

Université du Québec en Outaouais

Trouble de personnalité antisociale : iniquité des conséquences d'un statut de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux

Mémoire

Jean-Michel Fréchette

Département de travail social

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise  
en travail social

Janvier 2022

© Jean-Michel Fréchette, 2022

Université du Québec en Outaouais

Département de travail social

---

*Ce mémoire intitulé*

**Trouble de personnalité antisociale : iniquité des conséquences d'un statut de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux**

*Présenté par*

**Jean-Michel Fréchette**

*A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Isabel Côté (direction de recherche)**

Université du Québec en Outaouais

**Stéphane Bouchard (codirection)**

Université du Québec en Outaouais

**Geneviève Pagé (évaluateur interne)**

Université du Québec en Outaouais

**Geneviève Parent (évaluateur externe)**

Université du Québec en Outaouais

## Résumé

Pour les individus ayant commis un crime alors qu'ils étaient aux prises avec un trouble de santé mentale affectant leur jugement, un jugement de Non-Responsable Criminellement pour cause de Troubles Mentaux (NRCTM) existe en alternative à la culpabilité ou l'acquittement. Un tel jugement soumet l'individu à la supervision d'une Commission d'examen en santé mentale ayant le pouvoir d'imposer des restrictions aux libertés des individus sous leur responsabilité. Les restrictions visent à assurer la sécurité du public en limitant les risques que de nouveaux actes criminels soient commis. La nécessité des restrictions et de la supervision par la Commission d'examen sont revues sur une base annuelle, mais n'ont pas de limite quant à leur durée potentielle. Il existe chez certains cliniciens responsables du traitement et de la supervision de ces individus l'impression qu'un sous-groupe d'individus NRCTM est affecté de façon disproportionnée par la durée de leur statut NRCTM, à savoir les personnes ayant un trouble de personnalité antisociale (TPA). En effet, ces personnes sont connues pour enfreindre la loi et peuvent donc être perçues comme continuellement à risque de commettre de nouveaux actes criminels. Le présent mémoire vise à vérifier cette impression. Pour ce faire, un échantillon d'individus NRCTM a été analysé pour établir la prévalence du TPA parmi les participants et une analyse de survie a été conduite afin de comparer la durée du statut NRCTM des individus ayant un TPA à celle des individus n'ayant pas ce trouble. Les résultats obtenus indiquent une prévalence de 8,2% du TPA parmi l'échantillon d'individus NRCTM étudié, ainsi qu'une durée du statut NRCTM légèrement supérieure au double pour les individus ayant un TPA lorsque comparés aux individus n'ayant pas ce trouble. Ces résultats indiquent un déséquilibre important dans les impacts d'un statut NRCTM, et donc, de restriction des libertés, pour ce sous-groupe.

Mots-clés : Trouble de personnalité antisociale, psychiatrie, psychiatrie légale, Non-Responsable Criminellement pour cause de Trouble Mentaux, NRCTM, santé mentale, criminalité.

## **Abstract**

For individuals that have committed a crime while suffering from a mental health disorder, a finding of Not Criminally Responsible on account of Mental Disorder (NCRMD) exists as an option to a finding of guilty or not guilty. Such a finding puts the individual under the supervision of a Review Board that has the power to set restrictions on the liberties of individuals under their responsibility. Those restrictions aim to ensure the public's safety by reducing the likelihood of a new criminal act being committed by those individuals. The restrictions imposed and the necessity of the supervision by the Review Board are reviewed on a yearly basis but have no set end date. There is, amongst some clinicians, an impression that a sub-group of NCRMD individuals are disproportionately affected by the duration of their NCRMD status, namely those with antisocial personality disorder (ASPD). Indeed, these individuals are known to break the law and are often perceived as continuously at risk of committing a criminal act. The aim of this research is to verify that impression. To do so, a sample of NCRMD individuals was analysed to establish the prevalence of ASPD individuals within the sample and then a survival analysis was done to compare the duration of the NCRMD status of individuals with ASPD to that of individuals without ASPD. The results indicate a prevalence of 8,2 % of ASPD within the sample of NCRMD individuals studied and a duration of the NCRMD status just over twice as long for individuals with ASPD when compared to individuals without ASPD. Those results indicate a significant imbalance in the impacts the NCRMD status has on that sub-group's restriction of liberties.

**Keywords:** Antisocial personality disorder, psychiatry, forensic psychiatry, Not Criminally Responsible on account of Mental Disorder, NCRMD, mental health, criminality.

# Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des sigles.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	8
Chapitre 1 Problématique.....	11
Chapitre 2 Recension des écrits.....	15
2.1 Évaluation du risque.....	15
2.2 Statut NRCTM.....	15
2.3 Portrait des individus NRCTM.....	17
2.4 Portrait des individus ayant un TPA.....	20
Chapitre 3 Méthodologie.....	24
3.1 Le devis quantitatif.....	24
3.2 Échantillon.....	24
3.3 Procédure de collecte.....	27
3.4 Stratégie d'analyse.....	28
3.5 Considérations éthiques.....	28
Chapitre 4 Article :Prevalence and duration of supervision by Ontario Review Board of Not Criminally Responsible for reason of Mental Disorder individuals presenting with antisocial personality.....	30
Conclusion.....	60
Limites de la recherche.....	62
Liste des références.....	67
Annexe A Preuve de soumission de l'article.....	77
Annexe B Autorisation de rédiger dans une langue autre que le français.....	79
Annexe C Autorisations comités éthique.....	80
Annexe D Formulaire collecte de données.....	84

## Liste des sigles

*ASPD : antisocial personality disorder*

*DSM-III-R : Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 3rd edition revised*

*DSM-5 : : Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 5<sup>th</sup> edition*

NRCTM : non-responsable criminellement pour cause de troubles mentaux

*NCRMD : not-criminally responsible on account of mental disorder*

*ODSP: Ontario Disability Support Program*

*OW: Ontario Works*

*ROHCG : Royal Ottawa Health Care Group*

TPA : trouble de personnalité antisociale

## Remerciements

Je souhaite remercier mes directeurs de recherche Isabel Côté et Stéphane Bouchard pour leur soutien, leurs conseils et leur patience au cours de mon cheminement avec ce projet. Vous avez su me donner la liberté nécessaire pour aller de l'avant avec mes ambitions et l'encadrement juste pour m'aider à les mener à terme.

Merci à mes collègues de l'Hôpital Royal de m'avoir écouté et encouragé. Aussi pour l'optimisme qu'ils m'ont partagé face à ce projet qui fut immense et pour les innombrables échanges d'idées sur les sujets entourant ce projet. Merci aussi pour les innombrables livraisons de dossiers cliniques ayant été nécessaires à ma collecte de données. Un merci tout particulier à Tom Dobson pour m'avoir offert la flexibilité nécessaire à la conciliation travail-études.

Finalement, un merci à mes enfants pour avoir toléré mes absences lors des nombreuses soirées passées à travailler à ma recherche, mais surtout à ma conjointe qui m'a offert son soutien inconditionnel. Geneviève, c'est grâce à toi si j'ai pu mener ce projet à terme. Merci pour les sacrifices, les encouragements, la patience, l'écoute et pour ta présence dans les moments heureux comme les moments difficiles d'une telle entreprise.

## Introduction

Au Canada, la loi encadrant le jugement des crimes commis par les individus souffrant de troubles mentaux est influencée par les règles de M’Naghten émises en 1843 en Grande-Bretagne. Ces dernières ont été adoptées au Canada à travers l’influence de Sir James Stephen (Cellard et Pelletier, 1999). Les règles de M’Naghten ont établi la fondation du test légal pour le jugement de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux (NRCTM) tel qu’utilisé à ce jour. Cependant la loi, son interprétation et son application évoluent au fil du temps, des causes et des jugements rendus par les différentes cours de justice canadiennes. Par exemple, dans le cas de la loi sur la non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, la Cour Suprême du Canada a jugé en 1991 que la détention automatique imposée jusqu’alors aux individus NRCTM (à l’époque dits non-coupables pour cause d’aliénation mentale) était en violation de la Charte canadienne des droits et libertés (Pilon, 2002; R. c. Swain, 1991, 1 RCS 933). La solution adoptée par le Parlement en réponse au jugement de la Cour Suprême fut l’introduction des Commissions d’examen dont le rôle est de trouver un équilibre entre la détention préventive des individus NRCTM afin de protéger le public et le droit à la liberté de ces mêmes individus (Code criminel, RCS 1985, c C-46. art 672.38; Pilon, 2002). La détention des individus NRCTM est depuis lors révisée sur une base annuelle. Lors de cette révision, la Commission d’examen doit juger si l’individu représente toujours un risque significatif pour la société, auquel cas son statut NRCTM sera maintenu et des restrictions seront appliquées à ses libertés.

Le comité permanent de la justice et des droits de la personne, responsable de revoir les projets de loi et politiques du ministère de la Justice, recommande des changements législatifs afin d’assurer l’efficacité du Code criminel à protéger les droits des accusés et du public (ministère de la Justice, 2002). Au fil des années, différents amendements aux dispositions relatives aux troubles mentaux ont été proposés au Parlement, certains suggérant de limiter la durée de la détention d’une personne inapte ou ayant un trouble mental. Ce type de recommandation n’est jamais entré en vigueur, ayant rencontré une forte opposition de la part des provinces au Comité permanent de la justice et des droits de la personne (ministère de la Justice, 2002; Pilon, 2002). La résistance à ce type de modification est centrée sur la crainte que l’imposition d’une durée maximale conduise à la libération d’individus souffrant toujours de troubles mentaux et présentant encore un risque significatif pour la société. La décision du gouvernement cite la différence entre une condamnation

menant à une détention punitive et la « surveillance visant à rétablir la santé mentale » (ministère de la Justice, 2002, Recommandation 14) pour justifier l'absence de limite à la perte des libertés. Le principe sous-jacent au statut NRCTM est que l'on ne peut pas punir une personne qui n'est pas responsable de son geste. Lorsque l'individu NRCTM est sous la supervision de la commission d'examen, cette dernière peut toutefois restreindre ses libertés s'il est considéré comme représentant un risque significatif pour la société. Dans le cas de troubles mentaux, ce risque pour la société peut être mitigé ou résolu par l'hospitalisation et le traitement de la maladie mentale (Winko c. British Columbia, 1999, 2 RCS 625). Cependant, cette restriction des libertés ne se veut pas punitive, mais préventive, ce qui justifie selon l'État l'absence de limitation à sa durée.

Parmi les recommandations faites en 2002 par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne, il était fait mention de la nécessité d'améliorer la collecte de données et la recherche afin d'éclairer les futurs examens parlementaires du Code criminel. Peut-être grâce à cette recommandation, il existe de nos jours une quantité appréciable de connaissances portant sur la psychiatrie légale au Canada. Parmi celles-ci, une certaine proportion s'attarde aux trajectoires et aux caractéristiques des individus non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux au sein du système de psychiatrie légale. La recherche *The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada (NTP)* (Charette et al., 2015; Crocker, Charette, et al., 2015; Crocker, Nicholls, Seto, Charette, et al., 2015; Crocker, Nicholls, Seto, Côté, et al., 2015; Nicholls et al., 2015) a récemment dressé un portrait général fort intéressant des individus NRCTM au Canada, sans toutefois s'attarder à tous les sous-groupes de cette population. Un des sous-groupes sur lesquels le projet NTP ne s'est pas penché spécifiquement est composé des individus souffrant d'un trouble de personnalité antisociale et ayant un statut NRCTM. Ce sous-groupe est toutefois particulièrement digne d'intérêt à cause des défis particuliers qu'il présente. Ces défis font qu'il existe, dans le milieu de la psychiatrie légale, une impression que les individus NRCTM et présentant un trouble de personnalité antisociale concomitant demeurent plus longtemps sous la supervision de la Commission d'examen que les individus dans la même situation, mais n'ayant pas ce trouble de personnalité. Le raisonnement offert est que la Commission d'examen se doit de considérer le risque d'agir criminel alors que les individus présentant un trouble de personnalité antisociale sont connus pour leurs interactions avec la justice. C'est pour cette raison que le présent mémoire propose de s'attarder à ce groupe.

Ce mémoire est divisé comme suit. Tout d'abord, nous présenterons la problématique qui conduira à la pertinence du projet proposé. Suivra la recension des écrits qui permettra d'approfondir le statut de non-responsabilité criminelle ainsi que les connaissances actuelles concernant le trouble de personnalité antisociale. La section suivante portera sur la méthodologie de recherche utilisée pour la réalisation du projet. En troisième section sera présenté un article soumis à la revue *Journal of Forensic Mental Health* et rédigé à partir du projet de recherche dont ce mémoire fait l'objet. Finalement, une conclusion générale viendra enrichir la réflexion proposée dans l'article de la troisième section.

# Chapitre 1 Problématique

Au Canada, lorsqu'une personne atteinte d'un trouble mental est accusée d'un crime, le Code criminel permet à n'importe laquelle des parties au procès de mettre en question la responsabilité de l'individu face au geste reproché. Ainsi, la section 16 (1) du Code criminel canadien stipule que :

La responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part, survenus alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais (Code criminel, RCS 1985, c C-46. art. 16.1).

Ainsi, s'il est déterminé que la personne a commis le geste, mais ne peut en être tenue responsable parce qu'au moment des faits elle était incapable d'en apprécier le caractère mauvais et inacceptable dû à un trouble psychiatrique, elle peut être jugée « non-responsable criminellement pour cause de troubles mentaux » (NRCMT) (*Code criminel*, RCS 1985, c C-46. art. 16.1).

Le verdict NRCTM n'en est pas un de culpabilité ou d'acquiescement. Il s'agit plutôt d'un verdict alternatif qui soumet l'individu à l'autorité d'une Commission d'examen de juridiction provinciale ainsi qu'à un suivi psychiatrique (*Code criminel*, RCS 1985, c C-46. art. 672.38; *Winko c. British Columbia*, 1999, 2 RCS 625). Contrairement à l'incarcération, ces mesures ne se veulent pas punitives, mais visent plutôt à prévenir la récurrence d'un acte criminel par l'individu. Le suivi psychiatrique vise à traiter la maladie mentale ayant mené au geste criminel et à la non-responsabilité (Crocker et Côté, 2009; *Winko c. British Columbia*, 1999, 2 RCS 625). La commission d'examen a pour rôle d'évaluer, sur une base annuelle, si l'individu présente toujours un risque significatif pour la société:

[...] un risque important pour la sécurité du public s'entend du risque que courent les membres du public, notamment les victimes et les témoins de l'infraction et les personnes âgées de moins de dix-huit ans, de subir un préjudice sérieux — physique ou psychologique — par suite d'un comportement de nature criminelle, mais non nécessairement violent. (Code criminel, RCS 1985, c C-46. art. 672.5401)

Il est à noter que l'évaluation faite par la commission d'examen n'est pas limitée au risque causé par le trouble psychiatrique ayant rendu la personne admissible au statut de NRCTM, mais inclut tout risque d'agir criminel, sans en discriminer la cause. Par exemple, un individu pourrait être jugé NRCTM sur la base d'un trouble de nature psychotique l'ayant rendu incapable d'apprécier

la nature de son geste. Le trouble psychotique peut être traité efficacement avec de la médication, rétablissant du fait la capacité de l'individu d'apprécier la nature de ses gestes. Cet individu pourrait néanmoins demeurer sous la supervision de la Commission d'examen à cause du risque d'agir criminel dû au trouble de personnalité antisociale dont il souffre également, jusqu'à ce qu'il soit perçu comme n'étant plus un danger pour la société (*Code criminel*, RCS 1985, c C-46, art. 672.54). Afin de mitiger le risque, la commission d'examen peut imposer des restrictions aux libertés de l'individu NRCTM et ce indéfiniment.

L'absence de limite prédéfinie à la durée du statut NRCTM pose des enjeux éthiques et légaux. Comme mentionné précédemment, la peine d'incarcération est toujours circonscrite dans le temps, alors que le statut NRCTM est réévalué annuellement, mais n'a pas de durée préétablie. Ainsi, une personne trouvée NRCTM suite à des voies de fait majeures demeurera sous la supervision de la commission d'examen pour une durée minimale d'un an (période normale entre deux audiences). Toutefois, la personne restera assujettie au système de psychiatrie légale jusqu'à ce que la commission juge qu'elle ne présente plus un risque de récidive, ce qui peut, théoriquement, perdurer toute sa vie. Or, la peine médiane pour ce crime, en 2013-2014, était de seulement 90 jours (Statistique Canada, 2015). L'individu NRCTM ne connaît pas la durée qu'aura la restriction de ses libertés, mais seulement qu'il sera soumis à une révision annuelle. Il est donc impossible d'avoir une date prévisible de la fin de cet assujettissement, contrairement aux personnes emprisonnées qui elles, connaissent la durée maximale de leur peine.

Le Code criminel laisse également d'autres questions ouvertes en plus de la durée du statut NRCTM. Par exemple, rien n'indique quels diagnostics psychiatriques rendent admissibles à un jugement de NRCTM. Ce sont les tribunaux qui, au fil des décisions rendues, ont établi des balises à cet effet (*R. c. Cooper*, 1979, 1 RCS 1149). Parmi les troubles admissibles se trouvent, entre autres, les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, les troubles bipolaires et apparentés, les troubles neurocognitifs ainsi que les troubles neuro-développementaux. À l'inverse, les troubles de personnalité sont un exemple de diagnostic inadmissible depuis le jugement rendu dans la cause Régina contre Simpson en Cour d'appel de l'Ontario en 1977 (*Regina v. Simpson*, 1977, 1142 ONCA). Dans cette cause, les juges ont établi que les provisions du Code criminel sur la non-responsabilité criminelle pour cause de trouble mental ne s'appliquent pas dans le cas d'un individu souffrant d'un trouble de personnalité. Ils ont

cru qu'un individu ayant la compréhension de la nature, du caractère et des conséquences de son geste, mais étant incapable de compassion pour la victime, de remords ou de sentiment de culpabilité, n'est pas admissible à un statut NRCTM et ce même si cette carence émane de son trouble mental (*Regina v. Simpson*, 1977, 1142 ONCA). Depuis, les troubles de la personnalité sont habituellement comorbides au diagnostic ayant conduit à un verdict de NRCTM. Parmi ces troubles de la personnalité se trouve le trouble de personnalité antisociale (TPA). Les individus qui en souffrent sont surreprésentés au sein de la population NRCTM (Crocker et Côté, 2009; Haag et al., 2016a; Ogloff et al., 2015). Une piste d'explication est que le trouble de personnalité antisociale est connu pour avoir une comorbidité élevée avec d'autres troubles de santé mentale menant à un tel verdict, dans la population générale (Werner et al., 2015) ainsi que dans la population carcérale (Beaudette et Stewart, 2016). Cette comorbidité inclut les troubles de l'humeur (Black et al., 2010; Glenn et al., 2013; Lenzenweger et al., 2007; Robins et al., 1991) et les troubles psychotiques (Black et al., 2010; Moran et Hodgins, 2004; Robins et al., 1991).

Si la comorbidité à un autre trouble de santé mentale fait que des individus présentant un TPA peuvent se retrouver NRCTM, les caractéristiques mêmes du TPA risquent d'entraver leur parcours au sein du système de psychiatrie légale. Les comportements typiques du TPA (impulsivité, agressivité, non-respect des normes sociales) (American Psychiatric Association, 2013), une forte association à la criminalité (Beaudette et Stewart, 2016) et l'absence de traitement efficace (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013) font que les personnes présentant un TPA sont susceptibles de présenter un risque chronique d'agir criminel. Ceci les prédispose à demeurer sous l'autorité de la commission d'examen pendant une période démesurément longue en regard du crime commis. En effet, sans un verdict de NRCTM les soumettant à un mécanisme de prévention de la récidive criminelle, on peut présumer que ces personnes auraient retrouvé leur liberté beaucoup plus rapidement.

