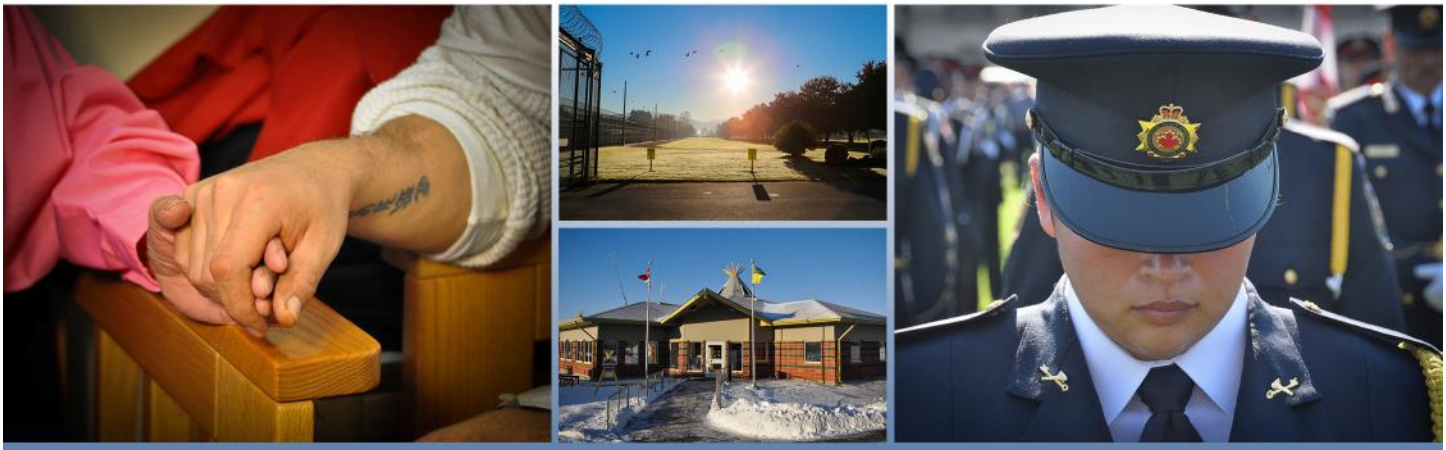
CORRECTIONAL SERVICE CANADA

CHANGING LIVES. PROTECTING CANADIANS.



RAPPORT DE RECHERCHE

Fiabilité interévaluateurs et validité concourante de l'Échelle des besoins en santé mentale

2018 Nº R-411

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

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

Correctional Service Canada Service correctionnel Canada

Canada

Fiabilité interévaluateurs et validité concourante de l'Échelle des besoins en santé mentale

Lynn A. Stewart

Kayla Wanamaker

Geoff Wilton

et

Gurgit Toor

Service correctionnel du Canada

Juin 2018

Remerciements

Un grand nombre de membres du personnel ont participé à ce projet et travaillé de façon intensive dans des délais serrés. Nous sommes extrêmement reconnaissants au personnel de l'AC et des régions qui ont pris le temps de participer. Nous remercions chaleureusement les évaluateurs suivants : Gurjit Toor, Karine O'Connor, Iris Bussey, Jeff Abracen, Danielle Tessier, Taylor Austin, Olabanji Balogun, Stacy Benoche, Julie Boisclair Demarble, Denise Bonsant, Dominique Bourgeois, Petrina Calder, Dave Champagne, Peggy Chen, Katelyn Craib, Jenn Denny, Kayla Deroux, Martin Deschambault, Richard Doyle, Alana Ekren, Joyce Fraser-Sears, Jonathan Gagnon, Virginie Guillard, Keira Halliday, Irowa Idahosa, Fabienne Julien, Krsna Khoyratty, Stephen Legazpi, Nathalie Malouf, Amanda McKiel, Virginia Milbourne, Jezryl Panuncialman, Rachal Pattison, Martin Poisson, Margarate Short, Lani Simmons, Deanna Slobodian, Glenn Smith, Amanda Trottier, Amanda Veness et Ian Yeh.

Nous remercions Michael Martin, Donna McDonagh et Ginette Clarke à l'AC qui ont fourni leurs connaissances spécialisées pour préciser les détails de conception de l'étude. Le travail de Morgan Steele sur la première version du guide d'instructions détaillées a été un précurseur inestimable pour le projet de recherche. Nous remercions Chantal Lacombe qui a facilité le recrutement et le travail des évaluateurs à l'AC, Sebastian Baglole qui a contribué à l'examen de la littérature et à la saisie des données, et Jennie Thompson qui a prêté une assistance rédactionnelle et guidé le projet selon l'échéancier. Merci également à Larry Motiuk qui a révisé la version provisoire du rapport.

Résumé

Mots clés : *évaluation des besoins en santé mentale, santé mentale des délinquants, validité, fiabilité, échelle d'évaluation.*

L'Échelle des besoins en santé mentale (EBSM) est conçue pour évaluer le niveau des symptômes psychiatriques des délinquants au Service correctionnel du Canada (SCC) afin de leur donner le niveau de soins approprié. Plusieurs versions antérieures de cet outil ont été modifiées en fonction des commentaires des utilisateurs. Depuis 2015, le SCC a mis en œuvre la version actuelle de l'outil à l'échelle du Canada. Notre étude se penche sur la fiabilité interévaluateurs de l'Échelle et certains aspects de sa validité.

L'échantillon était composé de 150 délinquants de partout au Canada. Un peu plus de la moitié des participants étaient des hommes, et les deux tiers étaient non-autochtones. Près de 60 % avaient des besoins faibles ou aucun besoin, et 40 % avaient des besoins modérés ou élevés selon l'évaluation faite au moyen de l'EBSM. Les évaluateurs à l'administration nationale (AC) ont été formés par un des développeurs de l'Échelle avant la tenue des entrevues. Les évaluateurs en établissements ont reçu une trousse d'information contenant des lignes directrices sur l'utilisation de l'échelle, mais pas de formation officielle. Les évaluations ont été faites entre le 15 janvier et le 9 mars 2018. Les évaluateurs à l'AC et en établissement ont rempli en même temps l'EBSM et l'Échelle d'impression clinique globale (CGI) pour chacun des 150 délinquants. Nous avons ensuite comparé l'évaluation du niveau global de besoins de l'EBSM et l'évaluation de l'échelle CGI afin d'évaluer la cohérence et la fiabilité entre les différents évaluateurs. Pour évaluer la validité concourante, nous avons comparé les résultats de l'EBSM et de l'échelle CGI. Le pourcentage d'accord et les coefficients de corrélation interne ont été calculés pour l'échantillon au complet et pour les sous-échantillons d'hommes, de femmes, d'Autochtones et de non-Autochtones.

Trois grandes constatations se dégagent des résultats : 1) excellente fiabilité interévaluateurs des évaluations du niveau global de l'EBSM pour l'échantillon complet et excellente fiabilité interévaluateurs des évaluations du niveau de besoins global des femmes et des Autochtones; 2) validité concourante forte entre l'échelle CGI et l'EBSM, tant pour les évaluateurs en établissement que ceux à l'AC (échantillon complet et sous-échantillons); 3) en général, bonne cohérence interne de l'outil, en ce sens que la plupart des domaines étaient corrélés de façon significative à l'évaluation globale. Très peu de délinquants ont reçu des évaluations globales qui ne correspondaient pas à leur évaluation dans un domaine. Il convient toutefois de noter que l'évaluation relative aux troubles concomitants n'était que faiblement liée à l'évaluation globale, ce qui indique une évaluation incohérente de ce domaine.

L'EBSM affiche une excellente fiabilité interévaluateurs et une validité concourante importante pour les délinquants de sexe masculin, les délinquantes et les délinquants autochtones. Cependant, il faudrait souligner aux évaluateurs l'importance d'évaluer les troubles mentaux et les problèmes de toxicomanie concomitants dans le cadre de l'EBSM. Une étude récente au SCC révèle que la présence de problèmes de toxicomanie en association avec d'autres troubles mentaux complique énormément le traitement des délinquants et que ceux-ci présentent un

risque plus élevé de résultats négatifs. Enfin, compte tenu de la force psychométrique de l'outil, on pourrait envisager de l'utiliser pour réévaluer systématiquement les délinquants après un traitement afin de vérifier l'efficacité de l'intervention.

Table des matières

Remerciements ii
Résumé iii
Liste des tableaux v
Liste des annexes vi
Introduction 1
    Notre étude 3
Méthode 5
    Renseignements sur l'échantillon 5
    Renseignements sur les évaluateurs 7
    Mesures 7
    Analyses 9
Résultats 12
    Fiabilité intra-évaluateurs 12
    Pourcentage d'accord – fiabilité interévaluateurs 13
    Coefficient de corrélation interne – fiabilité interévaluateurs 14
    Validité concourante 16
Analyse 17
    Conclusions et recommandation 18
Bibliographie 19

Liste des tableaux

Tableau 1 6
Données démographiques des délinquants de l'échantillon pour l'Échelle des besoins en santé mentale (n = 150) et du groupe de référence (n = 13 863) 6
Tableau 2 13
Pourcentage d'accord entre les évaluateurs, selon le sexe et l'origine autochtones (n = 150) ... 13
Tableau 3 14
Fiabilité interévaluateurs de l'Échelle d'impression clinique globale et de l'Échelle des besoins en santé mentale, selon le sexe et l'origine autochtone 14
Tableau 4 16
Validité concourante de l'Échelle des besoins en santé mentale selon l'évaluateur, le sexe et l'origine autochtone 16
Corrélation de Spearman, par type d'évaluateur, sexe et origine autochtone 29

Liste des annexes

Annexe A : Résultats supplémentaires 21
Annexe B : Échelle des besoins en santé mentale (EBSM)..... 30

Introduction

Même si les principes du risque, des besoins et de la réceptivité ont été élaborés dans le but d'obtenir un cadre de pratique fondé sur des données probantes pour la mise en œuvre des interventions correctionnelles (Andrews et Bonta, 2010), des chercheurs ont récemment souligné que les mêmes principes devraient s'appliquer à d'autres types d'interventions. Par exemple, Skeem et ses collègues (Skeem, Steadman et Manchak, 2015) recommandent l'application de ces principes aux interventions en santé mentale pour les délinquants. Dans ces cas, le « risque » serait considéré comme l'évaluation de la gravité de la déficience liée au trouble mental et son lien avec le comportement délictueux; les personnes ayant les maladies les plus graves ou qui présentent un risque de rechute seraient traitées en priorité et recevraient le niveau de service le plus élevé. Suivant le principe des besoins, les facteurs liés au trouble mental et au comportement criminel seraient adéquatement ciblés en vue du traitement.

L'évaluation des besoins est maintenant un élément exigé par les politiques de nombreux organismes sur les soins à donner aux personnes ayant des problèmes de santé mentale (Evans, Greenhalgh et Connell, 2000). Cette approche exige l'évaluation systématique de l'étendue et du niveau des besoins pour mettre au point un plan d'intervention complet. Une panoplie d'échelles peuvent être utilisées à cette fin, mais chaque organisme doit choisir celle qui répond à ses exigences particulières.

