ainsi que les troubles de la personnalité limite et de la personnalité antisociale à long terme. La prévalence du jeu pathologique, tant actuel qu'à long terme, est supérieure chez les femmes autochtones. Une prévalence supérieure de troubles mentaux chez les détenues autochtones a été signalée dans différentes recherches (Butler, Allnutt, Kariminia et Cain, 2007), alors que d'autres (Derkzen et coll., 2012; Heffernan, Andersen, Dev et Skinner, 2012) n'ont signalé presque aucune différence au chapitre de la prévalence des troubles mentaux entre les détenus autochtones et non autochtones, sauf en ce qui concerne la consommation abusive de substances.

Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves

Dans le but de déterminer les besoins en matière de services de traitement, y compris les services qui peuvent aller au-delà de la portée de la prestation dans le milieu carcéral (Brown et coll., 2013; Fries et coll., 2013), des études menées récemment sur les troubles mentaux chez les populations carcérales établissent des distinctions entre les maladies mentales graves, la consommation abusive de substances et les troubles de la personnalité, étant donné qu'il s'agit de troubles différents qui nécessitent des interventions de gestion et de traitement en établissement

distinctes (Brandt, 2012; Fazel et Seewald, 2012; Lynch et coll., 2014; Steadman et coll., 2009). Les taux de prévalence à long terme et actuels pour tout trouble mental, accompagné ou non d'un trouble lié à la consommation d'alcool et de substances, du trouble de la personnalité antisociale ou du trouble de la personnalité limite pour l'échantillon de délinquantes sous responsabilité fédérale à l'admission ($N = 86$) figurent au tableau 4. On y trouve aussi les taux estimatifs de prévalence à long terme et actuels des maladies mentales graves (trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire ou trouble psychotique) excluant les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances ou les troubles de la personnalité (s'il s'agit des seuls troubles mentaux recensés).

Tableau 4

Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon à l'admission ($N = 86$)

	% (n)
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	79,1 (68)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	67,4 (58)
Tout trouble de santé mentale, sauf le TPA et le TPL	
Critères satisfaits – à long terme	79,1 (68)
Critères satisfaits – actuel	48,8 (42)
Tout trouble de santé mentale, sauf les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances ^a	
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	70,9 (61)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	65,1 (56)
Tout trouble de santé mentale, sauf les TPA et TPL et les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances	
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	58,1 (50)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	40,7 (35)
Taux de maladie mentale grave ^b – à long terme	33,7 (29)
Taux de maladie mentale grave ^b – actuel	16,3 (14)

Remarque : TPA = trouble de la personnalité antisociale; TPL = trouble de la personnalité limite. Dans les catégories où les troubles liés à la consommation de substances, le TPA et le TPL sont exclus, les détenues qui présentaient ces troubles n'étaient pas exclues des calculs; toutefois, leur cas n'était pas retenu pour le taux de prévalence en question si le SEUL diagnostic correspondait à l'un de ces troubles.

^a Les taux actuels de trouble lié à la consommation d'alcool et de substances n'ont pu être évalués de façon valide, vu que les délinquantes étaient incarcérées au moment de leur participation à l'étude.

^b Une maladie mentale grave correspond à un diagnostic de l'un des troubles suivants : le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II ou un trouble psychotique.

Près de 80 % des détenues de l'échantillon à l'admission correspondaient aux critères d'un trouble mental à long terme et plus des deux tiers (67,4 %) correspondaient aux critères

d'un trouble mental actuel. Outre les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances et le trouble de la personnalité antisociale (TPA) et le trouble de la personnalité limite (TPL), le taux de prévalence d'un trouble mental à long terme (58,1 %) et actuel (40,7 %) continue de dépasser le double du taux recensé dans la population canadienne en général (Gilmour, 2014; Agence de la santé publique du Canada, 2015). La prévalence d'un trouble mental à long terme et actuel, accompagné ou non d'un trouble lié à la consommation d'alcool et de substances et/ou d'un trouble de la personnalité chez les délinquantes sous responsabilité fédérale qui composent l'échantillon à l'admission est presque la même que celle qui est signalée pour les délinquants dans l'étude nationale de 2015 menée auprès des délinquants nouvellement admis, bien que la prévalence signalée de maladies mentales actuelles soit supérieure chez les femmes incarcérées (actuelles : 16,9 %) par rapport aux hommes incarcérés (actuelles : 12,4 %) (Beaudette et coll., 2015). Comparativement à l'échantillon de la population carcérale, les taux de prévalence de tout trouble mental à long terme et actuel, accompagné ou non d'un trouble lié à la consommation d'alcool et de substances ou d'un trouble de la personnalité antisociale ou de la personnalité limite, et de maladies mentales graves oscillent entre 13 % et 28 %, et les taux sont inférieurs chez les femmes qui composent l'échantillon à l'admission.

Taux de prévalence de troubles concomitants

Les taux de prévalence d'un trouble mental à long terme concomitant à des troubles liés à la consommation d'alcool et de substances et des troubles de la personnalité, selon l'ascendance autochtone et non autochtone et pour l'ensemble de l'échantillon à l'admission ($N = 86$), figurent au tableau 5³.

³ On a évalué le TPA et le TPL à long terme uniquement, et il était seulement possible d'évaluer de façon valide les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances à long terme (avant l'incarcération). Cela signifie que seuls les troubles concomitants à long terme figurent dans ce tableau.

Tableau 5

Troubles concomitants chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon à l'admission (N = 86)

	Autochtone	Non autochtone	Échantillon total
	<i>n</i> = 21 % (<i>n</i>)	<i>n</i> = 65 % (<i>n</i>)	<i>N</i> = 86 % (<i>n</i>)
Taux de prévalence à long terme	<i>n</i> = 19	<i>n</i> = 49	<i>n</i> = 68
Tout trouble mental <u>et</u> trouble lié à la consommation d'alcool et de substances ^a	94,7 (18)	71,4 (35)	77,9 (53)
Tout trouble mental <u>et</u> TPA ou TPL	68,4 (13)	55,1 (27)	58,8 (40)

Remarque : TPA = trouble de la personnalité antisociale; TPL = trouble de la personnalité limite

^a L'établissement du taux de prévalence actuel pour les troubles liés à la consommation de substances était limité, vu que les délinquantes étaient incarcérées au moment de leur participation à l'étude; en conséquence, les diagnostics de trouble lié à la consommation de substances ou d'alcool reposent sur des estimations à long terme seulement. Les taux actuels de trouble lié à la consommation d'alcool et de substances n'ont pu être évalués de façon valide, vu que les délinquantes étaient incarcérées au moment de leur participation à l'étude.

Les femmes autochtones qui font partie de l'échantillon à l'admission présentent une prévalence supérieure de troubles concomitants, en particulier un trouble mental accompagné d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances, conjuguée à leur taux de prévalence supérieur de trouble mental à long terme, comparativement aux femmes non autochtones. Le même résultat a été signalé dans l'échantillon de la population carcérale (Brown et coll., 2018). La combinaison d'un trouble mental avec un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances ou d'un trouble de la personnalité entraîne un défi important au chapitre de la conception et de la prestation d'un traitement en santé mentale efficace destiné aux détenus (Mir et coll., 2015; Priester et coll., 2016), et des taux élevés de troubles concomitants chez les détenus ont été associés à des augmentations de la fréquence des infractions disciplinaires et à une augmentation probable des résultats négatifs après la mise en liberté (Beaudette et coll., 2015; Lynch et coll., 2014; Priester et coll., 2016).

Troubles mentaux et évaluation globale du fonctionnement (EGF)

On considère qu'une note de ≤ 50 à l'échelle d'EGF représente des symptômes de trouble mental et/ou d'incapacités fonctionnelles sur le plan psychologique et social pouvant aller de graves à sévères (Hall, 1995; OMS, 2004). Les notes à l'échelle d'EGF liées à une maladie

mentale grave (trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II ou trouble psychotique) ou à un TPL ou un TPA, ainsi qu'à tout trouble de l'Axe I pour l'échantillon de la population carcérale ($N = 160$) et celui à l'admission ($N = 86$) composés de détenues sous responsabilité fédérale figurent au tableau 6.

Tableau 6

Note à l'échelle d'EGF selon la catégorie de trouble mental actuel : échantillons de la population carcérale et à l'admission

	Échantillon de la population carcérale $N = 160$ % (n)		Échantillon à l'admission $N = 86$ % (n)	
	≤ 50	> 50	≤ 50	> 50
Maladie mentale grave ^a	13,8 (22)	5,0 (8)	9,3 (8)	7,0 (6)
Maladie mentale grave, TPL ou TPA	25,0 (40)	36,9 (59)	18,6 (16)	33,7 (29)
Maladie mentale grave ou TPL	22,5 (36)	18,8 (30)	18,6 (16)	16,3 (14)
Tout trouble mental de l'Axe I (sauf les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances, s'il s'agit du seul diagnostic)	25,6 (41)	35,6 (57)	15,1 (13)	25,6 (22)

^a Une maladie mentale grave correspond à un diagnostic de l'un des troubles suivants : le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II ou un trouble psychotique.

Une proportion supérieure de détenues de l'échantillon de la population carcérale présente des notes de ≤ 50 à l'échelle d'EGF par rapport à celles de l'échantillon à l'admission, ce qui indique une incapacité supérieure. Parmi les détenues atteintes d'une maladie mentale grave, 73 % (22/30) de celles qui font partie de l'échantillon de la population carcérale et 57 % (8/14) de celles qui font partie de l'échantillon à l'admission ont obtenu une note à l'échelle d'EGF inférieure ou égale à 50; parmi ces détenues atteintes d'une maladie mentale grave ou d'un trouble de la personnalité, 40 % (40/99) de celles qui font partie de l'échantillon de la population carcérale et 36 % (16/45) de celles qui font partie de l'échantillon à l'admission ont obtenu une note à l'échelle d'EGF inférieure ou égale à 50. Dans l'ensemble, 28 % (45/160) des détenues de l'échantillon de la population carcérale et 20 % (17/86) des détenues de l'échantillon à l'admission ont obtenu une note à l'échelle d'EGF inférieure ou égale à 50, ce qui indique un degré d'incapacité fonctionnelle grave.