Dans la région de l'Est ontarien, les personnes assujetties à un verdict NRCTM sont généralement détenues à l'un des campus du *Royal Ottawa Health Care Group (ROHCG)*. Le *ROHCG* est un hôpital dédié spécifiquement aux soins en santé mentale dont la mission est d'aider les individus souffrant de dépendances ou de troubles de santé mentale à se rétablir le plus rapidement possible (ROHCG, s. d.). Le *ROHCG* est constitué de deux campus principaux, soit à Ottawa et à Brockville. Il existe une impression, dans ce milieu, que les individus NRCTM présentant un

trouble de personnalité antisociale concomitant ont peu de chance de s'affranchir un jour des restrictions préventives qui leur sont imposées avec la supervision de la Commission ontarienne d'examen.

Or, cette impression n'est appuyée par aucune donnée scientifique, d'où la présente recherche. À cet effet, ce mémoire vise deux objectifs complémentaires de recherche. Le premier est d'établir la prévalence du TPA parmi les patients NRCTM du *ROHCG*. Le deuxième objectif est de comparer la durée de temps passé sous l'autorité de la Commission d'examen d'individus NRCTM ayant un trouble de personnalité antisociale comorbide à celle d'individus NRCTM n'ayant pas ce trouble de personnalité. Aux fins du présent projet, la recherche est circonscrite à un sous-groupe de la population NRCTM, soit les individus NRCTM ayant été traités au *ROHCG*. Les questions sont:

Quelle est la prévalence du TPA parmi les patients NRCTM du *ROHCG*?

Les individus NRCTM du *ROHCG* présentant un TPA demeurent-ils plus longtemps sous la supervision de la commission d'examen que les individus NRCTM du *ROHCG* sans TPA?

Hypothèse : Les individus NRCTM souffrant aussi d'un TPA comorbide demeurent significativement plus longtemps sous la supervision de la commission d'examen que les individus ne souffrant pas d'un TPA comorbide.

## **Chapitre 2 Recension des écrits**

Cette section vise à bien ancrer le présent mémoire dans son contexte scientifique actuel. Pour ce faire, les outils d'évaluation du risque de récidive tels que développés au fil du temps seront brièvement explicités, le statut NRCTM sera revu brièvement et un portrait des individus NRCTM sera dressé. Ensuite viendra le portrait des individus ayant un TPA.

### **2.1 Évaluation du risque**

Andrews et Bonta (2010) rappellent que l'évaluation du risque de récidive, tel que doit le faire la commission d'examen, s'est peaufinée à travers quatre différentes générations de méthodologie. La première génération est basée sur le jugement professionnel. Cette méthode est sujette à la considération de caractéristiques n'étant pas empiriquement liées au risque de récidive criminelle puisqu'elle se fonde sur des informations n'étant pas nécessairement objectives. Or, si des méthodes d'évaluation du risque plus robustes existent de nos jours, nous verrons que le jugement professionnel sous-tend les décisions rendues par les commissions d'examen. La deuxième génération d'outils d'évaluation du risque est dite actuarielle. Si cette méthode considère des facteurs de risque empiriquement validés et généralement fixes dans le temps (statiques), elle a néanmoins le défaut d'omettre certains éléments liés à la récidive au plan théorique, mais plus fluides au fil du temps (dynamiques). La troisième génération d'outils d'évaluation du risque de récidive s'est développée en se fondant sur des échelles de risque et besoins. Elle intègre plus largement les éléments théoriquement validés comme étant liés au risque de récidive et sa considération des besoins criminogènes permet de croire qu'elle supporte une offre de services plus efficace auprès des individus à risque. La plus récente génération d'outils d'évaluation du risque de récidive intègre la gestion de cas à l'évaluation du risque et des besoins criminogènes. Ce faisant, ces outils permettent une réponse plus personnalisée auprès de chaque individu à risque en considérant sa situation spécifique et l'intensité de ses besoins, réduisant d'autant plus le risque de récidive en bonifiant la compréhension du comportement criminel (Andrews et Bonta, 2010).

### **2.2 Statut NRCTM**

Une fois les outils d'évaluation du risque brièvement explicités, il convient de comprendre le statut NRCTM. Le jugement de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est un phénomène relativement rare. Ainsi, entre 2005 et 2012, moins d'un pour cent de toutes les

accusations criminelles obtenaient un verdict final de NRCTM (Statistique Canada, 2014). Cependant, le nombre d'individus trouvés NRCTM, en augmentation depuis plusieurs années (Latimer et Lawrence, 2006; Penney et al., 2019) semble récemment s'être stabilisé (Penney et al., 2019; Statistiques Canada, 2014). Il semble que les désordres de type psychotique, au premier rang, ou de l'humeur, au second rang, soient les principaux troubles de santé mentale menant à un verdict NRCTM (Crocker et al., 2011; Crocker, Nicholls, Seto, Charette, et al., 2015; Haag et al., 2016a; Nicholls et al., 2009a).

La commission d'examen (de juridiction provinciale) hérite de la responsabilité d'établir, lors d'une audience annuelle, une décision sur l'imposition ou non de conditions à la liberté de l'individu et la portée de ces conditions (*Code criminel*, RCS 1985, c C-46. art. 672.54). À cet effet, trois décisions possibles sont définies par le Code criminel canadien. La première est de donner un ordre de détention sous la garde d'un établissement hospitalier avec les conditions considérées appropriées par la commission d'examen. Il est à noter ici que la détention ne signifie pas nécessairement la garde en établissement, mais définit un niveau restrictions des libertés individuelles. La deuxième décision possible est de donner un ordre de libération avec conditions telles que jugées appropriées par la commission d'examen, incluant généralement le suivi psychiatrique. La troisième décision possible est un ordre de libération sans condition, lorsque l'individu est considéré comme ne présentant plus un risque significatif pour la sécurité du public (*Code criminel*, RCS 1985, c C-46. art. 672.54) et recouvre sa pleine liberté. Typiquement, les conditions imposées par la commission d'examen incluent de résider à un endroit désigné, l'abstention de consommer des drogues et de l'alcool, de soumettre des échantillons d'urine, de suivre un plan de traitement, de se rapporter à une personne désignée à une fréquence donnée et l'interdiction de posséder une arme (ministère de la Justice, 2015). Après l'obtention d'une libération sans condition, et seulement à ce moment, l'individu n'est plus sous la supervision de la commission d'examen. L'objectif des audiences annuelles est d'effectuer une gestion du risque, pour la sécurité du public, que l'individu ne commette à nouveau un geste de nature criminelle. Cette gestion du risque est la considération principale d'un équilibre contrebalancé par « [...] l'état mental de l'accusé, sa réinsertion sociale, et ses autres besoins [...] » (*Code criminel*, RCS 1985, c C-46. art. 672.54). Les parcours d'individus NRCTM sous la supervision de la commission d'examen sont par conséquent très variables.

Les décisions rendues par les commissions d'examen sont, à ce jour, basées sur le jugement professionnel des individus siégeant à l'audience. Il s'agit donc d'une méthode d'évaluation du risque pouvant être décrite comme étant de première génération (Andrews et Bonta, 2010). Ces décisions sont largement influencées par les recommandations du psychiatre traitant l'individu (Crocker et al., 2011). Bien que ces recommandations devraient être basées sur une évaluation du risque empiriquement validée, les écrits scientifiques démontrent que l'utilisation d'outils d'évaluation du risque est limitée dans la pratique (Côté et al., 2012; Crocker et al., 2014; Seto et al., 2018; Wilson et al., 2015). De plus, la recherche démontre que malgré l'efficacité prédictive de certains outils d'évaluation du risque, leur score n'est pas associé à la décision rendue par la commission d'examen (Hilton et al., 2022). Lorsque des items d'outils d'évaluation du risque sont effectivement abordés dans les rapports d'experts, leur considération par la commission d'examen diffère selon des facteurs comme le genre de l'individu et la sévérité de l'infraction commise par l'accusé (Wilson et al., 2015). La présence d'infractions de nature sexuelles semble également mener à une perception accrue, mais non fondée du risque par les commissions d'examen (Seto et al., 2018). Dans un même ordre d'idée, la simple mention d'items liés à un des outils utilisés (*Psychopathy Checklist-Revised*) augmente significativement les chances d'être détenu alors que la beauté de l'accusé en diminue les chances (Denomme et al., 2020).

Il semble malgré tout que le risque de récidive soit réduit de façon efficace à travers la gestion des individus NRCTM par les commissions d'examen avec des taux de récidive plus faibles que parmi la population générale ou carcérale (Charette et al., 2015; Jeandarme et al., 2016). Contrairement aux perceptions mentionnées plus haut, les individus ayant commis des crimes plus sévères sont moins à risque de récidive comparé à ceux ayant commis des infractions moins sévères (Charette et al., 2015; Richer et al., 2018). Le nombre d'infractions commises précédemment, la présence de troubles de la personnalité ou d'un trouble d'abus de substances sont quant à eux liés au risque de récidive chez les individus NRCTM (Charette et al., 2015; Richer et al., 2018).

### **2.3 Portrait des individus NRCTM**

Pour bien comprendre la problématique soulevée précédemment, il faut avoir une compréhension du portrait des individus NRCTM. Parmi les éléments à noter, soulignons que la majorité des personnes trouvées NRCTM (72,4% à 88%) ont été en contact avec les services psychiatriques avant leur crime (Crocker, Nicholls, Seto, Côté, et al., 2015; Nicholls et al., 2009b). Le diagnostic

primaire le plus fréquent à avoir mené au statut NRCTM est un trouble du spectre psychotique (Crocker et al., 2011; Crocker, Nicholls, Seto, Côté, et al., 2015; Haag et al., 2016a; Nicholls et al., 2009a). Les deux tiers des crimes reprochés sont des crimes contre la personne, le plus fréquemment des voies de fait (Charette et al., 2015; Crocker et al., 2011; Latimer et Lawrence, 2006). Les victimes sont le plus souvent des membres de la famille ou des professionnels (Crocker, Nicholls, Seto, Roy, et al., 2015).

Concernant les trajectoires des individus sous la supervision des commissions d'examen, on notera globalement qu'il existe, au Canada, d'importantes différences interprovinciales (Crocker, Charette, et al., 2015). Après cinq ans de statut NRCTM, environ 20% sont toujours sous la supervision de la commission d'examen au Québec, un peu plus de 30% en Colombie-Britannique et un peu moins de 60% en Ontario (Crocker, Charette, et al., 2015). Au Québec, la médiane de sévérité des crimes menant au statut NRCTM, évaluée selon le *Uniform Crime Reporting survey* (Statistics Canada, 2021), est généralement moins sévère, ce qui pourrait expliquer en partie l'obtention plus rapide d'une libération (Crocker, Charette, et al., 2015).. Dans l'analyse des facteurs associés au type de disposition, un âge plus avancé au moment de la première infraction, un nombre élevé de crimes précédents, des troubles du spectre psychotique, un plus haut résultat aux outils d'évaluation du risque et la sévérité du crime lié au statut NRCTM diminuent les chances d'obtenir une ordonnance de libération avec ou sans condition (Crocker et al., 2011; Crocker, Charette, et al., 2015). Selon cette étude, la présence d'un trouble de la personnalité n'est pas significativement liée aux chances d'obtenir une libération conditionnelle ou absolue (Crocker et al., 2011; Crocker, Charette, et al., 2015), ce qui semble en contradiction avec d'autres résultats qui avancent le contraire (Penney et al., 2019).

Considérant que l'objectif du maintien sous la supervision de la commission d'examen est de prévenir le risque pour la société, il est tout à fait logique que ce soit le sujet d'une partie de l'étude *The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada* (Charette et al., 2015). Cette étude porte sur un échantillon d'individus trouvés NRCTM dans trois provinces canadiennes entre 2000 et 2005. Les données de cette étude ont été recueillies à partir des documents émis par la commission d'examen (rapports et dispositions). Retenons que le taux de récidive est bas (17% après trois ans), mais diffère encore selon les provinces. L'Ontario (9%) et la Colombie-Britannique (10%) présentent des taux

comparables, alors que le Québec se démarque avec un taux de récidive de 22%. Au niveau national, ces taux varient également selon le statut de l'individu sous la commission d'examen: 17% après le verdict, 20% après l'obtention d'une libération avec conditions, 22% après une libération sans condition. Les auteurs soulignent que ces taux se comparent avantageusement au taux de récidive dans la population criminelle en général (34%) ou de la population carcérale ayant un problème de santé mentale (70%). Ils notent également que la présence d'un trouble de la personnalité comorbide multiplie le risque de récidive par 1,38 sans toutefois distinguer entre différents troubles de la personnalité.

La prévalence comorbide de troubles de la personnalité parmi les individus NRCTM varie largement (entre 10,6% et 57,4%) selon les études (Crocker et al., 2013; Crocker, Nicholls, Seto, Roy, et al., 2015; Haag et al., 2016a; Hilton et al., 2022; Nicholls et al., 2009a). Selon Nicholls et al. (2015), ce sont les femmes qui présentent le taux le plus élevé de troubles de la personnalité dans le système de psychiatrie légale. Les auteurs ont trouvé que parmi leur échantillon, les femmes tendent à avoir un fonctionnement psychosocial plus élevé et sont plus susceptibles d'avoir des diagnostics de trouble de l'humeur et trouble de la personnalité, alors que les hommes sont plus susceptibles d'avoir un trouble du spectre schizoïde et un trouble lié aux substances. De plus, les femmes ont généralement un passé criminel moins étoffé que les hommes, ce qui pousse Nicholls et al. (2015) à avancer que, si leur maladie mentale est traitée efficacement, elles représentent un risque moins élevé de récidive.

Certaines études canadiennes expliquent la faible prévalence de troubles de la personnalité dans leurs échantillons par le peu d'attention attribuée aux troubles comorbides chez les individus NRCTM (Crocker et al., 2011; Crocker, Charette, et al., 2015; Crocker et Côté, 2009). Cette mention mérite d'être déconstruite. En effet, cela peut expliquer la variabilité des données à ce jour sur la prévalence du TPA parmi la population NRCTM et abordée au paragraphe suivant. La faible attention portée aux troubles comorbides peut aussi avoir un impact sur la trajectoire de soins, puisque les traitements sont ainsi offerts sans tenir compte de l'influence des troubles comorbide sur la réponse au traitement. Les auteurs du *NTP* notent également que la disparité homme-femme dans les taux de troubles de personnalité pourrait indiquer que les hommes présentant un trouble de personnalité demeurent dans le système criminel alors que les femmes ayant ce type de trouble sont déférées au système de psychiatrie légale (Nicholls et al., 2015). Les

connaissances actuelles indiquent que les troubles de personnalité antisociale et de personnalité limite partagent des caractéristiques importantes, particulièrement le manque de régulation émotionnelle, et pourraient s'avérer être un même trouble dont l'expression est différente selon le genre (Beauchaine, Klein, Crowell, Derbidge et Gatzke-Kopp, 2009; Paris, 1997; Paris, Chenard-Poirier et Biskin, 2013; Sprague, 2015).

Si certaines études n'ont pas spécifiquement relevé la prévalence du trouble de personnalité antisociale parmi la population NRCTM, d'autres études l'ont fait. Des études internationales ont trouvé une prévalence du TPA chez les individus NRCTM allant de 25 % à 43,1% (Hodgins et al., 2007; Jeandarme et al., 2016; Ogloff et al., 2015; Shepherd et al., 2018). Au Canada, deux recherches ont obtenu une prévalence de 29,8% et 39,9% de TPA dans les patients évalués ou traités au sein d'unités de psychiatrie légale (NRCTM, en évaluation ou inaptes à subir leur procès) (Lussier et al., 2010; Nicholls et al., 2009b) alors qu'une autre a obtenu un taux de 20% chez des individus NRCTM (Crocker et Côté, 2009). Ces taux sont tout de même beaucoup plus élevés que dans la population psychiatrique générale, qui serait équivalente à celui dans la population normale à environ trois pour cent (American Psychiatric Association, 2013; P. Moran, 1999). L'interaction des individus ayant un TPA avec le système de psychiatrie légale, plus spécifiquement NRCTM, ne fait ainsi aucun doute. L'effet de cette interaction sur le parcours des individus ayant un trouble de personnalité antisociale, particulièrement au Canada, est moins bien connu. Dans d'autres juridictions, les individus NRCTM avec un TPA semblent rencontrer plus de difficultés à progresser à travers les différents niveaux de sécurité en détention (M. J. Moran et al., 1999; Shah et al., 2011). Il semble également qu'ils soient plus fréquemment remis en détention ou sujets à de nouvelles accusations (Jeandarme et al., 2016; Shepherd et al., 2018).

## **2.4 Portrait des individus ayant un TPA**

Pour réfléchir à l'interaction entre le statut NRCTM et le TPA, il faut d'abord mieux comprendre le trouble de personnalité antisociale. Les critères diagnostiques du trouble de personnalité antisociale établis dans le DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) et retrouvés à ce jour dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) stipulent qu'une personne doit présenter trois signes, dans son comportement habituel, parmi les suivants : l'agressivité, l'irritabilité, la négligence pour sa propre sécurité ou celle des autres, l'irresponsabilité, la tromperie, l'impulsivité, le non-respect des normes sociales et l'absence de remords. Une

indifférence et une invasion des droits d'autrui doivent aussi avoir été présentes avant l'âge adulte. Il est à noter que ces comportements ne doivent pas être liés exclusivement à des épisodes de manie ou de schizophrénie afin de pouvoir établir le diagnostic de trouble de personnalité antisociale.

Une des critiques fréquemment formulées quant au diagnostic du TPA porte sur la fiabilité interjuges, qui s'avère faible (Freedman et al., 2013). Il existe d'ailleurs un certain débat scientifique quant au construit que représente le diagnostic lui-même. Des auteurs avancent qu'il puisse en fait se distinguer en sous-groupes pouvant être différenciés tels que agressif ou en violation des règles (Burt, 2012), conduite criminelle ou psychopathie (Morana et al., 2006) ou encore inconduite ou psychopathie (Poythress et al., 2010). D'autres établissent des liens entre psychopathie et TPA (American Psychiatric Association, 2013; Anderson et al., 2014; Morana et al., 2006), ou encore des distinctions entre ces deux concepts (Blackburn, 2007; Ogloff, 2006; Venables et al., 2014; Wall et al., 2015; Werner et al., 2015). Finalement, certains auteurs proposent de voir le TPA et la psychopathie comme deux pôles d'un même diagnostic (Coid et Ullrich, 2010). L'ensemble de ces débats n'est pas abouti et pour cette raison le diagnostic du TPA sera ici envisagé tel qu'établi dans le DSM-5 et rapporté précédemment.

Il existe bon nombre de recensions d'écrits scientifiques portant sur l'étiologie du TPA. Il semble y avoir un certain consensus pour dire que le trouble est causé par des vulnérabilités génétiques influencées par des facteurs environnementaux, plus particulièrement le fonctionnement du système familial (Blazei, Iacono et Krueger, 2006; Gaik, Abdullah, Elias et Uli, 2010; National Collaborating Centre for Mental Health, 2013). La maltraitance et la négligence des parents présentent un lien spécialement important avec la présence d'un TPA (Krastins, Francis, Field et Carr, 2014; National Collaborating Centre for Mental Health, 2013; Viding et Larsson, 2007). De tels résultats portent à considérer le rôle de l'attachement dans l'apparition du trouble de personnalité antisociale (Shi et al., 2012; Timmerman et Emmelkamp, 2006) et ses manifestations chez l'individu adulte. Au niveau cognitif, il semblerait que les personnes vivant avec un TPA présentent des processus neurologiques différents de ceux de la population non atteinte. Par exemple, la réaction au stress (anticipation d'une douleur) est moindre que chez les individus non affectés (Kumari et al., 2009; Marsden et al., 2019). Les fonctions exécutives, la mémoire et le quotient intellectuel semble être plus faibles chez les individus ayant un TPA (Sedgwick et al., 2017) . D'autres auteurs ont observé que les cognitions des individus présentant un TPA

deviennent inadaptées lorsqu'ils sont émotionnellement activés par le rappel d'une situation de colère (Lobbestael et Arntz, 2012).