En l'absence d'outils validés et bien étalonnés qui donnent des instructions structurées sur l'évaluation, les chercheurs ont toujours constaté que le jugement professionnel non structuré ne répond pas à la norme de pratique fondée sur des données probantes (Boswell et Constantino, 2015). En effet, le manque de fiabilité du diagnostic et de l'évaluation demeure un problème majeur en psychologie et en psychiatrie cliniques. L'utilisation d'outils permettant d'évaluer après le traitement l'évolution des symptômes et du niveau de besoins en matière de services fait également défaut. Alors qu'il est important de suivre les progrès des patients à l'aide d'échelles d'évaluation clinique validées, un examen récent du secteur par Wood et Gupta (2017) révèle une forte sous-utilisation de ces instruments. Aux États-Unis, un document d'information du Kennedy Forum a fait observer récemment que la santé comportementale est caractérisée par l'« absence de mesures systématiques visant à déterminer si les patients répondent aux

traitements » [traduction], alors que des échelles et des outils d'évaluation validés et faciles à remplir sont disponibles (Fortney, Sladek et Unützer, 2015).

Il est logique d'adopter des mesures existantes qui sont déjà normalisées et validées, car cela permet à l'organisme d'éviter les coûts de conception et de validation d'un instrument ainsi que de comparer les résultats dans tous les environnements. Des outils psychométriquement validés qui évaluent le niveau de gravité de la déficience liée à un trouble mental et l'intensité des services requis sont disponibles et ont été appliqués dans le domaine de la santé mentale. Un grand nombre de ces outils ne nécessitent pas de formation universitaire ou professionnelle particulière, et certains font partie du domaine public. L'Échelle des symptômes positifs et négatifs, l'Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique et l'Échelle de dépression de Hamilton, par exemple, sont maintenant largement utilisées dans la pratique clinique. Mais comme le font remarquer Evans, Greenhalgh et Connell (2000), ces échelles peuvent se concentrer sur des groupes de symptômes qui ne tiennent pas nécessairement compte de la situation clinique dans son ensemble. Il est possible que la définition des besoins et l'objectif de ces échelles soient si pointus que l'adoption d'échelles existantes ne serait pas faisable ou ne répondrait pas aux besoins de l'organisme. Dans le milieu correctionnel ou médicolégal, par exemple, l'évaluation du niveau de la déficience liée à un trouble mental est compliquée par la considération du risque criminel posé par le délinquant pendant son incarcération et à sa mise en liberté.

L'Échelle d'impression clinique globale (CGI) a été mise au point parce que les cliniciens avaient besoin d'un outil facile à remplir, qui permettrait d'évaluer l'état de santé mentale générale d'un patient et qui serait sensible aux changements après le traitement. Depuis sa création, l'échelle CGI est devenue une mesure centrale de la recherche scientifique (Berk et coll., 2008). Dans ce cas aussi, cependant, l'outil se concentre sur l'évaluation des problèmes de santé mentale et ne tient pas compte du risque criminel que présente la personne.

Dans le cadre d'une stratégie complète en santé mentale (Service correctionnel du Canada, sans date), la Direction de la santé mentale du Service correctionnel du Canada (SCC) a entrepris la création d'une Échelle des besoins en santé mentale (EBSM) qui tiendrait compte du besoin en matière de traitement et de l'intensité du traitement requis. L'outil comprenait aussi une évaluation de l'étendue de l'agressivité et de l'impulsivité. Combinés au processus d'évaluation initiale qui dépiste aussi la détresse psychologique, les idées suicidaires, le faible fonctionnement cognitif et les symptômes élevés de trouble du déficit de l'attention avec

hyperactivité (TDAH), les résultats de l'EBSM devaient servir à déterminer le niveau de besoin et d'intensité du traitement requis pour répondre aux besoins en santé mentale des délinquants. Depuis sa création en 2011, l'EBSM a été révisée à plusieurs reprises en fonction des commentaires du personnel qui remplit l'utilise. Certaines modifications avaient aussi pour but de normaliser la définition de risque à tous les niveaux de sécurité et d'augmenter le nombre des niveaux de besoin associés au modèle de soins. La version actuelle de l'EBSM a été déployée à l'échelle nationale en 2015.

La Division de l'évaluation a récemment mené une évaluation à grande échelle des Services de santé mentale au SCC (Service correctionnel du Canada, 2017). Dans leur rapport, les évaluateurs soulignent plusieurs problèmes liés à la prestation des soins en santé mentale qui nécessitent une enquête plus approfondie. Ils font notamment remarquer l'absence d'études confirmant les propriétés psychométriques de l'EBSM, mesure qui joue un rôle central dans le choix des soins en santé mentale fournis au sein du SCC. Le plan d'action de la direction relativement à la recommandation 6 précise que le SCC doit « [m]ener des analyses pour déterminer la validité et la fiabilité de l'Échelle des besoins en santé mentale ». On y requiert également des dispositions pour renforcer le processus de consignation et de tenue à jour des données sur le niveau de besoins des délinquants.

Une recommandation connexe est formulée dans un rapport récent du vérificateur général du Canada intitulé *La préparation des détenues à la mise en liberté* (Vérificateur général du Canada, 2017). Cet audit visait à évaluer si le SCC avait offert des programmes, mené des interventions et assuré des services en santé mentale à l'intention des détenues sous responsabilité fédérale, de façon à répondre judicieusement à leurs besoins particuliers et à favoriser leur réinsertion dans la collectivité. Selon la recommandation 5.84, le SCC « devrait s'assurer qu'il identifie de façon appropriée les délinquantes qui ont besoin de services de santé mentale et leur assigne le niveau approprié de soins[1] ».

Notre étude

Notre étude s'est penchée sur les types suivants de fiabilité et de validité :

[1] Il convient de souligner que notre rapport ne cherchait pas à déterminer si l'EBSM a permis d'aiguiller les délinquants vers le bon niveau de soins. La Direction de la santé mentale mène chaque année un exercice de suivi où elle évalue le lien entre les résultats de l'EBSM et le renvoi aux traitements. Nous avons examiné les rapports produits pendant l'exercice en cours et déterminé qu'ils satisfont à la recommandation 5.84 du rapport du vérificateur général.

- Fiabilité intra-évaluateurs : Nous avons examiné la cohérence entre l'évaluation du niveau global de besoins et les évaluations des différents domaines faites par les évaluateurs à l'AC et les évaluateurs en établissement.
- Fiabilité interévaluateurs : Nous avons déterminé dans quelle mesure deux évaluateurs arrivaient indépendamment à la même évaluation pour un délinquant, selon l'évaluation globale et les cotes individuelles.
- Validité concourante : Nous avons évalué la validité concourante de l'EBSM en calculant la concordance générale avec les résultats de l'Échelle d'impression clinique globale (CGI).

En résumé, nos analyses ont permis de répondre aux questions suivantes :

1) L'EBSM est-elle un outil fiable et valide pour offrir le bon traitement aux délinquants ayant besoin d'un traitement en santé mentale?
2) La fiabilité et la validité de l'outil sont-elles les mêmes pour les délinquants de sexe masculin, les délinquantes et les délinquants autochtones?

Méthode

Renseignements sur l'échantillon

L'échantillon était constitué de 150 délinquants purgeant une peine de ressort fédéral et provenant de toutes les régions. Les participants ont été sélectionnés par le personnel dans les unités opérationnelles en fonction de la nécessité d'une évaluation à ce moment de leur peine. Au moment de l'évaluation, la majorité des délinquants de l'échantillon venaient de la région du Québec (*n* = 42; 28,0 %) ou des Prairies (*n* = 37; 24,7 %) (voir le tableau 1). Un peu plus de la moitié des délinquants de l'échantillon étaient des hommes (*n* = 85, 56,7 %) et près des deux tiers étaient non-Autochtones (*n* = 92, 61,3 %). Plus de la moitié des participants ayant subi l'évaluation initiale avaient un risque élevé lié aux facteurs dynamiques (*n* = 78/150, 52 %) et plus du tiers avaient un risque élevé lié aux facteurs statiques (*n* = 53/150, 35 %). Selon l'évaluation de l'EBSM, près de 60 % avaient des besoins faibles ou aucun besoin, alors que 40 % avaient des besoins modérés ou élevés.

Pour déterminer dans quelle mesure notre échantillon était représentatif de la population carcérale fédérale, nous l'avons comparé à un aperçu des délinquants qui étaient incarcérés à cette date (25 février 2018; voir le tableau 1). Les résultats montrent que l'échantillon était comparable à la population au chapitre du risque lié aux facteurs dynamiques, mais moins au chapitre du risque lié aux facteurs statiques. Les délinquantes et les délinquants autochtones étaient suréchantillonnés, car nous voulions obtenir le nombre de cas nécessaires pour valider l'EBSM dans toutes les sous-populations de ces délinquants.

Tableau 1

Données démographiques des délinquants de l'échantillon pour l'Échelle des besoins en santé mentale (n = 150) et du groupe de référence (n = 13 863)

	Échantillon pour l'EBSM		**Population fédérale**	
Données démographiques	***n***	***%***	***n***	***%***
Région au moment de l'évaluation				
Atlantique	26	17,3	1 286	9,3
Ontario	19	12,7	3 537	25,5
Pacifique	26	17,3	2 158	15,6
Prairies	37	24,7	3 912	28,2
Québec	42	28,0	2 970	21,4
Sexe				
Homme	85	56,7	13 236	95,5
Femme	65	43,3	627	4,5
Autochtones	58	38,7	3 838	27,7
Risque lié aux facteurs dynamiques[a]	*n* = 102		*n* = 12 201	
Faible/moyen	24	23,5	3 161	25,9
Élevé	78	76,5	9 040	74,1
Risque lié aux facteurs statiques[a]	*n* = 102		*n* = 12 209	
Faible/moyen	49	48,0	4 197	34,4
Élevé	53	52,0	8 012	65,6
Évaluation à l'aide de l'EBSM	*n* = 146			
Aucun besoin	6	4,1	-	-
Besoins faibles	80	54,8	-	-
Besoins modérés ou élevés	60	41,1	-	-

[a] L'information sur le risque lié aux facteurs dynamiques et statiques est manquante pour 48 délinquants de l'échantillon pour l'EBSM. EBSM = Échelle des besoins en santé mentale.

Renseignements sur les évaluateurs

Deux groupes d'évaluateurs ont examiné les dossiers de santé mentale des délinquants et procédé à une évaluation : un groupe de 36 évaluateurs en établissement couvrant l'ensemble des régions, et un groupe de 5 évaluateurs à l'administration centrale (AC). Les évaluateurs à l'AC ont été formés par un des développeurs de l'Échelle avant d'effectuer les entrevues à l'aide d'un guide rédigé pour aider les évaluateurs à se familiariser avec l'Échelle et à mieux la comprendre. Dans la section de l'information à l'intention des évaluateurs, les lignes directrices élaborées à la suite de rencontres avec des évaluateurs de l'AC garantissaient que tous les évaluateurs avaient la même compréhension de la façon d'utiliser l'outil. Les évaluateurs en établissement ont reçu une trousse d'information contenant des lignes directrices sur l'utilisation de l'outil, mais pas de formation officielle, ce qui cadre avec l'utilisation de cet outil dans la pratique. Chez les évaluateurs à l'AC, le nombre d'années d'expérience dans le domaine de la santé mentale allait de 4 à 23 (M = 11,65, ET = 6,18, *médiane* = 7,00); la majorité étaient des travailleurs sociaux cliniques (82,1 %) et les autres étaient des psychologues. Du côté des évaluateurs en établissement, le nombre d'années d'expérience dans le domaine de la santé mentale allait de 1 à 28 (M = 10,29, ET = 7,82, *médiane* = 9,00); la majorité étaient des travailleurs sociaux cliniques (23,2 %), des psychologues (18,5 %) ou des infirmières/infirmiers psychiatriques (11,3 %). L'évaluateur en établissement commençait l'entrevue avec le délinquant participant, et un évaluateur de l'AC l'observait en silence. Après l'entrevue, l'évaluateur en établissement quittait la salle pour laisser l'évaluateur de l'AC poser d'autres questions au participant. Chaque évaluateur menait son propre examen de dossier avant de remplir l'Échelle. Ces évaluations ont été faites entre le 15 janvier et le 9 mars 2018.