Résumé des résultats de la comparaison entre l'échantillon de la population carcérale et l'échantillon à l'admission

Les taux de prévalence de tout trouble mental, de maladies mentales graves, de troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances, de la personnalité et concomitants à long terme ou actuels étaient systématiquement supérieurs dans l'échantillon de la population carcérale comparativement à l'échantillon à l'admission, ce qui était par ailleurs corroboré par un nombre supérieur de détenues de l'échantillon de la population carcérale ayant obtenu des notes à l'échelle d'EGF inférieures ou égales à 50. À l'instar d'autres recherches menées à l'étranger (Brandt, 2012; Moffit et coll., 2010) et au Canada (Brown et coll., 2013; Stewart et coll., 2010), la composition des échantillons transversaux de détenus de la population carcérale, y compris ceux qui purgent des peines plus longues pour des crimes graves et ceux qui ont des troubles mentaux graves, font augmenter les estimations de la prévalence des problèmes de santé mentale. En parallèle, il a été déterminé, grâce à certains outils de dépistage, que les outils de dépistage en santé mentale utilisés au cours de l'évaluation initiale identifient tout au plus un tiers des détenus atteints d'une maladie mentale grave (Peters, Bartoi et Sherman, 2008; Senior et coll., 2013)⁴, ce qui contribue au taux de prévalence supérieur de troubles mentaux graves identifiés ultérieurement chez les détenus de la population carcérale. Gallagher, Carbonell et Gottfried (2013) ont constaté que les outils de dépistage en santé mentale utilisés à l'évaluation initiale peuvent sous-estimer des troubles mentaux graves chez les femmes, ce qui favorise encore davantage le taux de prévalence supérieur évalué de problèmes de maladie mentale grave chez les femmes incarcérées. Dans les échantillons de la population carcérale et à l'admission, le taux de prévalence de troubles mentaux à long terme ou actuels est quelque peu supérieur chez les femmes incarcérées par rapport à celui chez les hommes incarcérés, un fait observé dans d'autres recherches menées à l'étranger (Al-Rousan et coll., 2017; Fazel et Seewald, 2012; Mundt, Kastner, Mir et Priebe, 2015) et au Canada (Beaudette et Stewart, 2016; Brown et coll., 2018). Le taux de prévalence de troubles mentaux supérieur chez les femmes autochtones comparativement au taux chez les femmes non autochtones dans les échantillons de la population carcérale et à l'admission, en particulier les troubles concomitants liés à la

⁴ Il est important de souligner qu'au SCC, rien n'indiquait que l'évaluateur du SIDTMEI avait sous-estimé les troubles de santé mentale (Martin et coll., 2016; Stewart et coll., 2010).

consommation d'alcool ou de substances, peuvent nécessiter de se pencher sur les ressources de traitement destinées à ce groupe de détenues.

Résultats – échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés ($N = 246$)

Méthode

Les caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels pour les échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés ($N = 246$) figurent au tableau 7 et sont accompagnées d'une comparaison avec un instantané du 1^{er} janvier 2017 de la composition de la population totale de femmes incarcérées dans les établissements fédéraux canadiens.

Étant donné que la conception de recherche, les outils d'évaluation de la santé mentale et la méthode qui sont employés dans le cadre des études de la population carcérale et à l'admission sont équivalents, et compte tenu des quelques différences statiquement importantes (niveau des antécédents criminels à l'admission et durée de la peine) entre les caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels des deux échantillons, la combinaison des échantillons de délinquantes sous responsabilité fédérale incarcérées et à l'admission recueillis du 25 février 2016 au 31 décembre 2017 (22 mois au total) correspond approximativement à une estimation de la prévalence sur une longue période de troubles mentaux, par rapport à l'estimation transversale ponctuelle de la prévalence signalée habituellement. L'estimation de la prévalence ponctuelle est issue d'enquêtes transversales et il s'agit d'une estimation de la prévalence d'une affection à un moment désigné (Pearce, 2012; Szklo et Nieto, 2019). Cependant, la plupart des études sur la prévalence sont en fait des études sur la prévalence au cours d'une période donnée qui évaluent une affection au cours d'une longue période (Szklo et Nieto, 2019; Webb, Bain, et Page, 2016), habituellement une période de plus de cinq ans (Ward, 2013), et elles comprennent les nouveaux cas qui intègrent la population carcérale ainsi que les cas qui en font déjà partie (Bruce, Pope et Stanistreet, 2008; Joanna Biggs Institute, 2014; Steel et coll., 2014), et la prévalence représente le nombre de cas atteints de l'affection identifiés en tant qu'une proportion de la population de référence à mi-chemin dans l'étude (Szklo et Nieto, 2019; Webb et coll., 2016). Les études sur la prévalence au cours d'une période donnée fournissent une mesure exhaustive du nombre total de cas dans une population

qui ont été exposés à une affection ou qui ont reçu un diagnostic connexe au cours de la période visée, et sont particulièrement utiles pour concevoir et gérer des services d'évaluation et de soins (Mantel-Teeuwisse, Klungel, Verschuren, Porsius et de Boer, 2001; Steel et coll., 2014; Vicens et coll., 2011).

Presque toutes les caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels de l'échantillon combiné ($N = 246$) et de la population totale ($N = 552$) présentent des différences significatives sur le plan statistique, surtout en ce qui concerne les niveaux supérieurs des besoins liés aux facteurs criminogènes et de risque lié aux antécédents criminels, le niveau de sécurité lié aux infractions avec violence à l'origine de l'incarcération ainsi que le type de peine et sa durée, et cela correspond à la représentation disproportionnée de femmes condamnées à purger des peines de longue durée et de durée indéterminée pour des crimes avec violence dans la population totale de détenues sous responsabilité fédérale, contrairement aux détenues nouvellement admises dans l'échantillon combiné.

Les taux de prévalence de troubles mentaux dans les échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés ($N = 246$) figurent au tableau 8.

Tableau 7

Caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels des participantes : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246) et population en date du 1^{er} janvier 2017

	Combinés (N = 246) % (n) ^a	Population totale (N = 552) % (n) ^a	χ^2	df
Origine ethnique				
Autochtone	29,7 (73)	37,5 (207)	11,656**	3
Noire	5,7 (14)	5,4 (30)		
Caucasienne	54,5 (134)	43,5 (240)		
Autre	8,1 (20)	13,6 (75)		
* Données manquantes	2,0 (5)	-		
État matrimonial				
Célibataire	51,6 (127)	55,7 (296)	5,858	3
Mariée/union de fait	30,1 (74)	25,6 (136)		
Divorcée, séparée ou veuve	15,0 (37)	12,2 (65)		
Autre	3,3 (8)	6,4 (34)		
* Données manquantes	-	3,8 (21)		
Niveau des besoins liés aux facteurs criminogènes (à l'admission)				
Faible	12,6 (31)	6,5 (36)	15,899***	2
Moyen	36,6 (90)	29,9 (165)		
Élevé	49,2 (121)	63,6 (351)		
*Données manquantes	1,6 (4)	-		
Niveau de risque lié aux antécédents criminels (à l'admission)				
Faible	34,1 (84)	25,2 (139)	8,315*	2
Moyen	37,8 (93)	40,9 (226)		
Élevé	26,4 (65)	33,9 (187)		
*Données manquantes	1,6 (4)	-		
Infraction grave à l'origine de l'incarcération				
Homicide	19,1 (47)	26,0 (143)	18,796**	7
Vol qualifié	11,0 (27)	14,4 (79)		
Infractions en matière de drogue	35,0 (86)	25,8 (142)		
Voies de fait	6,5 (16)	11,1 (61)		
Infractions sexuelles	4,1 (10)	2,7 (15)		
Infractions contre les biens	15,0 (37)	10,0 (55)		
Autres infractions avec violence	3,3 (8)	4,4 (24)		
Autres infractions sans violence	6,1 (15)	5,6 (31)		
		0,4 (2)		
Cote de sécurité (à l'admission)				
Minimale	43,1 (106)	27,4 (151)	23,810***	2
Moyenne	42,3 (104)	52,2 (288)		
Maximale	11,8 (29)	20,5 (113)		
* Données manquantes	2,8 (7)	-		
Type de peine				
Durée déterminée	88,2 (271)	81,9 (452)	10,800***	1
Durée indéterminée	11,8 (29)	18,1 (100)		
Durée moyenne de la peine en années (ET)	3,5 (2,9)	3,8 (2,2)		

ND Renseignement non déclaré en raison du nombre insuffisant de cellules <5

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

Tableau 8

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246)

Trouble	À long terme % (n)	Actuel % (n)
Tout trouble	88,2 (217)	75,6 (186)
Troubles de l'humeur	53,3 (131)	20,7 (51)
Troubles bipolaires ^a	10,6 (26)	4,1 (10)
Trouble dépressif caractérisé	36,6 (90)	9,8 (24)
Trouble dysthymique	7,7 (19)	7,3 (18)
Autres troubles de l'humeur ^b	7,7 (19)	2,4 (6)
Troubles psychotiques^c	8,1 (20)	4,9 (12)
Troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances^d	71,5 (176)	-
Alcoolisme ou dépendance à l'alcool	44,3 (109)	-
Toxicomanie ou dépendance à des substances autres que l'alcool	63,8 (157)	-
Troubles anxieux	52,8 (130)	48,4 (119)
Trouble panique	20,7 (51)	16,3 (40)
Phobies ^e	16,7 (41)	15,4 (38)
Trouble obsessionnel-compulsif	8,1 (20)	7,7 (19)
Trouble de stress post-traumatique	28,9 (71)	27,2 (67)
Trouble d'anxiété généralisée	14,6 (36)	14,2 (35)
Autres troubles anxieux ^f	5,7 (14)	4,9 (12)
Troubles de l'alimentation	13,8 (34)	7,3 (18)
Anorexie mentale	5,3 (13)	1,2 (3)
Boulimie	5,7 (14)	4,5 (11)
Frénésie alimentaire	3,7 (9)	2,4 (6)
Jeu pathologique	13,0 (32)	1,6 (4)
Trouble de la pers. limite (à long terme seulement)	31,7 (78)	-
Trouble de la pers. antisociale (à long terme seulement)	46,3 (114)	-

Remarque : Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 %, car les participantes peuvent satisfaire aux critères diagnostiques de plus d'un trouble.