La principale référence des études épidémiologiques sur le sujet souligne que les hommes sont six à huit fois plus à risque que les femmes de présenter un TPA (P. Moran, 1999). Encore à ce jour, le TPA est considéré comme beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (American Psychiatric Association, 2013). Le TPA présente une forte comorbidité, incluant d'autres troubles de personnalité, l'abus de substances et autres maladies mentales (American Psychiatric Association, 2013; Crawford et al., 2009; Swanson et al., 1994). Enfin, probablement en lien avec les éléments énoncés précédemment, les gens ayant un trouble de personnalité antisociale présentent un risque accru de mort prématurée et de cause non naturelle (American Psychiatric Association, 2013; Black, Baumgard, Bell et Kao, 1996; Moran, 1999).

Les défis rencontrés lors de la vie adulte par les personnes ayant un TPA sont multiples. Parmi ces défis se trouve la criminalité. Les données indiquant des liens entre le trouble de personnalité antisociale et la criminalité, incluant la violence, abondent (Volavka, 2014). Si la prévalence du trouble parmi la population générale est de 0,2 % à 3,3 % (American Psychiatric Association, 2013; P. Moran, 1999; Volkert et al., 2018), la prévalence en milieu correctionnel est nettement plus élevée, se situant entre 35% et 63,8%, pour une moyenne canadienne de 44,1% (Beaudette et Stewart, 2016; Black et al., 2010; Fazel et Danesh, 2002; P. Moran, 1999). Cette association avec la criminalité semble également se vérifier avec la désignation NRCTM, bien qu'il existe peu d'information scientifique sur la présence, le traitement et la gestion d'individus présentant un trouble de personnalité antisociale (TPA) au sein d'unités de psychiatrie légale.

La relation du TPA à la criminalité se vérifie également dans la récidive criminelle. Selon trois méta-analyses, les troubles de la personnalité en général et le trouble de la personnalité antisociale en particulier présentent une association modérée à la récidive criminelle générale ou violente (Bonta et al., 2014; Gendreau et al., 1996; Katsiyannis et al., 2018). Le trouble de personnalité antisociale est en fait parmi les quatre plus importants facteurs de prédiction de la récidive (Andrews et al., 2012; Andrews et Bonta, 2010). Cette capacité prédictive demeure valide dans des situations plus spécifiques. Par exemple, TPA est un des principaux facteurs de risque de récidive parmi les criminels ayant un trouble de santé mentale (Andrews et Bonta, 2010).

Les interventions visant à traiter le trouble de personnalité antisociale ont une efficacité limitée (Bonta et al., 2014). Le traitement psychologique résidentiel ou volontaire normal (individu choisissant de consulter un psychologue) semble ne pas produire de résultats (Reid et Gacono, 2000) ou des résultats limités (Barnao et al., 2015; Hatchett, 2015). Ceci serait dû au fait que les signaux pouvant déclencher l'inconfort, nécessaire au désir de changement, s'avèrent pratiquement absents chez les individus concernés. Cette interprétation est cohérente avec les résultats obtenus par Kumari et al. (2009) et Marsden et al. (2019) concernant l'anticipation et la réaction à l'inconfort. Le tout semble indiquer que les motivations intrinsèques au changement, nécessaires pour l'engagement volontaire dans un programme de traitement, sont insuffisantes. Les données actuelles indiquent également que lorsque les individus présentant un TPA consultent, ils le font pour leurs troubles concomitants tels les troubles de dépendance (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013) plutôt que pour le trouble de personnalité. La pression de motivations externes, souvent le système légal ou médicolégal, serait de fait nécessaire pour pousser l'individu ayant un TPA à poursuivre un traitement jusqu'à l'obtention de changement (McRae, 2013; Reid et Gacono, 2000).

Les patients ayant un TPA ne semblent pas chercher à être traités pour ce trouble, mais ils sont aussi perçus par les professionnels comme étant difficiles à traiter et à gérer lorsqu'admis dans une unité de soins (psychiatrie légale) ou correctionnelle (Dunbar et al., 2020; P. Moran et Hodgins, 2004; Vitacco et Van Rybroek, 2006). Les comportements associés au trouble, telles la tolérance au risque, l'impulsivité, l'irritabilité, l'agressivité et l'absence de considération pour les normes sociales (American Psychiatric Association, 2013) les placent régulièrement en infraction des règles de fonctionnement des services de soins (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013). Ces éléments soulèvent de multiples questions quant aux trajectoires des individus présentant un TPA dans le système de psychiatrie légale lorsqu'ils sont trouvés non criminellement responsables (NRCTM). Les gens présentant un TPA sont de fait une forme d'anomalie dans ce système puisqu'une partie du risque qu'ils présentent provient de la structure de leur personnalité et n'est pas traitable, à ce jour, avec de la médication (Meloy et Yakeley, 2014).

## Chapitre 3 Méthodologie

La présente section détaille la méthodologie déployée pour répondre à nos questions et hypothèse de recherche. Tout d'abord, seront exposés le type de devis, l'échantillonnage, la procédure de collecte, la stratégie d'analyse et les considérations éthiques.

### 3.1 Le devis quantitatif

Une méthode quantitative était de mise afin de répondre aux questions de recherche énoncées précédemment, soit :

- Quelle est la prévalence du TPA parmi les patients NRCTM du *ROHCG*?
- Les individus NRCTM du *ROHCG* présentant un TPA demeurent-ils plus longtemps sous la supervision de la commission d'examen que les individus NRCTM du *ROHCG*?

Hypothèse : Les individus NRCTM souffrant aussi d'un TPA comorbide demeurent significativement plus longtemps sous la supervision de la commission d'examen que les individus ne souffrant pas d'un TPA comorbide.

L'analyse utilisée est une analyse de survie comparative. Ce type d'étude permet d'étudier le changement et sa situation dans le temps, en lien avec des variables pouvant influencer cette situation dans le temps (Luke, 1993). Selon Luke (1993), une analyse de survie permet une manipulation des données liées aux événements tels que situés dans le temps. Il s'agit d'un type de devis qui se prête bien aux études rétrospectives ou historiques et qui permet une visualisation simple et intuitive des résultats (Luke, 1993). Luke (1993) souligne d'ailleurs la compatibilité de la méthode avec les sciences sociales, avec en autres applications la prévention de la violence et les effets à long terme d'interventions préventives, sujets très près des intérêts de cette recherche. La comparaison de deux groupes permettra d'établir la similarité ou la différence entre deux sous-groupes de l'échantillon.

### 3.2 Échantillon

La population, comme entendue dans le cadre de la présente recherche, est composée de Canadiens ayant été trouvés non-responsables criminellement pour cause de troubles mentaux (NRCTM). La population cible est restreinte aux personnes ayant reçu un verdict de NRCTM après 1999, année

du jugement dans *Winko v. British Columbia* (1999), cause qui, comme décrit précédemment, a provoqué un tournant dans les restrictions imposées aux libertés des individus NRCTM au Canada (Latimer et Lawrence, 2006). Conséquemment, l'inclusion de données prédatant cette décision pourrait en effet causer une distorsion des données puisque les différentes commissions d'examen sont maintenant plus attentives à rendre leur liberté aux individus ne présentant plus un risque significatif pour la communauté. Ainsi, la population accessible pour la présente étude est constituée des individus ayant été patients du *ROHCG* et ayant obtenu un statut NRCTM après 1999. Cependant, des contraintes d'accès aux données ont forcé la révision de la période visée. Il s'est avéré que le département des dossiers médicaux n'avait pas de système d'index identifiant les dossiers des clients NRCTM de l'institution. L'utilisation directe des dossiers médicaux afin d'identifier les clients NRCTM aurait ainsi nécessité de passer en revue tous les dossiers médicaux du *ROHCG*, ce qui posait problème au plan éthique (accès à quantité d'information confidentielle non utile au projet) et logistique (charge de travail). La Commission ontarienne d'examen était également incapable de fournir les informations nécessaires à l'identification de l'échantillon, bien qu'il fût impossible de savoir si c'était par faute d'avoir les informations nécessaires ou qu'il n'était pas possible de les rendre disponibles pour la recherche. Finalement, les fiches de recensement mensuel des patients admis au département de psychiatrie légale du *ROHCG* ont été utilisées afin d'identifier les individus composant l'échantillon. Ces fiches sont un outil administratif servant à effectuer un suivi des individus admis sur chacune des unités de soins du *ROHCG* et des ressources utilisées. Elles comportent les informations telles que le nom de l'individu NRCTM, sa date de naissance, la date à laquelle l'individu a été jugé NRCTM, le type de crime commis, le nom du psychiatre assigné à cet individu ainsi que les dates de retour à la cour au besoin. Un nombre important de ces fiches manquaient pour les années précédant l'année 2004. L'utilisation d'informations partielles pour les années 2000 à 2004 aurait pu mener à des problèmes de validité interne, par exemple : omission d'individus ayant obtenu une libération sans condition rapidement et, à l'inverse, meilleure capture des individus ayant maintenu un statut NRCTM pendant une longue période. Pour cette raison, la décision fut prise de cibler une période où il était possible d'avoir accès à des données complètes, qui s'est avérée être à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004. La limite supérieure de la période d'échantillonnage fut établie au 31 décembre 2014 afin de laisser une période de survie suffisante pour l'analyse. Cette période de survie a été établie en considérant les résultats présentés dans le *National Trajectory Project* (Crocker, Charette, et

al., 2015) voulant que plus de 50% des individus NRCTM en Ontario soient toujours sous la supervision de la Commission ontarienne d'Examen après une période de cinq ans. Établir la fin de la période d'échantillonnage à la fin de 2014 permettait d'approcher le plus possible cette période de cinq ans entre la limite d'échantillonnage et la fin de la période d'observation, tout en maximisant la taille de l'échantillon. Il était en effet considéré important de maximiser la taille de l'échantillon puisque la prévalence du TPA était inconnue et qu'il était nécessaire de constituer un groupe suffisamment nombreux pour espérer obtenir des résultats significatifs lors de l'analyse de survie. Sous un autre angle, la décision fut prise d'inclure seulement les individus ayant un plein diagnostic de TPA pour le groupe avec TPA plutôt que d'y ajouter les individus ayant des traits de personnalité antisociale. Cette décision repose sur le désir d'établir un groupe test le plus homogène possible au bénéfice de l'analyse. L'inclusion des personnes ayant des traits de personnalité antisociale aurait introduit une plus grande hétérogénéité dans la présentation clinique du groupe avec TPA et potentiellement dilué les résultats. Le risque encouru est d'obtenir une différence de survie moins grande entre les groupes, par exemple dans le cas où la durée de survie des individus avec traits de personnalité antisociale aurait un effet sur la durée de survie du groupe contrôle. Cependant, le bénéfice possible de cette façon de procéder est d'avoir une plus grande confiance dans l'effet de la présence d'un trouble de personnalité antisociale si la durée de survie diffère significativement malgré l'inclusion des individus ayant des traits de personnalité antisociale dans le groupe contrôle.

Une autre considération qui fut retenue pour la constitution de l'échantillon était de ne conserver que les individus adultes. Bien que la situation soit rare, certains individus sont jugés NRCTM avant l'âge adulte, mais le TPA ne peut être diagnostiqué qu'à l'âge adulte. Afin d'assurer le mieux possible l'équivalence des groupes sur toutes les variables autres que celle de la présence ou absence du TPA, les individus d'âge mineur ne furent pas retenus dans l'échantillon.

L'échantillon fut donc constitué de manière non probabiliste et inclut tous les individus répondant aux critères de sélection:

- Avoir été patient NRCTM du *ROHCG* entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2014;
- Être majeur

L'échantillon obtenu était composé de 330 individus NRCTM. L'échantillon fut séparé en deux groupes selon la présence d'un diagnostic de trouble de personnalité antisociale (TPA) pour le groupe A (n=27), ou non pour le groupe B (n=303). Les individus ayant des traits de personnalité antisociale sans en avoir le plein diagnostic ont été affectés au groupe contrôle (groupe B). Chez les individus des deux groupes, un trouble de santé mentale considéré admissible à un jugement NRCTM, soit un trouble psychotique, un trouble du spectre de l'humeur, un trouble neuro-développemental, un trouble neurocognitif, un trouble de l'impulsivité ou autre, est présent. Ainsi chez tous les individus du groupe A, le TPA se présente en concomitance à un autre trouble de santé mentale.

### **3.3 Procédure de collecte**

Pour la cueillette de données, le département de recherche du *ROHCG* a été approché afin d'obtenir l'accès aux dossiers médicaux des patients NRCTM admis par l'institution au cours de la période cible. Ces dossiers furent utilisés comme source primaire d'information afin d'identifier l'échantillon selon les critères de l'étude et de déterminer la présence ou non d'un diagnostic de TPA. Les dispositions émises annuellement par la Commission ontarienne d'examen servirent quant à elles à établir la durée de survie de chaque individu de l'échantillon sous la supervision de la Commission ontarienne d'examen. Le devis de recherche peut être qualifié de devis historique avec sources primaires d'information (Gardner et Haeffele, 2018). Historique puisqu'il consiste en l'utilisation de documents afin de recueillir les données. Les sources d'information sont primaires puisque les dossiers médicaux contiennent des données brutes, qui n'ont pas déjà analysées. Un devis tel que celui utilisé comporte certains avantages pour la recherche. Il permet entre autres d'éviter tout dérangement des sujets, ne les soumettant à aucun traitement ou entrevue, simplifiant ainsi les questions éthiques. Il offre de plus la possibilité d'utiliser à nouveau le même échantillon pour des recherches futures pouvant découler de l'étude actuelle. Finalement, un tel devis se prête bien à l'évaluation de tendances (Gardner et Haeffele, 2018).

Aux fins de la collecte de données dans une perspective d'analyse de survie, certaines définitions durent être mises en place. La première concerne la date de début. Dans le cadre de cette recherche, la date de début est la date à laquelle un individu est trouvé NRCTM par la cour. Cette date fut déterminée grâce aux ordonnances émises par la Commission ontarienne d'examen, qui inclut cette information. La survie sous un statut NRCTM fut déterminée par la vérification de

l'existence d'une nouvelle disposition annuelle émise par la Commission ontarienne d'examen, en premier lieu dans les dossiers des patients et au besoin, pour les patients ayant été transférés dans un autre établissement, auprès de la Commission ontarienne d'examen elle-même. Le « décès » représente, dans le cas présent, la date d'obtention d'une ordonnance de libération sans condition, qui met fin à la supervision de l'individu par la commission d'examen. Le diagnostic de TPA fut quant à lui déterminé par la présence de ce diagnostic, parmi les diagnostics psychiatriques, dans les rapports émis par le psychiatre traitant à l'intention de la Commission ontarienne d'examen préalablement à l'audience annuelle des patients.

Voir annexe D pour le formulaire de collecte de données.

### **3.4 Stratégie d'analyse**

Une fois les données collectées deux types d'analyses furent effectuées pour répondre aux questions posées précédemment. La première est un rapport entre le nombre d'individus présentant un TPA et l'échantillon complet, afin d'établir la prévalence du TPA. Ensuite, une analyse de survie comparative entre les groupes A et B fut effectuée à l'aide d'un test du Kaplan-Meier. L'analyse de Kaplan-Meier se prête bien au type d'information souhaité dans cette recherche. Il s'agit de l'une des meilleures analyses statistiques pour l'analyse de survie « post-traitement » grâce à sa simplicité et à sa présentation graphique intuitive (Etikan et al., 2017). Elle se prête bien à de petits échantillons et est non paramétrique, ce qui en faisait une bonne candidate pour une recherche exploratoire comme celle-ci (Etikan et al., 2017; Mathew et al., 1999). Le logiciel SPSS fut utilisé afin de compiler les données et d'en faire l'analyse puisque ce logiciel est bien connu et validé par la communauté scientifique. Sa popularité en faisait un candidat de choix puisque de nombreuses ressources sont disponibles pour son utilisation et le soutien. Son utilisation facilitait ainsi les échanges avec d'autres individus aux fins de consultation.

### **3.5 Considérations éthiques**

Afin de satisfaire aux exigences des différentes institutions, le projet de recherche proposé fut soumis à deux différents comités d'éthique. Le premier est le comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais, le second est le comité d'éthique du ROHCG (annexe C). Les deux organisations adhèrent à l'Énoncé de politique des trois conseils du gouvernement canadien (Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, 2010).

Le fait que la recherche proposait d'utiliser des documents comme source d'information permit de minimiser les considérations éthiques et de les centrer autour du besoin d'assurer la confidentialité des participants. À cette fin, les fiches de cueillette de données dénominalisées furent gardées en sécurité sous clé, les renseignements recueillis furent codés et les bases de données informatiques protégées d'un mot de passe.

**Chapitre 4 Article :Prevalence and duration of supervision by Ontario Review Board of Not Criminally Responsible for reason of Mental Disorder individuals presenting with antisocial personality.**

Jean-Michel Fréchette, Stéphane Bouchard, Isabel Côté,

Université du Québec en Outaouais

Article soumis en janvier 2022 à International Journal of Forensic Mental Health.

Authors

**Jean-Michel Fréchette, Ba, (MSW candidate)<sup>1</sup>, Stéphane Bouchard, PhD<sup>2</sup>, Isabel Côté, PhD<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup> Student, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Québec, Mental Health Worker, Royal Ottawa Health Care Group, Ottawa, Ontario.

<sup>2</sup> Professor, Department of Psychology, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Québec. Researcher, Centre Intégré de Santé et des Services Sociaux de l'Outaouais, Gatineau, Québec.

<sup>3</sup> Professor, Department of Social Work, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Québec.

Correspondence: Jean-Michel Fréchette, Royal Ottawa Health Care Group, 1145 Carling Ave., Ottawa, On K1Z 7K4; [jean-michel.frechette@theroyal.ca](mailto:jean-michel.frechette@theroyal.ca)

## Abstract

This study aimed to provide more data on the prevalence of antisocial personality disorder (ASPD) amongst Not Criminally Responsible for reason of Mental Disorder (NCRMD) patients and to determine whether NCRMD individuals with ASPD remain under the supervision of the Review Board for a longer period than individuals without ASPD. The study comprised a sample of 330 NCRMD patients that have been admitted to the Royal Ottawa Health Care Group (ROHCG), for their detention, at some point of their supervision under the Ontario Review Board (ORB). Sociodemographic, medical and NCRMD information were drawn from the patient's chart, as well as Disposition Orders and Reasons as issued by the ORB responsible for determining the necessary restrictions put on NCRMD individual's liberties detained in that province. A prevalence of 8.2% of ASPD diagnosis was found. A Kaplan-Meier survival analysis also determined that within that sample, individuals with ASPD remained significantly longer ( $p < 0,002$ ) under the supervision of the ORB than individuals without ASPD. The results obtained confirmed that the prevalence of ASPD within NCRMD individuals at ROHCG is higher than in the general population but lower than amongst incarcerated individuals. Results also supported the hypothesis that NCRMD individuals with ASPD have their liberties restrained significantly longer than NCRMD individuals without ASPD.

Keywords: Antisocial Personality Disorder, Forensic Psychiatry, Not Criminally Responsible, NCRMD.

## Introduction

When individuals suffering from a mental disorder are charged with a criminal offense in Canada, the Criminal Code has provisions allowing to question the accused's responsibility in committing the crime. If the court finds that the person did commit the act or omission but was unable to appreciate the nature and quality of their actions or knowing that it was wrong, due to their disorder, then they cannot be found criminally responsible. The court will therefore issue a finding of "not criminally responsible on account of mental disorder" (NCRMD) (*Code criminel, RCS, 1985*).