Mesures

Échelle des besoins en santé mentale. L'EBSM a été mise au point par des employés du SCC pour aider à déterminer le niveau global de santé mentale et de fonctionnement des délinquants, à définir les domaines précis qui nécessitent un traitement et à recommander le niveau de soins approprié. L'Échelle est remplie dans le cadre d'une entrevue avec le délinquant et d'un examen du dossier des délinquants chez qui on soupçonne un besoin en santé mentale.

L'outil est constitué de trois parties. La partie A est une case à cocher indiquant que le délinquant suscite actuellement des préoccupations importantes concernant un risque d'automutilation ou de suicide ou qu'il présente un danger pour autrui. Le traitement recommandé est une intervention immédiate. La partie B permet d'évaluer le niveau global de besoins en santé mentale qui est noté sur une échelle à sept points. Les catégories de besoins sont les suivantes : aucun, faibles, modérés, considérables, importants, élevés/importants et graves/sévères. Les indicateurs pour ces niveaux vont de l'absence d'antécédent ou de signes ou symptômes actuels de troubles mentaux pour « aucun besoin », à des symptômes sévères exigeant des soins en permanence dans la catégorie « besoins graves/sévères ». Un éventail de comportements et de symptômes est examiné dans cette évaluation globale, y compris les antécédents de troubles mentaux et les préoccupations actuelles à cet égard, le fonctionnement réduit, le danger pour soi-même, la déficience cognitive, les pensées désorganisées, les soins personnels et l'hygiène, la prise de médicaments et la conformité au traitement. Les services recommandés en lien avec ces évaluations comprennent les soins personnels, les soins primaires, les soins intermédiaires, la planification clinique de la continuité des soins, les services de santé mentale et de psychologie dans la collectivité et les soins dans un hôpital psychiatrique. La partie C de l'EBSM évalue les besoins du délinquant dans 18 domaines spécifiques à l'aide d'une échelle à quatre points : aucun besoin, besoins faibles, besoins modérés et besoins élevés. Cette échelle est remplie uniquement si le niveau global de besoins est modéré ou élevé. L'évaluateur a la possibilité de préciser que l'information disponible n'est pas suffisante (une copie de l'outil est fournie à l'annexe B).

Échelle d'impression clinique globale. L'Échelle d'impression clinique globale (CGI; Guy, 1976, 2000) évalue le niveau général de l'état de santé mentale et du fonctionnement des personnes qui reçoivent des services psychiatriques. Depuis sa première publication, l'échelle CGI est devenue l'un des outils les plus largement utilisés en psychiatrie. Cet outil simple est rempli par un clinicien et comprend trois indices généraux différents : 1) Gravité : évaluation générale de la gravité des symptômes actuels du patient (CGI-S pour *Severity*); 2) Amélioration : évaluation générale de l'amélioration de l'état actuel du patient (CGI-I pour *Improvement*); 3) Indice thérapeutique : comparaison générale de l'état de départ du patient avec un coefficient pour l'avantage thérapeutique actuel et la gravité des effets secondaires (CGI-E pour *Efficacy*). Nous avons utilisé seulement l'échelle de gravité du trouble mental, puisqu'elle cadre avec ce

qui est mesuré par l'EBSM. Cette échelle comprend sept cotes de gravité : normal, à la limite, légèrement malade, modérément malade, manifestement malade, gravement malade et parmi les patients les plus malades. La description des niveaux que nous avons utilisés pour comparer l'EBSM à l'échelle CGI provient de Busner et Targum (2007).

Analyses

Le personnel en établissement a rempli une EBSM et une échelle CGI pour les 150 délinquants dans toutes les régions (Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Pacifique). En même temps, et de manière indépendante, le personnel de l'AC a rempli une EBSM et une échelle CGI pour chacun des 150 délinquants déjà évalués par le personnel en établissement. L'évaluation du niveau global de besoins et les cotes sur l'échelle CGI ont été comparées aux évaluations du personnel en établissement afin d'évaluer la cohérence et la fiabilité entre les différents évaluateurs. Des analyses ont été réalisées à l'aide de l'Ensemble des programmes statistiques relatif aux sciences sociales (SPSS), version 24.0 (IBM, 2016)[2].

Fiabilité intra-évaluateurs. Pour examiner la fiabilité parmi les évaluateurs, nous avons comparé l'évaluation du niveau global de besoins par chaque évaluateur aux cotes des sous-échelles pour vérifier si l'évaluation globale reflète fidèlement les besoins en santé mentale des délinquants. En particulier, on s'attend à ce que les personnes ayant un niveau global de besoins élevé obtiennent des cotes plus élevées dans les domaines individuels. De même, chez les personnes ayant un niveau global de besoins faible, on ne s'attend pas à voir des cotes élevées pour les domaines individuels. Des corrélations de Pearson ont été effectuées entre chaque cote de domaine individuel et le niveau global sur l'Échelle des besoins en santé mentale pour les évaluateurs à l'AC et pour les évaluateurs en établissement afin de déterminer s'il y avait un rapport linéaire entre les cotes des domaines et l'évaluation globale.

Fiabilité interévaluateurs. Nous avons examiné la fiabilité interévaluateurs (FIE) à l'aide du pourcentage d'accord et des coefficients de corrélation interne.

[2] Le taux d'information manquante (dont les cas qui ne contenaient pas assez de données pour procéder au codage – selon les évaluateurs) allait de 8,0 % à 78 % après la combinaison des évaluateurs à l'AC et en établissement (voir le tableau A1 et le tableau A2 à l'annexe A). Par conséquent, le pourcentage d'accord pour chaque domaine de l'EBSM n'a pas été calculé séparément pour les hommes et les femmes, ou pour les Autochtones et les non-Autochtones. Les CCI ont été calculés dans tous les domaines de façon indépendante pour les hommes et les femmes, et les Autochtones et les non-Autochtones.

Pourcentage d'accord. Nous avons calculé le pourcentage d'accord pour l'échantillon complet, puis séparément pour les délinquants de sexe masculin et les délinquantes, et les délinquants autochtones et non-autochtones. Même si le pourcentage d'accord aide à quantifier la cohérence des réponses entre codeurs, on lui reproche souvent de ne pas faire de correction pour les accords prévus dus au hasard, donnant ainsi lieu à une surestimation de l'accord (Hallgren, 2012). D'après la distribution de notre échantillon entre les sept catégories d'évaluation (aucun besoin, besoins faibles, besoins modérés, besoins considérables, besoins importants, besoins élevés et besoins graves/sévères), nous nous attendions à un taux d'accord dû au hasard de 38,7 % (IC 95 % [30,9 %, 46,5 %]). Ainsi, si nous obtenions un pourcentage d'accord supérieur à cette limite, nous pouvions conclure que l'accord entre les évaluateurs n'était pas dû au hasard.

Coefficient de corrélation interne. Nous avons également utilisé la corrélation interne (ou intra-classe) pour évaluer la FIE. Même si les valeurs kappa sont couramment utilisées afin d'évaluer la FIE pour des variables nominales, les hypothèses sous-jacentes du coefficient kappa de Cohen sont enfreintes lorsqu'il y a plus de deux évaluateurs. En outre, selon le coefficient kappa de Cohen, la FIE est fondée sur un accord positif ou négatif (Cohen, 1960), tandis que le coefficient de corrélation interne (CCI) pondère les désaccords sur la base de l'ampleur des désaccords (Cohen, 1968) et peut être utilisé avec trois évaluateurs et plus (Hallgren, 2012). Par exemple, si une personne reçoit une cote élevée d'un codeur et une cote faible d'un autre codeur, l'estimation de la FIE sera plus faible que si la personne reçoit une cote élevée d'un codeur et un une cote modérée d'un autre codeur (Hallgren, 2012). Les CCI ont été calculés pour chaque domaine évalué et pour l'évaluation globale de l'EBSM et de l'échelle CGI. Notamment, l'utilisation d'un modèle d'analyse de la variance à deux facteurs à effets mixtes à partir d'une seule cote pour mesurer la cohérence du CCI revient à utiliser la valeur kappa pondérée avec pondération quadratique (Norman et Streiner, 2008). Les valeurs de CCI plus élevées indiquent une FIE plus grande, les résultats illustrant une fiabilité faible pour les valeurs inférieures à 0,40; une fiabilité modérée pour les valeurs entre 0,40 et 0,59; une bonne fiabilité pour les valeurs entre 0,60 et 0,74, et une excellente fiabilité pour les valeurs entre 0,75 et 1,0 (Cicchetti, 1994).

Validité concourante. La validité concourante permet de déterminer si les résultats d'une évaluation correspondent aux résultats d'une autre mesure établie. Nous avons utilisé le

coefficient de corrélation des rangs de Spearman (ρ) pour mesurer la force de l'association entre l'EBSM et l'échelle CGI. Les valeurs peuvent osciller entre 0 et 1,0, les valeurs les plus élevées indiquant un lien plus fort entre les deux échelles. Plus précisément, les valeurs inférieures à 0,19 sont considérées comme très faibles, les valeurs de 0,20 à 0,39 sont considérées comme faibles, les valeurs de 0,40 à 0,59 sont considérées comme moyennes, les valeurs de 0,60 à 0,79 sont considérées comme fortes, et les valeurs égales ou supérieures à 0,80 sont considérées comme très fortes (Evans, 1996). Par ailleurs, les valeurs peuvent être négatives ou positives; une valeur positive indique que lorsque les valeurs augmentent sur une échelle, elles augmentent aussi sur l'autre échelle. Une valeur négative indique que lorsque les valeurs augmentent sur une échelle, elles diminuent sur l'autre échelle.

Résultats

Les résultats sont présentés en quatre parties. La première partie examine la fiabilité intra-évaluateurs. Les deux parties suivantes se penchent sur la fiabilité interévaluateurs (FIE) entre les évaluateurs en établissement et les évaluateurs à l'administration centrale (AC). Le pourcentage d'accord et le coefficient de corrélation interne (CCI) ont été utilisés pour évaluer le niveau d'accord entre les évaluateurs dans l'échantillon complet et séparément pour les hommes et les femmes, et pour les Autochtones et les non-Autochtones. La dernière partie examine la validité concourante entre l'Échelle des besoins en santé mentale (EBSM) et l'Échelle d'impression clinique globale (CGI).

Fiabilité intra-évaluateurs

Nous avons examiné la cohérence entre l'évaluation du niveau global de besoins et les évaluations des différents domaines pour les évaluateurs à l'AC et les évaluateurs en établissement. On s'attendait à ce que les délinquants ayant un niveau global de besoins élevé aient un besoin élevé dans au moins un des 18 domaines évalués et à ce que les délinquants ayant un niveau global de besoins faible ou aucun besoin n'aient de besoins élevés dans aucun des domaines. Chez les évaluateurs de l'AC, la cohérence entre le niveau global de besoins et les besoins dans les domaines spécifiques était bonne; très peu de délinquants (n = 4, 2,3 %) ayant obtenu une évaluation globale qui ne correspondait pas à leurs besoins dans les domaines. Chez les évaluateurs en établissement, la cohérence entre le niveau global de besoins et les besoins dans les domaines était également bonne; très peu de délinquants (n = 5, 3,3 %) ayant reçu une évaluation globale qui ne correspondait pas aux besoins dans les domaines.

