

Le processus décisionnel et l'évaluation du risque

Depuis peu, les personnes qui évaluent le risque de relâcher dans la collectivité des délinquants incarcérés doivent jouer serré parce que le public remet de plus en plus souvent en question les décisions qu'elles prennent. Si la protection du public est la préoccupation première de ces personnes, celles-ci doivent également tenir compte des droits individuels. De plus en plus, les agents correctionnels et les personnes chargées de décider si un détenu peut être libéré ou s'il doit demeurer incarcéré demandent à des spécialistes de la santé mentale de les aider à dépister les délinquants qui sont trop dangereux pour être libérés.

Des échelles de risque actuarielles fondées sur des données faciles à obtenir (p. ex. la nature de l'infraction, l'âge du délinquant au moment de sa première arrestation), ont été mises au point afin de faire la part entre les détenus libérés qui ne récidivent pas et les récidivistes. Ces échelles sont dérivées de bases empiriques, c'est-à-dire que les variables employées sont choisies selon leur valeur de prédiction. Elles se distinguent donc de celles fondées sur des facteurs cliniques, comme la manie de torturer de petits animaux pendant l'enfance, lesquels, s'ils sont souvent considérés comme d'importants facteurs de prédiction, ne sont pas forcément utiles dans le cas d'un groupe nombreux de délinquants.

L'échelle d'évaluation du risque actuarielle utilisée au Canada a été mise au point et validée par Nuffield⁽³⁾. Devenue depuis l'échelle d'information statistique générale sur la récidive (JSR), elle est administrée par les agents de gestion de cas à tous les délinquants fédéraux.

*Nuffield⁽⁴⁾ signale que les variables de prédiction de la récidive générale et de la récidive violente ne sont pas les mêmes. Alors que la seconde éventualité préoccupe davantage les décideurs correctionnels, il règne une certaine confusion dans le secteur correctionnel fédéral du Canada parce que la pratique veut que le processus décisionnel se fonde uniquement sur les échelles d'évaluation du risque de **récidive générale**. De surcroît, il est rare, lorsqu'il est question de risque, que l'on fasse la distinction entre le risque de récidive violente et le risque de récidive générale.*

Compte tenu de la forte proportion de délinquants incarcérés dans des établissements fédéraux, de se fonder uniquement sur les antécédents de violence pour décider du risque de récidive violente donnerait un taux d'erreur faux-positif trop élevé pour être acceptable. Autrement dit, le nombre de délinquants qui seraient jugés susceptibles de commettre une nouvelle infraction avec violence serait en fait beaucoup plus élevé que le nombre réel de récidivistes; de nombreux délinquants qui auraient pu être libérés sans risque dans la collectivité demeureraient donc en prison.

L'inventaire du niveau de surveillance (INS)⁽⁵⁾ est une échelle actuarielle unique en ce qu'elle fait intervenir à la fois des variables dynamiques (changeantes) et des variables statiques (immuables) (p. ex. l'adhésion du délinquant à une mentalité criminelle comparativement à ses antécédents criminels). De plus, la validité prédictive de l'INS a déjà été prouvée⁽⁶⁾ et bon nombre de ses éléments sont repris dans le processus d'évaluation des délinquants à leur entrée en établissement qu'emploie le Service correctionnel du Canada⁽⁷⁾.

La liste type de psychopathie (révisée) (PCL-R)⁽⁸⁾ est également en train de s'imposer à fin de prévision de la récidive⁽⁹⁾. Plus encore, la PCL-R, et plus précisément le facteur i de cette liste (le mépris le plus complet d'autrui) semble être un facteur de prédiction de la récidive violente plus précis que les antécédents de violence, éventuellement parce qu'il se fonde à la fois sur des données cliniques et sur des données de base⁽¹⁰⁾. En revanche, comme la précision des prévisions dérivées des facteurs de la PCL-R n'est pas constante, la réplication des essais s'impose.

