



SAFETY, RESPECT
AND DIGNITY
FOR ALL

LA SÉCURITÉ,
LA DIGNITÉ
ET LE RESPECT
POUR TOUS

Dossier n° 394-2-51

Rapport d'évaluation :
Initiative sur la santé mentale dans la collectivité

Direction de l'évaluation
Secteur de l'évaluation du rendement

Novembre 2008

Remerciements

L'équipe d'évaluation désire remercier tous les membres du personnel, les délinquants et les fournisseurs de services communautaires qui ont pris le temps de nous faire connaître leur opinion sur l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) en remplissant un questionnaire ou en acceptant de prendre part à une entrevue.

Nous désirons aussi remercier les membres du personnel qui ont fourni les renseignements et documents qui ont été utilisés pour réaliser la présente évaluation. Nous souhaitons plus particulièrement remercier les membres du groupe consultatif de l'évaluation, y compris Natalie Gabora-Roth (Services de santé), Robert Safire (Opérations de réinsertion sociale dans la collectivité), Jennifer Hayward (Relations avec les Autochtones), Chris Hill, Mark Christie (Secteur des délinquantes), Lisa Hill (Gestion du rendement), Jennifer Guillon, Jessie Rylett (Évaluation du rendement) et Treena Witte du Centre psychiatrique régional (Prairies). Des remerciements sont aussi adressés à Andrea Moser, Jane Laishes, Michael Martin et Thanujah Yogarajah pour l'aide qu'ils ont fournie en répondant à certaines questions particulières et en fournissant de l'information.

Nous désirons aussi remercier les membres du personnel qui ont coordonné les visites sur place (région du Pacifique : Gurjit Toor, Heather Pierce, Treena Prox, Karen Sloat; région des Prairies : Amy Howie, Lisa Gluck, Clarence Turgeon, Jason Mackenzie, Darrell Lindsey; région de l'Ontario : Johanna Kudoba; région du Québec : Martine Lacroix, Stéphanie Gérin et Suzanne Pelletier; région de l'Atlantique : Paul Harris).

Nous remercions aussi le Comité directeur pour ses conseils et sa rétroaction. Terry Nicholaichuk, Deqiang Gu et Treena Witte du CPR ont joué un rôle crucial en réalisant bon nombre des analyses utilisées dans le présent rapport. Ils se sont efforcés de fournir toutes les analyses supplémentaires avec diligence à l'intérieur de délais très serrés.

Nous désirons aussi remercier Vanessa Anastasopoulos pour son aide à la réalisation des entrevues. Kelly Taylor a donné des conseils quant à la méthodologie et à l'examen par les pairs et Cara Scarfone et Amanda Nolan ont aussi fait diverses contributions éditoriales. L'équipe remercie Mark Nafekh de son aide à l'analyse des données et Annie Yessine pour son expertise analytique. Des remerciements sont aussi adressés à Lindsey Pecaric pour son aide à la réalisation d'une analyse documentaire sur le rapport coût-efficacité.

Jean-Pierre Rivard, Ghalib Dhalla, Robert Riel et le personnel régional ont fourni une aide inestimable en rassemblant les données financières et Cameron Bouchard, de la Division de la géomatique de Sécurité publique Canada, a mis à contribution expertise et aide pour effectuer une analyse géocartographique.

Membres de l'équipe d'évaluation

Nicole Allegri
Évaluatrice principale

Kendra Delveaux
Directrice de l'évaluation

Duyen Luong
Agente d'évaluation

Hongping Li
Agente d'évaluation

Tamara Jensen
Agente d'évaluation par intérim

Dennis Batten
Agent d'évaluation

Krista Barney
Adjointe à l'évaluation

Elizabeth Loree
Adjointe à l'évaluation

Michael Henighan
Adjoint à l'évaluation

Rapport d'évaluation :
Initiative sur la santé mentale dans la collectivité

SIGNATURES

Lynn Garrow
Commissaire adjointe associée
Politiques et recherches

Date

Pamela Yates
Directrice générale
Direction de l'évaluation

Date

Sommaire

Introduction

La capacité de répondre aux besoins en santé mentale des délinquants sous responsabilité fédérale est l'une des cinq priorités stratégiques du Service correctionnel du Canada (SCC, 2008a). En 2007-2008, 10 % des délinquants et 22 % des délinquantes sous responsabilité fédérale présentaient des problèmes de santé mentale à leur admission. Ces pourcentages représentent des augmentations de 67 % et de 69 %, respectivement, depuis 1996-1997 (SCC, 2008b). Dans le rapport 2006 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur les soins en santé mentale au Canada, intitulé « De l'ombre à la lumière », aussi connu comme le *Rapport Kirby* (Kirby, 2006), le Comité a enjoint le SCC de satisfaire aux normes en matière de santé mentale lorsqu'il fournit des soins aux délinquants sous responsabilité fédérale, soins qui sont habituellement fournis à la population générale. En outre, le Comité a expressément recommandé que le SCC fournisse des services de manière à assurer la continuité des soins en santé mentale entre les établissements du SCC et la collectivité.

Le paragraphe 86(1) de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC, 1992) enjoint le SCC d'assurer la prestation de services en santé mentale aux délinquants sous responsabilité fédérale, même si la prestation de ces services a été jugée inadéquate (voir Association canadienne de santé publique, 2004; l'Enquêteur correctionnel du Canada, 2004; et Kirby, 2006). Les conclusions et les recommandations découlant du Rapport Kirby de même que des rapports du bureau de l'Enquêteur correctionnel (2004) et du Comité d'examen du SCC (2007) et le rapport sur le rendement du gouvernement du Canada (2007b) ont mis en relief le besoin d'élaborer une stratégie complète en santé mentale, et ont prévu du soutien supplémentaire à cette fin. Le SCC procède donc à la mise en œuvre d'une stratégie pour les délinquants sous responsabilité fédérale dont l'objectif premier est d'assurer le continuum des services en santé mentale destinés aux délinquants, de leur admission en établissement jusqu'à leur libération dans la collectivité. Cette approche est axée sur cinq éléments : (1) le dépistage et l'évaluation initiale; (2) les soins primaires; (3) les soins intermédiaires; (4) les soins intensifs (dans les centres de traitement régionaux) et (5) les soins de transition. En 2005, suite à une présentation de la Direction des services de santé, le Conseil du Trésor a dégagé des fonds destinés à mettre en œuvre l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité, la cinquième composante de la stratégie générale en matière de santé mentale.

L'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC), mise en œuvre en 2005, s'inscrit dans la composante liée aux soins de transition de la stratégie nationale en matière de santé mentale. Les principales composantes de l'ISMC sont les suivantes :

- Offrir davantage de services de planification du congé, services offerts par des travailleurs(euses) sociaux(ales) cliniques, pour les délinquants et délinquantes atteint(e)s de troubles mentaux en établissement;
- Créer des postes de spécialistes en santé mentale (travailleurs(euses) sociaux(ales) cliniques et infirmiers(ières) en santé mentale) pour aider les délinquants atteints de troubles mentaux qui résident dans la collectivité [y compris dans les centres correctionnels communautaires (CCC) et les établissements résidentiels communautaires (ERC)];

- Fournir des ressources et des services pour répondre aux besoins spéciaux des délinquants atteints de troubles mentaux dans la collectivité (p. ex., contrats et fonds pour offrir des traitements psychiatriques et d'autres interventions en santé mentale; évaluations spécialisées, tuteurs, etc.);
- Offrir une formation en santé mentale aux membres du personnel du SCC et à d'autres intervenants, au personnel des maisons de transition et aux partenaires communautaires (Champagne, Turgeon, Felizardo et Lutz, 2008).

Budget de l'ISMC

En mai 2005, le Conseil du Trésor a approuvé une enveloppe de financement de 29,1 millions de dollars sur une période de cinq ans destinée à l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité. Il était prévu dans la présentation au Conseil du Trésor que la plus grande partie du financement (15,3 millions de dollars) couvrirait les dépenses salariales. Les coûts liés au fonctionnement de l'Initiative ont totalisé 7,8 millions de dollars et les fonds restants (environ 6 millions de dollars) ont été attribués au financement des services communs, des régimes d'avantages sociaux des employés, des locaux; dans plusieurs cas, les fonds ont été reportés.

Stratégie d'évaluation

La Direction de l'évaluation a élaboré une stratégie d'évaluation en collaboration avec le groupe consultatif de l'évaluation réunissant des intervenants des Services de santé du SCC, de la Direction des initiatives pour les Autochtones du Secteur des délinquantes, de la Direction de la gestion du rendement et du Centre psychiatrique régional (Prairies). L'évaluation avait pour but de dégager l'information requise pour prendre des décisions relatives aux investissements dans le secteur des services de santé mentale communautaires à l'expiration de la période de financement prévue en mars 2010. Étant donné que l'ISMC a été mise en œuvre récemment, l'évaluation a surtout porté sur la mise en œuvre; néanmoins, les résultats à court et à moyen termes ont été évalués lorsque possible en fonction de la disponibilité des données.

On a eu recours à des méthodes qualitatives et quantitatives pour effectuer l'évaluation.

Différentes méthodes ont permis de rassembler l'information :

- Des sondages auprès des membres du personnel du SCC qui ont une expérience pratique d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux, réalisés en août 2008;
- Des entrevues avec les délinquants de la collectivité qui ont reçu des services de la part des équipes de spécialistes en santé mentale dans la collectivité;
- Des consultations avec les coordonnateurs régionaux en vue d'établir le calendrier de mise en œuvre;
- Un mécanisme de collecte de données automatique, y compris au moyen d'interrogations dans le Système de gestion des délinquant(e)s du SCC (SGD) et d'autres bases de données créées et maintenues par les Services de santé et le Centre de psychiatrie régional (CPR);
- L'examen de la documentation pertinente, y compris les rapports de mise en œuvre et postérieurs à celle-ci produits par le CPR, le rapport récapitulatif sur la formation en santé mentale du Secteur des services de santé du SCC, les documents opérationnels, les politiques et procédures du SCC pertinentes ainsi que les documents financiers provenant du Système intégré de rapports de gestion (SIRG);

- L'examen de la documentation pertinente, y compris les publications gouvernementales et non gouvernementales, les rapports d'autres administrations internationales et les revues professionnelles et universitaires.

Afin de mesurer si l'ISMC a réussi à réintégrer de façon efficace les délinquants dans la collectivité, les résultats pour les délinquants qui ont reçu des services de planification du congé et des services dispensés par des spécialistes en santé mentale dans la collectivité ont été comparés aux résultats d'un groupe témoin, dans le temps, qui n'avait pas reçu de services dans le cadre de l'ISMC.

Principales constatations

SOMMAIRE DES CONSTATATIONS : L'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité continue de cadrer avec les priorités du SCC, les objectifs pangouvernementaux et les pratiques d'autres compétences, et répond à un besoin réaliste de services en santé mentale pour les délinquants du SCC. L'ISMC a contribué à augmenter l'accès aux services de santé mentale, notamment aux services de planification du congé et aux services de santé mentale dans la collectivité dont la prestation est assurée par des spécialistes en santé mentale ou des entrepreneurs dans la collectivité. Les délinquants qui avaient reçu les services de spécialistes en santé mentale dans la collectivité étaient moins susceptibles de faire l'objet d'une suspension ou d'une révocation que le groupe témoin qui n'avait pas bénéficié des services offerts dans le cadre de l'ISMC. On a aussi observé des difficultés relatives à la mise en œuvre, notamment des retards dans la dotation de certains postes de l'ISMC (ce qui a entraîné la réorientation et le report du financement de l'ISMC), des difficultés liées à l'échange d'information entre l'établissement et la collectivité et certains intervenants ont soulevé le fait que des délinquants ayant besoin de services en santé mentale n'étaient pas aiguillés vers ces services.

Objectif 1 : Pertinence

CONSTATATION 1: L'ISMC demeure en harmonie avec les priorités ministérielles et pangouvernementales.

CONSTATATION 2: Étant donné le nombre croissant de délinquants atteints de troubles mentaux admis au SCC, il est nécessaire de leur offrir des services pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale et pour les aider à réussir à se réintégrer dans la collectivité.

CONSTATATION 3: L'ISMC est en harmonie avec les pratiques dans d'autres compétences, particulièrement celles qui ont recours à des modèles communautaires d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux.

Objectif 2 : Mise en oeuvre

CONSTATATION 4: Les retards de mise en œuvre des services fournis dans le cadre de l'ISMC sont surtout attribuables aux problèmes de dotation. La mise en œuvre de l'ISMC était plus susceptible de réussir quand les conditions suivantes étaient satisfaites : 1) des ressources humaines et des mécanismes de soutien administratif étaient consacrés pour accélérer l'exécution des processus de dotation; 2) on a eu recours à une vaste campagne de recrutement en vue d'attirer bon nombre de candidats potentiels en vue de doter les postes de l'Initiative.

CONSTATATION 5: Les renvois vers les services de planification du congé n'ont pas été effectués conformément aux lignes directrices de l'ISMC relatives aux calendriers d'exécution (c.-à-d., neuf mois avant la date prévue du congé).

CONSTATATION 6: La raison la plus fréquente des refus de renvoi de l'ISMC est que les délinquants ne satisfaisaient pas aux critères d'admissibilité. Le personnel a aussi laissé entendre que certains délinquants qui avaient besoin de services n'avaient pas été orientés vers ces services. Il se dégage de l'examen de ces constatations que la situation peut être attribuable à un manque de connaissance parmi les membres du personnel du SCC relativement aux critères d'admissibilité à l'ISMC, au manque d'outils fiables pour faciliter le repérage précoce des délinquants ayant besoin de services ou à un manque de disponibilité des services dans les collectivités dans lesquelles les délinquants sont libérés.

CONSTATATION 7: On a signalé des difficultés de mise en œuvre par rapport à la coordination et à l'échange d'information entre les équipes de gestion de cas et de la santé mentale en établissement et dans la collectivité

CONSTATATION 8: Les unités opérationnelles actuelles de l'ISMC semblent bien positionnées pour desservir les délinquants ayant des besoins en matière de santé mentale comme le démontre le nombre de délinquants ayant des besoins en matière de santé mentale dans ces unités. Toutefois, on dénombre plusieurs établissements du SCC qui comptent une proportion importante de délinquants atteints de troubles mentaux et qui n'ont pas été désignés comme destinataires des services fournis dans le cadre de l'ISMC.

CONSTATATION 9: Des retards de mise en œuvre sont à l'origine de plusieurs cas de réorientation et de report du financement de l'ISMC. Les données financières relatives à l'ISMC n'ont pas toujours été codées en utilisant uniformément les centres de coûts appropriés du SRGI.

Objectif 3 : Réussite

CONSTATATION 10: La formation en santé mentale a été offerte à 830 intervenants de la collectivité et 352 membres du personnel en établissement du SCC qui interviennent auprès de personnes atteintes de troubles mentaux. Parmi le personnel en établissement, les personnes qui ont reçu la formation étaient surtout les infirmiers(ières) du SCC. Cette formation a permis d'accroître les connaissances en matière de santé mentale du personnel de la collectivité et d'améliorer la perception de ces compétences en matière d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux.

CONSTATATION 11: Des délinquants orientés vers des services de l'ISMC et admis, y compris vers des services de planification du congé et de spécialistes en santé mentale dans la collectivité reçoivent ces services. Toutefois, il est possible que les données relatives à la cessation de ces services ne soient pas toujours inscrites dans les bases de données de l'ISMC.

CONSTATATION 12: Le nombre de contrats de services de l'ISMC et le nombre de délinquants bénéficiaires des services ont augmenté au fil du temps. Les services contractuels sont dispensés en temps opportun et peu de délinquants orientés vers ces services ont été inscrits sur des listes d'attente ou n'ont pu les recevoir.

CONSTATATION 13: Les efforts de renforcement des capacités dans les collectivités se sont intensifiés au fil du temps et, de façon générale, les contacts de prise de service ont été axés dans les domaines où les besoins ou l'importance étaient les plus élevés selon les renvois de l'ISMC.

CONSTATATION 14: De façon générale, les intervenants ont signalé une continuité accrue des soins et des services, bien que certains aient exprimé des préoccupations quant à la continuité des soins après l'expiration du mandat.

CONSTATATION 15: De façon générale, les intervenants ont indiqué que l'ISMC a contribué à améliorer la qualité de vie des délinquants. En revanche, l'évaluation normalisée de la qualité de vie de l'ISMC n'a pas été effectuée auprès des délinquants conformément aux lignes directrices de l'ISMC. Par conséquent, les constatations relatives à cette évaluation ne sont pas concluantes en raison de la petite taille des échantillons.

CONSTATATION 16: La majorité des délinquants ont reçu soit des services de planification clinique du congé (PCC) soit des services de spécialistes en santé mentale dans la collectivité (SSMC), mais pas les deux. Les délinquants qui ont reçu les services de SSMC étaient moins susceptibles de faire l'objet d'une suspension ou d'une révocation que le groupe témoin, après avoir tenu compte des différences statistiques préexistantes entre les groupes. Rien ne permet de croire que les résultats du groupe des personnes ayant reçu des services de PCC étaient différents de ceux du groupe témoin. Ces constatations préliminaires doivent être interprétées avec prudence étant donné la petite taille des échantillons et la courte période de suivi.

Objectif 4 : Rapport coût-efficacité

CONSTATATION 17: Bien que l'ISMC ait produit plusieurs résultats positifs à court terme, les limites liées au codage financier et à la courte période de mise en œuvre empêchent l'exécution d'une analyse coût-efficacité fiable à cette étape de l'ISMC.

Recommandations

RECOMMANDATION 1: Afin de maintenir et d'améliorer les services de santé mentale offerts dans la collectivité, le SCC devrait appuyer la mise en œuvre des services de santé au moyen d'un processus de dotation stratégique et d'une campagne de recrutement.

RECOMMANDATION 2: Il faudrait examiner les procédures ou les processus visant à améliorer le dépistage rapide des problèmes de santé mentale et les besoins en traitements des délinquants afin de permettre un repérage précis des délinquants ayant des besoins en santé mentale pour faciliter les renvois aux fins de traitement et pour assurer la continuité des soins plus tôt au cours du processus.

RECOMMANDATION 3: Le SCC devrait envisager et mettre en place des mécanismes pour améliorer la communication des renseignements dans les services de santé mentale en établissement et dans la collectivité ainsi que dans les équipes de gestion des cas.

RECOMMANDATION 4: Les services de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité devraient être offerts dans plusieurs unités opérationnelles qui ne font pas partie de l'Initiative, mais dont une grande proportion des délinquants a des besoins en santé mentale. Pour ce faire, il faudrait réattribuer ou étendre les services de l'ISMC.

RECOMMANDATION 5: Le SCC devrait veiller à ce que les dépenses effectuées dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité soient entrées dans les bases de données financières au moyen de codes normalisés précis afin que les dépenses soient consignées et vérifiées pour permettre l'évaluation adéquate du rapport coût-efficacité de l'Initiative.

RECOMMANDATION 6: De la formation supplémentaire sur la santé mentale devrait être fournie au personnel des établissements, y compris aux agents de libération conditionnelle et aux autres membres des équipes de gestion des cas, afin d'aider à repérer les délinquants ayant des troubles mentaux et à les aiguiller le plus tôt possible vers les services de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité.

RECOMMANDATION 7: Il faudrait exercer un suivi auprès des délinquants admis aux services de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité pour s'assurer que les traitements ont été administrés et connaître la période au cours de laquelle les délinquants reçoivent ces services.

RECOMMANDATION 8: Le SCC devrait continuer de soutenir et d'améliorer les services offerts aux délinquants ayant des troubles mentaux dans la collectivité. De plus, le SCC devrait envisager de créer d'autres partenariats/liens avec les organismes (comme les gouvernements provinciaux et les organismes non gouvernementaux) pour faciliter la poursuite des soins après l'expiration du mandat.

RECOMMANDATION 9: Le SCC devrait revoir les lignes directrices sur l'administration de l'échelle de la qualité de vie afin de veiller à ce qu'elles soient applicables. Il devrait également instaurer des procédures pour faire en sorte que le personnel de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité incite les délinquants à remplir le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie, comme cela est prévu dans les lignes directrices.

RECOMMANDATION 10: Le SCC devrait examiner les raisons possibles de l'absence de continuité entre les services de planification clinique du congé et la gestion des soins de santé dans la collectivité. Fort de cet examen, le SCC devrait élaborer des stratégies et des procédures favorisant davantage la réinsertion sociale des délinquants bénéficiant des services de planification clinique du congé.

Table des Matières

REMERCIEMENTS	III
MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION.....	IV
SOMMAIRE.....	VI
TABLE DES MATIÈRES.....	XIV
LISTE DES TABLEAUX.....	XVI
LISTE DES FIGURES	XVIII
LISTE DES ANNEXES.....	XX
LISTE DES ACRONYMES.....	XXI
INTRODUCTION.....	1
Contexte – Santé mentale : Une perspective mondiale.....	1
Perspectives fédérale et provinciale	3
Lois et politiques du SCC.....	4
L'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC)	6
Planification du congé	7
Spécialistes de la santé mentale dans la collectivité.....	8
Partenariats communautaires par le biais des services contractuels.....	8
Formation en santé mentale à l'intention du personnel correctionnel dans la collectivité..	9
Structure de gouvernance	11
Budget financier et dépenses de l'ISMC.....	11
STRATÉGIE D'ÉVALUATION.....	15
Objectifs de l'évaluation.....	15
Modèle logique	15
Mesures et procédure	16
Données financières.....	16
Entrevues et questionnaires auprès des informateurs clés.....	16
Sources de données automatisées	18
Mesures.....	18
Analyses.....	22
Limites.....	23
Échantillon.....	27
PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	33

Objectif d'évaluation 1 : Pertinence.....	33
Priorités gouvernementales et ministérielles	33
Besoin de services destinés aux délinquants atteints de troubles mentaux	35
Harmonie avec les pratiques d'autres compétences	38
Objectif d'évaluation 2 : Mise en œuvre.....	40
Mise en œuvre de l'ISMC et dotation	40
Renvois aux services de l'ISMC	52
Coordination et échange d'information.....	57
Emplacement des unités opérationnelles de l'ISMC.....	59
Budget et dépenses de l'ISMC	77
Objectif d'évaluation 3 : Réussite.....	83
Incidence de la formation en santé mentale dans la collectivité.....	83
Réception des services de PCC et de SSMC	88
Services contractuels dans la collectivité	92
Renforcement des capacités dans les collectivités	95
Continuité des services	99
Qualité de vie des délinquants.....	104
Effet de l'ISMC sur la réinsertion dans la collectivité	106
Objectif d'évaluation 4 : Rapport coût efficacité.....	113
BIBLIOGRAPHIE.....	119
ANNEXES	124

Liste des tableaux

Tableau 1: Total des ressources et coût par année (en milliers de dollars)	12
Tableau 2: Financement de l'ISMC	13
Tableau 3: Dépenses salariales et de fonctionnement par région pour les exercices 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008.....	14
Tableau 4: : Renseignements démographiques, antécédents criminels, variables relatives au risque et niveau de sécurité à la libération pour les groupes ayant reçu les services de PCC, de SSMC et le groupe témoin de l'ISMC.....	29
Tableau 5: Types de troubles mentaux, déficience fonctionnelle et toxicomanie pour les groupes PCC, SSMC et le groupe témoin de l'ISMC	30
Tableau 6: Titres de poste des membres du personnel répondant.....	31
Tableau 7: Unités opérationnelles de l'ISMC choisis dans chaque région	42
Tableau 8: Calendrier de mise en œuvre à l'échelle régionale et résultats du sondage auprès du personnel.....	51
Tableau 9: Renvois à des services de planification clinique du congé et de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité et acceptation par région	55
Tableau 10: Problèmes de mise en œuvre des services de PCC et de SSMC	58
Tableau 11: Pourcentages de sous population de délinquants autochtones et de délinquantes actuellement reconnus comme ayant un trouble mental par région	60
Tableau 12: Pourcentage des délinquants à l'échelle nationale reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région de l'Atlantique	62
Tableau 13: Pourcentages de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région du Québec	65
Tableau 14: Pourcentages de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale à l'échelle nationale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région de l'Ontario	68
Tableau 15: Pourcentages de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale à l'échelle nationale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région des Prairies.....	71
Tableau 16: Pourcentages de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale à l'échelle nationale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région du Pacifique.....	74
Tableau 17: Report du financement de l'ISMC (en milliers)	77
Tableau 18: Dépenses prévues et réelles de l'ISMC dans l'ensemble du Canada (en milliers)	78

Tableau 19: Nombre de membres de personnel dans la collectivité qui ont reçu la formation en santé mentale déployée à l'échelle nationale	83
Tableau 20: Notes moyennes obtenues au questionnaire sur les connaissances en santé mentale avant et après la formation.....	86
Tableau 21: Auto-évaluation des compétences en matière d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux : Résultats des membres du personnel du SCC au questionnaire	87
Tableau 22: Nombre total de renvois aux services de PCC	89
Tableau 23: Nombre total de renvois aux services de SSMC acceptés par région, race et genre	90
Tableau 24: Services contractuels dans la collectivité et utilisation.....	93
Tableau 25: Renforcement des capacités dans les collectivités à l'échelle nationale pour les services de PCC et de SSMC par trimestre	96
Tableau 26: Perception des délinquants à l'égard de la continuité des services, évaluée à l'aide de l'outil Échelle pour la continuité des services de l'Alberta - santé mentale.	100
Tableau 27: Évaluation de la qualité de vie pour le groupe ayant reçu des soins de SSMC dans le premier mois suivant la libération.....	104
Tableau 28: Types de libération pour chacun des groupes PCC, SSMC et témoin	107
Tableau 29: Dépenses salariales et de fonctionnement à l'échelle nationale pour l'ISMC en 2007 2008	115
Tableau 30: Analyse des économies de coût pour les participants au SSMC.....	117

Liste des figures

Figure 1: Initiative sur la santé mentale dans la collectivité du Service correctionnel du Canada	10
Figure 2: Structure de gouvernance de l'ISMC.....	11
Figure 3: Besoins en matière de réinsertion sociale des délinquants interrogés aux fins de l'évaluation	38
Figure 4: Survol de la mise en œuvre de l'ISMC	44
Figure 5: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région de l'Atlantique	46
Figure 6: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région du Québec.....	47
Figure 7: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région de l'Ontario.....	48
Figure 8: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région des Prairies.....	49
Figure 9: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région du Pacifique	50
Figure 10: Perceptions de la clarté des critères d'admissibilité aux services de PCC par perceptions à l'égard des renvois à des services de PCC	54
Figure 11: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région de l'Atlantique	63
Figure 12: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région de l'Atlantique	64
Figure 13: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région du Québec	66
Figure 14: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région du Québec.....	67
Figure 15: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région de l'Ontario.....	69
Figure 16: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région de l'Ontario.....	70
Figure 17: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région des Prairies	72
Figure 18: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région des Prairies.....	73
Figure 19: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région du Pacifique	75
Figure 20: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région du Pacifique	76

Figure 21: Dépenses engagées pour l'ISMC à l'échelle nationale (fonctionnement et salaire) pour 2007-2008	80
Figure 22: Dépenses engagées pour l'ISMC par centre de coût et région pour 2007-2008 .	81
Figure 23: Pourcentage de délinquants admis à l'ISMC pour lesquels on prévoit le besoin d'un renvoi à des services de planification du congé.....	98
Figure 24: Taux de suspension et de révocation pour les groupes PCC, SSMC et témoin au suivi de six mois.....	108
Figure 25: Survie pour les groupes PCC, SSMC et témoin (Suspensions).....	110
Figure 26: Survie pour les groupes PCC, SSMC et témoin (Révocations).....	111

Liste des annexes

Annexe A: Initiative sur la santé mentale dans la collectivité – Tableau d'évaluation	125
Annexe B: Modèle logique de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité du SCC	132
Annexe C: Thèmes dégagés des questionnaires à réponses des questions d'entrevue	133
Annexe D: Profils des délinquants orientés vers des services tirés du rapport N° 2 de mise en œuvre produit par le CPR.....	144
Annexe E: Formation sur la santé mentale : mesures et résultats	150
Annexe F: Récidive – Données et analyses supplémentaires	153

Liste des acronymes

ALC	Agent de libération conditionnelle
ALCE	Agent de libération conditionnelle en établissement
CCC	Centre correctionnel communautaire
CPR	Centre psychiatrique régional
DEM	Date d'expiration du mandat
DC	Directive du commissaire
DTM	Délinquants atteints de troubles mentaux
ERC	Établissement résidentiel communautaire.
ISMC	Initiative sur la santé mentale dans la collectivité
LSCMLC	Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PCC	Planificateur(trice) clinique du congé
RMR	Rapport ministériel sur le rendement
RPP	Rapport sur les plans et les priorités
SC	Stratégie communautaire
SCC	Service correctionnel du Canada
SM	Santé mentale
SPC	Suivi du plan correctionnel
SS	Services de santé
SSMC	Spécialiste en santé mentale dans la collectivité
TSC	Travailleur(euse) social(e) clinique

Introduction

Contexte – Santé mentale : Une perspective mondiale

En 2001, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estimait que près de 450 millions de personnes dans le monde étaient atteintes d'un trouble neuropsychiatrique, la dépression étant le trouble le plus fréquent d'entre eux; elle a aussi prévu que le nombre de personnes atteintes d'une maladie mentale, d'une forme ou d'une autre, devrait s'accroître de façon considérable. En dépit de l'estimation élevée de la prévalence de la maladie mentale à l'échelle mondiale, on constate une absence généralisée de politiques, de programmes et de services de soins communautaires en santé mentale à l'échelle mondiale (OMS, 2005a). L'incidence de la maladie mentale est étendue et elle comporte bon nombre d'effets immédiats et à long terme, d'ordre économique et social. Par exemple, la dépression est considérée comme la quatrième cause déterminante en importance de la perte d'années de vie corrigées de l'incapacité, et devrait se hisser au deuxième rang en importance des invalidités à l'échelle mondiale d'ici 2020 (OMS, 2001).

La stigmatisation entourant la maladie mentale continue d'être un problème présent à l'échelle mondiale. La stigmatisation ou la discrimination liée à la maladie mentale empêche certaines personnes de demander de l'aide (Saxena, Thornicroft, Knapp et Whitefoot, 2007). Toutefois, certains travaux suggèrent que les réseaux sociaux et le soutien familial peuvent être profitables pour les personnes atteintes de maladie mentale (Hamid, Abanilla, Bauta et Huang, 2008).

Dans son rapport intitulé « Rapport sur la santé dans le monde », l'OMS (2001) formulait dix recommandations clés enjoignant tous les pays d'améliorer la santé mentale et les soins en santé mentale. Quelques-unes de ces recommandations revêtaient un intérêt particulier pour l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité du SCC :

- Fournir des soins dans la collectivité;
- Mobiliser les collectivités, les familles et les consommateurs;
- Mettre en place des politiques, des programmes et des lois nationales;

- Établir des liens avec d'autres secteurs, par exemple, des organismes non gouvernementaux.

L'OMS insiste sur la nécessité pour les pays d'adopter des lois à l'échelle nationale encadrant la santé mentale, qui sont importantes pour empêcher la violation des droits de la personne (notamment la discrimination), de respecter les droits juridiques et humains fondamentaux et d'offrir un accès aux soins appropriés en matière de santé mentale (OMS, 2005b). Toutefois, toujours selon l'OMS, 25 % des pays ne disposent d'aucune loi nationale encadrant la santé mentale (OMS, 2003). Certes, ce constat devrait être préoccupant quant à tous les aspects de la société, mais il s'agit d'un problème grave quand il est question de délinquants atteints de troubles mentaux, y compris de personnes atteintes de troubles mentaux qui sont incarcérées au lieu d'avoir accès à un traitement dans la collectivité ou à des établissements psychiatriques (OMS, 2005b).

Le grand nombre de personnes atteintes de troubles mentaux qui sont incarcérées résulte notamment de la non-disponibilité ou de la disponibilité limitée d'établissements psychiatriques publics, de l'adoption de lois criminalisant le comportement indésirable et de l'idée fautive et répandue selon laquelle toutes les personnes atteintes de troubles mentaux sont dangereuses et de l'intolérance de la société à l'égard du comportement difficile ou dérangeant (OMS, 2005b). Par ailleurs, certains pays n'ont aucun historique juridique de promotion du traitement (par opposition à répression) des délinquants atteints de troubles mentaux.

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a énoncé des normes encadrant les services de santé mentale, de façon générale, et les soins en santé mentale aux délinquants, en particulier. L'ONU (1966) parle du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elles [personnes] soient capables d'atteindre, ce qui est un droit fondamental énoncé dans la Charte internationale des droits de l'homme.

Les documents de l'ONU (1977, 1988, 1990a, 1991) décrivent les droits des délinquants à des soins de santé physique et mentale, qu'ils soient en établissement ou dans la collectivité. Par ailleurs, l'ONU met en relief certains facteurs, notamment la nécessité d'offrir des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux dans la collectivité, lorsque cela est possible, et de s'efforcer de réintégrer les délinquants dans leurs collectivités. Elle évoque aussi le besoin de

mobiliser les organisations autres que celles directement liées au système de justice pénale, par exemple, les ONG ou les autres organismes gouvernementaux.

L'ONU (1977, 1988, 1990a, 1990b, 1991) donne aussi des lignes directrices encadrant le traitement des délinquants. Par exemple, elle recommande que les personnes atteintes de troubles ou de maladies mentales puissent vivre dans la collectivité et y recevoir des traitements. En outre, les plans de réinsertion sociale doivent être amorcés dès le commencement de la peine du délinquant, et les traitements psychosociaux ou psychiatriques devraient se poursuivre après la libération. (ONU, 1977). L'ONU (1977, 1990a, 1990b) suggère que les gouvernements, les collectivités, les institutions sociales et autres organismes pertinents prennent part à la réinsertion des délinquants dans la collectivité.

Perspectives fédérale et provinciale

Au cours des dernières années, le gouvernement fédéral a augmenté son appui aux mesures d'intervention en santé mentale. Le « discours du Trône » de 2007 mentionnait expressément le « respect et la dignité des personnes atteintes de maladie mentale » (Gouvernement du Canada, 2007a). Les budgets de 2007 et de 2008 démontrent l'intensification de l'engagement du gouvernement dans le domaine de la santé mentale et de l'aide aux personnes atteintes de maladie mentale. Suite aux recommandations formulées dans le rapport intitulé « De l'ombre à la lumière », il a été prévu dans le budget fédéral de 2007 de mettre sur pied la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), dotée d'un budget annuel de 15 millions de dollars, à compter de 2009-2010 (ministère des Finances, 2007). En 2008, le gouvernement fédéral l'a dotée d'une enveloppe supplémentaire de 110 millions de dollars pour qu'elle puisse réaliser des projets portant sur la santé mentale et les sans-abri (ministère des Finances, 2008). À ce jour, la CSMC s'occupe d'un grand nombre d'initiatives et de comités clés, y compris d'un projet de recherche traitant du phénomène de l'itinérance, d'une campagne contre la stigmatisation et d'un comité consultatif sur la santé mentale et des questions de droit (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2008).

Selon un rapport sur les dépenses en santé mentale et en toxicomanie dans les provinces canadiennes en 2003-2004, 6,6 milliards de dollars provenant des secteurs public et privé (Jacobs et coll., 2008) ont été dépensés en santé mentale. Les dépenses en santé mentale du secteur public canadien sont inférieures à celles de la plupart des pays développés et inférieures au

montant minimum acceptable, qui doit représenter 5 % des dépenses en santé selon le rapport de la CSMC sur la situation de la santé mentale en Europe. La moyenne nationale des dépenses en santé mentale est de 172 \$ par personne par année (Jacobs et coll., 2008), et ce sont la Saskatchewan, Terre-Neuve, le Labrador et l'Ontario qui dépensent le plus faible montant par personne en santé mentale parmi l'ensemble des provinces.

À l'instar du gouvernement fédéral qui a augmenté les dépenses dans les initiatives relatives à la santé mentale, la plupart des provinces avaient prévu le financement de programmes et d'initiatives liés à la santé mentale ou à la maladie mentale dans leurs budgets de 2007 ou de 2008. Les services financés à l'échelle provinciale étaient multiples et comprenaient les suivants, sans toutefois s'y limiter : les centres de lutte contre la toxicomanie (Ontario, Terre-Neuve et Labrador); les salles d'urgence en santé mentale (Manitoba); l'augmentation du nombre de lits dans les établissements de traitement résidentiel et de santé mentale (Alberta); la mise sur pied de tribunaux compétents en matière de santé mentale (Alberta et Nouvelle-Écosse); l'amélioration des services communautaires (Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick); l'augmentation des services d'aide juridique pour les personnes qui comparaissent devant le tribunal et qui sont assujetties à la Mental Health Act (Terre-Neuve et Labrador; Boudreau, 2008; gouvernement de Terre-Neuve et Labrador, 2008; province de l'Alberta, 2008; province du Manitoba, 2008; province de Nouvelle-Écosse, 2008; province de l'Ontario, 2008).

Lois et politiques du SCC

En vertu du paragraphe 86(1) de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLC, 1992), le SCC est tenu de veiller à ce que chaque détenu :

- a) reçoive les soins de santé essentiels; et,
- b) ait accès, dans la mesure du possible, aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale.

Outre la LSCMLC, la Directive du commissaire (DC) 850 : Services de santé mentale propose un cadre stratégique à l'intérieur duquel le SCC offre des services de santé mentale aux délinquants. L'objectif de cette directive est de s'assurer que les délinquants ont accès de façon appropriée à des services de santé mentale professionnels. Ces services doivent contribuer à l'amélioration et au maintien de la santé mentale des détenus, à l'ajustement de la période

d’incarcération et les aider à devenir des citoyens respectueux des lois (SCC, 2002). Les services et les programmes de santé mentale destinés aux détenus doivent offrir un continuum de soins essentiels pour les personnes atteintes de troubles mentaux, émotionnels ou du comportement, répondant aux normes de qualité professionnelle établies pour l’ensemble de la population (SCC, 2002).

En règle générale, au Canada, les soins de santé relèvent des gouvernements provinciaux/territoriaux. Toutefois, la responsabilité financière des délinquants incarcérés dans les pénitenciers fédéraux relève du gouvernement fédéral (c. à d., le SCC). Une fois que le délinquant est libéré dans la collectivité, la responsabilité du gouvernement dépend du lieu où le délinquant est libéré (SCC, 2008a). Les délinquants en liberté conditionnelle totale, en liberté d’office et en semi-liberté qui résident dans un centre résidentiel communautaire (p. ex., foyers de transition), reçoivent les services de santé essentiels payés par le régime d’assurance-santé provincial applicable. Le SCC demeure responsable de fournir les services de santé essentiels aux délinquants dans les centres correctionnels communautaires (CCC). La politique précise aussi que le SCC est responsable de toutes les dépenses liées aux soins de santé non assurés pour les délinquants résidant dans des centres correctionnels communautaires ou dans des centres résidentiels communautaires, qui sont sans emploi, et n’ont aucune autre source de revenu et qui ne seraient autrement admissibles à tout autre forme d’aide communautaire ou gouvernementale (SCC, 2008a).

Le SCC a mis en œuvre une stratégie pour assurer un continuum de services de santé mentale aux délinquants sous responsabilité fédérale, de leur admission en établissement jusqu’à leur libération dans la collectivité. Cette approche est axée sur cinq éléments : (1) le dépistage et l’évaluation initiale; (2) les soins primaires; (3) les soins intermédiaires; (4) les soins intensifs (dans les centres de traitement régionaux); et (5) les soins de transition. En 2005, suite à une présentation au Conseil du Trésor, des fonds ont été attribués à la mise en œuvre de l’Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (qui était auparavant appelée Initiative d’appui solide de même que Stratégie de santé mentale dans la collectivité dans certains documents du SCC); l’Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) est la cinquième composante de transition de la stratégie globale en matière de santé mentale (c. à d., soins de transition).

L'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC)

En mai 2005, le Conseil du Trésor a approuvé le financement de l'Initiative de renforcement de la sécurité communautaire, dont faisait partie l'ISMC. Une enveloppe de 52 millions de dollars a été attribuée sur une période de cinq ans, par l'entremise de cette initiative, afin d'adopter certaines mesures conçues pour renforcer la sécurité communautaire (présentation au Conseil du Trésor, 2005). L'initiative de renforcement de la sécurité communautaire prévoyait la mise en place de trois nouveaux programmes ou activités pour le SCC, notamment les suivants : (1) l'objet de l'évaluation actuelle – l'ISMC; (2) l'Initiative intégrée de la police et des agents de libération conditionnelle (conçue pour accroître l'échange d'information en vue de favoriser l'arrestation plus tôt des délinquants illégalement en liberté et d'offrir une capacité de supervision et d'intervention plus efficace auprès des délinquants à risque plus élevé); et (3) la prestation de renseignements plus exhaustifs aux victimes (fournis par l'entremise des ressources actuelles du SCC). Cette initiative prévoyait aussi le financement de diverses activités dans d'autres ministères, liées essentiellement à la prestation de services supplémentaires destinés aux victimes et aux délinquants atteints de troubles mentaux. D'autres organisations ont aussi reçu du financement dans le cadre de cette Initiative, notamment les suivantes : la Commission nationale des libérations conditionnelles, le Bureau de l'Enquêteur correctionnel, le ministère de la Justice et le ministère de la Sécurité publique.¹

L'ISMC a été conçue afin d'aider les délinquants atteints de troubles mentaux graves (délinquants atteints de troubles mentaux) à réintégrer la collectivité en leur prodiguant des soins par l'entremise de services de planification clinique du congé, de soutien de la part de professionnels en santé mentale dans la collectivité, de la formation du personnel du SCC et des ressources en santé mentale dans la collectivité et en aidant les délinquants atteints de troubles mentaux à accéder à des services spécialisés tels des soins en santé mentale. La prestation de ces services s'effectue en collaboration avec les ressources communautaires et de gestion de cas existantes afin de maintenir un niveau élevé de continuité des soins pour les délinquants atteints de troubles mentaux libérés dans la collectivité.

Les services fournis par les spécialistes de la santé mentale dans le cadre de l'ISMC sont destinés aux délinquants atteints de troubles mentaux graves (c. à d., schizophrénie et autres troubles psychotiques, troubles de l'humeur, et autres troubles psychiatriques) ou ayant des

¹ Autrefois appelé ministère de la Sécurité publique et de la Protection civile du Canada (SPPCC)

troubles de la personnalité (à l'exclusion du trouble de la personnalité antisociale) qui constituent un obstacle important à leur fonctionnement. Les délinquants atteints d'une déficience modérée ou grave en raison de lésions cérébrales acquises, d'une dysfonction cérébrale organique, d'une déficience développementale ou intellectuelle sont aussi admissibles à ces services (Champagne, Turgeon, Felizardo et Lutz, 2008). L'ISMC a été conçue pour améliorer les résultats correctionnels et la qualité de vie des délinquants atteints de troubles mentaux. Elle a été mise en œuvre en 2005 et comporte quatre composantes clés (planification du congé, services de spécialistes en santé mentale dans la collectivité, contrats avec des fournisseurs de services dans la collectivité et formation du personnel) dont les pages suivantes traitent plus en profondeur.

Planification du congé

La planification clinique du congé (PCC) est le service de transition qui soutient les délinquants atteints de troubles mentaux lorsqu'ils sont libérés de l'établissement, dans la collectivité. La planification du congé est conçue de manière à cerner les besoins des délinquants atteints de troubles mentaux pendant la période de transition avant leur libération dans la collectivité afin d'offrir un sentiment de stabilité aux délinquants particulièrement vulnérables pendant cette période. L'objectif premier de la planification clinique du congé est de veiller à la continuité des soins en santé mentale des délinquants libérés (Champagne et coll., 2008). Le(la) planificateur(trice) travaille en collaboration avec le délinquant afin d'évaluer ses besoins psychosociaux, de repérer les ressources communautaires requises et d'établir des liens entre le délinquant et ces ressources. L'agent de libération conditionnelle en établissement renvoie les délinquants qui satisfont aux critères d'admissibilité aux travailleurs(euses) sociaux(ales) cliniques (TSC) pour recevoir des services de PCC pendant la période précédant la date de mise en liberté prévue.

Les critères d'admissibilité applicables à la planification clinique du congé sont les suivants :

- Troubles mentaux graves
 - Schizophrénie et autres troubles psychotiques;
 - Troubles de l'humeur (p. ex., dépression majeure, trouble bipolaire);
 - Autres troubles (p. ex., trouble excessif-compulsif).
- Déficience modérée à grave attribuable à divers problèmes :

- Troubles de la personnalité excluant le trouble de la personnalité antisociale (p. ex., personnalité paranoïde, personnalité limite, personnalité schizoïde);
- Les lésions cérébrales acquises ou dysfonction cérébrale organique (p. ex., ETCAF);
- La déficience développementale ou intellectuelle.

Après que l'agent de libération conditionnelle en établissement a renvoyé le dossier du délinquant au (à la) planificateur(trice) clinique, celui-ci(elle-ci) examine les motifs de renvoi, y compris le dossier du délinquant, pour déterminer s'il est admissible à des services de PCC, en fonction des critères mentionnés ci-dessus.

Spécialistes de la santé mentale dans la collectivité

Les services de santé mentale dans la collectivité ont pour but d'assurer la continuité des soins dispensés aux délinquants atteints de troubles mentaux sous responsabilité fédérale dans la collectivité. Les principaux services offerts par les spécialistes de la santé mentale dans la collectivité (SSMC) sont les suivants : évaluation complète et planification de l'intervention; prestation directe de services; défense des droits, coordination et soutien; mise en œuvre, surveillance et évaluation et renforcement des capacités dans les collectivités. Le SSMC (qu'il s'agisse d'un(e) travailleur(euse) social(e) clinique ou un infirmier(ière) en santé mentale dans la collectivité) travaille en collaboration avec l'agent de libération conditionnelle du délinquant, les services communautaires et appui ces intervenants afin d'accroître davantage l'intégration de la gestion du délinquant. Il s'efforce aussi d'éliminer les obstacles à la prestation du service et contribue au renforcement des capacités de la collectivité. Des efforts de collaboration sont déployés pour que l'intégration dans la collectivité soit réussie, par la promotion de la sécurité publique et l'amélioration de la qualité de vie des délinquants atteints de troubles mentaux. Les critères d'admissibilité des délinquants aux services des SSMC sont les mêmes que ceux utilisés pour les renvois aux services de planification du congé (voir ci-dessus).

Partenariats communautaires par le biais des services contractuels

L'un des principes clés sous-tendant la prestation des services en santé mentale est l'établissement de liens ou de relations de travail entre le SCC et des organismes autres que le

SCC qui offriront aux délinquants atteints de troubles mentaux le soutien et les ressources dont ils ont besoin après leur libération (Champagne et coll., 2008). Les contrats de service sont passés entre les régions, et ne se limitent pas aux 16 unités opérationnelles actuelles de l'ISMC, ce qui permet d'étendre les ramifications de l'Initiative pour qu'elles couvrent les services de l'ISMC dans d'autres secteurs que les 16 unités opérationnelles de l'ISMC. La nature des services est diversifiée, mais la prestation en est souvent assurée par des psychiatres, des psychologues, des organismes de services communautaires qui offrent des lits aux délinquants au sein de leurs établissements, et des intervenants en aide individuelle qui leur viennent en aide pour répondre à leurs besoins fonctionnels au quotidien et en matière de socialisation.