De plus, nous avons calculé les coefficients de corrélation de Pearson entre les cotes des domaines et le niveau global de besoins déterminés par les évaluateurs en établissement et les évaluateurs à l'AC (voir le tableau A3 à l'annexe A). Les cotes de tous les domaines étaient fortement corrélées au niveau global de besoins, à l'exception des domaines concernant les troubles concomitants et la prise de médicaments. Le domaine de l'agressivité affichait une faible corrélation avec le niveau global de besoins, et le domaine du risque de suicide était faiblement corrélé avec le niveau global de besoins déterminés par les évaluateurs à l'AC. À l'exception des troubles concomitants, de la prise de médicaments, de l'agressivité et du risque

de suicide, les corrélations étaient de modérées à fortes (allant de 0,42 à 0,62 chez les évaluateurs en établissement, et de 0,44 à 0,66 chez les évaluateurs à l'AC).

Pourcentage d'accord – fiabilité interévaluateurs (FIE)

Nous avons examiné le pourcentage d'accord entre les évaluateurs à l'AC et en établissement pour l'échantillon complet, et selon le sexe et l'origine autochtone (voir le tableau 2). Dans l'échantillon complet, le pourcentage d'accord de l'échelle CGI était de 64,8 % et le pourcentage d'accord du niveau global de besoins de l'EBSM était de 76,6 %, ce qui est considéré comme très bon. L'accord était meilleur pour l'EBSM que pour l'échelle CGI concernant les échantillons par sexe et par origine autochtone et l'échantillon complet. Le pourcentage d'accord de l'EBSM était le plus élevé pour les délinquants de sexe masculin et les délinquants autochtones, tandis que pour l'échelle CGI, le pourcentage d'accord était légèrement plus élevé pour les délinquants autochtones et les délinquantes.

La partie A de l'EBSM permet de déterminer si une intervention immédiate est requise. Cette question affiche un accord de 100 % entre les évaluateurs (même si toutes les réponses étaient « non » dans les deux séries d'évaluateurs; voir le tableau A4 à l'annexe A). Pour l'évaluation des domaines, le pourcentage d'accord allait de 54,3 % à 83,4 %. Deux domaines, soit le fonctionnement cognitif et le traitement en matière de santé mentale, avaient un pourcentage d'accord inférieur à 60 % (voir le tableau A4 à l'annexe A). Ces domaines peuvent être plus difficiles à évaluer si l'évaluateur n'utilise pas les résultats de l'examen du quotient intellectuel à l'admission ou s'il n'y a pas encore d'information sur les antécédents de traitement.

Tableau 2

Pourcentage d'accord entre les évaluateurs, selon le sexe et l'origine autochtones (n = 150)

	EBSM – Niveau global de besoins		Échelle CGI	
Échantillon	Pourcentage d'accord	IC 95 %	Pourcentage d'accord	IC 95 %
Échantillon complet	76,6	[69,7; 83,5]	64,8	[56,9; 72,7]
Sexe				

Homme	81,2	[72,9; 89,5]	64,3	[54,1; 74,5]
Femme	70,0	[58,4; 81,6]	66,1	[54,6; 77,6]
Origine autochtone				
Autochtone	75,0	[63,7; 86,3]	69,1	[56,9; 81,3]
Non-Autochtone	77,5	[68,8; 86,2]	60,9	[50,7; 71,2]

Note : EBSM = Échelle des besoins en santé mentale; Échelle CGI = Échelle d'impression clinique globale. IC = intervalle de confiance.

Coefficient de corrélation interne – fiabilité interévaluateurs (FIE)

Nous avons calculé les CCI pour le niveau global de besoins de l'EBSM et l'échelle CGI dans l'échantillon complet (voir le tableau A5 à l'annexe A) et pour chaque domaine (voir le tableau A6 à l'annexe A). L'évaluation de l'échelle CGI et du niveau global de besoins de l'EBSM avaient une excellente FIE (voir le tableau 3). Les cotes des domaines avaient des valeurs de CCI allant de modérées à excellentes; le CCI moyen était de 0,68. Seulement trois domaines avaient une FIE modérée (motivation et état de préparation au traitement; participation aux interventions; et planification de la continuité des soins); les autres domaines avaient une FIE bonne ou excellente. Des cotes plus faibles pour ces éléments sont à prévoir, car il est difficile de les évaluer au début de la peine.

Puisque seul un petit nombre d'évaluateurs étaient des psychologues, nous n'avons pas été en mesure de déterminer si la FIE de l'outil était meilleure selon le niveau d'études du personnel.

Tableau 3

Fiabilité interévaluateurs de l'Échelle d'impression clinique globale et de l'Échelle des besoins en santé mentale, selon le sexe et l'origine autochtone

	EBSM – Niveau global de besoins	Échelle CGI
Échantillon	Ampleur	Ampleur
Échantillon complet	Excellente	Excellente
Par sexe		
Homme	Excellente	Excellente

Femme	Excellente	Bonne
Par origine autochtone		
Autochtone	Excellente	Excellente
Non-Autochtone	Excellente	Bonne

Note : EBSM = Échelle des besoins en santé mentale; CGI = Échelle d'impression clinique globale.

Nous avons calculé de façon indépendante les CCI relatifs aux hommes et aux femmes pour le niveau global de besoins de l'EBSM et l'Échelle CGI (voir le tableau 3). Dans l'ensemble, la FIE de l'échelle CGI était meilleure pour les hommes que pour les femmes. Chez les hommes, l'évaluation de l'échelle CGI et du niveau global de besoins affichaient une excellente FIE. Nous avons également calculé les CCI pour les hommes et les femmes dans chaque domaine (voir le tableau A7 de l'annexe A). Chez les hommes, les cotes de tous les domaines avaient des valeurs de CCI allant de bonnes à excellentes, à l'exception des domaines de la maîtrise des émotions et de la participation aux interventions qui avaient des FIE modérées (0,53 et 0,44, respectivement). Pour les hommes, le CCI moyen dans tous les domaines était de 0,72. Du côté des délinquantes, tous les domaines avaient une FIE excellente, à l'exception du domaine de la motivation et de l'état de préparation au traitement, qui avait une FIE faible (0,37). Chez les femmes, le CCI moyen dans tous les domaines était de 0,64.

Enfin, nous avons calculé de façon indépendante les CCI relatifs aux délinquants autochtones et non-autochtones pour le niveau global de besoins de l'EBSM et l'évaluation de l'échelle CGI (voir le tableau 3). Chez les délinquants autochtones, les évaluations de l'échelle CGI et du niveau global de besoins affichaient une excellente FIE. Chez les délinquants non-autochtones, l'évaluation de l'échelle CGI avait une bonne FIE, et l'évaluation du niveau global de besoins de l'EBSM avait une excellente FIE.

Nous avons calculé les CCI relatifs aux délinquants autochtones et non-autochtones pour chaque cote de domaine (voir le tableau A8 à l'annexe A). Toutes les cotes de domaine avaient des valeurs de CCI allant de modérées à excellentes pour les délinquants autochtones, à l'exception du domaine de la motivation et de l'état de préparation au traitement, qui avait une FIE faible (0,37). En ce qui concerne les délinquants autochtones, le CCI moyen était de 0,66. Chez les délinquants non-autochtones, la majorité des domaines avaient une FIE allant de bonne à excellente, et le CCI moyen des domaines était de 0,70.

Validité concourante

Pour évaluer la validité concourante, nous avons utilisé le coefficient de corrélation de rangs de Spearman (ρ) afin de mesurer la force de la corrélation entre l'EBSM et l'échelle CGI dans l'échantillon complet, pour les délinquants de sexe masculin et les délinquantes de façon indépendante, et pour les délinquants autochtones et non-autochtones de façon indépendante (voir le tableau A9 à l'annexe A). Comme l'indique le tableau 4, les résultats montrent une validité concourante forte entre l'EBSM et l'échelle CGI, sans égard à l'évaluateur (en établissement ou à l'AC), pour tous les sexes et origines autochtones. Cela indique que l'EBSM et l'échelle CGI mesurent adéquatement le même concept.

Tableau 4

Validité concourante de l'Échelle des besoins en santé mentale selon l'évaluateur, le sexe et l'origine autochtone

Échantillon	Évaluateur à l'AC	Évaluateur en établissement
	Ampleur	Ampleur
Échantillon complet	Très forte	Très forte
Sexe		
Homme	Forte	Forte
Femme	Très forte	Très forte
Origine autochtone		
Autochtone	Très forte	Très forte
Non-Autochtone	Très forte	Très forte

Analyse

Le Service correctionnel du Canada (SCC) a une approche systématique de la prestation des soins de santé mentale aux délinquants. Un des éléments clés des soins en santé mentale est l'évaluation des besoins. La batterie complète de tests remplis à l'évaluation initiale comprend des mesures autodéclarées sur les idées suicidaires, les symptômes de déficit d'attention, le fonctionnement cognitif et le niveau de détresse psychologique. Après l'évaluation, le personnel en santé mentale procède à des entrevues avec les délinquants; ces entrevues, combinées à l'examen des dossiers, leur permettent d'évaluer le niveau de besoins et le niveau de soins recommandé pour répondre aux besoins en remplissant l'Échelle des besoins en santé mentale.

L'Échelle est conçue pour évaluer le degré de symptômes psychiatriques chez les délinquants que l'on soupçonne d'avoir des troubles mentaux afin de déterminer le bon niveau de soins. Les versions antérieures de l'outil ont été révisées en fonction des commentaires des utilisateurs. Depuis 2015, l'outil actuel a été déployé à l'échelle nationale au SCC. Notre étude établit la fiabilité interévaluateurs de l'outil et examine des aspects de sa validité.

Trois grandes constatations se dégagent des résultats : 1) excellente fiabilité interévaluateurs de l'Échelle des besoins en santé mentale (EBSM) pour l'échantillon complet de délinquants, ainsi que pour les sous-échantillons évalués de façon indépendante – hommes et femmes, Autochtones et non-Autochtones; 2) bonne validité concourante entre l'Échelle d'impression clinique globale (CGI) et l'EBSM, aussi bien pour les évaluateurs en établissement qu'à l'administration centrale (AC) (pour l'échantillon complet et les sous-échantillons). En effet, la fiabilité interévaluateurs de l'EBSM est plus forte que celle de l'échelle CGI bien validée; 3) en général, bonne cohérence interne de l'outil, en ce sens que la plupart des cotes des domaines étaient corrélées de façon significative à l'évaluation globale. Très peu de délinquants ont reçu une évaluation globale qui ne correspondait pas à leur évaluation des domaines.

Il convient toutefois de souligner que la corrélation entre les cotes de plusieurs domaines et l'évaluation globale était faible. Les cotes pour les domaines des troubles concomitants et de la prise de médicaments étaient faiblement corrélés avec l'évaluation globale, et les cotes pour l'agressivité et le risque de suicide étaient peu corrélées avec l'évaluation du niveau global de besoins effectuée par les évaluateurs à l'AC. Il est préoccupant de constater que le risque de suicide et la présence de troubles concomitants n'étaient pas corrélés avec le niveau global de

besoins, et on ne sait pas ce qui a contribué à cette constatation. En ce qui concerne le résultat faible relatif à la prise de médicaments, il pourrait être imputable aux cas de délinquants incarcérés depuis très peu de temps et dont on n'avait pas encore pu évaluer le niveau de conformité. C'est la même chose dans d'autres domaines, comme la motivation et l'état de préparation au traitement.