Under the current legal framework in Canada, the NCRMD verdict submits the individual to the authority of a Review Board of provincial jurisdiction and mandates a psychiatric follow-up (*Code criminel, RCS, 1985; Winko c. British Columbia, 1999*). The psychiatric follow-up is meant to offer treatment for the underlying medical condition rather than punish the individual. The goal of these measures is to maintain the safety of the public and prevent re-offending by the individual through treatment of the underlying mental disorder that led to the index offense (Swain, 1991). The Review Board has the power to limit the freedom of NCRMD individuals so as to manage the risk they might present to the safety of the public. It is also responsible to reassess, on a yearly basis, whether the individual remains a significant threat to the safety of the public. If so, the Review Board can continue to impose a psychiatric follow-up and restrict the freedom of the NCRMD individual in order to mitigate that threat.

In other circumstances, someone's freedom is usually suspended for a predetermined amount of time, for example when incarcerated (Canada Act 1982, 1982). Such is not the case with the NCRMD status for which there is no set duration. The status is reviewed on an annual basis but can be prolonged indefinitely. As an example, we could imagine the case of an individual found NCRMD for aggravated assault. The restrictions to the freedom of that individual could last anywhere between a few days (if released at their first hearing) and a lifetime (if they are believed to continue to present a significant threat to the safety of the public), a range that is quite large. In Canada, the median length of

incarceration for that same type of crime, in 2013-14, was only 90 days (Statistique Canada, 2015). In contrast, NCRMD individuals are likely to have their freedoms restricted for at least one year, that is until their second ORB hearing. This difference in restricting individual freedoms for similar offenses obviously raises questions of justice and equity.

*The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada (NTP)* (Charette & al., 2015; Crocker, Charette, & al., 2015; Crocker, Nicholls, Seto, Charette, & al., 2015; Crocker, Nicholls, Seto, Côté, & al., 2015; Nicholls & al., 2015) described the trajectories of a sample of 1800 individuals found NCRMD between May 1st 2000 and April 30th 2005 (Crocker, Nicholls, Seto, Côté, & al., 2015) and under the supervision of a provincial Review Board. The NTP study found that only 10.6% of individuals in their sample were diagnosed with a personality disorder (Crocker, Nicholls, Seto, Charette, & al., 2015). Such low rates of personality disorders are not consistent with other research (Crocker & Côté, 2009; Lussier & al., 2010; Nicholls & al., 2009), which lead the authors to question the attention given to diagnosing comorbid disorders that could influence the decisions relating to treatment (Nicholls & al., 2015). On different occasions, Crocker had previously mentioned the failure to formally assess Axis II disorders in forensic settings (Crocker et al., 2011; Crocker et Côté, 2009). The NTP authors highlight the fact that “potentially important insights into treatment and management may be overlooked”(Nicholls & al., 2015) because of that. The lack of attention to personality disorders could thus impact the length of oversight by the Review Board if treatment is offered without accounting for comorbid personality disorders and their impact. Despite this, the NTP did not find a link between the presence of a personality disorder and the length of time spent under the Review Board. Another study found inconsistent effect of personality disorders on disposition orders(Crocker & al., 2014). In reading these conclusions, it is important to notice that the authors of both studies aggregated all personality disorders within the same category, which may have failed to account for the specific characteristics of some personality disorders.

If considered individually, some personality disorders might impact trajectories of individuals under the Review Board. One of them is antisocial personality disorder

(ASPD). Individuals suffering from ASPD are overrepresented both in the general forensic (Lussier & al., 2010; Nicholls & al., 2009; Ogloff & al., 2015; Shepherd & al., 2018) and in the NCRMD populations (Crocker & Côté, 2009; Haag & al., 2016). This is despite a decision by the Ontario Court of Appeal stating that personality disorders do not render someone admissible to the NCRMD status (Regina c. Simpson, 1977) which likely mitigates that prevalence in Canada's forensic psychiatry system. One explanation for that overrepresentation is that ASPD is known to be closely associated with other mental disorders both in the general population (Lenzenweger et al., 2007; Robins et al., 1991; Swanson et al., 1994; Werner et al., 2015) and in the prison population (Beaudette et Stewart, 2016; Diamond et al., 2001), and it is those comorbid mental disorders that can lead to a NCRMD finding.

If comorbidity with another mental health disorder is what allows individuals with ASPD to be found NCRMD, it is the characteristics of that personality disorder that puts them at risk of prolonged supervision in that system. ASPD's strong association with criminal behavior (Beaudette et Stewart, 2016), the presence of other typical behaviors (impulsivity, aggression, lack of regard for social norms, tolerance for risk) (American Psychiatric Association, 2000) and the absence of known, effective treatment (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013) make individuals with ASPD susceptible of presenting with a chronic risk of criminal recidivism. Given that posing a significant threat to the safety of the public is the measure by which Review Boards decide to maintain the NCRMD status of individuals, this chronic risk of criminality predisposes individuals with ASPD to remaining NCRMD for a potentially disproportionate amount of time with regards to both the actual crime leading to the NCRMD finding or the improvement to their primary mental illness. Let us remember here that one of the goals of establishing the NCRMD status is to allow for the provision of a treatment of the mental illness that led to the index offense. As such, if it was found to be linked to longer supervision by the Review Board, ASPD would be an anomaly as it does not render admissible to the NCRMD status and has no known effective treatment. It is worth noting that research conducted in the United Kingdom has already associated the presence of an ASPD diagnosis to longer admissions on both maximum and medium secure forensic psychiatric

units (Moran & al., 1999; Shah & al., 2011), but no studies have so far demonstrated that NCRMD individuals with ASPD remain under the authority of the Review Board significantly longer than individuals without ASPD. Despite this lack of empirical data, there is, in the field, an impression that NCRMD individuals presenting with ASPD end up captive of a system from which it is very difficult for them to get out. This leads to ethico-legal dilemmas where some individuals are reluctant to raise the question of criminal responsibility due to mental illness in court, for fear that an individual presenting with comorbid ASPD might remain in the penal system for an extended period of time.

The impression that individuals with ASPD remain NCRMD significantly longer than individuals without has not yet been demonstrated for individuals found NCRMD since the Winko decision in 1999 (Winko c. British Columbia, 1999). To make up for that knowledge gap as well as diverging data on the prevalence of ASPD within the NCRMD population, the current paper has two complementary objectives. The first one is to establish the prevalence of ASPD in a sample of the NCRMD population treated at ROHCG. The second objective is to compare the length of time spent under the supervision of the Ontario Review Board (ORB) by NCRMD individuals with comorbid ASPD to that of NCRMD people without ASPD within that same sample.

### **Hypothesis:**

NCRMD individuals presenting with comorbid ASPD remain under the supervision of the ORB for a significantly longer period of time than individuals not presenting with comorbid ASPD.

## **Method**

### **Research design**

The present study used a nonexperimental quantitative research design to look at a convenience sample of the NCRMD individuals that have been under the responsibility of ROHCG's forensics department, a medium secure facility deserving NCRMD patients in Eastern Ontario. Patients attached to that facility may be detained in-hospital with or

without access to the community or live in the community with various levels of independence.

### **Ethics**

This study was reviewed and approved both by the Université du Québec en Outaouais and by ROHCG's ethics board. Both organizations adhere to the Tri-Council policy statement: ethical conduct for research involving humans of the Canadian Government (2010).

### **Consent**

No consent was required to conduct the study as it was done using deidentified medical records information made available for research purposes as well as publicly available information.

### **Inclusion criteria**

The sample included adult individuals found NCRMD between January 1<sup>st</sup> 2004 and Dec. 31 2014 that have been admitted to ROHCG's forensics department at any point over that time period. This time period was selected so as to exclude individuals found Not Guilty by Reason of Insanity prior to 1977 (Regina c. Simpson, 1977) and consider the impact of the Winko (Winko c. British Columbia, 1999) decision on Review Board disposition orders. ROHCG admission data prior to 2004 had to be ignored as it was incomplete and would have led to sampling issues. The cut-off point for the survival analysis (right-censoring) was set as the date data was collected, which was August 1<sup>st</sup> 2019. The final sample to establish ASPD prevalence included 330 individuals consisting of 27 adults with ASPD and 303 non-ASPD ( $n = 303$ ).

### **Data collection**

Data was collected through a systematic review of each individual's medical chart, the Hospital's annual report to the ORB as well as their Reasons and Disposition Orders as issued yearly by the ORB. The hospital report details the information available to the treatment team such as index offense and its circumstances, basis for NCRMD finding as

well as annual progress. The Reasons explain the rationale for the ORB's decision on what restrictions need to be imposed on the individual's liberties so as to manage their risk of reoffending. The Disposition Order details the list of conditions imposed on the individual's liberties as well as the responsibilities of the facility responsible for their supervision.

### **Clinical diagnosis**

All psychiatric diagnoses were collected from the Hospital's annual report to the ORB as made by the psychiatrist working with that individual and found in the patient's chart. If diagnoses were revised over time, the most recent diagnoses available were used. Psychiatric diagnoses that can render someone admissible to a NCRMD status are considered as primary illnesses and logged into broad categories instead of specific diagnoses (Tancini et al., 2012). As they cannot lead to a NCRMD finding, diagnoses of substance use disorders and personality disorders are considered in the current study as comorbid illnesses and considered separately from the primary mental health diagnoses.

### **Legal information**

NCRMD statuses were collected from each year's ORB disposition order for each participant. Index offenses are all reported index offenses as listed in the disposition orders. As most individuals have more than one reported index offense, total percentages go over 100%.

### **Data analysis**

A *t* test was used to compare the mean age of both groups. Other socio-demographic, criminal and medical information was compared using Chi-square analyses. A Kaplan-Meier survival analysis was then used to compare groups (with and without ASPD) in order to determine the similarity or difference in duration of supervision by the ORB between those sub-groups of the sample. To establish duration of supervision by the ORB, the start date is the date at which an individual is found NCRMD by the court. The survival under the ORB consists of the period of time that the NCRMD status is maintained by the ORB. The end date is, in this case, the date the individual receives an absolute

discharge, which ends the supervision by the ORB. Participants who had not been discharged by the end of the study were identified as right-censored in the analyses. To isolate the effect of the status of ASPD from variables associated with longer ORB supervision (age, education, criminal history, substance abuse and type of offence), a hierarchical Cox regression analysis was conducted, with the aforementioned variables entered first and the ASPD status entered as a second step in the regression. All statistical analyses were done using SPSS.

## **Results**

The first information necessary to later conduct the other analyses was to determine the number of participants with ASPD. Within the sample ( $N = 330$ ) of NCRM individuals, 27 presented a diagnosis of ASPD (Group A,  $n = 27$ ) and 303 did not present that diagnosis (Group B,  $n = 303$ ) for a prevalence of ASPD of 8.2%.

### **Socio-demographic characteristics**

The study groups did present some differences. More specifically, the mean age differed as the ASPD group ( $M = 27.34$ ,  $SD = 8.79$ ) was significantly younger than the non-ASPD group ( $M = 36.70$ ,  $SD = 12.73$ ),  $t(328) = 3.74$ ,  $p < 0.001$ . The level of education achieved was also different between the two groups. In the ASPD group, no participants had an education level higher than high school completed, with the mode being an unfinished high school level. In the non-ASPD group, there were a number of participants with education levels above a high school diploma which was nonetheless the mode for that group,  $\chi^2(5, N = 305) = 16.826$ ,  $P = 0.005$ .

**Table 1***Socio-demographic characteristics*

		ASPD		$\chi^2, df, n, p$
		Yes <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)	
Gender				0.781, 1, 330, = 0.377
	Male	24 (88.9)	249 (82.2)	
	Female	3 (11.1)	54 (17.8)	
Language				0.067, 1, 330, = 0.796
	English	24 (88.9)	274 (90.4)	
	French	3 (11.1)	29 (9.6)	
Education				16.826, 5,305, = 0.005
	Sec. completed	6 (22.2)	113 (40.6)	
	CEGEP/College completed	0 (0.0)	27 (9.7)	
	University BA	0 (0.0)	26 (9.4)	
	University Master	0 (0.0)	4 (1.4)	
	University Ph.D	0 (0.0)	1 (0.4)	
	Sec, not completed	21 (77.8)	107 (38.5)	

**Table 1***Socio-demographic characteristics continued*

	ASPD		$\chi^2, df, n, p$
	Yes <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)	
Relationship status			8.703, 5, 318, = 0.122
Alone	21 (80.8)	187 (64.4)	
In a relationship	4 (15.4)	27 (9.2)	
Divorced	0 (0.0)	41 (14.0)	
Widowed	0 (0.0)	5 (1.7)	
Married	0 (0.0)	26 (8.9)	
Other	1 (3.8)	6 (2.1)	
Ethnicity			0.151, 1, 329, = 0.698
Canadian	20 (74.1)	213 (70.5)	
Non-Canadian (other)	7 (25.9)	89 (29.5)	
Residential status			5.396, 5, 300, = 0.369
Living alone	5 (18.5)	75 (27.5)	
Living with family	11 (40.7)	92 (33.7)	
Living with spouse	3 (11.1)	31 (11.4)	
Homeless / No address	6 (22.2)	44 (16.1)	
Supervised appart.	0 (0.0)	23 (8.4)	
Other	2 (7.4)	8 (2.9)	
Source of income			3.570, 5, 273, = 0.613
Job	2 (10.5)	46 (18.1)	
Supervised work	0 (0.0)	1 (0.4)	
ODSP/POSPH	6 (31.6)	113 (44.5)	
OW/QO	2 (10.5)	19 (7.5)	
Retired	2 (10.5)	21 (8.3)	
Other	7 (36.8)	54 (21.3)	

## Criminological characteristics

The types of index offense on which the participants were found NCRMD were mostly similar (see Table 1). Significant differences with ASPD were present for two types of offenses, namely property offenses and drug related offenses. The fact there are less than 5 individuals in each group for drug related offenses greatly limits the significance of the results for that category of offenses.

**Table 2**

*Types of index offenses leading to NCRMD status*

Categories of index offenses	ASPD		$\chi^2, df, n, p$
	Yes <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)	
Causing or attempting death	2 (7.4)	21 (6.9)	0.009, 1, 330, = 0.926
Sex offenses	2 (7.4)	19 (6.3)	0.054, 1, 330, = 0.817
Assaults	14 (51.9)	153 (50.5)	0.018, 1, 330, = 0.893
Deprivation of freedom	1 (3.7)	15 (5.0)	0.084, 1, 330, = 0.773
Threats	7 (25.9)	104 (34.3)	0.783, 1, 330, = 0.376
Property	15 (55.6)	107 (35.3)	4.359, 1, 330, = 0.037
Weapons	4 (14.8)	43 (14.2)	0.008, 1, 330, = 0.929
Administration of justice	8 (29.6)	112 (37.0)	0.576, 1, 330, = 0.448
Disturbing the peace	2 (7.4)	18 (5.9)	0.094, 1, 330, = 0.760
Drugs	2 (7.4)	3 (1.0)	6.842, 1, 330, = 0.009
Vehicle	0 (0)	24 (7.9)	2.306, 1, 330, = 0.129
Other offenses	1 (3.7)	19 (6.3)	0.287, 1, 330, = 0.592

The victim's relation to the NCRMD participant was not significantly correlated with the presence or absence of ASPD diagnosis. The results for the victim's relation to the NCRMD participant are presented in Table 2.

**Table 3***Type of relation with the victim*

Victim relation	ASPD		$\chi^2$ , <i>df</i> , <i>n</i> , <i>p</i>
	Yes <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)	
Professional	9 (33.3)	77 (25.4)	0.807, 1, 330, = 0.369
Family	12 (44.4)	128 (42.2)	0.049, 1, 330, = 0.825
Other	9 (33.3)	148 (48.8)	2.392, 1, 330, = 0.122
None	6 (22.2)	56 (18.5)	0.227, 1, 330, = 0.634

The groups also differed significantly on having a criminal history prior to being found NCRMD. In the ASPD group, 96.3% ( $n = 26$ ) of participants had a prior criminal history, compared to 47.5% ( $n = 144$ ) in the non-ASPD group,  $\chi^2(1, N = 314) = 24.012, p < 0.001$ .

### **Mental health characteristics**

The two groups presented no significant difference in the type of primary psychiatric diagnosis leading to the NCRMD status. The detailed results for the type of diagnosis can be consulted in Table 3.

**Table 4**

*Types of primary mental illness among participants with or without antisocial personality disorder (ASPD).*

Primary mental illness categories	ASPD		$\chi^2$ , <i>df</i> , <i>n</i> , <i>p</i>
	Yes <i>n</i> (%)	No <i>n</i> (%)	
Schizophrenia spectrum	22 (81.5)	240 (79.2)	0.078, 1, 330, = 0.780
Bipolar, Depressive, anxiety	8 (29.6)	67 (22.1)	0.798, 1, 330, = 0.372
Neurocognitive	2 (7.4)	17 (5.6)	0.148, 1, 330, = 0.701
Neurodevelopmental	6 (22.2)	40 (13.2)	1.682, 1, 330, = 0.195
Impulse control	1 (3.7)	11 (3.6)	0.000, 1, 330, = 0.984
Others	1 (3.7)	6 (2.0)	0.355, 1, 330, = 0.551

Note: Impulse control disorders are per DSM-5 disorder categories but exclude ASPD.

The groups were similar in that most participants had a history of mental illness prior to being found NCRMD. The proportions amounted to 96.3 % ( $n = 26$ ) in the ASPD group and 87.5% ( $n = 265$ ) in the non-ASPD group,  $\chi^2(1, N = 326) = 1.519, P = 0.218$ .

The groups presented a significant difference in the presence of a substance use disorder with 88.9% ( $n = 24$ ) of the ASPD group having that diagnosis where 46.9% ( $n = 142$ ) of the non-ASPD group had a similar diagnosis,  $\chi^2(1, N = 330) = 17.513, P = < 0.001$ .

### **Survival under the ORB**

The analysis was conducted with 27.1% of right-censored data for the non-ASPD participants and 70.4% for the ASPD participants. The mean duration of supervision of the ORB differed significantly between the groups. The ASPD group had a mean duration of 12.240 years ( $SD = 0.861$ ), which was significantly longer than the non-ASPD group [mean survival duration of 6.085 years;  $SD = 0.314$ ], Log Rank  $\chi^2(1, N = 330) = 20.847, P < 0.001$ , see Figure 1]. Median value for the ASPD group could not be calculated given the percentage of right-censored data.

[Insert Figure 1]

A hierarchical Cox regression analysis was conducted with the following variables entered first: age, education level, criminal history, substance abuse diagnostic, property offenses and drug charges. The regression was significant ( $X^2(6) = 32.556, P < 0.001$ , with the following variables contributed significantly to the model, in decreasing order of importance: prior criminal history, presence of a substance use disorder, and age when declared NCRMD. Including the variable ASPD as a second step in the model confirmed that the presence of an ASPD diagnostic played a statistically significant contribution over and above the variables entered at the previous step associated to a longer time under the ORB ( $X^2(1) = 11.227, P < 0.001$ ). When ASPD status was included in the model, its unique contribution was statistically significant (Wald = 8.34,  $P = .004$ ) and the only significant predictors were prior criminal history (Wald = 4.009,  $P = .013$  and a prior criminal history (Wald = 4.009,  $P = .045$ ).

### **Discussion**

The prevalence of ASPD individuals (8.2%) was low compared to that obtained in other forensic services settings (Crocker & Côté, 2009; Hodgins & al., 2007; Nicholls & al., 2009; Ogloff & al., 2015) but not unexpectedly so as the NTP had found a global prevalence for all personality disorders of 12.2% in Ontario (Crocker, Nicholls, Seto, Côté, & al., 2015). As mentioned previously, such results could be explained by the fact personality disorders by themselves do not render an individual admissible to a NCRMD finding (Regina v. Simpson, 1977), compounded with the potential lack of attention given to their diagnosis in NCRMD individuals, as advanced in the NTP and other studies (Crocker et al., 2011; Crocker et Côté, 2009; Nicholls et al., 2015).

The next element that this study wanted to look at was the duration of the supervision by the ORB. Results indicate that the ASPD group remains under the supervision of the ORB for an average time ( $M = 12.240$ ) that is twice that of the non-ASPD group ( $M = 6.085$ ). According to the hierarchical regression, this effect remains significant after controlling for other variables often associated with longer ORB supervision. This confirms the hypothesis that was presented.

