

\_\_\_\_\_ **Rapport de recherche** \_\_\_\_\_

**Rapport initial sur les résultats du projet  
pilote sur le Système informatisé de  
dépistage des troubles mentaux  
à l'évaluation initiale (SIDTMEI)**

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

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



**Rapport initial sur les résultats du projet pilote sur le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI)**

Lynn A. Stewart  
Service correctionnel du Canada

Andrew Harris  
Service correctionnel du Canada

Geoff Wilton  
Service correctionnel du Canada

Kyle Archambault  
Service correctionnel du Canada

Colette Cousineau  
Service correctionnel du Canada

Steve Varrette  
Service correctionnel du Canada

et

Jenelle Power  
Service correctionnel du Canada

Service correctionnel du Canada

Mars 2010



## **Remerciements**

Les auteurs remercient les personnes suivantes de leur contribution au projet et de leurs commentaires judicieux sur les premières ébauches du rapport : Brian Grant, Sara Wotschell, Kathleen Thibault, Natalie Gabora et Andrea Moser.



## Résumé

Certains signes témoignent d'une hausse du taux de troubles mentaux chez les délinquants purgeant une peine de ressort fédéral. Le Service correctionnel du Canada (SCC) doit donc se doter d'outils pouvant fournir des méthodes normalisées efficaces pour dépister les délinquants qui pourraient avoir besoin d'une intervention en santé mentale. Le grand nombre de délinquants qui arrivent dans les centres de réception au cours d'une année rend intéressante l'idée d'envisager une méthode automatisée qui permettrait aux administrateurs de compiler des statistiques régionales, nationales et des établissements, en plus de fournir rapidement un profil précis des délinquants qui présentent des symptômes importants de détresse. Le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) combine deux outils d'autoévaluation des problèmes psychologiques, le Bref inventaire des symptômes (BSI) et l'Échelle de la dépression, du désespoir et du suicide (DHS), avec l'Échelle de Paulhus (PDS).

De février 2008 à avril 2009, plus de 1 300 délinquants de sexe masculin incarcérés dans des centres régionaux de réception pour y purger une nouvelle peine ont répondu aux questionnaires d'évaluation. Dans la présente étude, selon les scores-seuils fondés sur les normes s'appliquant aux patients psychiatriques, moins de 3 % de la population carcérale masculine sous responsabilité fédérale serait soumise à une évaluation approfondie ou recevrait des services supplémentaires. Toutefois, si on applique les normes relatives aux non-patients, c'est presque 40 % de la population qui serait évaluée. D'autres études sont nécessaires pour établir des normes précises pour le SCC et des scores-seuils appropriés. Les données préliminaires indiquent des taux relativement plus élevés de symptômes psychologiques au sein de la population autochtone, mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Des données comparatives sur les résultats de l'évaluation effectuée dans l'ensemble des centres régionaux de réception ont révélé que c'est dans la région de l'Atlantique que les taux de symptômes sont les plus élevés. Un profil des délinquants qui ont participé à l'évaluation est présenté et comparé à celui de ceux qui ont refusé de s'y prêter ou qui ont produit des résultats non valides.

Les recherches doivent se poursuivre pour confirmer l'exactitude des mesures visant à repérer les délinquants aux prises avec des troubles mentaux graves qui auront besoin de services supplémentaires. Parmi les développements futurs possibles du SIDTMEI, il faut prévoir l'incorporation de mesures des déficits cognitifs et des troubles de déficit de l'attention et la fusion des évaluations de santé mentale avec les résultats du Questionnaire informatisé sur la toxicomanie qui fourniront une estimation des taux de troubles concomitants.



## Table des matières

Remerciements.....	ii
Résumé .....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures .....	vi
Liste des annexes .....	vii
Introduction .....	1
Méthodologie .....	4
Outils de mesure.....	4
Échelle de Paulhus.....	4
L'échelle de la dépression, du désespoir et du suicide (DHS).....	5
Cotation, interprétation et scores-seuils recommandés .....	6
Le Bref inventaire des symptômes (BSI).....	7
Cotation, interprétation et scores-seuils recommandés .....	8
Renseignements sur les antécédents des délinquants.....	11
Méthode .....	12
Participants .....	12
Résultats .....	15
Analyses supplémentaires.....	31
Scores au BSI en fonction du moment de l'évaluation. ....	31
Chevauchement des scores sur la DHS et à l'indice de gravité globale (GSI). ....	32
Corrélations entre les scores au BSI et sur l'échelle de dépression de la DHS et les marqueurs des troubles mentaux. ....	33
Analyse des délinquants qui refusent de participer à l'évaluation et de ceux qui produisent des réponses non valides. ....	35
Concomitance des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues et de santé mentale. ....	36
Analyse.....	39
Bibliographie .....	43
Annexes .....	47



## Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Profil démographique des répondants à l'évaluation par le SIDTMEI et des délinquants de sexe masculin nouvellement admis n'ayant pas participé à l'évaluation ....</i>	14
Tableau 2 <i>Profil du risque et des besoins des répondants à l'évaluation par le SIDTMEI et des délinquants de sexe masculin nouvellement admis n'ayant pas participé à l'évaluation .....</i>	16
Tableau 3 <i>Consommation d'alcool et de drogues chez les répondants à l'évaluation par le SIDTMEI et les délinquants de sexe masculin nouvellement admis n'ayant pas participé à l'évaluation .....</i>	18
Tableau 4 <i>Profil du risque et des besoins des répondants à l'évaluation par le SIDTMEI et de tous les autres détenus de sexe masculin .....</i>	19
Tableau 5 <i>Résultats du BSI : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients .....</i>	21
Tableau 6 <i>Résultats du BSI selon l'appartenance ou non à la population autochtone : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients .....</i>	22
Tableau 7 <i>Résultats du BSI : scores T fondés sur les normes relatives aux patients externes et aux patients hospitalisés .....</i>	23
Tableau 8 <i>Résultats du BSI selon l'appartenance ou non à la population autochtone : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients .....</i>	24
Tableau 9 <i>Résultats du BSI selon l'appartenance ou non à la population autochtone : scores T fondés sur les normes relatives aux patients externes.....</i>	25
Tableau 10 <i>Résultats de la DHS : scores T fondés sur les normes relatives aux délinquants ....</i>	27
Tableau 11 <i>Résultats de la DHS selon l'appartenance ou non à la population autochtone : scores T fondés sur les normes relatives aux délinquants.....</i>	28
Tableau 12 <i>Résultats de la PDS pour les délinquants qui participent à l'évaluation par le SIDTMEI.....</i>	29
Tableau 13 <i>Résultats de la PDS pour les délinquants qui participent à l'évaluation par le SIDTMEI, selon l'appartenance ou non à la population autochtone .....</i>	29
Tableau 14 <i>Résultats du SIDTMEI par centre de réception : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients.....</i>	30
Tableau 15 <i>Chevauchement entre le BSI et la DHS : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients pour le BSI et les normes relatives aux délinquants pour la DHS.....</i>	33
Tableau 16 <i>Corrélations bisérielles ponctuelles entre les variables du profil des délinquants et l'indice de gravité globale du BSI et l'échelle de dépression de la DHS.....</i>	34
Tableau 17 <i>Estimations des troubles concomitants à l'aide des résultats du SIDTMEI et du QIT.....</i>	38



## Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Fréquence de l'évaluation des répondants par le SIDTMEI en fonction du nombre de jours entre l'admission et l'évaluation.....	32
--	----



## Liste des annexes

Annexe A : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l’Établissement de Drumheller...	47
Annexe B : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l’Établissement d’Edmonton.....	49
Annexe C : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l’Établissement de Grande Cache .....	51
Annexe D : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l’Établissement de Stony Mountain.....	53
Annexe E : Résultats du SIDTMEI – Tous les centres de réception de la région des Prairies ...	55
Annexe F : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de Millhaven (région de l’Ontario) .....	57
Annexe G : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l’Établissement du Pacifique.....	59
Annexe H : Résultats du SIDTMEI – Centre régional de réception du Québec .....	61
Annexe I : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de la région de l’Atlantique .....	63
Annexe J : Corrélations bisérialles ponctuelles entre les variables du profil des délinquants et le BSI .....	65
Annexe K : Normes du SCC pour les délinquants de sexe masculin – scores bruts, scores T associés et pourcentage des délinquants ayant des scores plus élevés (N = 1 197).....	66



## Introduction

Les problèmes de santé mentale chez les délinquants constituent une source de préoccupation croissante pour le Service correctionnel du Canada (SCC). Entre mars 1997 et mars 2008, le pourcentage de détenus de sexe masculin identifiés à leur admission comme ayant déjà souffert de troubles mentaux diagnostiqués a presque doublé, passant de 10 à 18 % (SCC, 2008). De même, la proportion de délinquants atteints de troubles mentaux au moment de leur incarcération a augmenté de 7 à 13 % tandis que la proportion de délinquants qui prennent actuellement des médicaments d'ordonnance pour des troubles mentaux est passée de 9 à 21 % (SCC, 2008). Chez les délinquantes, les taux récents sont encore plus élevés. Le pourcentage de délinquantes qui ont déjà souffert de troubles mentaux diagnostiqués est passé de 20 à 31 %, tandis que le pourcentage de délinquantes atteintes de troubles mentaux au moment de leur incarcération est passé de 13 à 24 %. En outre, le pourcentage de délinquantes qui prennent actuellement des médicaments d'ordonnance est passé de 34 à 46 % (SCC, 2008). Des taux encore plus élevés de troubles psychiatriques dans les populations carcérales ont été cités dans certaines études, où les taux de prévalence au cours de la vie se situaient entre 64 et 81 % (Brinded, Simpson, Laidlaw, Fairley et Malcolm, 2001; Diamond, Wang, Holzer, Thomas et Cruser, 2001; Jordan, Schlenger, Fairbank et Cadell, 1996).

Pour les systèmes correctionnels comme le Service correctionnel du Canada, ces statistiques représentent un défi croissant en matière de santé mentale. Toutefois, les données du SCC reposent sur des questions simples posées aux délinquants sur leur état de santé mentale actuel et antérieur dans le cadre du processus d'analyse de cas lorsqu'ils sont admis dans le système correctionnel fédéral. Les résultats permettent de suivre les tendances générales, mais ne sont pas particulièrement utiles pour déterminer qui doit faire l'objet d'une évaluation détaillée immédiate ou pour orienter les stratégies d'intervention. Il est nécessaire d'élaborer un outil de dépistage des troubles mentaux chez les délinquants qui entrent dans le système correctionnel fédéral afin de pouvoir bien identifier et aiguiller ceux qui ont besoin de services de santé mentale. En raison du grand nombre de délinquants qui arrivent chaque année aux établissements de réception du SCC (4 996 nouveaux mandats de dépôt fédéraux au cours d'une période de 12 mois en 2008-2009), un système informatisé de

dépistage, uniformisé et mis en œuvre à l'échelle nationale, qui est valable et pratique pour un dépistage initial bref peut s'avérer l'approche la plus efficace. Pour répondre à ce besoin, le SCC a donc élaboré le Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI).

Le dépistage des troubles mentaux à l'aide du SIDTMEI constitue un premier volet de la continuité des soins mis en place à l'intention des délinquants purgeant une peine de ressort fédéral qui ont des besoins en santé mentale. Les délinquants dont le score atteint un seuil précis selon les outils de dépistage des troubles mentaux sont dirigés vers un professionnel de la santé mentale, généralement un psychologue titulaire d'un permis d'exercice, en vue d'une séance de suivi. Les renseignements recueillis lors de l'évaluation permettent au psychologue de déterminer le niveau d'intervention et de services requis en matière de santé mentale afin de répondre aux besoins du délinquant. Le type de services offerts aux délinquants atteints de troubles mentaux importants varie d'un établissement à l'autre. Les établissements peuvent notamment offrir les services suivants :

- des services offerts par des équipes de soins primaires en santé mentale. Utilisant une approche multidisciplinaire, ces équipes sont responsables de l'élaboration, de la communication et de la surveillance des plans de traitement en santé mentale;
- des soins intensifs pour les détenus aux prises avec des troubles psychiatriques graves, offerts dans les centres de traitement régionaux;
- des services offerts par des équipes mobiles reliées aux centres de psychiatrie et de traitement qui fournissent un soutien supplémentaire au personnel afin qu'il puisse mieux prendre en charge les détenus atteints de troubles mentaux.

En plus des services de santé mentale offerts dans les pénitenciers, certains bureaux de libération conditionnelle importants ont maintenant mis en œuvre l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité, conçue pour aider les délinquants atteints de troubles mentaux graves à réintégrer la collectivité. Cette initiative les aide à se préparer à leur mise en liberté et les met en contact avec des services lorsqu'ils sont sous surveillance dans la collectivité.

En plus de fournir des données qui constituent une référence de base en vue de l'orientation des délinquants vers d'autres services de santé mentale, un système national de dépistage des troubles mentaux procure d'autres avantages. Un système informatisé d'évaluation réduit les délais qui sont actuellement imposés au personnel en santé mentale

puisque le dépistage initial n'a pas à être fait par un psychologue. Un tel système permet également de produire des rapports statistiques automatisés qui compilent des données sur les résultats régionaux, nationaux et des établissements. Ces données permettront aux administrateurs de surveiller les changements de taux de prévalence des troubles mentaux chez les détenus et de cibler le financement vers les régions et les établissements ayant un nombre élevé de détenus aux prises avec ces problèmes.

Le rapport de recherche présente les résultats de l'essai pilote national du SIDTMEI. Il vise à évaluer le pourcentage de délinquants qui feraient l'objet d'une évaluation approfondie en fonction de deux scores-seuils basés sur des normes s'appliquant à différentes populations. D'autres analyses examinent le lien entre les scores obtenus avec le SIDTMEI et les marqueurs de troubles mentaux, notamment l'abus d'alcool et d'autres drogues. Le profil des délinquants qui ont refusé de participer à l'évaluation par le SIDTMEI ou qui ont produit des résultats non valides est comparé au profil de ceux qui ont bien rempli le questionnaire. Enfin, le rapport présentera une analyse ayant pour but de déterminer si, d'après une mesure clé du SIDTMEI, il existe un lien entre le niveau de détresse d'un délinquant et la durée de son séjour à l'unité de réception avant sa participation à l'évaluation. Le rapport ne présente que les résultats des délinquants de sexe masculin, étant donné que le nombre d'évaluations effectuées chez les délinquantes purgeant une peine de ressort fédéral admises pendant la période du projet pilote était insuffisant pour permettre une analyse significative. Un rapport sur les résultats de l'évaluation par le SIDTMEI chez les délinquantes purgeant une peine de ressort fédéral sera produit à une date ultérieure.

## Méthodologie

### Outils de mesure

Trois outils de mesure aux propriétés psychométriques établies ont été choisis pour former les composantes de la version initiale du SIDTMEI. Il s'agit de l'Échelle de Paulhus (ou *Paulhus Deception Scale*, PDS) et de deux outils de dépistage psychologique : le Bref inventaire des symptômes (ou *Brief Symptom Inventory*, BSI) et l'Échelle de la dépression, du désespoir et du suicide (ou *Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form*, DHS). Les deux derniers instruments sont des outils de dépistage choisis d'après des travaux de recherche ayant démontré leur capacité à identifier des personnes qui manifestent une forte détresse psychologique. L'Échelle de Paulhus a été choisie pour déterminer dans quelle mesure la gestion de l'impression du répondant peut influencer sur les scores obtenus à l'aide des outils de dépistage.