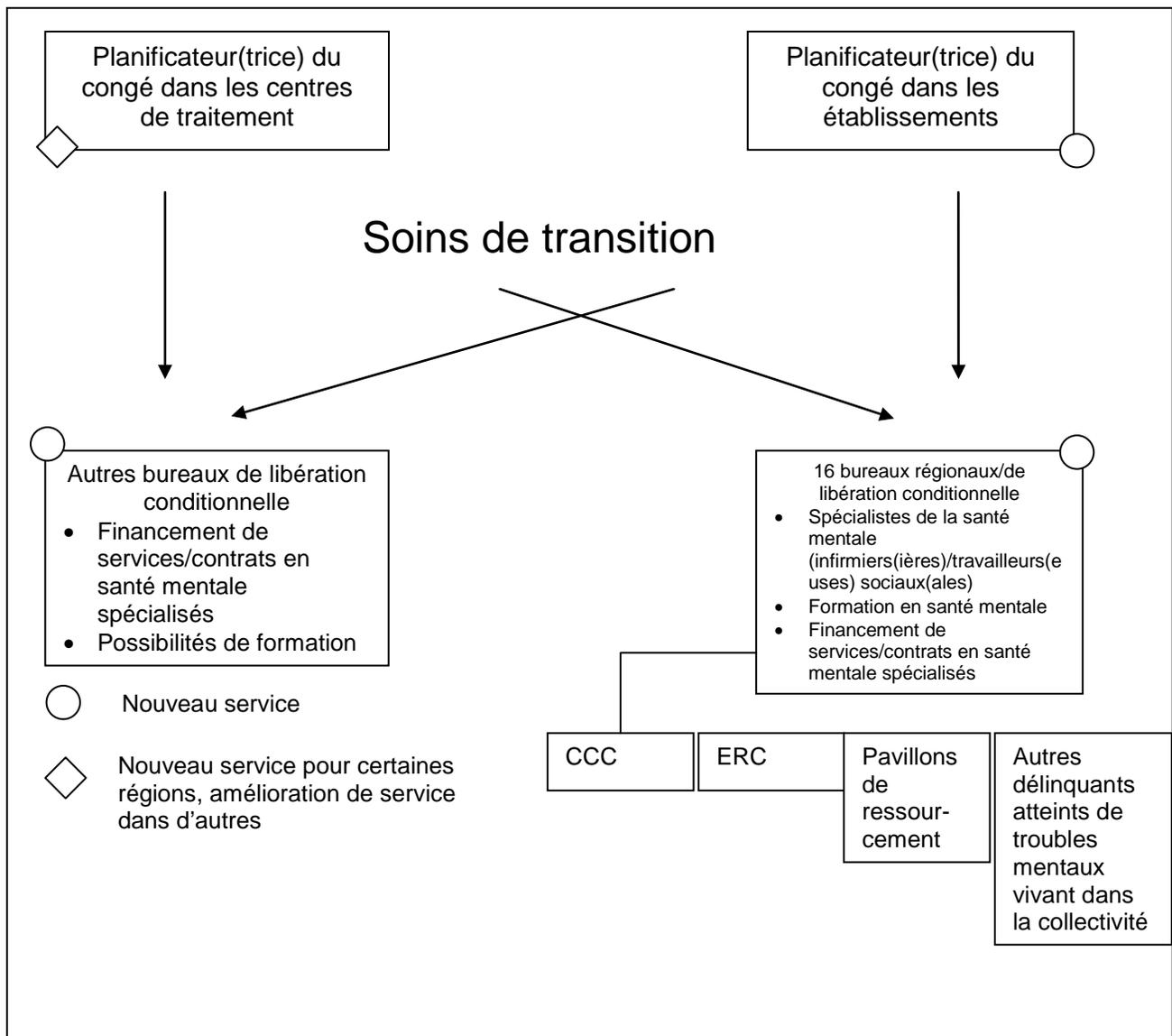
Formation en santé mentale à l'intention du personnel correctionnel dans la collectivité

La quatrième composante de l'ISMC est la formation en santé mentale. Cette composante vise à fournir de la formation en santé mentale au personnel des services correctionnels, des maisons de transition, des bureaux de libération conditionnelle et certains intervenants dans la collectivité pour qu'ils accueillent de nouveaux postes en santé mentale dans la collectivité (Champagne et coll., 2008, p. 3). La formation en santé mentale est coordonnée par l'administration centrale. Les formateurs nationaux doivent veiller à l'assurance de la qualité et à la prestation normalisée du programme de formation à l'échelle nationale, et développer une capacité de formation à l'échelle régionale par la prestation de séances de formation des formateurs et de co-facilitation. Le formateur national offre de la formation sur le programme de formation nationale au TSC et aux infirmiers(ières) en santé mentale dans la collectivité qui, à leur tour, donnent la formation à l'échelle locale. Le programme de formation couvre neuf modules sur une période de deux jours. Ces modules sont les suivants : « Introduction »; « Mythes et réalités »; « Qu'est-ce qu'un trouble mental »; « Troubles psychotiques »; « Troubles cognitifs et ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale »; « Risques et troubles mentaux »; « Stratégies efficaces »; « Ressources »; « Exigences prévues dans les lois ». Il existe trois formes de programme de formation : (1) une formation générale de deux jours destinée à l'ensemble du personnel qui intervient auprès des délinquants atteints de troubles mentaux; (2) une séance de formation du formateur, soit un programme de formation de cinq jours qui inclut la formation générale de deux jours; et (3) un programme destiné spécialement

aux délinquantes qui met davantage l'accent sur la thérapie comportementale dialectique, le trouble de la personnalité (notamment, le trouble de la personnalité limite) et une Stratégie en matière de santé mentale propre aux femmes pour les délinquantes.

La Figure 1 propose une représentation schématique de l'ISMC, et des nouveaux services mis en œuvre de même que d'autres services améliorés dans le cadre de l'ISMC (Champagne et coll., 2008, p. 4).

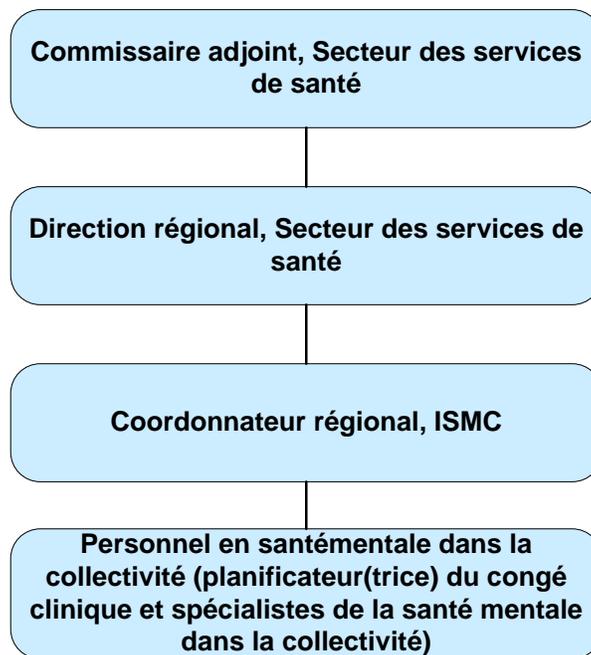
Figure 1: Initiative sur la santé mentale dans la collectivité du Service correctionnel du Canada



Structure de gouvernance

La gouvernance de l'ISMC relève du commissaire adjoint, Secteur des services de santé. À l'échelle régionale, l'Initiative est gérée par l'entremise du directeur régional, Secteur des services de santé, et du coordonnateur régional de l'ISMC. Le personnel de première ligne affecté à l'Initiative (travailleurs(euses) sociaux(ales) cliniques dans la collectivité, travailleurs(euses) sociaux(ales) cliniques – planification du congé en établissement et infirmiers(ières) en santé mentale dans la collectivité) relève directement du coordonnateur régional de l'ISMC. Selon leur lieu de travail, certains membres du personnel relèvent aussi du directeur adjoint, Interventions, du directeur du centre correctionnel communautaire ou du directeur régional. La Figure 2 présente la structure de gouvernance de l'ISMC.

Figure 2: Structure de gouvernance de l'ISMC



Budget financier et dépenses de l'ISMC

En mai 2005, un financement de 29,9 millions de dollars échelonné sur cinq ans pour l'ISMC a été approuvé. La plus grande partie du financement (15,3 millions de dollars) devait

servir à couvrir les salaires de 47 postes à temps plein affectés à l'ISMC,² y compris huit planificateurs(trices) du congé, six membres de l'équipe des soins ambulatoires, 30 membres de l'équipe de la santé mentale dans la collectivité, deux formateurs en santé mentale, un responsable de la gestion des contrats et un coordonnateur de l'évaluation. Les frais de fonctionnement de l'Initiative se sont élevés à 7,8 millions de dollars, et les fonds restants (environ 6 millions de dollars) ont été affectés aux services communs, aux régimes d'avantages sociaux des employés et aux locaux (voir le Tableau 1).

Tableau 1: Total des ressources et coût par année (en milliers de dollars)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Total
ETP	47	47	47	47	47	
Salaire	1 792	3 380	3 388	3 388	3 381	15 329
Fonctionnement	930	1 725	1 715	1 715	1 725	7 810
Services communs	107	198	198	198	198	899
RASE	358	677	678	678	676	3 067
Locaux	233	440	441	441	440	1 995
Total	3 420	6 420	6 420	6 420	6 420	29 100

Même si l'Initiative a été approuvée en mai 2005, le financement pour la première année de l'Initiative n'a été reçu qu'en décembre 2005.³ De plus, les difficultés relatives à la mise en œuvre ont entraîné des retards considérables dans la dotation des postes de l'ISMC. En raison de ces problèmes, le SCC a tenté de reporter une enveloppe de 2 millions de dollars de 2005 2006 à 2006 2007. En septembre 2006, le SCC a fait savoir que les retards dans la dotation des postes de l'ISMC (y compris la rareté des professionnels de la santé) étaient susceptibles d'entraîner des reports de fonds supplémentaires. Par conséquent, le SCC a adressé une demande de reconduite de fonds de 3,3 millions de dollars, dont 1,1 million de dollars devaient être reportés à chacune des années pour les exercices 2007 2008 à 2009 2010 (voir le Tableau 2). À cette époque, le SCC

² Voir le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) à l'annexe F de la présentation au Conseil du Trésor (2005).

³ Les raisons pour lesquelles les fonds destinés à l'ISMC ont été versés plus tard qu'il ne l'avait été prévu au départ sont qu'il s'agissait d'une nouvelle initiative et que les fonds devaient être versés suivant le Budget supplémentaire des dépenses A, dont le dépôt au Parlement était prévu en septembre et octobre 2005. Toutefois, le gouvernement a été défait à la fin de 2005 et une élection générale a été déclenchée en janvier 2006. La lettre de décision du Conseil du Trésor indiquait que les ministères devaient gérer les risques liés à toute dépense engagée avant d'avoir obtenu une approbation parlementaire.

a aussi apporté quelques changements à la structure de l'Initiative. Plus précisément, les services ambulatoires et de planification du congé ont été fusionnés afin d'offrir un service intégré axé sur la fonction de planification du congé et la transition des délinquants d'un établissement ou d'un centre de traitement à la collectivité. Six postes supplémentaires de l'ISMC ont été créés pour assurer la gestion et la coordination générale (cinq coordonnateurs régionaux et un coordonnateur national). Au total, 51,5 ETP ont été affectés à l'ISMC.

Le 12 février 2007, une nouvelle demande de report de fonds a été présentée au SCT et approuvée, de sorte qu'une enveloppe supplémentaire de 2 millions de dollars provenant de l'exercice 2006 2007 a été ajoutée au plan de report initial en vue d'être distribuée au cours des trois exercices suivants comme le montre le Tableau 2. Au total, après l'application des trois reports de fonds, un peu plus de 1,5 millions de dollars ont été reportés dans les budgets de l'ISMC pour chacun des exercices 2007 2008, 2008 2009 et 2009 2010 (c. à d., par rapport aux budgets initiaux de 6,4 millions de dollars, les budgets ont augmenté à un peu plus de 8 millions de dollars pour chacune des trois dernières années de l'Initiative).

Tableau 2: Financement de l'ISMC

Budget (en milliers de dollars)	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Total
Présentation au CT	3 420	6 420	6 420	6 420	6 420	29 100
1er report	(2 000)	2 000				
2e report		(3 300)	1 100	1 100	1 100	
3e report	0	(1 989)	755	655	579	
Total du budget révisé	1 420	3 131	8 275	8 175	8 099	29 100

Notes : Le budget comprend les salaires, les frais de fonctionnement, liés au régime d'avantages sociaux des employés, liés aux services communs et liés aux locaux. Les valeurs présentées entre parenthèses représentent les fonds reportés à partir de l'année visée.

Le Tableau 3 présente les dépenses globales de chacune des régions pour les exercices 2005 2006, 2006 2007 et 2007 2008. Les principaux secteurs de dépenses sont les suivants : (1) services de planification du congé; (2) spécialistes de la santé mentale dans la collectivité; (3) formation en santé mentale; (4) contrats en santé mentale dans les régions; (5) services auxiliaires; (6) évaluation et recherche; et (7) gestion et coordination. Les dépenses ont augmenté d'environ 500 000 \$ en 2005 2006 pour s'établir à un peu plus de 3 millions de dollars en

salaires et en frais de fonctionnement en 2007-2008, à une période où la plupart des régions n'affichaient aucun poste vacant et où elles ont commencé à accepter les renvois. Les dépenses ont été quelque peu supérieures dans la région des Prairies, où les postes ont été dotés et où l'Initiative a été mise en œuvre plus tôt que dans les autres régions.

Tableau 3: Dépenses salariales et de fonctionnement par région pour les exercices 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008

Région	2005-2006		2006-2007		2007-2008	
	Salaire	Fonctionnement	Salaire	Fonctionnement	Salaire	Fonctionnement
Atlantique	67 842	29 563	180 479	141 485	551 468	374 331
Québec	25 827	3 961	188 181	44 002	102 997	110 682
Ontario	0	3 205	30 642	29 786	2 048	76 092
Prairies	10 608	18 829	202 746	179 710	749 266	434 037
Pacifique	65 968	15 212	288 514	240 122	281 930	332 389
AC	177 772	136 378	194 461	59 004	204 501	13
Total	348 016	207 148	1 085 023	694 110	1 892 212	1 327 544

Il convient de mentionner que ces chiffres couvrent uniquement les dépenses salariales et de fonctionnement. Les frais liés au régime d'avantages sociaux des employés, aux locaux et aux services communs n'ont pas été inclus.
Source : Direction générale du contrôleur

Stratégie d'évaluation

Objectifs de l'évaluation

L'objectif de l'évaluation est de fournir les renseignements requis pour prendre les décisions d'investissement dans le secteur de la santé mentale dans la collectivité après l'expiration du financement prévu à la fin de mars 2009 2010. On a examiné la pertinence, la réussite, le rapport coût-efficacité ainsi que les résultats imprévus et les problèmes de mise en œuvre liés à l'Initiative. Il convient de mentionner que la mise en œuvre de l'Initiative a été retardée en raison de difficultés dans la dotation des postes affectés à l'ISMC. Par conséquent, l'évaluation était axée sur la mise en œuvre. Néanmoins, la réussite de l'Initiative a été évaluée (par rapport à la réalisation des résultats à court terme et à moyen terme), en fonction de la mise en œuvre et de la disponibilité de données fiables. L'annexe A présente un tableau d'évaluation complet, reprend les questions de l'évaluation de l'ISMC, et indique les indicateurs de rendement et les sources.

Modèle logique

L'annexe B présente le modèle logique utilisé pour l'ISMC. Comme il est mentionné précédemment, l'ISMC porte sur quatre activités principales, soit : la formation du personnel, la prestation de services par des spécialistes de la santé mentale dans la collectivité, la planification clinique du congé et l'établissement de partenariats avec des fournisseurs de services communautaires par l'entremise de contrats.

Les résultats à court terme de l'ISMC sont les suivants :

- Une sensibilisation accrue du personnel sur les problèmes liés à la santé mentale;
- Une prestation de services normalisée;
- L'accès des délinquants aux services disponibles;
- Une augmentation de la disponibilité des services et du soutien aux délinquants atteints de troubles mentaux libérés et dans la collectivité.

Les résultats de l'ISMC à moyen terme sont les suivants :

- Amélioration des services à l'intention des délinquants atteints de troubles mentaux;

- Amélioration des résultats correctionnels pour les délinquants atteints de troubles mentaux;
- Amélioration de la qualité de vie des délinquants atteints de troubles mentaux.

En définitive, l'objectif de l'ISMC contribue à la sécurité du logement et de la réintégration des délinquants admissibles dans les collectivités canadiennes en leur offrant un accès raisonnable à des services de santé mentale.

Les résultats de l'évaluation permettront de comprendre davantage dans quelle mesure ces résultats ont été atteints.

Mesures et procédure

On a utilisé une approche à méthodes multiples intégrant une méthodologie qualitative et quantitative pour établir les objectifs de l'évaluation. Cette approche comprenait un examen de la documentation et des rapports de programme (p. ex., lignes directrices de l'ISMC), des données financières, des questionnaires et des entrevues auprès d'informateurs clés et les données relatives aux délinquants provenant du Système de gestion des délinquant(e)s (SGD) et des bases de données propres à l'ISMC tenues par le Centre psychiatrique régional – Prairies (CPR) et les services de santé (SS) à l'administration centrale.

Données financières

L'information financière a été rassemblée à partir du Système intégré de rapports de gestion (SIRG). Les représentants de la direction générale du contrôleur ont fourni un résumé complet des budgets de l'ISMC, des reports de fonds et des dépenses.

Entrevues et questionnaires auprès des informateurs clés

On a obtenu la rétroaction au sujet des questions liées à la pertinence, à la mise en œuvre et à la réussite de l'ISMC auprès de trois groupes d'informateurs clés distincts : (1) le personnel du SCC; (2) les délinquants; et (3) les fournisseurs de services communautaires.

Personnel du SCC

Un sondage électronique a été distribué au moyen de courriels internes (c. à d., communication générale) aux membres du personnel du SCC qui ont de l'expérience d'intervention auprès de délinquants atteints de troubles mentaux, y compris les membres du personnel qui prennent part directement à l'ISMC de même que les autres membres du personnel qui sont familiers avec l'Initiative. Le sondage s'est échelonné sur 16 jours, du 25 août 2008 jusqu'au 9 septembre 2008. Des contacts officieux ont aussi été établis avec le personnel de l'ISMC à l'échelle nationale et régionale afin d'établir les calendriers de mise en œuvre et de discuter des difficultés liées à la mise en œuvre.

Délinquants

Les entrevues auprès des délinquants ont été effectuées dans les bureaux de libération conditionnelle, dans les CCC et les unités opérationnelles de chaque région. La Direction de l'évaluation a choisi les unités opérationnelles de chaque région qui comptait le plus grand nombre de délinquants couverts par l'ISMC sous sa supervision. Le personnel des SSMC a coordonné les entrevues avec les délinquants.

Fournisseurs de services communautaires

Des sondages ont aussi été menés auprès des fournisseurs de services communautaires, y compris les organismes (p. ex., la Société John Howard, les services communautaires Stella Burry, etc.) et les personnes (p. ex., les psychiatres) qui offrent des services contractuels directement aux délinquants dans le cadre de l'ISMC. Ces organismes ont été repérés dans les rapports semestriels soumis aux Services de santé et renfermaient également les coordonnées des fournisseurs de services. Lorsque les coordonnées étaient absentes ou désuètes, on a communiqué directement avec les organismes afin de les mettre à jour. La liste initiale de fournisseurs de services communautaires renfermait 42 organismes/organisations indépendantes. Parmi ceux-ci, 35 ont été contactés et sept sont demeurés irrejoignables pour diverses raisons (p. ex., courriel invalide). Les questionnaires ont été expédiés par courriel à la personne-ressource indiquée dans chaque organisme, à laquelle on a demandé de remplir le questionnaire et de l'acheminer à ses collègues au sein de l'organisme directement concerné par l'ISMC. Un courriel de suivi a été expédié pour rappeler aux personnes de remplir le questionnaire et les informer que

le questionnaire pouvait être fourni sur d'autre support en cas de difficulté à ouvrir le questionnaire joint au courriel.

Sources de données automatisées

En définitive, les renseignements relatifs aux délinquants (par exemple, les risques, besoins, caractéristiques démographiques, résultats correctionnels, temps consacré dans la collectivité et autres renseignements pertinents liés aux délinquants) proviennent du Système de gestion des délinquant(e)s (SGD; base de données automatisée tenue par le SCC) et d'autres bases de données créées et tenues par les services de santé à l'administration centrale et au CPR. Le SGD est un système de classement électronique conçu pour surveiller et repérer les délinquants qui relèvent du SCC. Les données entrées dans le SGD comprennent l'évaluation initiale des délinquants (EID), un examen complet et intégré des délinquants au moment de leur admission. Le processus s'amorce par une évaluation des préoccupations relatives à la santé physique et mentale dans l'immédiat, des risques pour la sécurité et de suicide et des facteurs de risque et des indicateurs dynamiques des besoins des délinquants. L'indicateur à l'EID « actuellement reconnu comme ayant un trouble mental » a été utilisé pour désigner les délinquants atteints de troubles mentaux libérés dans les bureaux de libération conditionnelle et les CCC de partout au Canada.

Mesures

L'évaluation de l'ISMC a pris appui sur trois instruments de mesure. Les deux premiers, l'Échelle pour la continuité des services de l'Alberta - santé mentale (ACSS-MH) et l'échelle de la qualité de vie se voulaient des instruments directement administrés aux délinquants pendant leur traitement. Étant donné que très peu de questionnaires de l'ACSS-MH avaient été remplis au moment de l'évaluation, les questions de l'Échelle pour la continuité des services de l'Alberta - santé mentale ont été posées pendant les entrevues auprès des délinquants. La troisième mesure, Niveau de déficience fonctionnelle (NDF), a été utilisée à des fins de recherche pour évaluer la déficience dans le groupe suivant le traitement et dans le groupe témoin. On a aussi soumis les participants à la formation à un questionnaire portant sur celle-ci.

Échelle pour la continuité des services de l'Alberta - santé mentale (ACSS-MH)

L'ACSS-MH (Adair et coll., 2004) est un outil utilisé pour évaluer la perception des clients des services à l'égard de la continuité des services (dans le cas qui nous occupe, les délinquants sous responsabilité fédérale participant à l'ISMC). L'outil a été adapté afin de l'utiliser auprès des participants à l'ISMC (certaines questions ont été retirées) de sorte qu'il est possible que les résultats ne soient pas directement comparables aux résultats signalés dans la documentation. Le questionnaire modifié renferme 40 énoncés évalués selon une échelle de Likert en cinq points variant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). L'outil a été utilisé par un intervieweur au cours d'un entretien en personne effectué par un membre de l'équipe de l'évaluation. Dix huit questions ont été formulées de façon négative, de sorte qu'il a fallu inverser le codage avant de dégager le pointage obtenu aux éléments en vue d'établir un pointage total. L'ACSS-MH comporte trois sous-échelles nommément Fragmentation du système (21 éléments), Base relationnelle (9 éléments) et Traitement approprié (10 éléments). Les questions étaient axées sur des domaines comme l'accessibilité des services, l'intégration des services, les fournisseurs de soins de santé mentale individuels ou en équipe, et la satisfaction globale à l'égard des services reçus.

L'échelle de la qualité de vie

L'échelle de la qualité de vie a été utilisée pour mesurer la qualité de vie globale du client (Lehman, 1988). On a demandé aux délinquants de répondre à 26 questions à déclaration volontaire tirées de l'échelle. Les répondants répondaient aux questions en utilisant une échelle de sept points variant de « médiocre » à « excellent ». Les questions étaient axées sur divers secteurs clés, notamment la satisfaction générale à l'égard de sa vie, les conditions de vie, les activités quotidiennes, les relations sociales, la famille, les finances, le travail, les questions juridiques et de sécurité et la santé. Selon les lignes directrices de l'ISMC,⁴ le questionnaire devait être présenté aux délinquants un mois, trois mois et six mois après la réception de soins dans la collectivité. Il pourrait être proposé par une personne jouant un rôle actif dans leurs soins, par exemple un(e) travailleur(euse) social(e) clinique ou infirmier(ière) clinique (c. à d., SSMC). Étant donné les problèmes de mise en œuvre initiaux, les données dégagées à l'aide de l'échelle de la qualité de vie n'ont pu être compilées pour la majorité des délinquants. Les données étaient

⁴ *Mesures supplémentaires pour l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité – Guide de ressource.*

disponibles au terme des Étapes 1 et 2 (un mois et trois mois) pour 36 délinquants du groupe des SSMC.

Niveau de déficience fonctionnelle (NDF)

L'outil Niveau de déficience fonctionnelle (NDF) a été utilisée pour évaluer le niveau de déficience des délinquants des groupes étudiés et du groupe témoin dans quatre domaines, notamment : vie quotidienne/hygiène personnelle, fonctionnement intellectuel, professionnel, social et interpersonnel. Les données du SGD ont été utilisées pour évaluer chaque énoncé sur une échelle comportant quatre points (0 – 3); les pointages agrégés supérieurs indiquaient un niveau supérieur de déficience (l'échelle variait de 0 à 12). Les évaluations totales égales ou supérieures à 5 constituaient une déficience fonctionnelle de moyenne à grave (SCC, 2008d). Un coefficient d'objectivité s'est dégagé de l'échelle de cotation NDF. Cinq cas pratiques ont été évalués, suivis de 10 cas provenant d'un échantillon aléatoire. Parmi les 10 cas initiaux, huit se sont dégagés invariablement comme des cas orientés vers des services et ont obtenu une corrélation intra-catégorie de $r = 0,34$ au pointage global de déficience fonctionnelle. Dix autres cas ont ensuite été évalués. Parmi ceux-ci, sept avaient reçu les mêmes décisions de renvoi de la part des évaluateurs et ont obtenu une corrélation intra-catégorie de $r = 0,58$ au pointage global de déficience fonctionnelle. Dix autres cas ont été évalués et parmi ceux-ci, huit ont obtenu la même décision de renvoi et une corrélation intra-catégorie acceptable ($r = 0,86$) globale (SCC, 2008d). L'outil NDF était au départ conçu pour permettre l'identification d'un groupe témoin à des fins d'analyse de résultats de concert avec d'autres indicateurs comme un diagnostic de trouble de la catégorie de l'Axe I. En outre, les pointages au NDF ont été utilisés pour dégager des renseignements descriptifs des groupes étudiés et du groupe témoin.

Questionnaire d'évaluation de la formation

On a demandé aux participants de remplir un formulaire d'évaluation de la formation en santé mentale renfermant 15 énoncés, dont neuf demandaient aux participants d'évaluer l'utilité de chacun des neuf modules du programme de formation (c. à d., Introduction, Mythes et réalités; Qu'est-ce qu'un trouble mental; Troubles psychotiques; Troubles cognitifs et ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale; Risques et troubles mentaux; Stratégies efficaces; Ressources; Exigences prévues dans les lois). Les trois autres énoncés demandaient aux

participants d'évaluer l'utilité du manuel de ressource du participant, du (des) formateur(s) et la formation en général. Ces 12 énoncés ont été évalués sur une échelle à sept points de 1 (inutile) à 7 (très utile). En dernier lieu, trois questions non dirigées ont été posées aux participants en vue de dégager (1) des suggestions d'amélioration de la formation; (2) des sujets à couvrir dans les séances de formation de suivi; et (3) des suggestions sur la façon d'améliorer la compétence du formateur.

Questionnaire sur les connaissances en santé mentale

On a demandé aux participants à la formation en santé mentale de remplir un questionnaire renfermant dix questions sur la santé mentale avant la formation et immédiatement par après. Ce questionnaire renfermait des questions à choix multiples et des questions de type vrai ou faux de même que des questions ouvertes et des affirmations à compléter. Les sujets couverts par le questionnaire comprenaient (sans toutefois s'y limiter) les troubles de la santé mentale, les symptômes liés aux troubles de la santé mentale, les traitements, les effets secondaires des médicaments psychotropes et les mythes au sujet des délinquants atteints de troubles mentaux.

Auto-évaluation des compétences

L'Auto-évaluation des compétences est une échelle d'évaluation de huit éléments permettant d'évaluer les compétences ciblées par la formation. Voici quelques échantillons d'énoncés : « Je possède les connaissances nécessaires pour travailler efficacement avec les délinquants souffrant de troubles mentaux » et « Je possède les compétences nécessaires pour reconnaître les symptômes qui révèlent la nécessité de demander l'intervention d'un spécialiste de la santé mentale ». Chaque énoncé était évalué sur une échelle de sept points où 1 signifiait « fortement en désaccord », 4 « incertain » et 7 « fortement en accord ». On a demandé aux participants à la formation sur la santé mentale de remplir cette échelle d'évaluation avant la formation et immédiatement après.

Analyses

Données issues du questionnaire et de l'entrevue

On a dégagé des thèmes des questions d'entrevue et des réponses aux questions ouvertes, et on les a comparés entre les divers membres de l'équipe pour s'assurer qu'ils étaient en accord. Les thèmes sont présentés dans les sections appropriées « Principales constatations » ci-dessous (et étoffés à l'annexe F). Les questions des questionnaires/d'entrevue auprès des informateurs clés étaient souvent fondées sur une échelle de Likert de cinq points, variant de fortement en désaccord à fortement d'accord (1 = pas du tout d'accord; 2 = désaccord; 3 = neutre; 4 = d'accord; 5 = tout à fait d'accord). De façon générale, les résultats du questionnaire et de l'entrevue ont été regroupés de la façon suivante : les catégories d'accord et tout à fait d'accord ont été regroupées pour créer une catégorie « d'accord » et les catégories désaccord et tout à fait en désaccord ont été regroupées pour créer une catégorie « désaccord ».

Analyse géospatiale

Les membres de l'équipe d'évaluation, en collaboration avec la Division de la géomatique de Sécurité publique, ont créé deux séries de cartes à l'aide du logiciel ArcGIS afin de représenter visuellement l'emplacement des bureaux de l'ISMC et le pourcentage de délinquants qui (a) sont considérés comme atteints de troubles mentaux dans chaque bureau de supervision de chaque région et (b) qui reçoivent des services de l'ISMC, y compris des services de PCC et de SSMC. La première série de cartes indique le pourcentage de délinquants dans chaque unité opérationnelle dont l'indicateur à l'EID est « actuellement reconnue comme ayant des troubles mentaux » alors que la deuxième série de cartes présente la proportion de délinquants qui ont reçu des services de PCC et de SSMC. Pour les deux séries de cartes, la symbologie indique le genre de bureau (Bureau de libération conditionnelle ou CCC) et la présence ou l'absence de services de l'ISMC dans chaque bureau.

Rapport sommaire de la formation sur la santé mentale des Services de santé (SS)

Dans le cadre de l'ISMC, les Services de santé tiennent des bases de données sur toutes les questions liées à la formation sur la santé mentale (p. ex., présence, questionnaires d'évaluation de la formation, auto-évaluation des compétences, questionnaire sur les connaissances en santé mentale) et ont produit un rapport sommaire des résultats de toutes les

séances de formation de deux jours données de janvier 2007 jusqu'à juin 2008. Au moment de la rédaction du rapport sommaire sur la formation sur la santé mentale, le personnel des services de santé a contrôlé l'exactitude du registre des présences jusqu'à 2007 2008, par rapport aux données du SGRH, pour tous les membres du personnel du SCC. Il a aussi consenti l'accès à l'équipe d'évaluation à ses bases de données sur la formation sur la santé mentale afin qu'elle puisse réaliser les analyses supplémentaires dont les résultats sont présentés dans le présent rapport.

Rapports et analyse des données du Centre psychiatrique régional (CPR)

Le CPR a conclu un protocole d'entente (PE) avec les Services de santé de l'administration centrale prévoyant la gestion des données de l'ISMC (p. ex., données relatives aux renvois et aux résultats), et la production d'une série de rapports documentant les étapes charnières et les résultats correctionnels à chaque étape de l'initiative, avant la mise en œuvre, pendant la mise en œuvre et après la mise en œuvre. Selon les modalités de ce protocole, le CPR doit fournir ce qui suit :

- Un rapport préalable à la mise en œuvre (documentant l'établissement du groupe témoin rétrospectif);
- Cinq rapports de mise en œuvre (documentant la mise en œuvre des services de l'ISMC pour les deux groupes étudiés); et,
- Deux rapports postérieurs à la mise en œuvre (documentant l'efficacité de l'ISMC pour améliorer les résultats correctionnels et améliorer les résultats correctionnels et la qualité de vie des délinquants atteints de troubles mentaux). Le CPR a fourni quelques-unes des analyses incorporées dans le présent rapport et il est cité comme source à l'origine de ces analyses le cas échéant.⁵

Limites

Bon nombre de limites ont influé sur la capacité d'examiner les objectifs de l'évaluation de l'ISMC, y compris l'utilisation d'un groupe témoin servant à une étude comparative dans le

⁵ Il convient de mentionner que le rapport postérieur à la mise en œuvre du CPR devrait être présenté en mars 2009. Cependant, lorsque l'échéance pour l'achèvement de l'évaluation a été devancée de six mois, le CPR a accepté de fournir un autre rapport postérieur à la mise en œuvre afin de l'inclure dans l'évaluation.

temps, les retards dans la mise en œuvre et l'incapacité de trouver des délinquants dont les services de l'ISMC avaient été interrompus, de façon volontaire ou non volontaire, peu après l'acceptation de leur renvoi, le peu de délinquants qui avaient reçu des services de PCC et de SSMC et l'utilisation de l'indicateur à l'EID comme indice des critères d'admissibilité à un.

Le groupe témoin utilisé pour effectuer l'analyse de l'efficacité était un groupe d'étude dans le temps par nature. Les groupes étudiés à des fins d'analyse de l'efficacité regroupaient des délinquants ayant reçu des services dans le cadre de l'ISMC entre mai et décembre 2007; toutefois, le groupe témoin réunissait des délinquants admissibles à une libération entre le 1er avril 2003 et le 31 mars 2005. Il fallait procéder de cette façon pour s'assurer que le groupe témoin était exempt de biais quant à une éventuelle exposition au traitement dans le cadre de l'ISMC. Toutefois, cette méthodologie induit un éventuel biais parce que les changements survenant au fil du temps sont susceptibles d'influer sur les groupes de façon différentielle (c. à d., effet de cohorte). Comme il est documenté dans d'autres sections du rapport, l'intervention en santé mentale est une priorité de plus en plus élevée au sein du gouvernement fédéral et du SCC. Au cours des dernières années, les améliorations apportées à la disponibilité et à la prestation des services en établissement ont eu une incidence sur les groupes étudiés, mais pas sur les groupes témoins. Ce biais éventuel peut être limité puisque le financement visant à répondre aux éléments de la stratégie sur la santé mentale en établissement n'a été versé qu'en avril 2007. Toutefois, il n'y a aucune façon d'isoler l'incidence de l'ISMC par rapport à d'autres initiatives déployées par le SCC au cours de la même période.

Les retards importants dans la dotation des postes ont entraîné des retards dans l'achèvement de la mise en œuvre de l'Initiative. Comme le montre le calendrier national de mise en œuvre (voir la section du rapport portant sur la mise en œuvre), bon nombre de tâches administratives exigeantes en temps ont eu préséance sur la dotation des postes par l'entremise de processus concurrentiels (p. ex., l'élaboration de descriptions de travail, la classification des postes, l'affichage des possibilités d'emploi, l'exécution de processus concurrentiels). Même si l'Initiative a été annoncée en mai 2005, le premier renvoi d'un délinquant au service de l'ISMC n'a eu lieu que deux ans plus tard en mai 2007.

La période de suivi pour examiner le progrès des délinquants dans la collectivité était limitée en raison des retards de mise en œuvre, le tout dans le cadre d'une initiative se déroulant sur une période de cinq ans. La composante relative à l'efficacité de l'évaluation prévoyait une

période de suivi possible des délinquants de six à 13 mois dans la collectivité (selon le moment où ils ont commencé à recevoir les services). Les données descriptives relatives aux délinquants participant à l'ISMC ont été recensées jusqu'en juin 2008. Toutefois, l'échantillon de délinquants utilisée à des fins d'analyse des résultats (c. à d., récidive) regroupait seulement des délinquants orientés vers des services dès le commencement de l'Initiative (mai 2007) jusqu'en décembre 2007 pour que la période de suivi dans la collectivité soit appropriée. Outre la courte période au cours de laquelle l'Initiative a été fonctionnelle, les groupes étudiés étaient de petite taille ($n = 53$ pour les délinquants recevant les services de planification du congé et $n = 79$ pour les délinquants recevant les services de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité). De plus, il importe de tenir compte de la posologie du traitement étant donné que les courtes périodes de suivi (en particulier en ce qui concerne les participants recevant les services de SSMC) sont susceptibles de limiter la quantité de services de SSMC qu'il est possible d'offrir. Il a donc été difficile de tirer des conclusions probantes à la lumière des données résultant de l'exercice en raison de la petite taille des échantillons et de la très courte période de temps accordée au suivi. Il aurait fallu une période de suivi plus longue et augmenter le nombre de participants dans chaque groupe recevant les services pour obtenir des résultats plus fiables. De plus, on espérait pouvoir évaluer les résultats correctionnels propres aux Autochtones et aux femmes. Toutefois, en raison de la petite taille des échantillons, les renseignements démographiques concernant ces groupes ont été relevés mais il a été impossible d'en dégager une quelconque analyse.

L'ensemble de données relatives au groupe étudié a été généré sur réception d'un formulaire de renvoi pour service dûment rempli indiquant que le délinquant était admissible à des services. Une fois que le personnel des services de PCC ou de SSMC a reçu le formulaire de renvoi de l'agent de libération conditionnelle d'un délinquant, l'exemplaire sur support papier était versé au dossier du délinquant et la version électronique était enregistrée sur le disque du réseau national afin que les données soient saisies par les analystes des Services de santé. C'est au moment de la réception de ce formulaire indiquant que le délinquant était admissible au service qu'il a été considéré comme un bénéficiaire du traitement. L'admissibilité au traitement était fonction de deux critères : (1) la présence d'un trouble mental grave, ou (2) une déficience modérée à grave attribuable à un trouble de la personnalité, à une lésion cérébrale acquise ou à une dysfonction cérébrale organique ou une déficience développementale ou intellectuelle. Le délinquant doit avoir satisfait aux critères et accepter de participer sur une base volontaire.

Lorsqu'un délinquant était aiguillé vers des services et qu'il refusait de les recevoir, le formulaire de renvoi devait quand même être soumis et la décision de refus était indiquée dans le formulaire et le délinquant était exclu du groupe étudié. Néanmoins, il est possible que les renseignements concernant les délinquants qui ont reçu des services qui ont par la suite été interrompus (de façon volontaire ou par le fournisseur de services) n'aient pas été toujours enregistrés comme il se doit. Il se peut donc que les délinquants du groupe étudié n'aient pas reçu de traitements pendant une période prolongée et il a été impossible d'établir la distinction entre ceux-ci et ceux qui ont reçu un traitement sur une plus longue période.

Certains délinquants ont reçu à la fois les services de PCC et de SSMC ($n = 23$; SCC, 2008c). Il est difficile de déterminer pourquoi ce chiffre est si faible parce que dans le scénario idéal, la continuité des services aurait dû être assurée de l'établissement jusqu'à la planification du congé du délinquant, et l'équipe des SSMC aurait ensuite dû fournir les services de l'ISMC. Étant donné que la majorité des bureaux de service de SSMC se trouvent dans les grands centres urbains, on aurait pu s'attendre à ce qu'un plus grand nombre de bénéficiaires de services de PCC aient aussi reçu des services de SSMC. Ce sont peut-être les problèmes liés à la mise en œuvre qui expliquent cette continuité de services limitée, qui ont fait en sorte que les délinquants libérés dans les unités opérationnelles de l'ISMC ne disposaient pas d'un délai adéquat pour remplir une demande de services de PCC parce que les services de PCC n'étaient pas encore fonctionnels dans l'établissement d'où ils étaient libérés. Il est aussi possible que les délinquants qui ont reçu des services de PCC aient été libérés dans des unités opérationnelles où les points de prestation de services de SSMC n'étaient pas encore fonctionnels.

Comme peu de délinquants ont reçu les deux services à la fois, il n'a pas été possible de les analyser de façon indépendante. Ils ont donc été inclus dans les deux groupes étudiés. Une fois que le nombre de membres du groupe étudié aura augmenté, il sera possible d'examiner séparément et de plus près ce groupe de délinquants afin de cerner si le fait de bénéficier des deux services à la fois entraîne un effet plus important.

En ce qui a trait à l'exercice de géocartographie, deux ensembles de données ont été présentés : un ensemble regroupant les délinquants qui ont reçu les services de l'ISMC et l'autre regroupant les délinquants qui sont reconnus comme ayant des troubles mentaux dans la collectivité. Les délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux ont été identifiés à l'aide de l'indicateur à l'EID « actuellement reconnue comme ayant des troubles mentaux ». Cet

indicateur à l'EID a été utilisé comme variable substitutive pour les personnes qui ont satisfait aux critères d'admissibilité à un Cet indicateur à l'EID n'offre pas une représentation entièrement exacte des personnes admissibles à un Tout d'abord, il est fondé sur des renseignements à déclaration volontaire par le délinquant et il est statique (c. à d., évalué uniquement à l'admission; il n'est pas mis à jour au cours de la sentence du délinquant). En fait, un examen des données du SGD a permis de constater que l'indicateur à l'EID « actuellement reconnue comme ayant des troubles mentaux » figurait dans le dossier de seulement 55 % des délinquants admissibles aux services de l'ISMC,⁶ ce qui porte à croire que cet indicateur ne permet pas d'identifier tous les délinquants atteints de troubles mentaux graves. Deuxièmement, l'indicateur à l'EID ne prend pas en considération le critère d'admissibilité aux services de l'ISMC (décrit précédemment, y compris le critère d'un trouble mental grave ou d'une déficience grave dans l'un des divers aspects du fonctionnement intellectuel). Selon un échantillon de délinquants du SCC ayant cet indicateur à l'EID choisi en vu d'une éventuelle inclusion dans le groupe témoin à des fins d'analyse des résultats de l'ISMC, seulement 61 % des délinquants ayant cet indicateur à l'EID satisfaisaient effectivement les critères d'admissibilité à un (SCC, 2008d).

Échantillon

Délinquants inclus dans l'analyse des résultats quantitatifs

L'échantillon utilisé à des fins d'analyse de résultat (récidive) renfermait trois groupes : les délinquants ayant bénéficié de services de planification clinique du congé (PCC), les délinquants ayant bénéficié des services de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité (SSMC) et un groupe témoin (groupe témoin de l'ISMC). Les deux groupes étudiés (PCC et SSMC) réunissaient tous les délinquants ayant reçu des services à compter du début de l'Initiative jusqu'en décembre 2007, date butoir à laquelle les groupes étudiés étaient admissibles à un éventuel suivi dans la collectivité d'une durée de six mois.

Le groupe témoin a été constitué en utilisant une cohorte de délinquants admissibles à une libération entre le 1er avril 2003 et le 31 mars 2005, et dont l'indicateur à l'évaluation initiale des délinquants (EID) était « actuellement reconnue comme ayant des troubles mentaux »

⁶ Cette analyse a été effectuée pour tous les délinquants figurant dans la base de données de renvoi de l'ISMC qui avaient été admis aux services de l'ISMC (PCC ou SSMC) en juin 2008.

(SCC, 2008d). Les délinquants qui satisfaisaient aux critères d'admissibilité mais qui n'ont pas reçu de services (parce que l'ISMC n'avait pas encore été mise en œuvre à cette époque) ont constitué le groupe témoin de l'ISMC. Les critères d'admissibilité aux services de l'ISMC comprenait la présence d'un trouble mental grave (p. ex., schizophrénie, trouble de l'humeur) trouble de la personnalité (p. ex., personnalité paranoïde, personnalité limite, personnalité schizoïde) avec une déficience fonctionnelle modérée à grave ou des lésions cérébrales acquises/dysfonctions cérébrales organiques (p. ex., ETCAF) ou une déficience développementale/intellectuelle accompagnée d'une invalidité modérée à grave. Les délinquants ayant un indicateur à l'EID « actuellement reconnue comme ayant des troubles mentaux » ont été repérés puis évalués à l'aide de l'outil d'évaluation Niveau de déficience fonctionnelle pour déterminer s'ils répondaient à ces critères. Les délinquants qui ont composé le groupe témoin de l'ISMC et ceux qui ne l'ont pas composé ont été éliminés des autres analyses.

Le Tableau 4 présente des renseignements démographiques et relatifs aux risques. Dans l'ensemble, la majorité des délinquants appartenant aux groupes de PCC, de SSMC et au groupe témoin de l'ISMC étaient relativement jeunes, de sexe masculin, et présentaient un potentiel de réintégration de faible à modéré. Toutefois, on a observé certaines différences entre ces groupes. Les deux groupes, PCC et SSMC, étaient beaucoup plus jeunes au moment de l'infraction désignée que le groupe témoin ($F(2, 224) = 7,10; p < 0,05$; SCC, 2008d) et le groupe PCC était beaucoup plus jeune au moment de la première libération que les groupes témoins et SSMC ($F(2, 218) = 5,25; p < 0,05$). La proportion de délinquants Autochtones était plus élevée dans le groupe PCC que dans les deux autres groupes. Le pourcentage de délinquants présentant un potentiel de réintégration élevé était le plus faible dans le groupe PCC et ce même groupe présentait le pourcentage le plus élevé de délinquants ayant un faible potentiel de réintégration. En outre, les délinquants qui avaient été admis aux services de PCC étaient détenus dans des établissements où le niveau de sécurité était supérieur (une variable habituellement liée à des risques supérieurs). Le groupe SSMC comportait une plus faible proportion de délinquants ayant commis des infractions visé à l'Annexe 1 et des peines beaucoup plus longues pour l'infraction désignée ($F(2, 224) = 6,48; p < 0,05$] par rapport au groupe PCC ou au groupe témoin. On dénombrait dans le groupe PCC un nombre total de condamnations antérieures beaucoup plus élevé ($F(2, 224) = 3,10; p < 0,05$) que dans le groupe SSMC et le groupe témoin ($p < 0,056$ au test L.S.D. dans les analyses ultérieures) et les différences dans le nombre de condamnations

pour crimes violents et non violents approchaient le seuil de signification (Voir le Tableau 4; SCC, 2008d, p. 12.)

Tableau 4: : Renseignements démographiques, antécédents criminels, variables relatives au risque et niveau de sécurité à la libération pour les groupes ayant reçu les services de PCC, de SSMC et le groupe témoin de l'ISMC

	PCC (n = 53)	SSMC (n = 79)	Groupe témoin (n = 95)
Variables démographiques	Moyenne (écart-type)		
Âge à l'infraction désignée (années)	29,5 (8,6) a	31,5 (9,3) a	35,2 (9,7) b
Âge à la libération (années) a	32,2 (8,5) a	36,3 (10,3) b	37,8 (10,0) b
	Nombre (%)		
Situation de famille – Marié/conjoint de fait	13 (24,5 %)	19 (24,1 %)	22 (23,2 %)
Genre – Homme	42 (79,2 %)	64 (81,0 %)	85 (89,5 %)
Race – Autochtones	23 (43,4 %) a	18 (22,8 %) b	16 (16,8 %) b
Antécédents criminels et variables relatives au risque	Nombre (%)		
Genre d'infraction désignée :			
Visée par l'annexe I	39 (73,6 %)	46 (58,2 %) a	72 (75,8 %) b
Sexuelle	4 (7,5 %)	12 (15,2 %)	13 (13,7 %)
Classification de sécurité à la 1 ^e libération ¹ :			
Maximum	12 (22,6 %) a	6 (7,6 %)	7 (7,4 %) b
Médium	31 (58,5 %)	50 (63,3 %)	60 (63,2 %)
Minimum	6 (11,3 %) a	19 (24,1 %)	25 (26,3 %) b
Données manquantes/prov./inconnues	4 (7,5 %)	4 (5,2 %)	3 (3,2 %)
Potentiel de réinsertion ¹ :			
Faible	30 (56,6 %)	24 (30,4 %) a	43 (45,3 %) b
Moyen	18 (34,0 %)	36 (45,6 %)	35 (36,8 %)
Élevé	5 (9,4 %)	19 (24,1 %)	17 (17,9 %)
	Moyenne (écart-type)		
Durée de la peine pour l'infraction désignée (années)	4,3 (3,1) a	6,2 (7,2) b	3,6 (2,8) a
Nombre d'infractions antérieures :			
Non violentes	22,6 (17,0) a	15,8 (16,8) b	16,9 (16,1) b
Violentes	3,6 (2,6) a	2,6 (2,7) b	3,2 (2,9)
Sexuelles	0,2 (0,7)	0,6 (1,6)	0,6 (1,2)
Total	26,4 (17,5) a	19,0 (17,9) b	20,7 (16,5)
Région	Nombre (%)		
Atlantique	4 (7,5 %)	19 (24,1 %)	11 (11,6 %)
Ontario	0 (0 %)	9 (11,4 %)	26 (27,4 %)

Pacifique	5 (9,4 %)	17 (21,5 %)	11 (11,6 %)
Prairies	44 (83,0 %)	33 (41,8 %)	25 (26,3 %)
Québec	0 (0 %)	1 (1,3 %)	22 (23,2 %)

Notes:

1) Des comparaisons ultérieures entre les paires de groupes ont été effectuées, lorsque l'évaluation globale était importante, pour déterminer s'il existait des différences entre les trois groupes. Les différences statistiquement significatives entre les groupes sont indiquées par un a, b à $p < .05$.

2) 1 La classification de sécurité et le potentiel de réinsertion comportaient trois niveaux de variables à vérifier pour chacun des trois groupes (PCC, SSMC et groupe témoin). Afin de réduire la possibilité de détecter erronément une erreur (c. à d., taux d'erreurs par catégorie), des analyses comparatives ont été effectuées uniquement pour les groupes PCC par rapport au groupe témoin et au groupe SSMC par rapport au groupe témoin.

Le Tableau 5 résume des renseignements supplémentaires au sujet des profils cliniques des délinquants dans chacun des groupes, PCC, SSMC et groupe témoin (SCC, 2008d). Le genre de trouble mental le plus fréquent dans les trois groupes est le trouble mental grave. Le genre de trouble mental le plus fréquent dans les trois groupes était le trouble mental grave, le trouble de l'humeur étant le plus fréquent d'entre eux (34 % dans le groupe PCC; 32 % dans le groupe SSMC et 38 % dans le groupe témoin de l'ISMC). Les délinquants atteints de schizophrénie représentaient 25 %, 15 % et 37 % respectivement dans les groupes PCC, SSMC et le groupe témoin. On a constaté une différence importante entre les groupes à l'échelle NDF, $F(2, 224) = 4,75$; $p < 0,05$. Les analyses ultérieures indiquaient que le groupe PCC présentait des résultats beaucoup plus élevés à l'échelle NDF ($M = 5,7$; écart-type = 2,1) que le groupe SSMC ($M = 4,8$; écart-type = 2,5) et le groupe témoin ($M = 4,4$; écart-type = 2,3). L'évaluation moyenne du groupe PCC de 5,7 correspond à une déficience fonctionnelle modérée à grave.

Tableau 5: Types de troubles mentaux, déficience fonctionnelle et toxicomanie pour les groupes PCC, SSMC et le groupe témoin de l'ISMC

Types de troubles mentaux ¹	PCC ($n = 53$)	SSMC ($n = 79$)	Groupe témoin ($n = 95$)
	Nombre (%)		
Trouble mental grave :	40 (75,5 %) a	46 (58,2 %) b	79 (83,2 %) a
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	13 (24,5 %)	12 (15,2 %) a	35 (36,8 %) b
Troubles de l'humeur	18 (34,0 %)	25 (31,6 %)	36 (37,9 %)
Autre (p. ex., TSPT, TOC)	17 (32,1 %)	21 (26,6 %)	24 (25,3 %)
Schizophrénie et troubles de l'humeur	0 (0 %)	2 (2,5 %)	5 (5,3 %)

¹ L'échelle NDF a été utilisée comme outil de recherche comme il est précisé dans la section portant sur la méthodologie.