Overall, the ASPD and non-ASPD groups were similar across most of their characteristics and the differences appeared where expected given the characteristics of ASPD individuals. The ASPD group presented as younger and less educated. They were found NCRMD on a significantly higher rate of property and drug offenses but also had a higher proportion of criminal history. A higher proportion of the ASPD group also had a diagnosis of concurrent substance use disorder. The fact that significant differences between groups were found in characteristics associated to ASPD could indicate a good validity of the diagnosis within the sample. While interesting, all of these results need to be interpreted with caution for a number of reasons.

### **Limitations**

Three elements need to be considered with regards to the internal validity of this study. First, the research project relied on the presence or absence of an ASPD diagnosis in the patients' medical reports to the ORB. As stated previously and mentioned by the authors of the NTP and Crocker (Crocker et al., 2011; Crocker et Côté, 2009), diagnoses of personality disorders may be under-reported for NCRMD patients as they does not hold value for the NCRMD finding (Crocker, Nicholls, Seto, Côté, & al., 2015). The second element is associated with the first argument and stem from defining ASPD based solely on existing diagnoses. ASPD status could be based on converging evidences from a clinical diagnostic and a psychometrics assessment. While using only the clinical diagnosis may not be ideal, this method had to be used due to limited time and resources available for the study, and has the benefit of better representing what is actually done in the field. A third element of caution comes from the small amount of data entering the survival analysis. In addition to these elements, consideration needs to be given to the fact that the ASPD diagnosis is also known have poor inter-rater reliability(Freedman & al., 2013), which might affect the quality of the data used in this project.

It is also worth noting that the survival analyses were done without controlling for conditions that have poor treatment prognosis (e.g.: brain injuries, neuro-degenerative illnesses, etc.) and can lead to continued supervision by the ORB. This decision was based on a need for simplicity in this initial study as well as on the absence of significant

correlation between ASPD and the different categories of mental illnesses. Controlling for various conditions and diagnoses could affect the results obtained and the interpretation reached.

In terms of external validity, the generalization of the results presented above may also be challenging. The sample considered for this study came from a medium secure facility and results may not translate well to high-secure environments. Additionally, as demonstrated in the NTP, significant inter-provincial disparities exist in the survival rate under the ORB (Crocker, Charette, & al., 2015) and could prevent generalization to other Canadian provinces or international jurisdictions.

### **Implications**

The results obtained with this study could have various levels of implications. On a clinical basis, the low and conflicting rates of diagnosed ASPD are raising questions and may indicate a need for more robust diagnosing procedures. The use of formalized diagnostic tools might help achieve this and lead to better treatment decisions based on each individual's specific needs, something that has been raised for some time now by researchers (Crocker & al., 2014). Also, the prevalence of ASPD and length of supervision by the ORB could mean that there is value in offering treatment that specifically targets individuals with ASPD or the associated behaviors, which might reduce the survival rate of that population in the NCRMD system.

At a higher level, legislative changes may need to be considered that would mitigate the prolonged and potentially unfair restrictions to the liberties of individuals with comorbid ASPD. This may be especially true in a context where ASPD does not render admissible to the NCRMD status and is not known to have any effective treatment. As a high cost, low volume service (Maden et al., 2004; Penney et al., 2019) that faces ever increasing demands (Latimer et Department of Justice, 2006; Penney et al., 2019), there may be value in reviewing whether forensic psychiatry resources are used efficiently. Some legislations use capping measures to limit the duration of the supervision of NCRMD individuals, usually based on the length of the sentence the index offence would have

carried had the person been found guilty (McSherry, 1997). Another option, maybe more relevant to individuals with ASPD, would be to require that the significant risk to the safety of the public is functionally linked to the mental disorder that rendered the person admissible to a NCRMD finding. The absence of such a connection would lead to an absolute discharge of the individual.

### **Conclusion**

The findings of this study allowed us to establish a prevalence of ASPD diagnosis within a sample of the ROHCG's NRCMD population but highlighted that efforts are required to improve the quality of the diagnosis in order to obtain increased internal validity of future research. Using formal assessment tools to establish the ASPD diagnosis might contribute to that goal. The study also supported the notion that NCRMD individuals with ASPD are experiencing significantly longer supervision time by the ORB, putting in question the fairness of such a finding for those individuals in the current state of Canadian legislation as well as its cost efficiency. Stakeholders may want to carefully consider the implications of these findings.

### **Data Access**

Given the potentially identifying nature of some of the data used in this research and its confidentiality, datasets cannot be made available.

### **Acknowledgements**

The authors want to thank Michael Seto, director of Forensic research at ROHCG for his logistical support for this research project and the ROHCG staff at the Health Records department for their invaluable help providing the necessary charts.

### **Conflicts of Interest Disclosure**

The authors declare that there is no conflict of interest.

## Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

## References

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. (DSM-III-R).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-R, vol. Washington). <https://doi.org/10.1002/jps.3080051129>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Wygant, D. B., Salekin, R. T. et Krueger, R. F. (2014). Examining the Associations Between DSM-5 Section III Antisocial Personality Disorder Traits and Psychopathy in Community and University Samples. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 675-697. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_134](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_134)
- Andrews, D. A. et Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th éd.). Anderson Publishing.
- Andrews, D. A., Guzzo, L., Raynor, P., Rowe, R. C., Rettinger, L. J., Brews, A. et Wormith, J. S. (2012). Are the Major Risk/Need Factors Predictive of Both Female and Male Reoffending? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(1), 113-133. <https://doi.org/10.1177/0306624X10395716>
- Barnao, M., Ward, T. et Robertson, P. (2015). The Good Lives Model: A New Paradigm for Forensic Mental Health. *Psychiatry, Psychology and Law*, 23(2), 288-301. <https://doi.org/10.1080/13218719.2015.1054923>
- Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C. et Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A Biology  $\times$  Sex  $\times$  Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*, 21(3), 735-770. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000418>
- Beaudette, J. N. et Stewart, L. A. (2016). National Prevalence of Mental Disorders among Incoming Canadian Male Offenders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(10), 624-632. <https://doi.org/10.1177/0706743716639929>
- Black, D. W., Baumgard, C. H., Bell, S. E. et Kao, C. (1996). Death Rates in 71 Men with Antisocial Personality Disorder. *Psychosomatics*, 37(2), 131-136. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(96\)71579-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(96)71579-7)
- Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J. et Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 22(2), 113-20. [https://doi.org/acp\\_2202e](https://doi.org/acp_2202e) [pii]

- Blackburn, R. (2007). Personality Disorder and Antisocial Deviance: Comments on the Debate on the Structure of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 142-159. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.2.142>
- Blazei, R. W., Iacono, W. G. et Krueger, R. F. (2006). Intergenerational transmission of antisocial behavior: How do kids become antisocial adults? *Applied and Preventive Psychology*, 11(4), 230-253. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2006.07.001>
- Bonta, J., Blais, J. et Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 278-287. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.014>
- Burt, S. A. (2012). How do we optimally conceptualize the heterogeneity within antisocial behavior? An argument for aggressive versus non-aggressive behavioral dimensions. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 263-279. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.006>
- Canada Act 1982. (1982). *Canadian Charter of Rights and Freedoms. Part I of the Constitution Act, 1982, being Schedule B to the Canada Act 1982.* <https://doi.org/10.3366/ajicl.2011.0005>
- Canadian Association of Social Workers. (2020). CASW Scope of Practice Statement. [https://www.casw-acts.ca/files/attachements/Scope\\_of\\_Practice\\_Statement\\_2020\\_0.pdf](https://www.casw-acts.ca/files/attachements/Scope_of_Practice_Statement_2020_0.pdf)
- Cellard, A. et Pelletier, G. (1999). La construction de l'ordre pénal au Canada, 1892-1927: approches méthodologiques et acteurs sociaux. *Déviance et société*, 23(4), 367-393. <https://doi.org/10.3406/ds.1999.1703>
- Charette, Y., Crocker, A. G., Seto, M. C., Salem, L., Nicholls, T. L. et Caulet, M. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 4: criminal recidivism. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 127-34. <https://doi.org/10.1177/070674371506000307>
- Code criminel, RCS (1985). <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-46.pdf>
- Coid, J. et Ullrich, S. (2010). Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 426-433. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.006>
- Côté, G., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Seto, M. C. (2012). Risk Assessment Instruments in Clinical Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4), 238-244. <https://doi.org/10.1177/070674371205700407>
- Crawford, M. J., Sahib, L., Bratton, H., Tyrer, P. et Davidson, K. (2009). Service provision for men with antisocial personality disorder who make contact with mental health services. *Personality and Mental Health*, 3(3), 165-171. <https://doi.org/10.1002/pmh.85>
- Crocker, A. G., Braithwaite, E., Côté, G., Nicholls, T. L. et Seto, M. C. (2011). To Detain or to Release? Correlates of Dispositions for Individuals Declared Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*,

56(5), 293-302. <https://doi.org/10.1177/070674371105600508>

- Crocker, A. G., Charette, Y., Seto, M. C., Nicholls, T. L., Côté, G. et Caulet, M. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 3: trajectories and outcomes through the forensic system. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 117-26. <https://doi.org/10.1177/070674371506000306>
- Crocker, A. G. et Côté, G. (2009). Evolving systems of care: Individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in custody of civil and forensic psychiatric services. *European Psychiatry*, 24(6), 356-364. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.008>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Charette, Y. et Seto, M. C. (2014). Dynamic and Static Factors Associated with Discharge Dispositions: The National Trajectory Project of Individuals Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder (NCRMD) in Canada. *Behavioral Sciences & the Law*, 32(5), 577-595. <https://doi.org/10.1002/bsl.2133>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G. et Caulet, M. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 2: the people behind the label. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 106-16. <https://doi.org/10.1177/070674371506000305>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Côté, G., Charette, Y. et Caulet, M. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 1: context and methods. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 98-105. <https://doi.org/10.1177/070674371506000304>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Roy, L., Marichelle, C., Brink, J., Simpson, A. I. F. et Côté, G. (2015). *Priorités de recherche à l' interface santé mentale , justice et sécurité : Un rapport multidisciplinaire Août 2015*.
- Crocker, A. G., Seto, M. C., Nicholls, T. L., Côté, G., Charette, Y. et Caulet, M. (2013). *Description and processing of individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder accused of “ serious violent offences ”*.
- DeLisi, M., Drury, A. J. et Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 92, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.04.001>
- Denomme, W. J., Curno, J. et Forth, A. (2020). Psychopathic Traits, Risk and Protective Factors, and Attractiveness in Forensic Psychiatric Patients: Their Role in Review Board Dispositions. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 20(3), 264-289. <https://doi.org/10.1080/24732850.2020.1717904>
- Diamond, P. M., Wang, E. W., Holzer, C. E., Thomas, C. et des Anges Crusier. (2001). The prevalence of mental illness in prison. *Administration and policy in mental health*,

29(1), 21-40. <https://doi.org/10.1023/a:1013164814732>

- Domingue, J.-L., Michel, S. F., Cléroux, C., Dobson, T., Fréchette, J.-M., Fusco, N., Jaroudi, L., Konecki, R., Power, D., Richardson-Brown, S., Robins, R., Stufko, T., Telford, S. et Wesley, W. (2020). Designing a forensic mental health service delivery model: a multi-professional approach. *The Journal of Forensic Practice*, 22(3), 137-147. <https://doi.org/10.1108/JFP-01-2020-0002>
- Dunbar, E. T. J., Koltz, R. L., Elliott, A. et Hurt-Avila, K. M. (2020). The Role of Clinical Supervision in Treating Clients with Antisocial Personality Disorder, 13(3). <https://doi.org/10.7729/42.1394>
- Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. (2018). Secrétariat interagences en éthique de la recherche. [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2\\_FINAL\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf)
- Etikan, I., Abubakar, S. et Alkassim, R. (2017). The Kaplan Meier Estimate in Survival Analysis. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 5(2), 55-59. <https://doi.org/10.15406/bbij.2017.05.00128>
- Fazel, S. et Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Freedman, R., Lewis, D. A., Michels, R., Pine, D. S., Schultz, S. K., Tamminga, C. A., Gabbard, G. O., Gau, S. S.-F., Javitt, D. C., Oquendo, M. A., Shrout, P. E., Vieta, E. et Yager, J. (2013). The Initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 1-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12091189>
- Gabbard, G. O. (2014). *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders. Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* (5<sup>e</sup> éd.; édité par G. O. Gabbard). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585625048>
- Gaik, L. P., Abdullah, M. C., Elias, H. et Uli, J. (2010). Development of Antisocial Behaviour. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 7(2), 383-388. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.10.052>
- Gardner, D. C. et Haeffele, L. M. (2018). *Organizing Your Social Sciences Research Paper: Types of Research Designs. D. A. Research Design in Social Research. London: SAGE.*
- Gendreau, P., Little, T. et Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34(4), 575-606.
- Glenn, A. L., Johnson, A. K. et Raine, A. (2013). Antisocial Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 427. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0427-7>
- Haag, A. M., Cheng, J. et Wirove, R. (2016a). Describing the not criminally responsible population in Alberta's history: Sociodemographic, mental health, and criminological profiles. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 1(3), 68.

<https://doi.org/10.35502/jcswb.24>

- Haag, A. M., Cheng, J. et Wirove, R. (2016b). Describing the not criminally responsible population in Alberta's history: Sociodemographic, mental health, and criminological profiles. *Journal of community safety and well-being*, 1(3).  
<https://journalcswb.ca/index.php/cswb/article/view/24/55>
- Hatchett, G. (2015). Treatment Guidelines for Clients with Antisocial Personality Disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(1), 15-27.  
<https://doi.org/10.17744/mehc.37.1.52g325w385556315>
- Hilton, N. Z., Ham, E. et Kim, S. (2022). The influence of changes in clinical factors on high-security forensic custody dispositions. *Behavioral Sciences and the Law*, (September 2021), 1-13. <https://doi.org/10.1002/bsl.2569>
- Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Freese, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., Eaves, D., Hart, S., Webster, C., Levander, S., Tuninger, E., Ross, D., Vartiainen, H. et Kronstrand, R. (2007). A comparison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(1), 65-77. <https://doi.org/10.1080/14999013.2007.10471250>
- Jacobs, P., Moffatt, J., Dewa, C. S., Nguyen, T., Zhang, T. et Lesage, A. (2014). Criminal Justice and Forensic Psychiatry Costs in Alberta, (May), 10.
- Jeandarme, I., Habets, P., Oei, T. I. et Bogaerts, S. (2016). Reconviction and revocation rates in Flanders after medium security treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.033>
- Katsiyannis, A., Whitford, D. K., Zhang, D. et Gage, N. A. (2018). Adult Recidivism in United States: A Meta-Analysis 1994–2015. *Journal of Child and Family Studies*, 27(3), 686-696. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0945-8>
- Krastins, A., Francis, A. J. P., Field, A. M. et Carr, S. N. (2014). Childhood Predictors of Adulthood Antisocial Personality Disorder Symptomatology. *Australian Psychologist*, 49(3), 142-150. <https://doi.org/10.1111/ap.12048>
- Kumari, V., Das, M., Taylor, P. J., Barkataki, I., Andrew, C., Sumich, A., Williams, S. C. R. et Ffytche, D. H. (2009). Neural and behavioural responses to threat in men with a history of serious violence and schizophrenia or antisocial personality disorder. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 47-58. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.009>
- Latimer, J. et Department of Justice. (2006). *The Review Board Systems in Canada: An Overview of Results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study*. Canada's System of Justice. [http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06\\_1/p1.html](http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06_1/p1.html)
- Latimer, J. et Lawrence, A. (2006). *Les systèmes de commissions d'examen au Canada : Survol des résultats de l'étude de la collecte de données sur les accusés atteints de troubles mentaux*. [www.justice.gc.ca/fra/rp-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr06\\_1/rr06\\_1.pdf](http://www.justice.gc.ca/fra/rp-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr06_1/rr06_1.pdf)
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. et Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological*

- Psychiatry*, 62(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Lobbestael, J. et Arntz, A. (2012). The state dependency of cognitive schemas in antisocial patients. *Psychiatry Research*, 198(3), 452-456. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.002>
- Luke, D. A. (1993). Charting the process of change: A primer on survival analysis. *American Journal of Community Psychology*, 21(2), 203-246. <https://doi.org/10.1007/BF00941622>
- Lussier, P., Verdun-Jones, S., Deslauriers-Varin, N., Nicholls, T. et Brink, J. (2010). Chronic Violent Patients in an Inpatient Psychiatric Hospital. *Criminal Justice and Behavior*, 37(1), 5-28. <https://doi.org/10.1177/0093854809347738>
- Maden, A., Williams, J., Wong, S. C. et Leis, T. A. (2004). Treating dangerous and severe personality disorder in high security: lessons from the Regional Psychiatric Centre, Saskatoon, Canada. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(3), 375-390. <https://doi.org/10.1080/1478994042000268853>
- Marsden, J., Glazebrook, C., Tully, R. et Völlm, B. (2019). Do adult males with antisocial personality disorder (with and without co-morbid psychopathy) have deficits in emotion processing and empathy? A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 48(April), 197-217. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.009>
- Mathew, A., Pandey, M. et Murthy, N. S. (1999). Survival analysis: caveats and pitfalls. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 25(3), 321-329. <https://doi.org/10.1053/ejso.1998.0650>
- McRae, L. (2013). Rehabilitating antisocial personalities: treatment through self-governance strategies. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(1), 48-70. <https://doi.org/10.1080/14789949.2012.752517>
- McSherry, B. (1997). The reformulated defence of insanity in the Australian criminal code act 1995 (Cth). *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(2), 183-197. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(97\)00002-2](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(97)00002-2)
- ministère de la Justice. (2002). *Réponse au 14e rapport du Comité permanent de la justice et des droits de la personne: Examen des dispositions du Code criminel relatives aux troubles mentaux*. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/pm-cp/rc-cr/tm-md/>
- Ministère de la Justice. (2015). *Les systèmes de commissions d'examen au Canada : Survol des résultats de l'étude de la collecte de données sur les accusés atteints de troubles mentaux*. [https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr06\\_1/p1.html](https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr06_1/p1.html)
- Moran, M. J., Fragala, M. R., Wise, B. F. et Novak, T. L. (1999). Factors Affecting Length of Stay on Maximum Security in a Forensic Psychiatric Hospital. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(3), 262-274. <https://doi.org/10.1177/0306624X99433002>
- Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34, 231-243.