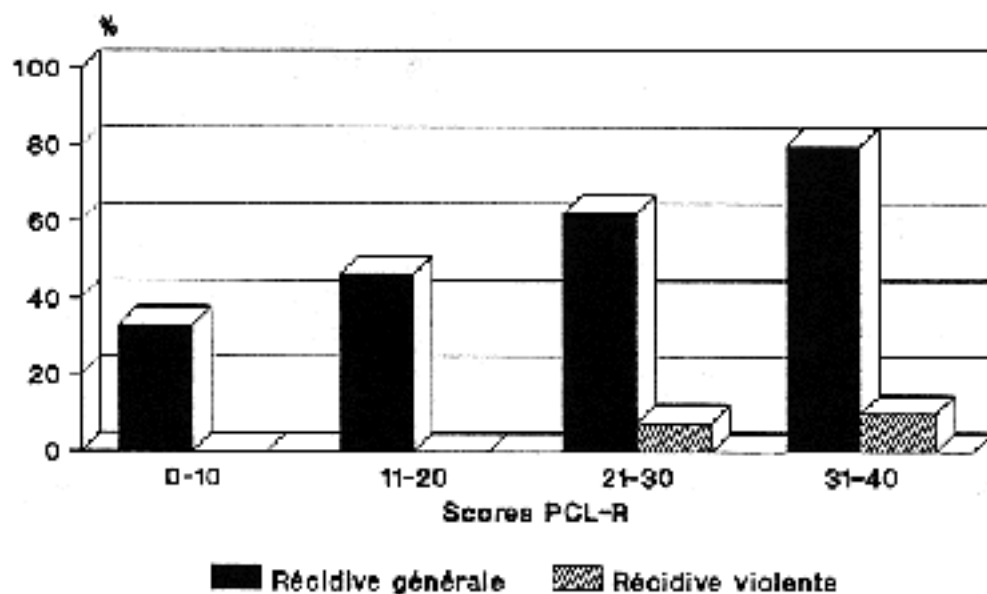
Il n'existe pas d'échelles de prédiction du risque qui permettent de prédire systématiquement sans erreur la récidive. Le problème revient donc à trouver la meilleure façon d'appliquer les résultats des diverses recherches à la pratique clinique, pratique qui doit faire la part entre le besoin de protéger la société et la nécessité de ne pas s'opposer à la libération sans raison, uniquement parce que les conditions de libération seraient excessivement restrictives.

Le présent article s'attarde sur certains aspects précis de l'utilisation d'échelles d'évaluation du risque dans le processus décisionnel et particulièrement de la PCL-R⁽¹⁰⁾. Pour souligner ces aspects, on a repris les données d'une étude de suivi de cinq ans menée auprès de délinquants sous juridiction fédérale dont on connaissait les scores PCL-R. Il est ensuite question des améliorations qui pourraient être apportées aux pratiques en vigueur. Récidive Un échantillon de 81 délinquants sous juridiction fédérale de sexe masculin a fait l'objet d'un suivi pendant 29,7 mois en moyenne, avec un maximum de 67 mois. Le score moyen (absolu) qu'ils avaient obtenu au PCL-R se chiffrait à 22,1, avec une déviation standard de 6,7. On entendait par psychopathes (P) les délinquants ayant obtenu au PCL-R un score total de 30 et plus (n=10), par non-psychopathes (NP) ceux dont le score au PCL-R était inférieur à 17 (n=51) et par groupe mixte (M) tous les autres délinquants, c'est-à-dire ceux ayant obtenu un score entre 17 et 29 (n=20).

Le taux de récidive générale de l'échantillon se chiffrait à 57 p. 100, soit 80 p. 100 chez les P, 59 p. 100 chez les M et 40 p. 100 chez les NP. Le taux de récidive violente se situait à 10 p. 100 pour tout l'échantillon et à 25 p. 100 chez les P, 8 p. 100 chez les M et zéro chez les NP. Les taux de récidive générale et violente, établis en fonction des scores obtenus au PCL-R, sont illustrés à la figure 1, qui permet de constater que le taux de récidive augmente plus le score obtenu au PCL-R est élevé.

Figure 1

Figure 1
La récidive comme fonction
de la psychopathie



Questions décisionnelles

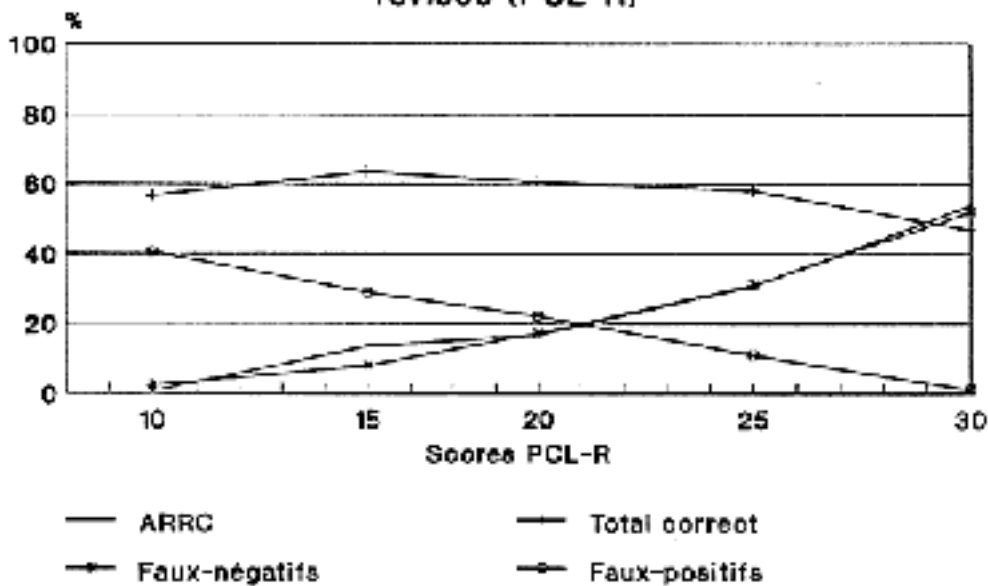
Le risque de récidive augmente donc en fonction du score obtenu au PCL-R. D'après les résultats obtenus, de nombreux psychopathes ne sont pas de bons candidats à la libération tandis que les non-psychopathes étaient plus susceptibles de bien se sortir d'affaire s'ils étaient libérés et donc moins susceptibles de commettre une nouvelle infraction avec violence.