^a Les troubles bipolaires comprennent le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II et d'autres troubles bipolaires.

^b La catégorie « Autres troubles de l'humeur » comprend le trouble dépressif non spécifié, le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et le trouble de l'humeur induit par une substance.

^c Les troubles psychotiques comprennent la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, les symptômes psychotiques causés par la consommation de substances ou une affection médicale générale, le trouble psychotique induit par la consommation de substances et le trouble psychotique non spécifié.

^d Les diagnostics de trouble lié à la consommation de substances ou d'alcool reposent sur des estimations à long terme seulement.

^e Les phobies comprennent l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, la phobie sociale et la phobie spécifique.

^f Les troubles anxieux comprennent le trouble anxieux dû à une affection médicale générale, le trouble anxieux induit par la consommation de substances et le trouble anxieux non spécifié.

Comparativement aux estimations de la prévalence pour l'échantillon de la population carcérale, les estimations liées à l'échantillon combiné sont inférieures, étant donné l'effet d'« ajout » dans les estimations inférieures de la prévalence observées dans l'échantillon à l'admission. Cependant, les estimations de la période de prévalence pour l'échantillon combiné peuvent représenter une estimation plus valide de la prévalence des troubles mentaux dans la population de détenues sous responsabilité fédérale. Plus des trois quarts des détenues sous responsabilité fédérale sont atteintes d'un trouble mental à long terme ou actuel et près des trois quarts (71,5 %) ont un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances, y compris un taux de prévalence élevé (63,8 %) de consommation ou de dépendance à des substances autres que l'alcool. Environ la moitié des femmes sont atteintes d'un trouble anxieux à long terme ou actuel; plus de la moitié (53,3 %) ont des antécédents de trouble de l'humeur à long terme; le tiers ou plus sont atteintes d'un trouble de la personnalité limite (31,7 %) ou d'un trouble de la personnalité antisociale (46,3 %). Les taux de prévalence de troubles mentaux pour l'échantillon combiné ($N = 246$) composé de femmes incarcérées sous responsabilité fédérale, y compris les psychoses à long terme (8,1 %) et actuelles (4,9 %) correspondent aux taux signalés dans les examens des études menées à l'étranger (Fazel et Seewald, 2012; Prins, 2014) et aux résultats signalés dans les études menées au Canada (Brown et coll., 2018; Derkzen et coll., 2012), et ils sont de une fois et demie à deux fois supérieurs à ceux qui sont signalés pour les hommes incarcérés (Beaudette et Stewart, 2016).

Une répartition de la prévalence de troubles mentaux pour l'échantillon combiné ($N = 246$) composé de détenues sous responsabilité fédérale selon les grandes catégories de trouble mental et l'ascendance autochtone et non autochtone figure au tableau D de l'annexe D. Étant donné le nombre très limité de femmes signalées dans un grand nombre des catégories de diagnostics, il convient d'interpréter les résultats avec une grande prudence. À quelques exceptions près, comme dans les échantillons de la population carcérale et à l'admission, la prévalence des troubles mentaux est supérieure chez les femmes autochtones. Les troubles psychotiques, le trouble dépressif caractérisé, les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances et les troubles anxieux, tant à long terme qu'actuels, sont plus importants chez les femmes autochtones, tout comme le jeu pathologique et les troubles des personnalités limite et antisociale. En particulier, la prévalence des troubles de l'humeur à long terme et actuels en général, ainsi que des troubles bipolaires, est supérieure chez les détenues non

autochtones. Bien qu'une étude canadienne menée antérieurement (Derkzen et coll., 2012) n'ait observé presque aucune différence sur le plan de la prévalence des troubles mentaux chez les détenues autochtones par rapport aux détenues non autochtones sous responsabilité fédérale au Canada, un taux de prévalence supérieur de troubles mentaux chez les femmes autochtones avait été observé dans les échantillons de la population carcérale, à l'admission et combiné composés de détenues sous responsabilité fédérale au Canada (Brown et coll., 2017) et dans d'autres recherches menées au Canada et à l'étranger (Brown et coll., 2013; Butler, Alnutt, Kariminia et Cain, 2007; Ogloff, Pfeifer, Shepherd et Ciorciari, 2017). Le taux actuel de 27 % au chapitre des troubles de stress post-traumatique (TSPT) pour le groupe combiné et un taux de 33 % chez les détenues autochtones sont dignes de mention, étant donné les taux élevés de traumatismes (antécédents de mauvais traitement durant l'enfance et relations de violence) chez les délinquantes sous responsabilité fédérale (Stewart, Wardrop, Wilton, Thompson, Derkzen et Motiuk, 2017).

Taux de prévalence des troubles mentaux et des maladies mentales graves ($N = 246$)

Les taux de prévalence de tout trouble mental à long terme et actuel, accompagné ou non d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances ou du trouble de la personnalité antisociale ou de la personnalité limite, sont signalés pour l'échantillon combiné de délinquantes sous responsabilité fédérale incarcérées et à l'admission ($N = 246$) au tableau 9.

Tableau 9

Taux de prévalence de tout trouble mental et de toute maladie mentale grave chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246)

	% (n)
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	88,2 (217)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	75,6 (186)
Tout trouble de santé mentale, sauf le TPA et le TPL	
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	87,0 (214)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	57,7 (142)
Tout trouble de santé mentale, sauf les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances	
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	81,7 (201)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel ^a	74,4 (183)
Tout trouble de santé mentale, sauf les TPA et TPL et les troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances	
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	75,2 (185)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	54,1 (133)
Taux de maladie mentale grave ^b – à long terme	52,0 (128)
Taux de maladie mentale grave ^b – actuel	17,9 (44)

Remarque : TPA = trouble de la personnalité antisociale; TPL = trouble de la personnalité limite.

^a L'établissement du taux de prévalence actuel pour les troubles liés à la consommation de substances était limité, vu que les délinquantes étaient incarcérées au moment de leur participation à l'étude; en conséquence, les diagnostics de trouble lié à la consommation de substances ou d'alcool reposent sur des estimations à long terme seulement.

^b Une maladie mentale grave correspond à un diagnostic de l'un des troubles suivants : le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II ou un trouble psychotique.

Même en l'absence d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances ou d'un trouble de la personnalité limite ou de la personnalité antisociale, les trois quarts des détenues présentaient des symptômes qui correspondent à des antécédents de troubles mentaux à long terme (75,2 %) et plus de la moitié (54,1 %) présentaient des symptômes correspondant au diagnostic d'un trouble mental actuel. La moitié des détenues qui composent l'échantillon combiné présentaient des antécédents de maladie mentale grave à long terme (psychose, trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire) et 17,9 % étaient actuellement atteintes d'une maladie mentale grave. Parmi les femmes incarcérées sous responsabilité fédérale au Canada, la prévalence des troubles mentaux et de maladies mentales graves est cinq fois supérieure à la prévalence signalée pour la population canadienne en général (Gilmour, 2014) et une fois et demie à deux fois supérieure à la prévalence signalée chez les hommes incarcérés sous responsabilité fédérale (Beaudette et Stewart, 2016).

La comparaison des taux de prévalence pour tout trouble mental à long terme et actuel, accompagné ou non d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances ou du trouble de la personnalité antisociale ou de la personnalité limite, selon l'ascendance autochtone et non autochtone, figure au tableau 10. À l'exception du taux de prévalence supérieur des maladies mentales graves chez les détenues non autochtones, la prévalence des diagnostics est systématiquement supérieure chez les femmes autochtones, accompagnée ou non de la prise en considération d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances ou du trouble de la personnalité antisociale ou de la personnalité limite.

Tableau 10

Taux de prévalence de tout trouble mental et de toute maladie mentale grave chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246)

	Autochtone N = 73 % (n)	Non autochtone N = 173 % (n)
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	97,3 (71)	84,4 (146)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	89,0 (65)	69,9 (121)
Tout trouble, sauf le TPA et le TPL ^a		
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	93,2 (68)	84,4 (146)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	63,0 (46)	55,5 (96)
Tout trouble, sauf les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances		
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	91,8 (67)	77,5 (134)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel ^a	87,7 (64)	68,8 (119)
Tout trouble, sauf le TPA, le TPL ou les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances ^a		
Critères satisfaits pour un trouble – à long terme	80,8 (59)	72,8 (126)
Critères satisfaits pour un trouble – actuel	58,9 (43)	52,0 (90)
Taux de maladie mentale grave ^b – à long terme	49,3 (36)	53,2 (92)
Taux de maladie mentale grave ^b – actuel	23,3 (17)	15,6 (27)

Remarque : TPA = trouble de la personnalité antisociale; TPL = trouble de la personnalité limite.

^a L'établissement du taux de prévalence actuel pour les troubles liés à la consommation de substances était limité, vu que les délinquantes étaient incarcérées au moment de leur participation à l'étude; en conséquence, les diagnostics de trouble lié à la consommation de substances ou d'alcool reposent sur des estimations à long terme seulement.

^b Une maladie mentale grave correspond à un diagnostic de l'un des troubles suivants : le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II ou un trouble psychotique.