Schizophrénie et autres	1 (1,9 %)	2 (2,5 %)	1 (1,1 %)
Troubles de l'humeur et autres	7 (13,2 %)	9 (11,4 %)	9 (9,5 %)
Troubles de la personnalité	11 (20,8 %) a	19 (24,1 %) a	39 (41,1 %) b
Lésions cérébrales acquises/dysfonctions cérébrales organiques	16 (30,2 %) a	13 (16,5 %)	8 (8,4 %) b
Déficience développementale/intellectuelle	4 (7,5 %)	5 (6,3 %)	10 (10,5 %)
Déficience fonctionnelle (Modérée à grave, évaluation de 2 ou 3)		Nombre (%)	
Vie quotidienne/Hygiène personnelle	17 (32,1 %)	26 (32,9 %)	28 (29,5 %)
Intellectuelle	21 (39,6 %)	21 (26,6 %)	17 (17,9 %)
Professionnelle	40 (75,5 %)	43 (54,4 %)	44 (46,3 %)
Sociale/Interpersonnelle	24 (45,3 %)	30 (38,0 %)	39 (41,1 %)
Moyenne (écart-type) Total de l'évaluation de la déficience fonctionnelle	5,7 (2,1) a	4,8 (2,5) b	4,4 (2,3) b
Toxicomanie		Nombre (%)	
Antécédents de toxicomanie :	50 (94,3 %)	66 (83,5 %)	83 (87,4 %)
Données manquantes	0 (0 %)	3 (3,8 %)	3 (3,2 %)

Notes :

- 1) Le diagnostique est fondé sur un ou des diagnostics psychiatriques avérés lorsque le SGD contient des renseignements en ce sens ou tout rapport de diagnostic documenté pour le groupe témoin.
- 2) Des comparaisons ultérieures entre les paires de groupes ont été effectuées, lorsque l'évaluation globale était importante, pour déterminer s'il existait des différences entre les trois groupes. Les différences statistiquement significatives entre les groupes sont indiquées par un a, b à $p < .05$.

Répondants au sondage auprès du personnel

Au total, 519 questionnaires ont été remplis par les membres du personnel ayant des connaissances et de l'expérience en matière d'intervention auprès de délinquants atteints de troubles mentaux.⁸ Le Tableau 6 présente les titres de poste des membres du personnel.

Tableau 6: Titres de poste des membres du personnel répondant

Titre de poste	Membre du personnel ($n = 519$)	
	(n)	(n)
Agent de libération conditionnelle	130	25
Agent de programme correctionnel	41	8
Psychologue	40	8
Agent de correction	38	7
Infirmier(ière)	29	6
Surveillant de liberté conditionnelle	23	4
Gestionnaire	17	3

⁸ Il n'a pas été possible de calculer le taux de réponse puisque le nombre total de personnes du SCC familières avec l'ISMC était inconnu.

Commis aux finances et personnel de soutien et d'administration	12	2
Directeur de district/régional	11	2
Agent de projet	11	2
Conseiller en comportement/agent de réadaptation	10	2
Travailleur(euse) social(e) clinique de l'ISMC	16	3
Infirmier(ière) de l'ISMC	9	2
Planificateur(trice) du congé de l'ISMC	7	1
Coordonnateur régional de l'ISMC	3	1
Non précisé	95	18
Autre*	23	4
Données manquantes	4	1

*Note: The Other category includes: Chaplain, Teacher, Warden and ACLO. Percentages may not total 100 due to rounding.

Délinquants interrogés

Les équipes de la Direction de l'évaluation ont mené des entrevues auprès des délinquants aux endroits suivants : (1) St. John's, Terre-Neuve (bureau de libération conditionnelle et pénitencier de Sa Majesté); (2) Montréal, Québec (CCC Martineau); (3) Hamilton, Ontario (bureau de libération conditionnelle); (4) Winnipeg, Manitoba (bureau de libération conditionnelle, établissement de Stony Mountain); et (5) New Westminster et Vancouver, Colombie-Britannique (bureaux de libération conditionnelle). Au total, 33 entrevues ont été réalisées dans cinq régions du Canada : quatre dans la région du Pacifique, 12 dans la région des Prairies, cinq dans la région de l'Ontario, cinq dans la région du Québec et sept dans la région de l'Atlantique.

Répondants au sondage auprès des fournisseurs de services dans la collectivité

La liste initiale de fournisseurs de services dans la collectivité renfermait 42 organismes/organisations indépendantes. Parmi celles-ci, 35 ont été contactées, sept sont demeurées irrejoignables pour diverses raisons (p. ex., courriel invalide). Au total, 14 fournisseurs de services dans la collectivité ont répondu au questionnaire, dont cinq provenaient d'une même organisation. Par conséquent, au total dix organismes de prestation de services indépendants ont retourné les questionnaires. Ainsi, dans l'ensemble, la rétroaction a été obtenue de la part de 24 % des 42 organisations..

Principales Constatations

Objectif d'évaluation 1 : Pertinence

Objectif d'évaluation : Est-ce que l'Initiative demeure en harmonie avec les priorités ministérielles et pangouvernementales, et répond-t-elle de façon tangible à un besoin bien réel?

Priorités gouvernementales et ministérielles

CONSTATATION 1: L'ISMC demeure en harmonie avec les priorités ministérielles et pangouvernementales.

Gouvernement du Canada

Selon le Rapport sur le rendement de 2006 2007, un rapport présenté au Parlement indiquant les secteurs de dépense et de résultat du gouvernement fédéral, deux secteurs de résultat appuient l'ISMC, et sont tous deux liés aux affaires sociales (Gouvernement du Canada, 2007b). Premièrement, le gouvernement du Canada reconnaît que la santé mentale et la maladie mentale sont des priorités pour les Canadiens, dont l'incidence économique et sociale est étendue. Le deuxième secteur de dépense a trait à la prévention du crime et à la victimisation des délinquants par la prestation directe de programmes et de services de réadaptation afin de réduire le récidive. La prestation de ces programmes et services s'effectue par le biais de partenariats et d'ententes officielles avec les collectivités locales, et par une augmentation de l'échange de l'information avec les partenaires du système de justice pénale.

Rapport sur le rendement du SCC

L'une des principales priorités du SCC est : « une capacité accrue de répondre aux besoins en santé mentale des délinquants ». Le rapport ministériel sur le rendement du SCC (SCC, 2007b) énumère nombre d'engagements de résultats en ce qui a trait à la santé mentale, y compris une amélioration des résultats correctionnels, mesurée de la façon suivante : (1) le pourcentage de délinquants atteints de troubles mentaux dont la libération conditionnelle a été révoquée, avec ou sans nouvelle inculpation ou accusation; (2) le pourcentage de délinquants atteints de troubles mentaux de nouveau incarcérés dans des pénitenciers fédéraux dans les deux

ans suivant la fin de leur peine (c. à d., après l'expiration du mandat); et (3) le pourcentage de délinquants atteints de troubles mentaux condamnés pour un nouveau délit dans les cinq ans suivant la fin de leur peine.

Rapport sur les plans et priorités du SCC

Le SCC fait état dans son rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2006 2007 que plusieurs étapes charnières ont été atteintes dans la mise en œuvre de l'ISMC, notamment : on a élaboré un plan d'évaluation et une stratégie de mesure; on a mis à l'essai une formation nationale en santé mentale; environ 50 % des nouveaux postes cliniques ont été dotés et 25 contrats régionaux de prestation de services directement auprès des délinquants atteints de troubles mentaux ont été établis (SCC, 2006).

Rapport du Comité d'examen du SCC

Dans son récent rapport intitulé Rapport du Comité d'examen du SCC : Feuille de route pour une sécurité publique accrue (2007), le Comité d'examen du SCC met en lumière l'importance de renforcer la stratégie du SCC pour traiter et gérer de façon efficace les délinquants atteints de troubles mentaux. Ce rapport formule 12 recommandations visant spécifiquement à améliorer le traitement et la gestion des délinquants atteints de troubles mentaux, y compris à améliorer le soutien dans la collectivité et l'évaluation des troubles mentaux.

Bureau de l'Enquêteur correctionnel

Le Bureau de l'Enquêteur correctionnel (BEC, 2007) fait état de 12 obstacles clés à la sécurité publique dans son plus récent rapport annuel, le premier étant la mise en œuvre complète de la stratégie sur la santé mentale du SCC dont l'ISMC est l'une des composantes. Dans son rapport annuel, le Bureau de l'Enquêteur correctionnel affirme son appui à la stratégie de santé mentale mise en œuvre au SCC et indique que le SCC doit établir une capacité de prestation de soins en santé mentale.

De l'ombre à la lumière

Dans le rapport 2006 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur la santé mentale au Canada, *De l'ombre à la lumière*, aussi connu comme le *Rapport Kirby* (Kirby, 2006), le Comité enjoignait le SCC de respecter les normes en matière de santé mentale applicables aux soins dispensés aux délinquants sous responsabilité fédérale, habituellement offerts à la population non incarcérée. En outre, le Comité formulait spécifiquement des recommandations à l'intention du SCC dans trois secteurs clés : (1) respecter des normes de soins équivalentes à celles applicables à la population générale dans les établissements et après la libération; (2) les délinquants doivent bénéficier d'une évaluation de la santé mentale complète effectuée par des professionnels qualifiés à leur admission dans les établissements du SCC; et (3) le SCC est en charge d'assurer la continuité des soins après la libération. Ces recommandations appuient les services offerts par l'ISMC.

Le SCC a apporté des changements importants à l'interne afin de renforcer l'engagement à l'égard de la prestation de soins de santé mentale. En 2004, le Comité de direction a approuvé la stratégie globale en matière de santé mentale du SCC. En 2007, le SCC a aussi reçu près de 22 millions de dollars pour financer l'Initiative sur la santé mentale en établissement au cours des deux années suivantes et 16,6 millions de dollars par année de financement permanent en 2008. Outre la stratégie globale en matière de santé mentale et l'augmentation du financement, le nouveau modèle de gouvernance du Secteur des services de santé mis en place en 2007 est à l'origine de la mise sur pied de la Direction de la santé mentale, chargée spécifiquement de s'intéresser à ces questions.

Étant donné l'ensemble des priorités mentionnées ci-dessus visant à renforcer la capacité de réponse aux besoins des délinquants atteints de troubles mentaux, les buts et objectifs de l'ISMC contribuent à la réalisation des objectifs gouvernementaux et du SCC.

Besoin de services destinés aux délinquants atteints de troubles mentaux

CONSTATATION 2: Étant donné le nombre croissant de délinquants atteints de troubles mentaux admis au SCC, il est nécessaire de leur offrir des services pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale et pour les aider à réussir à se réintégrer dans la collectivité.

Parmi les délinquants, la prévalence des troubles mentaux est plus importante que dans la population générale (Brink, Doherty et Boer, 2001). Près d'un cinquième (20 %) de la population de délinquants sous responsabilité fédérale a déjà été hospitalisée dans un service psychiatrique (Motiuk, Boe et Nafekh, 2003). Les troubles mentaux graves (p. ex., schizophrénie et troubles de l'humeur) sont deux à trois fois plus fréquents chez les délinquants que dans la population générale, et la présence de la plupart des troubles mentaux est plus importante chez les femmes incarcérées que chez les hommes incarcérés. Non seulement la prévalence de troubles mentaux est-elle plus élevée parmi les personnes incarcérées, mais le taux de prévalence des troubles mentaux continue de s'accroître. Le profil des délinquants est en évolution et indique que la prévalence des problèmes de santé mentale à l'admission, chez les délinquants sous responsabilité fédérale de sexe masculin et de sexe féminin a augmenté parmi ces groupes respectivement de 67 % et de 69 % (SCC, 2008b) depuis 1996-1997. Plus d'un délinquant de sexe masculin sur dix et plus d'une délinquante de sexe féminin sur cinq sous responsabilité fédérale ont été reconnus comme atteints de troubles mentaux à leur admission. Depuis 1997, on a constaté une augmentation de près de 80 % du nombre de délinquants consommant des médicaments d'ordonnance au moment de leur admission. Dans l'ensemble, 14 % des détenus avaient reçu des traitements psychiatriques ou psychologiques avant leur incarcération.⁹ De façon générale, 10 % des délinquants de sexe masculin et 22 % des délinquantes de sexe féminin sont reconnus comme des personnes atteintes de troubles mentaux à leur admission (SCC, 2008b).

En outre, il se dégage d'une évaluation récente des programmes correctionnels du SCC que les délinquants de sexe masculin reconnus comme atteints de troubles mentaux à leur admission n'avaient pas atteint de résultats correctionnels probants dans plusieurs secteurs de programme (p. ex., violence conjugale et toxicomanie) et des résultats limités dans d'autres secteurs de programme (p. ex., programmes pour les délinquants sexuels; Nafekh et al; à l'étude). Ces constatations portent à croire que les délinquants atteints de troubles mentaux sont susceptibles de retirer des gains limités de leur participation aux programmes correctionnels ordinaires.

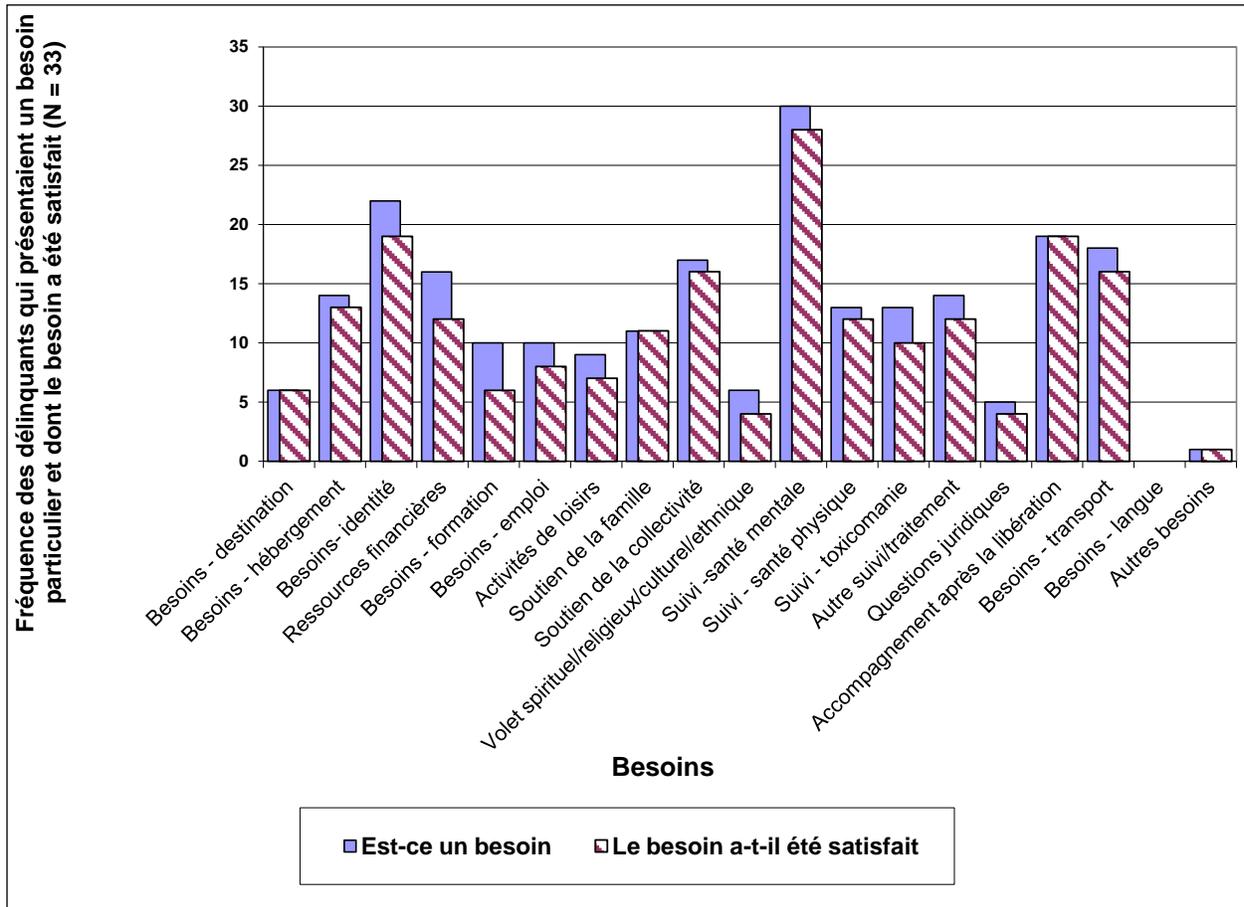
Les troubles mentaux graves sont liés à d'autres problèmes, par exemple, un risque accru de récidive et l'absence d'un emploi et d'un milieu de vie stable. Les caractéristiques propres aux

⁹ Source – Système de gestion des délinquant(e)s du SCC.

délinquants atteints de troubles mentaux les placent bien souvent en situation où le risque d'incarcération et d'arrestations répétées est plus élevé, particulièrement au cours des premiers mois suivant la libération. Ils présentent des risques plus élevés d'échouer le traitement, de continuer d'adopter des comportements criminels, violents, et de manquer aux conditions de leur libération (Lurigio, Rollins et Fallon, 2004).

Bien souvent, les délinquants atteints de troubles mentaux ont des besoins en matière de traitement dont il faut tenir compte dans la gestion de leur cas. Pendant les entrevues d'évaluation, on a demandé aux délinquants recevant un traitement dans le cadre de l'ISMC de faire connaître leurs besoins au moment de leur réinsertion dans la collectivité et d'indiquer si l'ISMC a permis d'y répondre. Les résultats suivants mettent en relief les différents secteurs de besoins des délinquants et la mesure dans laquelle ils estiment que l'on a répondu à ces besoins (Figure 3). Il importe de mentionner que le besoin le plus fréquemment mentionné par le groupe de délinquants répondants couverts par l'ISMC est le besoin d'un suivi en santé mentale (91 %; $n = 30$).

Figure 3: Besoins en matière de réinsertion sociale des délinquants interrogés aux fins de l'évaluation



Note. Les chiffres représentent uniquement les délinquants qui ont indiqué avoir un besoin (sur un total de 33 délinquants). Il est à noter que certaines données sont manquantes pour certains indicateurs de besoins figurant dans le graphique; par conséquent, le nombre total de répondants ne totalise pas toujours 33 pour chaque indicateur. Dans le cas des délinquants ayant affirmé avoir ce besoin particulier, on leur a demandé si l'on y avait répondu.

Harmonie avec les pratiques d'autres compétences

CONSTATATION 3: L'ISMC est en harmonie avec les pratiques dans d'autres compétences, particulièrement celles qui ont recours à des modèles communautaires d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux.

Comme il a été mentionné précédemment, l'ONU recommande que les personnes atteintes de troubles mentaux soient traitées dans la collectivité dans la mesure du possible (1991). L'ONU recommande que les délinquants vivent dans la collectivité, qu'ils soient traités

dans la collectivité et que leurs plans de réinsertion sociale soient amorcés au début de la peine du délinquant (1977). La prestation de services de santé mentale aux délinquants atteints de troubles mentaux vivant dans la collectivité est une pratique courante dans bon nombre de pays (Roberts, Cummings et Nelson, 2005; Wolff, 2005;).

L'une des approches populaires à l'égard du traitement dans la collectivité des personnes atteintes de troubles mentaux graves est le traitement communautaire actif (TCA), une approche multidisciplinaire à l'égard de la maladie mentale qui couvre une diversité de services fournis en tout temps (National Alliance on Mental Health, 2008). Les personnes qui profitent de ce genre de programme sont celles atteintes de troubles mentaux graves et celles qui ont de la difficulté à fonctionner dans la vie de tous les jours. Les programmes de TCA permettent souvent d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé mentale à coût moindre que les soins en clinique externe ou interne assurés par les hôpitaux (Roberts et coll., 2005).

Les programmes de TCA sont semblables à l'ISMC car les soins visent à répondre à des besoins multiples. Les spécialistes de la santé mentale dans la collectivité interviennent régulièrement auprès des délinquants, défendent leurs intérêts et établissent d'autres partenariats communautaires avec des organismes, soit par l'entremise de contrats de l'ISMC ou d'autres services. L'utilisation des programmes de TCA est grandement répandue au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni, et ils se sont avérés moins coûteux que les programmes en institution et autres programmes mis en œuvre dans la collectivité (Chandler, Spicer, Wagner et Hargreaves, 1999.)

On dénombre aussi d'autres exemples d'initiatives analogues à l'ISMC, qui appuient un modèle d'intervention en santé mentale auprès des délinquants dans la collectivité :

- Les prisons du New Jersey offrent quatre programmes de réinsertion aux délinquants atteints de troubles mentaux. Le plus intensif d'entre eux, le programme « super extensive re-entry coordination » est celui qui se rapproche le plus de l'ISMC et offre des services de planification de la réintégration aux délinquants six mois avant la libération et des services de suivi 12 mois après leur libération dans la collectivité (Wolff, 2005).
- Aux Pays-Bas, on offre des programmes à l'intention des délinquants atteints de troubles mentaux afin de réduire le récidive et d'améliorer la réintégration dans la société. Au moment de la libération, l'établissement demeure responsable d'établir des contacts avec

les services responsables de l'approbation pour établir les liens appropriés pour la personne (de Kogel, 2006).

- Au Royaume-Uni, les délinquants atteints de troubles mentaux qui viennent d'être libérés ont droit aux mêmes services que ceux qui obtiennent un congé de l'hôpital. Le pénitencier permettra à l'équipe de l'approche en milieu carcéral, à l'équipe de la santé mentale ou au coordonnateur des soins d'établir un contact avec les services appropriés dans la collectivité pour répondre aux besoins des délinquants atteints de troubles mentaux (Department of Health, National Institute for Mental Health en Angleterre, 2005).

À la lumière de ces exemples, l'ISMC semble cadrer avec les pratiques d'autres compétences en ce qui a trait au traitement accessible aux délinquants atteints de troubles mentaux à leur libération.

Objectif d'évaluation 2 : Mise en œuvre

Objectif d'évaluation : L'ISMC a été organisée de manière à atteindre les buts et objectifs. Il est question d'établir les liens appropriés entre les activités, les extrants, les résultats et les résultats à long terme.

Mise en œuvre de l'ISMC et dotation

CONSTATATION 4: Les retards de mise en œuvre des services fournis dans le cadre de l'ISMC sont surtout attribuables aux problèmes de dotation. La mise en œuvre de l'ISMC était plus susceptible de réussir quand les conditions suivantes étaient satisfaites : 1) des ressources humaines et des mécanismes de soutien administratif étaient consacrés pour accélérer l'exécution des processus de dotation; 2) on a eu recours à une vaste campagne de recrutement en vue d'attirer bon nombre de candidats potentiels en vue de doter les postes de l'Initiative.

En mai 2005, le Conseil du Trésor a approuvé le financement d'un programme de renforcement de la sécurité communautaire dont faisait partie l'ISMC. Le financement de l'ISMC prévoyait une enveloppe de 29,1 millions de dollars dépensés sur une période de cinq ans se terminant à la fin de l'exercice 2009 2010. La mise en œuvre de cette initiative a été

retardée en partie en raison de l'achèvement de la classification des postes, de l'élaboration de descriptions de travail, du recrutement du personnel par l'entremise d'un processus concurrentiel déployé dans chacune des régions et d'autres problèmes liés à la mise en œuvre. Le premier renvoi pour service dans le cadre de cette initiative n'a eu lieu qu'en mai 2007.

Mise en œuvre à l'échelle nationale

L'une des premières étapes de la mise en œuvre à l'échelle nationale consistait à choisir les unités opérationnelles de l'ISMC partout au Canada. Afin de répertorier les unités opérationnelles dans les collectivités pour le déploiement de l'ISMC, on a demandé à chaque région d'élaborer une proposition indiquant jusqu'à quatre bureaux de libération conditionnelle susceptibles d'accueillir les services de spécialistes de la santé mentale (c. à d., placement de deux spécialistes de la santé mentale). On a proposé 20 unités opérationnelles pour l'ISMC, dont 16 ont été retenues pour accueillir un ou deux spécialistes de la santé mentale. Ces unités opérationnelles ont été sélectionnées par un comité mis sur pied spécialement pour examiner les propositions des régions.¹⁰ Ce comité d'examen a tenu compte de trois critères pour rendre ces décisions :

- 1) Les propositions régionales classées en ordre de priorité (chaque région a classé en ordre de priorité les unités opérationnelles proposées, de l'unité opérationnelle où le besoin est le plus criant à celui où le besoin est le moins criant);
- 2) Les données provenant de la Direction de la recherche du SCC sur le nombre de détenus dans chaque région dont l'indicateur à l'EID à l'admission était « est actuellement atteint d'un trouble mental »; et,
- 3) Les renseignements spécifiques provenant des membres du Comité d'examen au sujet des besoins en matière de santé mentale dans les différentes unités opérationnelles.

Le Tableau 7 présente les résultats de la sélection des unités opérationnelles. Le Comité d'examen a accepté toutes les unités opérationnelles proposées, de la région des Prairies à la région de l'Atlantique. Dans la région de l'Ontario, le bureau de libération conditionnelle d'Ottawa a été proposé mais il n'a pas été approuvé; au Québec, le CCC Martineau et le bureau

¹⁰ Note de service de Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé, au sous-commissaire adjoint, Opérations correctionnelles, 12 décembre 2005.

de libération conditionnelle Maisonneuve ont été proposés mais n’ont pas été retenus. Dans la région du Pacifique, on a proposé Kelowna et Kamloops, et l’approbation a été consentie pour Kelowna ou Kamloops, mais pas les deux. Finalement, il a été décidé de déplacer le bureau de Kelowna ou de Kamloops à Vernon parce que Vernon se trouve à mi-chemin entre ces deux unités opérationnelles et qu’il serait possible d’étendre les services afin qu’ils couvrent une région géographique plus vaste si l’unité opérationnelle de l’ISMC était située à Vernon.

Quatre unités opérationnelles ont été proposées au Québec dont deux ont été approuvées. Par rapport à toute autre région, la région du Québec dénombrerait un moins grand nombre de délinquants « actuellement atteints d’un trouble mental » que toute autre région (7 % comparativement 20 %, par exemple, dans la région du Pacifique). Le CCC Martineau offrait déjà des services de santé mentale à l’intention des délinquants dans cet établissement (c. à d., suivi en santé mentale, aide pharmaceutique, renvois à des organismes communautaires, activités récréatives, etc.). Il a été décidé que cette unité opérationnelle ne recevrait aucune autre ressource supplémentaire en raison des ressources déjà disponibles et destinées à la prestation de services de santé mentale dans la collectivité au CCC Martineau.¹¹

Tableau 7: Unités opérationnelles de l’ISMC choisis dans chaque région

Région	Délinquants ayant l’indicateur à l’EID « actuellement reconnu comme ayant des troubles mentaux » (%) a	Bureau de libération conditionnelle retenu pour l’ISMC
Région de l’Atlantique (4 unités opérationnelles)	17 %	Moncton (Nouveau-Brunswick) Saint John (Nouveau-Brunswick) Halifax (Nouvelle-Écosse) St. John’s (Terre-Neuve) Québec (Québec Est/Ouest)
Région du Québec (2 unités opérationnelles)	7 %	St Jérôme (Laurentides)
Région de l’Ontario (3 unités opérationnelles)	13 %	Hamilton Toronto (Keele) Kingston
Région des Prairies (4 unités opérationnelles)	11 %	Edmonton (Alberta) Calgary (Alberta)

¹¹ Coordonnateur national de l’ISMC, Services de santé, communication personnelle, août 2008.

Région du Pacifique (4 unités
opérationnelles)

20 %

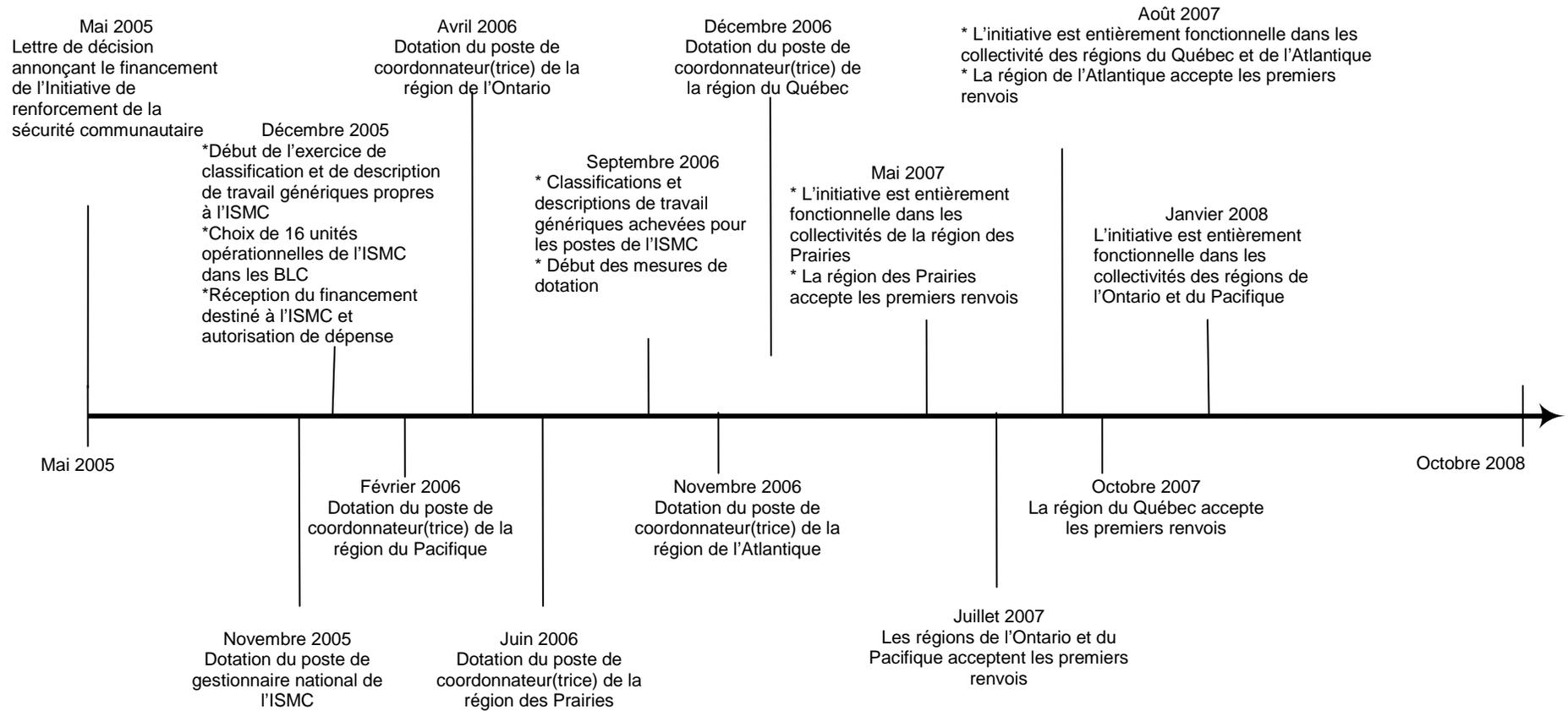
Winnipeg (Manitoba)
Regina (Saskatchewan)
New Westminster

Vancouver
Kelowna ou Kamloops
(l'emplacement définitif a été
établi à Vernon)

a. Données fournies de la Direction de la recherche aux Services de santé citées dans : Note de service de Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé, , au sous-commissaire adjoint, Opérations correctionnelles, 12 décembre 2005.

Le financement de l'ISMC a été annoncé en mai 2005, mais il y avait un retard de sept mois dans les dépenses de l'Initiative. Le poste de gestionnaire national de l'ISMC a été doté avant la réception des ressources (novembre 2005) afin de surveiller l'Initiative à partir de l'administration centrale. Le premier mandat prévu dans l'Initiative était d'élaborer des descriptions de travail génériques pour chacun des postes de l'ISMC (p. ex., travailleur(euse) social(e) clinique – planification du congé, travailleur(euse) social(e) clinique – collectivité, infirmier(ière)). Il a fallu 10 mois pour terminer les descriptions de travail génériques (de décembre 2005 jusqu'à septembre 2006). Les mesures de dotation n'ont été amorcées qu'une fois celle-ci achevée. Entre temps, une personne a agi en qualité de coordonnateur régional ou gestionnaire régional de l'Initiative sur une base intérimaire dans chacune des régions. Les postes ont ensuite été dotés au moyen de concours lancés à l'échelle régionale. Se reporter à la Figure 4 pour obtenir une vue d'ensemble des étapes charnières de la mise en œuvre de l'ISMC.

Figure 4: Survol de la mise en œuvre de l'ISMC



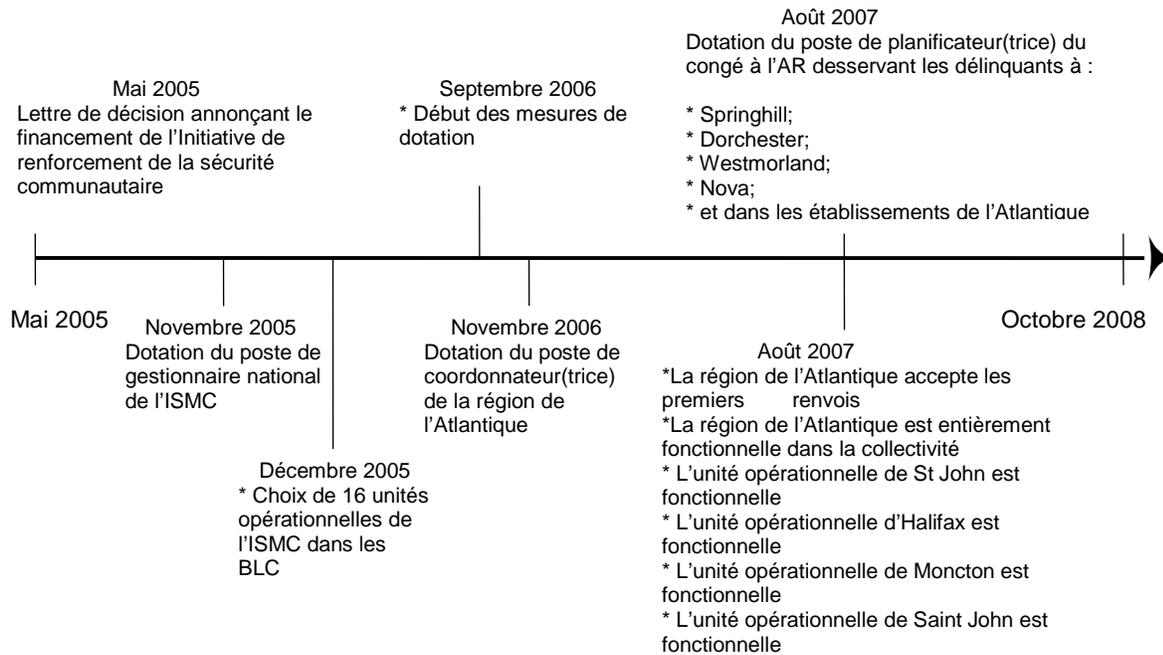
Mise en œuvre à l'échelle régionale

La mise en œuvre s'est amorcée au même moment dans l'ensemble des régions; toutefois, des approches différentes ont été utilisées pour recruter et embaucher le personnel, ce qui a incidemment influé sur le calendrier de mise en œuvre de chaque région. Les paragraphes ci-dessous traitent des enjeux liés à la mise en œuvre et du calendrier de mise en œuvre à l'échelle régionale. Chaque description de la mise en œuvre à l'échelle régionale est accompagnée d'un calendrier donnant des précisions sur les étapes charnières de la mise en œuvre. La date de dotation du premier poste dans chaque unité opérationnelle est indiquée dans le calendrier de dotation.¹²

Région de l'Atlantique. Dans la région de l'Atlantique, toutes les unités opérationnelles en établissement et dans la collectivité ont été dotées en août 2007. Le processus de dotation de la région de l'Atlantique s'est échelonné sur 12 mois (de septembre 2006 jusqu'à août 2007). Des difficultés de dotation ont été signalées dans la région, et elles concernaient surtout le temps requis pour le processus de dotation. Les postes ont été annoncés dans le site Web du gouvernement du Canada; bon nombre de candidatures ont été reçues et l'on ne signale aucun problème de recrutement. Se reporter à la Figure 5 pour obtenir plus de précisions sur les étapes charnières de la mise en œuvre à l'échelle régionale.

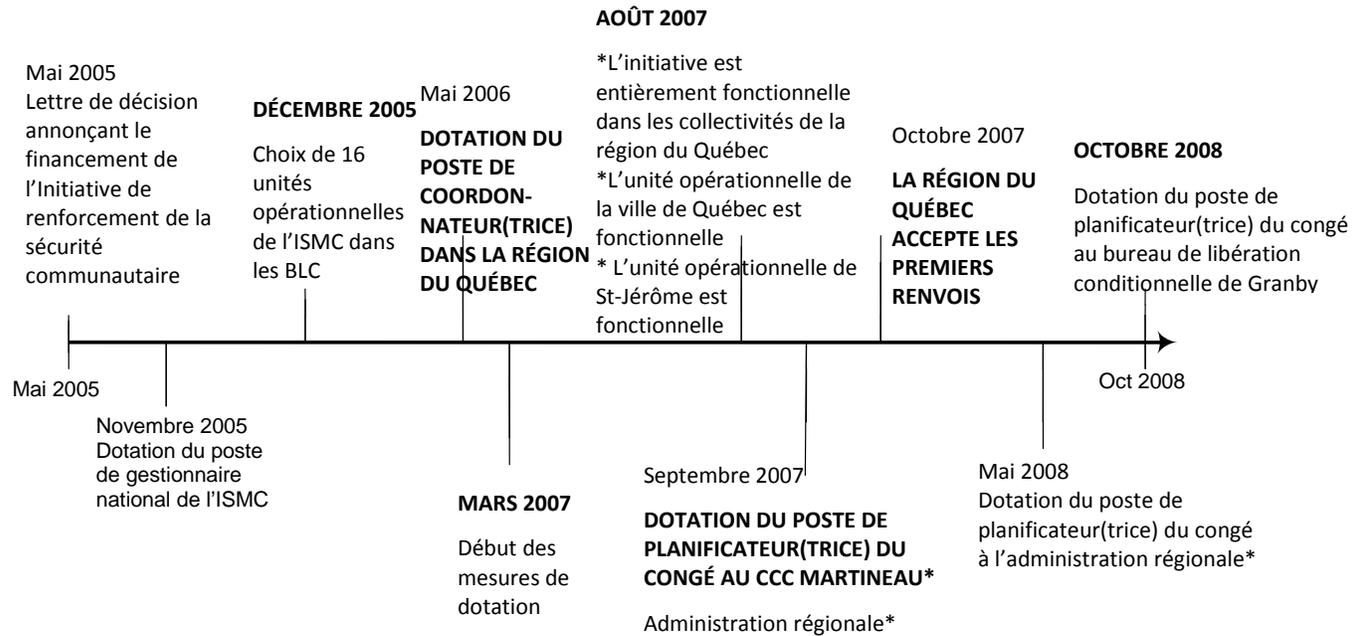
¹² Il y a eu roulement du personnel dans les postes de SSMC et de PCC. Les dates de mise en œuvre signalées pour cette unité opérationnelle ne concernent seulement que la première personne occupant ce poste. Certains des postes sont demeurés vacants puisqu'ils avaient au départ été dotés. Toutefois, ces vacances n'ont pas été signalées.

Figure 5: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région de l'Atlantique



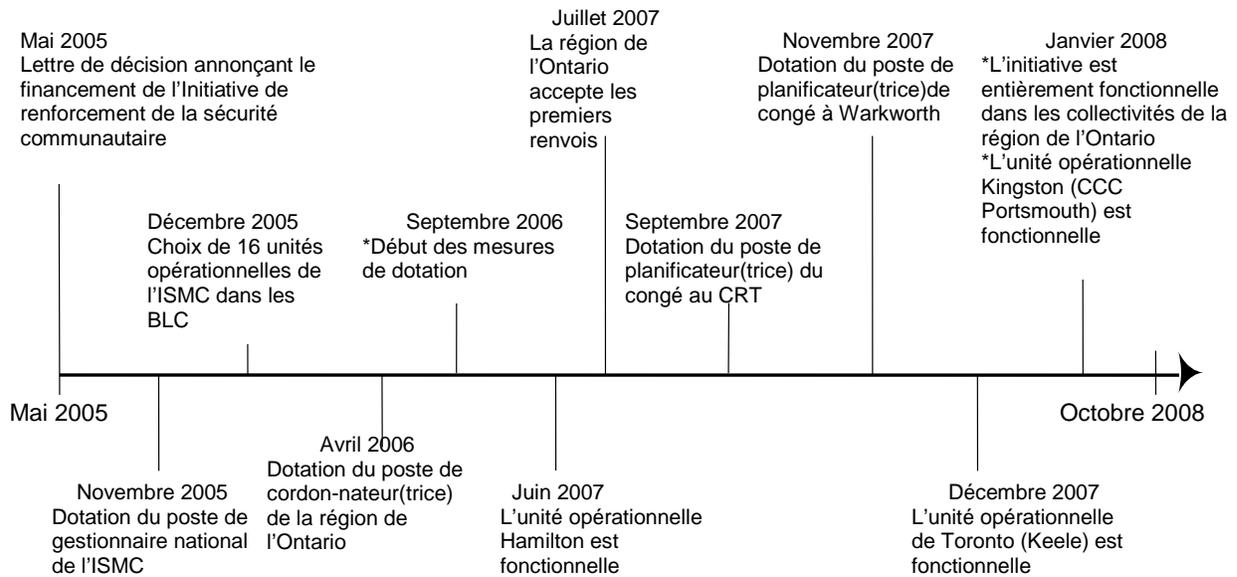
Région du Québec. Dans la région du Québec, toutes les unités opérationnelles dans la collectivité ont été dotées avant août 2007 et les premiers renvois ont été acceptés en octobre 2007. Le processus de dotation du personnel de l'ISMC dans la collectivité dans la région du Québec s'est échelonné sur sept mois (mars 2007 jusqu'à août 2007). Le processus de dotation des postes de planificateur(trice) cliniques (les postes analogues en établissement de l'Initiative) n'a été achevé qu'en octobre 2008 (il a fallu un an et sept mois). Les principaux problèmes liés à la dotation signalés dans cette région étaient le faible nombre de candidats aux postes, le nombre important de candidatures rejetées à la présélection et les retards importants attribuables aux évaluations de la langue seconde. La région a signalé avoir reçu une aide limitée en matière de ressources humaines pour procéder à la dotation des postes. Les postes ont été annoncés dans le site Web du gouvernement du Canada. Se reporter à la Figure 6 pour obtenir plus de précisions au sujet des étapes charnières de la mise en œuvre à l'échelle régionale.

Figure 6: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région du Québec



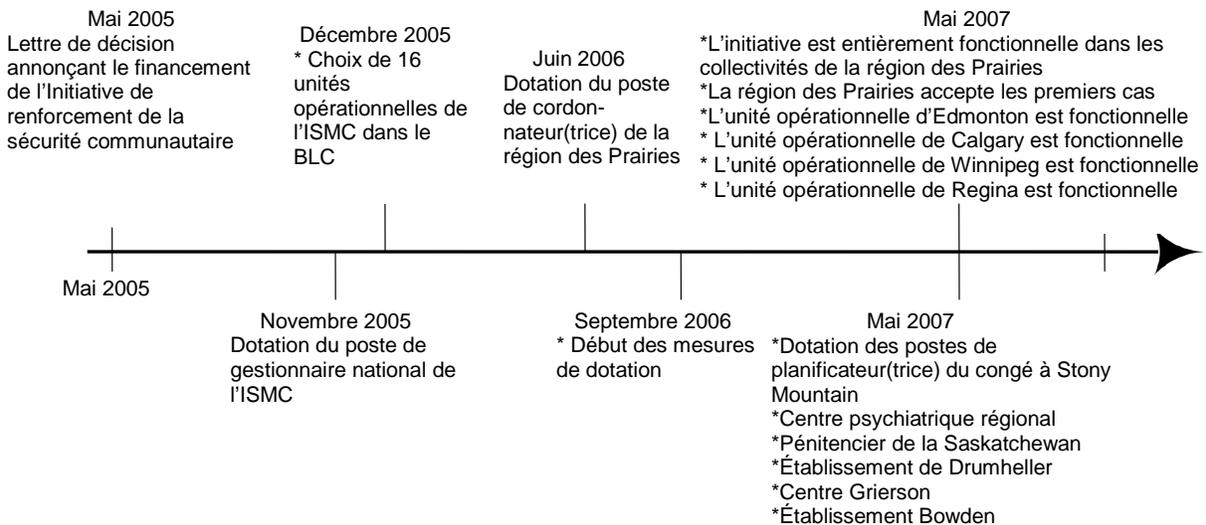
Région de l'Ontario. Dans la région de l'Ontario, toutes les unités opérationnelles dans la collectivité ont été dotées avant janvier 2008 et les premiers renvois ont été acceptés en juillet 2007. Le processus de dotation de la région de l'Ontario s'est échelonné sur un an et cinq mois (de septembre 2006 jusqu'à janvier 2008). Des problèmes de dotation ont été signalés dans cette région, en particulier en ce qui a trait au temps requis pour procéder à la dotation, à l'absence de candidatures qualifiées, à la difficulté d'utiliser des stratégies de recrutement autres que le site Web du gouvernement du Canada. En dépit de tentatives, aucune annonce de poste n'a été amorcée à l'échelle nationale, et une collaboration a été amorcée avec Échanges Canada, mais elle n'a pas réussi à attirer d'employés. Échanges Canada offre un programme d'échange d'employés dans les organismes privés et provinciaux à l'échelle nationale. Se reporter à la Figure 7 pour obtenir plus de précisions au sujet des étapes charnières de la mise en œuvre à l'échelle régionale.

Figure 7: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région de l'Ontario



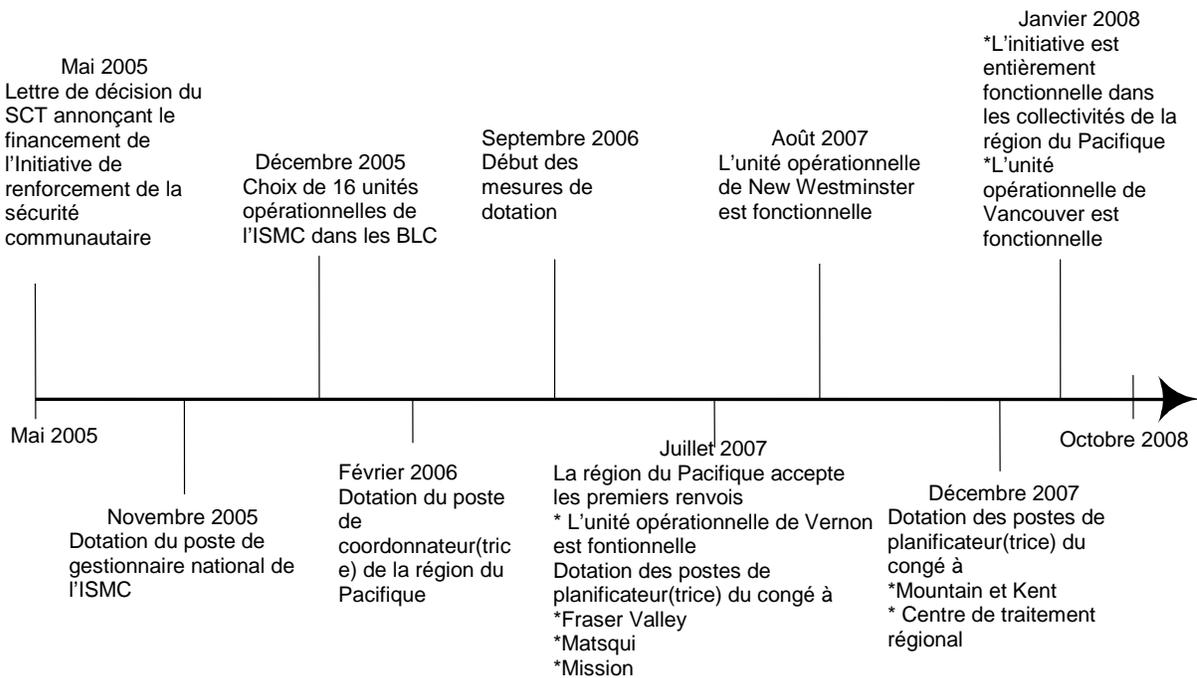
Région des Prairies. C'est la région des Prairies qui est devenue la première région à embaucher du personnel, accepter des renvois et devenir pleinement fonctionnelle dans les unités opérationnelles dans la collectivité et en établissement (mai 2007). Le processus de dotation s'est échelonné sur seulement neuf mois (de septembre 2006 jusqu'à mai 2007). On signale peu de problèmes de dotation dans cette région. On a eu recours à une aide supplémentaire en matière de ressources humaines et l'on a déployé une campagne d'annonces étendue à l'échelle nationale, y compris des annonces dans les journaux et les sites Web d'associations professionnelles. Ces annonces ont permis d'alimenter le processus concurrentiel de bon nombre d'employés prospects, de sorte que l'on a réussi à trouver des candidats pour chacun des postes. Se reporter à la Figure 8 pour obtenir plus de précisions au sujet des étapes charnières de la mise en œuvre à l'échelle régionale.