#### Échelle de Paulhus

L'Échelle de Paulhus (PDS – Paulhus, 1999), qui porte aussi le nom anglais de *Balanced Inventory of Desirable Responding*, est un outil d'autoévaluation qui comporte 40 items dont les réponses sont cotées sur une échelle de Likert allant de 1 (Pas vrai) à 5 (Très vrai). La PDS donne une idée du degré de réponses socialement acceptables. Elle repose sur l'hypothèse que les personnes portées à se duper elles-mêmes ont tendance à nier qu'elles ont des pensées et des émotions psychologiquement menaçantes. Cet outil comprend deux sous-échelles : 1) la gestion de l'impression, qui évalue l'utilisation consciente de la duperie; et 2) l'autoduperie, qui évalue la tendance inconsciente à donner des réponses honnêtes, mais exagérées. La PDS a été administrée aux délinquants des deux sexes; sa fiabilité (coefficient alpha de Cronbach situé entre 0,58 et 0,84) et sa validité se sont révélées suffisantes, même si ces résultats ont été obtenus au moyen de la version précédente de la PDS (Irving, Taylor et Blanchette, 2002; Kroner et Weekes, 1996; Lanyon et Carle, 2007). Cet outil est déjà couramment utilisé au SCC pour évaluer la validité des mesures d'autoévaluation utilisées dans la prestation des programmes correctionnels; il existe en français et en anglais.

Même si plusieurs outils ont été conçus pour évaluer la désirabilité sociale, la PDS est la seule qui utilise deux échelles distinctes pour évaluer les différents types de duperie (délibérée et non intentionnelle; Paulhus, 1999). Les délinquants nouvellement admis peuvent être particulièrement portés à nier leurs problèmes psychologiques ou psychiatriques (Kroner et Weekes, 1996). De plus, la PDS est le seul outil de ce genre qui comporte une méthode de cotation tenant compte des réponses extrêmes, ce qui garantit la détection des scores artificiellement élevés indiquant une exagération (Paulhus, 1999). Dans le SIDTMEI, la PDS remplit une fonction de corroboration et fait en sorte que les délinquants qui nient avoir des problèmes psychologiques ne passent pas inaperçus dans le processus d'évaluation. Elle permet également de détecter les délinquants qui exagèrent peut-être leurs symptômes ou qui ont de la difficulté à comprendre les questions au point où les résultats du questionnaire devraient être considérés comme non valides.

### **L'échelle de la dépression, du désespoir et du suicide (DHS)**

À l'origine, l'échelle de la dépression, du désespoir et du suicide (DHS) a été élaborée et validée chez des détenus à sécurité moyenne de sexe masculin (Mills et Kroner, 2004) au Canada, ce qui accroît son applicabilité à ce projet. La DHS mesure deux états psychiques, soit la dépression (17 items) et le désespoir (10 items) en plus de détecter d'autres facteurs de risque associés au suicide ou à l'automutilation (12 items). Les réponses aux 39 items du questionnaire sont dichotomiques (vrai ou faux). Testée auprès de délinquantes purgeant une peine de ressort fédéral, la DHS a présenté des propriétés psychométriques acceptables pour cette population (Pagé et Kroner, 2008). Elle a en outre été validée chez les détenues d'une prison de comté américaine (Stewart, 2006). Selon les auteurs, la fiabilité des échelles était bonne (coefficient alpha de Cronbach situé entre 0,75 et 0,87) (Mills et Kroner, 2004). Mills et Kroner (2004) ont évalué la validité convergente en établissant une corrélation entre la DHS et l'échelle de dépression de Jackson (1989) dans l'inventaire des traits de personnalité de base (*Basic Personality Inventory*). Il a été établi que la validité convergente était bonne au sein de la population de délinquants tant pour la sous-échelle de dépression ( $r = 0,60$ ) que pour la sous-échelle de désespoir ( $r = 0,70$ ) (Mills et Kroner, 2004). Mills et Kroner (2005) ont démontré que la DHS était en général aussi utile que les entretiens et les examens de dossiers pour repérer les délinquants ayant des

antécédents d'automutilation. Aucune approche n'a permis, à elle seule, de déceler tous les délinquants ayant des antécédents d'automutilation; par conséquent, les auteurs ont recommandé que la DHS soit utilisée dans le cadre d'un processus de dépistage général. La DHS a également présenté une bonne corrélation avec la « norme de l'industrie », l'inventaire de dépression de Beck et l'échelle de désespoir de Beck tant dans un échantillon de délinquants (Mills, Reddon et Kroner, 2009) que dans un échantillon d'étudiants (Mills, Morgan, Reddon, Kroner et Steffan, 2009).

Les deux échelles de la DHS, la dépression et le désespoir, se sont révélées d'une grande exactitude (fonction d'efficacité du récepteur (FER) de 0,99 et 0,92 respectivement) en ce qui concerne la détection de la détresse chez les délinquants, définie par des élévations multiples des quatre aspects contenus dans l'inventaire des traits de personnalité de base (Mills et Kroner, 2005), soit la dépression, l'anxiété, l'hypocondrie et l'autodépréciation. La DHS est associée à la douleur psychique (définie comme une douleur psychologique intense), qui est considérée comme un précurseur d'actes d'automutilation (Mills, Green et Reddon, 2005). Une élévation des scores sur l'échelle de dépression indique que la personne admet avoir des idées et des sentiments de tristesse, de déception et d'échec. L'échelle comprend des items révélant des troubles du sommeil, un manque d'énergie et une perte d'appétit. Des scores élevés sur l'échelle de désespoir semblent indiquer que le répondant voit son avenir comme étant triste et sombre. Les 12 items liés au risque de suicide forment une troisième composante de l'instrument.

### **Cotation, interprétation et scores-seuils recommandés**

De l'avis des auteurs de la DHS, les scores T peuvent servir à fixer des scores-seuils convenables pour une population donnée. De plus, les élévations aux échelles de dépression et de désespoir conjuguées à des antécédents d'automutilation et à un raisonnement qui admet le suicide révèlent une probabilité accrue de développer des idées suicidaires (Mills et Kroner, 2008). Pour les besoins du présent rapport, nous avons identifié les délinquants qui ont obtenu des scores T de 65 et plus, ce qui correspond au même score-seuil choisi pour la BSI, de même que des scores T de 60 et plus. Les auteurs mentionnent que les professionnels de la santé mentale doivent fixer leurs propres règles de décision entourant les interventions auprès des personnes qui répondent affirmativement aux items relatifs au risque de suicide

mais, selon eux, le fait d'admettre n'importe lequel des trois items liés aux idées suicidaires actuelles justifie la tenue d'une évaluation poussée du risque possible de suicide.

### **Le Bref inventaire des symptômes (BSI)**

Le Bref inventaire des symptômes (BSI – Derogatis, 1993) comporte 53 questions d'autoévaluation servant à évaluer neuf types de symptômes psychologiques pertinents sur le plan clinique. Il constitue la forme abrégée de la *Symptom Checklist List 90-R* (SCL-90-R). Les corrélations entre le BSI et la SCL-90-R peuvent varier de 0,92 à 0,99 (Derogatis, 1993). Le BSI a été utilisé dans divers contextes cliniques et de counseling comme outil de dépistage des troubles mentaux et comme méthode pour mesurer la diminution des symptômes durant et après le traitement. Sa fiabilité et sa validité se sont maintenues dans de nombreuses études interculturelles. Les neuf dimensions que l'inventaire mesure sont la somatisation (détresse résultant de perceptions d'un dysfonctionnement corporel), le trouble obsessionnel-compulsif (pensées et impulsions ressenties comme étant persistantes et irrésistibles, bien que non désirées), la sensibilité interpersonnelle (sentiments d'insuffisance et d'infériorité par rapport aux autres), la dépression (symptômes d'humeur et d'affect dysphoriques ainsi qu'un manque de motivation et une perte d'intérêt dans la vie), l'anxiété (nervosité et tension, ainsi que des attaques de panique et des sentiments de terreur), l'hostilité (pensées, sentiments ou gestes caractéristiques de la colère), l'anxiété phobique (réaction persistante et irrationnelle de peur face à un lieu, à un objet ou à une situation), le mode de pensée persécutoire (mode de pensée désordonné caractéristique de la projection, de l'hostilité, de la suspicion, des idées de grandeur, de la crainte de la perte d'autonomie et du délire) et le psychotisme (mode de vie schizoïde de repli sur soi et d'isolement ainsi que des symptômes de premier niveau de la schizophrénie, comme le contrôle des pensées). Le BSI compte aussi trois indices globaux de la détresse : l'indice de gravité globale (ou *Global Severity Index*, GSI), l'indice de détresse pour les symptômes positifs (ou *Positive Symptom Distress Index*, PSDI) et le total des symptômes positifs (ou *Positive Symptom Total*, PST). Les indices globaux mesurent respectivement le niveau actuel ou passé de symptomatologie, l'intensité des symptômes et le nombre de symptômes déclarés. Les auteurs constatent une bonne fiabilité de la cohérence interne pour les neuf dimensions, le coefficient variant de 0,73 pour le psychotisme et la paranoïa à 0,88 pour l'anxiété. L'indice de gravité globale montrait

une très bonne fiabilité de cohérence interne, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,97 (Derogatis, 1993). Plusieurs autres études indépendantes confirment la bonne fiabilité de la cohérence interne (Croog et coll., 1986; Aroian et Patsdaughter, 1989 dans Derogatis, 1993). Aucune fiabilité alpha n'est signalée pour les deux autres indices globaux. Le coefficient de fiabilité test-retest pour les neuf dimensions de symptômes varie de 0,68 (somatisation) à 0,91 (anxiété phobique) et, pour les trois indices globaux, de 0,87 (indice de détresse pour les symptômes positifs) à 0,90 (indice de gravité globale) (Derogatis, 1993).

Les corrélations entre le BSI et d'autres outils évaluant des symptômes semblables sont modérées à élevées. La corrélation entre la BSI et les échelles de contenu de Wiggins et les scores de grappes de Tryon du MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) variait de 0,30 à 0,72, et les corrélations des scores les plus pertinentes étaient en moyenne supérieures à 0,50 (Conoley et Kramer, 1989; Derogatis, Rickles et Rock, 1976 dans Derogatis, 1993). Certaines recherches qui ont utilisé une analyse de facteurs ont confirmé la construction *a priori* des dimensions de symptômes. De nombreuses études ont démontré l'utilité de l'outil à cerner avec exactitude la détresse dans des échantillons d'origines ethniques diverses. Les estimations de la cohérence interne et la triangulation des scores totaux et des scores aux sous-échelles du BSI avec les autoévaluations verbales et les évaluations cliniques démontrent que le BSI est un instrument de mesure interculturel relativement fiable et valable de la détresse psychologique générale (Aroian, Patsdaughter, Levin et Gianan, 1995). Toutefois, certaines études n'ont fourni que peu de données à l'appui du nombre de dimensions (Schwannauer et Chetwynd, 2007). Des références à des études sur la validité du BSI figurent dans le manuel (Derogatis, 1993).

### **Cotation, interprétation et scores-seuils recommandés**

Les scores bruts sur les neuf sous-échelles et à l'indice de gravité globale sont calculés en additionnant les valeurs des items de chaque dimension (y compris quatre autres items pour l'indice de gravité globale), puis en divisant le nombre d'items admis dans cette dimension. Le total des symptômes positifs est calculé en fonction du nombre total d'items non nuls admis et révèle le nombre de symptômes que le répondant dit manifester. L'indice de détresse pour les symptômes positifs est calculé en additionnant les valeurs des items qui obtiennent des réponses non nulles divisées par le total des symptômes positifs. L'indice

renseigne sur le niveau moyen de détresse vécu par le répondant. Pour que les réponses au test soient considérées comme valides, la personne doit répondre à au moins 40 items du BSI et ne pas donner la même réponse à chaque item.

Les scores T sont calculés en comparant un score brut donné aux tableaux normatifs, qui, eux, sont calculés avec les données d'une population et généralement fournies avec l'outil. Les scores T pour un instrument donné et pour une certaine population ont une moyenne de 50 et un écart-type de 10. Cela signifie que la vaste majorité (97,7 %) des individus de cette même population obtiendrait un score T inférieur à 70. Tout individu affichant un score supérieur à 70 serait considéré comme ayant un score anormalement élevé par rapport à la population pour laquelle les scores T ont été calculés. Un score T de 30 ou moins serait un score anormalement bas. Souvent, un score T seuil de 65 sert à repérer les scores très élevés. Environ 7 % seulement de la population de référence obtiendrait un score T supérieur à 65.

Pour calculer le score T d'un individu par rapport à un score brut donné, il est nécessaire d'avoir une population à laquelle son score est comparé. Habituellement, les tableaux qui présentent les scores bruts d'une population et les scores T qui y sont associés sont publiés avec l'outil. On appelle ces tableaux des normes. Si la moyenne et l'écart-type des scores bruts de la population pour une mesure sont fournis, on peut calculer un score z (le score brut moins le score brut moyen de la population, divisé par l'écart-type de la population) et le convertir en un score T en multipliant par 10 et en additionnant 50.

Le manuel du BSI fournit des normes fondées sur quatre groupes, divisés chacun en groupes d'hommes et de femmes : les non-patients adultes, les patients psychiatriques externes adultes, les patients psychiatriques adultes hospitalisés et les non-patients adolescents. L'auteur du test précise que l'indice de gravité globale est l'échelle qui constitue l'indicateur de détresse le plus sensible. Il n'a pas fixé de scores-seuils pour déterminer quand une évaluation poussée est justifiée. Il indique toutefois que, dans le cas du groupe de référence composé de non-patients adultes, un score T égal ou supérieur à 63 sur l'indice de gravité globale ou un score T égal ou supérieur à 63 sur deux dimensions quelconques nécessiterait une évaluation plus approfondie. Dans le présent rapport, nous avons examiné le pourcentage de délinquants qui ont obtenu un score T égal ou supérieur à 65, puisque c'est le seuil qu'a choisi la Division de la santé mentale du SCC pour repérer les cas qui ont besoin

d'un suivi. Toutefois, certains psychologues choisiront peut-être un critère plus libéral afin de réduire le risque de passer à côté de délinquants qui pourraient avoir besoin de services supplémentaires. Par conséquent, les résultats présentent aussi le pourcentage de délinquants qui obtiendraient un score T de 60.