Prévalence des troubles concomitants (N = 246)

Le taux de prévalence d'un trouble mental à long terme accompagné d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances ou d'un trouble de la personnalité antisociale ou de la personnalité limite, selon l'ascendance autochtone et non autochtone, figure au tableau 11. Dans l'ensemble, les estimations de la prévalence de troubles concomitants à long terme chez les délinquantes sous responsabilité fédérale correspondent à celles qui sont formulées dans d'autres recherches menées à l'étranger (Houser et Welsh, 2014) et au Canada (Beaudette et Stewart, 2016) qui révèlent un taux de prévalence systématiquement supérieur chez les femmes autochtones, en particulier au chapitre de la combinaison d'un trouble mental et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou des substances.

Tableau 11

Troubles concomitants chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246)

	Autochtone	Non autochtone	Échantillon total
	<i>n</i> = 73	<i>n</i> = 173	<i>N</i> = 246
	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)
Taux de prévalence à long terme	<i>n</i> = 71	<i>n</i> = 146	<i>n</i> = 217
Tout trouble mental <u>et</u> trouble lié à la consommation d'alcool et de substances ^a	91,5 (65)	76,0 (111)	81,1 (176)
Tout trouble mental <u>et</u> TPA ou TPL	83,1 (59)	53,4 (78)	63,1 (137)

Remarque : TPA = trouble de la personnalité antisociale; TPL = trouble de la personnalité limite.

^a L'établissement du taux de prévalence actuel pour les troubles liés à la consommation de substances était limité, vu que les délinquantes étaient incarcérées au moment de leur participation à l'étude; en conséquence, les diagnostics de trouble lié à la consommation de substances ou d'alcool reposent sur des estimations à long terme seulement.

Troubles mentaux et évaluation globale du fonctionnement (N = 246)

On considère qu'une note de ≤ 50 à l'échelle d'EGF détermine au moins une incapacité fonctionnelle grave (Hall, 1995; OMS, 2004; Gold, 2014). Les résultats groupés obtenus au moyen de l'échelle d'EGF pour l'échantillon combiné composé de détenues sous responsabilité fédérale (N = 246), selon les troubles de l'Axe I et de l'Axe II (TPA et TPL) du DSM-IV-TR, figurent au tableau 12. Plus de 40 % des femmes ayant reçu un diagnostic de trouble de l'Axe I ont une incapacité fonctionnelle grave, ayant obtenu une note inférieure ou égale à 50 à l'échelle

d'EGF. Parmi celles qui sont atteintes d'un trouble de l'Axe I accompagné d'un TPA ou d'un TPL, la proportion augmente à plus de la moitié (52,9 %), ce qui indique une incapacité fonctionnelle grave sur les plans psychologique et social et cela nuit à la capacité des femmes de participer aux programmes et de tirer parti des services offerts (Aas, 2011).

Tableau 12

Note à l'échelle d'EGF selon les diagnostics des troubles de l'Axe I et des troubles de la personnalité actuels : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés (N = 246)

Note à l'EGF	Troubles de l'Axe I ^a n = 133 % (n)	TPA seulement n = 27 % (n)	TPL seulement n = 5 % (n)	Troubles de l'Axe I et TPA ou TPL n = 87 % (n)
51 à 90 – modéré à nul	59,4 (79)	96,3 (26)	80,0 (4)	47,1 (41)
1 à 50 – possibilité de danger grave et immédiat pour la personne même	40,6 (54)	3,7 (1)	20,0 (1)	52,9 (46)

Remarque : EGF = Évaluation globale du fonctionnement.

^a Excluant les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances, s'il s'agit des seuls troubles de l'Axe I.

Les résultats groupés de ≤ 50 à l'échelle d'EGF pour les maladies mentales graves ainsi que le TPL et le TPA et tout trouble de l'Axe I (sauf les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances s'il s'agit des seuls troubles) actuels figurent au tableau 13. En ce qui concerne les détenues atteintes d'une maladie mentale grave, 68,2 % (30/44) présentent une incapacité fonctionnelle importante et comptent pour 12,2 % de l'échantillon combiné total $N = 246$. Parmi les détenues ayant obtenu un diagnostic de maladie mentale grave, de TPA ou de TPL, 37,6 % (35/93) ont obtenu une note de ≤ 50 à l'échelle d'EGF et 52,5 % (32/61), et celles qui étaient atteintes d'une maladie mentale grave et du TPL présentaient une incapacité fonctionnelle grave. Parmi les détenues de l'échantillon combiné de la population carcérale et à l'admission atteintes d'un trouble mental actuel, le tiers (33,3 %) présentent une incapacité fonctionnelle grave.

Tableau 13

Notes de ≤ 50 à l'échelle d'EGF selon la catégorie de trouble mental : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés ($N = 246$)

	$N = 246$ Notes à l'échelle d'EGF ≤ 50 % (n)
Maladie mentale grave ^b ($n = 44$)	12,2 (30/246)
Maladie mentale grave, TPL ou TPA ($n = 144$)	22,8 (56)
Maladie mentale grave ou TPL ($n = 96$)	21,1 (52)
Tout trouble mental de l'Axe I (sauf les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances, s'il s'agit du seul diagnostic) ($n = 133$)	22,0 (54)

^b Une maladie mentale grave correspond à un diagnostic de l'un des troubles suivants : le trouble dépressif caractérisé, le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II ou un trouble psychotique.

Les résultats groupés à l'échelle d'EGF pour l'échantillon combiné ($N = 246$), selon l'ascendance autochtone et non autochtone, figurent au tableau 14. La proportion de femmes autochtones ayant obtenu une note de ≤ 50 à l'échelle d'EGF est statistiquement beaucoup plus grande ($X^2(1, n = 246) = 4,503, p = 0,034$) que la proportion de femmes non autochtones.

Tableau 14

Notes à l'échelle d'EGF pour les détenues d'origine autochtone : échantillons de la population carcérale et à l'admission combinés ($N = 246$)

Degré d'incapacité fonctionnelle (Notes à l'EGF)	Autochtone $n = 73$ % (n)	Non autochtone $n = 173$ % (n)	Échantillon total $N=246$ % (n)
51 à 90 – modéré à nul	65,8 (48)	78,6 (136)	74,8 (184)
1 à 50 – possibilité de danger grave et immédiat pour la personne même	34,3 (25)	21,4 (37)	25,2 (62)

Remarque : Plus la note est faible, plus le degré d'incapacité fonctionnelle est élevé.

Analyse

Un ensemble volumineux d'études menées à l'étranger (Al-Rousan et coll., 2017; Fazel et Seewald, 2012; Fazel et coll., 2016; Hales, Somers, Reeves et Bartlett, 2015; Houser et Welsh, 2014; Lynch et coll., 2014; Mundt, Kastner, Mir et Priebe, 2015; Prins, 2014) et au Canada (Beaudette et Stewart, 2016; Brown et coll., 2018; Brown et coll., 2013; Derkzen et coll., 2012; Lafortune, 2010; Leschied, 2011) a permis d'établir des taux élevés de prévalence de troubles mentaux chez les détenues, qui dépassent au moins quatre fois les taux de prévalence constatés dans la population en général (Agence de la santé publique du Canada, 2015; Steel et coll., 2014). Ces études révèlent que trois quarts des détenues sont atteintes d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances et au moins la moitié sont atteintes d'un trouble concomitant à un trouble de toxicomanie ou de la personnalité (Brown et coll., 2018; Wright, Walters et Strang, 2016). Plus de la moitié des détenues sont atteintes d'un trouble de l'humeur ou anxieux ou d'un trouble de la personnalité (Lynch et coll., 2014; Wright, Walters et Strang, 2016). Le taux de prévalence des troubles mentaux chez les femmes incarcérées est de deux à quatre fois supérieur au taux constaté chez les hommes incarcérés (Al-Rousan et coll., 2017; Baillargeon et coll., 2009; Bebbington et coll., 2017; Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici et Trestman, 2016; Prins 2014).

Les résultats des échantillons de la population carcérale et à l'admission et de l'échantillon combiné confirment le taux de prévalence élevé de troubles mentaux chez les détenues sous responsabilité fédérale au Canada, y compris un taux de prévalence élevé de troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances et de troubles de la personnalité limite et de la personnalité antisociale, et au moins les deux tiers étaient atteintes d'un trouble mental concomitant à des troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances ou des troubles de la personnalité limite ou de la personnalité antisociale à long terme. Plus de la moitié (52,0 %) des détenues qui composent l'échantillon combiné ($N = 246$) étaient atteintes d'une maladie mentale grave à long terme (psychose, trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire) et 17,9 % présentaient des symptômes correspondant à une maladie mentale grave actuelle. Le tiers (33,3 %) des détenues atteintes d'un trouble mental actuel ont obtenu une note de ≤ 50 à l'échelle d'EGF, ce qui indique une incapacité fonctionnelle grave sur les plans psychologique et social. Les détenues autochtones présentent systématiquement un taux de prévalence élevé de

troubles mentaux, de troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances et de la personnalité et de troubles concomitants, ainsi qu'un taux de prévalence supérieur de troubles psychotiques. Sur le plan statistique, les détenues autochtones atteintes d'un trouble mental présentent des degrés significativement supérieurs d'incapacité fonctionnelle (≤ 50 à l'EGF) dans l'échantillon combiné ($N = 246$) que les détenues non autochtones.