Figure 8: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région des Prairies



Région du Pacifique. Dans la région du Pacifique, toutes les unités opérationnelles dans la collectivité ont été dotées avant janvier 2008 et les premiers renvois ont été acceptés en juillet 2007. Le processus de dotation de la région du pacifique s'est échelonné sur un an et cinq mois (de septembre 2006 jusqu'à janvier 2008). Les postes ont été annoncés dans les journaux et les associations professionnelles d'infirmiers(ières) et de travailleurs(euses) sociaux(ales). On signale des problèmes relatifs à la dotation dans cette région, en particulier en ce qui a trait au temps requis pour achever les tâches liées aux ressources humaines et du manque de candidats qualifiés qui ont posé leur candidature. Se reporter à la Figure 9 pour obtenir plus de précisions au sujet des étapes charnières de la mise en œuvre à l'échelle régionale.

Figure 9: Calendrier de mise en œuvre de l'ISMC dans la région du Pacifique



Sommaire des problèmes liés à la mise en œuvre

La mise en œuvre de l'ISMC a été ponctuée de divers problèmes, en particulier en ce qui a trait à la dotation, qui ont entraîné d'importants retards.¹³ Il a fallu à certaines régions plus d'un an à compter du moment où elles avaient amorcé les mesures de dotation pour doter les postes (voir le Tableau 8). Depuis l'approbation de l'Initiative en mai 2005, il a fallu entre deux ans et deux ans et huit mois pour doter entièrement les unités opérationnelles dans la collectivité. La région des Prairies peut être perçue comme un modèle à suivre en ce qui a trait à la réussite de la mise en œuvre de l'ISMC en temps opportun. Non seulement cette région a réussi à doter la première unité opérationnelle, c'est aussi dans cette région qu'il a fallu le moins de temps pour doter tous les postes (dans la collectivité et en établissement). C'est aussi parmi les répondants au

¹³ Il a été avancé que certaines régions rencontrent des difficultés lorsqu'elles désirent recruter des professionnels de la santé (p. ex., pénuries de main-d'œuvre, difficulté à attirer des travailleurs de la santé) et que les écarts salariaux entre les régions et les variations économiques et du marché du travail dans l'ensemble du pays sont susceptibles d'avoir touché certaines régions en particulier plus que d'autres (coordonnateur national de l'ISMC, communication personnelle, 8 décembre 2008).

sondage auprès du personnel du SCC de la région des Prairies que l'on constate le plus grand degré de concertation en ce qui a trait à la mise en œuvre selon le calendrier prévu et la dotation des postes en temps opportun (voir le Tableau 8). Si l'Initiative devait être élargie ou si une initiative analogue devait être mise en œuvre, il est probable que l'on pourrait s'inspirer de quelques unes des pratiques mises en œuvre par la région des Prairies (p. ex., soutien administratif dédié pour aider les ressources humaines, annonce des postes à grande échelle, etc.). Le Tableau 8 résume les étapes charnières de la mise en œuvre entre les différentes régions et les résultats des sondages auprès du personnel au sujet des calendriers de mise en œuvre et du délai d'exécution.

Tableau 8: Calendrier de mise en œuvre à l'échelle régionale et résultats du sondage auprès du personnel

Région	Dotation du premier poste dans la collectivité	Premier renvoi	Dotation de toutes les unités opér. de la collectivité	Durée du processus de dotation dans la collectivité*	Temps écoulé de l'approbation de l'ISMC jusqu'à la dotation complète des postes dans la collectivité	Reconnaissance du personnel que la mise en œuvre s'est déroulée conformément au calendrier (%)	Reconnaissance du personnel que les postes ont été dotés en temps opportun (%)
Atlantique	Août 2007	Août 2007	Août 2007	12 mois	2 ans 3 mois	29 %	42 %
Québec	Août 2007	Octobre 2007	Août 2007	7 mois	2 ans 3 mois	31 %	29 %
Ontario	Juin 2007	Juillet 2007	Janvier 2008	1 an et 5 mois	2 ans 8 mois	27 %	20 %
Prairies	Mai 2007	Mai 2007	Mai 2007	9 mois	2 ans	49 %	54 %
Pacifique	Juillet 2007	Juillet 2007	Janvier 2008	1 an et 5 mois	2 ans 8 mois	30 %	20 %

* Note : La durée du processus de dotation a été calculée à l'aide des dates où les mesures de dotation ont été amorcées dans la région jusqu'à ce que l'ensemble des unités opérationnelles dans la collectivité aient été dotées.

Comme il est indiqué précédemment, le financement de l'Initiative a été annoncé en mai 2005 et ce n'est qu'en mai 2007 que le premier renvoi aux services de l'Initiative a été accepté dans la région des Prairies. En effet, bon nombre d'étapes charnières du déroulement de

l'Initiative devaient être respectées avant la dotation des postes régionaux. Ces obligations ont limité le temps accordé au suivi du progrès des bénéficiaires de traitement dans la collectivité. Le RPP du SCC (2008a) précise qu'il conviendrait de déclarer les résultats en matière de récidive : (1) alors que les délinquants étaient sous la responsabilité du SCC; (2) dans les deux années suivant la fin de la peine; et (3) dans les cinq ans suivant la fin de la peine. Les périodes de suivi possible pour cette évaluation se sont limitées entre six et treize mois après le premier renvoi au service des délinquants. Dans nombre de cas, les délinquants se trouvaient encore sous la responsabilité des services dans la collectivité et n'avaient pas atteint les dates d'expiration de leur mandat. Cela limite considérablement la capacité de la présente évaluation d'examiner les résultats correctionnels à long terme (p. ex., récidive en cas de crimes violents et non violents) ce qui nécessiterait les données de plusieurs autres années pour effectuer une évaluation complète.

RECOMMANDATION 1: Afin de maintenir et d'améliorer les services de santé mentale offerts dans la collectivité, le SCC devrait appuyer la mise en œuvre des services de santé au moyen d'un processus de dotation stratégique et d'une campagne de recrutement.

Renvois aux services de l'ISMC

CONSTATATION 5: Les renvois vers les services de planification du congé n'ont pas été effectués conformément aux lignes directrices de l'ISMC relatives aux calendriers d'exécution (c.-à-d., neuf mois avant la date prévue du congé).

CONSTATATION 6: La raison la plus fréquente des refus de renvoi de l'ISMC est que les délinquants ne satisfaisaient pas aux critères d'admissibilité. Le personnel a aussi laissé entendre que certains délinquants qui avaient besoin de services n'avaient pas été orientés vers ces services. Il se dégage de l'examen de ces constatations que la situation peut être attribuable à un manque de connaissance parmi les membres du personnel du SCC relativement aux critères d'admissibilité à l'ISMC, au manque d'outils fiables pour faciliter le repérage précoce des délinquants ayant besoin de services ou à un manque de disponibilité des services dans les collectivités dans lesquelles les délinquants sont libérés.

Critère d'admissibilité

Les critères d'admissibilité à l'ISMC comprennent le diagnostic d'un trouble mental grave (p. ex., schizophrénie, troubles de l'humeur ou autres troubles) ou d'une incapacité

modérée à grave attribuable à un trouble de la personnalité, des lésions cérébrales acquises/dysfonctions cérébrales organiques, ou une déficience développementale ou intellectuelle. On a demandé aux membres du personnel du SCC d'évaluer leur niveau de connaissance des critères d'inclusion de l'ISMC étant donné que le personnel (principalement les agents libération conditionnelle des délinquants) effectue les renvois aux services de l'ISMC. Un peu plus de la moitié (57 %; $n = 290$) des membres du personnel du SCC ont indiqué qu'ils connaissaient au moins un peu les critères d'inclusion de l'ISMC¹⁴ et la totalité (100 %; $n = 13$) des fournisseurs de services dans la collectivité qui ont répondu à cette question ont indiqué qu'ils connaissaient au moins un peu les critères d'inclusion des délinquants atteints de troubles mentaux.

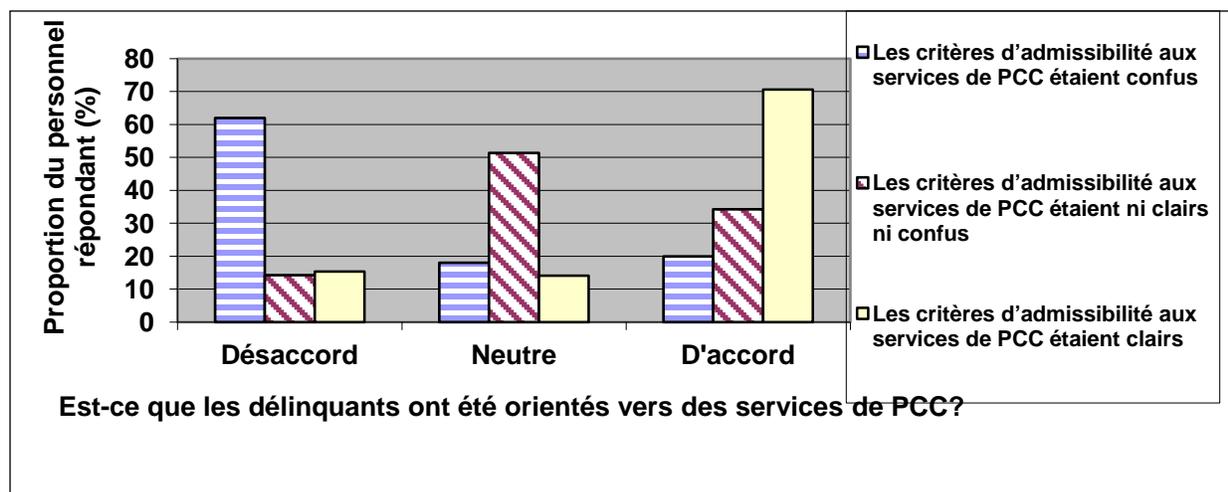
Renvois aux services de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité (SSMC). Environ la moitié des répondants du personnel du SCC ont indiqué que les délinquants étaient orientés vers des services de SSMC avant leur libération (48 %; $n = 169$). Environ la moitié des membres du personnel du SCC (43 %; $n = 132$) ont aussi laissé entendre que le premier contact qu'avaient les délinquants avec les SSMC (c. à d., la communication initiale entre le SSMC et le délinquant) a eu lieu en temps opportun. Parmi les délinquants admissibles aux services, la majorité devaient commencer à recevoir les services de SSMC dans le mois suivant le renvoi (75 %; $n = 143$). Seulement 5 % ($n = 9$) ont été inscrits sur des listes d'attente, et la majorité des candidats inscrits sur des listes d'attente provenaient de la région de l'Atlantique ($n = 4$) et de la région du Pacifique ($n = 4$).

Renvois aux services de planification clinique du congé (PCC). Environ la moitié des membres du personnel du SCC (48 %) ont indiqué que les délinquants atteints de troubles mentaux étaient orientés vers des services de planification clinique du congé. Il importe aussi de mentionner que seulement environ la moitié (51 %, $n = 197$) du personnel du SCC a reconnu que les procédures de renvoi des délinquants aux services de planification clinique du congé étaient

¹⁴ Courriel de communication générale expédié à l'ensemble du personnel du SCC demandant que le personnel qui a de l'expérience et des connaissances en matière d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux remplisse le questionnaire. Cette invitation à la participation n'exige pas que les répondants occupent un poste leur permettant de renvoyer les délinquants aux services, dans lesquels cas ils seraient explicitement familiers avec les critères d'admissibilité à l'ISMC.

claires.¹⁵ En outre, il semble que les membres du personnel qui ont indiqué que les procédures de renvoi à des services de PCC n'étaient pas claires étaient aussi susceptibles d'être en désaccord avec le renvoi des délinquants aux services de PCC (voir la Figure 10). Par conséquent, il est possible que la clarté et la connaissance des procédures de renvoi de la part du personnel soient des facteurs qui ont exercé une influence sur les renvois aux services de planification clinique du congé

Figure 10: Perceptions de la clarté des critères d'admissibilité aux services de PCC par perceptions à l'égard des renvois à des services de PCC



Les lignes directrices de l'ISMC suggèrent aussi que la planification du congé doit intervenir neuf mois avant la date de libération prévue du délinquant (Champagne et coll., 2008). À l'échelle nationale, le délai moyen entre le renvoi à des services de PCC et la libération prévue était de cinq mois (SCC, 2008c). La région du Québec présentait la période moyenne la plus courte écoulée entre le renvoi et la libération (3,9 mois) et la région des Prairies la plus longue à cet égard (5,6 mois). À la lumière de ces résultats, il semble que des efforts pourraient être déployés pour repérer plus tôt dans leur peine les candidats appropriés pour les services de planification du congé afin de prévoir suffisamment de temps pour achever la planification du congé, d'établir des liens avec les fournisseurs de services dans la collectivité avant la libération et pour assurer le respect des lignes directrices de l'ISMC.

¹⁵ Environ le tiers (29 %) était en désaccord et les autres membres du personnel se sont dits ni en accord ni en désaccord.

Les renvois à des services de PCC doivent être effectués par un agent de libération conditionnelle en établissement. Même si la formation en santé mentale a profité au personnel dans la collectivité, les personnes qui amorcent les services de l'ISMC (c. à d., agent de libération conditionnelle en établissement) n'ont pas été ciblées pour la formation en santé mentale. En outre, les agents correctionnels en établissement et les autres membres de l'équipe de gestion de cas sont deux groupes qui ont beaucoup de contacts avec les délinquants atteints de troubles mentaux en établissement et qui pourraient profiter de connaissances accrues sur les problèmes de santé mentale.

Pourcentage de délinquants bénéficiant de services en fonction des renvois. Les relevés font état du renvoi de 507 cas uniques, au total, aux services de l'ISMC à l'échelle nationale depuis le premier cas de renvoi en mai 2007 (région des Prairies) jusqu'en juin 2008 (SCC, 2008c).¹⁶ Le Tableau 9 présente les taux de renvois et d'acceptation par région et par genre de service (PCC et SSMC).

Tableau 9: Renvois à des services de planification clinique du congé et de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité et acceptation par région

Région	PCC				SSMC			
	Renvoi	Accepté	Non accepté	Inconnu	Renvoi	Accepté	Non accepté	Inconnu
Atlantique	55	38 (69 %)	11 (20 %)	6 (11 %)	76	57 (75 %)	12 (16 %)	7 (9 %)
Ontario	9	8 (89 %)	1 (11 %)	0 (0 %)	53	29 (55 %)	17 (32 %)	7 (13 %)
Québec	15	2 (13 %)	1 (7 %)	12 (80 %)	14	6 (43 %)	1 (7 %)	7 (50 %)
Prairies	125	95 (76 %)	16 (13 %)	14 (11 %)	86	56 (65 %)	14 (16 %)	16 (19 %)
Pacifique	38	33 (87 %)	5 (13 %)	0 (0 %)	59	42 (71 %)	13 (22 %)	4 (9 %)
National	242	176 (73 %)	34 (14 %)	32 (13 %)	288	190 (66 %)	57 (20 %)	41 (14 %)

Notes :

1) Il est possible que les pourcentages ne totalisent pas 100 parce que les chiffres ont été arrondis.

¹⁶ Il importe de mentionner que les cas de renvoi comprennent l'ensemble des délinquants dont les formulaires de renvoi ont été expédiés à l'AC en vue d'être incorporés dans l'ensemble de données sur les renvois avant juin 2008. Les délinquants qui ont été orientés vers des services avant juin 2008 mais dont les formulaires de renvoi n'ont pas été transférés à l'AC n'ont pas été inclus dans la présente analyse.

2) Au total, 23 cas ont reçu à la fois les services de PCC et de SSMC; ils sont comptés dans les groupes ayant reçu les services de PCC et de SSMC. Le nombre total d'individus orientés vers des services de PCC ou de SSMC est de 507.

3) Les délinquants qui n'ont pas été acceptés pour diverses raisons, p. ex., ils ne répondaient pas aux critères d'admissibilité, ils refusaient les services, ils étaient illégalement en liberté, autres raisons.

Deux cent quarante deux délinquants ont été orientés vers des services de PCC et 73 % de ceux-ci ont été acceptés. Deux cent quatre vingt huit délinquants ont été orientés vers des services de SSMC et 66 % d'entre eux ont été acceptés.¹⁷ Dans l'ensemble, la majorité des délinquants orientés vers des services de PCC (86 %) et de SSMC (85 %) étaient de sexe masculin et environ entre le quart et le tiers des cas renvois aux services de PCC (35 %) et de SSMC (23 %) concernaient des délinquants autochtones.¹⁸ La raison la plus fréquente pour laquelle les renvois n'étaient pas acceptés est parce que les délinquants ne satisfaisaient pas aux critères d'admissibilité (47 % de refus de services de PCC et 42 % de refus de services de SSMC) ou parce que les délinquants avaient refusé de recevoir les services (12 % dans le cas des services de PCC, $n = 4$; et 14 % dans le cas des services de SSMC, $n = 8$).

Pourcentage des délinquants qui devraient être orientés vers des services et qui ne le sont pas. Parmi les fournisseurs de services dans la collectivité répondant, la majorité (64 %; $n = 7$) ont reconnu que les renvois étaient justifiés par rapport aux critères d'admissibilité aux services de l'ISMC. Un peu plus de la moitié des membres du personnel du SCC (58 %) ont reconnu que les critères d'admissibilité aux services de l'ISMC étaient appropriés. Toutefois, bon nombre de répondants (68 %; $n = 145$) ont aussi indiqué que plusieurs délinquants admissibles à des services ne les ont pas reçus. Lorsqu'on leur a demandé d'expliquer pourquoi ces délinquants n'avaient pas reçu de services, les raisons les plus fréquemment évoquées étaient le manque de services ou le refus de services de la part des délinquants. Certains membres du personnel ont aussi évoqué la longueur de la liste d'attente et le manque de fiabilité des outils utilisés pour recenser les délinquants ayant besoin de services. Toutefois, en revanche, d'autres ont indiqué que les renvois aux services n'étaient pas effectués ou que les délinquants n'étaient pas recensés, possiblement en raison de perceptions voulant que les critères d'admissibilité soient trop contraignants. Lorsqu'on leur a demandé d'expliquer les changements que l'on pourrait apporter à l'ISMC pour améliorer les résultats correctionnels, quelques membres du personnel (6 %; $n =$

¹⁷ Vingt-trois délinquants ont été orientés vers des services et ont reçu à la fois les services de PCC et de SSMC.

¹⁸ L'annexe D présente des renseignements supplémentaires sur les renvois par région, par race et par sexe.

12) ont indiqué que les critères d'inclusion étaient trop contraignants ou que des délinquants n'ayant pas reçu de diagnostic présentaient néanmoins des troubles de santé mentale et ne pouvaient accéder aux services/ressources dont ils avaient besoin.

À l'heure actuelle, la seule façon objective d'évaluer le nombre de délinquants du SCC ayant besoin de services de l'ISMC à l'échelle nationale consiste à examiner l'indicateur à l'EID « actuellement reconnu comme ayant des troubles mentaux ». Toutefois, celui-ci ne semble pas un indicateur exact du besoin de services puisque les délinquants ayant cet indicateur à l'EID ne satisfont pas tous aux critères de l'ISMC¹⁹ et que ce ne sont pas tous les délinquants qui satisfont aux critères de l'ISMC qui ont l'indicateur à l'EID à leur admission (p. ex., les délinquants qui ont une invalidité modérée à grave en raison d'un trouble de la personnalité, de lésions cérébrales acquises/dysfonctions cérébrales organiques ou de déficience développementale ou intellectuelle). En outre, selon les lignes directrices, les renvois aux services de PCC devraient être amorcés au moins neuf mois avant la date de libération prévue du délinquant. L'état de santé mentale peut avoir changé entre l'admission et le renvoi à des services de PCC, une réalité qui n'est pas saisie à l'aide de l'indicateur à l'EID à l'admission. À défaut de disposer d'un indicateur ou d'un outil de recensement exact administré à l'ensemble des délinquants pour repérer de façon objective ceux qui doivent recevoir des services, il est impossible pour l'instant de déterminer avec exactitude le nombre de délinquants sous la responsabilité du SCC qui devraient recevoir des services de l'ISMC.

RECOMMANDATION 2: Il faudrait examiner les procédures ou les processus visant à améliorer le dépistage rapide des problèmes de santé mentale et les besoins en traitements des délinquants afin de permettre un repérage précis des délinquants ayant des besoins en santé mentale pour faciliter les renvois aux fins de traitement et pour assurer la continuité des soins plus tôt au cours du processus.

Coordination et échange d'information

¹⁹ Nota : Il a été constaté que ce ne sont pas tous les délinquants ayant un indicateur à l'EID qui auraient été admissibles à l'ISMC lorsque le personnel des services de santé du SCC et du CPR a établi l'échantillon de dossiers de délinquant ayant un indicateur à l'EID à des fins de recherche.

CONSTATATION 7: On a signalé des difficultés de mise en œuvre par rapport à la coordination et à l'échange d'information entre les équipes de gestion de cas et de la santé mentale en établissement et dans la collectivité

Les données compilées dans les dossiers sur le renforcement des capacités dans la collectivité rassemblés pour l'Initiative semblent démontrer qu'il y a bel et bien échange d'information. Les résultats montrent que l'on a établi 388 contacts internes (au SCC) visant le renforcement des capacités à des fins d'échange d'information pour les services de PCC et de SSMC (SCC, 2008c). En outre, bon nombre de consultations avec divers membres du personnel du SCC (p. ex., agents de libération conditionnelle, psychologues, personnel de la santé, etc.) et les fournisseurs de services de PCC ou de SSMC ont été enregistrées à des fins d'examen de cas et de discussion. Au total, 2 439 consultations ont été enregistrées entre avril 2007 et avril 2008. De plus, tous les délinquants (100 %) interrogés ont indiqué que leurs agents de libération conditionnelle et le personnel des services de SSMC avaient collaboré pour s'assurer de répondre à l'ensemble de leurs besoins en matière de santé mentale et correctionnelle de façon équilibrée.

Néanmoins, certains problèmes liés à la mise en œuvre, plus particulièrement en ce qui a trait à la coordination et aux communications (p. ex., échange d'information) entre le personnel en établissement et la collectivité (équipes de la santé mentale et de gestion de cas) ont été signalés par les membres du personnel du SCC. La majorité des membres du personnel ont signalé des problèmes de mise en œuvre en ce qui a trait à la coordination/l'échange d'information entre l'équipe de la santé mentale en établissement, l'équipe de la santé mentale dans la collectivité et l'équipe de gestion de cas par rapport aux services de PCC et de l'ISMC (voir le Tableau 10).

Tableau 10: Problèmes de mise en œuvre des services de PCC et de SSMC

Problèmes de mise en œuvre des services de PCC	<i>n</i>	Non	Peut-être	Oui
Coordination/échange d'information avec l'équipe de la santé mentale en établissement	128	41 (32 %)	11 (9 %)	76 (59 %)
Coordination/échange d'information avec l'équipe de gestion de cas en établissement (p.ex. agent de libération conditionnelle en établissement)	129	37 (29 %)	20 (16 %)	72 (56 %)
Coordination/échange d'information avec l'équipe de gestion de cas en établissement (p. ex. agent	121	31 (26 %)	18 (15 %)	72 (60 %)

de libération conditionnelle dans la collectivité)

Problèmes de mise en œuvre des services de SSMC

	<i>n</i>	Non	Peut-être	Oui
Coordination/ échange d'information avec l'équipe de la santé mentale dans la collectivité	136	50 (37 %)	17 (13 %)	69 (51 %)
Coordination/ échange d'information avec l'équipe de gestion de cas dans la collectivité (p. ex. agent de libération conditionnelle dans la collectivité)	137	52 (38 %)	19 (14 %)	66 (48 %)

À différents moments pendant le sondage auprès du personnel du SCC, les répondants ont aussi soulevé les problèmes liés à l'échange d'information et aux communications. Par exemple, certains répondants ont indiqué que les délinquants n'étaient pas orientés vers des services communautaires pour bénéficier d'interventions en santé mentale en raison du manque de communication/de consultation avec le personnel de l'ISMC. Lorsqu'on leur a demandé s'il était possible d'apporter des modifications à l'ISMC pour améliorer les résultats correctionnels des délinquants participants à l'Initiative, bon nombre de membres du personnel ont suggéré d'améliorer les communications, l'échange d'information et la collaboration entre le personnel en établissement et le personnel dans la collectivité (p. ex., personnel correctionnel et personnel de la santé mentale). Il a aussi été mentionné qu'une amélioration de la communication et de la collaboration entre les parties intervenant dans la gestion de cas des délinquants constituait une pratique exemplaire au chapitre de la mise en œuvre de l'ISMC.

RECOMMANDATION 3: Le SCC devrait envisager et mettre en place des mécanismes pour améliorer la communication des renseignements dans les services de santé mentale en établissement et dans la collectivité ainsi que dans les équipes de gestion des cas.

Emplacement des unités opérationnelles de l'ISMC

CONSTATATION 8: Les unités opérationnelles actuelles de l'ISMC semblent bien positionnées pour desservir les délinquants ayant des besoins en matière de santé mentale comme le démontre le nombre de délinquants ayant des besoins en matière de santé mentale dans ces unités. Toutefois, on dénombre plusieurs établissements du SCC qui

comptent une proportion importante de délinquants atteints de troubles mentaux et qui n'ont pas été désignés comme destinataires des services fournis dans le cadre de l'ISMC.

Comme le montre le Tableau 11, les régions présentant le pourcentage de délinquants atteints de troubles mentaux le plus élevé à l'échelle nationale, dont l'indicateur à l'EID est « actuellement reconnue comme ayant des troubles mentaux » sont les Prairies et l'Ontario qui comptent plus du quart des délinquants dans chacune de ces régions. En outre, la proportion la plus élevée de délinquants atteints de troubles mentaux autochtones est surveillée dans la région des Prairies. La région du Québec présente le plus faible pourcentage de délinquants actuellement atteints d'un trouble mental, ce qui cadre avec la constatation antérieure sur laquelle on a pris appui pour choisir l'unité opérationnelle de l'ISMC.

Tableau 11: Pourcentages de sous population de délinquants autochtones et de délinquantes actuellement reconnus comme ayant un trouble mental par région

Région	Tous les délinquants	Délinquantes	Délinquants autochtones
Prairies	25 %	15 %	37 %
Ontario	25 %	17 %	15 %
Atlantique	19 %	13 %	5 %
Pacifique	18 %	8 %	25 %
Québec	14 %	11 %	7 %

Analyse géographique régionale des délinquants ayant des besoins en matière de santé mentale

Deux séries de cartes ont été élaborées pour chaque région afin d'illustrer : (1) le pourcentage de tous les délinquants sous responsabilité fédérale qui ont reçu les services de l'ISMC dans chaque bureau jusqu'en juin 2008; et (2) le pourcentage de délinquants sous responsabilité fédérale surveillés dans chaque bureau qui avaient été reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale (selon l'indicateur à l'EID « actuellement reconnue comme ayant des troubles mentaux ») entre août 2007 et juin 2008.

Les cartes ci dessous montrent l'emplacement des bureaux de libération conditionnelle du SCC et des centres correctionnels communautaires de chaque région. La couleur des marqueurs indique la présence d'un CCC/ERC offrant ou n'offrant pas de services dans le cadre de l'ISMC

(en rouge) ou un bureau de libération conditionnelle offrant ou n'offrant pas de services dans le cadre de l'ISMC (en bleu). Le point à l'intérieur des marqueurs indique si le CCC/ERC ou le bureau de libération conditionnelle offre (en blanc) ou n'offre pas (en noir) de services dans le cadre de l'ISMC.²⁰ Il est à noter que les délinquants du groupe ayant reçu les services de PCC les ont reçus dans un établissement avant leur libération et les cartes indiquent leurs emplacements dans la collectivité après la libération. Il importe aussi de mentionner que certains délinquants ayant reçu des services de PCC n'ont pas été libérés dans des unités opérationnelles de l'ISMC. Comme il est indiqué à la section portant sur les limitations, le fait de se fier à l'indicateur à l'EID comme mesure substitutive pour recenser les délinquants qui auraient pu satisfaire aux critères d'admissibilité en vue d'une participation à l'ISMC ne permet pas de dresser une représentation entièrement exacte des délinquants nécessitant des services, puisque cette méthode s'appuie exclusivement sur l'indicateur à l'EID « actuellement reconnu comme ayant des troubles mentaux » et ne tient pas compte du degré ou du type de trouble mental.

Comme le montrent les cartes suivantes, à quelques exceptions près, les unités opérationnelles de l'ISMC semblent dans la majorité des cas être situées aux endroits les plus appropriés. Une analyse régionale est présentée ci-dessous.²¹ Les tableaux des sections suivantes fournissent des précisions sur les bureaux de libération conditionnelle de l'ISMC et les CCC correspondants qui ensemble composent les unités opérationnelles de l'ISMC.

Région de l'Atlantique

Les unités opérationnelles de l'ISMC de cette région semblent être situées dans les bureaux les plus appropriés si l'on en croit le pourcentage de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale surveillés dans chacune de ces unités (voir le Tableau 12). L'unité opérationnelle présentant la proportion la plus élevée de délinquants atteints de troubles mentaux pendant cette période était le bureau de libération conditionnelle de Moncton (4 %) et l'on a relevé des proportions élevées correspondantes de délinquants recevant les services de PCC et de SSMC surveillés par l'entremise de cette unité opérationnelle (respectivement 9 % et 8 %).

²⁰ Il est aussi possible que des délinquants atteints de troubles mentaux aient reçu des services contractuels à certains de ces sites opérationnels.

²¹ Les tableaux des sections suivantes fournissent des précisions sur les bureaux de libération conditionnelle de l'ISMC et les CCC correspondants qui ensemble composent les unités opérationnelles de l'ISMC.

Tableau 12: Pourcentage des délinquants à l'échelle nationale reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région de l'Atlantique

Unités opérationnelles de l'ISMC	Besoin cerné (N = 957)	PCC (N =109)	SSMC (N =227)
Moncton	3,6 %	9,2 %	7,5 %
BLC de Saint John	1,6 %	2,8 %	4,0 %
CCC de Parrrtown	1,7 %	3,7 %	3,1 %
BLC d'Halifax	2,2 %	1,8 %	3,1 %
CCC de Carlton	1,0 %	0,9 %	2,6 %
BLC de St. John's	1,6 %	0,9 %	4,0 %
CCC de Terre-Neuve	1,3 %	0,9 %	4,0 %

Note : Cinq délinquants ont reçu à la fois les services de PCC et de SSMC par l'entremise du bureau de libération conditionnelle du Bureau de libération conditionnelle de Moncton; un délinquant a reçu à la fois les services de PCC et de SSMC par l'entremise du Bureau de libération conditionnelle de Saint John et deux délinquants ont reçu à la fois les services de PCC et de SSMC dans la région d'Halifax par l'entremise du Bureau de libération conditionnelle d'Halifax et du CCC Carlton.

Figure 11: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région de l'Atlantique



1. Le pourcentage (%) inscrit à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle ayant un indicateur à l'EID «actuellement reconnu comme ayant des troubles mentaux»
2. En date du 31 août 2008.
3. Cartographies: Direction des installations, SCC

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC | | PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC |
| | CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC | | PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC |

Figure 12: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région de l'Atlantique



1. La mention (% , %) inscrite à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle qui reçoivent des services de planification clinique du congé et de SSMC respectivement.
2. En date du 31 août 2008.
3. Cartographies: Direction des installations, SCC

- | | | | |
|---|--|---|---|
|  | CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC |  | PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC |
|  | CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC |  | PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC |

Région du Québec

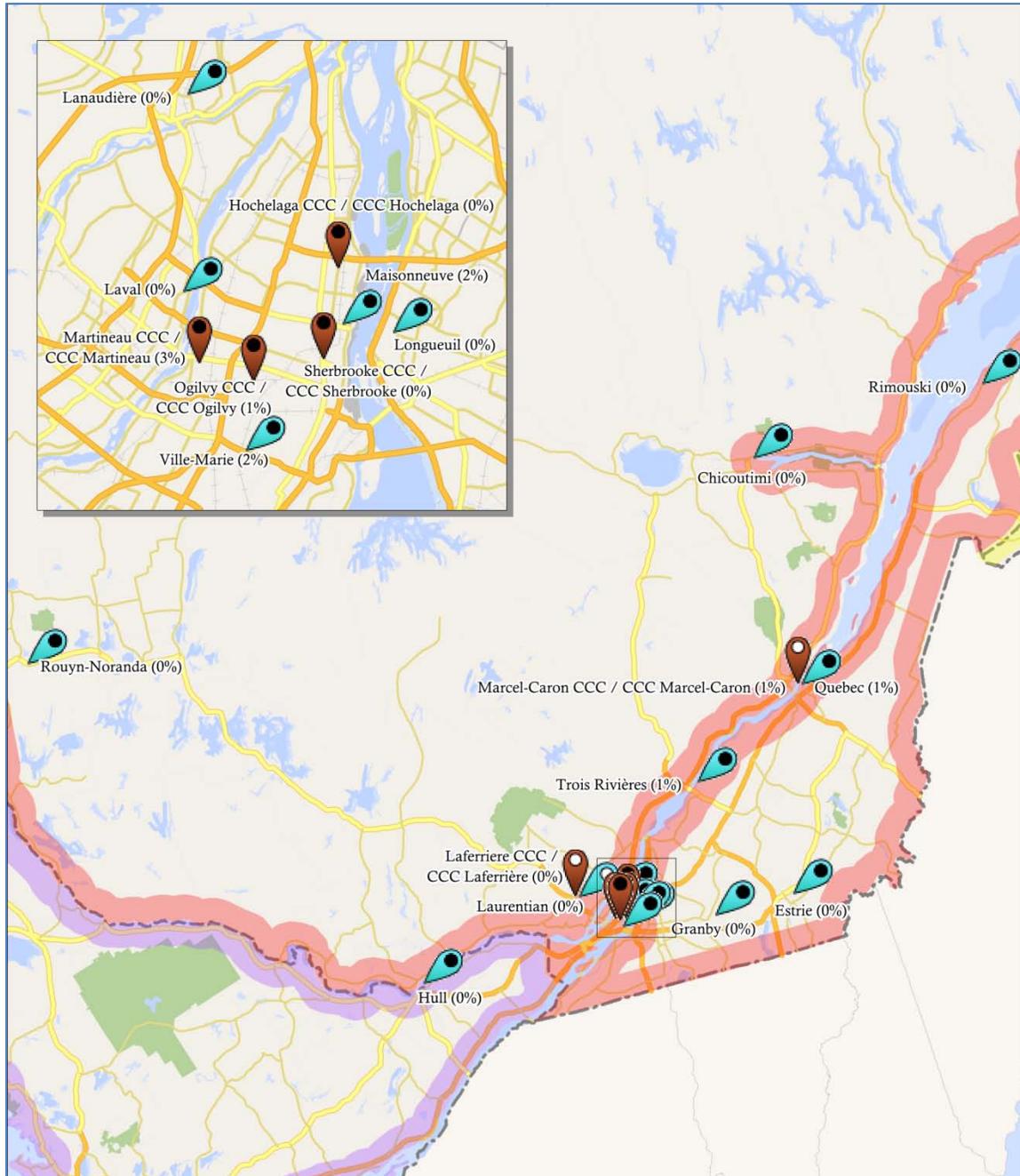
Le CCC Martineau surveille la proportion la plus élevée de délinquants ayant besoin de services dans le cadre de l'ISMC (3 %; voir le Tableau 13) par rapport à tout autre bureau au Québec et environ 2 % des délinquants recevant des services de SSMC sont surveillés par cette unité opérationnelle (même s'il ne s'agit pas, strictement parlant, d'une unité opérationnelle désignée de l'ISMC). En outre, il semble que la région métropolitaine de Montréal présente un pourcentage de délinquants actuellement reconnus comme ayant un trouble mental relativement élevé. Comparativement au CCC Martineau, les bureaux de libération conditionnelle de Montréal regroupent des proportions semblables de délinquants actuellement reconnus comme ayant des troubles mentaux (2 % à Ville-Marie et 2 % à Maisonneuve). À la lumière de ces constatations, il conviendrait d'envisager l'ajout d'une unité opérationnelle de l'ISMC pour desservir les délinquants atteints de troubles mentaux dans la région métropolitaine de Montréal (p. ex., en élargissant l'étendue de l'ISMC ou en réinstallant les services existants).

Tableau 13: Pourcentages de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région du Québec

Unités opérationnelles de l'ISMC	Besoin cerné (N = 957)	PCC* (N = 109)	SSMC (N = 227)
BLC de Québec	1.0 %	0 %	0 %
CCC Marcel Caron	0.7 %	0 %	0.9 %
BLC Laurentian	0.3 %	0 %	0 %
CCC Laferrière	0.3 %	0 %	2.6 %
CCC Martineau*	2.9 %	0.9 %	1.8 %

Note : *Le CCC Martineau n'a pas été désigné comme une unité opérationnelle de l'ISMC parce qu'il consacrait déjà des ressources à la prestation de services de santé mentale dans la collectivité avant la mise en œuvre de l'ISMC. Aucune unité opérationnelle où les délinquants recevaient à la fois les services de PCC et de SSMC pendant cette période n'a été recensée au Québec.

Figure 13: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région du Québec



1. Le pourcentage (%) inscrit à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle ayant un indicateur à l'EID «actuellement reconnu comme ayant des troubles mentaux»
2. En date du 31 août 2008.
3. Cartographies: Direction des installations, SCC



CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC



PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC

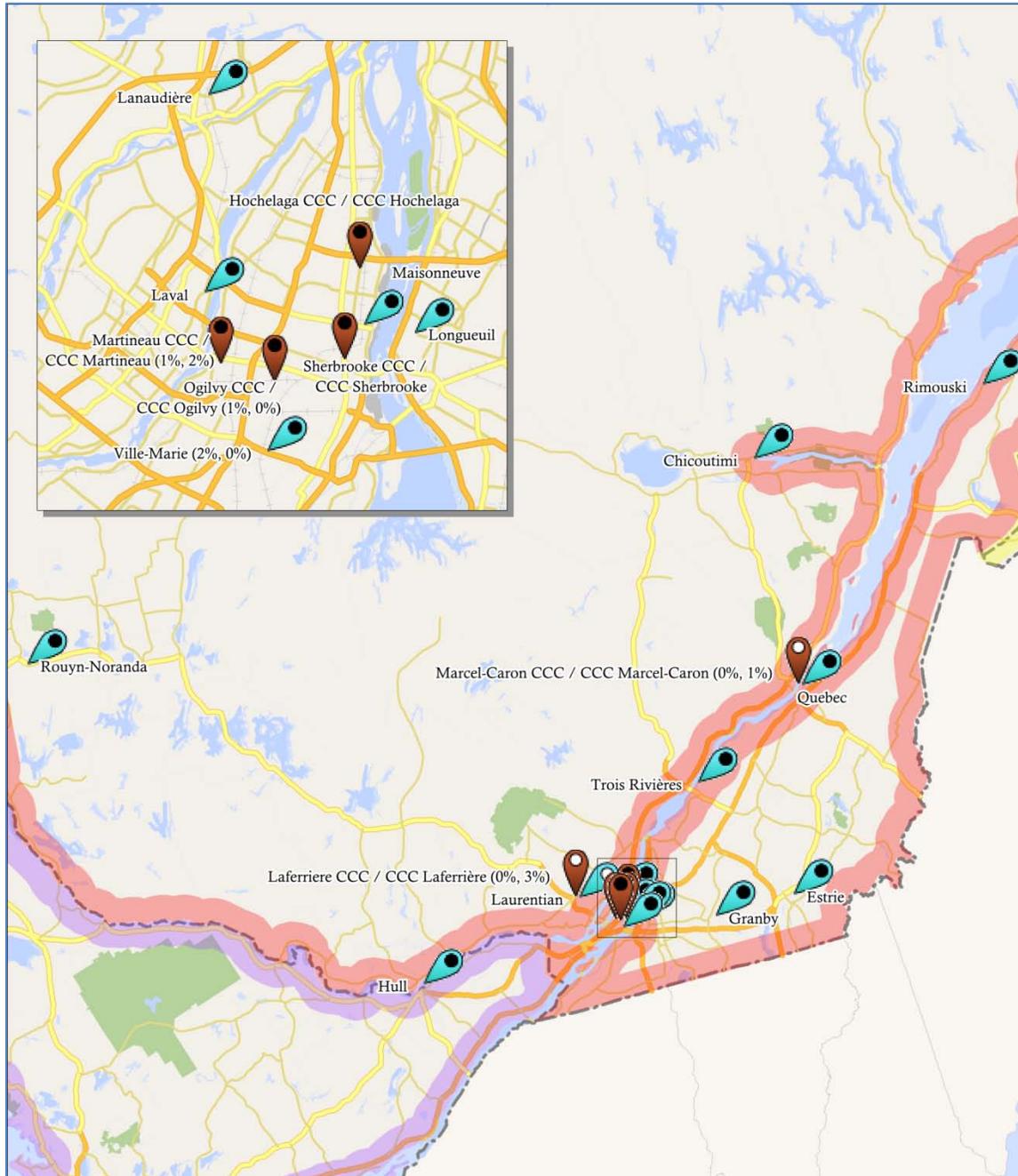


CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC



PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC

Figure 14: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région du Québec



1. La mention (% , %) inscrite à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle qui reçoivent des services de planification clinique du congé et de SSMC respectivement.
2. En date du 31 août 2008.
3. Cartographies: Direction des installations, SCC

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC | | PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC |
| | CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC | | PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC |

Région de l'Ontario

Parmi les unités opérationnelles de l'ISMC dans la région de l'Ontario, le bureau de libération conditionnel et le CCC d'Hamilton, l'Unité de surveillance en équipe de Toronto et le CCC Keele, et le bureau de libération conditionnelle de Kingston et le CCC de Portsmouth sont en charge de la surveillance de la proportion la plus élevée de délinquants atteints de troubles mentaux dans cette région (voir le Tableau 14 et la carte de la région de l'Ontario). Par conséquent, ces trois unités opérationnelles semblent tout désignées pour faire partie de l'ISMC. Le bureau de libération conditionnelle d'Ottawa, une unité opérationnelle qui n'est pas couverte par l'ISMC, était également en charge de la surveillance d'une proportion relativement élevée de délinquants atteints de troubles mentaux (3 %) au cours de cette période, ce qui porte à penser qu'il conviendrait peut être d'intégrer dans l'avenir l'unité opérationnelle d'Ottawa dans l'ISMC.

Tableau 14: Pourcentages des délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale à l'échelle nationale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région de l'Ontario

Unités opérationnelles de l'ISMC	Besoin cerné (N = 957)	PCC (N = 109)	SSMC (N = 227)
BLC d'Hamilton	2,8 %	2,8 %	5,7 %
CCC Hamilton	1,1 %	0 %	2,6 %
L'Unité de surveillance en équipe de Toronto	0,9 %	0,9 %	0 %
CCC Keele	2,9 %	0,9 %	5,7 %
BLC de Kingston	1,1 %	0,9 %	0 %
CCC Portsmouth	2,0 %	0 %	5,7 %

Note : Un délinquant recevait à la fois les services de PCC et de SSMC par l'entremise de l'Unité de surveillance en équipe de Toronto et le Centre communautaire Keele; un délinquant recevait à la fois les services de PCC et de SSMC par l'entremise du bureau de libération conditionnelle de Kingston et du Centre communautaire Portsmouth.

Figure 15: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région de l'Ontario



1. Le pourcentage (%) inscrit à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle ayant un indicateur à l'EID «actuellement reconnu comme ayant des troubles mentaux»
2. En date du 31 août 2008.
3. Cartographies: Direction des installations, SCC



CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC

CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC



PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC

PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC

Figure 16: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région de l'Ontario



1. La mention (% , %) inscrite à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle qui reçoivent des services de planification clinique du congé et de SSMC respectivement.
2. En date du 31 août 2008.
3. Cartographies: Direction des installations, SCC

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC | | PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC |
| | CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC | | PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC |

Région des Prairies

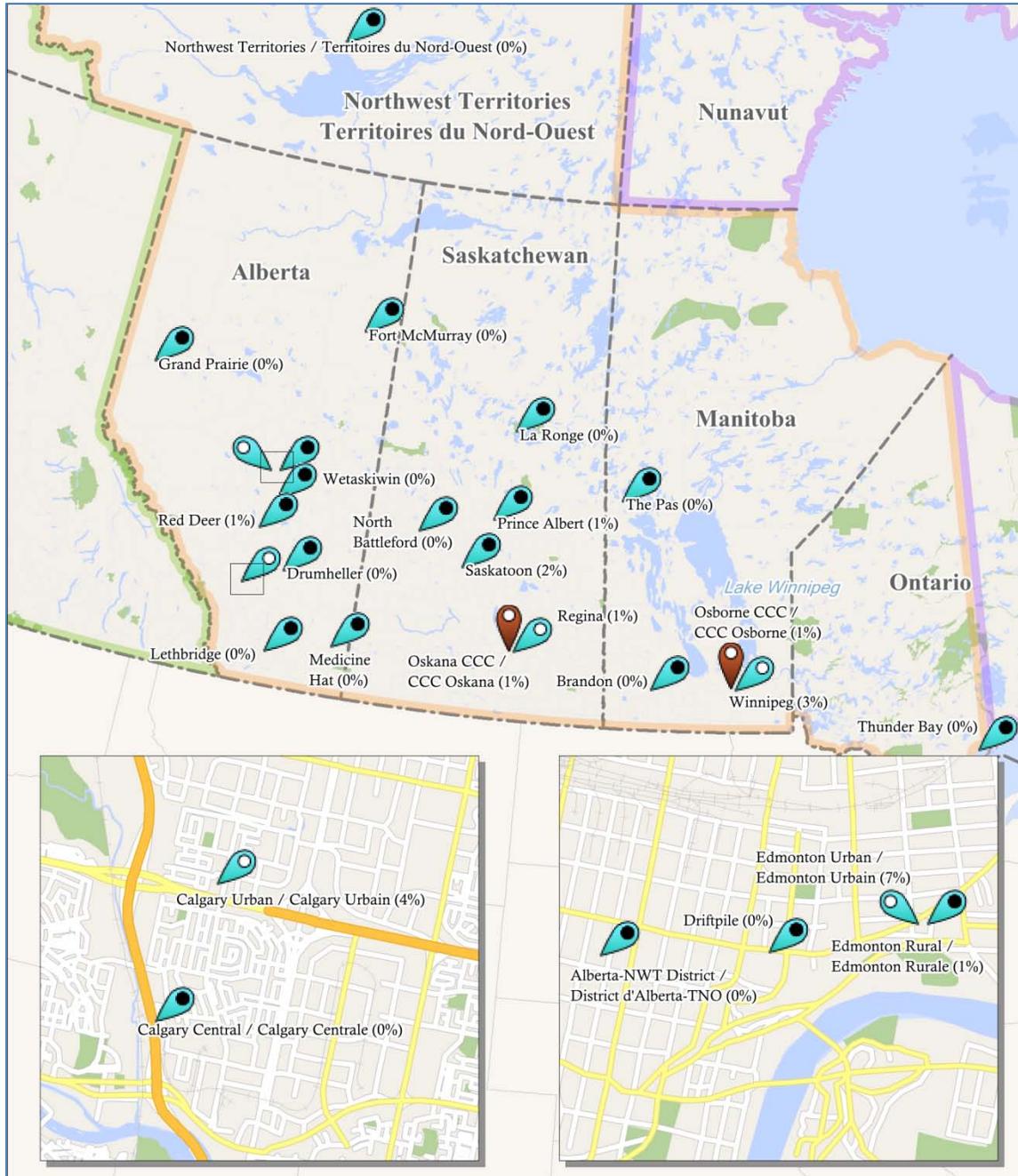
Les unités opérationnelles de l'ISMC de la région des Prairies sont situées aux endroits appropriés si l'on en croit les pourcentages de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale surveillés par ces bureaux (voir le Tableau 15). Saskatoon est aussi une autre région où le pourcentage de délinquants ayant des besoins en matière de santé mentale est relativement élevé; on y trouve environ 2 % des délinquants atteints de troubles mentaux ayant des besoins en matière de santé mentale. En outre, 5 % des délinquants sous responsabilité fédérale recevant des services de PCC étaient surveillés à Saskatoon; toutefois, aucun service de SSMC n'était disponible à cet emplacement. Dans le scénario idéal, les délinquants recevraient à la fois les services de PCC et de SSMC. Étant donné la grande proportion de délinquants recevant les services de PCC à Saskatoon, il pourrait être pertinent d'envisager de faire de Saskatoon une unité opérationnelle de l'ISMC dans l'avenir, où l'on pourrait assurer la prestation de services de SSMC.

Tableau 15: Pourcentages de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale à l'échelle nationale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région des Prairies

Unités opérationnelles de l'ISMC	Besoin cerné (N = 957)	PCC (N = 109)	SSMC (N = 227)
BLC Edmonton	6,9 %	6,4 %	2,6 %
BLC Calgary	4,1 %	3,7 %	4,8 %
BLC Winnipeg	3,5 %	12,8 %	10,1 %
CCC Osborne	0,5 %	0 %	2,2 %
BLC de Regina	1,1 %	2,8 %	0,9 %
CCC Oskana	1,4 %	2,7 %	4,4 %

Note : Un délinquant recevait à la fois les services de PCC et de SSMC dans la région d'Edmonton par l'entremise du bureau de libération conditionnelle d'Edmonton; trois délinquants recevaient à la fois les services de PCC et de SSMC par l'entremise du bureau de libération conditionnelle Calgary; sept délinquants recevaient à la fois les services de PCC et de SSMC dans la région de Winnipeg par l'entremise du bureau de libération conditionnelle de la région de Winnipeg.