Un individu ayant un score brut donné recevra différents scores T selon la population à laquelle son score est comparé. Par exemple, un délinquant obtenant un score brut de 0,68 à l'indice de gravité globale se situerait dans le 93<sup>e</sup> centile selon les normes relatives aux non-patients, ce qui constitue un score élevé, mais dans le 46<sup>e</sup> centile comparativement à une population de patients hospitalisés, ce qui représente un score modéré. Il n'est pas toujours simple de décider quelle population permet une comparaison convenable. Même si les troubles mentaux semblent importants chez les délinquants, ces derniers ne constituent pas une population psychiatrique; pour ce projet, nous avons donc choisi le groupe composé de non-patients adultes comme population de référence. Les estimations fondées sur le score T seuil de 65 selon les normes des patients psychiatriques externes et des patients psychiatriques hospitalisés sont également fournies pour comparer le niveau de détresse des délinquants sous responsabilité fédérale à celui des populations psychiatriques. Étant donné le grand nombre de délinquants sous responsabilité fédérale qui ont rempli le questionnaire d'évaluation et le caractère unique de la population, il a été possible d'établir des normes qui s'appliquent à celle-ci. Pour élaborer les normes du SCC s'appliquant aux délinquants de sexe masculin sur les échelles, l'indice de gravité globale et le BSI, nous avons choisi un grand échantillon pour représenter la population de délinquants de sexe masculin du SCC et estimer la moyenne et la variabilité des scores à l'échelle et à l'indice de gravité globale de cette population. Par exemple, le score brut moyen à l'indice de gravité globale de 0,69 a été rajusté en fonction d'une distribution normative de 50. L'écart-type de la distribution des scores bruts a été rajusté de façon à évaluer 10. Le score brut qui correspond à un score T donné est calculé à l'aide de la formule suivante :  $\text{score brut} = \text{moyenne brute} + [(\text{score T donné} - 50) (\text{écart-type du score brut})]/10$ . D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer des scores-seuils valables fondés sur les normes du SCC.

## Renseignements sur les antécédents des délinquants

Les renseignements sur les antécédents des participants au SIDTMEI ont été extraits du Système de gestion des délinquant(e)s (SGD, le registre électronique officiel de tous les délinquants purgeant une peine de ressort fédéral). Les variables du risque provenaient de l'Évaluation initiale des délinquants (EID), qui consiste en une évaluation exhaustive de tous les délinquants nouvellement admis au SCC. L'Instrument de définition et d'analyse des facteurs dynamiques (IDAFD) de l'EID évalue une grande variété de facteurs de risque dynamiques regroupés en sept domaines, chaque domaine comprenant de multiples indicateurs. L'IDAFD produit une classification des niveaux de besoins pour chaque domaine ainsi qu'un niveau général de besoins dynamiques qui varie de faible à considérable (élevé). Le principal outil servant à évaluer le niveau de risque chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale est l'échelle d'information statistique sur la récidive (ISR), fondée sur des facteurs de risque statiques. Le score final donne une estimation du risque allant de « très faible » à « très élevé ». En plus de cet outil, l'Évaluation des facteurs statiques (EFS) permet d'obtenir des renseignements complets sur les antécédents criminels et les facteurs de risque de chaque délinquant et d'attribuer un niveau général de risque statique faible, moyen ou élevé aux délinquants au moment de leur admission. La politique du SCC ne permet pas d'utiliser l'échelle d'ISR pour les délinquants autochtones. Par conséquent, dans notre étude, l'estimation du risque pour cette catégorie se fait par l'évaluation générale du risque statique.

Le Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) est la partie de l'évaluation initiale qui mesure l'ampleur de l'abus d'alcool ou d'autres drogues et ses liens avec le crime commis. Cet outil d'évaluation comprend les résultats de plusieurs outils de mesure bien validés de l'abus d'alcool ou d'autres drogues, notamment le Questionnaire sur la consommation de drogues en 20 items (ou *Drug Abuse Screening Test*, DAST) (Skinner, 1982), l'Échelle de dépendance à l'alcool (ou *Alcohol Dependency Scale*, ADS) (Skinner et Horn, 1984), le Questionnaire sur les problèmes liés à l'alcool (ou *Problems Related to Drinking Scale*, PRD) en 15 items et le Test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan (ou *Michigan Alcohol Screening Test*, MAST) en 25 items (Selzer, 1981). Le QIT utilise l'ADS, le DAST et le PRD dans le but d'établir des scores généraux pour l'abus d'alcool ou d'autres drogues et de formuler des recommandations sur l'aiguillage des délinquants vers

des programmes. Dans la présente étude, les scores obtenus avec ces outils ont été reliés aux mesures faisant partie du SIDTMEI pour estimer l'étendue des troubles concomitants chez les nouveaux délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale.

## **Méthode**

Dans le cadre du projet pilote, les questionnaires du SIDTMEI utilisés étaient sur support papier. Les membres du personnel du service de psychologie des centres de réception ont administré les questionnaires à tous les participants consentants et envoyé par la poste une copie des résultats à l'Administration centrale où ils ont été saisis dans la base de données.

Les analyses comprennent des statistiques descriptives concernant les scores des participants aux trois outils d'évaluation du SIDTMEI de même que des renseignements sur les antécédents des participants au SIDTMEI et les délinquants de sexe masculin qui ont été admis au SCC en même temps que les participants, mais qui ne se sont pas prêtés à l'évaluation. De plus, les délinquants qui ont bien rempli le formulaire d'évaluation ont été comparés à un petit groupe de délinquants qui ont refusé l'évaluation ou qui ont produit des résultats non valides. Des analyses du chi carré ont été effectuées pour déterminer si les différences entre les groupes étaient significatives.

## **Participants**

Au cours d'une période de 13 mois, des délinquants de sexe masculin arrivant aux centres régionaux de réception pour y purger une peine de ressort fédéral ont été invités à participer à une évaluation et à répondre aux questionnaires après avoir signé un formulaire de consentement. Comme certains centres régionaux de réception se sont joints au projet pilote plus tard que d'autres, le nombre de répondants est relativement plus bas que prévu. Au total, 1 370 délinquants de sexe masculin ont été invités à participer. Des 1 302 délinquants qui ont accepté de se soumettre à l'évaluation par le SIDTMEI au cours de la période du projet, 93 ont généré des résultats considérés comme non valides. De ce nombre, 42 ont répondu « Pas du tout » à tous les items, neuf ont répondu à un nombre trop faible d'items pour obtenir une réponse valide et pour 42 délinquants, il manquait des réponses à tous les items.

Au cours d'une année, le SCC reçoit en général presque 5 000 nouveaux délinquants. Comme le projet pilote a commencé plus tard dans certains centres de réception, le nombre total de délinquants évalués par le SIDTMEI de février 2008 à avril 2009 était loin d'atteindre ce chiffre. Dans le but de déterminer si les répondants à l'évaluation par le SIDTMEI étaient représentatifs de la population totale de nouveaux délinquants, nous avons comparé les profils de ces répondants à ceux qui ont été incarcérés au même moment pour purger une nouvelle peine, mais qui ne se sont pas prêtés à l'évaluation. Les données comparatives figurent au tableau 1. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différences constantes entre ces deux groupes de délinquants selon les variables de profilage clés. Il convient de signaler que les différences dans le pourcentage des délinquants autochtones ne sont pas significatives, ce qui laisse entendre qu'il n'y a eu aucun biais de sélection dans le recrutement de répondants autochtones.

Tableau 1

*Profil démographique des répondants à l'évaluation par le SIDTMEI et des délinquants de sexe masculin nouvellement admis n'ayant pas participé à l'évaluation*

Profil démographique	Répondants au SIDTMEI %	Délinquants non évalués par le SIDTMEI %
Origine ethnique	N = 1 243	N = 4 431
Non-Autochtone	84,4	81,7
Autochtone	15,6	18,3
État matrimonial	N = 1 271	N = 4 425
Célibataire	44,3	47,3
Conjoint de fait	35,9	34,2
Marié	8,5	7,9
Autre	11,3	10,6
Scolarité à la dernière admission	N = 1 224	N = 4 095
Inférieure à la 8 <sup>e</sup> année	19,0	22,3
8 <sup>e</sup> année ou 9 <sup>e</sup> année	22,4	24,4
10 <sup>e</sup> année à 12 <sup>e</sup> année	29,5	28,5
École secondaire ou plus	27,3	23,8
Inconnue	1,7	1,0
Antécédents d'emploi instable	N = 1 238	N = 4 225
Oui	64,2	60,6
Non	35,8	39,4
Infraction actuelle (majeure)	N = 1 288	N = 4 431
Homicide	5,8	6,4
Infraction sexuelle	11,9	12,9
Vol qualifié	14,8	15,0
Voies de fait	11,3	12,9
Autre infraction violente	1,6	2,2
Infraction liée à la drogue	21,5	20,1
Autre infraction non violente	33,1	30,6
Durée de la peine	N = 1 275	N = 4 431
Moins de deux ans	0,1	1,6
De deux à moins de cinq ans	81,9	80,1
De cinq à moins de dix ans	12,5	13,1
De dix à moins de quinze ans	1,4	1,3
Quinze ans et plus	0,3	0,2
À perpétuité	3,6	3,7

*Remarque* : Les pourcentages ne totalisent pas toujours 100 % parce que les chiffres ont été arrondis, et les valeurs *N* varient en raison de valeurs manquantes.

## Résultats

La présente section commence par une description détaillée des délinquants qui participent au projet pilote sur le SIDTMEI pour ensuite porter sur les résultats de l'évaluation. Les tableaux 2 et 3 présentent d'autres comparaisons entre les délinquants nouvellement admis qui ont participé à l'évaluation par le SIDTMEI et ceux qui ne l'ont pas fait. Les résultats montrent de faibles différences significatives entre les groupes pour certaines variables, mais aucune tendance constante qui aurait laissé croire à un biais de sélection. Il est important de noter qu'il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes pour les indicateurs liés aux estimations de taux de maladie mentale, ce qui indique que le personnel ne choisissait pas les répondants à évaluer en s'appuyant sur une crainte observée concernant leur état de santé mentale.

Des recherches antérieures ont révélé que les délinquants autochtones sont surreprésentés au SCC par rapport à leur nombre dans la population générale au Canada. Pour mieux comprendre ce segment de la population carcérale sous responsabilité fédérale et déterminer si les besoins en santé mentale de ce groupe diffèrent de ceux des non-Autochtones, nous avons réparti les résultats selon l'appartenance ou non à la population autochtone. Le tableau 2 montre les données à ce sujet. D'après les résultats, les délinquants autochtones présentent un risque significativement plus élevé ( $\chi^2(2) = 36,88, p < 0,001$ ) et ont des besoins plus grands ( $\chi^2(2) = 27,87, p < 0,001$ ) que les non-Autochtones. Même si les délinquants autochtones et non autochtones affichent des taux semblables de diagnostic actuel de troubles mentaux ( $\chi^2(1) = 0,36, p = 0,55$ ) selon les items de l'EID remplie par les agents de libération conditionnelle, les délinquants autochtones sont moins nombreux à avoir indiqué qu'ils avaient déjà souffert de troubles mentaux diagnostiqués ( $\chi^2(1) = 4,89, p = 0,03$ ).

Tableau 2

*Profil du risque et des besoins des répondants à l'évaluation par le SIDTMEI et des délinquants de sexe masculin nouvellement admis n'ayant pas participé à l'évaluation*

Variable du profil	Répondants au SIDTMEI		Délinquants non évalués par le SIDTMEI	
	Non-Autochtone	Autochtone	Non-Autochtone	Autochtone
	%	%	%	%
Risque global	N = 860	N = 167	N = 3 436	N = 792
Faible	18,7	4,1	16,9	5,6
Moyen	43,0	37,4	42,8	27,7
Élevé	38,3	58,5	40,3	66,8
Besoins globaux	N = 860	N = 167	N = 3 436	N = 792
Faibles	11,5	2,6	10,6	2,7
Moyens	37,8	23,1	34,8	20,3
Élevés	50,7	74,4	54,6	77,0
Diagnostic de troubles mentaux dans le passé	N = 850	N = 165	N = 3 377	N = 773
Oui	15,3	11,4	15,6	17,2
Non	84,7	88,6	84,4	82,8
Diagnostic de troubles mentaux actuels	N = 845	N = 164	N = 3 353	N = 763
Oui	9,8	9,4	10,4	9,0
Non	90,2	90,6	89,6	91,0

*Remarque* : Les valeurs *N* varient en raison de valeurs manquantes.

La littérature met en évidence des pourcentages élevés de problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale dans les populations de délinquants (p. ex. Swartz et Lurigio, 1999; Ulzen et Hamilton, 1998). Le tableau 3 présente des données sur l'ampleur de la toxicomanie chez les répondants et les délinquants nouvellement admis qui n'ont pas participé à l'évaluation. Les renseignements sont tirés de l'EID de même que des résultats du Questionnaire informatisé sur la toxicomanie autoadministré (QIT; Kunic et Grant, 2007). En général, il n'y avait pas de différences constantes dans les taux de toxicomanie entre les répondants et ceux n'ont pas participé à l'évaluation. Fait à noter, les résultats indiquent que les délinquants autochtones présentent des taux nettement plus élevés de problèmes de

drogues ( $t(1\ 024) = 3,75, p < 0,001$ ) et d'alcool ( $t(1\ 023) = 7,23, p < 0,001$ ) d'après les scores de l'EID, mais cette différence est beaucoup plus marquée lorsqu'on examine les scores qu'ils ont obtenus sur l'échelle de dépendance à l'alcool du QIT ( $t(1\ 161) = 5,89, p < 0,001$ )<sup>1</sup>. Selon les résultats de l'ADS, les délinquants autochtones sont cinq fois plus nombreux à être catégorisés comme étant gravement dépendants à l'alcool que les délinquants non autochtones.

Il faut souligner que, pour certaines caractéristiques importantes, le profil des nouveaux délinquants qui arrivent aux centres de réception du SCC peut être fort différent de celui des délinquants détenus dans les établissements. En général, les délinquants qui purgent une longue peine et ceux qui sont réincarcérés à la suite d'une nouvelle accusation présentent des niveaux de risque et de besoins plus élevés que ceux qui purgent une peine plus courte ou qui arrivent dans un centre de réception à la suite d'une nouvelle infraction. Ces différences sont mises en évidence au tableau 4. À mesure que s'accroît le nombre de délinquants qui purgent une longue peine dans la population carcérale par rapport à ceux qui purgent une plus courte peine, la proportion des besoins à combler pour résoudre les problèmes d'alcool ou de drogues et les problèmes affectifs personnels augmente. Par exemple, au cours de la période d'essai du SIDTMEI, les taux de troubles mentaux actuels évalués par un item de l'EID étaient 33 % plus élevés chez les détenus déjà incarcérés que chez les nouveaux délinquants admis dans un centre de réception.

---

<sup>1</sup> Le QIT utilise une évaluation objective avec des instruments normalisés, tandis que l'EID est remplie par un agent de libération conditionnelle et porte sur la façon dont la toxicomanie influe sur le comportement criminel.