Limites de l'étude

Étant donné l'échelle nationale du système carcéral fédéral canadien et le nombre comparativement petit de détenues (environ 4,5 % de la population totale du SCC) réparties dans six établissements au pays, il est difficile de mener des évaluations cliniques de la santé mentale individuelles en temps opportun, étant donné la période apparemment longue au cours de laquelle les données de l'échantillon de la population carcérale (du 25 février 2016 au 11 octobre 2016) et de l'échantillon à l'admission (du 11 octobre 2016 au 31 décembre 2017) ont été recueillies. Il est possible que des changements aux politiques ou aux pratiques dans les établissements pour femmes apportés au cours de ces périodes aient touché les femmes disponibles et prêtes à prendre part aux évaluations au moyen des SCID-I et SCID-II. En parallèle, à l'exception du dernier ajout à l'échantillon à l'admission en décembre 2017 de six femmes évaluées au Centre psychiatrique régional à Saskatoon, les chercheurs n'ont pas pu évaluer les détenues atteintes des troubles mentaux les plus graves, traitées dans des unités spécialisées en santé mentale, ainsi que les détenues placées en isolement préventif ou celles dont la participation présente un risque trop élevé, et cela peut avoir donné lieu à une sous-estimation de la véritable prévalence des troubles mentaux au sein de la population de détenues.

La fusion des échantillons de la population carcérale ($N = 160$) et à l'admission ($N = 86$) pour former l'échantillon combiné ($N = 246$) aux fins d'analyse a donné lieu à une réduction des estimations de prévalence des troubles mentaux dans l'échantillon de la population carcérale en raison de l'ajout des évaluations de la santé mentale de détenues admises récemment présentant un taux de prévalence de troubles mentaux moins élevé comparativement aux femmes incarcérées depuis plus longtemps qui formaient l'échantillon de la population carcérale. La réduction des estimations de prévalence dans l'échantillon combiné témoigne de la difficulté d'établir des estimations exactes du véritable taux de prévalence des troubles mentaux dans les

populations de détenus, qui soient assez fluides et capables de tenir compte de détenues purgeant des peines plus longues pour des crimes graves, qui sont réincarcérées et qui, pour ces raisons, présentent souvent un risque plus élevé et sont plus susceptibles d'être atteintes d'un trouble mental. En combinant les échantillons de la population carcérale et à l'admission dans le cadre de l'évaluation approximative de la « prévalence au cours d'une période donnée » de troubles mentaux chez les détenues sous responsabilité fédérale au Canada, on a peut-être obtenu une estimation plus exacte de la prévalence. Les recherches à venir sur la prévalence des troubles mentaux devraient se pencher sur l'inclusion de stratégies d'échantillonnage ou de contrôles statistiques pour tenir compte de la durée de l'incarcération, de la gravité des infractions et du niveau de risque lié aux facteurs criminogènes.

Comme c'est généralement le cas dans les recherches sur les détenues, étant donné leur nombre comparativement petit, on a eu de la difficulté à généraliser les constatations de la recherche dans des contextes régionaux ou d'établissement précis, alors qu'il existe peut-être de telles différences ayant des répercussions sur les estimations de la prévalence des troubles mentaux chez les détenues.

Malgré ces limites, les résultats concernant les échantillons de la population carcérale et à l'admission et l'échantillon combiné constituent la meilleure recherche et les meilleures données probantes qui soient disponibles au chapitre de la prévalence des troubles mentaux chez les détenues sous responsabilité fédérale au Canada, et les résultats de la recherche correspondent aux constatations issues d'autres recherches menées actuellement à l'étranger et au Canada et, ainsi, soutiennent la fiabilité et la viabilité de l'étude.

Conclusions

Le taux de prévalence des troubles mentaux chez les détenues sous responsabilité fédérale au Canada est au moins quatre fois supérieur au taux constaté chez les femmes de la population en général dans la dernière enquête de Statistique Canada; au moins la moitié de ces détenues présentaient des symptômes correspondant à un trouble concomitant à un trouble lié à la consommation d'alcool ou de substances ou à un trouble de la personnalité limite ou de la personnalité antisociale. Le tiers des détenues sont atteintes d'au moins une incapacité fonctionnelle grave selon l'échelle d'EGF. Le taux de prévalence des troubles mentaux est

supérieur chez les femmes incarcérées par rapport aux hommes incarcérés, et les femmes autochtones présentent le taux le plus élevé de tous.

Le taux de prévalence élevé de troubles mentaux et de troubles concomitants chez les détenues entraîne des difficultés pour tout organisme chargé de concevoir et de fournir des soins efficaces en santé mentale. Le degré élevé d'incapacités fonctionnelles que nous avons constaté peut aussi être un facteur qui nuit à la réceptivité et à la réaction au traitement (Grant, 2014; Harner et Riley, 2013; Lynch et coll., 2014; Martel et coll., 2011; Ogloff, 2017). Maintenant que le taux de prévalence de troubles mentaux élevé a été établi chez les détenues sous responsabilité fédérale au Canada, les efforts de recherche devraient porter dorénavant sur la détermination des types de traitement, y compris les éléments à prendre en considération en matière de conception et de prestation, qui seraient les plus efficaces pour réduire les symptômes et améliorer les résultats au sein de ce groupe désavantagé.

Bibliographie

- Aas, I. M. (2011). « Guidelines for rating global assessment of functioning (GAF) », *Annals of General Psychiatry*, 10(2), 1-11. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/10/1/2>.
- Al-Rousan, T., Rubenstein, L., Sieleni, B., Deol, H. et Wallace, R. B. (2017). « Inside the nation's largest mental health institution: A prevalence study in a state prison system », *BMC Public Health*, 17, 1-9. Doi : 10.1186/s12889-017-4257-0.
- Baillargeon, J., Penn, J. V., Thomas, C. R., Temple, J. R., Baillargeon, G. et Murray, O. J. (2009). « Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37, 188-193.
- Beaudette, J. A., Power, J. et Stewart, L. A. (2015). *La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis* (rapport de recherche, R-357). Ottawa (Ont.) : Service correctionnel du Canada.
- Beaudette, J. A. et Stewart, L. A. (2016). « La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis », *Revue canadienne de psychiatrie*, 61, 624-632. Doi : 0706743716639929.
- Bebbington, P., Jakobowitz, S., McKenzie, N., Killaspy, H., Iveson, R., Duffield, G. et Kerr, M. (2017). « Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2), 221-229. Doi : 10.1007/s00127-016-1311-7.
- Biometrics Research (2017a). *SCID-I/NP: Research Version*. Consulté le 12 juin 2017 sur http://www.scid4.org/faq/research_version.html.
- Biometrics Research (2017b). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Personality Disorders (DSCID-II)*. Consulté le 12 juin 2017 sur http://www.scid4.org/faq/scid_2.html.
- Biometrics Research (2017c). *Psychometrics*. Consulté le 12 juin 2017 sur <http://www.scid4.org>.
- Brandt, A. L. S. (2012). « Treatment of persons with mental illness in the criminal justice system: A literature review », *Journal of Offender Rehabilitation*, 51(8), 541-558. Doi : 10.1080/10509674.2012.693902.
- Brink, J. H., Doherty, D. et Boer, A. (2001). « Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study », *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 339-356. Doi : 10.1016/S0160-2527(01)00071-1.

- Brown, G.P., Barker, J., McMillan, K, Norman, R., Derkzen, D. et Stewart, L.A. (2018). *Prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon de la population caracérale* (rapport de recherche R-406). Ottawa (Ont.) : Service correctionnel du Canada.
- Brown, G. P., Hirdes, J. P. et Fries, B. E. (2013). « Measuring the prevalence of current, severe symptoms of mental health problems in a Canadian correctional population », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(1), 27-50. Doi : 10.1177/0306624X13507040.
- Burlingame, G. M., Dunn, T. W., Chen, S., Lehman, A., Axman, R., Earnshaw, D. et Rees, F. M. (2005). « Special section on the GAF: Selection of outcome assessment instruments for inpatients with severe and persistent mental illness », *Psychiatric Services*, 56(4), 444-451.
- Butler, T., Indig, D., Allnutt, S. et Mamoon, H. (2011). « Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners », *Drug and Alcohol Review*, 30, 188-194. Doi : 10.1111/j.1465-3362.2010.00216.x.
- Chmielewski, M., Clark, L. A., Bagby, R. M. et Watson, D. (2015). « Method matters: Understanding diagnostic reliability in DSM-IV and DSM-5 », *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 764-769. Doi : 10.1037/abn0000069.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. et Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Davoren, M., Fitzpatrick, M., Caddow, F., Caddow, M., O'Neill, C., O'Neill, H. et Kennedy, H. G. (2015). « Older men and older women remand prisoners: mental illness, physical illness, offending patterns and needs », *International Psychogeriatrics*, 27(5), 747-755. Doi : 10.1017/S1041610214002348.
- Dean, K. et Korobanova, D. (2018). « Brief mental health screening of prison entrants: psychiatric history versus symptom screening for the prediction of in-prison outcomes », *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(3), 455-466. Doi : 10.1080/14789949.2017.1421247.
- DeMarce, J. M., Lash, S. J., Parker, J. D., Burke, R. S. et Grambow, S.C. (2013). « Validity of the Structured Clinical Interview for DSM-IV among veterans seeking treatment for substance use disorders », *International Journal of Mental Health Addiction*, 11, 546-556. Doi : 10.1007/s11469-013-9435-4.
- 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 (Ont.) : Service correctionnel du Canada.