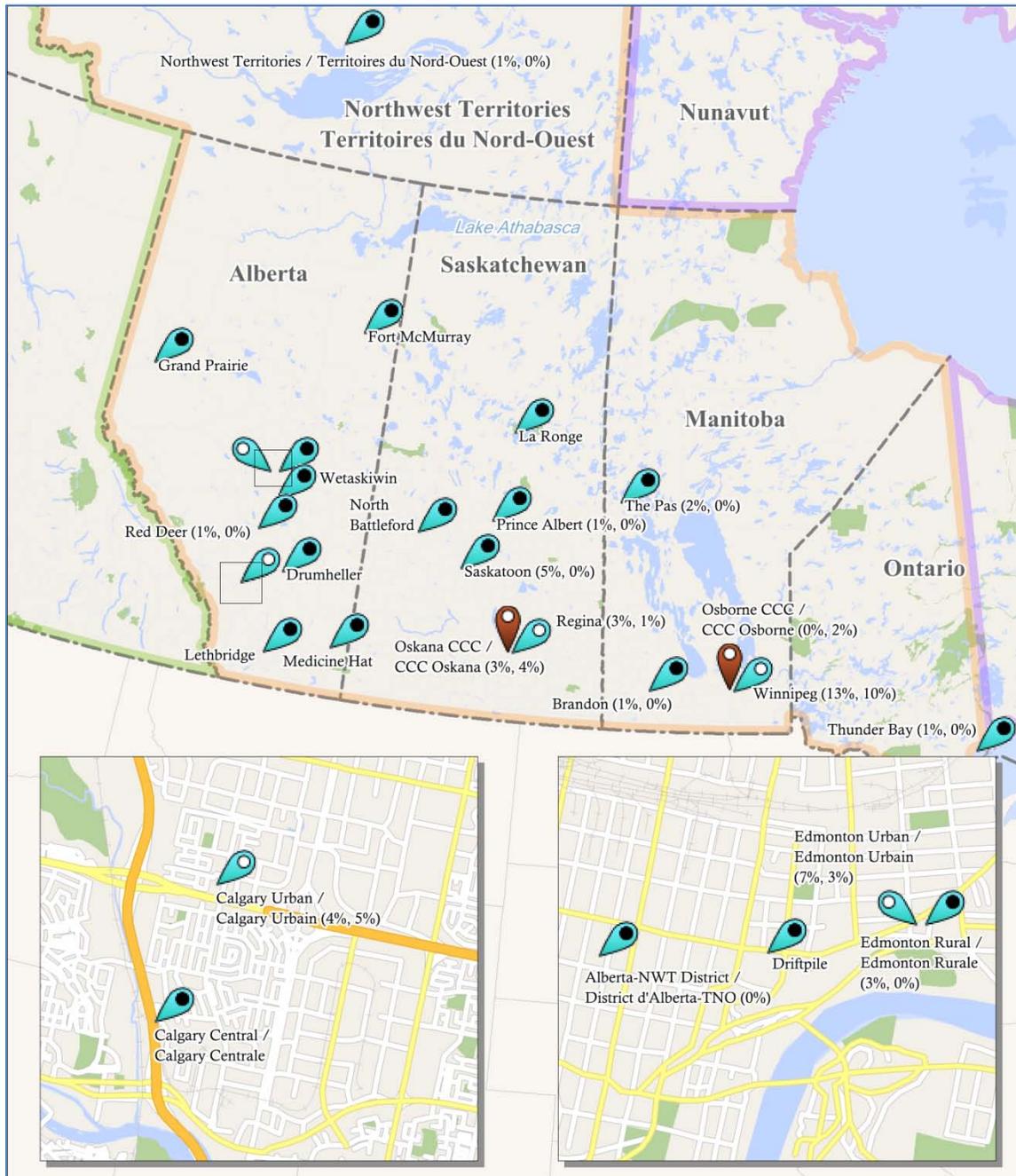
Figure 17: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région des Prairies



1. Le pourcentage (%) inscrit à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle ayant un indicateur à l'EID «actuellement reconnu comme ayant des troubles mentaux»
2. En date du 31 août 2008.
3. Cartographies: Direction des installations, SCC

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC | | PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC |
| | CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC | | PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC |

Figure 18: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région des Prairies



1. La mention (% , %) inscrite à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle qui reçoivent des services de planification clinique du congé et de SSMC respectivement.
En date du 31 août 2008.
2. Cartographies: Direction des installations, SCC

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC | | PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC |
| | CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC | | PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC |

Région du Pacifique

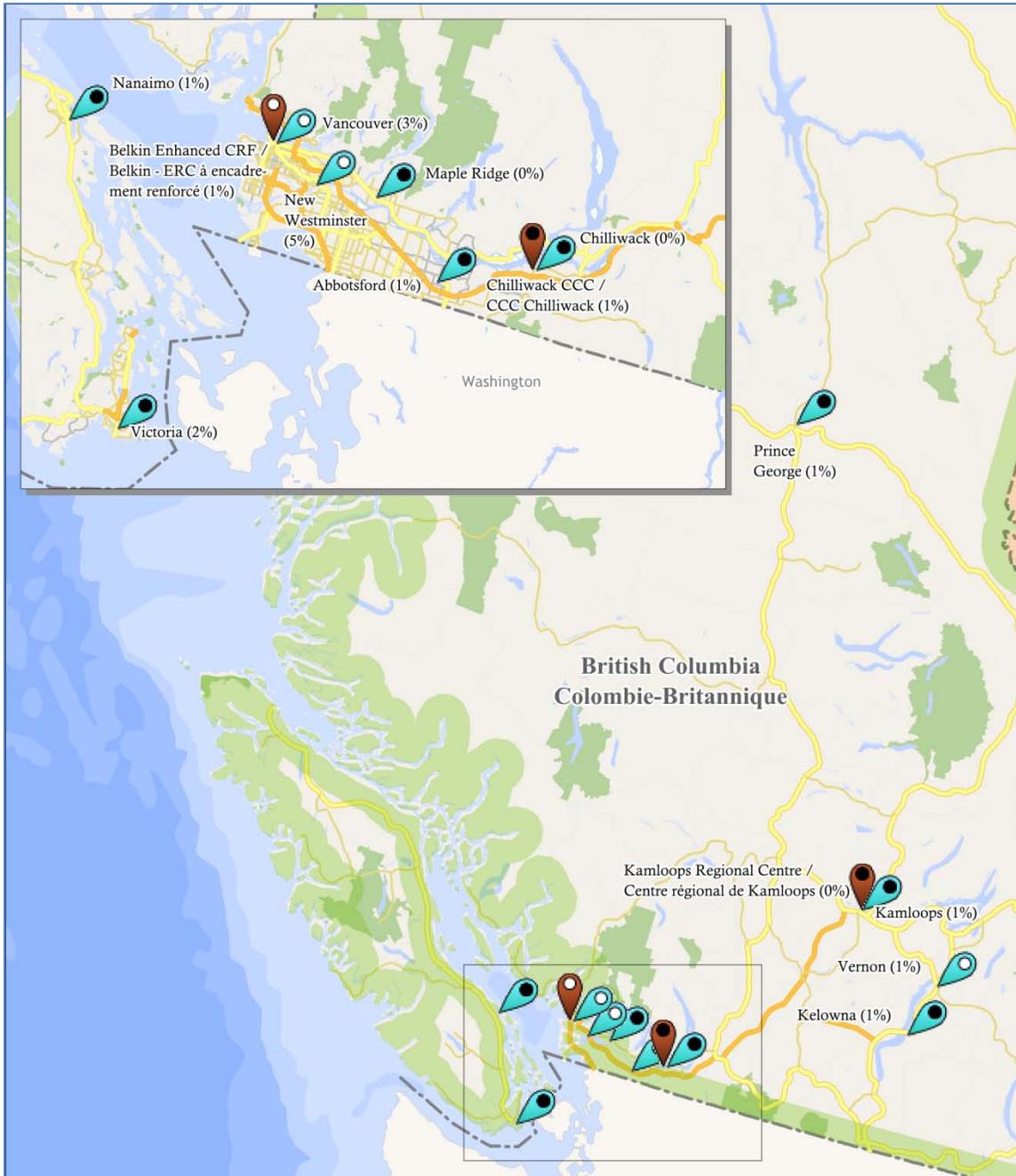
Les unités opérationnelles de New Westminster et de Vancouver étaient bien situées si l'on en croit le pourcentage de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale (voir le Tableau 16). Environ 5 % des délinquants ayant des besoins en matière de santé mentale étaient surveillés à partir du bureau de libération conditionnelle de New Westminster et des proportions relativement élevées de délinquants bénéficiant de services de PCC et de SSMC étaient surveillés à partir de ce bureau (respectivement 6 % et 13 %). L'unité opérationnelle de Vernon a été choisie parce qu'elle se trouvait à mi chemin entre Kamloops et Kelowna et que le personnel des services de SSMC pouvait couvrir les délinquants surveillés dans chacun de ces trois bureaux. Les trois bureaux combinés réunissaient seulement 3 % des délinquants reconnus actuellement comme ayant un trouble mental (soit 1 % à Vernon, 1 % à Kamloops et 1 % à Kelowna). Si l'Initiative devait couvrir une autre unité opérationnelle, il semble que l'on aurait aussi besoin des services à Victoria où 2 % des délinquants sont reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale.

Tableau 16: Pourcentages de délinquants reconnus comme ayant des besoins en matière de santé mentale à l'échelle nationale et de délinquants recevant des services dans le cadre de l'ISMC dans la région du Pacifique

Unités opérationnelles de l'ISMC	Besoin cerné (N = 957)	PCC (N = 109)	SSMC (N = 227)
New Westminster	5,2 %	6,4 %	12,8 %
Vancouver	3,2 %	4,6 %	3,5 %
Unité à encadrement renforcé de l'ERC Belkin	1,4 %	2,8 %	0 %
Vernon	0,8 %	0 %	0,9 %
Kelowna	1 %	1,8 %	3,5 %
Kamloops	1 %	0 %	0,9 %

Note : Deux délinquants recevaient à la fois les services de PCC et de SSMC par l'entremise du bureau de libération conditionnelle de New Westminster.

Figure 19: Délinquants reconnus comme ayant des troubles mentaux dans les bureaux de la région du Pacifique



1. Le pourcentage (%) inscrit à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle ayant un indicateur à l'EID «actuellement reconnu comme ayant des troubles mentaux»
2. En date du 31 août 2008.
3. Cartographies: Direction des installations, SCC

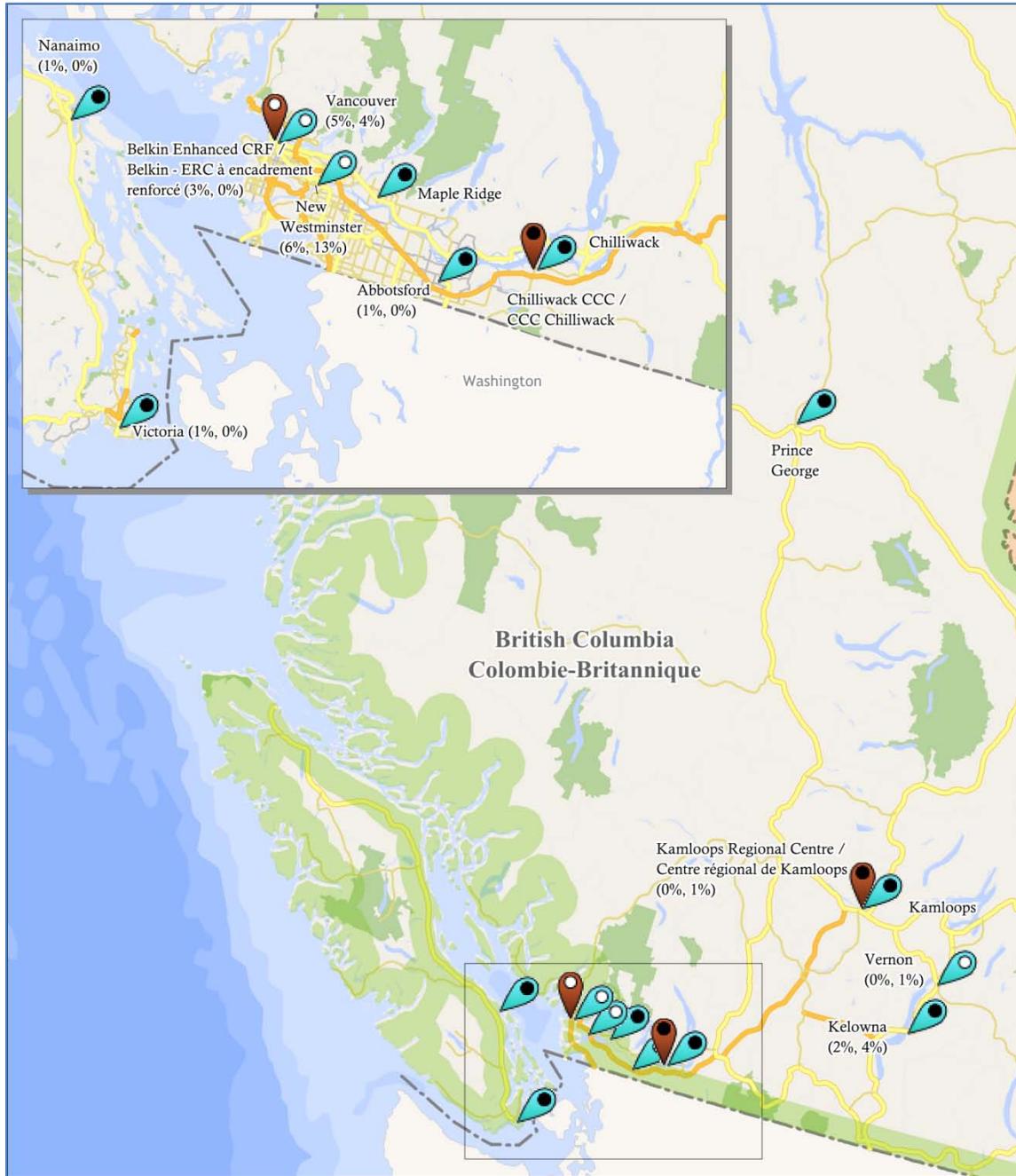
 CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC

 PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC

 CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC

 PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC

Figure 20: Délinquants recevant des services de l'ISMC dans les bureaux dans la région du Pacifique



1. La mention (% , %) inscrite à côté des noms de bureau indique le pourcentage de délinquants surveillés dans chaque bureau de libération conditionnelle qui reçoivent des services de planification clinique du congé et de SSMC respectivement.
2. En date du 31 août 2008.
3. Cartographies: Direction des installations, SCC

- | | | | |
|--|--|--|---|
| | CCC/CRF with CMHI
CCC/ERC couvert par l'ISMC | | PO with CMHI
BLC couvert par l'ISMC |
| | CCC/CRF without CMHI
CCC/ERC non-couvert par l'ISMC | | PO without CMHI
BLC non-couvert par l'ISMC |

RECOMMANDATION 4: Les services de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité devraient être offerts dans plusieurs unités opérationnelles qui ne font pas partie de l'Initiative, mais dont une grande proportion des délinquants a des besoins en santé mentale. Pour ce faire, il faudrait réattribuer ou étendre les services de l'ISMC.

Budget et dépenses de l'ISMC

CONSTATATION 9: Des retards de mise en œuvre sont à l'origine de plusieurs cas de réorientation et de report du financement de l'ISMC. Les données financières relatives à l'ISMC n'ont pas toujours été codées en utilisant uniformément les centres de coûts appropriés du SRGI.

Plusieurs facteurs (c. à d., réception tardive du financement la première année de l'Initiative, retards dans la dotation) sont à l'origine de reports du financement de l'ISMC à plusieurs reprises. Dans l'ensemble, cette situation est à l'origine d'un budget moins élevé que prévu au cours des deux premières années de l'Initiative (2005 2006 et 2006 2007) et d'un budget plus élevé les trois dernières années de l'Initiative de 2007 2008 jusqu'à 2009 2010. Au total, après les trois occurrences de report de financement, un peu plus de 1,5 millions de dollars ont été reportés dans les budgets de l'ISMC pour chaque année financière 2007 2008, 2008 2009 et 2009 2010. Ainsi, par rapport aux budgets prévus dans la présentation initiale au SCT de 6,4 millions de dollars par année, les budgets des deux premières années de l'Initiative ont été revus considérablement à la baisse (1,4 millions et 3,1 millions de dollars) et les budgets ont été revus à la hausse, à un peu plus de 8 millions de dollars pour chacune des trois dernières années de l'Initiative (voir le Tableau 17).

Tableau 17: Report du financement de l'ISMC (en milliers)

Budget	2005 2006	2006 2007	2007 2008	2008 2009	2009 2010	Total
Présentation au CT	3 420	6 420	6 420	6 420	6 420	29 100
1er report	(2 000)	2 000				
2e report		(3 300)	1 100	1 100	1 100	
3e report	0	(1 989)	755	655	579	
Total du budget	1 420	3 131	8 275	8 175	8 099	29 100

révisé

Note : Le budget comprend les salaires, les dépenses de fonctionnement, les frais liés au régime d'avantages sociaux de l'employé, liés aux services communs et liés aux locaux.

Le Tableau 18 présente le budget et les dépenses de l'ISMC pour les années financières 2005 2006, 2006 2007 et 2007 2008, y compris les dépenses salariales, les frais de fonctionnement, liés au régime d'avantages sociaux de l'employé, liés aux services communs et liés aux locaux. Dans l'ensemble, le pourcentage du budget de l'ISMC dépensé à chaque année variait de 51 % (2007 2008) à 84 % (2006 2007). Le montant total des dépenses à la fin de l'année financière 2007 2008 représentait 61 % du budget de l'ISMC, et comprenait près de 5 millions de dollars en ressources inutilisées (y compris en ce qui a trait aux dépenses salariales, dépenses de fonctionnement, liés aux avantages sociaux des employés, liés aux services communs et liés aux locaux). Le personnel des Services de santé et des services financiers du SCC a avancé qu'il était possible que les dépenses financières de l'ISMC aient été incorrectement rapportées dans le SRGI (c. à d., incorrectement codées à d'autres initiatives ou projets). Par conséquent, il est possible que les dépenses engagées aient été quelque peu supérieures à celles actuellement indiquées dans le SRGI. Toutefois, il n'a pas été possible de repérer et de vérifier de façon objective toute erreur/omission en matière de codage. En dernier lieu, il conviendrait de mentionner que la mise en œuvre complète de l'ISMC n'a été achevée qu'en milieu d'année 2007 2008; il est donc à prévoir que les dépenses de l'ISMC augmenteront en 2008 2009 par rapport aux montants prévus dans le budget, une fois que l'Initiative aura été pleinement déployée dans l'ensemble des régions pendant une année financière complète.

Tableau 18: Dépenses prévues et réelles de l'ISMC dans l'ensemble du Canada (en milliers)²²

	2005 2006	2006 2007	2007 2008	Total
Budget révisé (après le report)	1 420 \$	3 131 \$	8 275 \$	12 826 \$
Dépenses réelles	965 \$	2 634 \$	4 237 \$	7 836 \$
Pourcentage du budget dépensé	68 %	84 %	51 %	61 %
Ressources inutilisées	455 \$	497 \$	4 038 \$	4 990 \$

Note : Ces montants comprennent les dépenses salariales, de fonctionnement, les frais liés au régime d'avantages sociaux des employés, liés aux services communs et liés aux locaux.

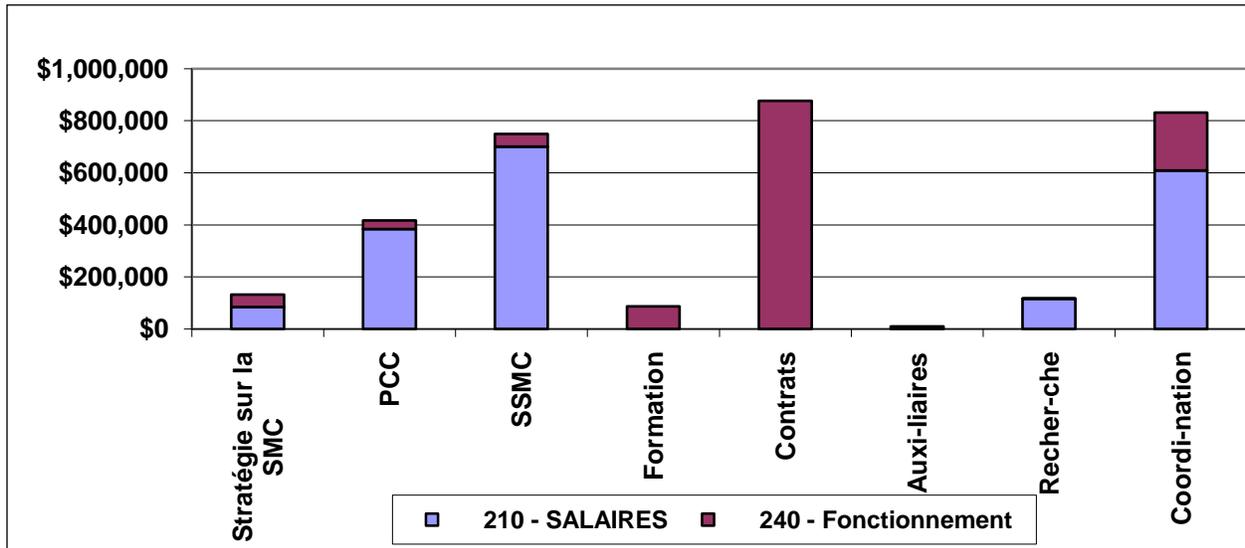
²² Source : Renseignements financiers tirés SRGI et présentés par la Direction générale du contrôleur du SCC.

Dépenses de l'ISMC par centre de coût

Lorsque l'ISMC a été amorcée, on a créé dans le SRGI une catégorie générale pour suivre les dépenses de l'ISMC intitulée « Stratégie sur la santé mentale dans la collectivité ». Au fil du temps, d'autres centres de coût ont été ajoutés dans le SRGI pour suivre les dépenses de l'ISMC avec plus d'exactitude selon les principaux secteurs de dépenses, notamment : (1) services de planification du congé; (2) spécialistes de la santé mentale dans la collectivité; (3) formation en santé mentale; (4) services contractuels de santé mentale dans les régions; (5) services auxiliaires; (6) évaluation et recherche; et (7) gestion et coordination. La catégorie générale Stratégie sur la santé mentale dans la collectivité a été éliminée au cours de l'année financière 2007 2008. Il faut depuis coder l'ensemble des dépenses liées à l'ISMC selon les sept principales catégories de dépenses énumérées ci dessous.

La Figure 11 présente les dépenses engagées pour l'ISMC à l'échelle nationale en 2007 2008 (frais de fonctionnement et dépenses salariales seulement) ventilées selon chacun des principaux secteurs de dépenses. Dans l'ensemble, la majorité des dépenses ont été engagées en premier lieu pour les services contractuels et de gestion/coordination, et en deuxième lieu, pour les services de SSMC et de PCC. Cette tendance dans les dépenses reflète probablement le fait que les services de SSMC et de PCC n'avaient pas été pleinement déployés pendant une année complète; il est donc à prévoir que les dépenses dans ces secteurs (SSMC et PCC et éventuellement d'autres secteurs) augmentent dans les années suivantes.

Figure 21: Dépenses engagées pour l'ISMC à l'échelle nationale (fonctionnement et salaire) pour 2007-2008

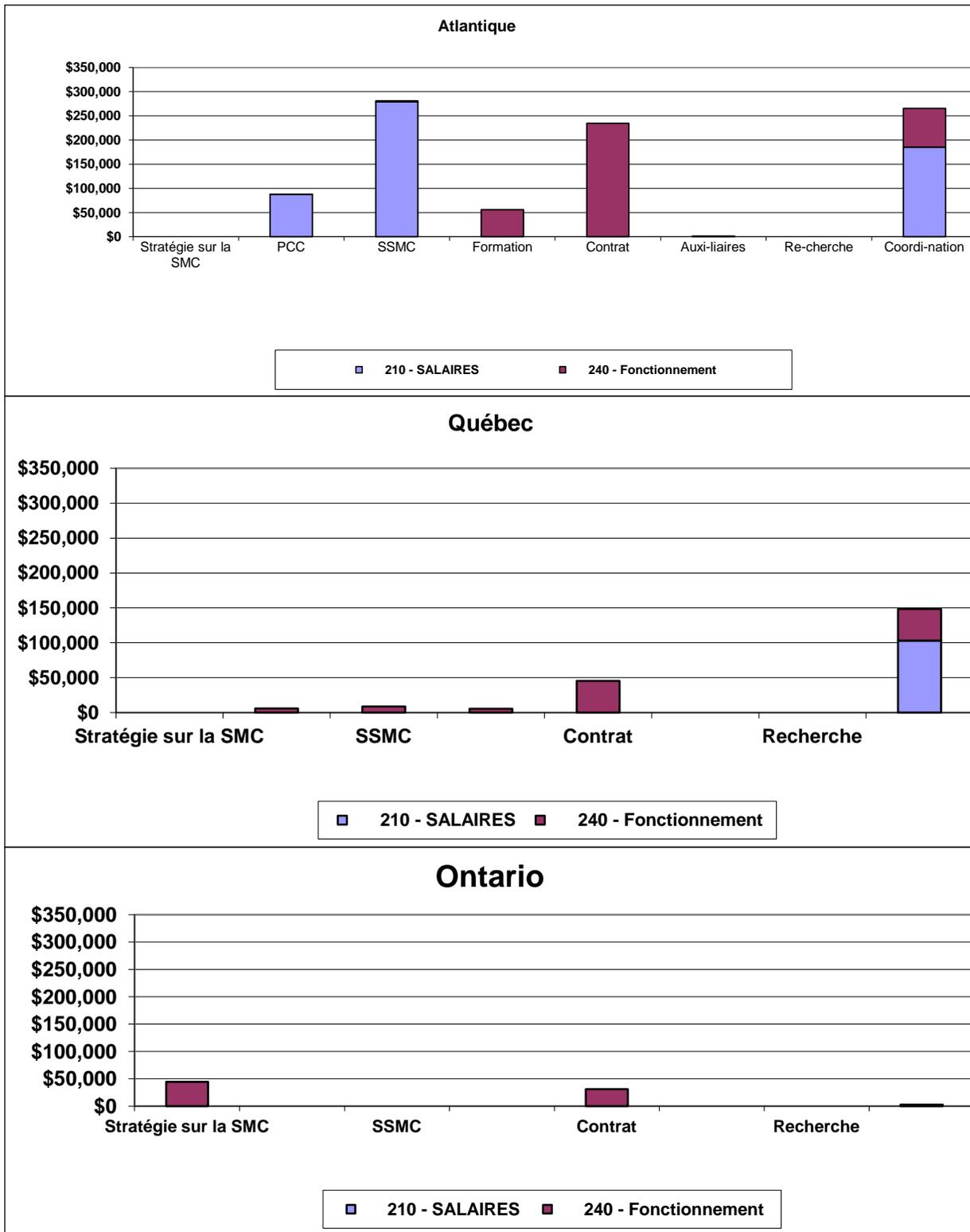


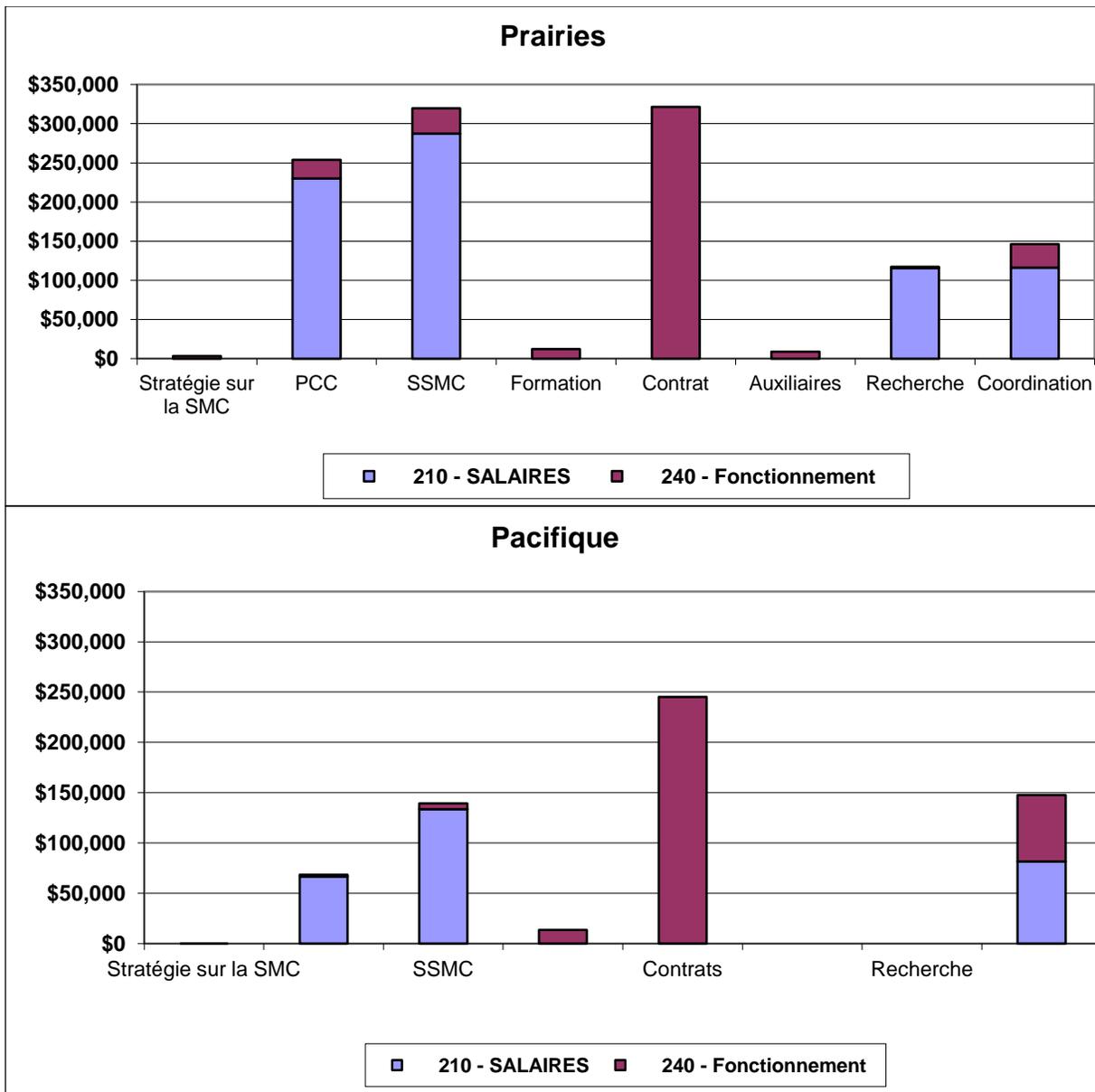
Note : Stratégie sur la SMC = Stratégie sur la santé mentale dans la collectivité; PCC = Services de planification clinique du congé; SSMC = Spécialistes de la santé mentale dans la collectivité; Formation = Formation en santé mentale; Contrats = Contrats avec des fournisseurs de services en santé mentale dans la région; Auxiliaires = Services auxiliaires; Recherche = Évaluation et recherche; Coordination = Gestion et coordination

La Figure 12 présente les dépenses engagées pour l'ISMC par centre de coût dans chaque région pour 2007-2008. Dans l'ensemble, les dépenses ont été supérieures dans les Prairies, puis dans la région de l'Atlantique, ce qui coïncide avec le fait qu'il s'agit des premières régions à devenir entièrement fonctionnelles dans les collectivités en 2007. Un examen des graphiques indique que les régions ne semblent pas toutes coder les données financières de la même façon. Par exemple, le code financier « Stratégie de santé mentale dans la collectivité » était toujours utilisé par deux des régions (Ontario, Prairies).²³ En outre, il semble possible que la région de l'Ontario ait utilisé le poste « Stratégie sur la santé mentale dans les collectivités » pour déclarer tout aussi bien les dépenses engagées pour les services de PCC que les services de SSMC, étant donné que la région de l'Ontario offrait ces deux services en 2007-2008 et qu'aucune dépense n'avait été enregistrée dans ces catégories.

²³ En dépit de ce qui est indiqué dans les graphiques, il est à noter que le code financier « Stratégie de santé mentale dans la collectivité » était toujours utilisé par l'AC aussi en 2007-2008.

Figure 22: Dépenses engagées pour l'ISMC par centre de coût et région pour 2007-2008





Note : Stratégie sur la SMC = Stratégie sur la santé mentale dans la collectivité; PCC = Services de planification clinique du congé; SSMC = Spécialistes de la santé mentale dans la collectivité; Formation = Formation en santé mentale; Contrats = Contrats avec des fournisseurs de services en santé mentale dans la région; Auxiliaires = Services auxiliaires; Recherche = Évaluation et recherche; Coordination = Gestion et coordination

RECOMMANDATION 5: Le SCC devrait veiller à ce que les dépenses effectuées dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité soient entrées dans les bases de données financières au moyen de codes normalisés précis afin que les dépenses soient consignées et vérifiées pour permettre l'évaluation adéquate du rapport coût-efficacité de l'Initiative.

Objectif d'évaluation 3 : Réussite

Objectif d'évaluation : La mesure dans laquelle l'ISMC réalise les extrants, les résultats et les objectifs prévus par rapport aux ressources utilisées.

Incidence de la formation en santé mentale dans la collectivité

CONSTATATION 10: La formation en santé mentale a été offerte à 830 intervenants de la collectivité et 352 membres du personnel en établissement du SCC qui interviennent auprès de personnes atteintes de troubles mentaux. Parmi le personnel en établissement, les personnes qui ont reçu la formation étaient surtout les infirmiers(ières) du SCC. Cette formation a permis d'accroître les connaissances en matière de santé mentale du personnel de la collectivité et d'améliorer la perception de ces compétences en matière d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux.

Réception de la formation

Personnel de la collectivité qui a reçu la formation en santé mentale. Au cours d'une période de 1,5 années (janvier 2007 jusqu'à juin 2008), 830 membres du personnel dans la collectivité ont participé à la séance de formation en santé mentale de deux jours déployée à l'échelle nationale (se reporter au Tableau 19). Les deux tiers (66 %) du personnel de la collectivité qui ont reçu la formation étaient des membres du personnel dans la collectivité du SCC.²⁴ Les autres participants étaient essentiellement des membres du personnel de l'ERC qui collaboraient avec des organismes communautaires sur une base contractuelle pour offrir des services aux délinquants du SCC. Soixante-douze pour cent des intervenants dans la collectivité ont reçu la formation générale alors que 20 % ont reçu la formation portant sur les délinquantes; les 8 % restants ont reçu la formation du formateur.

Tableau 19: Nombre de membres de personnel dans la collectivité qui ont reçu la formation en santé mentale déployée à l'échelle nationale

Formation	Fréquence (%)		
	Personnel du SCC dans la collectivité	Personnel autre que du SCC	Total

²⁴ En ce qui a trait au personnel du SCC, les registres de présence de la formation en santé mentale étaient vérifiés par rapport aux données du SGRH jusqu'en 2007-2008 afin que le personnel des SS puisse en vérifier l'exactitude.

Générale	460 (84 %)	140 (50 %)	600 (72 %)
Formation du formateur	60 (11 %)	2 (1 %)	62 (8 %)
Délinquantes	29 (5 %)	139 (49 %)	168 (20 %)
Total	549 (100 %)	281 (100 %)	830 (100,0 %)

Note : Les données proviennent des registres des présences à la formation en santé mentale qui ont été vérifiés par rapport aux données du Système de gestion des ressources humaines (SGRH) pour en vérifier l'exactitude. Il est possible que les pourcentages ne totalisent pas 100 % parce que les chiffres ont été arrondis.

Membres du personnel en établissement qui ont reçu la formation en santé mentale. Selon les registres des présences tenus par le Secteur des services de santé, au total, 352 membres du personnel en établissement ont reçu la formation en santé mentale (303 infirmiers(ières), 19 agent(e)s correctionnel(le)s et 30 agent(e)s de libération conditionnelle en établissements). La plupart des infirmiers(ières) (271/303) ont reçu la formation en santé mentale donnée dans le cadre de l'ISMC au cours de l'exercice 2008 2009²⁵ alors que les autres membres du personnel en établissement ont reçu cette formation en 2007 2008. Même si certains membres du personnel en établissement ont reçu la formation, seul un petit nombre des membres du personnel responsables de renvoyer des délinquants atteints de troubles mentaux aux services de PCC (c. à d., agent de libération conditionnelle en établissements) ont reçu la formation en santé mentale dans le cadre de l'ISMC.

Il a été mentionné précédemment que les renvois aux services de PCC doivent être effectués par l'agent de libération conditionnelle en établissement. Même si la formation en santé mentale s'est avérée profitable pour le personnel dans la collectivité, les personnes qui ont amorcé les services de PCC (c. à d., agent de libération conditionnelle en établissements) n'avaient pas été ciblées comme destinataires de la formation en santé mentale. En outre, les agents correctionnels en établissement et les autres membres de l'équipe de gestion de cas ont beaucoup de contacts avec les délinquants atteints de troubles mentaux dans les établissements et pourraient par conséquent profiter de meilleures connaissances relatives aux problèmes de santé mentale.

Évaluation de la formation

De façon générale, les participants se sont dits satisfaits à l'égard de la formation en santé mentale. On leur a demandé de remplir un formulaire d'évaluation de la formation en santé

²⁵ Il importe de mentionner qu'au moment de la rédaction du rapport sommaire sur la formation en santé mentale, l'exactitude des données de l'AF 2008-2009 n'avait pas été vérifiée par rapport aux données du SGRH.

mentale comportant 12 éléments dont neuf correspondaient à chacun des neuf modules (c. à d., Introduction; Mythes et réalités, Qu'est-ce qu'un trouble mental, Troubles psychotiques, Troubles cognitifs et ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, Risques et troubles mentaux, Stratégies efficaces, Ressources, Exigences prévues dans les lois). Pour chaque élément, on a demandé aux participants d'évaluer l'utilité de chacun des éléments selon une échelle de sept points de 1 (inutile) à 7 (très utile). Les participants ont donné une évaluation moyenne de 6,22 (écart-type = 0,88; $n = 516$) pour la formation dans son ensemble. Aucune évaluation de six n'était définie au préalable mais l'indicateur le plus près était 7 « très utile ». Pour chacun des neuf modules, les évaluations moyennes étaient positives et variaient de 5,57 (loi) jusqu'à 6,27 (troubles mentaux). L'évaluation moyenne de l'utilité du guide du participant s'est établie à 6,21 (écart-type = 0,96).

On a aussi demandé aux participants d'indiquer les secteurs dans lesquels ils désiraient recevoir une formation de perfectionnement. Les secteurs les plus fréquemment énoncés étaient une formation portant sur la gestion du risque/les stratégies efficaces/les habiletés ($n = 81$), les médicaments/interventions ($n = 59$), les troubles mentaux (symptomologie et DSM; $n = 52$), les ressources ($n = 45$), et l'ETCAF ($n = 31$). En outre, les participants ont formulé des suggestions pour améliorer la formation et la plupart du temps ont recommandé de consacrer plus de temps à la formation ($n = 69$) et de donner plus de renseignements/précisions pendant la formation ($n = 61$).²⁶

Incidence de la formation : Questionnaire sur les connaissances en santé mentale avant et après la formation

Les participants ont démontré une amélioration de 58,6 % dans les notes obtenues après avoir répondu au questionnaire sur les connaissances en santé mentale après la formation (voir le Tableau 20) pour ce qui est des trois programmes de formation (c. à d., formation générale, formation du formateur et formation sur les délinquantes). On a demandé aux participants de répondre à un questionnaire sur les connaissances en santé mentale comportant dix questions, avant et après la formation, afin d'évaluer leurs connaissances sur les sujets traités dans la formation. Les notes totales pouvaient varier de 0 à 17. Les notes moyennes obtenues avant et après la formation étaient respectivement de 8,63 (écart-type = 3,47) et de 13,69 (écart-type =

²⁶ Résultats tirés du rapport sommaire sur la formation des Services de santé.

2,84), et ce sont les participants au programme de formation du formateur qui ont démontré le moins d'amélioration. Ce résultat était prévisible puisque ces personnes possédaient déjà des connaissances dans le domaine de la santé mentale avant de suivre la formation et que les notes moyennes auxquelles les résultats ont été comparés étaient élevées.

Tableau 20: Notes moyennes obtenues au questionnaire sur les connaissances en santé mentale avant et après la formation

Programme de formation	Moyenne (écart-type)		t (df)	% d'amélioration
	Avant la formation	Après la formation		
Programme de formation	Avant la formation	Après la formation		
Total (n = 616)	8,63 (3,47)	13,69 (2,84)	-39,15*** (615)	58,63 %
Général (n = 420)	8,17 (3,41)	13,28 (2,93)	-33,35*** (416)	62,55 %
Formation du formateur (n = 60)	11,35 (2,54)	14,60 (1,86)	-9,65*** (59)	28,63 %

Note. *** $p < .001$.

De façon générale, la majorité des participants ont amélioré leurs connaissances lorsqu'ils en avaient la possibilité (c. à d., les participants n'avaient pas obtenu une note parfaite à l'évaluation préalable à la formation). Les participants à la formation ont démontré une amélioration des connaissances dans divers secteurs : les symptômes, la récupération par rapport aux modèles médicaux de la santé mentale, les effets secondaires des médicaments psychotropes, les stratégies efficaces d'intervention auprès des délinquants atteints de TCAF (se reporter au tableau A à l'annexe E).

Pointages à l'auto-évaluation des compétences

Les résultats aux auto-évaluations des compétences des participants se sont grandement améliorés après la formation.²⁷ On a demandé à chaque participant d'évaluer huit éléments sur une échelle de sept points de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (complètement d'accord). La note moyenne totale à l'évaluation postérieure à la formation était de 42,36 (écart-type = 9,37) alors que la note à l'évaluation des compétences avant la formation était de 32,35 (écart-type = 9,23),

²⁷ Les résultats présentés dans son paragraphes sont tirés des évaluations effectuées avant et immédiatement après la formation, $t(569) = -22,42, p < 0,001$.

ce qui correspond à une amélioration moyenne de 31 %. On a observé des améliorations remarquables dans les évaluations de chacun des huit éléments (se reporter à l'annexe E). Les notes moyennes de chaque élément variaient de 3,29 jusqu'à 4,91 à l'évaluation avant la formation et de 5,04 à 5,59 à l'évaluation postérieure à la formation.

En outre, les membres du personnel du SCC qui ont répondu au questionnaire d'évaluation ont été invités à évaluer leurs compétences en matière d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux (à l'aide des mêmes questions que celles posées dans l'auto-évaluation des compétences avant et après la formation). Les réponses des membres du personnel du SCC qui ont reçu la formation ont été comparées à celles des membres qui ne l'avaient pas reçue. Un peu moins de la moitié des répondants interrogés ont mentionné qu'ils avaient reçu la formation (199/480 ou 42 %).²⁸ Les résultats des membres du personnel du SCC qui ont répondu à la présente évaluation montrent que les membres du personnel du SCC qui ont reçu la formation en santé mentale évaluent leurs compétences en matière d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux à un niveau considérablement supérieur à celui des membres du personnel du SCC qui n'ont pas reçu la formation (voir le Tableau 21). Il semble donc que la formation a entraîné un effet positif, même à plus long terme, non pas seulement immédiatement après la prestation de la formation.

Tableau 21: Auto-évaluation des compétences en matière d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux : Résultats des membres du personnel du SCC au questionnaire²⁹

	Participation à la formation de sensibilisation à la santé mentale dans le cadre de l'ISMC	N	Moyenne	t (df)
J'ai les connaissances requises pour	Non	266	3,30 (1,31)	-7,49*** (462)

²⁸ Il a été allégué que ces résultats ont été obtenus parce qu'un nombre disproportionné de membres du personnel du SCC avaient déjà acquis des connaissances, de par la nature même de leur profession, sur les problèmes liés à la santé mentale, dans le groupe des membres du personnel qui ont indiqué avoir reçu de la formation en santé mentale dans le cadre de l'ISMC. Les résultats ont été analysés une deuxième fois en excluant l'ensemble des membres du personnel, psychologues et infirmiers(ières) de l'ISMC. La tendance est demeurée la même parce que les membres du personnel du SCC qui ont participé à la formation en santé mentale dans le cadre de l'ISMC ont obtenu une évaluation considérablement supérieure quant à leurs compétences en matière d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux par rapport à leurs homologues qui n'avaient pas reçu la formation.

²⁹ On a demandé aux répondants s'ils étaient d'accord avec les énoncés sur une échelle de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (complètement d'accord).

travailler efficacement auprès des délinquants atteints de troubles mentaux.	Oui	198	4,12 (0,92)	
J'ai les compétences et les capacités requises pour travailler efficacement auprès des délinquants atteints de troubles mentaux.	Non	262	3,43 (1,28)	-5,81*** (457)
	Oui	197	4,05 (0,92)	
J'ai les compétences requises pour reconnaître les symptômes donnant à penser qu'un délinquant a besoin de l'intervention d'un professionnel de la santé mentale.	Non	267	3,67 (1,18)	-5,79*** (464)
	Oui	199	4,23 (0,79)	
Je suis capable de soutenir des délinquants atteints de troubles mentaux en consultant des professionnels de la santé mentale, des ressources communautaires et des membres de leur famille	Non	264	3,63 (1,21)	-6,09*** (459)
	Oui	197	4,24 (0,86)	

Notes : On a demandé à tous les répondants au questionnaire d'indiquer s'ils avaient reçu la formation en santé mentale dans le cadre de l'ISMC et on leur a ensuite demandé de répondre à chacun des énoncés dans le tableau.

*** $p < .001$.

RECOMMANDATION 6: De la formation supplémentaire sur la santé mentale devrait être fournie au personnel des établissements, y compris aux agents de libération conditionnelle et aux autres membres des équipes de gestion des cas, afin d'aider à repérer les délinquants ayant des troubles mentaux et à les aiguiller le plus tôt possible vers les services de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité.

Réception des services de PCC et de SSMC

CONSTATATION 11: Des délinquants orientés vers des services de l'ISMC et admis, y compris vers des services de planification du congé et de spécialistes en santé mentale dans la collectivité reçoivent ces services. Toutefois, il est possible que les données relatives à la cessation de ces services ne soient pas toujours inscrites dans les bases de données de l'ISMC.

Le financement de l'ISMC prévoyait trois nouvelles catégories de services : les services de planification clinique du congé dans les établissements, les services de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité dans 16 bureaux de libération conditionnelle/CCC triés sur le volet et les services spécialisés en santé mentale sur une base contractuelle dans la collectivité. La présente section est axée sur le nombre global de bénéficiaires de services de PCC et de SSMC et sur les perceptions des délinquants, les membres du personnel du SCC, des fournisseurs de

services dans la collectivité quant à la disponibilité et à l'accessibilité des services de planification clinique du congé, et des interventions des spécialistes de la santé mentale dans la collectivité. L'accessibilité des services contractuels en santé mentale sera étudiée dans la section suivante.

Services de planification clinique du congé

Au total, 176 délinquants ont été admis aux services de planification clinique du congé à l'échelle nationale, depuis le commencement de l'Initiative jusqu'en juin 2008 (SCC, 2008c). Le plus grand nombre de délinquants admis aux services de planification clinique du congé provenaient de la région des Prairies, suivie des régions de l'Atlantique, du Pacifique, du Québec et quelques-uns provenaient de la région de l'Ontario. Parmi les renvois acceptés, 38 % des délinquants étaient des Autochtones et 85 % étaient de sexe masculin (voir le Tableau 22).

Tableau 22: Nombre total de renvois aux services de PCC

Région	PCC total(n)	Autochtones (n)	Hommes (n)
Atlantique	38	2	29
Ontario	8	1	8
Québec	2	0	2
Prairies	95	49	82
Pacifique	33	14	28
Total	176	66 (38 %)	149 (85 %)

Près de la moitié des délinquants interrogés (47 %; $n = 14$) ont indiqué avoir reçu les services de PCC en établissement avant leur libération.³⁰ De façon générale, les délinquants qui ont reçu les services de PCC se disent satisfaits à l'égard des services reçus. Tous les délinquants qui ont indiqué avoir reçu des services de planification clinique du congé (100 %; $n = 14$) ont

³⁰ Il est à noter que les relevés officiels rassemblés par le personnel de l'ISMC montrent que seulement un petit nombre de délinquants avaient reçu à la fois les services de PCC et de SSMC ($n = 23$). Il semble peu probable que le niveau de réception de service de planification du congé parmi le petit échantillon de délinquants interrogés soit aussi élevé que l'indique la présente évaluation. Par conséquent, il est possible que certains des délinquants interrogés aient mal compris la question et qu'ils n'aient pas reçu les services de PCC mais peut-être que certains ont simplement eu des discussions pré-libératoires avec leurs agents de libération conditionnelle en établissement. C'est pourquoi il importe d'interpréter avec prudence les résultats présentés au sujet des perceptions des délinquants à l'égard des services de planification du congé.

affirmé que ceux-ci avaient facilité leur transition de l'établissement jusque dans la collectivité et la plupart ont mentionné qu'ils avaient entretenu une bonne relation de travail avec leur planificateur(trice) du congé (86 %; $n = 12$). La majorité des délinquants ont indiqué que leur planificateur(trice) du congé connaissait leurs besoins (79 %; $n = 11$) et les a encouragés à jouer un rôle actif dans la planification de leur congé (86 %; $n = 11$). Cependant, les problèmes liés à la mise en œuvre comme la clarté des critères d'admissibilité et la dotation des postes en temps opportun (sujets traités plus en détail dans la section précédente portant sur la mise en œuvre) sont susceptibles d'avoir influé sur la disponibilité et l'accessibilité aux services au début de l'Initiative.