- Moran, P. et Hodgins, S. (2004). The Correlates of Comorbid Antisocial Personality Disorder in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 791-802. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007132>
- Morana, H. C. P., Câmara, F. P. et Arboleda-Flórez, J. (2006). Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: Differentiation of two patterns of criminal profiles. *Forensic Science International*, 164(2-3), 98-101. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2005.12.003>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2013). Antisocial Personality Disorder The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention National Clinical Practice Guideline Number 77, (March).
- Nicholls, T. L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P. et Verdun-Jones, S. (2009a). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.11.007>
- Nicholls, T. L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P. et Verdun-Jones, S. (2009b). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.11.007>
- Nicholls, T. L., Crocker, A. G., Seto, M. C., Wilson, C. M., Charette, Y. et Côté, G. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder. Part 5: how essential are gender-specific forensic psychiatric services? *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 135-45. <https://doi.org/10.1177/070674371506000308>
- O'Donahoo, J. et Simmonds, J. G. (2016). Forensic Patients and Forensic Mental Health in Victoria: Legal Context, Clinical Pathways, and Practice Challenges. *Australian Social Work*, 69(2), 169-180. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2015.1126750>
- Ogloff, J. R. P. (2006). Psychopathy/Antisocial Personality Disorder Conundrum. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 519-528. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x>
- Ogloff, J. R. P., Talevski, D., Lemphers, A., Wood, M. et Simmons, M. (2015). Co-occurring mental illness, substance use disorders, and antisocial personality disorder among clients of forensic mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 16-23. <https://doi.org/10.1037/prj0000088>
- Paris, J. (1997). Antisocial and borderline personality disorders: Two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology? *Comprehensive Psychiatry*, 38(4), 237-242. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90032-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90032-8)
- Paris, J., Chenard-Poirier, M.-P. et Bisquin, R. (2013). Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 321-325. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.006>
- Penney, S. R., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Grimbos, T., Darby, P. L. et

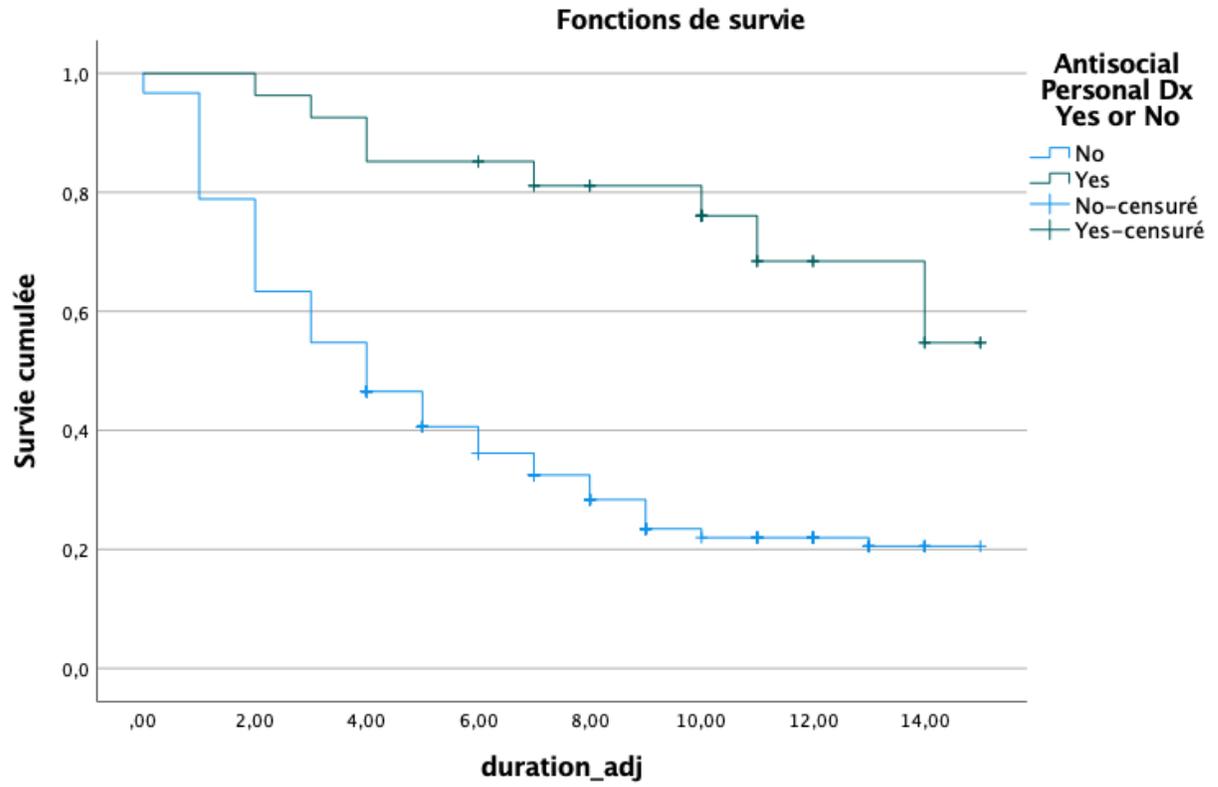
- Simpson, A. I. F. (2019). Changing characteristics of forensic psychiatric patients in Ontario: a population-based study from 1987 to 2012. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(5), 627-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1619-6>
- Pilon, M. (2002). *PRB 99-22E Mental Disorder and Canadian Criminal Law*.
- Poythress, N. G., Edens, J. F., Skeem, J. L., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S., Frick, P. J., Patrick, C. J., Epstein, M. et Wang, T. (2010). Identifying subtypes among offenders with antisocial personality disorder: A cluster-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 389-400. <https://doi.org/10.1037/a0018611>
- R. c. Cooper. (1979). R. c. Cooper. <https://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/1979/1979canlii63/1979canlii63.html>
- Regina c. Simpson. Regina c. Simpson. , CanLII 43 (1977). <http://canlii.ca/t/g1dvj>
- Reid, W. H. et Gacono, C. (2000). Treatment of antisocial personality, psychopathy, and other characterologic antisocial syndromes. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(5), 647-662. [https://doi.org/10.1002/1099-0798\(200010\)18:5<647::AID-BSL407>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1099-0798(200010)18:5<647::AID-BSL407>3.0.CO;2-O)
- Richer, K., Cheng, J. et Haag, A. M. (2018). Historical recidivism rates of Alberta's not criminally responsible population. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 3(2), 59. <https://doi.org/10.35502/jcswb.50>
- Robins, L. N., Tipp, J. et Przybeck, T. (1991). Antisocial Personality. Dans L. N. Robins et D. A. Regier (dir.), *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study* (p. 258-290). The Free Press.
- ROHCG. (s. d.). *Royal Ottawa Health Care Group*. <https://www.theroyal.ca/royal>
- Sedgwick, O., Young, S., Baumeister, D., Greer, B., Das, M. et Kumari, V. (2017). Neuropsychology and emotion processing in violent individuals with antisocial personality disorder or schizophrenia: The same or different? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(12), 1178-1197. <https://doi.org/10.1177/0004867417731525>
- Seto, M. C., Leclair, M. C., Wilson, C. M., Nicholls, T. L. et Crocker, A. G. (2018). Comparing persons found not criminally responsible on account of mental disorder for sexual offences versus nonsexual violent offences. *Journal of Sexual Aggression*, 24(2), 142-155. <https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1455475>
- Shah, A., Waldron, G., Boast, N. et Coid, J. W. (2011). Factors associated with length of admission at a medium secure forensic psychiatric unit. *J Forens Psychiat Psychol*, 22(4), 496-512. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.594902>
- Shepherd, S. M., Campbell, R. E. et Ogloff, J. R. P. (2018). Psychopathy, Antisocial Personality Disorder, and Reconviction in an Australian Sample of Forensic Patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(3), 609-628. <https://doi.org/10.1177/0306624X16653193>
- Shi, Z., Bureau, J.-F., Easterbrooks, M. A., Zhao, X. et Lyons-Ruth, K. (2012). Childhood

- maltreatment and prospectively observed quality of early care as predictors of antisocial personality disorder features. *Infant Mental Health Journal*, 33(1), 55-69. <https://doi.org/10.1002/imhj.20295>
- Sprague, J. C. (2015). *Psychopathy as a female phenotypic expression of borderline personality disorder? implications for the latent structure of emotional dysregulation*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. <http://search.ebscohost.com.proxy-ub.rug.nl/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2015-99020-395&site=ehost-live&scope=site>
- Statistics Canada. (2021). *Uniform Crime Reporting Survey (UCR)*.
- Statistique Canada. (2014). *Verdicts of not criminally responsible on account of mental disorder in adult criminal courts, 2005/2006-2011/2012*. Juristat. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2014001/article/14085-eng.htm>
- Statistique Canada. (2015). *Statistiques sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes au Canada, 2013-2014*. Juristat. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14226-fra.htm>
- Swain, R. c. R. c. Swain (1991). <https://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/1991/1991canlii104/1991canlii104.html?resultIndex=1>
- Swanson, M. C. J., Bland, R. C. et Newman, S. C. (1994). Anti social Personality Disorders. *Acta psychiatrica scandinavica*, (14), 63-70.
- Tancini, F., Wu, Y.-L., Schweizer, W. B., Gisselbrecht, J.-P., Boudon, C., Jarowski, P. D., Beels, M. T., Biaggio, I. et Diederich, F. (2012). 1,1-Dicyano-4-[4-(diethylamino)phenyl]buta-1,3-dienes: Structure-Property Relationships. *European Journal of Organic Chemistry*, 2012(14), 2756-2765. <https://doi.org/10.1002/ejoc.201200111>
- Timmerman, I. G. H. et Emmelkamp, P. M. G. (2006). The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.04.005>
- Venables, N. C., Hall, J. R. et Patrick, C. J. (2014). Differentiating psychopathy from antisocial personality disorder: A triarchic model perspective. *Psychological Medicine*, 44(5), 1005-1013. <https://doi.org/10.1017/S003329171300161X>
- Viding, E. et Larsson, H. (2007). Aetiology of antisocial behaviour. *International Congress Series*, 1304, 121-132. <https://doi.org/10.1016/j.ics.2007.07.040>
- Vitacco, M. J. et Van Rybroek, G. J. (2006). Treating Insanity Acquittes with Personality Disorders: Implementing Dialectical Behavior Therapy in a Forensic Hospital. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 6(2), 1-16. [https://doi.org/10.1300/J158v06n02\\_01](https://doi.org/10.1300/J158v06n02_01)
- Volavka, J. (2014). Comorbid Personality Disorders and Violent Behavior in Psychotic Patients. *Psychiatric Quarterly*, 85(1), 65-78. <https://doi.org/10.1007/s11126-013->

- Volkert, J., Gablonski, T.-C. et Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Wall, T. D., Wygant, D. B. et Sellbom, M. (2015). Boldness Explains a Key Difference Between Psychopathy and Antisocial Personality Disorder. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22(1), 94-105. <https://doi.org/10.1080/13218719.2014.919627>
- Werner, K. B., Few, L. R. et Bucholz, K. K. (2015). Epidemiology, Comorbidity, and Behavioral Genetics of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy. *Psychiatric Annals*, 45(4), 195-199. <https://doi.org/10.3928/00485713-20150401-08>
- Wilson, C. M., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Charette, Y. et Seto, M. C. (2015). The Use of Risk and Need Factors in Forensic Mental Health Decision-Making and the Role of Gender and Index Offense Severity. *Behavioral Sciences & the Law*, 33(1), 19-38.  
<https://doi.org/10.1002/bsl.2162>
- Winko c. British Columbia. Winko c. Colombie-Britannique (Forensic Psychiatric Institute), [1999] 2 SCR 625, 1999 CanLII 694 (SCC) (1999).  
<https://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/1999/1999canlii694/1999canlii694.html?resultIndex=1>

Figure 1

*Proportion of individuals still under supervision of the ORB after NCRMD verdict*



## Conclusion

Les résultats obtenus dans le cadre de l'étude présentée ici sont en cohérence avec les connaissances scientifiques actuelles. Les groupes avec TPA et sans TPA s'avèrent généralement semblables, mais présentent des différences qui sont en lien avec les caractéristiques connues du TPA. Ainsi, le groupe avec TPA est plus jeune, moins éduqué, présente un passé criminel plus important, impliquant plus de crimes contre la propriété ou liés à la drogue, et présente aussi significativement plus de troubles d'abus de substance. Toutes ces caractéristiques sont des caractéristiques établies des individus présentant un TPA (Tancini et al., 2012), suggérant que le groupe avec TPA est adéquatement constitué.

La première question de l'étude visait à établir la prévalence du trouble de personnalité antisociale parmi les individus NRCTM traités au ROHCG. Les résultats obtenus indiquent que la prévalence du TPA dans l'échantillon étudié est de 8,2%. Ce résultat est cohérent avec les connaissances existantes suggérant une surreprésentation par rapport à la prévalence dans la population générale, qui est de 3% (American Psychiatric Association, 2013; Volkert et al., 2018). Il est aussi cohérent avec la prévalence des troubles de personnalité dans la population NRCTM de l'Ontario établie à 10,6% dans l'étude du NTP (Crocker, Nicholls, Seto, Charette, et al., 2015). Cette prévalence demeure cependant faible lorsque comparée à la prévalence du TPA en milieu carcéral canadien située près de 35% (Beaudette et Stewart, 2016; Black et al., 2010) ou aux résultats obtenus par d'autres études sur des populations NRCTM et allant de 15,1% à 43,1% (Crocker et Côté, 2009; Haag et al., 2016a; Hodgins et al., 2007; Nicholls et al., 2009a; Ogloff et al., 2015). Il est possible que ceci témoigne de l'efficacité du processus d'évaluation de la responsabilité criminelle et d'un système judiciaire appliquant bien la jurisprudence établie dans la cause de Regina v. Simpson (1977, 1142 ONCA). À l'opposé, il est possible que ces résultats confirment le manque d'attention aux troubles comorbides mentionné dans d'autres études (Crocker et al., 2011; Crocker, Charette, et al., 2015; Crocker et Côté, 2009). Il est également possible que les individus présentant un TPA comorbide à un autre trouble psychiatrique tendent à être plus souvent trouvés criminellement responsables, par exemple si les caractéristiques du TPA sont plus en évidence que les symptômes d'un autre trouble psychiatrique. Finalement, il faut considérer la composition de l'échantillon utilisé pour l'étude présentée ici et qui provient d'un milieu

à sécurité moyenne. Il pourrait s'avérer qu'une plus grande proportion d'individus NRCTM ayant un TPA soient détenus dans des institutions à sécurité maximum à cause des difficultés de gestion qu'ils présentent (M. J. Moran et al., 1999; P. Moran et Hodgins, 2004; Shah et al., 2011). De futures études pourraient se pencher sur ces questions et dresser un portrait plus global de la prévalence du TPA chez les individus NRCTM.

La seconde question de l'étude visait à vérifier si les personnes NRCTM ayant un TPA demeurent sous la supervision de la Commission ontarienne d'examen pour une durée plus longue que les individus n'ayant pas ce trouble. Les résultats indiquent qu'en effet, la présence d'un TPA chez les individus NRCTM de l'échantillon est liée à une durée médiane de supervision supérieure au double de celle des individus NRCTM n'ayant pas de TPA. Ce résultat vient soutenir l'intuition de cliniciens qui supposaient l'existence de cette disparité avant qu'elle ne puisse être démontrée. La recherche effectuée ici ne permet malheureusement pas d'identifier les éléments considérés par la commission d'examen et qui conduisent à une durée supérieure de la supervision des individus présentant un TPA. Quelques explications sont toutefois envisageables. En effet, les groupes avec TPA et sans TPA diffèrent de façon significative au niveau de l'historique criminel, le groupe avec TPA ayant significativement plus d'historiques criminels que le groupe sans TPA. Un plus grand historique de criminalité a été associé à une plus longue durée du statut NRCTM (Crocker, Charette, et al., 2015). Il est également possible que les individus ayant un TPA aient plus de difficultés comportementales dues aux caractéristiques inhérentes au trouble (impulsivité, agressivité et non-respect des normes sociales) pendant leur supervision, menant ainsi à une perception d'un risque plus élevé pour la société lorsque leur progression annuelle est présentée à la commission d'examen. Finalement, notons que le groupe avec TPA présente significativement plus de troubles d'abus de substances que le groupe sans TPA. Il est possible que les troubles d'abus de substance influencent également la perception du risque posé par les individus NRCTM. Tous les facteurs énumérés précédemment sont liés au TPA et constituent des facteurs de risque de récidive empiriquement validés. En ce sens, la commission d'examen remplit son mandat de prévention de la récidive malgré une méthode d'évaluation du risque laissant place à amélioration. Toutefois, la question de la justice pour les individus jugés NRCTM ayant un TPA demeure. En effet, rappelons que le statut NRCTM entraîne une « surveillance visant à rétablir la santé mentale » (ministère de la

Justice, 2002, Recommandation 14). Comme présenté précédemment, le TPA est, à ce jour, une condition qui n'a pas de traitement efficace connu. La commission se trouve ainsi mise dans une position intenable ou elle limite les libertés de certains individus de façon préventive sans avoir de traitement à leur offrir. Pour cette raison, il pourrait s'avérer nécessaire de revoir la législation actuelle afin de limiter la portée d'une telle intervention préventive.

## **Limites de la recherche**

Les résultats de la recherche avec l'échantillon proposé ont permis d'obtenir un portrait des trajectoires d'un groupe d'individus NRCTM, ayant un TPA ou non, sous la Commission ontarienne d'examen. Il faut toutefois être prudent avant généraliser ces résultats et bien considérer les limites de la recherche effectuée.

La validité interne constitue une des limites de la présente recherche. Au *ROHCG*, la pratique était jusqu'à tout récemment que le psychiatre établisse le diagnostic sur la base d'une impression clinique. Cette dernière est construite à partir d'entrevues non-structurées et d'informations venant de sources collatérales (rapports de police, famille, etc.). De fait, les diagnostics sont moins robustes que s'ils avaient été systématiquement obtenus à partir d'outils standardisés. Des changements sont en cours à ce niveau et la pratique s'oriente progressivement vers l'utilisation d'outils standardisés tels que l'Entrevue Clinique Structurée pour le DSM-IV (SCID-II) ou pour le DSM 5 (SCID-5-PD) par les psychologues de l'établissement, et ce afin d'établir des diagnostics plus robustes et complets.

L'utilisation de données historiques chez la population NRCTM comporte aussi des inconvénients spécifiques à considérer pour la validité interne. Les articles de Crocker, Charette, Seto, Nicholls, *et al.* (2015) ainsi que de Crocker & Côté (2009) ont déjà mentionné que les diagnostics secondaires des individus NRCTM ne sont pas toujours établis puisqu'ils n'ont pas d'impact sur le verdict NRCTM. Ainsi, les différents troubles de la personnalité, dont le TPA, sont potentiellement sous-diagnostiqués chez les individus NRCTM. L'utilisation de la documentation existante pour effectuer la collecte de données expose la recherche à ce manque d'attention. L'alternative souhaitable aurait été de procéder à une évaluation diagnostique formelle de chaque individu, et ce à l'aide d'un outil standardisé, afin d'établir les diagnostics de chaque individu. Dans un ordre d'idée semblable, rappelons

que le diagnostic de trouble de personnalité antisociale comporte une forte variabilité interjuge (Freedman et al., 2013). Cette variabilité limite elle aussi la validité des diagnostics utilisés pour cette recherche et limite donc sa validité interne.

Il est aussi pertinent de noter que l'analyse des données a été faite sans contrôler l'effet de certaines conditions qui pourraient avoir un impact sur les résultats. Par souci d'obtenir un échantillon suffisant et des groupes permettant l'analyse, le choix a été fait de ne pas éliminer les individus souffrant de conditions qui peuvent avoir une influence sur la durée de leur supervision par la Commission d'examen. Notons à titre d'exemple les troubles neurocognitifs et neuro-développementaux. Dans ces deux cas, il est peu probable qu'un traitement médical ou pharmacologique puisse modifier positivement le risque d'agir criminel des individus en souffrant. Certains d'entre eux conservent donc un statut NRCTM pour une durée prolongée, voire à vie, augmentant ainsi les valeurs de survie telles qu'étudiées ici. En lumière du fait qu'aucun lien significatif n'a été établi entre le type de diagnostic primaire et la présence du trouble de personnalité antisociale, il est possible de croire que le fait de contrôler pour ces conditions aurait possiblement un effet neutre ou pourrait augmenter l'écart de la durée de survie entre les personnes ayant un TPA et les personnes n'ayant pas ce trouble. De futures recherches à plus grande échelle bénéficieraient certainement de contrôler l'effet de telles conditions.

Une autre limite à la validité interne des résultats de cette recherche vient des difficultés à identifier l'échantillon. Comme abordé dans la section touchant à la méthodologie, l'absence d'un système d'index ou d'identification des dossiers de patients NRCTM au département des dossiers médicaux a forcé l'utilisation de données de recensement moins fiables, soit les registres mensuels d'admission. Ces derniers subissent plus de manipulations et sont plus susceptibles aux erreurs que les dossiers médicaux. Aussi, ils ne permettent pas de capturer dans l'échantillonnage les patients qui n'auraient jamais dû être admis à l'hôpital. Il est donc possible qu'il manque un certain nombre d'individus dans l'échantillon.