- Dolan, K., Rodas, A. et Bode, A. (2015). « Drug and alcohol use and treatment for Australian Indigenous and non-Indigenous prisoners: demand reduction strategies », *International Journal of Prisoner Health*, 11(1), 30-38. Doi : 10.1108/IJPH-02-2014-0005.
- Doyle, M. F., Butler, T. G., Shakeshaft, A., Guthrie, J., Reekie, J. et Schofield, P. W. (2015). « Alcohol and other drug use among Aboriginal and Torres Strait Islander and non-Aboriginal and Torres Strait Islander men entering prison in New South Wales », *Health & Justice*, 3(15), 1-10. Doi : 10.1186/s40352-015-0027-1.
- Fazel, S. et Danesh, J. (2002). « Serious mental illness in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys », *The Lancet*, 359, 545-550. Doi : 10.1016/S0140-6736(02)09727-1.
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M. et Trestman, R. (2016). « Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions », *Lancet Psychiatry*, 3, 871-881. Doi : 10.1016/52215-0366(16)30142-0.
- Fazel, S. et Seewald, K. (2012). « Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis », *British Journal of Psychiatry*, 200, 364-373. Doi : 10.1192/bjp.bp.111.096370.
- Fazel, S., Bains, P. et Doll, H. (2006). « Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review », *Addiction*, 101, 181-191. Doi : 10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x.
- Fazel, S., Yoon, I. A. et Hayes, A. J. (2017). « Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women », *Addiction*, 112(10), 1725-1739. Doi : 10.1111/add.13877.
- 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. Doi : [10.1016/0010-440X\(94\)90273-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(94)90273-9).
- 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, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- 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.
- First, M. B. et Gibbon, M. (2004). « The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) », dans M. J. Hilsenroth et D. L. Segal (éd.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Vol. 2. Personality Assessment* (p. 134-143). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

- Fries, B. E., Schmorrow, A., Lang, S. W., Margolis, P. M., Heany, J., Brown, G. P., ... et Hirdes, J. P. (2013). « Symptoms and treatment of mental illness among prisoners: A study of Michigan state prisons », *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 316-325. Doi : 10.1016/j.ijlp.2013.04.008.
- Gallagher, A. E., Carbonell, J. L. et Gottfried, E. D. (2013). « The Evaluation of Mental Health Screening Practices Within a Population of Incarcerated Women », *Journal of Correctional Health Care*, 19(4), 248-257. Doi : 10.1177/1078345813499309.
- Germans, S., Van Heck, G. L., Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J. et Hodiamont. P. P. (2010). « Diagnostic efficiency among psychiatric outpatients of a self-report version of a subset of screen items of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Personality Disorders (SCID-II) », *Psychological Assessment*, 22, 945-952. Doi : 10.1037/a0021047.
- Gilmour, H. (2014). « Santé mentale positive et maladie mentale. *Rapports sur la santé*, 29(9), 3-9. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada, n° 82-003-X au catalogue.
- Gold, L. H. (2014). « DSM-5 and the assessment of functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42, 173-181.
- Gouvernement du Canada (2014). *Énoncé politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa (Ont.) : Secrétariat sur la conduite responsable de la recherche, n° RR4-2/2014E-PDF au catalogue.
- Grant, E. M. (2016). « Designing carceral environments for indigenous prisoners: A comparison of approaches in Australia, Canada, Aotearoa New Zealand, the US and Greenland (Kalaallit Nunaat) », *Advancing Corrections Journal*, 1, 1-47. http://icpa.ca/library_category/advancing-corrections-journal.
- Hales, H., Somers, N., Reeves, C. et Bartlett, A. (2016). « Characteristics of women in a prison mental health assessment unit in England and Wales (2008-2010) », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26(2), 136-152. Doi : 0.1002/cbm.1953.
- Hall, R. C. W. (1995). « Global Assessment of Functioning: A modified scale », *Psychosomatics*, 36(3), 267-275. Doi : 10.1016/S0033-3182(95)71666-8.
- Harner, H. M. et Riley, S. (2013). « The impact of incarceration on women's mental health: Responses from women in a maximum-security prison », *Qualitative Health Research*, 23(1), 26-42. Doi : 10.1177/1049732312461452.
- Hassan, L., Birmingham, M.A., Jones, P., King, C., Lathlean, J., Lowthian, C., Mills, A., Senior, J., Thornicroft, G., Webb, R. et Shaw, J. (2011). « Prospective cohort study of mental health during imprisonment », *British Journal of Psychiatry*, 198, 37-42. Doi : 10.1192/bjp.bp.110.080333.

- Heffernan, E. B., Andersen, K. C., Dev, A. et Kinner, S. (2012). « Prevalence of mental illness among Aboriginal and Torres Strait Islander people in Queensland prisons », *Medical Journal of Australia*, 197(1), 37. Doi : 10.5694/mja11.11352.
- Houser, K. A. et Welsh, W. (2014). « Examining the association between co-occurring disorders And seriousness of misconduct by female prison inmates », *Criminal Justice and Behavior*, 41, 650-666. Doi : 10.1177/0093854814521195.
- IBM Corporation. (2016). *SPSS statistics 24*. Somers, NY: IBM Corporation Software Group.
- Jacobson, J., Heard, C. et Fair, H. (2017). *Prison: Evidence of Its Use and Over-Use from Around the World*. London, UK: Institute for Criminal Policy Research.
- James, D.J. et Glaze, L.E. (2006). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*. Pub no NCJ 213600). Washington DC: Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics. <http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=789>.
- Joanna Biggs Institute (2014). *The Systematic Review of Prevalence and Incidence Data*. University of Adelaide, S. Australia: Joanna Briggs Institute. www.joannabriggs.org.
- Lafortune, D. (2010). « Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities », *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 94-100. Doi : 10.1016/j.ijlp.2009.12.004.
- Leschied, A.W. (2011). *Traitement des détenus souffrant de troubles mentaux : synthèse de la recherche actuelle*. Ottawa (Ont.) : Sécurité publique Canada.
- Lobbestael, J., Leurgans, M. et Arntz, A. (2011). « Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II) », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 75-79. Doi : 0.1002/cpp.693.
- Lynch, S. M., Dehart, D. D., Belknap, J. E., Green, B. L., Dass-Brailsford, P., Johnson, K. A. et Whalley, E. (2014). « A multisite study of the prevalence of serious mental illness, PTSD, and substance use disorders of women in jail », *Psychiatric Services*, 66, 670-674. Doi : 10.1176/appi.ps.201300172.
- Maccio, A., Meloni, F. R., Sisti, D., Rocchi, M. B. L., Petretto, D. R., Masala, C. et Petri, A. (2015). « Mental disorder in Italian prisoners: Results of the REDiMe study. *Psychiatry Research*, 225, 522-530. Doi : 10.1016/j.psychres.2014.11.053.
- Mantel-Teeuwisse, A. K., Klungel, O. H., Verschuren, W. M., Porsius, A. et de Boer, A. (2001). « Comparison of different methods to estimate prevalence of drug use by using pharmacy records », *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(11), 1181-1186.

- Martel, J., Brassard, R. et Jaccoud, M. (2011). « When two worlds collide: Aboriginal risk management in Canadian corrections », *The British Journal of Criminology*, 51(2), 235-255. Doi : 10.1093/bjc/azr003.
- Martin, M. S., Potter, B. K., Crocker, A. G., Wells, G. A. et Colman, I. (2016). « Yield and efficiency of mental health screening: A comparison of screening protocols at intake to prison », *PloS one*, 11(5), e0154106..
- Mir, J., Kastner, S., Priebe, S., Konrad, N., Ströhle, A. et Mundt, A.P. (2015). « Treating substance abuse is not enough: Comorbidities in consecutively admitted female prisoners », *Addictive Behaviors*, 46, 25-30. Doi : 10.1016/j.addbeh.2015.02.016 0306-4603.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G. et Poulton, R. (2010). « How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment », *Psychological Medicine*, 40(6), 899-909. Doi : 10.1017/S0033291709991036.
- Mundt, A. P., Kastner, S., Mir, J. et Priebe, S. (2015). « Did female prisoners with mental disorders receive psychiatric treatment before imprisonment? », *BMC Psychiatry*, 15(5) 1-7. Doi : 10.1186/s12888-015-0387-z.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N. et Regier, D. A. (2002). « Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates », *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 115-123.
- Ogloff, J. R., Pfeifer, J. E., Shepherd, S. M. et Ciorciari, J. (2017). « Assessing the mental health, substance abuse, cognitive functioning, and social/emotional well-being needs of Aboriginal prisoners in Australia », *Journal of Correctional Health Care*, 23(4), 398-411. Doi : 10.1177/1078345817723345.
- Pearce, N. (2012). « Classification of epidemiological study designs », *International Journal of Epidemiology*, 41(2), 393-397. Doi : 10.1093/ije/dys049.
- Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). « Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada », *Coup d'œil sur la santé*. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada, n° 82-624-X au catalogue. Consulté le 11 juillet 2017 sur <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... et Härkänen, T. (2007). « Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19-28.
- Peters, R. H., Bartoi, M. G. et Sherman, P. B. (2008). *Screening and Assessment of Co-occurring Disorders in the Justice System*. Delmar, NY: CMHS National Gains Center.

- Pez, O., Gilbert, F., Bitfoi, A., Carta, M. G., Jordanova, V., Garcia-Mahia, C., ... et Kovess-Masfety, V. (2010). « Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(12), 1149-1159. Doi : 10.1007/s00127-009-0158-6.
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D. et Seay, K.D. (2016). « Treatment access barriers and disparities among individuals with co-occurring mental health and substance use disorders: An integrative literature review », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47-59. Doi : 10.1016/j.jsat.2015.09.006 0740-5472.
- Prins, S. (2014). « The prevalence of mental illnesses in U.S. state prisons: A systematic review », *Psychiatric Services*, 65, 862-872. Doi : 10.1176/appi.ps.201300166.
- Proctor, S. L. et Hoffmann, N. G. (2012). « Identifying patterns of co-occurring substance use disorders in a jail population », *Addiction Research and Theory*, 20, 492-503. Doi : 10.1093/16066359.2012.667853.
- Agence de la santé publique du Canada (2015). *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015*. Ottawa (Ont.) : ministre de la Santé.
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S. et Sareen, J. (2015). « Prevalence of psychiatric disorders in US older adults: findings from a nationally representative survey », *World Psychiatry*, 14(1), 74-81.
- Rothman, K. J., Greenland, S. et Lash, T. L. (2008). *Modern Epidemiology – 3rd Edition*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rush, A. J., First, M. B., Blacker, D. B., Endicott, J., Spitzer, R. L. et Fleiss, J. L. (2008). « Global Assessment Scale (GAS); Global Assessment of Functioning (GAF) scale, Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) », dans A. J. Rush, M. B. First et D. B. Blacker (éd.), *Handbook of Psychiatric Measures (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Ryder, A. G., Costa, Jr., 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, 626-637. Doi : 10.1521/pedi.2007.21.6.626.
- Sandanger, I., Nygård, J. F. et Sørensen, T. (2002). « The concept of psychiatric illness—a core problem in psychiatric epidemiology », *Norsk epidemiologi*, 12(3), 181-187.
- Schnittker, J. et Bacak, V. (2016). « Orange is the new pink: Mental illness, gender roles, and physical victimization in prisons », *Society and Mental Health*, 6(1), 21-35. Doi : 10.1177/2156869315609733.