Services des spécialistes de la santé mentale dans la collectivité

Au total, 190 délinquants ont été admis aux services de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité à l'échelle nationale depuis le début de l'Initiative jusqu'en juin 2008 (SCC, 2008c). C'est dans la région de l'Atlantique que l'on a recensé le plus grand nombre de cas de renvoi vers des services de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité acceptés; viennent ensuite les régions du Pacifique et de l'Ontario, et la région du Québec où l'on en a recensé quelques-uns. Parmi les délinquants dont le renvoi aux services a été accepté, 24 % étaient des Autochtones et 85 % étaient de sexe masculin (voir le Tableau 23).

Tableau 23: Nombre total de renvois aux services de SSMC acceptés par région, race et genre

Région	SSMC total (n)	Autochtones (n)	Hommes (n)
Atlantique	57	2	43
Ontario	29	6	28
Québec	6	0	6
Prairies	56	27	50
Pacifique	42	10	35
Total	190	45 (24 %)	162 (85 %)

De façon générale, les délinquants interrogés se sont dits satisfaits à l'égard des services de SSMC. Parmi les délinquants interrogés, la moitié ont signalé avoir rencontré le personnel des services de SSMC une fois par semaine (52 %; 16/31). Tous les délinquants (100 %; 28/28) ont

dit estimer que leur travailleur(euse) social(e) ou infirmier(ière) a contribué à leur réinsertion dans la collectivité. Tous les délinquants sauf un (97 %; 29/30) ont indiqué qu'ils avaient eu accès à leur travailleur(euse) social(e) ou infirmier(ière) lorsqu'ils en avaient besoin et la majorité (90 %; 26/29) ont indiqué que le personnel des services de SSMC les a encouragés à prendre part activement à la planification de leur traitement. La plupart des délinquants ont indiqué que les membres du personnel des services de SSMC connaissaient leurs besoins en matière de santé mentale (94 %; 29/31).

L'un des aspects susceptibles de nécessiter de l'amélioration est le moment où les délinquants effectuent leur premier contact avec le personnel des services de SSMC puisque près de la moitié des délinquants (48 %; $n = 14$) ont indiqué qu'ils avaient eu leur premier contact avec le personnel des services de SSMC aussitôt qu'ils ont été libérés alors que près de la même proportion de délinquants (44 %; $n = 13$) ont indiqué que ce n'était pas le cas. Bémol, il est possible que les délinquants aient été libérés avant la mise en œuvre de l'ISMC dans ces régions. Par conséquent, il est possible que les retards dans l'établissement du premier contact soient attribuables aux problèmes de mise en œuvre connus au début de l'Initiative, et il conviendra de revoir cette question ultérieurement une fois que toutes les régions auront été entièrement fonctionnelles pendant une période suffisante.

Limites

La base de données sur les bénéficiaires des traitements utilisées à des fins d'évaluation a été créée à partir des formulaires de renvoi aux services dûment remplis et reçus, ce qui pose des problèmes par rapport à l'identification des bénéficiaires du traitement. Selon la procédure de renvoi, le planificateur(trice) clinique ou le spécialiste de la santé mentale dans la collectivité examine les formulaires de renvoi (remplis par l'agent de libération conditionnelle) et détermine si le délinquant est admissible ou non à recevoir un traitement. Une copie du formulaire de renvoi est ensuite versée au dossier du délinquant et la version électronique est acheminée aux Services de santé à l'AC, à des fins d'évaluation. L'admissibilité au traitement est fonction de deux critères. Le délinquant doit satisfaire à ces deux critères et il doit accepter volontairement de participer. Si le délinquant a été renvoyé aux services mais refuse d'y participer, son refus est indiqué sur le formulaire de renvoi et il n'est pas inclus dans le groupe étudié. En revanche, lorsque le délinquant a reçu des services et que l'on y a mis fin (soit par le fournisseur de

services ou le délinquant lui-même), il est possible que ces renseignements n'aient pas été recensés de façon unilatérale. Par conséquent, même si un délinquant a été renvoyé à des services et qu'il a accepté au départ de les recevoir, il est possible qu'il ne les ait pas reçus ou qu'il ne les ait pas reçus pendant une période de temps significative. Il a été impossible d'établir une distinction entre les délinquants en fonction de la période pendant laquelle ils ont reçu les services.

RECOMMANDATION 7: Il faudrait exercer un suivi auprès des délinquants admis aux services de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité pour s'assurer que les traitements ont été administrés et connaître la période au cours de laquelle les délinquants reçoivent ces services.

Services contractuels dans la collectivité

CONSTATATION 12: Le nombre de contrats de services de l'ISMC et le nombre de délinquants bénéficiaires des services ont augmenté au fil du temps. Les services contractuels sont dispensés en temps opportun et peu de délinquants orientés vers ces services ont été inscrits sur des listes d'attente ou n'ont pu les recevoir.

Le nombre de délinquants qui reçoivent les services contractuels à chaque année ne cesse d'augmenter. Les services les plus fréquemment fournis sont les services psychiatriques. Très peu de délinquants figurent sur une liste d'attente et parmi les délinquants interrogés, la grande majorité ont indiqué qu'ils recevaient les services en temps opportun et que les fournisseurs de service connaissaient bien leurs besoins.

Au cours d'une période de deux ans, 42 contrats de services dans la collectivité ont été conclus³¹ dont quatre sont depuis parvenus à échéance (SCC, 2008c; voir le Tableau 24). Au total, on a traité 973 demandes de services, ce qui indique que les délinquants ont été orientés vers un ou plusieurs fournisseurs individuels/organismes de prestation de services contractuels ou qu'ils ont fait l'objet de plusieurs renvois aux mêmes services contractuels (SCC, 2008c). Le type de services contractuels fournis s'inscrit dans cinq catégories : (1) les services

³¹ Le financement reporté qui n'avait pas été utilisé les années précédentes a servi à payer les services contractuels. Une fois que l'ISMC sera entièrement fonctionnelle, il ne sera plus nécessaire de maintenir les services contractuels au même niveau dans les limites du financement actuel (coordonnateur national de l'ISMC, communication personnelle, 8 décembre 2008)

psychiatriques (57 %; $n = 556$); (2) loisirs/aide à la vie quotidienne (34 %; $n = 335$); (3) toxicomanies (4 %; $n = 43$); (4) emploi (2 %; $n = 24$); et (5) services spécialement destinés aux femmes (2 %; $n = 15$).

Tableau 24: Services contractuels dans la collectivité et utilisation

	2006-2007 Avril à sept.	2006-2007 Oct. à mars	2007-2008 Avril à sept.	2007-2008 Oct. à mars	Total
Nombre de contrats a	3	20	26	39	S.O.
Nombre de services demandés	20	175	394	384	973
Types de services					
Toxicomanies	0	11	16	16	43 (4,4 %)
Emploi	0	24	0	0	24 (2,5 %)
Loisirs/vie quotidienne	0	66	122	147	335 (34,4 %)
Services psychiatriques	11	74	256	215	556 (57,1 %)
Services spécialement destinés aux femmes	9	0	0	6	15 (1,5 %)

Notes :

- 1) a Les contrats types s'étalant sur plus d'une période visée par le rapport ont été dénombrés dans chacune des périodes de rapport subséquentes.
- 2) S.O. = impossible de calculer la somme parce qu'il y a chevauchement entre les périodes.

Parmi les services contractuels demandés ($n = 973$), la majorité de ces demandes ont été satisfaites (68 %; $n = 662$). La majorité des services contractuels ont été menés à terme dans la région du Pacifique (43 %; $n = 283$), suivie de la région des Prairies (22 %; $n = 143$) et de la région de l'Ontario (14 %; $n = 95$). Dans la région de l'Atlantique, 13 % des services contractuels ont été menés à terme ($n = 84$) et dans la région du Québec, 9 % ($n = 57$). Les données étaient manquantes pour un pourcentage important de l'échantillon (c. à d., l'état de la prestation des services n'a pas été indiqué à la fin de la période de rapport) de sorte qu'il a été difficile de déterminer si les services contractuels avaient été menés à terme ou non (15 %; $n = 150$). Peu de délinquants ont été inscrits sur des listes d'attente (1 %; $n = 7$) ou n'ont pas reçu les services (4 %; $n = 36$) et les services contractuels ont été résiliés dans le cas de 12 % des délinquants (de façon volontaire $n = 19$ ou de façon indépendante de la volonté du délinquant $n = 99$). Le motif le plus fréquent justifiant l'absence de prestation de services est que les délinquants n'étaient pas admissibles à les recevoir.

Même si ces résultats indiquent que peu de délinquants ont figuré sur les listes d'attente, les membres du personnel répondant n'ont pas tous indiqué que les services avaient été fournis en temps opportun. Lorsqu'on a demandé si les délinquants avaient reçu les services de la part des fournisseurs de services dans la collectivité en temps opportun, seulement 42 % ($n = 119$) des membres du personnel interrogés ont répondu par l'affirmative, et 27 % ($n = 78$) ont répondu par la négative et 31 % ont donné une réponse neutre. Il est difficile d'expliquer la différence dans les opinions des membres du personnel et les constatations du rapport sur la mise en œuvre. Toutefois, étant donné le pourcentage relativement important de répondants qui ont donné une réponse neutre (31 %), il semble juste d'affirmer que les membres du personnel ne disposaient tout simplement pas de suffisamment de renseignements pour donner une réponse probante à cette question. Il est aussi possible que les membres du personnel répondant aient sous-entendu, au sens large, à tous les services fournis dans la collectivité plutôt que seulement aux services fournis par les organismes communautaires en vertu d'un contrat conclu avec le SCC dans le cadre de l'ISMC.

La majorité des délinquants interrogés ont indiqué avoir reçu les services par l'entremise d'un fournisseur de services dans la collectivité à contrat (61 %; $n = 20$). Le service le plus fréquemment fourni par les fournisseurs de services contractuels est le service de suivi en santé mentale (90 %; $n = 18$). La plupart ont indiqué qu'ils avaient eu accès à ces services en temps opportun (85 %; $n = 17$). La majorité des répondants ont reconnu que les fournisseurs de services contractuels dans la collectivité connaissaient bien leurs besoins (85 %; $n = 17$) et tous les répondants ont indiqué qu'ils avaient été traités avec respect (100 %; $n = 20$).

Les 14 fournisseurs de services dans la collectivité ont affirmé qu'ils étaient au moins modérément capables de répondre aux besoins des délinquants dans le cadre de l'ISMC et 36 % d'entre eux ($n = 5$) ont indiqué qu'ils avaient été capables de répondre entièrement aux besoins des délinquants sous responsabilité fédérale dans le cadre de l'ISMC. La majorité des fournisseurs de services dans la collectivité (85 %; $n = 11$) ont révélé que leur organisation avaient conclu des contrats de services avec le SCC avant la mise en œuvre de l'ISMC; toutefois, la plupart (64 %; $n = 7$) ont aussi indiqué que des changements ont été apportés aux services dont ils assurent la prestation suite à la mise en œuvre de l'ISMC.³² Plus précisément, la plupart

³² Mentionnons que ces commentaires doivent être interprétés avec prudence puisqu'ils sont fondés sur un petit nombre de répondants d'un petit nombre d'organismes de services dans la collectivité.

des fournisseurs de services dans la collectivité ont indiqué une augmentation de faible (20 %) à importante (60 %) quant à la diversité de services accessibles aux délinquants sous la responsabilité du SCC. Néanmoins, de façon générale, les répondants ont indiqué que l'ISMC exerçait peu d'influence quant au nombre de lits accessibles aux délinquants sous la responsabilité du SCC (100 %, $n = 4$) au nombre de jours qui s'écoulaient entre le renvoi et l'admission (80 %, $n = 4$) et le nombre de délinquants du SCC figurant sur des listes d'attente (68 %, $n = 4$).

La plupart des membres du personnel du SCC répondant au questionnaire ont reconnu qu'il y a eu une augmentation de la disponibilité des interventions en santé mentale dans la collectivité (comme les services de counselling et d'évaluation, 65 %), des ressources/soutien pour le SCC (63 %) et de la participation des délinquants aux services correctionnels dans la collectivité assurés par le SCC ou les partenaires de la collectivité (61 %) ³³ depuis la mise en œuvre de l'ISMC. Plus de la moitié des membres du personnel du SCC (55 %) ont reconnu que les délinquants se prévalaient des services/interventions en santé mentale vers lesquels ils avaient été aiguillés. Les membres du personnel allèguent qu'il est possible que les délinquants ne se soient pas prévalu des interventions en santé mentale auxquelles ils avaient droit parce qu'ils ont refusé de participer aux services/n'ont pas indiqué qu'ils avaient besoin de services ou parce que les services/ressources n'étaient pas disponibles dans la collectivité. Les deux tiers des membres du personnel du SCC ont reconnu qu'il existait des difficultés d'accès aux services fournis dans la collectivité (66 %) mais seulement un quart (24 %) ont reconnu que ces difficultés étaient en voie d'être résolues. La majorité des fournisseurs de services dans la collectivité ont indiqué que leurs organismes avaient la capacité d'assurer la prestation de services à un plus grand nombre de délinquants sous responsabilité fédérale.

Renforcement des capacités dans les collectivités

CONSTATATION 13: Les efforts de renforcement des capacités dans les collectivités se sont intensifiés au fil du temps et, de façon générale, les contacts de prise de service ont été axés dans les domaines où les besoins ou l'importance étaient les plus élevés selon les renvois de l'ISMC.

³³ La plupart des autres répondants ont indiqué qu'aucun changement n'avait été apporté aux services.

Le Tableau 25 montre le nombre de contacts établis à des fins de renforcement des capacités de la collectivité en ce qui a trait aux services de PCC et de SSMC, entre avril 2007 et avril 2008. Près de 1 800 contacts ont été effectués par les membres du personnel des services de PCC et de SSMC et d'autres organisation au cours de cette période, dont 60 % ($n = 1\ 057$) avaient pour but d'échanger de l'information et 40 % ($n = 698$) d'organiser des activités de prise de services. Le nombre total de contacts établis à des fins d'échange d'information a augmenté pendant l'année 2007 2008 mais le nombre de contacts établis à des fins d'établissement de services a diminué entre les troisième et quatrième trimestres (SCC, 2008c).

Tableau 25: Renforcement des capacités dans les collectivités à l'échelle nationale pour les services de PCC et de SSMC par trimestre³⁴

Renforcement des capacités dans les collectivités	Avril à juin 2007	Juillet à sept. 2007	Oct. à déc. 2007	Janv. à mars 2008	AF 2007-2008 Total
Nombre Total de Contacts a	50	478	649	578	1 755
Échange d'information avec les organisations	36	199	375	447	1 057
Services internes du SCC	14	68	139	167	388
Services psychiatriques/psychologiques	9	22	53	31	115
Hébergement	0	16	44	49	109
Organismes non gouvernementaux (p. ex., Société Elizabeth Fry)	6	14	12	24	56
Correctionnel (ERT/provincial)	0	8	18	25	51
Information et renvoi en santé mentale	1	4	17	19	41
Emploi	0	12	9	16	37
Toxicomanies	1	6	10	17	34
Autres b	5	49	73	99	226
Activités de prise de services avec les organisations	14	279	274	131	698
Services psychiatriques/psychologiques	3	54	66	35	158
Hébergement	1	35	24	17	77
Renseignements/renvoi en santé mentale	2	27	33	6	68
Organismes non gouvernementaux (p. ex., Société Elizabeth Fry)	3	13	29	11	56
Toxicomanies	0	31	19	3	53
Emploi	1	24	18	10	53

³⁴ Source: CSC (2008c).

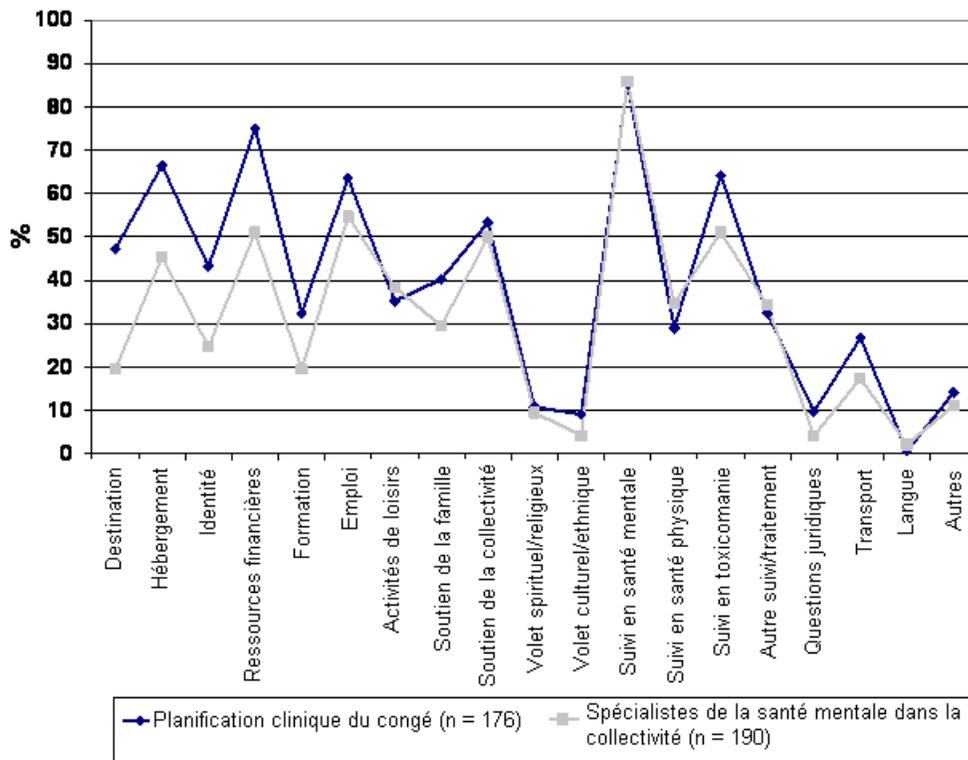
Autres c	4	95	85	49	233
----------	---	----	----	----	-----

Notes :

- 1) Ce tableau comprend uniquement les services pour lesquels 40 contacts ou plus ont été établis au cours de la période visée.
- 2) a Excluant 47 entrées figurant dans les dossiers de renforcement des capacités dans les collectivités qui ne représentaient pas des activités de renforcement appropriées. Par exemple, ces activités comprenaient la participation à une séance d'orientation à l'intention des nouveaux employés du SCC, la prestation d'un programme de formation en santé mentale de deux jours et des rencontres avec les intervenants pour achever les évaluations
- 3) b Comprend les catégories ayant de faibles fréquences, par exemple, les services adaptés à la culture autochtone, les organismes des gouvernements provinciaux/municipaux et l'éducation.
- 4) c Comprend les catégories comme la santé physique, les services internes du SCC, les services adaptés à la culture autochtone.

Les trois des catégories les plus fréquemment visées pour ce qui est des contacts de prise de services étaient celles des services psychiatriques/psychologiques, d'hébergement, de renvoi/d'information en santé mentale. À l'instar des contacts établis aux fins de la mise en place de services, le suivi en santé mentale ressort comme l'un des besoins les plus fréquemment visés en ce qui a trait aux délinquants atteints de troubles mentaux orientés vers des services de l'ISMC (voir la Figure 13; SCC, 2008c, p. 18).

Figure 23: Pourcentage de délinquants admis à l'ISMC pour lesquels on prévoit le besoin d'un renvoi à des services de planification du congé



Notes :

- 1) a Les secteurs de besoins prévus ne sont pas représentatifs à l'échelle nationale parce que les chiffres diffèrent selon les régions.
- 2) Les données présentées dans cette figure ont été compilées à partir des formulaires de renvoi remplis par les agents de libération conditionnelle en établissement et dans la collectivité qui contenaient des renseignements au sujet de la libération, des critères d'inclusion et des secteurs de besoins prévus.

En outre, la forte majorité (98 %; n = 355) de membres du personnel du SCC interrogés a indiqué que le suivi en santé mentale était « considérablement important » à « très important » pour la réinsertion sociale des délinquants atteints de troubles mentaux, des établissements dans la collectivité. De même, 95 % des membres du personnel ont indiqué que leurs besoins liés à l'hébergement étaient « considérablement importants » à « très importants ». En dernier lieu, la majorité du personnel (97 % à 99 %) a évalué que les besoins liés aux ressources financières, à la profession/emploi, au suivi en toxicomanie étaient « moyennement importants » à « très importants » pour les délinquants de l'ISMC.

En somme, les résultats des efforts déployés pour le renforcement des capacités dans les collectivités et des services contractuels (c. à d., contacts) portent à penser que la capacité d'offrir des services dans la collectivité ne présente pas de problème. En fait, d'autres difficultés comme la sensibilisation du personnel aux services disponibles dans la collectivité et la prestation des services après l'expiration du mandat sont susceptibles de nécessiter un examen plus approfondi (cette dernière question est traitée dans la prochaine section). Par exemple, la majorité des membres du personnel du SCC ont indiqué que l'ISMC avait contribué à une augmentation des efforts de défense des droits d'accès aux services dans la collectivité par le personnel des services de PCC et de SSMC (72 %) et aux services de renforcement des capacités dans les collectivités (69 %). En outre, la majorité des délinquants (85 %; $n = 17$) ont reconnu que les services fournis par les fournisseurs de services dans la collectivité avaient contribué à la réussite de leur intégration dans la collectivité et une personne s'est exprimée en désaccord avec ce propos (5 %). Tous les délinquants à l'exception d'un (97 %; $n = 29$) ont déclaré que les services qu'ils ont reçus dans le cadre de l'ISMC les ont aidés à adopter un mode de vie sain dans la collectivité. De plus, une majorité des délinquants se sont dits « très satisfaits » jusqu'à « extrêmement satisfaits » à l'égard des services de PCC, de SSMC, et des services fournis par les fournisseurs de service dans la collectivité et l'ISMC dans son ensemble (64 % à 90 %). En outre, les efforts de renforcement des capacités dans les collectivités ont été axés sur les secteurs où les besoins étaient les plus criants selon ce qui était indiqué dans les formulaires de renvoi. En dernier lieu, comme il en est question à la section traitant de l'accessibilité et de la disponibilité des services de l'ISMC, entre avril 2006 et mars 2008, les services contractuels ont été fournis de 84 % à 100 % de l'ensemble des délinquants qui ont demandé des services et le motif de refus de service le plus fréquent était que le délinquant n'était pas admissible aux services.

Continuité des services

CONSTATATION 14: De façon générale, les intervenants ont signalé une continuité accrue des soins et des services, bien que certains aient exprimé des préoccupations quant à la continuité des soins après l'expiration du mandat.

Selon les réponses à une version adaptée de l'Échelle pour la continuité des services de l'ACSS-MH (Adair et coll., 2004),³⁵ il semble que les délinquants aient évalué de façon positive la continuité des services de l'établissement jusque dans la collectivité. Dans l'ensemble, les délinquants ont obtenu une moyenne de 154 (écart-type = 17,1) ce qui correspond à une évaluation positive globale (voir le Tableau 26). Les délinquants ont aussi obtenu une évaluation positive par rapport à la sous-échelle « fragmentation du système » (les perceptions des délinquants à l'égard de la continuité entre les services; par exemple : [Traduction] « Je dois faire affaire avec divers programmes et organismes et cela prête à confusion », la sous-échelle « Base relationnelle » (mesure dans laquelle le délinquant perçoit qu'il est important de jouir d'une relation harmonieuse et digne de confiance avec ses fournisseurs de services; par exemple : [Traduction] « Je peux compter sur mon(ma) travailleur(euse) social(e)/infirmier(ière) pour m'aider en cas de besoin », et à la sous-échelle « Traitements appropriés » (mesure dans laquelle les services sont fournis de façon à répondre aux besoins du délinquants; par exemple : [Traduction] « Après la libération de l'établissement, j'ai dû attendre longtemps avant de recevoir des services en santé mentale ». Ces constatations cadrent avec les évaluations des membres du personnel du SCC et les délinquants en ce qui a trait à la continuité des services. La majorité des membres du personnel du SCC ont indiqué que l'ISMC a amélioré la continuité des services de l'établissement jusque dans la collectivité (avant la Date d'expiration du mandat [DEM]; 73 %). En outre, environ la moitié des répondants ont reconnu que la continuité des soins en santé mentale après l'expiration du mandat s'était également améliorée (51 %).

Tableau 26: Perception des délinquants à l'égard de la continuité des services, évaluée à l'aide de l'outil Échelle pour la continuité des services de l'Alberta - santé mentale

	Moyenne (écart-type)	Variations observées des évaluations	Variations possibles des évaluations
Fragmentation du système	84 (10,2)	62 à 105	21 à 105
Base relationnelle	39 (4,1)	32 à 45	9 à 45
Traitement approprié	31 (4,5)	24 à 40	8 à 40
Total	154 (17,1)	124 à 190	38 à 190

³⁵ Voir l'annexe C pour obtenir une description de l'échelle et connaître la méthodologie de pointage.

La majorité des délinquants ont indiqué que les services de planification clinique du congé les ont aidés à établir des contacts avec les fournisseurs de services dans la collectivité avant leur libération (85 %). En outre, la plupart des délinquants ont signalé que le personnel responsable des services de SSMC les a aidés à accéder aux ressources et aux services dont ils avaient besoin dans la collectivité (81 %) et qu'ils ont effectué le suivi après les avoir orientés vers ces services afin de s'assurer qu'ils les recevaient bel et bien (93 %). Les membres du personnel du SCC ont également indiqué qu'il y avait une augmentation des services de liaison aux services en santé mentale dans la collectivité pendant que le délinquant se trouvait sous la surveillance du SCC dans la collectivité (71 %). En dernier lieu, la majorité des membres du personnel du SCC (73 %) ont indiqué que l'ISMC avait contribué à améliorer la planification globale de leur réinsertion sociale.

Services dans la collectivité après l'expiration du mandat

L'un des secteurs particuliers susceptibles de nécessiter une attention supplémentaire est la prestation des services dans la collectivité une fois que les délinquants ont complété leur peine (c. à d., après la date d'expiration du mandat). Comme il est mentionné par Champagne et coll. (2008), [Traduction] « le manque de soutien tangible pour les délinquants atteints de troubles mentaux dans la collectivité augmente la probabilité qu'ils réintègrent le système de justice pénale en raison d'arrestations et d'incarcération répétées ou qu'ils soient admis et réadmis dans des hôpitaux psychiatriques » et « un traitement efficace en santé mentale peut contribuer de façon notable à la réalisation de l'objectif du SCC d'assurer une plus grande sécurité dans les collectivités » (p. 3). Les préoccupations au sujet de la sécurité publique ne se dissipent pas à l'expiration du mandat. L'une des lacunes en matière de prestation de services qui se dégagent d'une évaluation de la Texas Mental Health Initiative (Arrigona, Prescott, Brown et Hook, 2003) était que cette initiative n'offrait pas de services de transition pour faciliter la continuité des services pour les délinquants après la date d'expiration du mandat de l'Initiative. Sur les 1 507 adultes conditionnellement libérés qui avaient achevé leur suivi dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale, seulement 38 % avaient continué de recevoir des services en santé mentale 60 jours après l'expiration du mandat. Arrigona et coll. proposent de modifier ce modèle afin d'y inclure une transition progressive de la surveillance intensive et de la prestation de services en santé mentale jusqu'à la cessation du programme afin d'augmenter la probabilité que les

réussites et les améliorations réalisées grâce à la participation du délinquant à l'Initiative se maintiennent après la cessation du programme.

Selon les lignes directrices sur la planification clinique du congé et les services d'intégration dans la collectivité de *l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité du SCC*, il incombe au SSMC d'amorcer « les renvois appropriés pour répondre aux besoins à court terme et à plus long terme en matière d'intégration dans la collectivité après la date d'expiration du mandat des délinquants atteints de troubles mentaux » (Champagne et coll., 2008, p. 25). En outre, « les fournisseurs de services de SSMC encouragent les délinquants atteints de troubles mentaux à maintenir avec eux des contacts après la date d'expiration du mandat et au terme de leur peine dans la collectivité, à leur discrétion, afin de pouvoir leur offrir de l'aide pendant une période de transition » (p. 26). La moitié des membres du SCC (51 %) a indiqué que l'ISMC avait contribué à une augmentation de la continuité des services en santé mentale après l'expiration du mandat; toutefois, une grande proportion ont également signalé qu'il n'y a eu aucun changement (43 %). Moins du cinquième (18 %) des membres du personnel du SCC répondants ont indiqué qu'ils connaissaient les mécanismes/processus accessibles aux membres du personnel des SSMC pour faciliter la continuité des services à l'intention des délinquants après l'expiration du mandat même si la majorité des membres du personnel du SCC répondants ont indiqué que ces mécanismes/procédures devraient être en place (91 %).

Les membres du personnel qui ont indiqué qu'ils connaissaient les mécanismes déjà en place ont le plus souvent évoqué les contacts avec les organismes non gouvernementaux fournisseurs de services dans la collectivité, ou les renvois à ceux-ci (45 %) et les ministères/organismes gouvernementaux (p. ex., services de santé provinciaux, services sociaux; 15 %). Plusieurs membres du personnel du SCC estiment qu'il serait possible d'améliorer la continuité des soins au terme de la peine en établissant des partenariats, des protocoles d'entente, des accords et des activités d'échange d'information avec les fournisseurs de services (gouvernementaux ou non gouvernementaux) afin d'offrir des services après la date d'expiration du mandat. Dans l'ensemble, les stratégies les plus fréquemment évoquées pour faciliter la continuité des soins après la date d'expiration du mandat comprenaient le renvoi des délinquants à des fournisseurs de services après la DEM ou l'organisation de rendez-vous/conférences de cas avec des organismes qui interviennent dans la prestation de soins après la DEM et avec le

personnel du SCC/ISMC assurant le suivi à court terme ou sur une base temporaire après l'expiration du mandat.

La majorité des déclarants se sont dits « beaucoup en accord » à « complètement en accord » avec l'énoncé voulant qu'ils aient reçu tous les services nécessaires disponibles à la fin de leur peine (71 %). Environ un cinquième (18 %) des délinquants ont indiqué être « un peu en accord » à « moyennement en accord » et les autres ont indiqué qu'ils n'étaient pas du tout d'accord.³⁶ Lorsqu'on leur a demandé de justifier leurs réponses, les délinquants ont le plus souvent évoqué que les services requis étaient déjà en place (21 %) bien que certains aient signalé qu'ils se préoccupaient d'avoir la possibilité d'accéder aux services après l'expiration du mandat (15 %). La majorité des fournisseurs de services dans la collectivité (77 %) interrogés ont indiqué que les délinquants sous la responsabilité du SCC étaient admissibles à accéder aux services auprès de leurs organismes après la date d'expiration du mandat bien que la moitié d'entre eux (50 %) aient indiqué que des changements étaient apportés aux services après la date d'expiration du mandat.

Même si l'on a constaté une perception généralisée à l'égard d'une continuité accrue des soins destinés aux délinquants par l'entremise de l'ISMC, nous ne soulignerons jamais assez l'importance d'accroître la continuité des soins jusqu'à la date d'expiration du mandat et par la suite. Le *rapport Kirby* en souligne l'importance en recommandant que le SCC prenne en charge la continuité des soins après la libération (Kirby, 2006). Au Canada, les soins de santé relèvent habituellement de l'administration provinciale à moins que les délinquants ne soient détenus dans des établissements du SCC (y compris les CCC; voir l'examen de la politique dans la section traitant des politiques et des lois). Une fois que le mandat des détenus est venu à expiration, ces soins ne relèvent plus du SCC. Néanmoins, en raison de la priorité accrue que le gouvernement accorde à la dispensation de meilleurs soins destinés aux personnes et aux délinquants atteints de troubles mentaux, il conviendrait de tenir compte des besoins des délinquants à l'expiration du mandat afin de déterminer les services qu'il est possible de mettre en place avant la date d'expiration du mandat par souci de continuité des services. Étant donné le transfert général des responsabilités dévolues à l'administration provinciale après la date

³⁶ Il peut être important de signaler que la majorité (73 %; $n = 24$) des délinquants interrogés avaient été libérés pendant un an ou moins au moment de l'entrevue.

d'expiration du mandat, le SCC pourrait avoir avantage à établir des liens supplémentaires avec les gouvernements provinciaux pour faciliter la poursuite des soins après l'expiration du mandat.

RECOMMANDATION 8: Le SCC devrait continuer de soutenir et d'améliorer les services offerts aux délinquants ayant des troubles mentaux dans la collectivité. De plus, le SCC devrait envisager de créer d'autres partenariats/liens avec les organismes (comme les gouvernements provinciaux et les organismes non gouvernementaux) pour faciliter la poursuite des soins après l'expiration du mandat.

Qualité de vie des délinquants

CONSTATATION 15: De façon générale, les intervenants ont indiqué que l'ISMC a contribué à améliorer la qualité de vie des délinquants. En revanche, l'évaluation normalisée de la qualité de vie de l'ISMC n'a pas été effectuée auprès des délinquants conformément aux lignes directrices de l'ISMC. Par conséquent, les constatations relatives à cette évaluation ne sont pas concluantes en raison de la petite taille des échantillons.

Les lignes directrices administratives (tel qu'elles figurent dans *Mesures supplémentaires pour l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité – Guide de ressources*) indiquent que l'échelle de la qualité de vie doit être administrée dans le premier mois suivant la libération, dans le troisième mois suivant la libération et à tous les six mois par la suite. Les données dégagées à l'aide de l'outil d'évaluation de la qualité de vie sont disponibles pour 36 délinquants ayant accédé aux services de SSMC³⁷ pour la première période (c. à d., Étape 1; voir le Tableau 27, adapté du SCC, 2008d, p. 27).

Tableau 27: Évaluation de la qualité de vie pour le groupe ayant reçu des soins de SSMC dans le premier mois suivant la libération

Domaine	Moyenne (écart-type) (n = 36)
Aspect juridique et sécurité a	5,3 (0,9)

³⁷ Les données ont été compilées pour dix délinquants ayant reçu des services de PCC à l'Étape 1, dont cinq ont aussi reçu les services de SSMC. Selon les lignes directrices, l'échelle d'évaluation de la qualité de vie devrait être administrée aux délinquants dans la collectivité. Les raisons pour lesquelles l'échelle de la qualité de vie a été administrée aux cinq autres délinquants ayant reçu les services de PCC qui n'ont pas reçu les services de SSMC sont obscures. Toutefois, seules les données concernant les délinquants ayant reçu les services de SSMC, qui devaient remplir l'échelle d'évaluation de la qualité de vie conformément aux lignes directrices de l'ISMC, sont présentées ici.

Activités	5,0 (1,3)
Relations sociales a	4,9 (1,3)
Satisfaction générale à l'égard de la vie	4,8 (1,3)
Travail a	4,7 (1,3)
Mode de vie	4,7 (1,4)
Santé	4,5 (1,3)
Famille a	4,8 (1,6)
Finances	3,6 (1,6)

Notes :

- 1) Données manquantes pour les SSMC dans les aspects famille ($n = 32$), relations sociales ($n = 35$), travail ($n = 20$), juridique et sécurité ($n = 34$).
- 2) Afin de faciliter l'interprétation des évaluations moyennes présentées dans le tableau, l'échelle varie de 1 à 7 où 1 = terrible; 2 = mécontent; 3 = surtout insatisfait; 4 = ni satisfait ni insatisfait; 5 = surtout satisfait; 6 = heureux; 7 = enchanté.

À l'intervalle de trois mois (c. à d., Étape 2), les données étaient disponibles uniquement pour 16 délinquants ayant reçu des services de SSMC et à l'intervalle de six mois (c. à d., Étape 3), les données étaient trop peu nombreuses pour permettre une analyse (seules les données concernant quatre délinquants étaient disponibles). On ne constate aucune différence notable dans les évaluations entre ces deux périodes bien que le faible nombre de cas recensés à l'Étape 2 ne permette pas de formuler une interprétation de l'effet de l'ISMC sur la qualité de vie. Pour la plupart, les évaluations moyennes variaient de 4 à 5, ce qui indique que de façon générale, les perceptions des délinquants à l'égard de la qualité de vie étaient « ni satisfait ni insatisfait » ou « surtout satisfait ». Étant donné la petite taille des échantillons et l'absence de données, il convient toutefois d'interpréter ces résultats avec prudence.

Même si les résultats de l'échelle d'évaluation de la qualité de vie ne permettent pas de tirer de conclusions, les principaux intervenants estiment que l'ISMC a contribué à améliorer la qualité de vie des délinquants atteints de troubles mentaux. La majorité des fournisseurs de services dans la collectivité (85 %) ont indiqué que l'ISMC avait contribué à une amélioration de la qualité de vie des délinquants atteints de troubles mentaux. En outre, la majorité des délinquants (81 %) ont affirmé que l'ISMC avait augmenté leur qualité de vie (considérablement, 67 %) alors qu'un délinquant (3 %) a indiqué que l'ISMC avait entraîné une diminution importante de sa qualité de vie. De plus, la majorité des membres du personnel du SCC (68 %) ont affirmé que l'ISMC avait contribué à une augmentation de la qualité de vie des délinquants atteints de troubles mentaux alors qu'ils étaient surveillés dans la collectivité et un peu moins de la moitié du personnel (47 %) a indiqué une augmentation de la qualité de vie après l'expiration

du mandat. Près de la moitié des membres du personnel (46 %) ont déclaré qu'il n'y avait eu aucun changement dans la qualité de vie des délinquants atteints de troubles mentaux après l'expiration du mandat. Cette situation s'explique peut-être par la constatation que seulement 18 % des membres du personnel du SCC répondants ont indiqué qu'ils connaissaient les mécanismes/procédures en place pour que les membres du personnel assurant la prestation des services de SSMC puissent faciliter la continuité des services destinés aux délinquants après l'expiration du mandat. Lorsqu'on leur a demandé s'ils étaient en accord ou non avec l'assertion voulant que les délinquants desservis par l'Initiative aient connu une réduction au chapitre de la symptomologie, près de la moitié des répondants (46 %; $n = 116$) n'étaient ni en accord ni en désaccord alors que 42 % ($n = 104$) étaient d'accord et 11 % ($n = 28$) en désaccord.

Dans l'ensemble, les réponses au sondage et à l'entrevue portent à croire que le personnel et les délinquants estiment que la qualité de vie des délinquants a été améliorée après leur participation à l'ISMC. Il sera important de compiler des données supplémentaires sur l'échelle d'évaluation de la qualité de vie afin d'accroître la taille des échantillons et d'examiner la qualité de vie globale à plus long terme.

RECOMMANDATION 9: Le SCC devrait revoir les lignes directrices sur l'administration de l'échelle de la qualité de vie afin de veiller à ce qu'elles soient applicables. Il devrait également instaurer des procédures pour faire en sorte que le personnel de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité incite les délinquants à remplir le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie, comme cela est prévu dans les lignes directrices.

Effet de l'ISMC sur la réinsertion dans la collectivité

CONSTATATION 16: La majorité des délinquants ont reçu soit des services de planification clinique du congé (PCC) soit des services de spécialistes en santé mentale dans la collectivité (SSMC), mais pas les deux. Les délinquants qui ont reçu les services de SSMC étaient moins susceptibles de faire l'objet d'une suspension ou d'une révocation que le groupe témoin, après avoir tenu compte des différences statistiques préexistantes entre les groupes. Rien ne permet de croire que les résultats du groupe des personnes ayant reçu des services de PCC étaient différents de ceux du groupe témoin. Ces constatations préliminaires doivent être interprétées avec prudence étant donné la petite taille des échantillons et la courte période de suivi.

Les analyses du résultat correctionnel couvraient trois groupes : (1) les délinquants admis aux services de PCC, (2) les délinquants admis aux services de SSMC et (3) un groupe témoin. Les variables démographiques, les antécédents criminels et l'information relative aux risques liés à ces trois groupes sont résumés plus tôt dans le présent rapport (voir le Tableau 4). De façon générale, les délinquants du groupe PCC présentaient un plus faible potentiel de réinsertion et un plus grand nombre de condamnations antérieures ($M = 26,4$, écart-type = 17,5) que les deux autres groupes à la libération (le nombre de condamnations antérieures est beaucoup plus élevé que dans le groupe SSMC et légèrement supérieur par rapport au groupe témoin) dont les profils étaient très semblables.

Le Tableau 28 présente des données relatives à la libération des délinquants de ces trois groupes (SCC, 2008d, p. 16). Dans chacun de ces groupes, la majorité des délinquants ont fait l'objet d'une libération d'office. Aucun des délinquants du groupe SSMC n'a été libéré à l'expiration du mandat même si 11,3 % et 13,7 %, respectivement des groupes PCC et témoin ont été libérés à l'expiration du mandat.

Tableau 28: Types de libération pour chacun des groupes PCC, SSMC et témoin

	Fréquence n (%)		
	PCC ($n = 53$)	SSMC ($n = 79$)	Groupe témoin ($n = 95$)
Premier type de libération ¹			
Semi liberté ou libération conditionnelle totale	8 (15,1 %) a	27 (34,2 %) b	25 (26,3 %)
Libération d'office	35 (66,0 %)	47 (59,5 %)	52 (54,7 %)
Expiration du mandat	6 (11,3 %)	--	13 (13,7 %)
Surveillance à long terme	0 (0 %)	5 (6,3 %)	3 (3,2 %)
Résidence dans un ERT/CCC ²	17 (39,5 %)	31 (39,2 %)	42 (52,5 %)
Pas encore libéré	4 (7,5 %)	--	2 (2,1 %)

Notes :

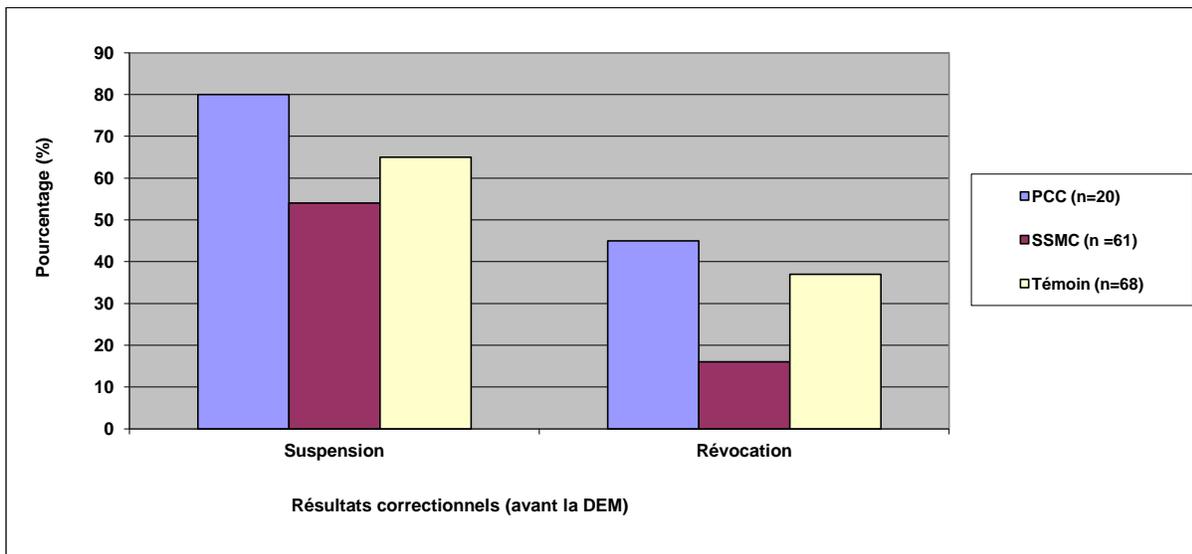
- 1) 1 Les premières libérations sont fondées sur ce qui suit : 1) groupe PCC – première libération suivant le plus récent renvoi aux services de PCC; 2) groupe SSMC – libération la plus près de la date de renvoi; 3) groupe témoin – première libération suivant l'admissibilité au cours de la période 2003 2005.
- 2) 2 Les pourcentages des délinquants qui résident dans un ERT/CCC sont indiqués séparément du nombre total de délinquants appartenant à ce groupe en liberté surveillée (c.-à-d., le nombre total « n » pour ce groupe moins le nombre de délinquants libérés à l'expiration du mandat ou qui ne sont pas encore libérés : 17/43 pour le groupe PCC, 31/79 pour le groupe SSMC et 42/80 pour le groupe témoin de l'ISMC.
- 3) Les services de SSMC ne sont pas offerts aux délinquants libérés à la date d'expiration du mandat parce que les délinquants ne relèvent plus du SCC après la date d'expiration du mandat.

4) On a effectué des comparaisons ultérieures entre les paires de groupes, où la vérification globale était importante, afin de déterminer s'il y avait des différences entre les trois groupes. Des différences statistiquement significatives ont été relevées entre les groupes marqués d'un a, b à $p < .05$.

Suspensions et révocations

On a procédé à l'évaluation des résultats préliminaires des groupes PCC, SSMC et témoin par rapport au récidive. Il importe de mentionner qu'il faut interpréter les résultats avec prudence en raison des limites méthodologiques comme les courtes périodes de suivi des groupes PCC et SSMC et la petite taille des échantillons de même que les différences pré existantes entre les groupes quant au potentiel de réinsertion (une mesure proximale du risque et du besoin). La Figure 14 présente les résultats des trois groupes en matière de suspension et de révocation (se reporter à l'annexe F pour obtenir des données statistiques supplémentaires).

Figure 24: Taux de suspension et de révocation pour les groupes PCC, SSMC et témoin au suivi de six mois



Note: The values in parentheses represent the number of offenders who had at least 6-months of follow up for each group.

Il est important de mentionner qu'il existait des différences pré existantes dans certaines des variables démographiques et liées aux risques entre les trois groupes; par conséquent, il est possible que les résultats présentés à la Figure 14 induisent en erreur. En outre, les périodes de suivi de chacun des groupes étaient variables, et ont duré en moyenne 6,4 mois pour le groupe

PCC, 8,4 mois pour le groupe SSMC, et 14 mois pour le groupe témoin de l'ISMC (SCC, 2008d). Des analyses de régression de Cox ont été effectuées afin de contrôler la période de suivi ainsi que toutes les différences pré existantes possibles entre les groupes étudiés et le groupe témoin.

Analyse de survie

Les différences pré existantes entre les groupes, en particulier quand ces différences touchent les variables liées au risque de récidive, peuvent compliquer l'interprétation des résultats puisque toutes différences entre les groupes au chapitre du récidive peut être attribuable à ces facteurs pré existants plutôt qu'au traitement (dans ce cas, les services dispensés dans le cadre de l'ISMC). En conséquence, on a eu recours à une analyse de régression de Cox afin d'examiner les différences dans les taux de survie après avoir effectué un contrôle statistique des différences pré existantes en ce qui a trait à l'âge à la libération, au potentiel de réinsertion et à la déficience fonctionnelle.

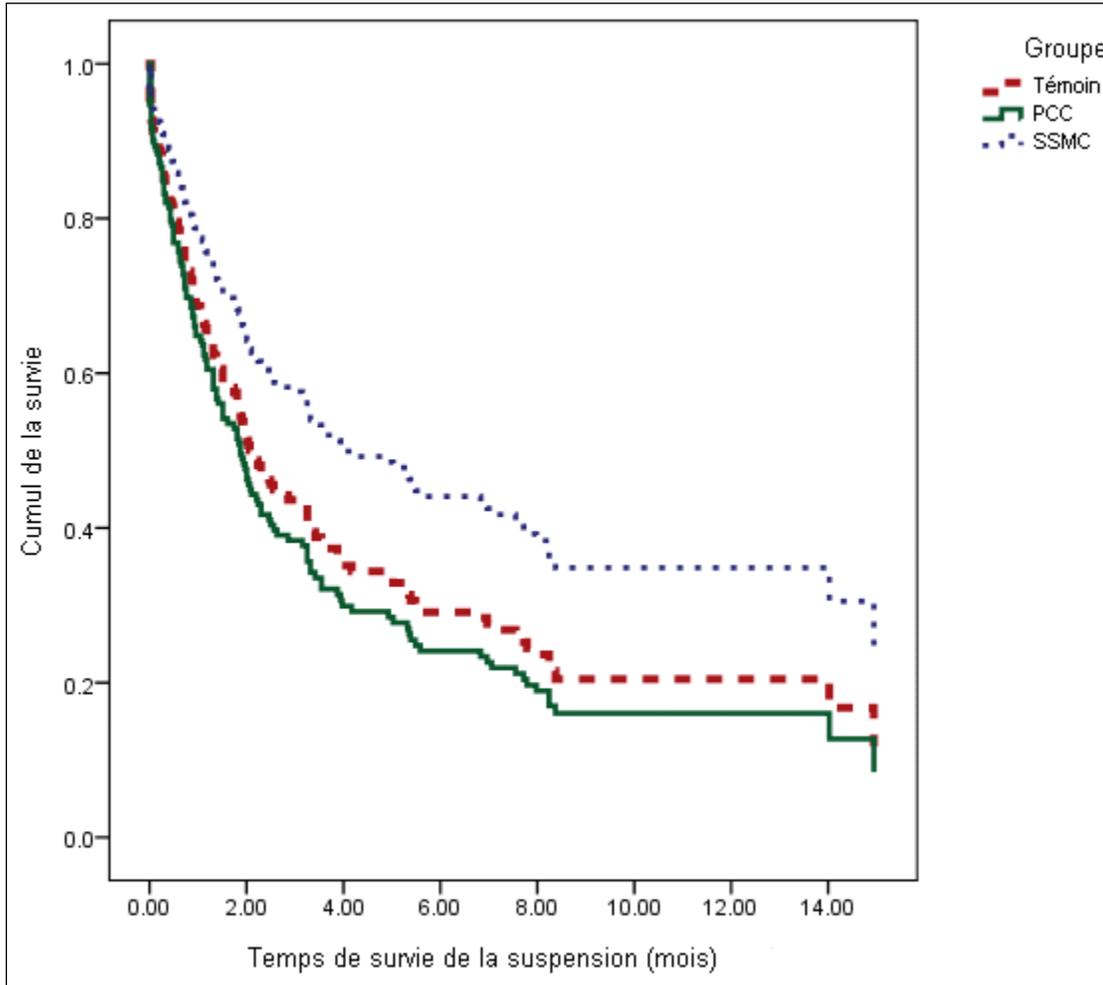
Deux séries d'analyses de régression de Cox ont été effectuées pour examiner si la probabilité que la libération soit suspendue et révoquée était différente entre les trois groupes (c. à d. PCC, SSMC et témoin) après avoir tenu compte de diverses variables, soit l'âge à la libération, la déficience fonctionnelle et le potentiel de réinsertion. Pour chaque analyse, les variables « âge à la libération », « déficience fonctionnelle » et « potentiel de réinsertion » ont été entrées dans le bloc 1, le groupe a été entré dans le bloc 2 et l'intervalle d'exposition au risque³⁸ a été entrée comme variable dépendante. Les délinquants qui ont « survécu » sont les délinquants dont la libération n'a pas été suspendue (ou révoquée) alors que les délinquants qui ont « échoué » sont les délinquants dont la libération a été suspendue (ou révoquée).