Limites

Même si la taille de l'échantillon était importante pour ce genre d'étude, les nombres finaux étaient trop faibles pour séparer toutes les analyses par sous-populations. Nous devons aussi reconnaître que la procédure, dans laquelle un évaluateur de l'AC observait en retrait l'évaluateur en établissement qui procédait à l'entrevue, a créé un processus un peu étrange, ce qui a peut-être contribué au gonflement de l'estimation finale de la fiabilité interévaluateurs. Enfin, les données et l'information manquantes ont posé des problèmes pour le calcul de la fiabilité interévaluateurs dans plusieurs domaines.

Conclusions et recommandation

L'EBSM affiche une excellente fiabilité interévaluateurs ainsi qu'une validité concourante importante chez les délinquants de sexe masculin, les délinquantes et les délinquants autochtones.

Toutefois, il faudrait songer à souligner aux évaluateurs qu'il est important d'évaluer les problèmes concomitants de toxicomanie dans le cadre de l'évaluation globale de la santé mentale. Une étude menée récemment au SCC montre que les problèmes de toxicomanie compliquent considérablement le traitement des délinquants ayant un trouble mental et que les délinquants qui ont ces deux troubles ont plus de risque d'obtenir des résultats négatifs.

Il faudrait envisager de revoir l'outil de façon à ce que s'il est rempli à un moment de la peine où l'information disponible ne permet pas de bien évaluer un domaine, il ne soit pas évalué à ce moment.

Compte tenu de la force psychométrique de l'outil, on pourrait songer à l'utiliser pour évaluer systématiquement les délinquants après le traitement pour déterminer dans quelle mesure l'intervention permet de réduire le niveau de besoins en santé mentale.

Bibliographie

Andrews, D. A. et J. Bonta. (2010). « Rehabilitating criminal justice policy and practice », *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), p. 39-55, doi : 10.1037/a0018362

Berk, M., F. Ng, S. Dodd, T. Callaly, S. Campbell, M. Bernardo et T. Trauer. (2008). « The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(6), p. 979-983, doi :10.1111/j.1365-2753.2007.00921.x

Boswell, J. F. et M. J. Constantino. (2015). « Measurement-based care: Enhancing mental health decision making and patient outcomes », *The Clinical Psychologist*, 68(4), p. 5-11.

Busner, J. et S. D. Targum. (2007). « The Clinical Global Impressions Scale: Applying a research tool in clinical practice », *Psychiatry*, 4, p. 28-37.

Cicchetti, D. V. (1994). « Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology », *Psychological Assessment*, 6, p. 284-290, doi : 10.1037/1040-3590.6.4.284

Cohen, J. (1960). « A coefficient of agreement for nominal scales », *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), p. 37-46.

Cohen J. (1968). « Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit », *Psychological Bulletin*, 70, p. 213-220.

Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*, Brooks/Cole Publishing : Pacific Grove, Californie.

Evans, S., J. Greenhalgh et J. Connelly. (2000). « Selecting a mental health needs assessment scale: guidance on the critical appraisal of standardized measures », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6(4), p. 379-393.

Fortney J., R. Sladek et J. Unützer. (2015). *Fixing behavioral healthcare in America*, The Kennedy Forum, Washington (DC) http://thekennedyforum-dot-org.s3.amazonaws.com/documents/KennedyForum-MeasurementBasedCare_2.pdf

Glied, S. A., B. D. Stein, T. G. McGuire, R. R. Beale, F. F. Dufy, S. Shugarman et H. H. Goldman. (2015). « Measuring performance in psychiatry: A call to action », *Psychiatry Services*, 66(8), doi : 10.1176/appi.ps.201400393

Guy, W. (2000). « Clinical Global Impressions Scale (CGI) », dans *Handbook of psychiatric measures*. Rush, A.J. (éditeur), Washington (DC) : American Psychiatric Association, p. 100-102.

Hallgren, K. A. (2012). « Computing inter-rater reliability for observational data: An overview and tutorial », *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 8(1), p. 23–34.

IBM Corp. (publié en 2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*, Armonk (New York) : IBM Corp.

Norman, G. R. et D. L. Streiner. (2008). *Biostatistics: The bare essentials*, BC Decker : Hamilton (Ontario).

Service correctionnel du Canada (s.d.). *Vers un continuum de soins – Stratégie en matière de santé mentale du Service correctionnel du Canada*, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada. http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/health/tcc-fra.shtml

Service correctionnel du Canada (2017). *Évaluation des Services de santé du SCC*, Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada, Division de l'évaluation. http://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-2017-fra.shtml

Skeem, J. L., H. J. Steadman et S. M. Manchak. (2015). « Applicability of the Risk-Need-Responsivity Model to persons with mental illness involved in the criminal justice system », *Psychiatric Services*, 66(9), p. 916-922. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400448

Vérificateur général du Canada (2017). *Rapport 5 – La préparation des détenues à la mise en liberté – Service correctionnel du Canada*, Bureau du vérificateur général du Canada, Ottawa.

Wojcik, J. et R. Sethre. (2017). *Behavioral health outcomes measures: Problems, challenges, solutions*, http://www.mnpsych.org/index.php?option=com_dailyplanetblog&view=entry&category=industry%20news&id=181:behavioral-health-outcomes-measures-problems-challenges-solutions

Wood. J. M. et S. Gupta. (2017). « Using rating scales in a clinical setting: A guide for psychiatrists », *Clinician Reviews*, 16(2), p. 28-33.

Annexe A : Résultats supplémentaires

Tableau A1

Données manquantes dans chaque domaine, selon les évaluateurs en établissement et les évaluateurs de l'AC

Domaines de l'EBSM	Évaluateurs en établissement		Évaluateurs à l'AC	
	Manquante	Insuffisante	Manquante	Insuffisante
	%	%	%	%
Risque de suicide	6,7	0,0	2,7	1,3
Risque d'automutilation	6,0	0,0	4,0	0,0
Agressivité	6,0	8,7	3,3	3,3
Processus mentaux	6,0	1,3	2,7	0,7
Fonctionnement cognitif	5,3	7,3	2,7	15,3
Dépression/manie	5,3	0,0	2,7	0,0
Anxiété	5,3	1,3	2,7	0,7
Impulsivité	6,0	4,7	3,3	8,7
Maîtrise des émotions	5,3	4,7	3,3	6,7
Habiletés d'adaptation	5,3	6,0	2,7	8,7
Habiletés interpersonnelles	5,3	6,7	3,3	8,7
Troubles concomitants	5,3	1,3	2,7	1,3
Prise de médicaments	4,7	8,7	2,7	4,7
Aptitudes de base	4,7	1,3	2,7	1,3
Traitement en santé mentale	5,3	8,0	3,3	17,3
Motivation et état de préparation au traitement	5,3	11,3	2,7	25,3
Participation	5,3	23,3	2,7	30,7
Planification de la continuité des soins	25,3	41,3	5,3	31,3

Note : EBSM = Échelle des besoins en santé mentale.

Tableau A2

Nombre de cas avec des données manquantes ou de l'information insuffisante pour le codage dans chaque domaine, selon les évaluateurs à l'AC et en établissement regroupés

Domaine de l'EBSM[1]	Évaluateurs regroupés	
	Données manquantes ET information insuffisante %	Manquante *n*
Risque de suicide	10,0	15
Risque d'automutilation	8,7	13
Agressivité	18,0	27
Processus mental	10,7	16
Fonctionnement cognitif	25,3	38
Dépression/manie	8,0	12
Anxiété	10,0	15
Impulsivité	17,3	26
Maîtrise des émotions	14,7	22
Habiletés d'adaptation	17,3	26
Habiletés interpersonnelles	19,3	29
Troubles concomitants	10,0	15
Prise de médicaments	18,7	28
Aptitudes de base	9,3	14
Traitement en santé mentale	27,3	41
Motivation et état de préparation au traitement	34,7	52
Participation	40,7	61
Planification de la continuité des soins	78,0	117

Note : Ces nombres correspondent au nombre total de cas où l'évaluateur a indiqué qu'il y avait des données manquantes ou que l'information était insuffisante pour coder le domaine.

Tableau A3

Corrélations de Pearson entre les cotes des domaines et le niveau global de besoins de l'EBSM, pour les évaluateurs en établissement et les évaluateurs à l'AC

Domaines de l'EBSM	Évaluateurs en établissement		Évaluateurs à l'AC	
	r	*n*	*r*	*n*
Risque de suicide	0,40**	140	0,36**	144
Risque d'automutilation	0,42**	141	0,46**	146
Agressivité	0,30**	128	0,26**	140
Processus mental	0,60**	139	0,59**	145
Fonctionnement cognitif	0,50**	131	0,52**	123
Dépression/manie	0,46**	142	0,52**	146
Anxiété	0,44**	140	0,60**	145
Impulsivité	0,47**	134	0,44**	132
Maîtrise des émotions	0,62**	135	0,66**	135
Habiletés d'adaptation	0,54**	133	0,64**	133
Habiletés interpersonnelles	0,53**	131	0,60**	132
Troubles concomitants	0,17*	139	0,12	144
Prise de médicaments	0,20*	129	0,16	139
Aptitudes de base	0,43**	140	0,51**	144
Traitement en santé mentale	0,61**	129	0,64**	119
Motivation et état de préparation au traitement	0,42**	124	0,45**	108
Participation	0,56**	106	0,50**	100

Note : EBSM = Échelles des besoins en santé mentale. *r* = corrélation de Pearson.
*$p < 0,05$ **$p < 0,01$

Tableau A4

Pourcentage d'accord entre les évaluateurs en établissement et à l'AC, pour l'échantillon complet

Intervention immédiate requise et domaines de l'EBSM	Pourcentage d'accord	IC 95 %
Intervention immédiate requise (oui/non)	100,0	-
Risque de suicide	81,5	[75,3, 87,7]
Risque d'automutilation	78,2	[71,6, 84,8]
Agressivité	65,6	[58,0, 73,2]
Processus mental	63,6	[55,9, 71,3]
Fonctionnement cognitif	59,6	[51,8, 67,5]
Dépression/manie	60,9	[53,1, 68,7]
Anxiété	60,3	[52,5, 68,1]
Impulsivité	65,6	[58,0, 73,2]
Maîtrise des émotions	64,2	[56,5, 71,9]
Habiletés d'adaptation	65,6	[58,0, 73,2]
Habiletés interpersonnelles	66,2	[58,6, 73,8]
Troubles concomitants et/ou toxicomanie[1]	81,5	[75,3, 87,7]
Prise de médicaments psychiatriques	75,5	[68,6, 82,4]
Aptitudes de base	83,4	[77,5, 89,4]
Traitement ou personne-ressource en matière de santé mentale	54,3	[46,3, 62,3]
Motivation et état de préparation à suivre le traitement	60,3	[52,5, 68,1]
Participation aux interventions	61,6	[53,8, 69,4]
Planification de la continuité des soins	-	-

Note : EBSM = Échelle des besoins en santé mentale. [1]Sous-échelle du trouble de toxicomanie. IC = intervalle de confiance. Il a été impossible d'examiner le pourcentage d'accord concernant la planification de la continuité des soins à cause du nombre trop élevé de données manquantes.