- Senior, J., Birmingham, L., Harty, M. A., Hassan, L., Hayes, A. J., Kendall, K., ... et Shaw, J. (2013). « Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services », *Psychological Medicine*, 43, 1511–1520. Doi : 10.1017/S0033291712002073.
- Sjonnesen, K., Bulloch, A. G., Williams, J., Lavorato, D. et B. Patten, S. (2016). « Characterization of disability in Canadians with mental disorders using an abbreviated version of a DSM-5 emerging measure: the 12-Item WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 », *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(4), 227-235. Doi : 0.1177/0706743716632514.
- Smith, G. N., Ehmann, T. S., Flynn, S. W., MacEwan, G. W., Tee, K., Kopala, L. C., ... et Honer, W. G. (2011). « The assessment of symptom severity and functional impairment with DSM-IV axis V », *Psychiatric Services*, 62, 411-417. Doi : 10.1176/ps.62.4.pss6204_0411.
- Söderberg, P., Tungström, S. et Åke Armelius, B. (2005). « Reliability of Global Assessment of Functioning ratings made by clinical psychiatric staff », *Psychiatric Services*, 56(4), 434-438. Doi : [10.1176/appi.ps.56.4.434](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.4.434).
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B. et Samuels, S. (2009). « Prevalence of serious mental illness among inmates », *Psychiatric Services*, 60, 761-765. Doi : 10.1176/appi.ps.60.6.761.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. et Silove, D. (2014). « The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013 », *International Journal of Epidemiology*, 43, 476-493. Doi : 10.1093/ije/dyu038.
- Stewart, L. A., Harris, A., Wilton, G., Archambault, K., 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)*. Ottawa (Ont.) : Service correctionnel du Canada.
- Stewart, L. A., Wardrop, K., Wilton, G., Thompson, J., Derkzen, D. et Motiuk, L. L. (2017). *Fiabilité et validité de l'Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques, révisé* (rapport de recherche R-395). Ottawa (Ont.) : Service correctionnel du Canada.
- Stewart, L.A. et Wilton, G. (2011). *Validation du système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) dans une population masculine sous responsabilité fédérale* (rapport de recherche R-244). Ottawa (Ont.) : Service correctionnel du Canada.

- Støre-Valen, J., Ryum, T., Pedersen, G. A. F., Pripp, A. H., Jose, P. E. et Karterud, S. (2015). « Does a web-based feedback training program result in improved reliability in clinicians' ratings of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale? », *Psychological Assessment*, 27, 865-873. Doi : 10.1037/pas0000086.
- Szklo, M.S. et Nieto, F.J. (2019). *Epidemiology – 4th Edition*. Burlington, MA: Jones et Bartlett.
- Vicens, E., Tort, V., Duenas, M., Muro, A., Perez-Arnau, F., Arroyo, J.M., ... et Sarda, P. (2011). « The prevalence of mental disorders in Spanish prisons », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 321-332. Doi : 10:1002/cbm.815.
- Walker, J., Illingworth, C., Canning, A., Garner, E., Woolley, J., Taylor, P. et Amos, T. (2014). « Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(6), 427-436. Doi : 10.1111/acps.12221.
- Ward, M. M. (2013). « Estimating disease prevalence and incidence using administrative data: some assembly required », *Journal of Rheumatology*, 40(8): 1241–1243. Doi : 10.3899/jrheum.130675.
- Webb, P., Bain, C. et Page, A. (2016). *Essential Epidemiology: An Introduction for Students and Health Professionals*. London, UK: Cambridge University Press.
- OMS (2004). « Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590. Doi : 10.1001/jama.291.21.2581.
- Wright, N., Walters, P. et Strang, J. (2016). « Dual diagnosis in prisons: management of co-existing substance use and mental health disorders », *Advances in Dual Diagnosis*, 9(1), <https://doi-org.roxy.nipissingu.ca/10.1108/ADD-12-2015-0025>.
- 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. Doi : 10.1053/comp.2001.24556.

Annexe A

Tableau A

Caractéristiques liées aux données démographiques et aux antécédents criminels des participantes de l'échantillon de la population carcérale (N = 160) et de l'échantillon à l'admission (N = 86) et comparaison entre les caractéristiques des participantes de l'échantillon à l'admission et celles des non-participantes à l'admission (N = 490)

	Participant de l'échantillon de la population carcérale % (n)	Participant de l'échantillon à l'admission % (n)	Non-participant à l'admission durant la période d'étude de l'échantillon à l'admission % (n)	X ²	df
Origine ethnique					
Autochtone	32,5 (52)	24,4 (21)	35,3 (173)	3,963	3
Noire	3,8 (6)	9,3 (8)	6,3 (31)		
Caucasienne	55,0 (88)	53,5 (46)	48,4 (237)		
Autre	6,9 (11)	10,5 (9)	10,0 (49)		
*Données manquantes	1,9 (3)	2,3 (2)	-		
État matrimonial					
Célibataire	51,3 (82)	52,3 (45)	53,7 (263)	4,807	3
Mariée/union de fait	30,6 (49)	29,1 (25)	25,7 (126)		
Divorcée, séparée ou veuve	15,0 (24)	15,1 (13)	10,8 (53)		
Autre	3,1 (5)	3,5 (3)	9,8 (48)		
Niveau des besoins liés aux facteurs criminogènes (à l'admission)					
Faible	10,6 (17)	16,3 (14)	12,3 (59)	2,901	2
Moyen	36,3 (58)	37,2 (32)	34,2 (164)		
Élevé	53,1 (85)	41,9 (36)	53,4 (256)		
* Données manquantes		4,7 (4)			
Niveau de risque lié aux antécédents criminels (à l'admission)					
Faible	32,5 (52)	37,2 (32)	38,0 (182)	1,444	2
Moyen	33,8 (54)	45,3 (39)	43,2 (207)		
Élevé	33,8 (54)	12,8 (11)	18,8 (90)		
* Données manquantes		4,7 (4)			

Tableau A suite

	Participant ^{es} de l'échantillon de la population carcérale % (n)	Participant ^{es} de l'échantillon à l'admission % (n)	Non-participant ^{es} à l'admission durant la période d'étude de l'échantillon à l'admission % (n)	X ²	df
Infraction grave à l'origine de l'incarcération					
Homicide	24,4(39)	9,3 (8)	10,0 (49)	2,840	7
Vol qualifié	10,0 (16)	12,8 (11)	10,4 (51)		
Infractions en matière de drogue	31,3 (50)	41,9 (36)	38,6 (189)		
Voies de fait	8,1 (13)	3,5 (3)	6,9 (34)		
Infractions sexuelles	3,1 (5)	5,8 (5)	4,1 (20)		
Infractions contre les biens	15,0 (24)	15,1 (13)	15,9 (78)		
Autres infractions avec violence	2,5 (4)	4,7 (4)	5,5 (27)		
Autres infractions sans violence	5,6 (9)	7,0 (6)	8,6 (42)		
Cote de sécurité (à l'admission)					
Minimale	40,0 (64)	48,8 (42)	49,9 (233)	2,524	
Moyenne	42,5 (68)	41,9 (36)	44,8 (209)		
Maximale	17,5 (28)	1,2 (1)	5,4 (25)		
*Données manquantes		8,1 (7)			
Type de peine					
Durée déterminée	83,1 (133)	97,7(84)	95,7 (469)	0,733	1
Durée indéterminée	16,9 (27)	2,3 (2)	4,3 (21)		
Durée moyenne de la peine en années (ET)	3,8 (1,9)	3,1 (2,0)	3,2 (2,0)	0,000	574

† Information éliminée en raison d'une fréquence inférieure à 5 dans une catégorie.

¹ Le khi carré a été calculé pour une table 2 X 7 en raison du faible nombre de participant^{es} auxquelles s'appliquait la variable « Autres infractions avec violence »

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

Annexe B

Tableau B1

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon de la population carcérale (N = 160)

Trouble	À long terme % (n)	Actuel % (n)
Troubles de l'humeur	63,1 (101)	23,1 (37)
Trouble bipolaire de type I	9,4 (15)	1,9 (3)
Trouble bipolaire de type II	0,6 (1)	1,3 (2)
Autres troubles bipolaires	0,6 (1)	1,3 (2)
Trouble dépressif caractérisé	45,6 (73)	9,4 (15)
Trouble dysthymique		10,0 (16)
Trouble dépressif non spécifié	6,3 (10)	3,8 (6)
Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale	0	0
Trouble de l'humeur induit par une substance	4,4 (7)	0
Troubles psychotiques^a	9,4 (15)	6,9 (11)
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances	76,9 (123)	--
Alcoolisme ou dépendance à l'alcool	50,6 (81)	--
Toxicomanie ou dépendance à des substances autres que l'alcool	71,3 (114)	--
Troubles anxieux	57,5 (92)	53,8 (86)
Trouble panique	19,4 (31)	14,4 (23)
Agoraphobie sans antécédents de trouble panique	3,8 (6)	3,8 (6)
Phobie sociale	10,0 (16)	8,8 (14)
Phobie spécifique	5,6 (9)	5,6 (9)
Trouble obsessionnel-compulsif	10,6 (17)	10,6 (17)
Trouble de stress post-traumatique	35,0 (56)	33,8 (54)
Trouble d'anxiété généralisée	14,4 (23)	13,8 (22)
Trouble anxieux dû à une affection médicale générale	1,3 (2)	1,3 (2)
Trouble anxieux induit par une substance	0	0
Trouble anxieux non spécifié	5,6 (9)	5,6 (9)
Troubles de l'alimentation	16,3 (26)	10,6 (17)
Anorexie mentale	5,6 (9)	1,9 (3)
Boulimie	6,9 (11)	6,3 (10)
Frénésie alimentaire	4,4 (7)	3,1 (5)
Jeu pathologique	13,1 (21)	0,6 (1)
Trouble de la personnalité limite (à long terme seulement)	35,0 (56)	--
Trouble de la personnalité antisociale (à long terme seulement)	50,6 (81)	--

Remarque : « 0 » indique qu'aucune délinquante n'a été classée dans la catégorie. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 %, car les participantes peuvent satisfaire aux critères diagnostiques de plus d'un trouble. ^a = Les troubles psychotiques comprennent la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, les symptômes psychotiques causés par la consommation de substances ou une affection médicale générale, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié.