Les scores limites au PCL-R (c'est-à-dire dont on s'est servi pour séparer l'échantillon en groupes) ont été choisis au hasard, conformément à la pratique courante et aux suggestions découlant de recherches passées⁽¹²⁾. Si tout ceci se passait dans la réalité, c'est-à-dire si l'on se servait réellement du score obtenu au PCL-R pour décider ou non de libérer un délinquant, il pourrait être important de choisir des scores limites d'après des critères plus rationnels ou empiriques pour limiter le nombre de décisions erronées. La figure 2 rend compte des difficultés que pose un tel choix.

La figure 2 montre le taux de faux-positifs (la probabilité qu'un délinquant libéré se sorte bien d'affaire lorsque l'on prévoit qu'il récidivera) et de faux-négatifs (la probabilité que le délinquant récidive contre toute attente) selon divers scores limites. Le graphique montre aussi l'amélioration relative par rapport à la chance (ARRC), mesure de la validité prédictive qui reflète à la fois les scores de base et les scores limites.

Figure 2

Figure 2
Questions décisionnelles découlant du
recours à la liste de psychopathie
révisée (PCL-R)



La figure 2 indique que lorsque les scores limites retenus sont plus élevés, la proportion de faux-positifs chute à zéro et l'ARRC atteint son maximum. Le choix de scores limites bas a l'effet inverse, réduisant la proportion de faux-négatifs à zéro parce qu'aucun des délinquants de l'échantillon ayant obtenu un score de 10 ou moins au PCL-R n'a récidivé. De surcroît, les scores limites retenus influent sur l'exactitude des prédictions (c'est-à-dire l'ARRC).

À ce stade, il faut tenir compte d'une autre question: celle du nombre de délinquants qui sont libérés selon le score limite retenu. Si l'on considérait, par exemple, que tous les délinquants ayant obtenu un score inférieur à 30 au PCL-R peuvent être libérés, on se trouverait à libérer un nombre beaucoup plus élevé de délinquants que si l'on décidait de ne libérer que ceux qui ont obtenu un score inférieur à 10.

Plus les scores limites sont élevés, plus on se trouve à libérer de délinquants, ce qui entraîne une diminution du nombre de faux-positifs (délinquants qui ne récidivent pas contre toute attente) et une augmentation du nombre de faux-négatifs (délinquants qui ne devraient pas récidiver d'après les prévisions faites, mais qui le font). Du point de vue du public, il peut être préférable de choisir des scores limites bas pour décider ou non de libérer un délinquant puisque le nombre de délinquants que l'on peut alors libérer est moindre, ce qui provoque une baisse du nombre de faux-négatifs libérés. En revanche, le nombre de faux-positifs maintenus en incarcération augmente. Lorsque vient le moment de choisir les scores limites, il faut faire la part entre ces deux considérations opposées.

Pour trancher, on pourrait choisir un score limite qui permette de parvenir à un équilibre entre la libération de délinquants qui finissent par récidiver et le maintien de l'incarcération de délinquants qui se seraient fort bien tirés d'affaire s'ils avaient été libérés. Autrement dit, il faut trouver le score limite qui égalise le nombre d'erreurs commises du côté des faux-négatifs et de celui des faux-positifs. Par exemple, la figure 2 montre que les deux erreurs se croisent lorsque le score limite est de 21, ce qui signifie que si ce score limite était retenu, 20 p. 100 des décisions prises se solderaient par des faux-positifs et 20 p. 100

par des faux-négatifs, soit un taux d'erreur combiné de 40p. 100. Même si certaines des conclusions avancées ici ne sont pas absolument certaines et vaudraient d'être mises à l'épreuve auprès d'un échantillon plus nombreux, elles sont quand même utiles pour les cliniciens et les décideurs du système de justice pénale.