Tableau 3

*Consommation d'alcool et de drogues chez les répondants à l'évaluation par le SIDTMEI et les délinquants de sexe masculin nouvellement admis n'ayant pas participé à l'évaluation*

Outil de mesure	Répondants au SIDTMEI		Délinquants non évalués par le SIDTMEI	
	Non-Autochtone	Autochtone	Non-Autochtone	Autochtone
	%	%	%	%
EID – Abus d'alcool	N = 857	N = 167	N = 3 394	N = 788
Oui	45,2	72,8	43,4	81,6
Non	54,8	27,2	56,6	18,4
EID – Abus de drogues	N = 858	N = 167	N = 3 410	N = 790
Oui	61,6	78	62	78,4
Non	38,5	22	38	21,7
Dépendance à l'alcool (ADS)	N = 984	N = 178	N = 3 243	N = 758
Aucune	56,1	30,4	58,1	24,1
Faible	33,3	38,7	33,1	41,3
Modérée	6,5	16,8	5,4	18,1
Importante	3,2	8,9	2,2	11,6
Grave	1,0	5,2	1,2	4,9
Problèmes d'alcool (PRD)	N = 984	N = 178	N = 3 243	N = 758
Non	64,2	42,4	66,5	27,8
Quelques-uns	14,2	14,7	14,9	14,9
Un assez grand nombre	13,4	18,3	11,0	27,0
Beaucoup	8,2	24,6	7,7	30,2
Abus de drogues (DAST)	N = 984	N = 178	N = 3 243	N = 758
Aucun	39,1	27,8	41,4	23,6
Faible	22,2	25,7	21,5	28,6
Modéré	16,3	22,5	14,7	22,2
Important	15,6	17,3	16,2	17,0
Grave	6,7	6,8	6,2	8,6

*Remarque* : Les valeurs *N* varient en raison de valeurs manquantes.

Tableau 4

*Profil du risque et des besoins des répondants à l'évaluation par le SIDTMEI et de tous les autres détenus de sexe masculin*

Variable du profil	Répondants au SIDTMEI		Tous les autres détenus	
	Non-Autochtone	Autochtone	Non-Autochtone	Autochtone
	%	%	%	%
Risque global	N = 860	N = 167	N = 8 834	N = 2 267
Faible	18,7	4,1	6,4	2,5
Moyen	43,0	37,4	31,9	21,7
Élevé	38,3	58,5	61,6	75,7
Besoins globaux	N = 860	N = 167	N = 8 834	N = 2 267
Faibles	11,5	2,6	3,7	1,0
Moyens	37,8	23,1	25,6	15,0
Élevés	50,7	74,4	70,6	84,0
Diagnostic de troubles mentaux dans le passé	N = 850	N = 165	N = 7 677	N = 2 006
Oui	15,3	11,4	19	19,8
Non	84,7	88,6	81	80,2
Diagnostic de troubles mentaux actuels	N = 845	N = 164	N = 7 624	N = 1 997
Oui	9,8	9,4	13,3	13,4
Non	90,2	90,6	86,7	86,5
EID – Abus d'alcool	N = 857	N = 167	N = 7 740	N = 2 040
Oui	45,2	72,8	48,7	82,6
Non	54,8	27,2	51,2	17,4
EID – Abus de drogues	N = 858	N = 167	N = 7 756	N = 2 107
Oui	61,6	78	65	82,2
Non	38,5	22	35	17,7

*Remarque* : Les valeurs N varient en raison de valeurs manquantes.

Les tableaux suivants présentent les résultats de l'évaluation par le SIDTMEI. Aux tableaux 5 et 6 figurent les scores moyens globaux pour les neuf dimensions du Bref inventaire des symptômes (BSI) et ses indices de détresse psychologique de même que le pourcentage de délinquants qui ont obtenu des scores égaux ou supérieurs à deux groupements de scores T, à savoir des scores T égaux ou supérieurs à 60 et des scores T égaux ou supérieurs à 65. Ces tableaux appliquent les normes relatives aux non-patients. Le résultat de l'indice de gravité globale est mis en évidence dans les tableaux car il s'agit, selon l'auteur du test, de l'instrument de mesure général le plus sensible de la détresse psychologique. Les résultats pour les centres régionaux de réception, tout comme les résultats individualisés provenant des établissements qui effectuent l'évaluation initiale dans la région des Prairies, sont présentés séparément aux annexes A à I. La région des Prairies est la seule région qui possède actuellement des données provenant de multiples sites, parce qu'elle n'est pas dotée d'une unité de réception centralisée.

Le tableau 5 montre que plus de 25 % des répondants ont obtenu un score T égal ou supérieur à 65 pour toutes les dimensions de l'échelle du BSI, à l'exception des échelles de l'hostilité et de l'anxiété phobique. Lorsque l'indice de gravité globale est utilisé comme baromètre principal de la détresse psychologique, environ 38 % des délinquants à l'échelle nationale obtiennent un score T égal ou supérieur à 65. Un score T seuil plus libéral de 60 fait passer cette estimation à plus de 50 %. Le tableau 6 présente les résultats analysés selon l'appartenance ou non à la population autochtone. Environ 38 % des répondants non autochtones et 44,1 % des répondants autochtones atteignent le score T seuil de 65. L'écart entre les taux de détresse des deux groupes n'est pas statistiquement significatif ( $\chi^2(1) = 2,64, p = 0,10$ ) non plus que l'écart entre les scores bruts à l'indice de gravité globale. Selon les résultats du projet pilote, aucune raison valable ne semble justifier l'application de normes ou de scores-seuils différents pour les délinquants autochtones. Dans l'ensemble, les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale affichent des taux considérables de détresse. Les symptômes qu'ils déclarent sont significativement plus nombreux que dans la population de non-patients adultes de sexe masculin mentionnée dans le manuel du BSI ( $\chi^2(1) = 1\,941,02, p < 0,001$ ).

Tableau 5

*Résultats du BSI : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients*

Sous-échelle ou indice	Score brut moyen à l'échelle N = 1 209	Score T ≥ 60 %	Score T ≥ 65 %
Somatisation	0,55	36,8	27,6
Trouble obsessionnel-compulsif	0,83	40,9	29,9
Sensibilité interpersonnelle	0,62	34,6	26,0
Dépression	0,75	53,2	36,9
Anxiété	0,69	38,0	31,1
Hostilité	0,47	30,0	12,3
Anxiété phobique	0,38	44,7	23,3
Mode de pensée persécutoire	0,87	49,8	30,6
Psychotisme	0,75	62,9	51,0
Indice de gravité globale	0,68	51,1	38,4
Total des symptômes positifs	19,37	46,6	31,8
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,69	49,6	31,4

*Remarque* : Les valeurs N varient en raison de données manquantes.

Tableau 6

Résultats du BSI selon l'appartenance ou non à la population autochtone : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients

Sous-échelle ou indice	Non-Autochtone N = 976			Autochtone N = 177		
	Score brut moyen à l'échelle	Score T $\geq 60$ %	Score T $\geq 65\%$	Score brut moyen à l'échelle	Score T $\geq 60$ %	Score T $\geq 65$ %
Somatisation	0,54	36,6	26,9	0,60	39,6	31,1
Trouble obsessionnel-compulsif	0,81	39,7	28,6	0,98	48,3	38,6
Sensibilité interpersonnelle	0,62	34,3	26,1	0,68	39	28,8
Dépression	0,76	53,6	37,2	0,69	52,5	35,6
Anxiété	0,69	37,5	31,1	0,68	40,1	31,6
Hostilité	0,45	29	11,8	0,59	36,7	15,8
Anxiété phobique	0,37	43,9	22,5	0,49	53,7	31,1
Mode de pensée persécutoire	0,86	50,2	30,9	0,89	49,4	29,2
Psychotisme	0,75	61	48,8	0,74	63,8	52,5
Indice de gravité globale	0,69	50,7	37,6	0,72	55,4	44,1
Total des symptômes positifs	19,26	46,7	31,3	20,71	51,4	36,7
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,69	41,9	25,5	1,70	48	30,5

Remarque : La valeur N des scores sur chacune des échelles peut varier en raison de données manquantes.

Le tableau 7 compare les taux de détresse significative calculés par un score T seuil de 65 et de 60 lorsqu'on applique les normes relatives aux patients psychiatriques externes et aux patients psychiatriques hospitalisés. La proportion de délinquants qui atteignent un score T de 65 à l'aide de ces normes est beaucoup plus faible que lorsqu'on applique les normes relatives aux non-patients. Fait intéressant, les différences dans le pourcentage de cas qui seraient évalués au score T seuil de 65 sont essentiellement les mêmes que le groupe de référence, soit celui des patients psychiatriques externes ou des patients psychiatriques

hospitalisés. Les tableaux 8 et 9 illustrent la répartition des résultats du BSI à l'aide des normes relatives aux patients hospitalisés et aux patients externes appliquées aux délinquants autochtones et non autochtones. Dans la présente étude, la détresse est moindre chez les délinquants de sexe masculin autochtones et non autochtones sous responsabilité fédérale que chez les patients psychiatriques, mais beaucoup plus grande que dans une population de non-patients.

Tableau 7

*Résultats du BSI : scores T fondés sur les normes relatives aux patients externes et aux patients hospitalisés*

Sous-échelle ou indice	Score brut moyen à l'échelle N = 1 209	Normes patients externes		Normes patients hospitalisés	
		Score T ≥ 60 %	Score T ≥ 65 %	Score T ≥ 60 %	Score T ≥ 65 %
Somatisation	0,55	14,6	6,2	8,8	3,3
Trouble obsessionnel-compulsif	0,83	5,7	2,4	10,5	3,1
Sensibilité interpersonnelle	0,62	3,9	1,7	9,8	3,9
Dépression	0,75	1,8	0,2	4,3	0,3
Anxiété	0,69	5,5	3,5	6,6	3,5
Hostilité	0,47	4,3	1,7	6,0	2,9
Anxiété phobique	0,38	8,5	3,1	8,4	1,7
Mode de pensée persécutoire	0,87	8,5	2,8	11,0	4,1
Psychotisme	0,75	10,4	3,7	13,3	3,7
Indice de gravité globale	0,68	7,1	2,7	8,9	2,4
Total des symptômes positifs	19,37	9,2	5,5	11,0	5,5
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,69	6,5	2,9	9,0	3,0

\* Remarque : Sur certaines échelles, la valeur N varie en raison de données manquantes.

Tableau 8

Résultats du BSI selon l'appartenance ou non à la population autochtone : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients

Sous-échelle ou indice	Non-Autochtone N = 976			Autochtone N = 177		
	Score brut moyen à l'échelle	Score T ≥ 60 %	Score T ≥ 65 %	Score brut moyen à l'échelle	Score T ≥ 60 %	Score T ≥ 65 %
Somatisation	0,54	7,2	3,1	0,60	11,5	2,5
Trouble obsessivo-compulsif	0,81	8,9	2,8	0,98	11,5	3,5
Sensibilité interpersonnelle	0,62	8,5	3,3	0,68	10,5	4,5
Dépression	0,76	4,2	0,4	0,69	1,5	1,5
Anxiété	0,69	6,0	3,5	0,68	5,5	1,0
Hostilité	0,45	5,0	2,3	0,59	8,0	4,5
Anxiété phobique	0,37	7,0	1,7	0,49	10,5	1,5
Mode de pensée persécutoire	0,86	9,8	3,2	0,89	9,5	5,0
Psychotisme	0,75	11,9	3,7	0,74	11,0	1,5
Indice de gravité globale	0,69	7,7	2,2	0,72	8,0	2,0
Total des symptômes positifs	19,26	9,5	4,7	20,71	11,5	6,0
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,69	8,2	2,7	1,70	7,0	2,5

\* Remarque : Sur certaines échelles, la valeur N peut varier en raison de données manquantes.

Tableau 9

Résultats du BSI selon l'appartenance ou non à la population autochtone : scores T fondés sur les normes relatives aux patients externes

Sous-échelle ou indice	Non-Autochtone N = 976			Autochtone N = 177		
	Score brut moyen à l'échelle	Score T ≥ 60 %	Score T ≥ 65 %	Score brut moyen à l'échelle	Score T ≥ 60 %	Score T ≥ 65 %
Somatisation	0,54	12,6	5,2	0,60	15,0	6,0
Trouble obsessionnel-compulsif	0,81	5,1	2,2	0,98	5,5	2,5
Sensibilité interpersonnelle	0,62	3,2	1,6	0,68	4,5	1,5
Dépression	0,76	1,8	0,3	0,69	0,0	0,0
Anxiété	0,69	5,4	3,5	0,68	2,5	1,0
Hostilité	0,45	3,6	1,4	0,59	6,5	3,0
Anxiété phobique	0,37	7,1	3,0	0,49	10,5	2,5
Mode de pensée persécutoire	0,86	7,3	2,2	0,89	9,0	4,0
Psychotisme	0,75	9,3	3,7	0,74	8,5	1,5
Indice de gravité globale	0,69	5,9	2,5	0,72	7,0	2,0
Total des symptômes positifs	19,26	7,7	4,7	20,71	11,0	6,0
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,69	5,7	2,6	1,70	5,5	2,5

Remarque : Les valeurs N sur les échelles varient en raison de données manquantes.

Étant donné qu'un grand nombre de délinquants sous responsabilité fédérale ont répondu aux questionnaires du BSI lors du projet pilote, il a été possible de commencer à élaborer des normes particulières pour cette population. Compte tenu du caractère unique de la population, c'est l'option à privilégier. La DHS est déjà normalisée par rapport à une population de délinquants. À l'annexe K figurent les scores bruts et les scores T convertis pour la mesure du BSI sur les neuf dimensions et sur les mesures globales de la détresse. Il faudra pousser la recherche pour établir les scores-seuils qui conviendront aux exigences administratives.

La DHS fournit une autre méthode d'évaluation de l'ampleur des symptômes de la dépression en plus d'évaluer le risque de suicide. Le tableau 10 présente les résultats à l'échelle nationale de cette composante du SIDTMEI pour tous les délinquants de sexe masculin qui se sont soumis à l'évaluation lors de leur admission. Comme pour le BSI, nous avons choisi un score T égal ou supérieur à 65 comme seuil aux fins du dépistage, mais le tableau montre également le pourcentage de délinquants qui ont obtenu un score T égal ou supérieur à 60. Ces scores T sont fondés sur les normes contenues dans le manuel de la DHS qui ont été établies d'après les résultats obtenus par des délinquants sous responsabilité fédérale. Comme l'indique ce tableau, les taux de déclaration de symptômes importants de la dépression sur la DHS sont un peu plus bas que les taux de dépression évalués sur la sous-échelle de dépression du BSI. Cela peut s'expliquer par la population à partir de laquelle les normes de chaque instrument de mesure ont été établies, puisque nous avons déjà mentionné que les taux d'anxiété et de dépression sont plus élevés au sein de la population de délinquants sous responsabilité fédérale qu'au sein d'une population de non-patients non délinquants. Pour ce qui est de la composante de dépistage du suicide de la DHS, selon les règles de décision indiquées par les auteurs, à peu près 3 % des délinquants devraient subir une évaluation plus poussée parce qu'ils ont admis au moins un des trois indicateurs courants de l'idéation suicidaire (Mills et Kroner, 2005). De plus, le tableau indique que plus de 20 % de la population admet au moins un item sur l'échelle de l'indicateur historique de suicide. Le tableau 11 présente les résultats de la DHS répartis selon l'appartenance ou non à la population autochtone. Par ailleurs, rien ne semble indiquer que les délinquants autochtones soient significativement plus dépressifs que les non-Autochtones ( $t(927) = 0,60, p = 0,552$ ). En outre, ils affichent des taux assez semblables de réponse positive aux items relatifs à l'idéation suicidaire actuelle ( $\chi^2(2) = 3,39, p = 0,184$ ).