La validité externe des résultats comporte également des limites à noter. La première de ces limites vient du fait que les données ne portent que sur un échantillon limité et non probabiliste de la population NRCTM. L'échantillon provient d'une seule institution à niveau de sécurité moyen, limité à la province de l'Ontario. Les résultats pourraient différer si

l'échantillon incluait des individus d'une institution à sécurité maximale. Différents scénarios peuvent être envisagés. Un d'entre eux est que la prévalence de troubles de personnalité antisociale pourrait être différente. Comme mentionné précédemment, les individus souffrant d'un trouble de personnalité antisociale présentent souvent des difficultés lorsque soumis aux règles d'une unité de soins (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013). Il est ainsi possible qu'une plus grande proportion d'entre eux doive être admise dans un environnement à niveau de sécurité plus élevé afin de mieux gérer ces difficultés comportementales. Il est aussi possible que la durée de supervision par la Commission d'examen des individus admis dans des institutions à sécurité maximale diffère de celle des individus dans les unités à sécurité moyenne. Il est aisé de comprendre que les individus nécessitant d'être détenus dans une institution à niveau de sécurité maximal sont perçus comme représentant un plus grand risque pour la société que les individus détenus dans une institution à niveau de sécurité moyen. De fait, la différence entre la durée de supervision pour les individus avec personnalité antisociale et celle des individus n'ayant pas ce trouble ne serait peut-être pas significative si la comparaison était faite à l'aide d'un échantillon provenant d'une institution à niveau de sécurité plus élevé.

Une autre des limites à la généralisation est due aux disparités interprovinciales dans les dispositions émises par les différentes commissions d'examen et les trajectoires des individus NRCTM comme souligné dans l'étude NTP (Crocker, Charette *et al.*, 2015). Comme les trajectoires des individus NRCTM diffèrent significativement entre provinces, les résultats obtenus à l'aide d'un échantillon purement d'origine ontarienne ne sont pas généralisables aux autres provinces et territoires canadiens. Pour cette raison, il faut également noter qu'il n'existe présentement pas de comparatif quant à la durée du statut NRCTM d'individus ayant un TPA comorbide à un autre trouble psychiatrique dans la population canadienne. Ainsi, la présente étude comporte des limites quant à sa validité externe et la possibilité de généraliser les résultats à des populations différentes.

Malgré les limites identifiées précédemment, la présente recherche offre des résultats significatifs nouveaux qui méritent l'attention des acteurs du milieu de la psychiatrie légale.

À défaut d'offrir toutes les réponses aux nombreuses questions qui en découlent, la recherche présentée offre son lot d'apports à considérer. Au niveau scientifique, ce projet de recherche

contribue à l'augmentation des connaissances et offre un meilleur portrait de la population NRCTM du ROHCG. Dans la continuité du travail effectué pour établir un modèle de services (Domingue et al., 2020), les données obtenues permettront d'éclairer des décisions cliniques ainsi que les pratiques du ROHCG visant les patients NRCTM. Plusieurs intervenants du programme de psychiatrie légale du ROHCG souhaitent qu'un programme thérapeutique adapté soit mis en place pour les individus NRCTM ayant un TPA. Les propositions à cet effet ont jusqu'à présent été rejetées faute d'informations pertinentes sur le besoin réel d'un tel programme. Les résultats présentés indiquent une prévalence de 8,2 % d'individus présentant un TPA, mais ils indiquent aussi, et peut-être surtout, que ces individus demeurent significativement plus longtemps sous la supervision de la Commission d'examen (et donc du ROHCG) que les individus n'ayant pas ce trouble. Ceci indique que la décision d'offrir ou non un programme de traitement à cette population doit être prise non seulement sur la base de la prévalence du trouble de TPA parmi les individus NRCTM, mais également sur la base de la durée de la supervision qu'ils nécessitent. Il pourrait s'avérer qu'un programme permettant de réduire la durée de la supervision des individus NRCTM présentant un TPA est justifié au niveau des coûts et bénéfiques pour le programme en plus de l'être au bénéfice des individus ciblés par le programme lui-même.

L'apport potentiel le plus important du projet de recherche réalisé et des résultats obtenus est probablement au niveau de la justice, des droits et des libertés. Les résultats présentés démontrent qu'un sous-groupe de la population NRCTM est affecté de façon disproportionnée par les restrictions imposées à leur liberté. Ceci pose un dilemme éthique et légal, principalement en regard du fait que la caractéristique liée à cette différence, la présence d'un TPA, ne rend pas ces individus admissibles au statut NRCTM et n'a pas de traitement efficace connu. Ce déséquilibre a bien entendu un coût individuel pour les personnes affectées, mais aussi social. En effet, les services psychiatriques et de supervision qui sont associés à un statut NRCTM ont un coût élevé pour la société et sont peu accessibles (Jacobs et al., 2014; Maden et al., 2004), en plus de faire face à une demande croissante (Latimer et Lawrence, 2006; Penney et al., 2019)

Les apports du présent projet s'inscrivent à de multiples niveaux dans les visées du travail social, soit dans : le développement des connaissances, les services cliniques, le respect de la

dignité et la recherche de justice sociale (Canadian Association of Social Workers, 2020). En ce sens, cette recherche identifie ce qui pourrait s'avérer une injustice envers les individus NRCTM présentant un TPA et supporte la demande d'une offre de service appropriée à ce sous-groupe de la population NRCTM.

Les résultats peuvent aussi permettre de soulever la pertinence d'une révision de la loi qui encadre le statut NCRMT. La constitutionnalité de la loi pourrait être mise en question devant les tribunaux, ou le parlement pourrait proposer un amendement tel que celui recommandé et ensuite abrogé en 2002 suggérant d'imposer une limite à la durée du statut NCRMT (ministère de la Justice, 2002). La proposition pourrait s'inspirer des solutions offertes dans d'autres juridictions pour limiter la durée des restrictions imposées aux libertés (McSherry, 1997; O'Donahoo et Simmonds, 2016).

En attendant, il serait souhaitable de poursuivre la recherche sur le parcours des individus ayant un TPA et qui sont trouvés NCRMT dans différents contextes au pays. Les recherches à venir devraient considérer pallier les limites du présent projet afin d'étoffer la robustesse des résultats obtenus. L'utilisation d'un échantillon plus grand, constitué à travers les différentes provinces et territoires, incluant les différents niveaux de sécurité des institutions est souhaitable. De même, l'utilisation d'outils diagnostiques standardisés pour établir les troubles dont souffrent les individus ainsi que le contrôle pour d'autres conditions pouvant affecter la durée de supervision par la Commission d'examen seraient bénéfiques.

## Liste des références

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. (DSM-III-R).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-R, vol. Washington).  
<https://doi.org/10.1002/jps.3080051129>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth). American Psychiatric Association.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Wygant, D. B., Salekin, R. T. et Krueger, R. F. (2014). Examining the Associations Between DSM-5 Section III Antisocial Personality Disorder Traits and Psychopathy in Community and University Samples. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 675-697. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_134](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_134)
- Andrews, D. A. et Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th éd.). Anderson Publishing.
- Andrews, D. A., Guzzo, L., Raynor, P., Rowe, R. C., Rettinger, L. J., Brews, A. et Wormith, J. S. (2012). Are the Major Risk/Need Factors Predictive of Both Female and Male Reoffending? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(1), 113-133. <https://doi.org/10.1177/0306624X10395716>
- Barnao, M., Ward, T. et Robertson, P. (2015). The Good Lives Model: A New Paradigm for Forensic Mental Health. *Psychiatry, Psychology and Law*, 23(2), 288-301.  
<https://doi.org/10.1080/13218719.2015.1054923>
- Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C. et Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A Biology  $\times$  Sex  $\times$  Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*, 21(3), 735-770. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000418>
- Beaudette, J. N. et Stewart, L. A. (2016). National Prevalence of Mental Disorders among Incoming Canadian Male Offenders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(10), 624-632. <https://doi.org/10.1177/0706743716639929>
- Black, D. W., Baumgard, C. H., Bell, S. E. et Kao, C. (1996). Death Rates in 71 Men with Antisocial Personality Disorder. *Psychosomatics*, 37(2), 131-136.  
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(96\)71579-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(96)71579-7)
- Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J. et Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 22(2), 113-20. [https://doi.org/acp\\_2202e](https://doi.org/acp_2202e) [pii]

- Blackburn, R. (2007). Personality Disorder and Antisocial Deviance: Comments on the Debate on the Structure of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 142-159. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.2.142>
- Blazei, R. W., Iacono, W. G. et Krueger, R. F. (2006). Intergenerational transmission of antisocial behavior: How do kids become antisocial adults? *Applied and Preventive Psychology*, 11(4), 230-253. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2006.07.001>
- Bonta, J., Blais, J. et Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 278-287. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.014>
- Burt, S. A. (2012). How do we optimally conceptualize the heterogeneity within antisocial behavior? An argument for aggressive versus non-aggressive behavioral dimensions. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 263-279. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.006>
- Canada Act 1982. (1982). *Canadian Charter of Rights and Freedoms. Part I of the Constitution Act, 1982, being Schedule B to the Canada Act 1982.* <https://doi.org/10.3366/ajicl.2011.0005>
- Canadian Association of Social Workers. (2020). CASW Scope of Practice Statement. [https://www.casw-acts.ca/files/attachements/Scope\\_of\\_Practice\\_Statement\\_2020\\_0.pdf](https://www.casw-acts.ca/files/attachements/Scope_of_Practice_Statement_2020_0.pdf)
- Cellard, A. et Pelletier, G. (1999). La construction de l'ordre pénal au Canada, 1892-1927: approches méthodologiques et acteurs sociaux. *Déviance et société*, 23(4), 367-393. <https://doi.org/10.3406/ds.1999.1703>
- Charette, Y., Crocker, A. G., Seto, M. C., Salem, L., Nicholls, T. L. et Caulet, M. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 4: criminal recidivism. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 127-34. <https://doi.org/10.1177/070674371506000307>
- Code criminel, RCS (1985). <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-46.pdf>
- Coid, J. et Ullrich, S. (2010). Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 426-433. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.006>
- Côté, G., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Seto, M. C. (2012). Risk Assessment Instruments in Clinical Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4), 238-244. <https://doi.org/10.1177/070674371205700407>
- Crawford, M. J., Sahib, L., Bratton, H., Tyrer, P. et Davidson, K. (2009). Service provision for men with antisocial personality disorder who make contact with mental health services. *Personality and Mental Health*, 3(3), 165-171. <https://doi.org/10.1002/pmh.85>

- Crocker, A. G., Braithwaite, E., Côté, G., Nicholls, T. L. et Seto, M. C. (2011). To Detain or to Release? Correlates of Dispositions for Individuals Declared Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 293-302. <https://doi.org/10.1177/070674371105600508>
- Crocker, A. G., Charette, Y., Seto, M. C., Nicholls, T. L., Côté, G. et Caulet, M. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 3: trajectories and outcomes through the forensic system. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 117-26. <https://doi.org/10.1177/070674371506000306>
- Crocker, A. G. et Côté, G. (2009). Evolving systems of care: Individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in custody of civil and forensic psychiatric services. *European Psychiatry*, 24(6), 356-364. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.008>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Charette, Y. et Seto, M. C. (2014). Dynamic and Static Factors Associated with Discharge Dispositions: The National Trajectory Project of Individuals Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder (NCRMD) in Canada. *Behavioral Sciences & the Law*, 32(5), 577-595. <https://doi.org/10.1002/bsl.2133>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Charette, Y., Côté, G. et Caulet, M. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 2: the people behind the label. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 106-16. <https://doi.org/10.1177/070674371506000305>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Côté, G., Charette, Y. et Caulet, M. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 1: context and methods. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 98-105. <https://doi.org/10.1177/070674371506000304>
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Roy, L., Marichelle, C., Brink, J., Simpson, A. I. F. et Côté, G. (2015). *Priorités de recherche à l'interface santé mentale, justice et sécurité : Un rapport multidisciplinaire Août 2015*.
- Crocker, A. G., Seto, M. C., Nicholls, T. L., Côté, G., Charette, Y. et Caulet, M. (2013). *Description and processing of individuals found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder accused of "serious violent offences"*.
- DeLisi, M., Drury, A. J. et Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 92, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.04.001>
- Denomme, W. J., Curno, J. et Forth, A. (2020). Psychopathic Traits, Risk and Protective Factors, and Attractiveness in Forensic Psychiatric Patients: Their Role in Review

- Board Dispositions. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 20(3), 264-289. <https://doi.org/10.1080/24732850.2020.1717904>
- Diamond, P. M., Wang, E. W., Holzer, C. E., Thomas, C. et des Anges Crusier. (2001). The prevalence of mental illness in prison. *Administration and policy in mental health*, 29(1), 21-40. <https://doi.org/10.1023/a:1013164814732>
- Domingue, J.-L., Michel, S. F., Cléroux, C., Dobson, T., Fréchette, J.-M., Fusco, N., Jaroudi, L., Konecki, R., Power, D., Richardson-Brown, S., Robins, R., Stufko, T., Telford, S. et Wesley, W. (2020). Designing a forensic mental health service delivery model: a multi-professional approach. *The Journal of Forensic Practice*, 22(3), 137-147. <https://doi.org/10.1108/JFP-01-2020-0002>
- Dunbar, E. T. J., Koltz, R. L., Elliott, A. et Hurt-Avila, K. M. (2020). The Role of Clinical Supervision in Treating Clients with Antisocial Personality Disorder, 13(3). <https://doi.org/10.7729/42.1394>
- Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. (2018). Secretariat interagences en éthique de la recherche. [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2\\_FINAL\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf)
- Etikan, I., Abubakar, S. et Alkassim, R. (2017). The Kaplan Meier Estimate in Survival Analysis. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 5(2), 55-59. <https://doi.org/10.15406/bbij.2017.05.00128>
- Fazel, S. et Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Freedman, R., Lewis, D. A., Michels, R., Pine, D. S., Schultz, S. K., Tamminga, C. A., Gabbard, G. O., Gau, S. S.-F., Javitt, D. C., Oquendo, M. A., Shrout, P. E., Vieta, E. et Yager, J. (2013). The Initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 1-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12091189>
- Gabbard, G. O. (2014). *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders. Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* (5<sup>e</sup> éd.; édité par G. O. Gabbard). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585625048>
- Gaik, L. P., Abdullah, M. C., Elias, H. et Uli, J. (2010). Development of Antisocial Behaviour. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 7(2), 383-388. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.10.052>
- Gardner, D. C. et Haeffele, L. M. (2018). *Organizing Your Social Sciences Research Paper: Types of Research Designs. D. A. Research Design in Social Research. London: SAGE.*
- Gendreau, P., Little, T. et Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34(4), 575-606.

- Glenn, A. L., Johnson, A. K. et Raine, A. (2013). Antisocial Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 427. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0427-7>
- Haag, A. M., Cheng, J. et Wirove, R. (2016a). Describing the not criminally responsible population in Alberta's history: Sociodemographic, mental health, and criminological profiles. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 1(3), 68. <https://doi.org/10.35502/jcswb.24>
- Haag, A. M., Cheng, J. et Wirove, R. (2016b). Describing the not criminally responsible population in Alberta's history: Sociodemographic, mental health, and criminological profiles. *Journal of community safety and well-being*, 1(3). <https://journalcswb.ca/index.php/cswb/article/view/24/55>
- Hatchett, G. (2015). Treatment Guidelines for Clients with Antisocial Personality Disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(1), 15-27. <https://doi.org/10.17744/mehc.37.1.52g325w385556315>
- Hilton, N. Z., Ham, E. et Kim, S. (2022). The influence of changes in clinical factors on high-security forensic custody dispositions. *Behavioral Sciences and the Law*, (September 2021), 1-13. <https://doi.org/10.1002/bsl.2569>
- Hodgins, S., Muller-Isberner, R., Freese, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., Eaves, D., Hart, S., Webster, C., Levander, S., Tuninger, E., Ross, D., Vartiainen, H. et Kronstrand, R. (2007). A comparison of general adult and forensic patients with schizophrenia living in the community. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(1), 65-77. <https://doi.org/10.1080/14999013.2007.10471250>
- Jacobs, P., Moffatt, J., Dewa, C. S., Nguyen, T., Zhang, T. et Lesage, A. (2014). Criminal Justice and Forensic Psychiatry Costs in Alberta, (May), 10.
- Jeandarme, I., Habets, P., Oei, T. I. et Bogaerts, S. (2016). Reconviction and revocation rates in Flanders after medium security treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.033>
- Katsiyannis, A., Whitford, D. K., Zhang, D. et Gage, N. A. (2018). Adult Recidivism in United States: A Meta-Analysis 1994–2015. *Journal of Child and Family Studies*, 27(3), 686-696. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0945-8>
- Krastins, A., Francis, A. J. P., Field, A. M. et Carr, S. N. (2014). Childhood Predictors of Adulthood Antisocial Personality Disorder Symptomatology. *Australian Psychologist*, 49(3), 142-150. <https://doi.org/10.1111/ap.12048>
- Kumari, V., Das, M., Taylor, P. J., Barkataki, I., Andrew, C., Sumich, A., Williams, S. C. R. et Ffytche, D. H. (2009). Neural and behavioural responses to threat in men with a history of serious violence and schizophrenia or antisocial personality disorder. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 47-58. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.009>
- Latimer, J. et Department of Justice. (2006). *The Review Board Systems in Canada: An Overview of Results from the Mentally Disordered Accused Data Collection Study*.