Suspension. Après avoir contrôlé les différences pré existantes dans les variables « âge à la libération », « déficience fonctionnelle » et « potentiel de réinsertion », on a constaté un important effet de groupe sur la survie (voir la Figure 15). Plus précisément, la suspension de la libération avait 34 % moins de chances de survenir dans le groupe SSMC que dans le groupe témoin (voir le tableau « e » à l'annexe F) et la libération avait 42 % moins de chances d'être

³⁸ Dans le cas des suspensions, l'intervalle d'exposition au risque représente la période qui s'échelonne entre le moment de la libération dans la collectivité et la date de suspension. Dans le cas des révocations, l'intervalle d'exposition au risque représente la période qui s'écoule entre la libération et la date de la révocation.

suspendue dans le groupe SSMC que dans le groupe PCC (se reporter au tableau « f » à l'annexe F). On a constaté aucune différence notable entre les groupes PCC et témoin.

Figure 25: Survie pour les groupes PCC, SSMC et témoin (Suspensions)

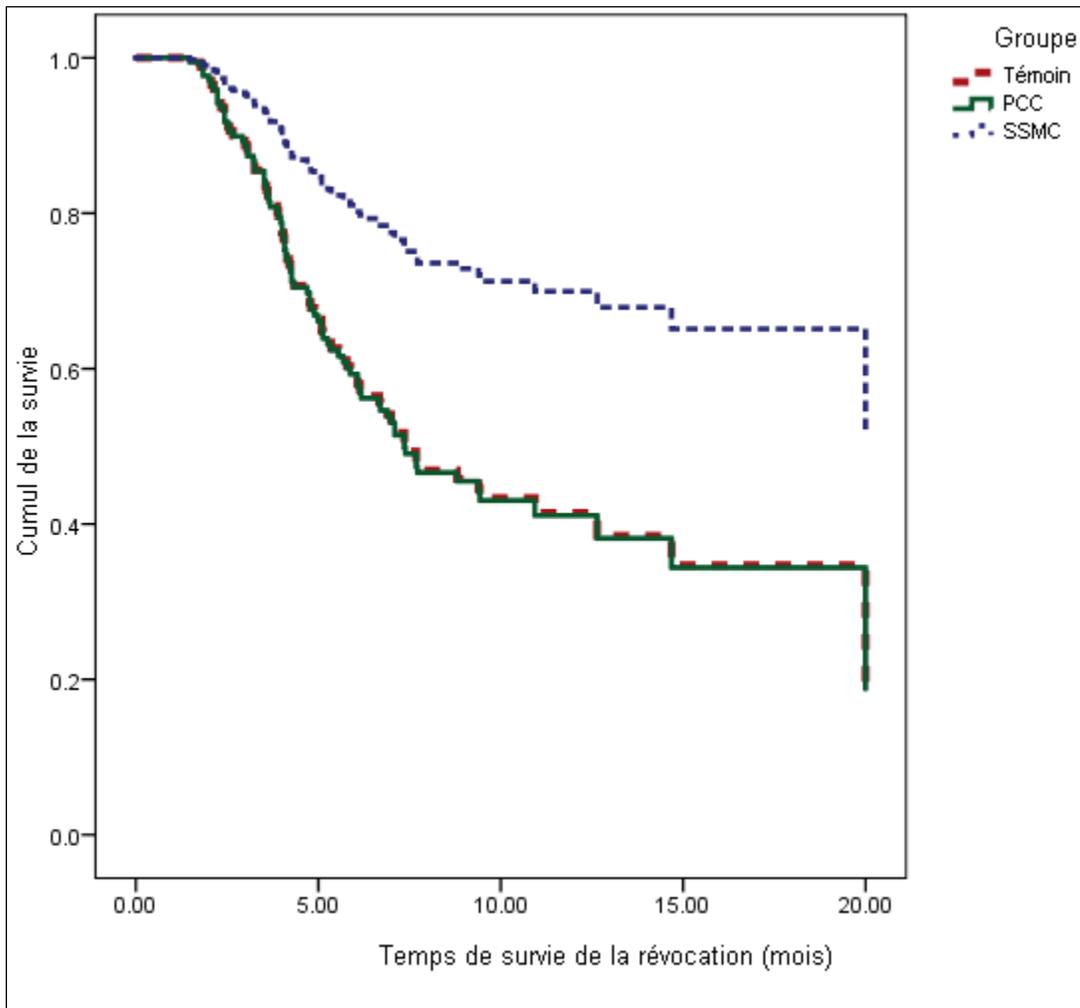


Note : Les résultats montrent que le taux de suspension de la libération était considérablement inférieur dans le groupe SSMC par rapport aux groupes PCC et témoin. Un point sur les lignes représente la proportion de délinquants dont la libération n'a pas été suspendue à ce moment dans le temps. Le temps 0 représente la date de libération où la totalité des membres des trois groupes avaient « survécu » (c.-à-d., la libération n'avait pas été suspendue). Il convient d'interpréter avec prudence les résultats présentés dans le graphique après six mois puisque ce ne sont pas tous les membres du groupe étudié qui ont fait l'objet d'un suivi après cette période.

Révocation. Après avoir contrôlé les différences pré existantes dans les variables « âge à la libération », « déficience fonctionnelle » et « potentiel de réinsertion », on a constaté un effet de groupe important sur la survie en examinant la probabilité de révocation de la libération (voir

la Figure 16). Plus précisément, on a constaté que la libération avait 59 % moins de chances d’être révoquée dans le groupe SSMC par rapport au groupe témoin (voir le tableau « g » à l’annexe F) et la libération avait 60 % moins de chances d’être révoquée dans le cas du groupe SSMC par rapport au groupe PCC (voir le tableau « h » à l’annexe F). On a constaté aucune différence notable entre les probabilités de révocation de la libération dans les groupes PCC et témoin.

Figure 26: Survie pour les groupes PCC, SSMC et témoin (Révocations)



Note : Les résultats montrent que le taux de révocation de la libération était considérablement inférieur dans le groupe SSMC par rapport aux groupes PCC et témoin. Un point sur les lignes représente la proportion de délinquants dont la libération n’a pas été révoquée ce moment dans le temps. Le temps 0 représente la date de libération où la totalité des membres des trois groupes avaient « survécu » (c.-à-d., la libération n’avait pas été révoquée). Il convient d’interpréter avec prudence les résultats présentés dans le graphique après six mois puisque ce ne sont pas tous les membres du groupe étudié qui ont fait l’objet d’un suivi après cette période.

Même s'il faut interpréter les résultats avec prudence en raison des limites méthodologiques (p. ex., courte période de suivi, échantillons de petite taille), il existe une corrélation entre les services de SSMC et une diminution des taux de suspension et de révocation des libérations alors que rien n'indique que les services de PCC ont une incidence sur ces deux résultats lorsqu'on les compare aux résultats du groupe témoin. Il a été constaté que le groupe PCC était différent du groupe témoin en ce qui a trait à un certain nombre de facteurs (p. ex., niveau de fonctionnement, potentiel de réinsertion) et il conviendrait d'en tenir compte en interprétant ces analyses. Ces constats, de même que les courtes périodes de suivi, portent à croire qu'il sera important d'effectuer de nouveau ces analyses dans quelques années suivant la mise en œuvre complète et la plus grande participation des délinquants à l'Initiative.

Il a souvent été mentionné que la continuité des soins dans la collectivité constituait un facteur important au chapitre de la réinsertion des délinquants dans la collectivité en toute sécurité. Même si la planification du congé est susceptible de contribuer à cerner les besoins, elle risque de s'avérer insuffisante si les plans ne sont pas suivis ou mis en œuvre dans la collectivité. En ce qui concerne les délinquants ayant reçu des services de PCC qui n'ont pas reçu de services de SSMC, il n'existe encore aucune donnée disponible sur les genres de services que les délinquants bénéficiant de services de PCC auraient pu recevoir dans la collectivité après leur libération. En date de juin 2008, seulement 23 délinquants figurant dans les bases de données de l'ISMC avaient reçu à la fois les services de PCC et de SSMC. Diverses raisons peuvent expliquer cette situation, notamment le fait que les délinquants bénéficiant de services de PCC ont pu être libérés dans des unités opérationnelles qui n'offraient pas de services de SSMC, ou en raison de la mise en œuvre tardive des services de planification du congé ou des services de spécialistes dans la collectivité qui auraient pu provoquer une interruption de la continuité des services. En outre, les résultats présentés précédemment indiquent que les services de planification du congé n'ont pas été fournis à l'intérieur des délais prescrits (dans les cinq mois plutôt que dans les neuf mois précédents la date de libération prévue). Le retard dans la prestation des services de PCC a peut-être diminué la période disponible pour coordonner les services dans la collectivité destinés aux délinquants du groupe PCC, ce qui a en définitive entraîné un effet négatif sur les résultats après la libération. Même s'il ne s'agit que de résultats préliminaires, les résultats compilés à ce jour en ce qui a trait aux services destinés aux délinquants bénéficiant de services de PCC fournis dans la collectivité portent à croire qu'il sera

important de veiller à la continuité des services destinés aux délinquants bénéficiant de services de PCC suivant leur libération à partir d'établissements du SCC, que ce soit par la prestation de services de SSMC (si les délinquants bénéficiant de services de PCC sont libérés dans des unités opérationnelles où sont fournis des services de SSMC) ou par le biais de liens avec d'autres services communautaires (si les délinquants bénéficiant de services de PCC ne sont pas libérés dans des unités opérationnelles où sont fournis des services de SSMC).

RECOMMANDATION 10: Le SCC devrait examiner les raisons possibles de l'absence de continuité entre les services de planification clinique du congé et la gestion des soins de santé dans la collectivité. Fort de cet examen, le SCC devrait élaborer des stratégies et des procédures favorisant davantage la réinsertion sociale des délinquants bénéficiant des services de planification clinique du congé.

Objectif d'évaluation 4 : Rapport coût efficacité

L'efficacité en fonction du coût détermine le rapport entre le montant dépensé et les résultats obtenus par rapport à d'autres approches de conception et de prestation.
--

CONSTATATION 17: Bien que l'ISMC ait produit plusieurs résultats positifs à court terme, les limites liées au codage financier et à la courte période de mise en œuvre empêchent l'exécution d'une analyse coût-efficacité fiable à cette étape de l'ISMC.

Pour effectuer une analyse coût efficacité, il faut comparer les économies de coût découlant d'une diminution du récidive (c. à d., réduction du coût de l'incarcération parce que le délinquant est surveillé dans la collectivité) aux coût de programme pour déterminer le rendement monétaire global. Par exemple, les résultats montrent que la libération des bénéficiaires de services de SSMC avait moins de chances d'être révoquée que celle du groupe témoin. Par conséquent, la probabilité de demeurer dans la collectivité sans réincarcération (révocation technique) serait convertie en nombre de jours pendant lesquels les participants ont réussi à demeurer dans la collectivité par rapport aux SSMC. Plus précisément, il s'agirait d'effectuer une comparaison entre les groupes SSMC et témoin de l'ISMC, fondée sur l'observation des résultats des calculs du coût d'incarcération quotidien d'un détenu par rapport

au coût quotidien étendu rattaché à la surveillance du délinquant dans la collectivité. En dernier lieu, les épargnes de coût (positives ou négatives) pourraient être comparées aux coûts unitaires rattachés à la prestation de l'ISMC afin de calculer le rendement monétaire global pour chaque dollar investi (p. ex., chaque 1,00 \$ dépensé génère un rendement x \$).

Toutefois, une telle analyse du coût efficacité comporte de nombreuses difficultés à cette étape de la mise en œuvre de l'ISMC. Pour être en mesure d'effectuer une analyse coût efficacité probante, il faudrait disposer de données financières liées à la mise en œuvre de l'Initiative sur au moins une année complète, de même qu'une période de suivi appropriée (en règle général, deux ans) pour être en mesure d'évaluer les résultats dans la collectivité. À l'heure actuelle, l'ISMC n'a été entièrement fonctionnelle que pendant une partie de 2007-2008; il n'existe donc aucune donnée financière de cette nature couvrant une année complète de mise en œuvre.

De plus, il faudrait aussi à des fins d'analyse coût efficacité déterminer pendant combien de temps de plus les groupes étudiés demeurent dans la collectivité par rapport au groupe témoin pour déterminer les coûts épargnés (c. à d., parce que les coûts de surveillance sont inférieurs aux coûts d'incarcération). Étant donné la mise en œuvre tardive de l'Initiative, les données relatives au suivi sont limitées. Plus précisément, il n'a été possible de dégager des données relatives à un suivi de six mois à des fins d'analyse de résultats (c. à d., suspensions, révocations) que pour 20 délinquants ayant reçu des services de PCC et 61 délinquants ayant reçu des services de SSMC, de sorte que toute analyse relative aux résultats communautaires ne serait que préliminaire. L'analyse à l'aide d'une période de suivi aussi courte ferait en sorte que le temps moyen passé dans la collectivité serait tronqué, ce qui aurait un effet sur la capacité de repérer les différences entre les groupes au chapitre du temps de survie et, en dernier ressort, sur la capacité de déterminer avec exactitude toute possibilité d'épargnes de coût que permettrait de réaliser l'Initiative. Il faudrait au moins disposer de plusieurs années de données sur le suivi pour effectuer une analyse coût efficacité appropriée de cette nature.

En outre, il a été mentionné dans la section précédente que le codage financier de l'ISMC présentait quelques différences au fil du temps et entre les diverses régions; certaines régions utilisaient des codes financiers spécifiques pour enregistrer les dépenses financières rattachées à différents types de services de traitement (PCC et SSMC) alors que d'autres régions semblent avoir utilisé le code plus général « Stratégie sur la santé mentale dans les collectivités » pour coder ces renseignements financiers.

L'effet de ces lacunes, particulièrement celles liées à la durée de la période de suivi, sur le coût efficacité se précisera après avoir tenu compte des renseignements suivants. Étant donné les préoccupations actuelles par rapport à la durée de la période de suivi à des fins d'analyse des résultats, on a adopté une approche différente à l'égard de l'analyse coût efficacité pour déterminer le nombre de jours pendant lesquels les bénéficiaires de services de SSMC devraient demeurer dans la collectivité pour que les coûts rattachés au programme puissent être compensés. Pour ce faire, il a fallu fournir des estimations des coûts de programme, du coût d'incarcération quotidien moyen et du coût quotidien moyen de surveillance d'un délinquant dans la collectivité. En outre, étant donné que l'efficacité initiale de l'Initiative a été démontrée par l'étude du groupe ayant reçu les services de SSMC (la libération des délinquants ayant reçu les services de SSMC avait moins de chances d'être suspendue ou révoquée par rapport à celle des délinquants appartenant au groupe témoin de l'ISMC), on a retenu le groupe ayant reçu les services de SSMC pour illustrer l'analyse des coûts hypothétiques présentée ci-dessous.

Le coût moyen de prestation des services de SSMC au cours de l'année financière 2007 2008 a été établi en fonction des dépenses engagées à l'échelle nationale pour l'ISMC (voir le Tableau 29).

Tableau 29: Dépenses salariales et de fonctionnement à l'échelle nationale pour l'ISMC en 2007 2008

Dépenses réelles	210 - Salaires	240 - Fonctionnement
Stratégie de la santé mentale dans les collectivités	84 020 \$	48 408 \$
PCC	383 909 \$	32 341 \$
SSMC	700 161 \$	48 819 \$
Formation	0 \$	87 192 \$
Contrats	0 \$	876 779 \$
Services auxiliaires	0 \$	10 222 \$
Évaluation et recherche	115 794 \$	1 521 \$
Gestion et coordination	608 328 \$	222 263 \$
Total	1 892 212 \$	1 327 545 \$

Pour calculer les coûts du programme de prestation des services de SSMC, tous les frais rattachés aux services de SSMC et engagés à l'échelle nationale ont été inclus (cependant, les

coûts liés aux services de PCC, l'autre groupe étudié principal, ont été exclus).³⁹ Les frais liés aux activités d'évaluation et de recherche ont été exclus parce que l'on ne considère pas qu'il s'agit de frais annuels, fixes et permanents pour l'Initiative. La moitié du montant de tous les autres centres de coût (Stratégie sur la santé mentale dans les collectivités, formation, contrats, services auxiliaires, gestion et coordination) a été incluse dans le calcul des coûts du programme de prestation de services de SSMC (Il a ensuite été présumé que l'autre moitié des coûts de chacun de ces centres de coût était liée à l'autre groupe étudié principal, les bénéficiaires de services de PCC).⁴⁰ Selon ces hypothèses, le coût total rattaché aux services de SSMC s'élève à 1 717 586 \$. Ce montant total de l'estimation de la valeur des services de SSMC a ensuite été divisé par 79, ce qui représente le nombre de bénéficiaires de services de SSMC inclus dans l'analyse de résultats afin d'obtenir le coût par personne de prestation des services de SSMC, qui s'établit environ à 21 742 \$.

Les épargnes de coût quotidiennes liées à la surveillance de délinquants dans la collectivité représentent la différence entre le coût moyen quotidien d'incarcération d'un

³⁹ Il est à noter qu'à l'heure actuelle il y a deux principaux groupes étudiés. Les résultats ont montré que la plupart des délinquants ont reçu soit des services de PCC soit des services SSMC. Hormis les coûts directement liés à l'un ou l'autre de ces centres de coût, il pourrait être présumé que d'autres coûts connexes (p. ex., gestion et coordination, formation, etc.) sont liés à l'un ou l'autre de ces services. En conséquence, il a été tenu pour acquis que la moitié de ces autres coûts était rattachée aux coûts des services de SSMC (et inclus dans les coûts liés aux résultats des services de SSMC calculés ici) et il a été présumé que les coûts restants étaient liés aux services de PCC et exclus de la présente analyse des résultats des services de SSMC.

⁴⁰ Il est à noter que cette estimation de l'analyse des coûts des services de SSMC comporte certaines limites, notamment le fait que les services de SSMC n'ont pas été fonctionnels pendant une année complète, le fait que les données financières n'ont pas été toujours codées de façon uniforme et le fait qu'il est possible que d'autres effets/groupes étudiés émergent après une plus longue période de mise en œuvre. Par exemple, un certain nombre de délinquants ont bénéficié de services contractuels. À l'heure actuelle, 5 % des délinquants ayant reçu des services contractuels étaient des bénéficiaires de services de PCC et 29 % de ceux qui avaient reçu des services contractuels étaient des bénéficiaires de services de SSMC. Étant donné que la plupart des régions ont organisé la prestation de services contractuels avant la mise en œuvre des services de PCC et de SSMC, il est difficile de déterminer si ces services contractuels seront utilisés essentiellement par les bénéficiaires de services de SSMC et de PCC dans l'avenir (et les coûts pourraient être attribués à ces deux groupes étudiés) ou s'il pourrait y avoir d'autres groupes de délinquants qui reçoivent seulement des services contractuels. Dans ce dernier scénario, il pourrait être possible qu'un effet du traitement soit attribuable exclusivement à l'utilisation des services contractuels, dans lequel cas il serait inapproprié d'inclure ces coûts financiers liés aux services contractuels dans les coûts des services de SSMC. Toutefois, il s'agit d'une hypothèse qui ne peut être vérifiée pour l'instant; en conséquence, les coûts des services de SSMC ont été calculés en fonction des deux groupes étudiés et évalués à ce jour, mais pourraient avoir été surestimés. Au cours des prochaines années, après une période de mise en œuvre plus prolongée et à l'étude de données dont le codage financier est plus uniforme, il sera possible de dégager de meilleures estimations des coûts des services de SSMC.

délinquant (241,28 \$) et le coût moyen quotidien de surveillance d'un délinquant dans la collectivité (63,30 \$) ce qui est équivalent à une économie de 177,98 \$.⁴¹

Simplement pour atteindre la neutralité des coûts, les bénéficiaires de SSMC devraient demeurer dans la collectivité environ 122 jours ou environ pendant quatre mois de plus que les délinquants du groupe témoin (le coût du programme par délinquant est divisé par l'épargne de coût quotidien ou 21 742 \$/177,98 \$; voir le Tableau 30). Pour obtenir un rendement de 50 % (p. ex., obtenir 1,50 \$ pour chaque dollar dépensé), les bénéficiaires de services de SSMC devraient demeurer dans la collectivité pendant 183 jours ou environ pendant six mois de plus que les délinquants du groupe témoin (122 jours x 1,5).

Tableau 30: Analyse des économies de coût pour les participants au SSMC

Rendement pour chaque dollar investi dans les SSMC	Coût du programme	Épargnes quotidiennes (différence entre les coûts d'incarcération d'un délinquant et de surveillance dans la collectivité)	Nombre de jours que les bénéficiaires des services de SSMC doivent demeurer dans la collectivité de plus que les délinquants du groupe témoin
(A)	(B)	(C)	(A*B/C)
1,00 \$	21 742 \$	177,98	122 jours
1,50 \$	21 742 \$	177,98	183 jours

Ces résultats, même s'ils ne sont pas entièrement réalisables, démontrent les limites rattachées à toute tentative d'exécution d'une analyse coût-efficacité à cette étape de la mise en œuvre de l'ISMC, car seulement les données de suivi sur une période de six mois sont disponibles (c. à d., même s'il y avait des économies de coût importantes, il aurait été peu probable qu'elles puissent être détectées à l'aide d'une période de suivi dans la collectivité aussi courte).⁴²

⁴¹ Il est à noter que ces coûts ont été déterminés en fonction du coût d'entretien d'un délinquant en 2005-2006 tel que rapporté dans Aperçu statistique: Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, Rapport annuel 2007. Le Rapport annuel 2008 n'était pas disponible au moment de la rédaction du présent rapport. Des données financières plus récentes sur le coût d'entretien d'un délinquant devront être obtenues avant d'effectuer l'analyse coût-efficacité de ce programme dans l'avenir.

⁴² Au moment de la présente évaluation, il est impossible d'effectuer une analyse coût-efficacité de manière appropriée en raison de la courte période de suivi (6 mois). Les résultats qui se dégagent des données disponibles à ce jour indiquent que le nombre moyen de jours entre la libération et la révocation de la liberté des délinquants ayant

L'ISMC démontre qu'elle est porteuse de bon nombre d'avantages même à cette étape précoce de sa mise en œuvre; elle entraîne notamment des retombées positives sur la sensibilisation et les compétences du personnel et la question de compétence grâce à la formation offerte dans le cadre de l'ISMC, une amélioration au chapitre du renforcement des capacités et de l'accès aux services pour les délinquants atteints de troubles mentaux dans la collectivité et une diminution des cas de suspension et révocations de la libération des bénéficiaires de services de SSMC. Toutefois, étant donné l'état actuel de la mise en œuvre (et la courte période de suivi disponible pour évaluer les retombées à long terme) de même que les problèmes liés à l'enregistrement des données financières, il semble actuellement prématuré d'effectuer une analyse coût-efficacité. Il serait recommandé d'effectuer cette analyse après au moins deux années supplémentaires, pour peu que les données financières soient rapportées avec rigueur dans l'avenir.

reçu des services de SSMC et des délinquants du groupe témoin étaient respectivement de 127 jours et de 109 jours, ce qui indique que les délinquants ayant reçu les services de SSMC sont demeurés dans la collectivité en moyenne 18 jours de plus que les délinquants du groupe témoin.

Bibliographie

ADAIR, C. E., T. C. WILD, A. JOYCE, G. MCDUGALL, A. GORDON, N. COSTIGAN, C. MITTON ET L. MINGSHAN (2004). Continuity of Mental Health Services Study of Alberta: A Research Program on Continuity of Mental Health Care, Alberta, auteurs.

ARRIGONA, N., L. R. PRESCOTT, J. H. BROWN ET J. HOOK (2003). Implementation evaluation of the Enhanced Mental Health Services Initiative, Austin, Texas, Criminal Justice Policy Council.

ASSOCIATION CANADIENNE D'HYGIÈNE PUBLIQUE (2004). « A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada », Revue canadienne d'hygiène publique = Canadian Journal of Public Health, vol. 95, s. 1.

BOUDREAU, V., MINISTRE DES FINANCES (2008). Budget 2008-2009, consulté à l'adresse : http://www.gnb.ca/0160/budget/buddoc2008/Speech0809_F.pdf

BRINK, J. H., D. DOHERTY ET A. BOER (2001). « Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study », International Journal of Law and Psychiatry, vol. 24, p. 339-356.

CHAMPAGNE, D., C. TURGEON, V. FELIZARDO ET J. LUTZ (2008). Initiative sur la santé mentale dans la collectivité, Service correctionnel du Canada, Lignes directrices sur la planification clinique du renvoi et de la mise en liberté et l'intégration communautaire. Ottawa, Service correctionnel du Canada.

CHANDLER, D., G. SPICER, M. WAGNER ET W. HARGREAVES (1999). « Cost-effectiveness of a capitated assertive community treatment program », Psychiatric Rehabilitation Journal, vol. 22, no 4, p. 327-336

COMITÉ D'EXAMEN DU SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (2007). Feuille de route pour une sécurité publique accrue, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, consulté à l'adresse : <http://www.ps-sp.gc.ca/csc-scc/index-fra.aspx>

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (2008). Commission de la santé mentale du Canada, consulté à l'adresse : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx>

DE KOGEL, K. (2006). Post Release Supervision of Disordered offenders in the Netherlands, Research and Documentation Center, Ministry of Justice Netherlands, consulté le 27 octobre 2008 à l'adresse : http://www.publicsafety.gc.ca/prg/cor/_fl/KatydeKogel.ppt#1

DEPARTMENT OF HEALTH, NATIONAL INSTITUTE FOR MENTAL HEALTH IN ENGLAND (2005). Offender Mental Health Care Pathway, Angleterre, l'auteur.

ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL DU CANADA (2004). Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel : 2003-2004, Ottawa, l'auteur.

ENQUÊTEUR CORRECTIONNEL CANADA (2007). Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel : 2006-2007, Ottawa, l'auteur.

GOUVERNEMENT DU CANADA (2007a). Le discours du budget de 2007, consulté à l'adresse : <http://www.budget.gc.ca/2007/pdf/speechf.pdf>

GOUVERNEMENT DU CANADA (2007b). Le rendement du Canada 2006-2007 : la contribution du Gouvernement du Canada, consulté à l'adresse : <http://www.tbs-sct.gc.ca/reports-rapports/cp-rc/2006-2007/cp-rc00-fra.asp>

GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR (2008). Budget highlights: Securing a sustainable future, consulté à l'adresse : <http://www.budget.gov.nl.ca/budget2008/highlights.htm>.

HAMID, H., K. ABANILLA, B. BAUTA ET K. Y. HUANG (2008). « Evaluating the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems by comparing mental health policies in four countries », Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé = Bulletin of the World Health Organization, vol. 86, no 6, p. 467-473.

JACOBS, P., R. YIM, A. OHINMAA, K. ENG, C. S. DEWA, R. BLAND ET COLL. (2008). « Expenditures on Mental Health and Addictions for Canadian Provinces in 2003/2004 », Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry, vol. 53, no 5, p. 306-313

KIRBY, M. J. (PRÉSIDENT) (2006). De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada, Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

LEHMAN, A. F. (1988). « A quality of life interview for the chronically mentally ill », Evaluation and Program Planning, vol. 11, p. 51-62.

LEVIN, H. M. ET MCEWAN (2001). Cost-effectiveness analysis, second edition, Thousand Oaks, Californie, Sage Publications.

LOI SUR LE SYSTÈME CORRECTIONNEL ET LA MISE EN LIBERTÉ SOUS CONDITION, L.C. 1992, ch. 20

LURIGIO, A.J., A. ROLLINS ET FALLON (2004). « The Effects of Serious Mental Illness of Offender Re-entry », Federal Probation, vol. 68, no 2, p. 45-52.

MINISTÈRE DES FINANCES DU CANADA (2007). Le plan budgétaire de 2007 : viser un Canada plus fort, plus sécuritaire et meilleur, consulté à l'adresse : <http://www.budget.gc.ca/2007/pdf/bp2007f.pdf>

MINISTÈRE DES FINANCES DU CANADA (2008). Le plan budgétaire de 2008 : un leadership responsable, consulté à l'adresse : <http://www.budget.gc.ca/2008/pdf/plan-fra.pdf>

MOTIUK, L., R. BOE ET M. NAFEKH (2003). Le retour en toute sécurité des délinquants dans la communauté : aperçu statistique, Ottawa, SCC.

MOTIUK, L. L. ET F. J. PORPORINO (1991). La prévalence, la nature et la gravité des problèmes de santé mentale chez les détenus de sexe masculin sous responsabilité fédérale dans les pénitenciers du Canada (no R-24), Ottawa, Service correctionnel du Canada.

NAFEKH, M., N. ALLEGRI, A. FABISIAK, D. BATTEN, Y. STYS, H. LI ET COLL. (en cours de révision). Evaluation Report: Correctional Service Canada's Correctional Programs, Ottawa, Ontario, SCC.

NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS (NAMI) (2008), Assertive Community Treatment (ACT), consulté le 22 octobre 2008 à l'adresse : http://www.nami.org/Template.cfm?Section=ACT-TA_Center

NATIONS UNIES (1966). Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre.

NATIONS UNIES (1977). Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai. (http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/h_comp34_fr.htm).

NATIONS UNIES (1988). Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement, adopté par l'Assemblée générale dans sa résolution 43/173 du 9 décembre.

NATIONS UNIES (1990a). Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, adopté par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/111 du 14 décembre.

NATIONS UNIES (1990b). Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo), adopté par l'Assemblée générale dans sa résolution 45/110 du 14 décembre.

NATIONS UNIES (1991). Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale, adopté par l'Assemblée générale dans sa résolution 46/119 du 17 décembre.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001 - La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, l'auteur.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003). Mental health legislation & human rights, Genève, l'auteur.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005a). Mental health atlas: 2005, Genève, l'auteur.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005b). Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation : non à l'exclusion, oui aux soins, consulté à l'adresse : http://www.who.int/mental_health/policy/ouvrage_reference_mhleg.pdf.

PORPORINO, F. ET L. MOTIUK (1994). L'incarcération des délinquants ayant des problèmes de santé mentale (no R-33), Ottawa, Service correctionnel du Canada.

PRÉSENTATION AU CONSEIL DU TRÉSOR (2005). Renforcer l'Initiative de sécurité communautaire.

PROVINCE D'ALBERTA (2008). News Release: Budget 2008: The right plan for today & tomorrow, consulté à l'adresse : <http://alberta.ca/ACN/200804/233527746F053-9B11-FDEB-08ACEC186300DC0B.html>

PROVINCE DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE (2008). Nova Scotia Government Business Plan, consulté à l'adresse : <http://www.gov.ns.ca/finance/site-finance/media/finance/GovBusPlan.pdf>.

PROVINCE DE L'ONTARIO (2008). Budget de l'Ontario 2008 : pour un Ontario plus fort, consulté à l'adresse : <http://www.fin.gov.on.ca/french/budget/ontariobudgets/2008/index.html>

PROVINCE DU MANITOBA (2008). Discours du Budget 2008 du Manitoba, consulté à l'adresse : <http://www.gov.mb.ca/finance/budget08/speech/speech.fr.pdf>.

ROBERTS, E., J. CUMMINGS ET K. NELSON (2005). « A review of economic evaluations of community mental health care, Medical Care Research and Review, vol. 62, no 5, p. 503-543.

SAXENA, S., G. THORNICROFT, M. KNAPP ET H. WHITEFOOT (2007). « Resources for mental health: Scarcity, inequity, and inefficiency », The Lancet, vol. 370, p. 878-889.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (2002). Directive du Commissaire 850 : Services de santé mentale, Ottawa, l'auteur.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (2006). Rapport sur les plans et priorités 2006-2007, consulté à l'adresse : http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/0607/CSC-SCC/csc-scc02-fra.asp_-_2_6, Ottawa, l'auteur.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (2007). Rapport ministériel sur le rendement : 2006-2007, consulté à l'adresse : <http://www.tbs-sct.gc.ca/dpr-rmr/2006-2007/inst/pen/pen02-fra.asp> - s_2-1-2, Ottawa, l'auteur.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (2008a). Rapport sur les plans et priorités 2008-2009, <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2008-2009/inst/pen/pen00-fra.asp>, Ottawa, l'auteur.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (2008b). L'évolution de la population des délinquants sous responsabilité fédérale, Faits saillants 2008, Ottawa, Ontario, l'auteur.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (2008c). Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) Évaluation des résultats : rapport de mise en œuvre no 2, Centre psychiatrique régional (Prairies), l'auteur.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA (2008d). Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) Évaluation des résultats : rapport préliminaire de mise en œuvre, Centre psychiatrique régional (Prairies), l'auteur.

WOLFF, N. (2005). « Community reintegration of prisoners with mental illness: a social investment perspective », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 28, no 1, p. 43-58

Annexes

Annexe A: Initiative sur la santé mentale dans la collectivité – Tableau d'évaluation

Objectif de l'évaluation : Pertinence Mesure dans laquelle l'Initiative demeure pertinente par rapport aux priorités ministérielles et pangouvernementales et répond de façon tangible à des besoins réels.			
Question d'évaluation	Indicateur de rendement	Source	Responsable
1. Quel rôle l'amélioration de la Stratégie sur la santé mentale dans la collectivité du SCC joue au chapitre du logement et de la réinsertion sociale des délinquants dans la collectivité?	<ul style="list-style-type: none"> ● Harmonisation de l'Initiative à l'architecture des activités de programme du SCC (AAP) et aux priorités organisationnelles 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comparaison de l'AAP, des priorités organisationnelles, du profil de risque de l'organisation et des objectifs de l'Initiative ● Analyse documentaire 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'évaluation
2. Est-ce que la stratégie appuie les objectifs du gouvernement en matière de politique publique?	<ul style="list-style-type: none"> ● Analyse documentaire pour trouver les mentions d'appui du gouvernement à l'Initiative 	<ul style="list-style-type: none"> ● Principaux documents (p. ex., Discours du Trône de 2007, LSCMLC, priorités organisationnelles, profil de risque de l'organisation – le rapport Kirby, De l'ombre à la lumière, stratégie en santé mentale du gouvernement du Canada, budgets du gouvernement du Canada, documentation de l'Organisation mondiale de la santé, principaux documents de l'ISMC, Comité d'examen du SCC) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'évaluation
3. Le maintien de l'Initiative est-il justifié par un besoin?	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de délinquants qui ont profité de l'Initiative ● Nombre et profil de délinquants atteints de troubles mentaux 	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen des documents portant sur le changement du profil des délinquants 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'évaluation
4. L'ISMC cadre-t-elle avec les pratiques dans d'autres compétences?	<ul style="list-style-type: none"> ● Comparaison des coûts entre le SCC et d'autres compétences qui offrent des ressources spécialement destinées aux délinquants atteints de troubles mentaux libérés dans la collectivité 	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen de la documentation pertinente ● Examen en table ronde des pratiques des autres compétences et compétences provinciales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'évaluation

Objectif de l'évaluation : Mise en œuvre			
Mesure dans laquelle l'Initiative a été organisée ou déployée de manière à atteindre les buts et objectifs. Les questions de liens appropriés et logiques entre les activités, les extrants, les résultats et les résultats à long terme			
Question d'évaluation	Indicateur de rendement	Source	Responsable
1. L'Initiative a-t-elle été mise en œuvre comme prévu?	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen des problèmes et des pratiques exemplaires liés à la mise en œuvre à l'échelle nationale (c.-à-d., dotation, financement, etc.) ● Réponses au sondage auprès des informateurs clés trahissant la présence de problèmes liés à la mise en œuvre et au calendrier de prestation des services ● Établir un calendrier de mise en œuvre indiquant les problèmes et les pratiques exemplaires cernées en collaboration avec la direction des services de santé de l'AC 	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen du rapport de mise en œuvre du CPR ● Examen du modèle de mise en œuvre régional ● Sondage auprès des informateurs clés ● Consultation avec la direction des services de santé de l'AC 	<ul style="list-style-type: none"> ● Centre psychiatrique régional/Services de santé ● Direction de l'évaluation
2. Existe-t-il des limites opérationnelles ou des problèmes de mise en œuvre qui limitent la capacité de l'Initiative d'atteindre les objectifs ou les résultats prévus et escomptés?	<ul style="list-style-type: none"> ● Le rapport de mise en œuvre du CPR examine les dates de mise en œuvre, les extrants et le moment de l'intervention ● Le personnel peut fournir des précisions sur les réalisations de l'Initiative (p. ex., planification du congé, plans de soins dans la collectivité, services contractuels et moment de l'intervention) ● Établir un calendrier de mise en œuvre indiquant les problèmes et les pratiques exemplaires cernés en collaboration avec la direction des services de santé de l'AC 	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen du rapport de mise en œuvre du CPR ● Sondage auprès des informateurs clés ● Consultation avec la direction des services de santé de l'AC 	<ul style="list-style-type: none"> ● Centre psychiatrique régional/Services de santé ● Direction de l'évaluation
3. A-t-on réussi à identifier et à inclure dans l'Initiative les délinquants qui s'y prêtaient le mieux?	<ul style="list-style-type: none"> ● Pourcentage des délinquants qui satisfont aux critères d'admissibilité aux services de l'Initiative et qui étaient ciblés par l'Initiative 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rapports antérieurs la mise en œuvre et de mise en œuvre du CPR ● Sondage auprès des informateurs clés 	<ul style="list-style-type: none"> ● Centre psychiatrique régional/Services de santé ● Direction de l'évaluation

	<ul style="list-style-type: none"> ● Pourcentage des délinquants qui ont satisfait aux critères d'admissibilité aux services de l'Initiative et qui n'étaient pas ciblés par l'Initiative ● Perceptions des intervenants à l'égard de la pertinence de l'identification (c.-à-d., les critères d'admissibilité sont-ils appropriés?) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevues auprès des délinquants 	
4. Est-ce que les bureaux de libération conditionnelle sélectionnés pour l'ISMC reçoivent la majorité des délinquants atteints de troubles mentaux à la libération?	<ul style="list-style-type: none"> ● Les 16 unités opérationnelles dans la collectivité sélectionnées présentaient le pourcentage de délinquants le plus élevé dont l'indicateur à l'EID est « Actuellement reconnue comme ayant des troubles mentaux » ● L'examen des délinquants atteints de troubles mentaux libérés dans la collectivité par rapport à l'emplacement de la prestation des services (c.-à-d., les délinquants ayant reçu les services de planification du congé mais qui n'ont pas été libérés dans les bureaux de libération conditionnelle de l'ISMC) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Géo-cartographie de l'ensemble des lieux de libération dans la collectivité des délinquants atteints de troubles mentaux 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'évaluation
5. Les fonds ont-ils été dépensés comme prévu?	<ul style="list-style-type: none"> ● Établir un calendrier de mise en œuvre indiquant les problèmes et les pratiques exemplaires cernés en collaboration avec la direction des services de santé de l'AC ● Les dossiers et documents financiers, y compris le modèle de mise en œuvre régional et le Système intégré des finances et du matériel (SIFM) afin de cerner les écarts, les reports de fonds ou la réaffectation du financement 	<ul style="list-style-type: none"> ● Perceptions de la haute direction et des intervenants concernés par la mise en œuvre de l'Initiative ● Examen des documents et dossiers financiers ● Entrevues avec les informateurs clés 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'évaluation

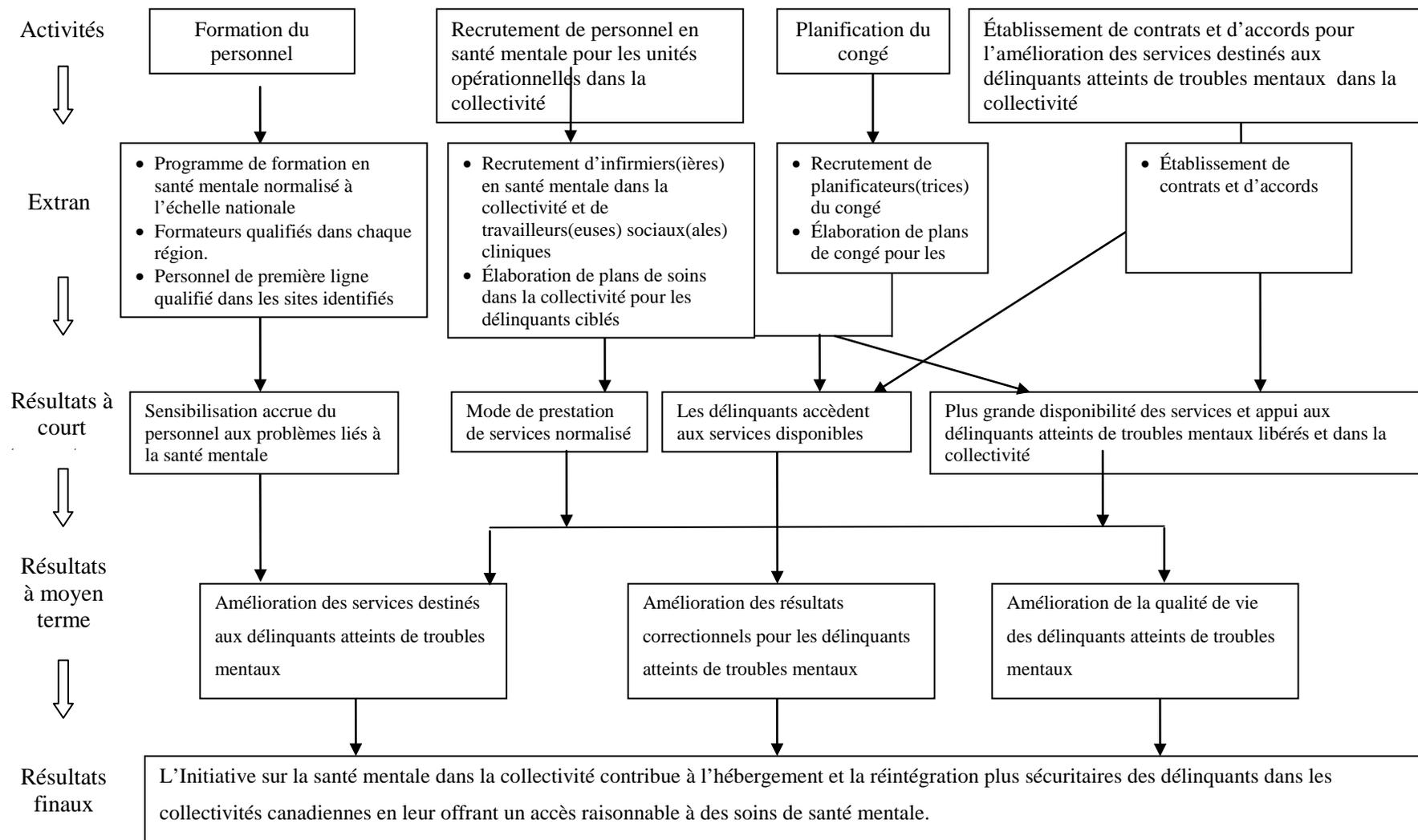
	<ul style="list-style-type: none"> ● Perceptions des principaux intervenants à l'égard des motifs sous-jacents aux écarts, aux reports de fonds ou à la réaffectation du financement 		
<p>Objectif de l'évaluation : Réussite Mesure dans laquelle l'Initiative réalise les résultats escomptés, les extrants et les objectifs par rapport aux ressources engagées</p>			
Question d'évaluation	Indicateur de rendement	Source	Responsable
Efficience			
<p>1. Dans quelle mesure l'ISMC a-t-elle permis d'atteindre les résultats escomptés de façon efficiente et en temps opportun : 1) formation; 2) planification du congé; 3) services dans la collectivité?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Des plans cliniques de congé ont été élaborés pour tous les délinquants qui satisfont aux critères et ils ont été mis en œuvre en temps voulu ● Nombre et types de contrats conclus avec les organismes communautaires en vue de fournir des services aux délinquants et exécutés en temps voulu ● Le nombre de membres du personnel affectés à l'ISMC est équivalent au nombre de postes réservés au départ à cette fin ● La formation sur la sensibilisation à la santé mentale a été dispensée dans tous les bureaux de libération conditionnelle désignés comme lieu de prestation de services de SSMC (nombre de membres du personnel formés, confiance accrue à l'égard de la capacité d'intervention auprès des délinquants atteints de troubles mentaux après la formation) ● Entrevues avec les informateurs clés au sujet de l'accroissement de la confiance en la capacité d'intervention auprès des 	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen des rapports postérieurs la mise en œuvre et de mise en œuvre du CPR ● Rapport sur la formation du personnel des SS ● Entrevues avec les informateurs clés provenant du personnel et des organismes de prestation de services contractuels 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'évaluation

	délinquants atteints de troubles mentaux après la formation		
Efficacité			
1. Dans quelle mesure le personnel est-il d'avantage sensibilisé aux problèmes de santé mentale?	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel s'est dit mieux renseigné au sujet des problèmes liés à la santé mentale après avoir reçu la formation et s'est dit mieux à même de gérer les besoins des délinquants atteints de troubles mentaux dans la collectivité 	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaires auprès des membres du personnel donnés avant et après la formation Résultats du sondage auprès des informateurs clés parmi ceux qui ont suivi la formation 	<ul style="list-style-type: none"> Services de santé Direction de l'évaluation
2. Dans quelle mesure y a-t-il eu une augmentation de la disponibilité des services et de l'accessibilité des délinquants à ceux-ci?	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de contrats et d'accords établis avec des organismes communautaires suite à l'Initiative Nombre de cas de renforcement des capacités dans les collectivités soumis suite à l'Initiative Perceptions des délinquants, du personnel et des intervenants quant à la capacité de répondre aux besoins des délinquants 	<ul style="list-style-type: none"> Sondage auprès du personnel et des intervenants dans la collectivité Entrevues auprès des délinquants Examen des rapports de mise en œuvre et postérieurs à la mise en œuvre du CPR Échelle pour la continuité des services de l'Alberta - santé mentale administrés après l'entrevue avec l'équipe d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Centre psychiatrique régional/Services de santé Direction de l'évaluation
3. Dans quelle mesure les efforts de renforcement des capacités de la collectivité ont-ils permis de répondre aux besoins des délinquants atteints de troubles mentaux graves?	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de renforcement des capacités de la collectivité soumis suite à l'Initiative Perceptions des délinquants, du personnel et des intervenants quant à la capacité de répondre aux besoins des délinquants 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des rapports de mise en œuvre et postérieurs à la mise en œuvre du CPR Sondage auprès du personnel et des intervenants dans la collectivité 	<ul style="list-style-type: none"> Centre psychiatrique régional/Services de santé Direction de l'évaluation
4. Dans quelle mesure l'Initiative a-t-elle amélioré les résultats correctionnels à court terme et à moyen terme?	<ul style="list-style-type: none"> Diminution des taux de révocation et de récidive Diminution des délinquants illégalement en liberté Augmentation de la durée de la libération dans la collectivité Augmentation des libérations discrétionnaires (uniquement 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des rapports de mise en œuvre et postérieurs à la mise en œuvre du CPR SGD, CIPC 	<ul style="list-style-type: none"> Centre psychiatrique régional/Services de santé Direction de l'évaluation

	applicable aux délinquants qui ont reçu les services de planification clinique du congé)		
5. Est-ce que l'Initiative a entraîné une amélioration de la qualité de vie des délinquants atteints de troubles mentaux?	<ul style="list-style-type: none"> ● Perceptions des délinquants et du personnel à savoir si l'Initiative a amélioré ou non la qualité de vie des délinquants ● L'outil d'évaluation de la qualité de vie a été utilisé à des intervalles de trois mois après la libération pour évaluer la perception des délinquants à l'égard de la qualité de vie, et après l'entrevue 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sondage auprès des informateurs clés ● Entrevues auprès des délinquants ● Données de mesure répétées à l'échelle de la qualité de vie tirées du rapport postérieur à la mise en œuvre du CPR. ● Administration de l'échelle de la qualité de vie après l'entrevue avec l'équipe d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Centre psychiatrique régional/Services de santé ● Direction de l'évaluation
Objectif de l'évaluation : Coût-efficacité Mesure dans laquelle l'Initiative est rentable			
Question d'évaluation	Indicateur de rendement	Source	Responsable
1. Quels sont les faits démontrant que l'Initiative est rentable?	<ul style="list-style-type: none"> ● Réussite des activités financées ● Économie de coût réalisée grâce à la prestation de services aux délinquants par l'entremise de l'Initiative par comparaison aux coûts liés à l'incarcération de ces délinquants dans un établissement régulier ou un ERT/CRT 	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen des rapports de mise en œuvre et postérieurs à la mise en œuvre du CPR ● Examen des données financières pour examiner les coûts de l'Initiative ● Base de données sur les coûts d'entretien d'un délinquant (CED) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Centre psychiatrique régional/Services de santé ● Direction de l'évaluation
2. Est-ce que les interventions du SCC sont efficaces par rapport au coût comparativement à d'autres compétences (c.-à-d., les provinces, autres pays)?	<ul style="list-style-type: none"> ● Comparaison des coûts entre le SCC et d'autres compétences qui offrent des ressources spécialement destinées aux délinquants atteints de troubles mentaux libérés dans la collectivité 	<ul style="list-style-type: none"> ● Examen de la documentation pertinente ● Examen en table ronde des pratiques d'autres compétences et des compétences provinciales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'évaluation
Objectif de l'évaluation : Conclusions imprévues Mesure dans laquelle l'Initiative génère des résultats positifs ou négatifs imprévus.			
Question d'évaluation	Indicateur de rendement	Source	Responsable
1. Cette initiative est-elle à l'origine d'autres incidences ou	<ul style="list-style-type: none"> ● Perceptions de la haute direction, du personnel, des 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sondage auprès du personnel et des intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'évaluation

effets?	délinquants, des intervenants communautaires au sujet d'incidences imprévues	communautaires <ul style="list-style-type: none">• Entrevues auprès des délinquants• Examen des documents et dossiers	
---------	--	--	--

Annexe B: Modèle logique de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité du SCC



Annexe C: Thèmes dégagés des questionnaires à réponses des questions d'entrevue

Notes générales :

- La présente annexe donne des renseignements sur les thèmes tirés des questions à réponses libres. Les réponses aux questions avec échelle d'évaluation et dichotomique (oui-non) ont été rapportées dans le corps du document.
- Les pourcentages ont été calculés en utilisant le nombre total de répondants ayant la possibilité de répondre à la question.
- Il est possible que les pourcentages ne totalisent pas 100 % puisque les différents thèmes ont été notés par les répondants individuels.
- Il est à noter que seules les réponses aux questions où se sont dégagés des thèmes clairs par rapport aux questions d'évaluation sont énumérées ici. Dans certains cas, certaines réponses ont été données par les personnes interrogées ou les répondants aux questionnaires où il ne s'en dégage clairement aucun thème en particulier. Ainsi, il est possible que certaines questions ne soient pas reproduites ici parce qu'aucun thème ne s'est dégagé clairement.