Tableau 10

*Résultats de la DHS : scores T fondés sur les normes relatives aux délinquants*

Sous-échelle	N	Moyenne	Score T $\geq$ 60 % (n)	Score T $\geq$ 65 % (n)
Dépression	971	4,81	29,1 (283)	24,0 (233)
Désespoir	1 006	1,40	28,2 (284)	18,7 (188)
Items relatifs au suicide				
Admet $\geq$ 1 % (n)				
Indicateur cognitif de suicide	1 074	0,07	5,9 (63)	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	1 062	0,06	3,9 (41)	
Indicateur d'historique de suicide	1 051	0,55	21,6 (227)	

Tableau 11

*Résultats de la DHS selon l'appartenance ou non à la population autochtone : scores T fondés sur les normes relatives aux délinquants*

Sous-échelle	Non-Autochtone N = 1 107			Autochtone N = 199		
	Score moyen à l'échelle	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)	Score moyen à l'échelle	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Dépression	4,76	28,5 (221)	22,8 (177)	4,99	30,5 (47)	27,3 (42)
Désespoir	1,37	27,2 (217)	18,4 (147)	1,55	32,9 (53)	19,9 (32)
<b>Items relatifs au suicide</b>						
	N	Admet ≥ 1 item % (n)		N	Admet ≥ 1 % (n)	
Indicateur cognitif de suicide	853	5,9 (50)		170	4,7 (8)	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	842	4,0 (34)		170	2,4 (4)	
Indicateur d'historique de suicide	834	20,6 (172)		167	26,9 (45)	

L'Échelle de Paulhus (PDS) est un indicateur de la validité des réponses d'une personne à un questionnaire d'autoévaluation. Selon l'auteur de la PDS (Paulhus, 1999), des scores T supérieurs à 70 ou inférieurs à 30, surtout lorsqu'ils sont attribués dans des conditions exigeantes, justifient un examen plus poussé afin de déterminer la validité des résultats. Les tableaux 12 et 13 donnent les résultats de la PDS pour 968 délinquants qui ont répondu au questionnaire au cours de la période du projet pilote. Onze pour cent des répondants avaient un score T supérieur à 70 en ce qui concerne la gestion de l'impression, ce qui sous-entend qu'ils auraient pu délibérément se présenter sous un jour favorable et niaient peut-être certains problèmes. Les résultats de la PDS semblent indiquer qu'environ 20 % des délinquants ont tendance à projeter inconsciemment une image favorable d'eux-mêmes. Le tableau 13 montre que les délinquants non autochtones, comparés aux délinquants autochtones, obtenaient plus souvent des scores T supérieurs à 70 sur la sous-échelle de

gestion de l'impression ( $\chi^2(1) = 13,77, p < 0,001$ ), ce qui donne à penser que leurs réponses reflètent leur désir de se montrer sous leur meilleur jour. La différence entre les délinquants non autochtones et les délinquants autochtones sur la sous-échelle de l'autoduperie n'était pas significative ( $\chi^2(1) = 0,92, p = 0,338$ ). Ensemble, ces résultats permettent de conclure de façon préliminaire que la plupart des délinquants qui répondent aux questionnaires du SIDTMEI fournissent des profils valables. La portée du présent rapport exclut l'ajustement en fonction des résultats de la PDS, mais des analyses plus poussées seront réalisées pour déterminer les répercussions de ces résultats.

Tableau 12

*Résultats de la PDS pour les délinquants qui participent à l'évaluation par le SIDTMEI*

Sous-échelle	Moyenne (N = 1 110)	Score T $\geq 70$		Score T $\leq 30$	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	7,39	170	15,3	-	-
Autoduperie	4,45	218	19,6	-	-
Total	11,83	354	31,9	8	0,7

Tableau 13

*Résultats de la PDS pour les délinquants qui participent à l'évaluation par le SIDTMEI, selon l'appartenance ou non à la population autochtone*

Sous-échelle	Non-Autochtone			Autochtone		
	Moyenne (N = 884)	Score T $\geq 70$ % (n)	Score T $\leq 30$ % (n)	Moyenne (N = 171)	Score T $\geq 70$ % (n)	Score T $\leq 30$ n
Gestion de l'impression	7,56	17,0 (150)	-	6,19	5,8 (10)	-
Autoduperie	4,47	20,1 (178)	-	4,32	17,0 (29)	-
Total	12,02	33,1 (293)	0,7 (8)	10,51	23,4 (40)	0

Une des forces de la mise en œuvre d'une procédure d'évaluation à l'échelle nationale, c'est qu'elle permet de comparer les taux de problèmes psychologiques chez des groupes de délinquants dans divers établissements et centres régionaux. Le tableau 14 présente la variabilité selon les établissements et les régions de la proportion de délinquants affichant un score T seuil égal ou supérieur à 65 à l'indice de gravité globale du BSI et sur l'échelle de dépression de la DHS faisant appel aux normes relatives aux non-patients. Les chiffres totaux pour l'ensemble des centres régionaux de réception sont comparables, à l'exception de la région de l'Atlantique qui enregistre les pourcentages les plus élevés de délinquants qui disent éprouver une détresse importante tant sur la DHS qu'à l'indice de gravité globale. Les résultats individuels des centres de réception sont à interpréter avec prudence compte tenu de la petite taille de l'échantillon *N* dans certains centres.

Tableau 14

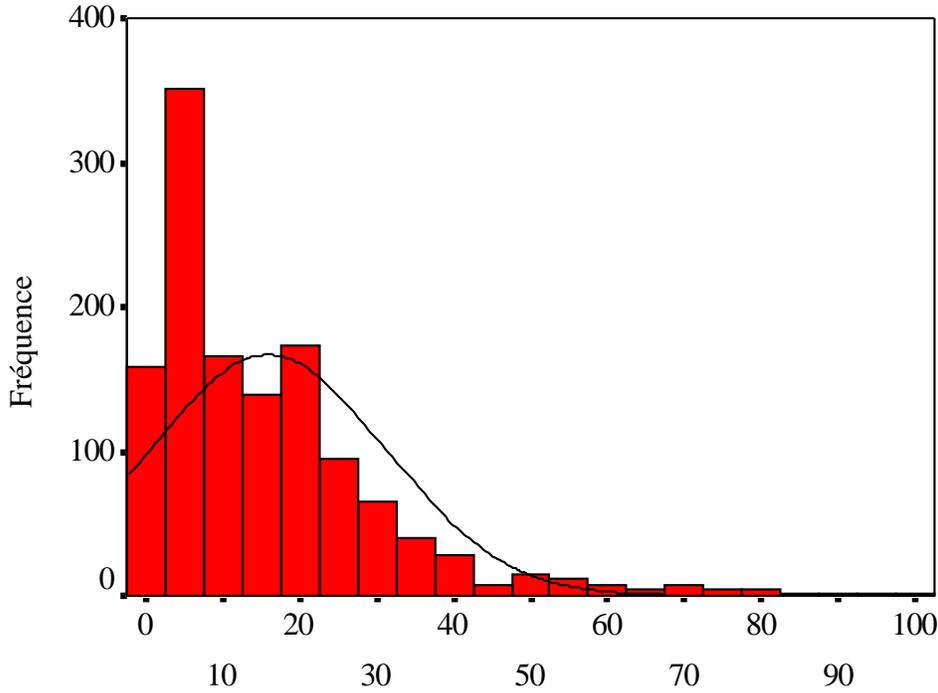
*Résultats du SIDTMEI par centre de réception : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients*

Centre de réception	Score T $\geq$ 65	
	Indice de gravité globale du BSI	Score T $\geq$ 65 Échelle de dépression de la DHS
	N	% (n)
Centres de réception de la région des Prairies (regroupés)	243	33,3 (81)
Centre de réception de Millhaven (région de l'Ontario)	218	33,5 (74)
Centre de la région du Pacifique (CREE)	395	38,5 (152)
Centre de réception du Québec	187	38,5 (72)
Centre de réception de la région de l'Atlantique (Springhill)	151	52,3 (79)

## **Analyses supplémentaires**

**Scores au BSI en fonction du moment de l'évaluation.** Le pourcentage de délinquants ayant un score T égal ou supérieur à 65 au BSI est élevé comparativement à une population générale de non-patients, mais comme on le mentionne dans le manuel du BSI, il ne s'écarte pas tellement des pourcentages déclarés pour les populations qui subissent un stress situationnel. Par exemple, le manuel du BSI indique que le pourcentage d'un échantillon de patients en attente d'une consultation en orthopédie et classés comme étant « positif sur le plan psychiatrique » (score T égal ou supérieur à 63 au GSI ou score T de 63 pour deux dimensions ou plus) était de 80 % (Derogatis, 1993). Il est raisonnable de penser que les premiers jours d'incarcération dans un pénitencier fédéral représentent une période de stress considérable et d'adaptation. Le projet pilote a créé des conditions qui ont permis d'examiner les changements dans les scores moyens du SIDTMEI durant la période de 90 jours au cours de laquelle les délinquants résident à l'unité de réception. Même si certains délinquants ont été admis au pénitencier plusieurs semaines avant l'évaluation par le SIDTMEI, comme l'illustre la figure 1, la majorité (75 %) des répondants y ont participé dans les trois premières semaines suivant leur arrivée.

Figure 1. Fréquence de l'évaluation des répondants par le SIDTMEI en fonction du nombre de jours entre l'admission et l'évaluation



Nombre de jours entre l'admission et l'évaluation par le SIDTMEI

Une analyse a fait ressortir une forte corrélation négative significative entre le score au BSI et la date à laquelle les délinquants ont participé à l'évaluation ( $r = -0,07$ ,  $p = 0,02$ ), ce qui indique que ceux qui se sont soumis à l'évaluation plus tard ont obtenu des scores légèrement inférieurs. Une corrélation aussi faible montre que la période au cours de laquelle s'est tenue l'évaluation, soit au moins dans les 90 jours durant lesquels les délinquants résident au centre de réception, n'était pas liée de façon significative au niveau de détresse déclaré par les délinquants.

**Chevauchement des scores sur la DHS et à l'indice de gravité globale (GSI).** Le pourcentage de délinquants dont le score est supérieur au score-seuil fixé pour le GSI représente l'estimation minimale du nombre de délinquants qui devront subir une évaluation plus poussée. Pour savoir si ce nombre augmenterait avec l'inclusion des résultats de la DHS, nous avons effectué une analyse du chevauchement des résultats chez les délinquants qui atteignent le score-seuil pour les deux mesures. Le tableau 15 montre les résultats au BSI

obtenus avec les normes relatives aux non-patients. En général, les délinquants qui obtiennent un score élevé sur une échelle ont aussi un score élevé sur l'autre; autrement dit, les deux échelles concordent. Toutefois, 3,0 % (27) des délinquants éprouvaient de la détresse (score T égal ou supérieur à 65) selon l'échelle de dépression de la DHS, mais non selon l'indice de gravité globale du BSI. Comme il fallait s'y attendre, étant donné que l'indice de gravité globale évalue une plus vaste gamme de symptômes, 16,0 % (145) des délinquants ont déclaré éprouver de la détresse avec l'indice de gravité globale, mais non avec l'échelle de dépression de la DHS (en ajoutant ce groupe à celui combinant la DHS et le GSI, on obtient le pourcentage global de 38 % mentionné précédemment). Pour estimer le pourcentage de délinquants qui peuvent avoir besoin d'une autre évaluation, il faudrait ajouter le pourcentage de délinquants qui ont obtenu le score-seuil au BSI aux 3 % supplémentaires de délinquants qui ont obtenu un score-seuil sur la DHS, mais non au BSI.

Tableau 15

*Chevauchement entre le BSI et la DHS : scores T fondés sur les normes relatives aux non-patients pour le BSI et les normes relatives aux délinquants pour la DHS*

Score T supérieur à 65	N	%
Ni le GSI ni la DHS	533	58,7
GSI et DHS	203	22,4
GSI seulement	145	16,0
DHS seulement	27	3,0

**Corrélations entre les scores au BSI et sur l'échelle de dépression de la DHS et les marqueurs des troubles mentaux.** Au tableau 16 figurent les résultats des corrélations bisériales ponctuelles établies à partir de l'indice de gravité globale du BSI, de l'échelle de dépression de la DHS ainsi que de plusieurs variables du profil des délinquants associées à la santé mentale. Bien que toutes les corrélations soient petites à modérées, elles étaient significatives et pointaient dans la direction attendue tant pour l'indice de gravité globale du BSI que pour l'échelle de dépression de la DHS. Aucune des deux échelles ne présentait de corrélations constamment plus marquées que l'autre, ce qui démontre un lien significatif

entre les facteurs associés aux troubles mentaux et les scores obtenus avec les instruments de mesure du SIDTMEI chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale.

Tableau 16

*Corrélations bisérielles ponctuelles entre les variables du profil des délinquants et l'indice de gravité globale du BSI et l'échelle de dépression de la DHS*

Variable du profil	Indice de gravité globale du BSI	Échelle de dépression de la DHS
	r	r
Infraction violente (actuelle)	0,14***	0,14***
Niveau de scolarité inférieure à la 10 <sup>e</sup> année	0,10**	0,10**
Antécédents d'emploi instable	0,13***	0,21***
ADS (Alcool)	0,30***	0,21***
DAST (Drogues)	0,23***	0,28***
PRD (Alcool)	0,11**	0,16***
Diagnostic de troubles mentaux dans le passé	0,27***	0,26***
Diagnostic de troubles mentaux actuel	0,29***	0,28***
Besoins globaux	0,21***	0,23***
Risque global	0,15***	0,18***

*Remarque* : Les valeurs  $r$  pour le risque global et les besoins globaux correspondent à la racine carrée des valeurs  $R^2$  ajustées provenant des analyses de la variance. Les corrélations bisérielles ponctuelles ne conviennent pas pour les variables supposant plus de deux groupes.

*Remarque* : \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$

**Analyse des délinquants qui refusent de participer à l'évaluation et de ceux qui produisent des réponses non valides.** Il n'a pas été possible d'établir avec certitude les taux de délinquants qui ont participé à l'évaluation par le SIDTMEI et ont fourni des réponses valides, car le nombre de délinquants qui ont refusé de participer à l'évaluation n'était pas toujours consigné. Toutefois, les dossiers indiquent que des 1 370 délinquants de sexe masculin à qui on a demandé de répondre aux questionnaires, 68 ont refusé. Parmi ceux qui ont répondu aux questionnaires, 93 ont fourni des réponses non valides au questionnaire du BSI, soit parce qu'ils avaient encerclé la même réponse à chaque item ou parce qu'ils n'avaient pas répondu à un assez grand nombre d'items sur une échelle.