- Canada's System of Justice. [http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06\\_1/p1.html](http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/csj-sjc/jsp-sjp/rr06_1/p1.html)
- Latimer, J. et Lawrence, A. (2006). *Les systèmes de commissions d'examen au Canada : Survol des résultats de l'étude de la collecte de données sur les accusés atteints de troubles mentaux*. [www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/jsp-jsp/rr06\\_1/rr06\\_1.pdf](http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/jsp-jsp/rr06_1/rr06_1.pdf)
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. et Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Lobbestael, J. et Arntz, A. (2012). The state dependency of cognitive schemas in antisocial patients. *Psychiatry Research*, 198(3), 452-456. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.002>
- Luke, D. A. (1993). Charting the process of change: A primer on survival analysis. *American Journal of Community Psychology*, 21(2), 203-246. <https://doi.org/10.1007/BF00941622>
- Lussier, P., Verdun-Jones, S., Deslauriers-Varin, N., Nicholls, T. et Brink, J. (2010). Chronic Violent Patients in an Inpatient Psychiatric Hospital. *Criminal Justice and Behavior*, 37(1), 5-28. <https://doi.org/10.1177/0093854809347738>
- Maden, A., Williams, J., Wong, S. C. et Leis, T. A. (2004). Treating dangerous and severe personality disorder in high security: lessons from the Regional Psychiatric Centre, Saskatoon, Canada. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(3), 375-390. <https://doi.org/10.1080/1478994042000268853>
- Marsden, J., Glazebrook, C., Tully, R. et Völlm, B. (2019). Do adult males with antisocial personality disorder (with and without co-morbid psychopathy) have deficits in emotion processing and empathy? A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 48(April), 197-217. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.009>
- Mathew, A., Pandey, M. et Murthy, N. S. (1999). Survival analysis: caveats and pitfalls. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 25(3), 321-329. <https://doi.org/10.1053/ejso.1998.0650>
- McRae, L. (2013). Rehabilitating antisocial personalities: treatment through self-governance strategies. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(1), 48-70. <https://doi.org/10.1080/14789949.2012.752517>
- McSherry, B. (1997). The reformulated defence of insanity in the Australian criminal code act 1995 (Cth). *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(2), 183-197. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(97\)00002-2](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(97)00002-2)
- ministère de la Justice. (2002). *Réponse au 14e rapport du Comité permanent de la justice et des droits de la personne: Examen des dispositions du Code criminel relatives aux troubles mentaux*. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/pm-cp/rc-cr/tm-md/>

- Ministère de la Justice. (2015). *Les systèmes de commissions d'examen au Canada : Survol des résultats de l'étude de la collecte de données sur les accusés atteints de troubles mentaux*. [https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr06\\_1/p1.html](https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/rr06_1/p1.html)
- Moran, M. J., Fragala, M. R., Wise, B. F. et Novak, T. L. (1999). Factors Affecting Length of Stay on Maximum Security in a Forensic Psychiatric Hospital. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(3), 262-274. <https://doi.org/10.1177/0306624X99433002>
- Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34, 231-243.
- Moran, P. et Hodgins, S. (2004). The Correlates of Comorbid Antisocial Personality Disorder in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 791-802. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007132>
- Morana, H. C. P., Câmara, F. P. et Arboleda-Flórez, J. (2006). Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: Differentiation of two patterns of criminal profiles. *Forensic Science International*, 164(2-3), 98-101. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2005.12.003>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2013). Antisocial Personality Disorder The NICE Guideline on Treatment, Management and Prevention National Clinical Practice Guideline Number 77, (March).
- Nicholls, T. L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P. et Verdun-Jones, S. (2009a). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.11.007>
- Nicholls, T. L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P. et Verdun-Jones, S. (2009b). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.11.007>
- Nicholls, T. L., Crocker, A. G., Seto, M. C., Wilson, C. M., Charette, Y. et Côté, G. (2015). The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder. Part 5: how essential are gender-specific forensic psychiatric services? *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(3), 135-45. <https://doi.org/10.1177/070674371506000308>
- O'Donahoo, J. et Simmonds, J. G. (2016). Forensic Patients and Forensic Mental Health in Victoria: Legal Context, Clinical Pathways, and Practice Challenges. *Australian Social Work*, 69(2), 169-180. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2015.1126750>
- Ogloff, J. R. P. (2006). Psychopathy/Antisocial Personality Disorder Conundrum. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(6-7), 519-528. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x>

- Ogloff, J. R. P., Talevski, D., Lemphers, A., Wood, M. et Simmons, M. (2015). Co-occurring mental illness, substance use disorders, and antisocial personality disorder among clients of forensic mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 16-23. <https://doi.org/10.1037/prj0000088>
- Paris, J. (1997). Antisocial and borderline personality disorders: Two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology? *Comprehensive Psychiatry*, 38(4), 237-242. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90032-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90032-8)
- Paris, J., Chenard-Poirier, M.-P. et Biskin, R. (2013). Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 321-325. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.006>
- Penney, S. R., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Grimbos, T., Darby, P. L. et Simpson, A. I. F. (2019). Changing characteristics of forensic psychiatric patients in Ontario: a population-based study from 1987 to 2012. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(5), 627-638. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1619-6>
- Pilon, M. (2002). *PRB 99-22E Mental Disorder and Canadian Criminal Law*.
- Poythress, N. G., Edens, J. F., Skeem, J. L., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S., Frick, P. J., Patrick, C. J., Epstein, M. et Wang, T. (2010). Identifying subtypes among offenders with antisocial personality disorder: A cluster-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 389-400. <https://doi.org/10.1037/a0018611>
- R. c. Cooper. (1979). R. c. Cooper. <https://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/1979/1979canlii63/1979canlii63.html>
- Regina c. Simpson. Regina c. Simpson. , CanLII 43 (1977). <http://canlii.ca/t/g1dvj>
- Reid, W. H. et Gacono, C. (2000). Treatment of antisocial personality, psychopathy, and other characterologic antisocial syndromes. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(5), 647-662. [https://doi.org/10.1002/1099-0798\(200010\)18:5<647::AID-BSL407>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1099-0798(200010)18:5<647::AID-BSL407>3.0.CO;2-O)
- Richer, K., Cheng, J. et Haag, A. M. (2018). Historical recidivism rates of Alberta's not criminally responsible population. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 3(2), 59. <https://doi.org/10.35502/jcswb.50>
- Robins, L. N., Tipp, J. et Przybeck, T. (1991). Antisocial Personality. Dans L. N. Robins et D. A. Regier (dir.), *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study* (p. 258-290). The Free Press.
- ROHCG. (s. d.). *Royal Ottawa Health Care Group*. <https://www.theroyal.ca/royal>
- Sedgwick, O., Young, S., Baumeister, D., Greer, B., Das, M. et Kumari, V. (2017). Neuropsychology and emotion processing in violent individuals with antisocial personality disorder or schizophrenia: The same or different? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(12), 1178-1197. <https://doi.org/10.1177/0004867417731525>

- Seto, M. C., Leclair, M. C., Wilson, C. M., Nicholls, T. L. et Crocker, A. G. (2018). Comparing persons found not criminally responsible on account of mental disorder for sexual offences versus nonsexual violent offences. *Journal of Sexual Aggression*, 24(2), 142-155. <https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1455475>
- Shah, A., Waldron, G., Boast, N. et Coid, J. W. (2011). Factors associated with length of admission at a medium secure forensic psychiatric unit. *J Forens Psychiat Psychol*, 22(4), 496-512. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.594902>
- Shepherd, S. M., Campbell, R. E. et Ogloff, J. R. P. (2018). Psychopathy, Antisocial Personality Disorder, and Reconviction in an Australian Sample of Forensic Patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(3), 609-628. <https://doi.org/10.1177/0306624X16653193>
- Shi, Z., Bureau, J.-F., Easterbrooks, M. A., Zhao, X. et Lyons-Ruth, K. (2012). Childhood maltreatment and prospectively observed quality of early care as predictors of antisocial personality disorder features. *Infant Mental Health Journal*, 33(1), 55-69. <https://doi.org/10.1002/imhj.20295>
- Sprague, J. C. (2015). *Psychopathy as a female phenotypic expression of borderline personality disorder? implications for the latent structure of emotional dysregulation. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. <http://search.ebscohost.com.proxy-ub.rug.nl/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2015-99020-395&site=ehost-live&scope=site>
- Statistics Canada. (2021). *Uniform Crime Reporting Survey (UCR)*.
- Statistique Canada. (2014). *Verdicts of not criminally responsible on account of mental disorder in adult criminal courts, 2005/2006-2011/2012*. Juristat. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2014001/article/14085-eng.htm>
- Statistique Canada. (2015). *Statistiques sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes au Canada, 2013-2014*. Juristat. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14226-fra.htm>
- Swain, R. c. R. c. Swain (1991). <https://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/1991/1991canlii104/1991canlii104.html?resultIn dex=1>
- Swanson, M. C. J., Bland, R. C. et Newman, S. C. (1994). Anti social Personality Disorders. *Acta psychiatrica scandinavica*, (14), 63-70.
- Tancini, F., Wu, Y.-L., Schweizer, W. B., Gisselbrecht, J.-P., Boudon, C., Jarowski, P. D., Beels, M. T., Biaggio, I. et Diederich, F. (2012). 1,1-Dicyano-4-[4-(diethylamino)phenyl]buta-1,3-dienes: Structure-Property Relationships. *European Journal of Organic Chemistry*, 2012(14), 2756-2765. <https://doi.org/10.1002/ejoc.201200111>

- Timmerman, I. G. H. et Emmelkamp, P. M. G. (2006). The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.04.005>
- Venables, N. C., Hall, J. R. et Patrick, C. J. (2014). Differentiating psychopathy from antisocial personality disorder: A triarchic model perspective. *Psychological Medicine*, 44(5), 1005-1013. <https://doi.org/10.1017/S003329171300161X>
- Viding, E. et Larsson, H. (2007). Aetiology of antisocial behaviour. *International Congress Series*, 1304, 121-132. <https://doi.org/10.1016/j.ics.2007.07.040>
- Vitacco, M. J. et Van Rybroek, G. J. (2006). Treating Insanity Acquittes with Personality Disorders: Implementing Dialectical Behavior Therapy in a Forensic Hospital. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 6(2), 1-16. [https://doi.org/10.1300/J158v06n02\\_01](https://doi.org/10.1300/J158v06n02_01)
- Volavka, J. (2014). Comorbid Personality Disorders and Violent Behavior in Psychotic Patients. *Psychiatric Quarterly*, 85(1), 65-78. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9273-3>
- Volkert, J., Gablonski, T.-C. et Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Wall, T. D., Wygant, D. B. et Sellbom, M. (2015). Boldness Explains a Key Difference Between Psychopathy and Antisocial Personality Disorder. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22(1), 94-105. <https://doi.org/10.1080/13218719.2014.919627>
- Werner, K. B., Few, L. R. et Bucholz, K. K. (2015). Epidemiology, Comorbidity, and Behavioral Genetics of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy. *Psychiatric Annals*, 45(4), 195-199. <https://doi.org/10.3928/00485713-20150401-08>
- Wilson, C. M., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Charette, Y. et Seto, M. C. (2015). The Use of Risk and Need Factors in Forensic Mental Health Decision-Making and the Role of Gender and Index Offense Severity. *Behavioral Sciences & the Law*, 33(1), 19-38. <https://doi.org/10.1002/bsl.2162>
- Winko c. British Columbia. Winko c. Colombie-Britannique (Forensic Psychiatric Institute), [1999] 2 SCR 625, 1999 CanLII 694 (SCC) (1999). <https://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/1999/1999canlii694/1999canlii694.html?resultIndex=1>

# Annexe A Preuve de soumission de l'article



Taylor & Francis Group  
an **informa** business



Hi, Jean-Michel

## My Articles

SUBMIT NEW MANUSCRIPT



SUBMISSION225001445

### TITLE

Prevalence and duration of supervision by Ontario Review Board of Not Criminally Responsible for reason of Mental Disorder individuals presenting with antisocial personality.

### JOURNAL

International Journal of Forensic Mental Health

STATUS **Manuscript Submitted**

### CHARGES

Hide

- - SUBMISSION
  - 22 January 2022
  - Submission Created
- 22 January 2022
- Submission Incomplete
- 22 January 2022
- Manuscript Submitted

## CONTACT

- With Journal Administrator
- 
- PEER REVIEW
- 
- PRODUCTION
- 
- PUBLISHING

# Annexe B Autorisation de rédiger dans une langue autre que le français



DE-CS-2.1

(2019-10-01)

## AUTORISATION DE RÉDIGER DANS UNE LANGUE AUTRE QUE LE FRANÇAIS

L'Université du Québec en Outaouais étant un établissement de langue française, le *Règlement des études de cycles supérieurs* (article 2.13)\* exige que le mémoire de maîtrise ou la thèse de doctorat soit rédigé en français. Toutefois le doyen des études peut autoriser la rédaction dans une autre langue.

L'étudiant qui croit devoir rédiger son mémoire ou sa thèse, en tout ou en partie, dans une langue autre que le français doit indiquer son intention **avant d'en commencer la rédaction**. À cette fin, la requête doit être préalablement motivée sur le présent formulaire et recommandée par le directeur de recherche.

**\*Langue de publication (Règlement des études de cycles supérieur, art. 2.13) :**

Le rapport de stage, l'essai, le mémoire et la thèse sont rédigés en français. Ils peuvent, dans les cas où une autorisation est accordée par le doyen, être rédigés dans une langue autre que le français; dans ce cas, une synthèse, qui présente les idées maîtresses et les conclusions du travail, doit être rédigée en français et annexée au document au moment du dépôt initial pour évaluation.

La langue de rédaction autre que le français ne sera toutefois autorisée que si l'UQO dispose des ressources nécessaires à l'encadrement et à l'évaluation des travaux dans la langue choisie.

Lorsqu'un programme est offert dans une autre langue que le français, la langue de rédaction est la même que celle du programme.

Dans le cas d'un essai, d'un mémoire ou d'une thèse par article(s), la partie du travail de recherche constituée par l'article ou les articles peut être rédigée dans une langue autre que le français, sans l'obligation d'obtenir l'autorisation du doyen.

### IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT

Code permanent : FREJ111080007

Nom de famille : Frechette Prénom : Jean-Michel

Nom et code du programme :  
Maîtrise en travail social 3763

### RECOMMANDATION DU DIRECTEUR DE RECHERCHE

Nom de famille et prénom : Département :

Je recommande que l'étudiant dont le nom apparaît ci-dessus soit autorisé à rédiger son mémoire ou sa thèse en langue \_\_\_\_\_ en entier ou en partie.

Justification :

\_\_\_\_\_  
Signature du directeur de recherche

\_\_\_\_\_  
Date

### APPROBATION DE LA DIRECTION DE PROGRAMME

\_\_\_\_\_  
Responsable du programme

\_\_\_\_\_  
Date

### AUTORISATION DU DOYEN DES ÉTUDES

\_\_\_\_\_  
Doyen des études

\_\_\_\_\_  
Date

Vous devez retourner le formulaire au secrétariat du Décanat des études **AVANT le début de la rédaction**.

# Annexe C Autorisations comités éthique



Mental Health - Care & Research  
Santé mentale - Soins et recherche

## RESEARCH ETHICS BOARD LETTER OF APPROVAL

**Date:** 24 April 2019

**Investigator Name:** Jean-Michel Frechette

**Protocol ID Number:** 2019005

**Study Title:** *Effect of comorbid antisocial personality disorder on the duration of Not-Criminally Responsible on Account of Mental Disorder Status*

**Submission Type:** Initial Application

**Review Type:**  Full Board Review  Delegated Review

**Date of Approval:** 24 April 2019

**Approval Expiry Date:** 24 April 2020

Dear Mr. Frechette,

Thank you for submitting the above noted protocol to the Royal Ottawa Health Care Group Research Ethics Board for review. The study identified above has been reviewed by the REB and approval has been granted. This study is approved until the expiration date noted above.

The following documents have been approved:

Document Name/Title	Document Version Date
Research Protocol	22 March 2019

No changes to, or deviations from the approved documents should be initiated prior to submitting an appropriate amendment and obtaining written approval from the Research Ethics Board, except when necessary to eliminate immediate hazard(s) to study participants.

An Annual Progress Report must be submitted a minimum of 30 days prior to the date of study expiration if the study will continue beyond the expiration date.

If the study is completed by the expiry date noted above, a Study Closure/Termination report must be submitted to the REB.

Sincerely,

Dr. Pierre Blier, MD, PhD

Chairperson

The Royal Health Care Group Research Ethics Board

**You must retain a copy of this letter for your study file**

### Research Ethics Board Attestation

REB members who are involved in a research project under review recuse themselves from the meeting and do not take part in the review, discussion or decision related to their respective projects.

The Royal Ottawa Health Care Group Research Ethics Board complies with the requirements of the Tri-Council Policy Statement (TCPS2): Ethical Conduct for Research Involving Humans; International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use Guideline for Good Clinical Practice (ICH-GCP); Part C, Division 5 of the Food and Drug Regulations; Part 4 of the Natural Health Products Regulations; Part 3 of the Medical Device Regulations and the Ontario Personal Health Information Protection Act (PHIPA 2004) and its applicable regulations.

## RESEARCH ETHICS BOARD – ANNUAL RENEWAL APPROVAL

March-19-20

Mr. Jean-Michel Frechette

**Re: 2019005 – Effect of co-morbid antisocial personality disorder on the duration of Not-Criminally Responsible on account of Mental Disorder status**

---

Dear Mr. Frechette,

Thank you for submitting the annual progress report dated 02/03/2020.

This study must be conducted in compliance with the Tri-Council Policy Statement (TCPS-2), ICH-GCP Good Clinical Practice Guidelines and where applicable, the Health Canada Division 5, Part C, Food and Drug Regulations.

**Approval of this study expires on April-24-21**

**NOTE: It is the responsibility of the Qualified/Principal Investigator (or delegate) to submit a request for renewal no later than 4 weeks prior to study expiration. An expired study will be placed on hold until approval has been reinstated.**

In the event that changes to the protocol or ICF are required, a completed amendment form and updated documents must be submitted to the REB for review and approval *before* the changes may be incorporated into the study.

The Royal Health Care Group Research Ethics Board membership complies with Part C of the Health Canada Division 5 Food and Drug Regulations. Its functions are carried out in compliance with the International Council for Harmonisation Good Clinical Practice Guidelines (ICH-GCP).

Sincerely on behalf of the Board,



(digital signature)

Tammy Beaudoin  
Clinical Research Support Manager  
Signing for:  
Dr. Dominique Bourget  
Acting Chair, REB  
The Royal Health Care Group

## RESEARCH ETHICS BOARD – ANNUAL RENEWAL APPROVAL

April-12-21

Mr. Jean-Michel Frechette

**Re: REB # 2019005 – Effects of comorbid antisocial personality disorder on the duration of Not-Criminally Responsible on Account of mental disorder Status**

Dear Mr. Frechette,

Thank you for submitting the annual progress report dated 15/03/2021. Your request to extend the study completion date to December 31, 2021 is approved and the REB approval is renewed for a period of one year.

This study must be conducted in compliance with the Tri-Council Policy Statement (TCPS-2), ICH-GCP Good Clinical Practice Guidelines and where applicable, the Health Canada Division 5, Part C, Food and Drug Regulations.

### Approval of this study expires on April-24-22

**NOTE: It is the responsibility of the Qualified/Principal Investigator (or delegate) to submit a request for renewal no later than 4 weeks prior to study expiration. An expired study will be placed on hold until approval has been reinstated.**

In the event that changes to the protocol or ICF are required, a completed amendment form and updated documents must be submitted to the REB for review and approval before the changes may be incorporated into the study.

The Royal's Institute of Mental Health Research REB membership complies with Part C of the Health Canada Division 5 Food and Drug Regulations. Its functions are carried out in compliance with the International Council for Harmonisation Good Clinical Practice Guidelines (ICH-GCP).

Sincerely on behalf of the Board,



Kristi Wilde  
Research Ethics Coordinator/Clinical Research Facilitator

Signing for:  
Ann-Marie O'Brien  
Chair, REB  
IMHR



Le 29 avril 2019

Jean-Michel Fréchette  
Étudiant  
Université du Québec en Outaouais

**Projet # 2020-632 - Memoire**

**Titre : Effets d'un trouble de personnalité antisociale comorbide sur la durée du statut de Non-Responsabilité Criminelle pour cause de Trouble Mental.**

**Financement: Aucun**

---

M. Fréchette,

Après évaluation de votre formulaire soumis pour le projet mentionné en objet, le CER de l'UQO confirme que celui-ci ne nécessite pas d'évaluation éthique.

Nous vous rappelons toutefois qu'en cas de changement au projet qui aurait un impact sur les aspects éthiques de la recherche auprès d'êtres humains, il est de votre responsabilité d'en informer le CER de l'UQO et d'obtenir son approbation AVANT de débiter toute collecte et/ou consultation de documents et/ou banques de données impliquant des sujets humains.

Merci.

André Durivage  
Président du CER de l'UQO

# Annexe D Formulaire collecte de données

Study Number:

Date of Data Collection:

## Effect of Comorbid Antisocial Personality Disorder on the Duration of Not-Criminally Responsible Due to Mental Disorder Status

<b>Age:</b>		<b>Gender:</b>		<b>Preferred Language:</b>	
		Male		English	
		Female		French	
		Other (Specify):		Other (Specify):	
<b>Education Level:</b>					
High School Completed		Undergrad Completed		PHD Completed	
College Completed		Post-Grad Completed			
<b>Relationship Status:</b>					
Single		Divorced		Married	
In a Relationship		Widowed		Other (Specify):	
<b>Culture/Ethnicity:</b>					
<b>Residential Status:</b>					
Living Alone		Living w/Partner/Spouse		Supervised Accommodation	
Living with Family		Homeless		Other (Specify):	
<b>Income:</b>					
Employment		ODSP		Pension	
Sheltered Employment		OW		Other (Specify):	
<b>Specific to Research Proposal &amp; NCRMD Status</b>					
<b>Index Offense Leading to NRCMD Status:</b>					
<b>Victim:</b>					
Professional					
Family Member					
Other (Specify):					
<b>Prior Criminal History:</b>					
<b>Prior Contact with Mental Health System:</b>					
<b>Main Psychiatric Diagnosis:</b>					
<b>Secondary Diagnoses:</b>					
<b>Personality Disorders:</b>					
<b>Substance Use:</b>					
Marijuana			Amphetamines		Alcohol
Opiates			Ecstasy		Tobacco
Cocaine			LSD		PCP
Other (Specify):					
<b>Time Spent Under Review Board:</b>					
Start Date:			Number of Days under Conditional Discharge:		
Number of Days under Detention Order:			Number of Days before Absolute Discharge:		