Thèmes dégagés du sondage auprès du personnel

Conception et mise en œuvre

Si certains délinquants n'ont pas reçu de services (si vous avez répondu 2-4 à la question B2), pourquoi (veuillez indiquer tous les éléments qui s'appliquent)? Autre réponse.

Thème	Personnel (<i>n</i> = 49)
Les renvois aux services n'étaient plus effectués/les répondants n'ont pas été recensés pour les services	18 (36,7 %)
Les renvois ont été effectués mais les services n'étaient pas disponibles (p. ex., poste non doté)	9 (18,4 %)
Les membres du personnel connaissaient mal les rôles et les responsabilités du personnel de l'ISMC/étaient non familiers avec les services offerts dans le cadre de l'ISMC (p. ex., ils n'avaient pas reçu suffisamment de renseignements au sujet de l'ISMC pour utiliser le service)	5 (10,2 %)

Veuillez expliquer pourquoi vous estimez que les délinquants ne se sont pas prévalus des services/interventions en santé mentale vers lesquels ils avaient été aiguillés

Thème	Personnel (<i>n</i> = 25)
-------	----------------------------

Les délinquants ne désiraient pas obtenir de services, estimaient qu'ils n'en avaient pas besoin ou ont refusé de recevoir le traitement	11 (44,0 %)
Manque de soutien/services dans la collectivité	5 (20,0 %)

Veillez expliquer pourquoi vous estimez que les délinquants n'ont pas été orientés vers des services communautaires pour bénéficier d'interventions en santé mentale

Thème	Personnel (n = 43)
Manque de services/ressources pour les délinquants	12 (27,9 %)
Le personnel connaissait mal ou pas les services de l'ISMC	6 (14,0 %)
Manque de communication/consultation avec le personnel de l'ISMC	4 (9,3 %)
Les services de l'ISMC n'étaient pas disponibles dans l'unité opérationnelle/le poste n'était pas doté de sorte qu'il n'a pas été possible d'effectuer les renvois	4 (9,3 %)
Les délinquants n'ont pas été recensés/les critères d'inclusion excluaient les délinquants qui n'avaient pas reçu de diagnostic	3 (7,0 %)

Selon les lignes directrices, les renvois aux services de planification du congé doivent avoir lieu dans les neuf mois précédant la date de libération prévue du délinquant. Si vous avez indiqué que l'objectif de neuf mois était inapproprié, veuillez justifier.

Thème	Personnel (n = 71)
Délai trop court (total) :	38 (55,5 %)
a) Déclaration générale voulant que le délai soit trop court (k=11)	
b) Besoin de plus de temps pour répondre/satisfaire aux besoins (k=10)	
c) Les listes d'attente des programmes peuvent être longues (k=3)	
d) Besoin de plus de temps pour établir un rapport (k=4)	
Délai trop long (total) :	22 (31,0 %)
a) Déclaration générale voulant que le délai soit trop long (k=9)	
b) Les besoins du délinquant changent au fil du temps (k=7)	
c) Les services n'ont pas pu être coordonnés suffisamment longtemps à l'avance/changement dans les services offerts ou la disponibilité de ceux-ci (k=6)	
Le processus devrait être amorcé à l'admission en établissement	8 (11,3 %)

Combien de mois avant la libération conviendrait-il d'amorcer les services de planification clinique du congé?

Thème	Personnel (n = 71)
0 à 4 mois	18 (25,4 %)
5 à 9 mois	14 (19,7 %)
10 à 14 mois	20 (28,2 %)
15 mois ou plus (maximum 2 ans)	9 (12,7 %)

Selon les lignes directrices, les renvois aux services de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité par les agents de libération conditionnelle dans la collectivité doivent avoir lieu dans les 24 heures suivant la libération du délinquant. Si vous estimez que ce délai est inapproprié, veuillez préciser pourquoi.

Thème	Personnel (n = 133)
D'autres tâches doivent être accomplies avant la libération/le renvoi doit avoir lieu avant la libération	49 (36,8 %)
Il faut plus de temps pour que les agents de libération conditionnelle achèvent les tâches requises (p. ex., veillent au continuum des soins, améliorent l'intégration, établissent des rapports; délai insuffisant)	36 (27,1 %)
Les conflits de l'emploi du temps du personnel ne permettent pas le renvoi à l'intérieur du délai prescrit (p. ex., libérations le vendredi/avant le week-end; ALC non disponible)	14 (10,5 %)
Commentaire général voulant que le délai soit irréaliste ou déraisonnable	10 (7,5 %)
Lacunes dans les services; retards/listes d'attente en ce qui a trait aux services ou aux rendez-vous	9 (6,8 %)

À quel moment doivent avoir lieu les renvois aux services de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité (p. ex., une semaine avant la libération, au moment de la libération, dans la semaine suivant la libération)?

Thème	Personnel (n = 133)
Avant la libération	59 (44,4 %)
Une semaine avant (k=25)	
Entre une et quatre semaines (k=17)	
Plus de quatre semaines (k = 5)	
Non précisé (k= 12)	
Dans la semaine suivant la libération	27 (20,3 %)

Entre une semaine après la libération et un mois

11 (8,3 %)

Si vous connaissez les mécanismes/procédures mis à la disposition des spécialistes de la santé mentale dans la collectivité pour faciliter la continuité des soins/services destinés aux délinquants après la fin de la peine (c.-à-d., après la DEM), veuillez les décrire et indiquer s'ils sont appropriés.

Thème	Personnel (n = 65)
Communication avec un fournisseur de services communautaires non gouvernemental ou renvoi à celui-ci (p. ex., Association canadienne pour la santé mentale, psychiatres, hôpitaux) avant la DEM pour s'assurer que les services sont disponibles par la suite	29 (44,6 %)
Communication avec les ministères/organismes gouvernementaux/renvoi à ceux-ci (p. ex., services de santé provinciaux, services sociaux)	10 (15,4 %)

Veuillez décrire toute suggestion pour faciliter la continuité des soins/des services après la peine

Thème	Personnel (n = 218)
Renvoyer les délinquants aux fournisseurs de services qui peuvent offrir des services après la DEM (p. ex., services de santé mentale provinciaux) ou organiser des rendez-vous/conférences de cas avec des organismes intervenant dans les soins après la DEM	46 (21,1 %)
Le personnel du SCC/de l'ISMC effectue le suivi à court terme, à long terme ou sur une base temporaire ou selon les besoins	19 (8,7 %)
Planification antérieure à la DEM (non spécifique)	12 (5,5 %)
Établir des partenariats/PE/accords/ententes d'échange d'information avec les fournisseurs de services (organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux) afin de fournir des services après la DEM	11 (5,0 %)

Résultats Imprévus

Selon vous, devrait-on apporter des modifications à l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité pour améliorer les résultats correctionnels des délinquants qui participent à l'Initiative? Si oui, veuillez expliquer brièvement.

Thème	Personnel (n = 212)
Problèmes liés à la dotation :	46 (21,7 %)
a) Commentaire général voulant une augmentation du personnel (k=9)	
b) Recruter un plus grand nombre de planificateurs(trices) du congé (k=9)	
c) Recruter un plus grand nombre de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité (c.-à-d., infirmiers(ières) et travailleurs(euses) sociaux(ales) cliniques) (k=8)	
d) Recruter plus de psychologues/psychiatres (k=7)	
e) Augmenter le recrutement et le maintien en poste du personnel qualifié (p. ex., postes permanents plutôt que postes contractuels; rémunération concurrentielle) (k=13)	
Améliorer les communications, l'échange d'information et la collaboration entre le personnel des établissements et le personnel dans la collectivité (p. ex., personnel en établissement et en santé mentale)	43 (20,3 %)
Amélioration des services	31 (14,6 %)
a) Augmenter le financement/les ressources (non spécifique) (k=19)	
b) Étendre les services de l'ISMC à d'autres régions/à des régions rurales (k=12)	
Offrir de la formation générale en santé mentale, ou améliorer celle existante, à l'intention des membres du personnel du SCC (p. ex., pour que les membres du personnel puissent repérer les symptômes de troubles mentaux; réduire la stigmatisation, accroître la sensibilisation)	29 (13,7 %)
Établir des partenariats et des contrats avec les fournisseurs de soins en santé mentale dans la collectivité et d'autres organismes de prestation de services	23 (10,8 %)
Offrir de la formation/des séances d'information/des ateliers au sujet de l'ISMC (p. ex., rôles et responsabilités du personnel de l'ISMC)	18 (8,5 %)
Les critères d'inclusion sont trop contraignants; les délinquants atteints de troubles mentaux n'ayant pas de diagnostic mais qui ont besoin de soins en santé mentale n'ont pas accès aux services/ressources requis	12 (5,7 %)
Il est nécessaire d'offrir des services de PCC après la DEM pour s'assurer que les délinquants ont accès à des services après l'expiration du mandat	12 (5,7 %)
Renvois en temps plus opportun/plus tôt vers des services de planification du congé	12 (5,7 %)
Changements dans les pratiques en matière de rapport (p. ex., diminution des travaux d'écriture, diminution des répétitions dans les rapports)	7 (3,3 %)

Veillez décrire les leçons retenues et les pratiques exemplaires au chapitre de la mise en œuvre de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité

Thème	Personnel (n = 526)
Amélioration de la communication et de la collaboration entre les parties intervenant dans la gestion de cas des délinquants	32 (6,1 %)
La dotation s'est avérée un processus fastidieux (p. ex., dotation en temps opportun, clarté des rôles et descriptions de travail)	15 (2,9 %)
Services destinés aux populations spéciales (p. ex., délinquants de sexe féminin et Autochtones et délinquants présentant l'ETCAF) et dans les régions rurales doivent être améliorés/multipliés	13 (2,5 %)
Les services de planification du congé doivent être amorcés plus tôt dans le processus et doivent mobiliser le personnel dans la collectivité	12 (2,3 %)
Offrir de la formation/des ateliers au sujet de l'ISMC (p. ex., services offerts, rôles et responsabilités)	11 (2,1 %)
La formation et la sensibilisation aux troubles mentaux sont un aspect important/le personnel doit être formé et renseigné	11 (2,1 %)
Besoin d'établir des réseaux/de renforcer les capacités dans les collectivités	9 (1,7 %)
Consulter le personnel de première ligne sur la conception des programmes	6 (1,1 %)
Trop de travaux d'écriture; les travaux d'écriture sont répétitifs/prennent du temps qui aurait été plus judicieux de consacrer à la prestation des services; revoir le format des rapports pour faciliter la gestion/communication des cas	6 (1,1 %)
Importance d'offrir le suivi	6 (1,1 %)
Établir les relations avec les délinquants (p. ex., défense des intérêts, rapport)	5 (1,0 %)

Souhaitez-vous ajouter d'autres éléments?

Thème	Personnel (n = 526)
Échange d'information/communication entre les intervenants concernés par la gestion des délinquants atteints de troubles mentaux (p. ex., ALC, ESME, ISMC, fournisseurs de services); conférence de cas/approche d'équipe	24 (4,6 %)
Éducation/formation en santé mentale pour les membres du personnel du SCC (k=17)	23 (4,4 %)
a) Agents correctionnels (k=1)	
b) Autre personnel en établissement (k=1)	
c) Formation polyvalente (k=4)	
Augmentation du financement/des ressources dans la collectivité (y compris de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité); augmentation des capacités dans les collectivités /collaboration avec les fournisseurs de services dans la	19 (3,6 %)

collectivité

Les programmes doivent être maintenus, financés, étendus, multipliés dans d'autres unités opérationnelles	18 (3,4 %)
Difficultés de dotation (p. ex., postes non dotés, retard, postes permanents)	13 (2,5 %)
Augmentation des ressources en santé mentale et des services dans les établissements	13(2,5 %)
Formation/atelier sur l'ISMC (p. ex., services fournis, rôles et responsabilités, procédures)	9 (1,7 %)

Thèmes se dégageant des entrevues avec les délinquants

Expérience Globale

Selon vous, estimez-vous que les services que vous avez reçus dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité vous ont aidé à mieux vivre dans la collectivité?

Thème	Délinquants (n=33)
Négatif	
---	---
Positif	
Le personnel m'a aidé à accéder à des services spécifiques (p. ex., logement, counselling, programmes)	4 (12,1 %)
Le personnel a fourni du soutien/de la surveillance (non spécifique)	9 (27,3 %)

Quel a été l'aspect le plus utile de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité?

Thème	Délinquants (n=33)
Le personnel a fourni du soutien (non spécifique)	18 (54,5 %)
Les membres du personnel m'ont aidé à accéder à des médicaments/de l'information sur les médicaments	7 (21,2 %)
Les membres du personnel m'ont aidé à répondre à mes besoins fondamentaux (p. ex., logement, transport, pièces d'identité)	6 (18,2 %)

Dans l'ensemble, dans quelle mesure estimez-vous que tous les services requis ont été mis à votre disposition quand vous avez atteint la fin de votre peine?

Thème	Délinquants (n = 33)
Les services requis étaient en place	7 (21,2 %)
Préoccupation relative à l'accès aux services après l'expiration du mandat (DEM)	5 (15,2 %)

Recommanderiez-vous à un ami les services que vous avez reçus dans le cadre de l'Initiative sur la santé mentale dans la collectivité?

Thème	Délinquants (n=33)
Oui	
Peuvent être profitables/utiles (non spécifique)	15 (45,5 %)
L'ISMC facilite l'accès aux services (p. ex., plus rapide, moins stressant)	5 (15,2 %)

Thèmes se dégageant des sondages auprès des fournisseurs de services dans la collectivité

Pertinence

Précisez un autre besoin auquel répond votre organisation

Thème	Fournisseurs de services communautaires (n = 6)
Soutien personnel (p. ex., offrir de l'aide pour l'acquisition d'habiletés en matière d'organisation personnelle et de soins personnels)	4 (67 %)

Conception et Mise en Oeuvre

Expliquez pourquoi vous estimez que les bons délinquants n'ont PAS été identifiés

Thème	Fournisseurs de services communautaires (n = 3)
Les critères d'inclusion/les exigences relatives aux diagnostics excluent les délinquants qui ont quand même besoin d'aide	3 (100 %)

Décrivez les stratégies qui pourraient être utiles pour éliminer les obstacles à la mise en œuvre

Thème	Fournisseurs de services communautaires (n = 14)
Amélioration des communications entre le personnel de gestion de cas et les fournisseurs de services dans la collectivité (p. ex., favoriser la participation des fournisseurs de services aux réunions de gestion de cas)	4 (29 %)

Réussite

Décrivez le processus qui intervient pour assurer la continuité des services offerts aux délinquants sous responsabilité fédérale après la DEM

Thème	Fournisseurs de services communautaires (n = 10)
Demande au besoin/selon le cas	6 (60 %)
Renvoi à d'autres fournisseurs de services	2 (20 %)

Décrivez les changements apportés aux services fournis aux délinquants sous responsabilité fédérale au terme de leur mandat de surveillance dans la collectivité

Thème	Fournisseurs de services communautaires (n = 5)
Le SCC ne finance pas les services offerts après la DEM	3 (60 %)

Résultats Imprévus

Décrivez les changements qu'il serait possible d'apporter à l'ISMC pour améliorer les résultats correctionnels des délinquants participant à l'ISMC

Thème	Fournisseurs de services communautaires (n = 14)
Augmentation du financement/des services	4 (29 %)
S'assurer que les services demeurent disponibles après la DEM	2 (14 %)

Décrivez les changements qu'il serait possible d'apporter à l'ISMC afin d'améliorer les résultats en santé mentale des délinquants participant à l'ISMC

Thème	Fournisseurs de services communautaires (n = 14)
Augmentation du financement/des services	3 (21 %)
Participation accrue de la part des fournisseurs de services dans la collectivité aux réunions de gestion de cas	2 (14 %)

Décrivez les leçons retenues et les pratiques exemplaires au chapitre de la mise en œuvre de l'ISMC

Thème	Fournisseurs de services communautaires (n = 14)
Approche d'équipe à l'égard de la gestion des délinquants	6 (43 %)

Annexe D: Profils des délinquants orientés vers des services tirés du rapport N° 2 de mise en œuvre produit par le CPR

Tableau D1 : Profil de tous les délinquants orientés vers des services de PCC par région

NATIONAL (N = 242)	ATLANTIQUE (N = 55)	ONTARIO (N = 9)	PACIFIQUE (N = 38)	PRAIRIES (N = 125)	QUÉBEC (N = 15)	
Variables démographiques						
Âge au renvoi – années	33,8	33,2	40,7	36,2	32,3	37,4
% (n) Sexe – masculin	86 (208)	75 (41)	100 (9)	87 (33)	89 (111)	93 (14)
% (n) Race – Autochtones	35 (85)	9 (5)	11 (1)	40 (15)	50 (63)	7 (1)
% (n) Manquant	1 (3)	2 (1)	0	0	2 (2)	0
Variables relatives aux antécédents criminels et aux risques						
% (n) Alertes/indicateurs/besoins immédiats – Oui	71 (172)	76 (42)	100 (9)	53 (20)	74 (92)	60 (9)
% (n) Données manquantes	13 (32)	9 (5)	0	11 (4)	16 (20)	20 (3)
Potentiel de réinsertion						
% (n) Élevé	10 (25)	20 (11)	0	3 (1)	9 (11)	13 (2)
% (n) Moyen	31 (74)	38 (21)	56 (5)	26 (10)	29 (36)	13 (2)
% (n) Faible	48 (115)	35 (19)	33 (3)	61 (23)	50 (62)	53 (8)
% (n) Données manquantes	12 (28)	7 (4)	11 (1)	11 (4)	13 (16)	20 (3)
Type d'infraction						
% (n) Visée par l'annexe I	66 (159)	62 (34)	67 (6)	68 (26)	66 (82)	73 (11)
Visée par une loi provinciale	0,4 (1)	2 (1)	0	0	0	0
% (n) Visée par l'annexe II	7 (16)	11 (6)	0	3 (1)	6 (8)	7 (1)
Visée par une loi provinciale	0,4 (1)	2 (1)	0	0	0	0
% (n) Autres	27 (65)	24 (13)	33 (3)	29 (11)	28 (35)	20 (3)
% (n) Délinquants dangereux ou condamnés à perpétuité	14 (34)	0	0	0	27 (34)	0
Durée moyenne de la peine – années	3,9	3,9	3,7	4,3	3,8	3,7
Cote de sécurité du délinquant						
% (n) Maximale	23 (55)	26 (14)	0	50 (19)	15 (19)	20 (3)
% (n) Moyenne	54 (130)	53 (29)	100 (9)	50 (19)	52 (65)	53 (8)
% (n) Minimale	13 (31)	18 (10)	0	0	16 (20)	7 (1)

% (n) Données manquantes	11 (26)	4 (2)	0	0	17 (21)	20 (3)
Critères d'admissibilité à l'ISMC						
% (n) Troubles mentaux graves*	62 (149)	67 (37)	78 (7)	66 (25)	63 (79)	7 (1)
% (n) Schizophrénie/autres troubles psychotiques	18 (44)	7 (4)	22 (2)	13 (5)	26 (33)	0
% (n) Troubles de l'humeur	36 (86)	27 (15)	56 (5)	53 (20)	36 (45)	7 (1)
% (n) Autres (p. ex., TSPC, TOC)	19 (46)	42 (23)	0	13 (5)	14 (18)	0
% (n) TP avec déficience fonctionnelle	18 (44)	27 (15)	11 (1)	50 (19)	6 (8)	7 (1)
% (n) Lésions cérébrales acquises/dysfonctions cérébrales organiques	16 (39)	9 (5)	0	21 (8)	21 (26)	0
% (n) Déficience développementale/intellectuelle	9 (21)	11 (6)	11 (1)	5 (2)	10 (12)	0
% (n) Antécédents de toxicomanie	69 (166)	55 (30)	67 (6)	79 (30)	79 (99)	7 (1)

*Note : Les catégories de troubles mentaux graves ne totalisent pas 100 % en raison de la co-morbidité.

Tableau D2 : Profil de tous les délinquants orientés vers des services de SSMC par région

	NATIONAL (N = 288)	ATLANTIQUE (N = 76)	ONTARIO (N = 53)	PACIFIQUE (N = 59)	PRAIRIES (N = 86)	QUÉBEC (N = 14)
Variables démographiques						
Âge au renvoi – années	36,5	35,6	40,2	36,5	34,7	38,0
% (n) Sexe – masculin	85 (246)	78 (59)	98 (52)	85 (50)	85 (73)	86 (12)
% (n) Race – Autochtones	23 (66)	3 (2)	25 (13)	29 (17)	40 (34)	0
Variables relatives aux antécédents criminels et aux risques						
% (n) Alertes/indicateurs/besoins immédiats – Oui	71 (203)	68 (52)	81 (43)	78 (46)	59 (51)	79 (11)
% (n) Données manquantes	9 (25)	8 (6)	13 (7)	2 (1)	9 (8)	21 (3)
Potentiel de réinsertion						
% (n) Élevé	17 (49)	22 (17)	4 (2)	17 (10)	22 (19)	7 (1)
% (n) Moyen	41 (117)	42 (32)	23 (12)	51 (30)	42 (36)	50 (7)
% (n) Faible	36 (103)	30 (23)	74 (39)	29 (17)	22 (19)	36 (5)
% (n) Données manquantes	7 (19)	5 (4)	0	3 (2)	14 (12)	7 (1)
Type d'infraction						
% (n) Visée par l'annexe I	63 (182)	63 (48)	77 (41)	54 (32)	56 (48)	93 (13)
Visée par une loi provinciale	1 (3)	0	0	5 (3)	0	0
% (n) Visée par l'annexe II	7 (19)	5 (4)	0	8 (5)	11 (9)	7 (1)
% (n) Autres	28 (80)	32 (24)	23 (12)	32 (19)	29 (25)	0
% (n) Données manquantes	1 (4)	0	0	0	5 (4)	0
% (n) Délinquants dangereux ou condamnés à perpétuité	8 (24)	0	0	12 (7)	19 (16)	7 (1)
Durée moyenne de la peine – années	5,1	3,8	3,6	6,9	5,6	6,3
Cote de sécurité du délinquant						
% (n) Maximale	12 (35)	18 (14)	19 (10)	10 (6)	5 (4)	7 (1)
% (n) Moyenne	61 (175)	50 (38)	70 (37)	64 (38)	61 (52)	71 (10)
% (n) Minimale	19 (55)	26 (20)	8 (4)	15 (9)	22 (19)	21 (3)
% (n) Provinciale	1 (3)	1 (1)	0	3 (2)	0	0
% (n) Données manquantes	7 (20)	4 (3)	4 (2)	7 (4)	13 (11)	0
Critères d'admissibilité à l'ISMC						
% (n) Troubles mentaux graves*	60 (174)	70 (53)	47 (25)	61 (36)	59 (51)	64 (9)

% (n) Schizophrénie/autres troubles psychotiques	18 (51)	5 (4)	25 (13)	24 (14)	19 (16)	29 (4)
% (n) Troubles de l'humeur	29 (84)	41 (31)	19 (10)	31 (18)	26 (22)	21 (3)
% (n) Autres (p. ex., TSPC, TOC)	21 (60)	34 (26)	6 (3)	14 (8)	24 (21)	14 (2)
% (n) TP avec déficience fonctionnelle	15 (42)	17 (13)	15 (8)	12 (7)	15 (13)	7 (1)
% (n) Données manquantes	0,3 (1)	0	0	0	0	7 (1)
% (n) Lésions cérébrales acquises/dysfonctions cérébrales organiques	15 (43)	12 (9)	8 (4)	25 (15)	17 (15)	0
% (n) Déficience développementale/intellectuelle	10 (29)	13 (10)	17 (9)	7 (4)	7 (6)	0
% (n) Antécédents de toxicomanie	74 (213)	80 (61)	62 (33)	78 (46)	76 (65)	57 (8)

Tableau D3 : Nombre, état et pertinence des renvois de l'ISMC aux services de PCC par race et genre

	Total	Par race			Par genre	
		Autochtones	Non autochtones	Données manquantes	Hommes	Femmes
Nombre total de renvois	530	151	376	3	454	76
Planification clinique du congé (PCC)						
Nombre de renvois	242	85	154	3	208	34
% (n) acceptés	73 (176)	78 (66)	70 (108)	67 (2)	72 (149)	79 (27)
% (n) commencement à un mois*	80 (141)	79 (52)	81 (88)	50 (1)	78 (116)	93 (25)
% (n) liste d'attente	14 (25)	18 (12)	11 (12)	50 (1)	16 (24)	4 (1)
% (n) données manquantes	6 (10)	3 (2)	7 (8)	0	6 (9)	4 (1)
% (n) non acceptés	14 (34)	12 (10)	15 (23)	33 (1)	15 (31)	9 (3)
% (n) ne satisfait pas aux critères	47 (16)	60 (6)	39 (9)	100 (1)	52 (16)	0
% (n) refus de la part du délinquant	12 (4)	20 (2)	9 (2)	0	13 (4)	0
% (n) ressources disponibles à destination	3 (1)	0	4 (1)	0	3 (1)	0
% (n) cour délai	32 (11)	10 (1)	43 (10)	0	26 (8)	100 (3)
% (n) soutien disponible dans la collectivité	3 (1)	0	4 (1)	0	3 (1)	0
% (n) remise sous surveillance à la libération	3 (1)	10 (1)	0	0	3 (1)	0
% (n) données manquantes	13 (32)	11 (9)	15 (23)	0	14 (28)	12 (4)
Délai moyen avant la libération prévue au moment du renvoi – mois (n)	5,0 (239)	5,6 (84)	4,7 (152)	4,9 (3)	5,3 (205)	3,6 (34)

*Comprend les catégories « Commencement le plus tôt possible », « Commencé » et « Commencement prévu à l'intérieur d'un mois ».

Tableau D4 : Nombre et état des renvois de l'ISMC aux services de SSMC par race et genre

	Total	Par race		Par genre	
		Autochtones	Non autochtones	Hommes	Femmes
Services de spécialistes de la santé mentale dans la collectivité (SSMC)					
Nombre de renvois	288	66	222	246	42
% (n) acceptés	66 (190)	68 (45)	65 (145)	66 (162)	67 (28)
% (n) commencement à un mois*	75 (143)	71 (32)	77 (111)	74 (120)	82 (23)
% (n) liste d'attente	5 (9)	2 (1)	6 (8)	5 (8)	4 (1)
% (n) délinquant illégalement en liberté	0.5 (1)	2 (1)	0	1 (1)	0
% (n) Données manquantes	20 (37)	24 (11)	18 (26)	20 (33)	14 (4)
% (n) non acceptés	20 (57)	24 (16)	18 (41)	21 (51)	14 (6)
% (n) ne satisfait pas aux critères	42 (24)	31 (5)	46 (19)	45 (23)	17 (1)
% (n) refus de la part du délinquant	14 (8)	25 (4)	10 (4)	16 (8)	0
% (n) délinquant illégalement en liberté	7 (4)	19 (3)	2 (1)	4 (2)	33 (2)
% (n) autres	33 (19)	25 (4)	37 (15)	33 (17)	33 (2)
% (n) données manquantes	4 (2)	0	5 (2)	2 (1)	17 (1)
% (n) en instance	0.3 (1)	0	0.5 (1)	0.4 (1)	0
% (n) données manquantes	14 (40)	8 (5)	16 (35)	13 (32)	19 (8)

Annexe E: Formation sur la santé mentale : mesures et résultats

Tableau a : Pourcentage des participants ayant connu une amélioration relative entre l'administration du questionnaire avant et après la formation.

	Même note au questionnaire après la formation (amélioration possible)	Même note au questionnaire après la formation (amélioration non possible)	Meilleure note que l'évaluation avant la formation
L'axe I du DSM IV est utilisé pour classer quels genres de troubles médicaux? (1 point)	4,87 % (n = 30)	69,48 % (n = 428)	19,8 % (n = 122)
Énumérez trois symptômes positifs de schizophrénie. (3 points)	4,55 % (n = 28)	16,23 % (n = 100)	76,3 % (n = 470)
En règle générale, les délinquants atteints de troubles mentaux sont plus violents que les délinquants qui n'ont pas de troubles mentaux. (1 point)	1,95 % (n = 12)	81,01 % (n = 499)	14,0 % (n = 86)
Expliquez en quoi le modèle de récupération diffère du modèle médical. (1 point)	16,23 % (n = 100)	25,97 % (n = 160)	55,5 % (n = 342)
Énumérez deux traitements pour le trouble bipolaire. (2 points)	2,27 % (n = 14)	58,76 % (n = 362)	33,2 % (n = 204)
En Amérique du Nord, les troubles mentaux sont classés à l'aide d'un guide intitulé le _____ . (1 point)	3,41 % (n = 21)	71,75 % (n = 442)	24,7 % (n = 152)
Une tendance à l'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et des affects et une impulsivité marquée sont les principales caractéristiques de quel trouble de la personnalité? (1 point)	7,80 % (n = 48)	65,20 % (n = 401)	23,1 % (n = 142)
Nommez les trois principaux effets secondaires possibles des médicaments psychotropes. (3 points)	8,12 % (n = 50)	28,08 % (n = 173)	55,5 % (n = 342)
Nommez trois stratégies efficaces pour intervenir auprès d'un délinquant atteint de TCAF. (3 points)	10,88 % (n = 67)	18,83 % (n = 116)	65,8 % (n = 405)
Les taux de suicide chez les délinquants sont semblables à ceux dans la population générale. (1 points)	1,79 % (n = 11)	76,62 % (n = 472)	17,2 % (n = 106)
Note totale	3,73 % (n = 23)	0,16 % (n = 1)	93,18 % (n = 574)

Note : On a aussi calculé le pourcentage de participants ayant obtenu une note inférieure au questionnaire après la formation par rapport à la note obtenue à ce questionnaire avant la formation. Les valeurs suivantes correspondent à chaque question : 5,4 % (n= 29), 2,8 % (n= 16), 3,0 % (n= 16), 2,0 % (n= 11), 6,5 % (n= 35), 0,2 % (n= 1), 3,9 % (n= 21), 8,9 % (n= 48), 5,0 % (n= 27), 3,7 % (n= 20). Il est à noter que plusieurs facteurs peuvent expliquer l'obtention de note inférieure au questionnaire après la formation, notamment, les critères de notation contraignants utilisés pour assurer l'uniformité des données; le fait que la clé de correction provienne de la sélection des réponses dans le guide du participant et qu'elle ne couvre pas toutes les réponses possibles. La notation aux évaluations a été effectuée par le personnel non clinique à l'AC (non pas par les formateurs), qui ne connaissaient pas les autres «

réponses correctes » dont il a été question pendant la formation mais qui n'ont pas été incluses dans le guide de notation.

Tableau b : Notes de l'autoévaluation de la compétence avant et après la formation

Question	Programme de formation	Pointage moyen avant la formation	Pointage moyen après la formation	Écart
Je possède les connaissances nécessaires pour travailler efficacement avec les délinquants souffrant de troubles mentaux.	Tous (<i>n</i> = 588)	3,74	5,13	1,39**
	Général (<i>n</i> = 396)	3,60	5,01	1,41**
	Femmes (<i>n</i> = 133)	3,77	5,20	1,43**
	Formation du formateur (<i>n</i> = 59)	4,54	5,76	1,22**
Je possède les compétences et les aptitudes nécessaires pour travailler efficacement avec les délinquants souffrant de troubles mentaux.	Tous (<i>n</i> = 587)	3,92	5,04	1,12**
	Général (<i>n</i> = 395)	3,79	4,94	1,15**
	Femmes (<i>n</i> = 133)	3,99	5,08	1,08**
	Formation du formateur (<i>n</i> = 59)	4,64	5,59	0,95**
Je suis certain que mon approche du travail avec les délinquants souffrant de troubles mentaux est fondée sur les « réalités » des troubles mentaux plutôt que sur des « mythes ».	Tous (<i>n</i> = 585)	4,36	5,56	1,20**
	Général (<i>n</i> = 394)	4,24	5,41	1,17**
	Femmes (<i>n</i> = 132)	4,45	5,75	1,30**
	Formation du formateur (<i>n</i> = 59)	5,00	6,12	1,12**
J'ai reçu la formation nécessaire pour me préparer à travailler avec les délinquants souffrant de troubles mentaux.	Tous (<i>n</i> = 586)	3,29	5,09	1,80**
	Général (<i>n</i> = 394)	3,13	4,98	1,85**
	Femmes (<i>n</i> = 133)	3,41	5,14	1,74**
	Formation du formateur (<i>n</i> = 59)	4,10	5,73	1,63**
Je suis informé des textes législatifs et des initiatives du SCC qui ont une incidence sur ma capacité de travailler avec les délinquants souffrant de troubles mentaux.	Tous (<i>n</i> = 579)	3,45	5,27	1,82**
	Général (<i>n</i> = 388)	3,37	5,30	1,93**
	Femmes (<i>n</i> = 132)	3,33	5,10	1,77**
	Formation du formateur (<i>n</i> = 59)	4,25	5,42	1,17**
Je suis au courant des facteurs particuliers à prendre en considération pour travailler avec les populations spéciales (délinquantes et délinquants autochtones).	Tous (<i>n</i> = 583)	4,17	5,15	0,98**
	Général (<i>n</i> = 393)	4,07	5,03	0,96**
	Femmes (<i>n</i> = 132)	4,35	5,47	1,12**
	Formation du formateur (<i>n</i> = 58)	4,47	5,28	0,81*
Je possède les compétences nécessaires pour reconnaître les symptômes qui révèlent la nécessité de demander l'intervention d'un spécialiste de la santé mentale.	Tous (<i>n</i> = 585)	4,46	5,47	1,01**
	Général (<i>n</i> = 393)	4,29	5,32	1,03**
	Femmes (<i>n</i> = 133)	4,71	5,66	0,95**
	Formation du formateur (<i>n</i> = 59)	4,97	6,03	1,07**
Je peux appuyer les délinquants souffrant de troubles mentaux en consultant les spécialistes de la santé mentale, les ressources communautaires et les familles et en collaborant avec ceux-ci.	Tous (<i>n</i> = 582)	4,91	5,59	0,67**
	Général (<i>n</i> = 390)	4,81	5,47	0,66**
	Femmes (<i>n</i> = 133)	4,98	5,70	0,72**
	Formation du formateur (<i>n</i> = 59)	5,46	6,12	0,66*

p* < .01, *p* < .001

Annexe F: Récidive – Données et analyses supplémentaires

Statistiques descriptives

Tableau a : Statistiques sommaires sur la suspension et la révocation

Suspension et révocation	PCC (n =53)	SSMC (n = 79)	Groupe témoin (n =95)
	Moyenne (Écart-type)		
Durée du suivi surveillé (en mois) a	6,4(2,9)*	8,4(3,8)*	14,0(9,9)
Délai avant la première suspension (en mois) b	0,9(1,1)	2,5(2,2)	2,4 (3,3)
Délai avant la première révocation (en mois) b	3,8(1,5)	5,1(1,8)	5,5(3,6)
	n (%)		
Nombre de délinquants libérés avec surveillance dans la collectivité a	43	79	80
Libération suspendue	31(72,1 %)	46(58,2 %)	58(72,5 %)
Libération révoquée	20(46,5 %)	19(24,1 %)	45(56,2 %)
Révocation sans accusation/infraction c	14(70,0 %)	14(73,7 %)	34(75,6 %)
Révocation avec accusation/infraction c	6(30,0 %)	5(26,3 %)	11(24,4 %)

Notes :

- 1) Tableau reproduit du document du SCC (2008, octobre), Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) Résultats des évaluations : Rapport préliminaire après la mise en œuvre, p. 19.
- 2) a Le résultat du suivi est obtenu de la façon suivante : 1) groupe ayant reçu les services de PCC - 1re libération suivant le plus récent renvoi à des services de PCC, 2) groupe ayant reçu les services de SSMC - libération la plus près de la date de renvoi si la libération est antérieure à la date de renvoi, la date de renvoi est utilisée, 3) groupe témoin – 1re libération suivant la 1re date d’admissibilité entre 2003 et 2005.
- 3) b La moyenne du délai avant la première suspension et révocation est calculée en fonction du nombre de personnes dont la libération a été suspendue ou révoquée.
- 4) c Le pourcentage est calculé en fonction du nombre de délinquants dont la libération a été révoquée.

Tableau b : Résultats correctionnels pour les groupes ayant reçu les services de PCC, de SSMC et le groupe témoin de l’ISMC par genre

	Renvois acceptés aux services de PCC (n = 53)		Renvois acceptés aux services de SSMC (n = 79)		Groupe témoin de l’ISMC (n = 95)	
	Hommes (n = 42)	Femmes (n = 11)	Hommes (n = 64)	Femmes (n = 15)	Hommes (n = 85)	Femmes (n = 10)
Suspensions et révocations						
Durée du suivi surveillé (en mois) ‡	6,1(3,0)	7,9(2,2)	8,5(3,9)	7,9(3,6)	14,4(10,4)	11,3(5,1)
Délai avant la première suspension (en mois) †	0,9(1,1)	1,3(1,0)	2,5(2,4)	2,7(1,4)	2,6(3,5)	1,1(1,1)
Délai avant la première révocation (en mois) †	3,7(1,6)	4,2(0,7)	5,0(1,9)	5,8(0,9)	5,5(3,8)	5,3(1,7)

	Nombre (%)					
	35	8	64	15	71	9
Nombre de délinquants en libération supervisée pendant le suivi ‡:						
Libération suspendue	26(74,3 %)	5(62,5 %)	38(59,4 %)	8(53,3 %)	50(70,4 %)	8(88,9 %)
Libération révoquée	18(51,4 %)	2(25,0 %)	16(25,0 %)	3(20,0 %)	39(54,9 %)	6(66,7 %)
Révocation sans accusation/infraction ††	12(66,7 %)	2(100 %)	12(75,0 %)	2(66,7 %)	29(74,4 %)	5(83,3 %)
Révocation avec accusation/infraction ††	6(33,3 %)	0(0 %)	4(25,0 %)	1(33,3 %)	10(25,6 %)	1(16,7 %)

Notes :

1) Le tableau est reproduit du tableau 3 du document SCC (2008, octobre), intitulé : *Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) Résultats des évaluations : Rapport préliminaire après la mise en œuvre*, p.19.

2) ‡ Le résultat du suivi est obtenu de la façon suivante : 1) groupe ayant reçu les services de PCC - 1^{re} libération suivant le plus récent renvoi à des services de PCC, 2) groupe ayant reçu les services de SSMC - libération la plus près de la date de renvoi si la libération est antérieure à la date de renvoi, la date de renvoi est utilisée, 3) groupe témoin – 1^{re} libération suivant la 1^{re} date d'admissibilité entre 2003 et 2005. † La moyenne du délai avant la première suspension et révocation est calculée en fonction du nombre de personnes dont la libération a été suspendue ou révoquée. †† Le pourcentage est calculé en fonction du nombre de délinquants dont la libération a été révoquée.

Tableau c : Résultats correctionnels pour les groupes ayant reçu les services de PCC, de SSMC et le groupe témoin de l'ISMC par race

	Renvois acceptés aux services de PCC (n = 53)		Renvois acceptés aux services de SSMC (n = 79)		Groupe témoin de l'ISMC (n = 95)	
	Non autochtones (n = 30)	Autochtones (n = 23)	Non autochtones (n = 61)	Autochtones (n = 18)	Non autochtones (n = 79)	Autochtones (n = 16)
Suspension set révocations						
Durée du suivi surveillé (en mois) ‡	5,8(3,0)	7,1(2,6)	8,4(3,8)	8,4(4,0)	13,7(8,5)	16,3(16,8)
Délai avant la première suspension (en mois) †	1,2(1,4)	0,7(0,7)	2,7(2,1)	2,1(2,6)	2,7(3,5)	1,0(1,3)
Délai avant la première révocation (en mois) †	4,0(1,6)	3,7(1,6)	5,5(1,7)	4,4(2,0)	5,9(3,9)	3,7(1,6)
	Nombre (%)					
Nombre de délinquants en libération supervisée pendant le suivi ‡:	24	19	61	18	69	11
Libération suspendue	15(62,5 %)	16(84,2 %)	33(54,1 %)	13(72,2 %)	49(71,1 %)	9(81,8 %)
Libération révoquée	8(33,3 %)	12(63,2 %)	13(21,3 %)	6(33,3 %)	36(52,2 %)	9(81,8 %)
Révocation sans accusation/infraction ††	5(62,5 %)	9(75,0 %)	9(69,2 %)	5(83,3 %)	28(77,8 %)	6(66,7 %)

Révocation avec accusation/infraction †† 3(37,5 %) 3(25,0 %) 4(30,8 %) 1(16,7 %) 8(22,2 %) 3(33,3 %)

Notes :

1) Le tableau est reproduit du tableau 3 du document SCC (2008, octobre), intitulé : *Initiative sur la santé mentale dans la collectivité (ISMC) Résultats des évaluations : Rapport préliminaire après la mise en œuvre*, p.19.

2) ‡ Le résultat du suivi est obtenu de la façon suivante : 1) groupe ayant reçu les services de PCC - 1^{re} libération suivant le plus récent renvoi à des services de PCC, 2) groupe ayant reçu les services de SSMC - libération la plus près de la date de renvoi si la libération est antérieure à la date de renvoi, la date de renvoi est utilisée, 3) groupe témoin – 1^{re} libération suivant la 1^{re} date d’admissibilité entre 2003 et 2005. † La moyenne du délai avant la première suspension et révocation est calculée en fonction du nombre de personnes dont la libération a été suspendue ou révoquée. †† Le pourcentage est calculé en fonction du nombre de délinquants dont la libération a été révoquée.

Tableau d : Moyenne des périodes de suivi avant les suspensions et les révocations pour les groupes témoins, ayant reçu les services de PCC et de SSMC (seulement les délinquants ayant bénéficié d’un suivi de six mois ou moins)

	N	Moyenne en mois (Écart-type)
Suspension		
Groupe témoin	50	1,31a (1,39)
Groupe ayant reçu les services de PCC	31	0,93a (1,12)
SSMC	42	2,01b (1,55)
Révocation		
Groupe témoin	30	3,59 (1,19)
Groupe ayant reçu les services de PCC	18	3,40 (1,05)
Groupe ayant reçu les services de SSMC	13	4,18 (1,17)

Notes :

1) Analyses ultérieures à l’aide du test L.S.D.

2) Dans le cas des suspensions, témoin par rapport au groupe ayant reçu les services de SSMC : différence moyenne = -0,70, erreur type = 0,29, p = ,017; groupe PCC par rapport à groupe SSMC : différence moyenne = -1,08, erreur type = 0,33, p = ,001.

3) Dans le cas des révocations, groupe PCC par rapport à groupe SSMC : différence moyenne = -0,77, erreur type = 0,42, p = ,07.

Analyses de régression de Cox

Suspension

Tableau e. Analyses de régression de Cox pour déterminer si la survie est une fonction du groupe (groupes SSMC, PCC et témoin)

	β	SE	Wald	df	Sig.	Rapport de cote
Bloc 1						
Âge à la libération	-0,044	0,009	21,516	1	,000	0,957
Déficiência fonctionnelle	0,059	0,040	2,216	1	,137	1,061
Potentiel de réinsertion (élevé)	-	-	-	2	-	-

Potentiel de réinsertion (faible par rapport à élevé)	1,118	0,292	14,642	1	,000	3,060
Potentiel de réinsertion (moyen par rapport à élevé)	0,772	0,282	7,502	1	,006	2,165
Bloc 2						
Témoin	-	-	-	2	-	-
PCC par rapport à témoin	0,143	0,229	0,391	1	,532	1,154
SSMC par rapport à témoin	-0,409	0,202	4,085	1	,043	0,664

Note : Le test composite des coefficients de modèle a révélé que le groupe exerçait une influence notable dans le modèle après avoir tenu compte de l'âge à la libération, de la déficience fonctionnelle et du potentiel de réinsertion, - 2 log du rapport de vraisemblance = 1217.795, total du modèle $\chi^2(6) = 58,151$, $p < ,001$. Changement dans $\chi^2(2) = 6,756$, $p = ,034$.

Tableau f. Analyses de régression de Cox pour déterminer si la survie est une fonction du groupe (groupes PCC et SSMC)

	β	SE	Wald	df	Sig.	Rapport de cote
Bloc 1						
Âge à la libération	-0,057	0,013	19,047	1	,000	0,945
Déficience fonctionnelle	0,062	0,051	1,490	1	,222	1,064
Potentiel de réinsertion (élevé)	-	-	-	2	-	-
Potentiel de réinsertion (faible)	1,228	0,379	10,486	1	,001	3,414
Potentiel de réinsertion (moyen)	0,716	0,368	3,775	1	,052	2,046
Bloc 2						
Groupe a	0,550	0,239	5,300	1	,021	1,734

Note. a Groupe : 0 = SSMC et 1 = PCC

Le rapport de cote de 1,734 indique que la probabilité de suspension de la libération des délinquants du groupe PCC est de 1,734 par rapport à celle des délinquants du groupe SSMC. Cela signifie que les chances de suspension de la libération dans le groupe SSMC par rapport au groupe PCC sont de 0,577 (c.-à-d., $1/1,734 = 0,577$). Par conséquent, le groupe SSMC a 42 % (c.-à-d., $1-0,577$) moins de chance de connaître des suspensions libération que le groupe PCC.

Révocation

Tableau g. Analyses de régression de Cox pour déterminer si la survie est une fonction du groupe (groupes SSMC, PCC et témoin)

	β	SE	Wald	df	Sig.	Rapport de cote
Bloc 1						
Âge à la libération	-0,031	0,012	6,491	1	,011	0,970
Déficience fonctionnelle	0,014	0,051	0,072	1	,788	1,014
Potentiel de réinsertion (élevé)	-	-	-	2	-	-
Potentiel de réinsertion (faible)	1,250	0,420	8,876	1	,003	3,490
Potentiel de réinsertion (moyen)	1,143	0,405	7,958	1	,005	3,137
Bloc 2						
Témoin	-	-	-	2	-	-
Groupe PCC par rapport à témoin	0,009	0,278	0,001	1	,975	1,009
Groupe SSMC par rapport à témoin	-0,903	0,278	10,530	1	,001	0,406

Note : Le test composite des coefficients de modèle a révélé que le groupe exerçait une influence notable dans le modèle après avoir tenu compte de l'âge à la libération, de la déficience fonctionnelle et du potentiel de réinsertion, - 2 log du rapport de vraisemblance = 763,301, total du modèle $\chi^2(6) = 35,233$, $p < ,001$. Changement dans $\chi^2(2) = 13,379$, $p = ,001$.

Tableau h. Analyses de régression de Cox pour déterminer si la survie est une fonction du groupe (groupes PCC et SSMC)

	β	SE	Wald	df	Sig.	Rapport de cote
Bloc 1						
Âge à la libération	-0,052	0,019	7,098	1	,008	0,950
Déficience fonctionnelle	0,081	0,075	1,144	1	,285	1,084
Potentiel de réinsertion (élevé)	-	-	-	2	-	-
Potentiel de réinsertion (faible)	0,769	0,580	1,760	1	,185	2,159
Potentiel de réinsertion (moyen)	0,889	0,558	2,535	1	,111	2,432
Bloc 2						
Groupe a	0,907	0,333	7,394	1	,007	2,476

Note. a Groupe : 0 = SSMC et 1 = PCC.

Le rapport de cote de 2,476 indique que la probabilité de révocation de la libération des délinquants du groupe PCC est de 2,476 par rapport à celle des délinquants du groupe SSMC.

Cela signifie que les chances de révocation de la libération dans le groupe SSMC par rapport au groupe PCC sont de 0,404 (c.-à-d., $1/2,476 = 0.404$). Par conséquent, le groupe SSMC a 60 % (c.-à-d., $1-0,404$) moins de chance de connaître des révocations libération que le groupe PCC.