Une analyse comparative entre les délinquants connus ayant refusé de participer à l'évaluation et ceux ayant produit des réponses valides a été effectuée afin de déterminer si le premier groupe était considérablement différent du deuxième. Les résultats indiquent que les délinquants du premier groupe étaient significativement plus nombreux à consommer de façon abusive de l'alcool ( $\chi^2(1) = 6,69, p = 0,01$ ) et des drogues ( $\chi^2(1) = 7,64, p = 0,006$ ), mais qu'ils ne différaient guère du deuxième groupe quant à leur niveau de scolarité, leur appartenance ou non à la population autochtone, leur niveau de risque ou de besoins, le type d'infraction commis ou le fait qu'ils aient ou non un problème actuel de santé mentale. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer si le profil se maintient, mais d'après ces résultats préliminaires, il n'existe aucun scénario de refus lié à l'appartenance à la population autochtone ou à la santé mentale qui compromettrait les conclusions fondées sur l'évaluation. Une autre analyse réalisée auprès des délinquants ayant produit des réponses non valides a révélé des résultats assez semblables. Les délinquants affichant des niveaux plus élevés de risque ( $\chi^2(2) = 9,63, p = 0,008$ ) et de besoins ( $\chi^2(2) = 13,30, p = 0,001$ ) et ceux qui consommaient de façon abusive de l'alcool ( $\chi^2(1) = 3,92, p = 0,048$ ) et des drogues ( $\chi^2(1) = 8,57, p = 0,003$ ) étaient légèrement plus nombreux à donner des réponses valides, ce qui semble indiquer qu'ils sont peut-être prêts à donner un portrait juste de leurs besoins pour obtenir des services de santé mentale. Les délinquants sexuels sont également plus nombreux à fournir des réponses valides aux questionnaires ( $\chi^2(1) = 3,50, p = 0,061$ ).

En général, les délinquants qui donnent des réponses valides semblent être ceux les plus à même de profiter d'un traitement en santé mentale. Dans la présente étude, les délinquants dont les scores indiquent un niveau élevé de risque et de besoins, ceux qui

abusent de l'alcool ou des drogues, ceux qui sont atteints de déficiences mentales et peut-être même les délinquants sexuels donnent plus souvent des réponses valides. C'est peut-être parce que ces groupes de délinquants perçoivent que l'évaluation leur est utile ou qu'elle est l'occasion d'exprimer leur besoin d'aide. Les auteurs d'une infraction liée aux drogues sont un peu plus nombreux à fournir des réponses non valides (10 % des questionnaires remplis par ces délinquants sont non valides, tandis que c'est le cas pour 6 % des questionnaires remplis par les auteurs d'une infraction non liée aux drogues;  $p = 0,01$ ). Il ne semble pas y avoir de lien entre le fait de donner des réponses non valides dans un questionnaire et le niveau de scolarité ( $\chi^2(1) = 1,26, p = 0,262$ ), l'appartenance à la population autochtone ( $\chi^2(1) = 1,78, p = 0,182$ ) ou un diagnostic de troubles mentaux dans le passé ( $\chi^2(1) = 0,03, p = 0,853$ ) ou actuels ( $\chi^2(1) = 0,33, p = 0,567$ ). Après un certain temps, il sera important d'effectuer un suivi pour savoir si certaines caractéristiques des délinquants peuvent être associées à la difficulté de remplir le questionnaire, puisque cela pourrait limiter les conclusions qu'on pourrait tirer quant aux besoins en santé mentale des délinquants.

La majorité des centres de réception affichent des taux semblables de réponses non valides, sauf ceux de Grande Cache et de Drumheller, où plus de 20 % des tests administrés étaient non valides. Tous les autres centres de réception présentaient des taux variant de 3,1 % (centre régional de traitement de l'Ontario) à 8,4 % (Stony Mountain).

**Concomitance des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues et de santé mentale.** Certaines études font état de taux élevés de problèmes concomitants d'abus d'alcool ou d'autres drogues et de santé mentale chez les délinquants. Swartz et Lurigio (1999), par exemple, ont constaté que dans leur échantillon de détenus présentant un diagnostic à vie de maladie mentale grave ou de trouble de personnalité antisociale, 89 % avaient également un problème d'abus ou de dépendance à l'égard d'une substance intoxicante.

Il n'a pas été possible d'établir un diagnostic officiel d'abus d'alcool ou d'autres drogues au cours du projet pilote. Par contre, le QIT fournit des renseignements très détaillés sur l'ampleur de la consommation d'alcool et de drogues des délinquants et sur leur degré de dépendance. Peters, Greenbaum, Steinberg, Carter, Ortiz, Fry et Valle (2000) ont montré que les résultats de l'ADS (un test faisant partie du QIT qui mesure la dépendance à l'alcool) sont

étroitement liés aux diagnostics de troubles liés à une substance intoxicante du DSM-IV. Dans la présente étude, la présence simultanée d'un problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues et d'un problème de santé mentale a été analysée en évaluant le pourcentage des répondants qui avaient obtenu un score T égal ou supérieur à 65 au GSI ou sur la DHS et des scores sur l'ADS, au DAST et au PRD qui évoquent un abus allant d'important à grave. Une deuxième analyse a permis de déterminer les taux de comorbidité selon une formule plus libérale qui fixe le critère de l'abus d'alcool ou d'autres drogues à un score au moins « modéré » (sur l'ADS et au DAST) ou à « quelques problèmes » au PRD.

Le tableau 17 présente les résultats pour chaque instrument de mesure de l'abus d'alcool ou d'autres drogues ainsi qu'une analyse générale dans laquelle un problème décelé par l'un ou l'autre des trois instruments était considéré comme une indication d'un problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues. Une estimation rigoureuse du pourcentage de ces problèmes et un score T égal ou supérieur à 65 à l'indice de gravité globale du SIDTMEI indiquent des troubles concomitants de l'ordre de 53 % tandis que cette proportion passe à 69 % lorsqu'on utilise le score-seuil plus libéral pour un problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues. La proportion de problèmes d'abus chez les délinquants atteints d'un problème de santé mentale selon le SIDTMEI est significativement plus élevée que chez les délinquants qui n'ont pas été évalués selon le critère prudent ( $\chi^2(1) = 63,28, p < 0,001$ ) ou le critère libéral de diagnostic de l'abus d'alcool ou d'autres drogues ( $\chi^2(1) = 35,77, p < 0,001$ ). Lorsque les données sont analysées en ne tenant compte que des délinquants qui ont de graves problèmes d'abus, nous constatons une fois de plus un lien fort entre l'abus et les problèmes de santé mentale. Soixante-dix-huit pour cent des délinquants qui ont une dépendance à l'alcool allant d'importante à grave disent présenter des symptômes de troubles mentaux, alors que les taux sont un peu plus bas chez ceux qui présentent des problèmes graves de drogues et se situent à 58 %. Ces résultats, bien que préliminaires, indiquent que les délinquants qui présentent une forte détresse psychologique courent plus de risques de connaître des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues. Il y a eu lieu de pousser plus loin les recherches pour déterminer le taux de concomitance des troubles mentaux et des problèmes d'abus par l'application d'une procédure normalisée d'évaluation des diagnostics de troubles mentaux.

Tableau 17

*Estimations des troubles concomitants à l'aide des résultats du SIDTMEI et du QIT*

	Délinquants évalués à cause de symptômes psychologiques N = 467	Délinquants non évalués N = 735
	% (n)	% (n)
<b>ADS</b>		
- Importants à graves	11,6 (54)	2,0 (15)
- Modérés à graves	22,3 (104)	7,9 (58)
<b>PRD</b>		
- Un bon nombre de problèmes à beaucoup de problèmes	32,5 (152)	19,2 (141)
- Quelques problèmes à beaucoup de problèmes	45,8 (214)	33,9 (249)
<b>DAST</b>		
- Importants à graves	33,0 (154)	15,0 (110)
- Modérés à graves	48,2 (225)	33,3 (245)
<b>ADS, DAST ou PRD</b>		
- Importants à graves	53,3 (249)	29,4 (216)
- Modérés à graves	69,4 (324)	51,3 (377)

## Analyse

D'après les résultats à l'indice de gravité globale (GSI) du Bref inventaire des symptômes (BSI), le premier essai pilote du Système informatisé de dépistage des troubles mentaux à l'évaluation initiale (SIDTMEI) a révélé que plus du tiers (38,4 %) des délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis a déclaré éprouver une forte détresse psychologique. Un seuil plus libéral porterait cette proportion à plus de 50 %. Même si l'échantillon du projet pilote a montré que 44 % des hommes autochtones avaient déclaré un niveau élevé de détresse par rapport à 37,6 % des hommes non autochtones, cette différence n'était pas significative.

Ce taux significatif de symptomatologie chez les délinquants de sexe masculin mesuré au moyen du BSI du SIDTMEI a été corroboré par les résultats de la mesure de l'Échelle de la dépression, du désespoir et du suicide (DHS). En général, il y avait une concordance entre le GSI et la DHS à l'égard des délinquants identifiés comme éprouvant de la détresse. Cependant, 3 % des répondants ont obtenu un score égal ou supérieur au seuil sur l'échelle de dépression de la DHS, mais un score inférieur avec le GSI. Si les répondants dont le score était égal ou supérieur au seuil avec l'un ou l'autre des instruments étaient identifiés comme devant subir une évaluation plus poussée, un total de 40,6 % des délinquants de sexe masculin nouvellement admis qui composent le présent échantillon auraient été identifiés comme ayant besoin d'un suivi et, éventuellement, d'autres services.

Le pourcentage de délinquants ayant un score égal ou supérieur au score-seuil choisi pour l'instrument de dépistage varie d'un centre régional de réception à l'autre, mais tous les centres comptent au moins 20 % de délinquants dont le score dépasse ce seuil au GSI (voir les annexes A à I). Ces chiffres élevés ne dépassent pas les limites signalées par le concepteur du BSI pour divers échantillons sous-cliniques (Derogatis, 1993). Précisons que les tests du SIDTMEI sont administrés dans les 90 jours suivant l'admission des délinquants dans un pénitencier fédéral, un moment qui peut s'avérer très stressant. Toutefois, une analyse préliminaire du lien entre les résultats du SIDTMEI et le temps passé au centre de réception avant l'administration du test n'a pas permis de conclure que les scores des délinquants qui ont participé à l'évaluation au début de la période de réception étaient sensiblement plus élevés que ceux des délinquants qui s'y sont prêtés plus tard. Il se peut que

les tests administrés plus tard au cours de la peine, une fois que les délinquants auront quitté le centre de réception pour être placés dans l'établissement lui-même, révèlent des taux moins élevés de détresse. Comme le but premier de l'administration des tests du SIDTMEI est de repérer les délinquants qui peuvent avoir besoin d'une intervention dès leur admission dans le système fédéral, l'administration ultérieure des tests de dépistage ne satisferait pas à cette exigence.

Il est important de souligner que les estimations de la détresse psychologique chez les détenus du SCC fondées sur les délinquants nouvellement admis dans les centres de réception pour purger une nouvelle peine peuvent en fait se traduire par une sous-estimation des taux de détresse chez l'ensemble des délinquants incarcérés. Des statistiques descriptives ont démontré que les détenus avaient des besoins plus élevés et présentaient davantage de signes de troubles mentaux d'après les données de l'EID que ceux qui arrivent au SCC pour y purger une nouvelle peine.

Presque 5 000 délinquants sont admis chaque année au SCC pour y purger une peine de ressort fédéral. Comme certains centres de réception ont amorcé les procédures d'évaluation après le début du projet pilote sur le SIDTMEI, durant la période de un an du projet pilote, seulement 1 300 délinquants environ ont été évalués. Une comparaison entre les répondants à l'évaluation par le SIDTMEI et ceux qui n'y ont pas participé n'a pas révélé de différences constantes entre les deux groupes, ce qui confirme que les répondants étaient représentatifs de la population totale des délinquants qui sont arrivés au SCC dans cette période de un an.

Il n'a pas été possible d'évaluer le taux de questionnaires remplis pour les outils de mesure. Toutefois, pour ce qui est des délinquants connus qui ont refusé de se prêter à l'évaluation ou de ceux qui ont fourni des réponses non valides, aucun lien n'a été établi entre leur refus et le niveau de scolarité, l'état de santé mentale fondé sur les indicateurs de l'EID ou l'appartenance à la population autochtone. Des pourcentages plus élevés de questionnaires non valides dans deux établissements mettent en relief l'importance, pour le personnel, de se doter d'un protocole normalisé d'administration de tests qui encourage la participation et permet la surveillance du comportement durant le test.

Des analyses supplémentaires laissent croire qu'il y a des taux élevés de troubles concomitants chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis. La plupart des délinquants affichant un score égal ou supérieur au

score-seuil de l'échelle de dépression de la DHS ou de l'indice de gravité globale du BSI présentaient également des problèmes importants d'abus d'alcool ou d'autres drogues. Leurs taux d'abus étaient significativement plus élevés que ceux des délinquants dont les scores se situaient en deçà du seuil. D'autres études sont nécessaires pour déterminer à quel point les problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues compliquent la planification des interventions destinées à ceux qui sont atteints de troubles mentaux.

La stratégie du SCC en matière de santé mentale exige que les délinquants qui déclarent des taux considérablement élevés de détresse, selon les résultats de l'évaluation par le SIDTMEI, soient évalués par un professionnel de la santé mentale au centre de réception afin de déterminer s'il y a lieu d'intervenir davantage. Il n'existe à l'heure actuelle aucune procédure normalisée à l'égard des tests de suivi; c'est au psychologue en chef de chacun des centres de réception qu'il revient de déterminer la nature de ces tests. Une procédure d'évaluation normalisée et un système automatisé d'enregistrement des délinquants qui ont refusé l'évaluation permettraient d'établir la prévalence des troubles mentaux au SCC de même que la validité des scores-seuils choisis pour les instruments de mesure du SIDTMEI. Le grand nombre de délinquants qui ont répondu aux questionnaires d'évaluation au moment de leur admission et les caractéristiques uniques de la population carcérale fédérale plaident en faveur de l'élaboration de normes propres au SCC. Ces normes ont été établies dans la présente étude, mais des recherches plus poussées sont nécessaires pour déterminer quels scores seront utiles pour la sélection des délinquants qui auront besoin de services de suivi. Il faudra aussi établir des normes propres aux délinquantes purgeant une peine de ressort fédéral lorsqu'elles auront participé à l'évaluation en nombre suffisant.

La facilité de modification du module de programmation centralisé permettra d'apporter plusieurs modifications futures au SIDTMEI, ce qui améliorera son utilité. On envisage actuellement la possibilité d'ajouter des tests qui permettraient d'évaluer la capacité cognitive, le trouble du déficit de l'attention et le fonctionnement neurologique/neurophysiologique. Le regroupement des données sur la santé mentale et des données provenant du Questionnaire informatisé sur la toxicomanie permettra au SCC de repérer les délinquants aux prises avec des troubles concomitants. On ne connaît pas encore les répercussions des taux élevés de détresse psychologique déclarés sur l'adaptation des délinquants dans les établissements et la collectivité. Il est donc nécessaire de poursuivre les recherches, non seulement pour valider les

outils de dépistage du SIDTMEI par rapport aux résultats des entrevues cliniques, mais également pour établir un lien entre les scores et le comportement des délinquants en établissement et lors de la libération conditionnelle. Le présent projet de recherche fournira au SCC des renseignements importants sur les liens entre la détresse psychologique et d'autres indicateurs de problèmes psychologiques ainsi que des résultats clés pour l'organisation.