Tableau B2

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon à l'admission (N = 86)

Trouble	À long terme % (n)	Actuel % (n)
Troubles de l'humeur	34,9 (30)	16,3 (14)
Trouble bipolaire de type I	9,3 (8)	3,5 (3)
Trouble bipolaire de type II	1,2 (1)	1,2 (1)
Autres troubles bipolaires	0	0
Trouble dépressif caractérisé	19,8 (17)	10,5 (9)
Trouble dysthymique	2,3 (2)	2,3 (2)
Trouble dépressif non spécifié	1,2 (1)	0
Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale	0	0
Trouble de l'humeur induit par une substance	2,3 (2)	0
Troubles psychotiques^a	5,8 (5)	1,2 (1)
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances	61,6 (53)	--
Alcoolisme ou dépendance à l'alcool	32,6 (28)	--
Toxicomanie ou dépendance à des substances autres que l'alcool	50,0 (43)	--
Troubles anxieux	44,2 (38)	38,4 (33)
Trouble panique	23,3 (20)	19,8 (17)
Agoraphobie sans antécédents de trouble panique	7,0 (6)	4,7 (4)
Phobie sociale	4,7 (4)	4,3 (4)
Phobie spécifique	8,1 (7)	9,3 (8)
Trouble obsessionnel-compulsif	3,5 (3)	2,3 (2)
Trouble de stress post-traumatique	17,4 (15)	15,1 (13)
Trouble d'anxiété généralisée	15,1 (13)	15,1 (13)
Trouble anxieux dû à une affection médicale générale	0	0
Trouble anxieux induit par une substance	2,3 (2)	0
Trouble anxieux non spécifié	1,2 (1)	1,2 (1)
Troubles de l'alimentation	9,3 (8)	1,2 (1)
Anorexie mentale	4,7 (4)	0
Boulimie	3,5 (3)	1,2 (1)
Frénésie alimentaire	2,3 (2)	1,2 (1)
Jeu pathologique	12,8 (11)	3,5 (3)
Trouble de la personnalité limite (à long terme seulement)	25,6 (22)	--
Trouble de la personnalité antisociale (à long terme seulement)	38,4 (33)	--

Remarque : « 0 » indique qu'aucune délinquante n'a été classée dans la catégorie. Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 %, car les participantes peuvent satisfaire aux critères diagnostiques de plus d'un trouble. ^a = Les troubles psychotiques comprennent la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, les symptômes psychotiques causés par la consommation de substances ou une affection médicale générale, un trouble psychotique induit par une substance et un trouble psychotique non spécifié.

Annexe C

Tableau C

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillon à l'admission (N = 86)

Trouble	Autochtone (N = 21)		Non autochtone (N = 65)	
	À long terme	Actuel	À long terme	Actuel
Tout trouble	90,5 (19)	71,4 (15)	75,4 (49)	66,2 (43)
Troubles de l'humeur	28,6 (6)	14,3 (3)	36,9 (24)	16,9 (11)
Troubles bipolaires ^a	4,8 (1)	4,8 (1)	12,3 (8)	4,6 (3)
Trouble dépressif caractérisé	9,5 (2)	9,5 (2)	23,1 (15)	10,8 (7)
Trouble dysthymique	4,8 (1)	4,8 (1)	1,5 (1)	1,5 (1)
Autres trouble de l'humeur ^b	14,3 (3)	0	0	0
Troubles psychotiques^c	14,3 (3)	4,8 (1)	3,1 (2)	0
Troubles liés à la consommation d'alcool ou de substances^d	85,7 (18)	-	53,8 (35)	-
Alcoolisme ou dépendance à l'alcool	61,9 (13)	-	23,1 (15)	-
Toxicomanie ou dépendance à des substances autres que l'alcool	61,9 (13)	-	46,2 (30)	-
Troubles anxieux	52,4 (11)	33,3 (7)	41,5 (27)	40,0 (26)
Trouble panique	28,6 (6)	14,3 (3)	21,5 (14)	21,5 (14)
Phobies ^e	4,8 (1)	4,8 (1)	21,5 (14)	20,0 (13)
Trouble obsessionnel-compulsif	4,8 (1)	4,8 (1)	3,1 (2)	1,5 (1)
Trouble de stress post-traumatique	19,0 (4)	14,3 (3)	16,9 (11)	15,4 (10)
Trouble d'anxiété généralisée	9,5 (2)	9,5 (2)	16,9 (11)	16,9 (11)
Autres trouble anxieux ^f	9,5 (2)	0	1,5 (1)	1,5 (1)
Troubles de l'alimentation	19,0 (4)	0	6,2 (4)	1,5 (1)
Anorexie mentale	14,3 (3)	0	1,5 (1)	0
Boulimie	4,8 (1)	0	3,1 (2)	1,5 (1)
Frénésie alimentaire	0	0	3,1 (2)	1,5 (1)
Jeu pathologique	23,8 (5)	4,8 (1)	9,2 (6)	3,1 (2)
Trouble de la personnalité limite (à long terme seulement)	33,3 (7)	-	23,1 (15)	-
Trouble de la personnalité antisociale (à long terme seulement)	57,1 (12)	-	32,3 (21)	-

Remarque : Les pourcentages peuvent ne pas totaliser 100 %, car les participantes peuvent satisfaire aux critères diagnostiques de plus d'un trouble.

^a **Les troubles de l'humeur** comprennent le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II, le trouble dépressif caractérisé, le trouble dysthymique, le trouble dépressif non spécifié, le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et le trouble de l'humeur induit par une substance.

^b **Les troubles psychotiques** comprennent la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, les symptômes psychotiques causés par la consommation de substances ou une affection médicale générale, le trouble psychotique induit par la consommation de substances et le trouble psychotique non spécifié.

^c **Les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances** comprennent la consommation abusive d'alcool ou la dépendance à l'alcool et la toxicomanie ou la dépendance à des substances autres que l'alcool.

^d **Les troubles anxieux** comprennent le trouble panique, l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de stress post-traumatique, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble anxieux dû à une affection médicale générale, le trouble anxieux induit par la consommation de substances et le trouble anxieux non spécifié.

^e **Les troubles de l'alimentation** comprennent l'anorexie mentale, la boulimie et la frénésie alimentaire.

Annexe D

Tableau D

Taux de prévalence des troubles mentaux chez les délinquantes autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale : échantillons combinés (N = 246)

Trouble	Autochtone (N = 73)		Non autochtone (N = 173)	
	À long terme	Actuel	À long terme	Actuel
Troubles de l'humeur	50,7 (37)	21,9 (16)	54,3 (94)	20,2 (35)
Troubles bipolaires	4,1 (3)	2,7 (2)	13,3 (23)	4,6 (8)
Trouble dépressif caractérisé	32,9 (24)	11,0 (8)	38,2 (66)	9,3 (16)
Trouble dysthymique (actuel seulement)	9,6 (7)	9,6 (7)	6,9 (12)	6,4 (11)
Autres troubles de l'humeur	13,7 (10)	5,5 (4)	5,2 (9)	1,2 (2)
Troubles psychotiques^c	16,4 (12)	11,0 (8)	4,6 (8)	2,3 (4)
Troubles liés à la consommation d'alcool ou de substance (à long terme seulement)	89,0 (65)	-	64,2 (111)	-
Alcoolisme ou dépendance à l'alcool	71,2 (52)	-	33,0 (57)	-
Toxicomanie ou dépendance à des substances autres que l'alcool	76,7 (56)	-	58,4 (101)	-
Troubles anxieux	58,9 (43)	52,1 (38)	50,3 (87)	46,8 (81)
Trouble panique	26,0 (19)	20,6 (15)	18,5 (32)	14,5 (25)
Phobies	16,4 (12)	16,4 (12)	16,8 (29)	15,0 (26)
Trouble obsessionnel-compulsif	9,6 (7)	9,6 (7)	7,5 (13)	6,9 (12)
Trouble de stress post-traumatique	35,6 (26)	32,9 (24)	26,0 (45)	24,9 (43)
Trouble d'anxiété généralisée	13,7 (10)	12,3 (9)	15,0 (26)	15,0 (26)
Autres troubles anxieux	8,2 (6)	5,5 (4)	4,6 (8)	4,6 (8)
Troubles de l'alimentation	21,9 (16)	13,7 (10)	10,4 (18)	4,6 (8)
Anorexie mentale	8,2 (6)	2,7 (2)	4,1 (7)	0,6 (1)
Boulimie	12,3 (9)	9,6 (7)	2,9 (5)	2,3 (4)
Frénésie alimentaire	2,7 (2)	2,7 (2)	4,1 (7)	2,3 (4)
Jeu pathologique	16,4 (12)	1,4 (1)	11,6 (20)	1,7 (3)
Trouble de la personnalité limite (à long terme seulement)	46,6 (34)	-	25,4 (44)	-
Trouble de la personnalité antisociale (à long terme seulement)	76,7 (56)	-	33,5 (58)	-