Tableau A5

Fiabilité interévaluateurs de l'Échelle d'impression clinique globale et de l'Échelle des besoins en santé mentale, par sexe, par origine autochtone et pour l'échantillon complet

	EBSM – Niveau global de besoins			Échelle CGI		
Échantillon	*n*	CCI	IC 95 %	*n*	CCI	IC 95 %
Échantillon complet	145	0,82	[0,75, 0,86]	142	0,75	[0,66, 0,81]
Sexe						
Homme	85	0,82	[0,73, 0,88]	83	0,78	[0,68, 0,85]
Femme	60	0,79	[0,85, 0,94]	59	0,66	[0,49, 0,78]
Origine autochtone						
Autochtone	56	0,82	[0,70, 0,89]	55	0,76	[0,62, 0,85]
Non-Autochtone	89	0,81	[0,72, 0,87]	87	0,74	[0,63, 0,82]

Note : CCI = coefficient de corrélation interne. EBSM = Échelle des besoins en santé mentale. IC = intervalle de confiance. CGI = Échelle d'impression clinique globale. Fiabilité faible pour les valeurs inférieures à 0,40; fiabilité modérée pour les valeurs entre 0,40 et 0,59; bonne fiabilité pour les valeurs entre 0,60 et 0,74; et excellente fiabilité pour les valeurs entre 0,75 et 1,0.

Tableau A6

Fiabilité interévaluateurs des domaines de l'Échelle des besoins en santé mentale, échantillon complet

Domaines de l'EBSM	*n*	CCI	IC 95 %
Risque de suicide	135	0,83	[0,76, 0,87]
Risque d'automutilation	137	0,81	[0,74, 0,86]
Agressivité	123	0,75	[0,66, 0,82]
Processus mental	134	0,74	[0,66, 0,81]
Fonctionnement cognitif	112	0,75	[0,65, 0,82]
Dépression/manie	138	0,62	[0,50, 0,71]
Anxiété	135	0,67	[0,57, 0,75]
Impulsivité	124	0,79	[0,71, 0,85]
Maîtrise des émotions	128	0,66	[0,54, 0,74]
Habiletés d'adaptation	124	0,70	[0,59, 0,78]
Habiletés interpersonnelles	121	0,64	[0,52, 0,73]
Troubles concomitants et/ou toxicomanie[3]	135	0,71	[0,62, 0,79]
Prise de médicaments psychiatriques	122	0,61	[0,49, 0,71]
Aptitudes de base	136	0,67	[0,57, 0,75]
Traitement ou personne-ressource en matière de santé mentale	109	0,70	[0,59, 0,78]
Motivation et état de préparation au traitement	98	0,58	[0,43, 0,70]
Participation aux interventions	89	0,52	[0,35, 0,65]
Planification de la continuité des soins	33	0,47	[0,16, 0,70]

Note : EBSM = Échelle des besoins en santé mentale. CCI = coefficient de corrélation interne. [3]Sous-échelle du trouble de toxicomanie. IC = intervalle de confiance. Fiabilité faible pour les valeurs inférieures à 0,40; fiabilité modérée pour les valeurs entre 0,40 et 0,59; bonne fiabilité pour les valeurs entre 0,60 et 0,74; et excellente fiabilité pour les valeurs entre 0,75 et 1,0.

Tableau A7

Fiabilité interévaluateurs des cotes des domaines de l'Échelle des besoins en santé mentale, par sexe

	Hommes			Femmes		
Domaines	*N*	CCI	IC 95 %	*N*	CCI	IC 95 %
Risque de suicide	76	0,90	[0,84, 0,93]	59	0,70	[0,54, 0,81]
Risque d'automutilation	79	0,83	[0,75, 0,89]	58	0,76	[0,62, 0,85]
Agressivité	69	0,80	[0,70, 0,87]	54	0,69	[0,51, 0,80]
Processus mental	76	0,81	[0,71, 0,87]	58	0,66	[0,49, 0,79]
Fonctionnement cognitif	66	0,68	[0,53, 0,79]	46	0,78	[0,64, 0,87]
Dépression/manie	79	0,72	[0,60, 0,81]	59	0,48	[0,25, 0,65]
Anxiété	76	0,67	[0,53, 0,78]	59	0,65	[0,48, 0,78]
Impulsivité	68	0,81	[0,71, 0,88]	56	0,76	[0,62, 0,85]
Maîtrise des émotions	70	0,53	[0,34, 0,68]	58	0,72	[0,57, 0,83]
Habiletés d'adaptation	68	0,72	[0,59, 0,82]	56	0,65	[0,46, 0,78]
Habiletés interpersonnelles	67	0,70	[0,55, 0,80]	54	0,56	[0,35, 0,72]
Troubles concomitants	76	0,73	[0,61, 0,82]	59	0,66	[0,48, 0,78]
Prise de médicaments	66	0,80	[0,69, 0,87]	56	0,45	[0,22, 0,64]
Aptitudes de base	77	0,65	[0,50, 0,76]	59	0,67	[0,51, 0,79]
Traitement en santé mentale	63	0,66	[0,49, 0,78]	46	0,73	[0,55, 0,84]
Motivation et état de préparation au traitement	53	0,80	[0,67, 0,88]	45	0,37	[0,09, -0,56]
Participation	44	0,44	[0,16, 0,65]	45	0,58	[0,35, 0,75]

Note : EBSM = Échelle de besoins en santé mentale. CCI = coefficient de corrélation interne. IC = intervalle de confiance. Il n'a pas été possible d'évaluer le domaine de la planification de la continuité des soins en raison des données manquantes. Fiabilité faible pour les valeurs inférieures à 0,40; fiabilité modérée pour les valeurs entre 0,40 et 0,59; bonne fiabilité pour les valeurs entre 0,60 et 0,74; et excellente fiabilité pour les valeurs entre 0,75 et 1,0.

Tableau A8

Fiabilité interévaluateurs des cotes des domaines de l'Échelle des besoins en santé mentale, par origine autochtone

	Autochtones			Non-Autochtones		
Cotes des domaines de l'EBSM	*N*	CCI	IC 95 %	*N*	CCI	IC 95 %
Risque de suicide	53	0,85	[0,75, 0,91]	82	0,81	[0,72, 0,87]
Risque d'automutilation	53	0,80	[0,68, 0,88]	84	0,80	[0,71, 0,87]
Agressivité	50	0,68	[0,51, 0,81]	73	0,78	[0,67, 0,85]
Processus mental	51	0,84	[0,73, 0,90]	83	0,67	[0,53, 0,78]
Fonctionnement cognitif	36	0,69	[0,47, 0,83]	76	0,76	[0,65, 0,84]
Dépression/manie	59	0,55	[0,33, 0,71]	84	0,65	[0,51, 0,76]
Anxiété	52	0,71	[0,54, 0,82]	83	0,65	[0,51, 0,76]
Impulsivité	49	0,73	[0,57, 0,84]	75	0,80	[0,71, 0,87]
Maîtrise des émotions	49	0,66	[0,43, 0,77]	79	0,66	[0,51, 0,77]
Habiletés d'adaptation	45	0,58	[0,34, 0,74]	79	0,74	[0,63, 0,83]
Habiletés interpersonnelles	46	0,49	[0,23, 0,68]	75	0,71	[0,58, 0,81]
Troubles concomitants	53	0,79	[0,67, 0,88]	82	0,67	[0,53, 0,77]
Prise de médicaments	45	0,75	[0,58, 0,85]	77	0,55	[0,37, 0,69]
Aptitudes de base	53	0,40	[0,14, 0,60]	83	0,80	[0,71, 0,87]
Traitement en santé mentale	38	0,82	[0,67, 0,90]	71	0,63	[0,47, 0,75]
Motivation et état de préparation au traitement	35	0,37	[0,04, 0,62]	63	0,74	[0,60, 0,83]
Participation	30	0,46	[0,12, 0,70]	59	0,55	[0,34, 0,70]

Note : EBSM = Échelle des besoins en santé mentale. CCI = coefficient de corrélation interne. IC = intervalle de confiance. Il n'a pas été possible d'évaluer le domaine de la planification de la continuité des soins en raison des données manquantes. Fiabilité faible pour les valeurs inférieures à 0,40; fiabilité modérée pour les valeurs entre 0,40 et 0,59; bonne fiabilité pour les valeurs entre 0,60 et 0,74; et excellente fiabilité pour les valeurs entre 0,75 et 1,0.

Tableau A9

Corrélation de Spearman, par type d'évaluateur, sexe et origine autochtone

Échantillon	Évaluateur à l'AC			Évaluateurs en établissement		
	n	Corrélation de Spearman (ρ)	*p*	*n*	Corrélation de Spearman (ρ)	*p*
Échantillon complet	144	0,83	< 0,01	146	0,82	< 0,01
Sexe						
Homme	84	.77	< 0,01	84	0,78	< 0,01
Femme	60	0,88	< 0,01	62	0,84	< 0,01
Origine autochtone						
Autochtone	56	0,85	< 0,01	56	0,85	< 0,01
Non-Autochtone	88	0,81	< 0,01	90	0,80	< 0,01

Note : ρ = Coefficient de corrélation des rangs de Spearman

Annexe B : Échelle des besoins en santé mentale (EBSM)

Unité opérationnelle :	**Région :** Cliquer ici
Remplie par :	**Date :** Cliquer ici
Raison du renvoi :	

Numéro SED :
Nom de famille :
Prénom(s) :
Date de naissance :

Distribution : dossier des Services de santé, dossier de santé mentale/de psychologie du délinquant, dossier psychiatrique

L'Échelle des besoins en santé mentale est remplie par un professionnel de la santé mentale agréé ou par un membre du personnel des services de santé mentale (sous la supervision d'un professionnel de la santé mentale agréé). Elle comporte trois parties :

Partie A : Intervention immédiate requise

Partie B : Niveau global de besoins en santé mentale

Partie C : Besoins en santé mentale dans des domaines spécifiques de fonctionnement

Elle comprend également une section où des **commentaires** peuvent être ajoutés, au besoin.