## Bibliographie

- Aroian, K.J., C. Patsdaughter, A. Levin et M.E. Gianan. Use of the Brief Symptom Inventory to Assess Psychological Distress in Three Immigrant Groups. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 31-46, (1995).
- Conoley, J. C. et J. J. Kramer *The Tenth Mental Measurements Yearbook* (p. 111-113). Lincoln, NE: University of Nebraska Press, (1989).
- Derogatis, L. R. et P.M. Spencer. *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, and Procedures Manual-I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research, (1982).
- Derogatis, L. R. *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual* (4<sup>e</sup> éd.). Minneapolis, MN: National Computer Systems, (1993).
- Irving, J., K. Taylor et K. Blanchette. *Résultats d'une évaluation du Programme de traitement intensif offert au Centre correctionnel de Burnaby pour femmes*, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, (2002).
- Jackson, D. N. *Basic Personality Inventory Manual*. London, ON: Sigma Assessment Systems, (1989).
- Kunic, D. et B.A. Grant. *Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) : résultats du projet pilote*, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, (2006).
- Kroner, D.G. et J.R. Weekes. Balanced Inventory of Desirable Responding: factor structure, reliability, and validity with an offender sample. *Personality and Individual Differences*, 21(3), 323-333, (1996).
- Lanyon, R. et A.C. Carle. Internal and External Validity of Scores on the Balanced Inventory of Desirable Responding and the Paulhus Deception Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 67(5), 859-876, (2007).
- Mills, J. F. et D.G. Kroner. A new instrument to screen for depression, hopelessness and suicide in offenders. *Psychological Services*, 1, 83-91, (2004).
- Mills, J. F. et D.G. Kroner. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness, and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminal Psychology*, 10, 1-12, (2005).

- Mills, J. F., J.R. Reddon et D.G. Kroner. *Construct validity and factor structure of the Depression Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS): A cross validation study*. Article en révision, (2009).
- Mills, J. F., R. D. Morgan, J.R. Reddon, D.G. Kroner et J.S. Steffan. *Depression, Hopelessness, and Psychache: Testing Models in the Screening for Suicide Risk*. Article en révision.
- Mills, J. F., K. Green et J.R. Reddon. An evaluation of the Psychache Scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 570-580, (2005).
- Mills, J. F. et D.G. Kroner. Predicting Suicidal Ideation with the Depression Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Journal of Offender Rehabilitation*, 47, 74-100, (2008).
- Pagé, C. et D.G. Kroner. *The Depression, Hopelessness, and Suicide Screening Form: A preliminary proofing study on Canadian female offenders*, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, (2008).
- Paulhus, D. L. *Paulhus Deception Scale: User's Manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc., (1999).
- Peters, R.H., P. E. Greenbaum, M. L. Steinberg, C. R. Carter, M.M. Ortiz, B.C. Fry et S.K. Valle. Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prisoners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18 (2000) 349-358, (2000).
- Selzer, M. L. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658, (1971).
- Service correctionnel du Canada. *L'évolution de la population fédérale carcérale : Profils et prévisions*, 2006, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, (2006).
- Service correctionnel du Canada. Données brutes non publiées. Consultées le 14 août 2008, le 1<sup>er</sup> avril 2009 et le 4 mai 2009 dans le Système de gestion des délinquants du Service correctionnel du Canada, (2008-2009).
- Shinkfield, A.J, J. Graffam et S. Meneilly. Co-Morbidity of Conditions Among Prisoners. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48:350-365, (2009).
- Skinner, H.A. The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviours*, 7, 363-371, (1982).

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

Stewart, L. *Perceived stress, self-efficacy and depression, hopelessness, and suicidal ideation in a group of incarcerated women*. Thèse de doctorat non publiée, (2006).

Swartz, J.A. et A. J. Lurigio. Psychiatric Illness and Comorbidity Among Adult Male Jail Detainees in Drug Treatment. *Psychiatric Services* 50:1628-1630, (1999).

Ulzen, T.P.M. et H. Hamilton. The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 57-63, (1998).

Wood, W. D. Patterns of Symptom Report on the Brief Symptom, *Psychological Reports*, 58, 427-431, (1986).



## Annexes

### Annexe A : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l'Établissement de Drumheller

Sous-échelle du Bref inventaire des symptômes	Score brut moyen à l'échelle N = 83	Score T ≥ 60 <sup>+</sup> % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Somatisation	0,25	15,6 (13)	9,6 (8)
Trouble obsessionnel-compulsif	0,52	20,5 (17)	15,7 (13)
Sensibilité interpersonnelle	0,32	17,1 (14)	9,8 (8)
Dépression	0,50	38,6 (32)	20,5 (17)
Anxiété	0,38	22,0 (18)	15,9 (13)
Hostilité	0,33	31,2 (16)	7,2 (6)
Anxiété phobique	0,13	24,1 (20)	8,4 (7)
Mode de pensée persécutoire	0,56	32,5 (27)	14,4 (12)
Psychotisme	0,44	42,1 (35)	30,1 (25)
Indice de gravité globale	0,40	26,5 (22)	20,5 (17)
Total des symptômes positifs	13,28	28,9 (24)	16,9 (14)
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,38	19,2 (16)	12,0 (10)

*Remarque* : Dans les tableaux qui suivent, la valeur *N* sur les échelles peut varier en raison de données manquantes.

<sup>+</sup> Dans ce tableau et tous les autres tableaux suivants, les scores T au BSI sont fondés sur les normes relatives aux non-patients.

Sous-échelle	N	Moyenne	Score T $\geq$ 60 % (n)	Score T $\geq$ 65 % (n)
Dépression	98	3,61	14,2 (14)	12,2 (12)
Désespoir	102	0,99	20,2 (20)	14,3 (14)
Items relatifs au suicide				
Admet $\geq$ 1				
% (n)				
Indicateur cognitif de suicide	101	0,10	6,9 (7)	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	103	0,06	3,9 (4)	
Indicateur d'historique de suicide	103	0,46	21,4 (22)	

Sous-échelle de l'Échelle de Paulhus	Moyenne (N = 102)	Score T $\geq$ 70		Score T $\leq$ 30	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	7,36	13	12,7		
Autoduperie	5,38	29	28,4		
Total	12,73	41	40,2	1	1

**Annexe B : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l'Établissement d'Edmonton**

Sous-échelle du Bref inventaire des symptômes	Score brut moyen à l'échelle N = 13	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Somatisation	0,54	38,5 (5)	23,1 (3)
Trouble obsessivo-compulsif	0,72	38,5 (5)	30,8 (4)
Sensibilité interpersonnelle	0,50	23,1 (3)	23,1 (3)
Dépression	0,64	46,2 (6)	23,1 (3)
Anxiété	0,58	46,2 (6)	30,8 (4)
Hostilité	0,43	30,8 (4)	15,4 (2)
Anxiété phobique	0,23	38,5 (5)	15,4 (2)
Mode de pensée persécutoire	0,69	38,5 (5)	30,8 (4)
Psychotisme	0,60	61,5 (8)	61,5 (8)
Indice de gravité globale	0,57	46,2 (6)	38,5 (5)
Total des symptômes positifs	16,08	38,5 (5)	23,1 (3)
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,74	53,9 (7)	38,5 (5)

Sous-échelle	N	Moyenne	T-score $\geq 60$		T-score $\geq 65$	
			n	%	n	%
Dépression	12	4,42	3	25,0	3	25,0
Désespoir	13	0,77	2	15,4	1	7,7
Items relatifs au suicide						
Admet $\geq 1$						
% (n)						
Indicateur cognitif de suicide	12	0			0	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	13	0			0	
Indicateur d'historique de suicide	13	0,77			38,5 (5)	

Sous-échelle de l'Échelle de Paulhus	Moyenne (N = 13)	Score T $\geq 70$		Score T $\leq 30$	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	6,31	1	7,7		
Autoduperie	4,35	2	15,4		
Total	10,67	2	15,4	0	0

**Annexe C : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l'Établissement de Grande Cache**

Sous-échelle du Bref inventaire des symptômes	Score brut moyen à l'échelle N = 49	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Somatisation	0,43	32,6 (16)	22,4 (11)
Trouble obsessivo-compulsif	0,69	34,7 (17)	20,4 (10)
Sensibilité interpersonnelle	0,57	32,7 (16)	24,5 (12)
Dépression	0,77	51,0 (25)	40,8 (20)
Anxiété	0,54	32,7 (16)	24,5 (12)
Hostilité	0,37	20,4 (10)	10,2 (5)
Anxiété phobique	0,30	44,8 (22)	14,3 (7)
Mode de pensée persécutoire	0,95	59,2 (29)	30,6 (15)
Psychotisme	0,81	67,4 (33)	63,3 (31)
Indice de gravité globale	0,63	55,1 (27)	40,8 (20)
Total des symptômes positifs	17,78	48,9 (24)	26,5 (13)
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,74	55,1 (27)	34,7 (17)

Sous-échelle	N	Moyenne	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Dépression	46	4,67	23,9 (11)	21,7 (10)
Désespoir	46	1,24	28,3 (13)	17,4 (8)
Items relatifs au suicide				
Admet ≥ 1				
% (n)				
Indicateur cognitif de suicide	50	0,12	8,0 (4)	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	47	0,02	2,1 (1)	
Indicateur d'historique de suicide	47	0,57	23,4 (11)	

Sous-échelle de l'Échelle de Paulhus	Moyenne (N = 51)	Score T ≥ 70		Score T ≤ 30	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	6,57	3	5,9		
Autoduperie	3,53	6	11,8		
Total	10,10	9	17,6	1	2

**Annexe D : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l'Établissement de Stony Mountain**

Sous-échelle du Bref inventaire des symptômes	Score brut moyen à l'échelle N = 98	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Somatisation	0,51	31,6 (31)	22,4 (22)
Trouble obsessivo-compulsif	0,87	38,8 (38)	32,7 (32)
Sensibilité interpersonnelle	0,60	38,8 (38)	25,5 (25)
Dépression	0,57	39,8 (39)	32,7 (32)
Anxiété	0,58	30,6 (30)	23,5 (23)
Hostilité	0,54	39,8 (39)	13,3 (13)
Anxiété phobique	0,40	45,9 (45)	24,5 (24)
Mode de pensée persécutoire	0,78	43,9 (43)	28,6 (28)
Psychotisme	0,61	53,0 (52)	45,9 (45)
Indice de gravité globale	0,62	45,9 (45)	39,8 (39)
Total des symptômes positifs	18,26	42,8 (42)	31,6 (31)
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,64	47,9 (47)	26,5 (26)

Sous-échelle	N	Moyenne	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Dépression	92	3,95	23,9 (22)	17,4 (16)
Désespoir	99	1,31	28,3 (28)	18,2 (18)
Items relatifs au suicide				
Admet ≥ 1				
% (n)				
Indicateur cognitif de suicide	106	0,04	3,8 (4)	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	107	0,02	1,9 (2)	
Indicateur d'historique de suicide	104	0,36	14,4 (15)	

Sous-échelle de l'Échelle de Paulhus	Moyenne (N = 104)	Score T ≥ 70		Score T ≤ 30	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	7,32	13	12,5		
Autoduperie	4,73	25	24		
Total	12,05	35	33,7	0	0

**Annexe E : Résultats du SIDTMEI – Tous les centres de réception  
de la région des Prairies**

Sous-échelle du Bref inventaire des symptômes	Score brut moyen à l'échelle N = 243	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Somatisation	0,41	26,7 (65)	18,1 (44)
Trouble obsessionnel-compulsif	0,71	31,8 (77)	24,4 (59)
Sensibilité interpersonnelle	0,49	29,3 (71)	19,8 (48)
Dépression	0,59	41,9 (102)	29,6 (72)
Anxiété	0,50	28,9 (70)	21,5 (52)
Hostilité	0,43	28,4 (69)	10,7 (26)
Anxiété phobique	0,28	37,9 (92)	16,5 (40)
Mode de pensée persécutoire	0,73	42,8 (104)	24,3 (59)
Psychotisme	0,59	52,7 (128)	44,9 (109)
Indice de gravité globale	0,54	41,1 (100)	33,3 (81)
Total des symptômes positifs	16,34	39,1 (95)	25,1 (61)
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,58	39,9 (97)	23,9 (58)

Sous-échelle	N	Moyenne	Score T ≥ 60		Score T ≥ 65	
			% (n)		% (n)	
Dépression	248	3,97	20,5 (51)		16,9 (42)	
Désespoir	260	1,15	24,3 (63)		15,8 (41)	
Items relatifs au suicide						
Admet ≥ 1						
% (n)						
Indicateur cognitif de suicide	269	0,07		5,6 (15)		
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	270	0,03		2,6 (7)		
Indicateur d'historique de suicide	267	0,45		19,9 (53)		

Sous-échelle de l'Échelle de Paulhus	Moyenne (N = 270)	Score T ≥ 70		Score T ≤ 30	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	7,14	30	11,1	-	-
Autoduperie	4,73	62	23	-	-
Total	11,87	87	32,2	2	0,7

**Annexe F : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de Millhaven  
(région de l’Ontario)**

Sous-échelle du Bref inventaire des symptômes	Score brut moyen à l'échelle N = 218	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Somatisation	0,49	31,2 (68)	23,9 (52)
Trouble obsessivo-compulsif	0,77	38,0 (81)	27,7 (59)
Sensibilité interpersonnelle	0,53	31,0 (67)	23,1 (50)
Dépression	0,78	60,1 (130)	35,6 (77)
Anxiété	0,60	28,5 (62)	25,3 (55)
Hostilité	0,39	23,5 (51)	10,1 (22)
Anxiété phobique	0,29	38,9 (85)	18,3 (40)
Mode de pensée persécutoire	0,84	49,1 (106)	30,1 (65)
Psychotisme	0,76	63,3 (138)	52,3 (114)
Indice de gravité globale	0,63	48,6 (106)	33,9 (74)
Total des symptômes positifs	17,55	42,2 (92)	25,2 (55)
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,75	55,5 (121)	35,8 (78)

Sous-échelle	N	Moyenne	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Dépression	203	4,82	29,0 (59)	23,6 (48)
Désespoir	209	1,44	28,3 (59)	18,7 (39)
Items relatifs au suicide				
Admet ≥ 1				
% (n)				
Indicateur cognitif de suicide	228	0,07	5,3 (12)	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	224	0,03	2,8 (6)	
Indicateur d'historique de suicide	219	0,37	16,0 (35)	

Sous-échelle de l'Échelle de Paulhus	Moyenne (N = 228)	Score T ≥ 70		Score T ≤ 30	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	7,67	45	19,7	-	-
Autoduperie	4,62	43	18,9	-	-
Total	12,27	83	36,4	4	1,8

**Annexe G : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de l'Établissement du Pacifique**

Sous-échelle du Bref inventaire des symptômes	Moyenne N = 395	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Somatisation	0,56	38,5 (152)	28,4 (112)
Trouble obsessionnel-compulsif	0,92	44,7 (176)	33,0 (130)
Sensibilité interpersonnelle	0,71	37,9 (149)	28,5 (112)
Dépression	0,76	53,4 (211)	35,4 (140)
Anxiété	0,77	43,0 (170)	33,9 (134)
Hostilité	0,49	30,9 (122)	13,4 (53)
Anxiété phobique	0,43	47,6 (188)	28,1 (111)
Mode de pensée persécutoire	0,86	47,8 (189)	28,4 (112)
Psychotisme	0,77	64,6 (255)	48,1 (190)
Indice de gravité globale	0,71	51,9 (205)	38,5 (152)
Total des symptômes positifs	20,69	48,9 (193)	33,7 (133)
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,62	44,3 (175)	27,6 (109)