Partie A : Intervention immédiate requise	
☐	Préoccupations actuelles importantes relativement au risque d'automutilation ou de suicide ou au danger pour autrui

Partie B : Niveau global de besoins en santé mentale				
	Besoin global		**Indicateurs du besoin**	**Admissibilité au service**
Élevé	☐	**Besoin aigu/grave**	A besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24; présente actuellement des signes et/ou des symptômes graves (phase aiguë) de troubles mentaux; niveau de fonctionnement considérablement réduit; comportement suicidaire et/ou d'automutilation; comportement pouvant exiger l'utilisation de matériel de contrainte (Pinel); troubles neurologiques/déficiences cognitives graves; totalement désorganisé; a besoin de stabilisation; léthargie très sévère; incapacité continue à s'occuper de lui-même et de son hygiène; peut prendre ou non ses médicaments et/ou suivre son traitement; attestation; besoin urgent de désintoxication (collaboration médicale); a besoin d'une évaluation psychiatrique ou d'évaluations spécialisées.	**Psychiatrie/hôpital** **Planification clinique de la continuité des soins** **Services de santé mentale/de psychologie dans la collectivité**
	☐	**Besoin élevé/important**	A besoin d'un soutien 24 heures sur 24; présente actuellement des signes et/ou des symptômes (phase subaiguë et/ou chronique) de troubles mentaux; niveau de fonctionnement considérablement touché par les symptômes; comportement suicidaire et/ou d'automutilation grave et persistante; comportement pouvant exiger l'utilisation du matériel de contrainte (Pinel); trouble neurologique/déficience cognitive sévère, démence ou déficiences physiques et cognitives liées à l'âge; pensée sérieusement désorganisée; a besoin de stabilisation; léthargie sévère; soins personnels et hygiène considérablement compromis; peut prendre ou non ses médicaments et/ou suivre son traitement; a besoin d'une évaluation psychiatrique et/ou d'évaluations spécialisées.	**Psychiatrie/hôpital** **Soins intermédiaires en santé mentale (intensité élevée)** **Planification clinique de la continuité des soins** **Services de santé mentale/de psychologie dans la collectivité**
	☐	**Besoin important**	Peut avoir besoin de soutien 24 heures sur 24; présente actuellement de signes et/ou des symptômes importants de troubles mentaux; déficience importante dans plusieurs niveaux de fonctionnement; comportement d'automutilation chronique et persistant; déficiences cognitives et/ou liées à l'âge importantes (démence); certains symptômes psychotiques (hallucinations, délire)/pensée désorganisée; peut avoir besoin d'une certaine stabilisation; préoccupations/complications possibles liées à la léthargie; soins personnels et hygiène compromis; peut ou non prendre ses médicaments et/ou suivre son traitement.	**Soins intermédiaires en santé mentale (intensité élevée et modérée)** **Planification clinique de la continuité des soins** **Services de santé mentale/de psychologie dans la collectivité**

Modéré	☐	**Besoin considérable**	Présente actuellement de signes et/ou symptômes de troubles mentaux; niveau de fonctionnement modérément réduit; antécédents de comportement suicidaire et/ou d'automutilation, mais préoccupations actuelles faibles; déficience cognitive modérée réduisant la capacité à fonctionnement dans un environnement institutionnel régulier; peut avoir des symptômes psychotiques/une pensée désorganisée; préoccupations/complications possibles liées à la léthargie; soins personnels et hygiène compromis; en général, prend ses médicaments et/ou suit son traitement.	**Soins intermédiaires (intensité modérée)** **Soins primaires** **Planification clinique de la continuité des soins** **Services de santé mentale/de psychologie dans la collectivité**
	☐	**Besoins modérés**	Présente actuellement des signes et/ou des symptômes de troubles mentaux; niveau de fonctionnement modérément réduit; peut déjà avoir présenté un danger pour lui-même associé à des problèmes de santé mentale, mais ne suscite pas de préoccupations à l'heure actuelle; déficience cognitive notable, mais peut fonctionner dans un milieu de soins primaires avec de l'assistance et de la surveillance; peu ou pas d'éléments indiquant une pensée désorganisée; peut susciter des préoccupations relatives aux soins personnels et à l'hygiène; en général, prend ses médicaments et/ou suit son traitement; peut avoir besoin de surveillance/d'assistance.	**Soins primaires**
Faible	☐	**Besoins faibles**	A des antécédents de problèmes de santé mentale, mais ne suscite pas de préoccupations actuellement; niveau de fonctionnement se situant dans la normale; peut avoir déjà présenté un danger pour lui-même associé à des problèmes de santé mentale, mais ne suscite pas de préoccupations à l'heure actuelle; déficience cognitive mineure, mais capacité à fonctionner dans un milieu de soins primaires, mais peut-être avec une assistance ou de la surveillance; peu d'éléments indiquant une pensée désorganisée; peut susciter des préoccupations liées aux soins personnels et à l'hygiène; en général, prend ses médicaments et/ou suit son traitement; peut avoir besoin de surveillance/d'assistance.	**Soins primaires** **Soins personnels**
Aucun	☐	**Aucun besoin**	Ne présente pas de signes ou de symptômes de troubles mentaux actuellement et n'a pas d'antécédents à cet égard; pas de réduction du niveau de fonctionnement; aucun antécédent de comportement suicidaire et/ou d'automutilation; aucun élément indiquant une pensée désorganisée; pas de problème lié aux soins personnels ou à l'hygiène; promotion du mieux-être.	**Soins personnels**

Partie C : Besoins en santé mentale dans des domaines spécifiques de fonctionnement

⇨ Dans le but d'orienter la formulation du cas et la détermination des cibles d'intervention possibles, cochez la case du niveau de besoins dans chaque domaine.

Domaine	Aucun besoin	Besoin faible	Besoin modéré	Besoin élevé
Risque de suicide ☐ Information insuffisante	☐ Aucun antécédent de tentative de suicide. Aucune indication de pensées suicidaires actives.	☐ Antécédents de tentative de suicide, mais le risque de comportement suicidaire est actuellement faible.	☐ Peut avoir des pensées suicidaires actives, mais n'a pas de plan/ne manifeste pas de comportement précurseur. La menace de suicide n'est pas considérée comme imminente.	☐ A des pensées suicidaires actives, peut avoir un plan, et les indicateurs précurseurs sont présents. Il y a un risque imminent de suicide.
Risque d'automutilation ☐ Information insuffisante	☐ Aucun antécédent d'automutilation. Aucune indication de pensées d'automutilation actives.	☐ Antécédents d'automutilation, mais aucun indicateur préoccupant à l'heure actuelle. Le risque de comportement d'automutilation est actuellement faible.	☐ Antécédents d'automutilation. Certains indicateurs suggèrent un risque d'automutilation élevé, mais celui-ci n'est pas considéré comme imminent.	☐ Il y a un risque imminent d'automutilation. Il peut y avoir des indications d'automutilation récente.
Agressivité *(p. ex. intimidation, menaces, usage d'influence pour obtenir des médicaments, destruction de biens, voies de fait, gestes sexuels*	☐ Aucun antécédent de comportement agressif.	☐ Comportements agressifs rares/peu fréquents, de gravité faible à modérée. Répond généralement de façon agressive verbalement, plutôt de physiquement. Il	☐ Comportements agressifs occasionnels, de gravité faible à modérée. Un tel comportement peut entraîner des blessures, mais rien n'indique qu'il y a actuellement un risque pour	☐ Comportements agressifs fréquents ou graves. Ces comportements entraînent souvent des blessures graves ou des bris importants. À l'heure actuelle, il y a indication de risque imminent pour la sécurité

inappropriés/agression sexuelle, se barricader) ☐ Information insuffisante		n'y a pas actuellement de préoccupations à ce sujet.	la sécurité d'autrui.	d'autrui.
Processus mentaux et contenu des pensées ☐ Information insuffisante	☐ Processus mentaux et contenu de la pensée dans les limites normales.	☐ Troubles mineurs dans les processus mentaux ou le contenu des pensées. Peut avoir, de façon épisodique, un discours tangentiel ou une pensée illogique. Pas d'hallucinations ni d'idées délirantes actuellement. Le niveau de fonctionnement n'est pas affecté (ou très légèrement).	☐ Certains troubles dans les processus mentaux ou le contenu des pensées affectent modérément le niveau de fonctionnement. Peut avoir des idées délirantes ou des hallucinations brèves ou occasionnelles.	☐ Des troubles graves dans les processus mentaux ou le contenu des pensées réduisent considérablement le niveau de fonctionnement. Peut avoir des idées délirantes ou des hallucinations de façon fréquente ou continuelle.
Fonctionnement cognitif ☐ Information insuffisante	☐ Capacités intellectuelles dans la normale. Aucun signe de déficits intellectuels.	☐ Certaines indications de déficits cognitifs, mais ayant une incidence limitée sur le niveau de fonctionnement. Peut participer à des programmes correctionnels et à des interventions en santé mentale ordinaires.	☐ Déficits cognitifs importants ayant une incidence manifeste sur le niveau de fonctionnement. Nécessite une certaine adaptation des programmes correctionnels et des interventions en santé mentale.	☐ Déficits cognitifs graves affectant considérablement le fonctionnement dans un large éventail de domaines. Requiert des mesures d'adaptation du milieu de vie. Même en bénéficiant de mesures d'adaptation importantes, ne fait que des progrès limités dans les interventions.
Dépression/manie ☐ Information insuffisante	☐ Aucun signe ou symptôme de dépression ou de manie apparent.	☐ Épisodes occasionnels d'humeur dépressive ou d'irritabilité. Il peut y avoir une perturbation légère et intermittente du niveau de fonctionnement.	☐ Épisodes d'humeur dépressive/d'irritabilité ou d'hypomanie, d'intensité faible à modérée, affectant modérément le niveau de fonctionnement.	☐ Épisode actif d'humeur dépressive et/ou de manie, d'intensité forte, affectant considérablement le niveau de fonctionnement.
Anxiété ☐ Information insuffisante	☐ Aucun signe ou symptôme d'anxiété apparent.	☐ Périodes occasionnelles d'anxiété. Il peut y avoir une perturbation légère et intermittente du niveau de fonctionnement.	☐ Périodes d'anxiété d'intensité légère à moyenne provoquant une diminution modérée du niveau de fonctionnement.	☐ Période d'anxiété intense affectant actuellement considérablement le niveau de fonctionnement.
Impulsivité ☐ Information insuffisante	☐ Aucune indication de problème relatif au contrôle des impulsions; réfléchit presque toujours avant d'agir.	☐ Réfléchit habituellement avant d'agir, mais adopte parfois un comportement impulsif dans certaines situations. Niveau de fonctionnement légèrement réduit.	☐ Agit souvent avant de réfléchir dans différentes situations, ce qui affecte modérément son niveau de fonctionnement.	☐ Agit presque toujours avant de réfléchir. Se montre impulsif dans la plupart des situations et des contextes, ce qui entraîne un dysfonctionnement important.
Maîtrise des émotions ☐ Information insuffisante	☐ Aucun problème apparent de maîtrise des émotions.	☐ Peut habituellement surmonter les difficultés émotionnelles, mais a parfois besoin d'aide; présente un affect émoussé et/ou réagit passivement.	☐ A de la difficulté à maîtriser ses émotions; a tendance à s'isoler et/ou possibles réactions intenses de courte durée face à des difficultés émotionnelles.	☐ Éprouve d'importantes difficultés à maîtriser ses émotions; est enclin à des débordements ou à des comportements émotionnels, et peut faire une crise face à des difficultés émotionnelles.
Capacités d'adaptation ☐ Information insuffisante	☐ Bonnes capacités d'adaptation. Gère les émotions et les événements	☐ En général, gère efficacement les émotions, les problèmes et les événements difficiles. Le niveau de fonctionnement peut être minimalement	☐ Faibles capacités d'adaptation. Gère souvent les émotions, les problèmes ou les événements difficiles de manière inefficace ou y	☐ Très faibles capacités d'adaptation. Est incapable de réguler ses émotions ou de gérer les problèmes et les événements difficiles efficacement, répondant généralement par des

	difficiles et règle les problèmes de manière efficace et appropriée.	réduit à l'occasion.	réagit en adoptant un comportement mal adapté. Réduction modérée du niveau de fonctionnement.	comportements inefficaces ou mal adaptés. Réduction considérable du niveau de fonctionnement.