Sous-échelle	N	Moyenne	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Dépression	337	4,95	31,4 (106)	25,5 (86)
Désespoir	346	56,03	28,9 (100)	18,8 (65)
Items relatifs au suicide				
Admet ≥ 1				
% (n)				
Indicateur cognitif de suicide	367	0,07	5,7 (21)	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	364	0,08	4,4 (16)	
Indicateur d'historique de suicide	366	0,62	23,2 (85)	

Sous-échelle de l'Échelle de Paulhus	Moyenne (N = 397)	Score T ≥ 70		Score T ≤ 30	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	7,21	61	15,4	-	-
Autoduperie	3,96	62	15,6	-	-
Total	11,16	113	28,5	1	0,3

**Annexe H : Résultats du SIDTMEI – Centre régional de réception du Québec**

Sous-échelle du Bref inventaire des symptômes	Moyenne N = 187	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Somatisation	0,62	40,3 (75)	31,7 (59)
Trouble obsessionnel-compulsif	0,64	33,4 (62)	21,0 (39)
Sensibilité interpersonnelle	0,50	29,0 (54)	22,0 (41)
Dépression	0,73	53,5 (100)	41,7 (78)
Anxiété	0,66	37,1 (69)	33,3 (62)
Hostilité	0,38	26,2 (49)	8,0 (15)
Anxiété phobique	0,42	47,1 (88)	22,5 (42)
Mode de pensée persécutoire	0,84	49,2 (92)	30,5 (57)
Psychotisme	0,77	67,9 (127)	56,1 (105)
Indice de gravité globale	0,66	52,9 (99)	38,5 (72)
Total des symptômes positifs	19,32	46,4 (87)	31,4 (59)
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,69	51,3 (96)	29,4 (55)

Sous-échelle	N	Moyenne	Score T $\geq$ 60 % (n)	Score T $\geq$ 65 % (n)
Dépression	34	4,06	29,4 (10)	20,6 (7)
Désespoir	37	1,19	24,3 (9)	18,9 (7)
Items relatifs au suicide				
Admet $\geq$ 1				
% (n)				
Indicateur cognitif de suicide	42	11,9	9,5(4)	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	40	10,0	7,5 (3)	
Indicateur d'historique de suicide	38	29,0	15,8 (6)	

Sous-échelle de l'Échelle de Paulhus	Moyenne (N = 40)	Score T $\geq$ 70		Score T $\leq$ 30	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	9,01	12	30	-	-
Autoduperie	4,81	8	20	-	-
Total	13,80	16	40	1	2,5

**Annexe I : Résultats du SIDTMEI – Centre de réception de la région de l’Atlantique**

Sous-échelle du Bref inventaire des symptômes	Moyenne N = 151	Score T ≥ 60 % (n)	Score T ≥ 65 % (n)
Somatisation	0,75	52,4 (79)	41,1 (62)
Trouble obsessionnel-compulsif	1,12	56,6 (85)	43,3 (65)
Sensibilité interpersonnelle	0,85	46,4 (70)	37,1 (56)
Dépression	0,99	59,7 (89)	48,3 (72)
Anxiété	0,93	53,0 (80)	43,7 (66)
Hostilité	0,72	46,0 (69)	22,0 (33)
Anxiété phobique	0,50	54,0 (81)	30,7 (46)
Mode de pensée persécutoire	1,19	66,6 (100)	45,3 (68)
Psychotisme	0,94	68,0 (101)	60,7 (91)
Indice de gravité globale	0,93	64,9 (98)	52,3 (79)
Total des symptômes positifs	23,50	59,6 (90)	46,4 (70)
Indice de détresse pour les symptômes positifs	1,96	68,2 (103)	51,0 (77)

Sous-échelle	N	Moyenne	Score T $\geq$ 60 % (n)	Score T $\geq$ 65 % (n)
Dépression	134	6,13	38,0 (51)	35,8 (48)
Désespoir	139	1,86	35,2 (49)	23,7 (33)
Items relatifs au suicide				
Admet $\geq$ 1				
% (n)				
Indicateur cognitif de suicide	153	0,07	6,5 (10)	
Indicateur d'idéation suicidaire actuelle	149	0,07	6,0 (9)	
Indicateur d'historique de suicide	146	0,90	31,5 (46)	

Sous-échelle de l'Échelle de Paulhus	Moyenne (N = 160)	Score T $\geq$ 70		Score T $\leq$ 30	
		n	%	n	%
Gestion de l'impression	7,29	17	10,6	-	-
Autoduperie	4,73	38	23,8	-	-
Total	12,01	49	30,6	0	0

### Annexe J : Corrélations bisérialles ponctuelles entre les variables du profil des délinquants et le BSI

Variable du profil	Sous-échelle du BSI								
	Somatisa- tion	Trouble obsessivo- compulsif	Sensibilité interperson- nelle	Dépression	Anxiété	Hostilité	Anxiété phobique	Mode de pensée persécutoire	Psycho- tisme
Infraction violente	0,083*	0,114**	0,121**	0,139**	0,124**	0,095**	0,111**	0,104**	0,136**
Scolarité < 10 <sup>e</sup> année	0,107**	0,095*	0,054	0,045	0,074	0,079	0,101*	0,095*	0,071
Antécédents d'emploi instable	0,094*	0,133**	0,096*	0,113**	0,118**	0,120**	0,136**	0,081	0,089*
Abus d'alcool	0,153**	0,191**	0,143**	0,161**	0,160**	0,202**	0,156**	0,129**	0,155**
Abus de drogues	0,023	0,104**	0,057	0,071	0,061	0,128**	0,079	0,046	0,059
ADS	0,208**	0,271**	0,221**	0,205**	0,237**	0,28**	0,26**	0,226**	0,256**
PRD	0,104**	0,146**	0,107**	0,092**	0,128**	0,199**	0,144**	0,128**	0,147**
DAST	0,124**	0,218**	0,159**	0,183**	0,197**	0,25**	0,182**	0,167**	0,208**
Diagnostic de troubles mentaux dans le passé	0,167**	0,263**	0,216**	0,256**	0,254**	0,191**	0,246**	0,210**	0,263**
Diagnostic de troubles mentaux actuels	0,180**	0,286**	0,217**	0,278**	0,280**	0,239**	0,268**	0,222**	0,268**
Déficiences mentales	0,128**	0,208**	0,193**	0,146**	0,190**	0,154**	0,189**	0,161**	0,169**
Risque global	0,089*	0,152**	0,130**	0,138**	0,118**	0,100*	0,115**	0,089*	0,134**
Besoins globaux	0,134**	0,207**	0,182**	0,200**	0,187**	0,195**	0,182**	0,145**	0,190**

Remarque : \*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,001$

Remarque : Les valeurs  $r$  pour le risque global et les besoins globaux correspondent à la racine carrée des valeurs  $R^2$  provenant des analyses de la variance. Les corrélations bisérialles ponctuelles ne conviennent pas pour les variables supposant plus de deux groupes.

Remarque : Les valeurs  $r$  pour l'ADS, le PRD et le DAST sont des corrélations de Pearson.

**Annexe K : Normes du SCC pour les délinquants de sexe masculin – scores bruts, scores T associés et pourcentage des délinquants ayant des scores plus élevés (N = 1 197)**

SOM	O-C	S-I	DÉP	ANX	HOS	PHOB	MPP	PSY	GSI	PSDI	PST	Score T	%
											0,77	35,00	93,32
										0,45	0,83	36,00	91,92
										1,80	0,89	37,00	90,32
										3,16	0,95	38,00	88,49
							0,01			4,51	1,01	39,00	86,43
							0,09		0,04	5,86	1,07	40,00	84,13
	0,06		0,03				0,17	0,06	0,11	7,21	1,14	41,00	81,59
	0,14		0,11	0,02			0,25	0,14	0,17	8,56	1,20	42,00	78,81
0,05	0,23	0,05	0,19	0,11	0,02		0,33	0,22	0,24	9,91	1,26	43,00	75,80
0,12	0,32	0,13	0,27	0,19	0,09		0,40	0,29	0,30	11,27	1,32	44,00	72,57
0,19	0,40	0,21	0,35	0,27	0,15	0,04	0,48	0,37	0,36	12,62	1,38	45,00	69,15
0,26	0,49	0,29	0,43	0,36	0,21	0,11	0,56	0,45	0,43	13,97	1,44	46,00	65,54
0,33	0,57	0,38	0,51	0,44	0,28	0,17	0,64	0,52	0,49	15,32	1,50	47,00	61,79
0,40	0,66	0,46	0,59	0,52	0,34	0,24	0,71	0,60	0,55	16,67	1,57	48,00	57,93
0,48	0,75	0,54	0,67	0,61	0,40	0,31	0,79	0,67	0,62	18,02	1,63	49,00	53,98
0,55	0,83	0,62	0,75	0,69	0,47	0,38	0,87	0,75	0,68	19,37	1,69	50,00	50,00
0,62	0,92	0,70	0,83	0,77	0,53	0,45	0,95	0,83	0,75	20,73	1,75	51,00	46,02
0,69	1,01	0,78	0,91	0,86	0,59	0,52	1,03	0,90	0,81	22,08	1,81	52,00	42,07
0,73	1,05	0,83	0,95	0,90	0,63	0,55	1,07	0,95	0,84	22,80	1,85	52,53	40,00
0,76	1,09	0,86	0,99	0,94	0,66	0,58	1,10	0,98	0,87	23,43	1,87	53,00	38,21
0,82	1,17	0,93	1,06	1,01	0,71	0,64	1,17	1,05	0,93	24,58	1,93	53,85	35,00
0,83	1,18	0,95	1,07	1,02	0,72	0,65	1,18	1,06	0,94	24,78	1,94	54,00	34,46
0,90	1,26	1,03	1,15	1,11	0,79	0,72	1,26	1,13	1,00	26,13	2,00	55,00	30,85
0,92	1,29	1,05	1,17	1,13	0,80	0,74	1,28	1,15	1,02	26,47	2,01	55,25	30,00
0,97	1,35	1,11	1,23	1,19	0,85	0,79	1,34	1,21	1,07	27,48	2,06	56,00	27,43
1,02	1,41	1,17	1,29	1,25	0,90	0,84	1,40	1,27	1,11	28,50	2,11	56,75	25,00

*Normes du SCC pour les délinquants de sexe masculin : scores bruts, scores T associés et pourcentage des délinquants ayant des scores plus élevés (N = 1197) (suite)*

SOM	O-C	S-I	DÉP	ANX	HOS	PHOB	MPP	PSY	GSI	PSDI	PST	Score T	%
1,04	1,44	1,19	1,31	1,27	0,91	0,86	1,41	1,29	1,13	28,84	2,12	57,00	24,20
1,11	1,52	1,27	1,39	1,36	0,98	0,93	1,49	1,36	1,19	30,19	2,18	58,00	21,19
1,14	1,56	1,31	1,43	1,39	1,00	0,95	1,52	1,40	1,22	30,75	2,21	58,42	20,00
1,18	1,61	1,35	1,47	1,44	1,04	0,99	1,57	1,44	1,26	31,54	2,24	59,00	18,41
1,25	1,70	1,44	1,55	1,52	1,10	1,06	1,65	1,52	1,32	32,89	2,31	60,00	15,87
1,28	1,73	1,46	1,58	1,55	1,13	1,09	1,68	1,54	1,34	33,38	2,33	60,36	15,00
1,32	1,78	1,52	1,63	1,61	1,17	1,13	1,73	1,59	1,39	34,24	2,37	61,00	13,57
1,39	1,87	1,60	1,71	1,69	1,23	1,20	1,80	1,67	1,45	35,59	2,43	62,00	11,51
1,45	1,94	1,66	1,78	1,76	1,28	1,25	1,87	1,73	1,50	36,70	2,48	62,82	10,00
1,46	1,95	1,68	1,79	1,77	1,29	1,27	1,88	1,75	1,51	36,95	2,49	63,00	9,68
1,54	2,04	1,76	1,87	1,86	1,36	1,33	1,96	1,82	1,58	38,30	2,55	64,00	8,08
1,61	2,13	1,84	1,95	1,94	1,42	1,40	2,04	1,90	1,64	39,65	2,61	65,00	6,68
1,68	2,21	1,92	2,03	2,02	1,48	1,47	2,11	1,98	1,71	41,00	2,68	66,00	5,48
1,71	2,25	1,96	2,07	2,06	1,51	1,50	2,15	2,01	1,73	41,61	2,70	66,45	5,00
1,75	2,30	2,01	2,11	2,11	1,55	1,54	2,19	2,05	1,77	42,35	2,74	67,00	4,46
1,82	2,38	2,09	2,19	2,19	1,61	1,61	2,27	2,13	1,83	43,70	2,80	68,00	3,59
1,89	2,47	2,17	2,27	2,27	1,67	1,68	2,35	2,20	1,90	45,05	2,86	69,00	2,87
1,96	2,56	2,25	2,35	2,36	1,74	1,74	2,43	2,28	1,96	46,41	2,92	70,00	2,28
2,00	2,60	2,29	2,40	2,40	1,77	1,78	2,47	2,32	2,00	47,14	2,95	70,54	2,00
2,03	2,64	2,33	2,43	2,44	1,80	1,81	2,50	2,36	2,02	47,76	2,98	71,00	1,79
2,10	2,73	2,41	2,51	2,52	1,86	1,88	2,58	2,43	2,09	49,11	3,04	72,00	1,39
2,17	2,82	2,49	2,59	2,61	1,93	1,95	2,66	2,51	2,15	50,46	3,11	73,00	1,07
2,20	2,85	2,52	2,62	2,64	1,95	1,97	2,69	2,54	2,18	50,96	3,13	73,37	1,00
2,24	2,90	2,58	2,67	2,69	1,99	2,02	2,74	2,59	2,22	51,81	3,17	74,00	0,82
2,31	2,99	2,66	2,75	2,77	2,05	2,08	2,81	2,66	2,28	53,16	3,23	75,00	0,62
2,38	3,07	2,74	2,83	2,86	2,12	2,15	2,89	2,74	2,34	54,52	3,29	76,00	0,47
2,45	3,16	2,82	2,91	2,94	2,18	2,22	2,97	2,82	2,41	55,87	3,35	77,00	0,35
2,52	3,25	2,90	2,99	3,02	2,25	2,29	3,05	2,89	2,47	57,22	3,41	78,00	0,26
2,59	3,33	2,98	3,07	3,11	2,31	2,36	3,13	2,97	2,54	58,57	3,48	79,00	0,19
2,67	3,42	3,07	3,15	3,19	2,37	2,43	3,20	3,05	2,60	59,92	3,54	80,00	0,13

**Descriptions par le lecteur écran des graphiques et des figures  
(pour les personnes ayant une déficience visuelle)**

**Figure 1. Fréquence de l'évaluation des répondants par le SIDTMEI en fonction du nombre de jours entre l'admission et l'évaluation**

Ce diagramme à barres présente les moments, durant la période de réception, au cours desquels se sont tenues les évaluations par le SIDTMEI. Il montre que la plupart des délinquants sont évalués au plus tard le 30<sup>e</sup> jour suivant l'admission, et un petit nombre seulement n'est évalué qu'entre le 40<sup>e</sup> et le 90<sup>e</sup> jour. Le groupe le plus nombreux de délinquants a été évalué dans les deux premières semaines.