Domaine	Aucun besoin	Besoin faible	Besoin modéré	Besoin élevé
Habiletés interpersonnelles ☐ Information insuffisante	☐ Bonnes habiletés interpersonnelles; établit et maintient des relations étroites.	☐ Certaines difficultés sur le plan des habiletés sociales et interpersonnelles, mais le niveau de fonctionnement social n'est pas affecté (ou très légèrement).	☐ Difficultés importantes sur le plan des habiletés sociales et interpersonnelles ayant souvent une incidence considérable sur le fonctionnement social.	☐ Problèmes très importants sur le plan des habiletés sociales et interpersonnelles qui affectent considérablement le niveau de fonctionnement social.
Troubles concomitants et/ou toxicomanie ☐ Information insuffisante	☐ Aucun antécédent de toxicomanie.	☐ Antécédents limités de toxicomanie, qui peuvent avoir une incidence négative sur la prise de médicaments et/ou la capacité à bien fonctionner, mais aucun signe de toxicomanie actuellement.	☐ Problèmes actuels de toxicomanie, ayant un effet négatif sur la prise de médicaments et/ou affectant modérément le fonctionnement.	☐ Problèmes fréquents et/ou graves de toxicomanie actuellement, affectant considérablement le niveau de fonctionnement et liés à la rechute des troubles de santé mentale; cherche de la drogue dans l'établissement.
Prise des médicaments psychiatriques ☐ Information insuffisante	☐ Collabore bien à la prise des médicaments prescrits ou n'a pas besoin de médicaments.	☐ Respecte raisonnablement bien les médicaments prescrits, mais peut requérir des mesures incitatives et des encouragements.	☐ Réfractaire à la prise des médicaments prescrits; coopère de manière irrégulière; peut souvent requérir des mesures incitatives et des encouragements considérables.	☐ Ne prend pas les médicaments prescrits; ne réagit pas aux mesures incitatives ni aux encouragements en ce sens.
Aptitudes de base – vie quotidienne et autonomie (activités de la vie quotidienne) *(hygiène, lessive, soins personnels)* ☐ Information insuffisante	☐ Effectue efficacement les activités de soins personnels sans y être incité.	☐ Effectue les activités de soins personnels efficacement, toutefois, peut nécessiter des mesures incitatives ou de l'encouragement.	☐ Piètre exécution des soins personnels; généralement, n'effectue pas les activités de soins personnels sans une aide importante.	☐ Très piètre exécution des soins personnels; généralement, n'effectue pas les activités de soins personnels, même avec une aide importante; peut refuser l'aide.
Traitement ou personne-ressource en matière de santé mentale ☐ Information insuffisante	☐ Pas besoin de ressources en santé mentale.	☐ A besoin du soutien d'une personne-ressource ou de visites afin de préserver sa stabilité.	☐ Travaille avec un professionnel de la santé mentale pour régler un ou plusieurs problèmes particuliers; traitement ou counseling de courte ou longue durée.	☐ A de nombreux problèmes et présente de nombreuses demandes pour rencontrer une personne-ressource; présente un risque de crise soudaine.
Motivation/état de préparation à suivre le traitement ☐ Information insuffisante	☐ Aucune préoccupation relative à la motivation et/au suivi du traitement.	☐ Hésite à certaines occasions, mais est habituellement désireux de travailler avec les membres du personnel et participe aux activités.	☐ Quelque peu ambivalent quant à son désir/à la nécessité de participer aux activités; a besoin d'être encouragé considérablement pour participer aux activités.	☐ Pas intéressé à participer aux interventions; récalcitrant à travailler avec les membres du personnel.
Participation aux interventions *(p. ex. traitement, programmes correctionnels, école, utilisation constructive du temps libre))*	☐ Participe bien aux interventions et/ou activités recommandées.	☐ Participe assez bien aux interventions ou aux activités recommandées, mais peut avoir besoin d'incitatifs et d'encouragements.	☐ Offre une certaine résistance à la participation aux interventions ou aux activités recommandées, même si on lui a expliqué clairement les bénéfices; coopération intermittente; peut avoir besoin de beaucoup d'incitatifs et	☐ Ne participe pas aux interventions ou aux activités recommandées; n'est pas réceptif aux incitatifs et aux encouragements.

☐ Information insuffisante			d'encouragements.	
Planification de la continuité des soins ☐ Information insuffisante	☐ La date de mise en liberté n'est pas encore fixée, et il n'est pas nécessaire de recourir aux services de planification de la continuité des soins.	☐ N'a pas encore de date de mise en liberté, ne cherche actuellement pas à obtenir une libération conditionnelle et/ou ne souhaite pas participer au processus de planification de la continuité des soins.	☐ A une date de mise en liberté en attente et présente certains problèmes de santé mentale et/ou de réinsertion sociale dans la collectivité; se montrer ambivalent quant à sa participation au processus de planification de la continuité des soins.	☐ A une date de mise en liberté en attente et présente des problèmes importants de santé mentale et/ou de réinsertion sociale dans la collectivité; un travailleur social apporte son soutien quant à la possible demande de libération conditionnelle/mise en liberté d'un délinquant qui nécessite une aide importante.

Commentaires
Cliquez ici pour entrer du texte

_____

_____

Signature du professionnel de la santé mentale qui a rempli l'Échelle des besoins en santé mentale *Date*

Échelle des besoins en santé mentale – Instructions

À PROPOS DE L'ÉCHELLE

L'Échelle des besoins en santé mentale ne constitue pas en soi une évaluation de l'état de santé mentale ni ne définit le processus d'évaluation. Il s'agit simplement d'un moyen d'organiser les constatations faites et de documenter les résultats d'un processus d'évaluation. L'Échelle est remplie par un professionnel de la santé mentale agréé ou par un membre du personnel des services de santé mentale sous la supervision d'un professionnel de la santé mentale agréé. L'Échelle comporte trois sections principales : (i) la notification relative à une intervention immédiate requise; (ii) l'évaluation du niveau global de besoins en santé mentale; et (iii) l'évaluation du niveau des besoins en santé mentale dans des domaines spécifiques de fonctionnement. Elle comprend également une section où des commentaires peuvent être ajoutés, au besoin.

Les trois sections de l'Échelle doivent être remplies de façon indépendante.

Pour évaluer le niveau global de besoins en santé mentale d'un délinquant, il convient de prendre en considération, pendant l'évaluation, tous ses besoins et ses points forts. L'évaluation du niveau global de besoins doit être fondée sur les critères de la catégorie qui convient le mieux pour le délinquant sur l'Échelle d'évaluation des besoins en santé mentale. Par exemple, le niveau de fonctionnement global d'un délinquant ayant des besoins importants dans des domaines particuliers peut être satisfaisant. L'urgence ou la priorité des interventions est fonction du niveau de fonctionnement.

QUAND FAUT-IL UTILISER L'ÉCHELLE

Comme le mentionnent les ***Lignes directrices sur les services de santé mentale en établissement*** et les ***Lignes directrices sur les services de santé mentale dans la collectivité***, l'Échelle doit être utilisée dans le cadre du processus de triage lorsqu'un délinquant est évalué la première fois par un professionnel de la santé mentale. Il n'est pas nécessaire de remplir l'Échelle à chaque examen du délinquant. Lorsqu'il existe déjà une évaluation au dossier, le professionnel de la santé mentale peut faire une mise à jour s'il le juge nécessaire, mais ce dernier devrait ajouter un commentaire afin d'indiquer que les évaluations ont été revues et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter de changements pour le moment (la section des commentaires figure en bas de l'Échelle). L'évaluateur devrait inscrire une note pour indiquer si l'évaluation actuelle est une mise à jour des évaluations précédentes.

L'Échelle doit également être remplie lorsqu'un délinquant est aiguillé vers des soins intermédiaires et des soins psychiatriques hospitaliers puisqu'elle fait partie de la documentation courante selon les ***Lignes directrices intégrées en santé mentale (Renvoi vers les soins psychiatriques hospitaliers ou intermédiaires)***.

⇨**Considérations relatives au renvoi :**

1. Le délinquant doit répondre aux indicateurs de santé mentale du niveau de soins approprié.
2. Il faut tenir compte des questions liées à la population la mieux adaptée; le délinquant doit être en mesure de fonctionner au sein de la structure de l'unité d'accueil.

L'Échelle peut être utilisée à des moments clés tout au long de la peine du délinquant, à la discrétion du professionnel de la santé mentale.

DIRECTIVES RELATIVES À L'ÉVALUATION

- Lisez ces directives et examinez l'Échelle avant de la remplir.
- Évaluez le délinquant uniquement si l'on a suffisamment d'informations pour être sûr que l'évaluation sera exacte. Ce n'est pas parce que l'on discute quelques minutes au passage avec un délinquant que l'on dispose d'assez de renseignements pour faire une évaluation. Une entrevue d'évaluation générale avec le délinquant et l'examen de son dossier permettent habituellement de dégager suffisamment d'information pour évaluer le niveau de besoins en santé mentale du délinquant.
- Si l'information recueillie ne permet pas d'évaluer le délinquant dans l'un des domaines de besoin distincts, indiquez-le en cochant la case du formulaire « Information insuffisante » prévue à cette fin.
- Les cotes doivent être choisies selon ce qui convient le mieux au délinquant, même s'il est possible que certaines pensées ou certains comportements à ce niveau ne soient pas caractéristiques.
- Les cotes doivent être fondées sur le niveau de fonctionnement du délinquant et tenir compte des services dont il a besoin au moment de son évaluation à l'aide de l'Échelle. Les antécédents sont utiles pour distinguer les délinquants n'ayant aucun besoin des délinquants ayant de faibles besoins. En revanche, le choix des niveaux élevé ou modéré ne doit pas être fondé uniquement sur les antécédents. Il faudrait mettre l'accent sur l'état et le niveau de fonctionnement actuels du patient.

NIVEAU GLOBAL DES BESOINS EN SANTÉ MENTALE

- Compte tenu du niveau de besoins déterminé pour chacun des domaines spécifiques de fonctionnement dans la partie C, attribuez un niveau global de besoins en santé mentale en vous fondant sur les critères qui définissent chaque niveau et en prenant en considération l'état de santé mentale du délinquant, son niveau de fonctionnement et la présence ou l'absence de problèmes spécifiques requérant une intervention ou le placement. Veuillez noter que le délinquant ne doit pas être évalué en fonction de ses antécédents uniquement; il doit présenter actuellement des signes ou des symptômes de troubles mentaux et une déficience du niveau de fonctionnement.
- Le professionnel de la santé mentale peut avoir recours à cette évaluation pour déterminer la priorité des cas en fonction des besoins cernés, ce qui contribue à la prise de décisions en matière de triage et de placement. De plus, à l'échelle du système, l'évaluation du niveau global de besoins en santé mentale permet de décrire la population carcérale qui reçoit des services de santé mentale.

BESOIN EN SANTÉ MENTALE DANS DES DOMAINES SPÉCIFIQUES DE FONCTIONNEMENT

- Dans cette section, le professionnel de la santé mentale évalue le niveau de besoins du délinquant dans 18 domaines spécifiques. Ces évaluations fournissent de l'information supplémentaire qui contribue à la préparation du cas et à la détermination des objectifs possibles en matière d'intervention.

INTERVENTION IMMÉDIATE REQUISE

- L'évaluateur doit remplir cette section lorsqu'il a déterminé que le délinquant présente des risques importants d'automutilation ou de suicide, ou qu'il représente un danger pour lui-même ou pour les autres.

COMMENTAIRES

- La section « commentaires » peut être utilisée pour signaler des facteurs importants qui peuvent influer sur le niveau actuel de besoins du délinquant ou pour donner d'autres explications pertinentes. Par exemple, les évaluateurs pourraient mentionner certains facteurs comme des événements négatifs ou générateurs de stress, le degré de participation du délinquant à son plan de traitement, le niveau de soutien dont il bénéficie en établissement ou dans la collectivité, et son accès à des ressources communautaires.
- L'inscription de commentaires dans cette section est laissée à la discrétion de l'évaluateur. Dans la plupart des cas, il ne sera probablement pas nécessaire d'ajouter des commentaires.