La comparaison des trois groupes de délinquants permet de tirer d'autres conclusions intéressantes quant à l'utilité des scores limites. Les groupes des psychopathes et des non-psychopathes et le groupe mixte ayant obtenu des taux d'échec différents, on peut conclure que le risque de récidive n'est pas égal. Chez les NP, où le taux d'échec se situe à 40 p. 100, le risque est relativement faible, tandis que chez les P, qui obtiennent un taux d'échec de 80 p. 100, le risque est très élevé. Le groupe M, avec son taux d'échec de 59 p. 100, se situe quelque part entre les deux extrêmes. Ainsi, à fin de prise de décisions, il serait préférable d'utiliser le PCL-R pour repérer les délinquants qui présentent un risque de récidive élevé et ceux chez qui le risque de récidive est faible. Dans le cas de ces derniers (NP), la libération devrait être autorisée à moins de disposer d'information probante s'y opposant puisque la majorité des NP ne récidive pas.

Par contre, on ne devrait envisager la libération anticipée pour les délinquants chez qui le risque de récidive est élevé (P) qu'en présence d'information probante la justifiant et, s'ils venaient à être libérés, il faudrait prévoir des conditions très rigoureuses de gestion du risque parce que la plupart des P récidivent. Résumé Le recours à des échelles d'évaluation du risque donne une assise à la gestion d'un cas non seulement parce qu'elles permettent de calculer la probabilité de récidive, mais aussi parce que l'échelle qui est employée au sein du Service correctionnel du Canada distingue la récidive générale de la récidive violente. Le seul examen de données cliniques donne des résultats moins sûrs que l'emploi conjugué de données actuarielles et d'un jugement clinique⁽¹³⁾. De plus, le recours normalisé à des échelles d'évaluation du risque actuarielles fournit aux délinquants de l'information plus sûre sur leur statut, ce qui atténue l'impression que les décisions sont prises arbitrairement.

Même si le PCL-R s'est avéré utile dans une certaine mesure dans cette étude à fin de prédiction de la récidive violente, on se préoccupe des conséquences éventuelles non justifiées sur la façon dont est géré le cas d'un délinquant à cause de l'étiquette «psychopathe». Malgré cela, le PCLR pourrait servir à guider, plutôt qu'à déterminer, les mesures d'intervention et de gestion du risque. Il faut également souligner que le PCL-R a été intégré à une échelle actuarielle d'évaluation du risque de récidive violente de portée plus générale qui s'annonce très prometteuse⁽¹⁴⁾.

L'information clinique, y compris les variables éventuellement dynamiques ou changeantes, peut être utilisée pour préciser le risque estimé uniquement en fonction d'une échelle actuarielle. Par exemple, dans le cas d'un délinquant chez qui la probabilité de récidive est inférieure à 40p. 100 d'après le score obtenu à une certaine échelle d'évaluation du risque, des données cliniques -comme le refus de suivre un traitement ou la perpétuation des convictions procriminelles - peuvent indiquer que le risque est en réalité plus prononcé que ne l'indique l'estimé.

Inversement, dans le cas d'un délinquant chez qui la probabilité de récidive se chiffre à 60 p. 100, mais qui ne semble pas entretenir de distorsions cognitives sur l'agression, chez qui l'infraction commise était le fait d'un hasard et qui a suivi avec succès le programme de traitement prescrit, il est possible de mitiger

légèrement risque de récidive violente.

En revanche, on ne peut tenir compte, dans le processus décisionnel, que des données cliniques dont la validité a été prouvée en ce qui a trait à la criminalité, y compris la violence, la susceptibilité au traitement et les sentiments criminels. Les cliniciens doivent être prêts à justifier le rajustement du risque individuel posé par le délinquant et à expliquer les raisons qui les ont poussés à réviser leur position. Les compétences cliniques demeurent importantes pour mener des évaluations du risque, de sorte que les décideurs puissent ensuite fonder sur ces évaluations en ayant connaissance de toutes les données du problème plutôt qu'en s'en remettant à une notion vague comme un soi-disant instinct clinique.

À ce stade, il est probablement excessivement optimiste d'attendre des cliniciens qu'ils fournissent des estimés du risque en pourcentage. En revanche, l'emploi de termes uniformisés pour rendre compte du degré de risque - par exemple faible (moins de 20 p. 100), faible à moyen (20 à 40 p. 100), moyen à élevé (40 à 60 p. 100), élevé (60 à 80 p. 100) très élevé (supérieur à 80 p. 100) - pourrait être utile. Les cliniciens et les preneurs de décisions doivent aussi être au courant des taux de récidive de base dans chaque contexte et pour chaque groupe de délinquants afin d'être en mesure de replacer l'évaluation du risque de récidive de chaque délinquant dans le contexte qui s'impose.

Une fois que l'évaluation du risque est terminée et que le cas est fondé, il est impératif d'élaborer des stratégies individuelles de gestion du risque de récidive⁽¹⁵⁾. De plus, ces stratégies doivent refléter le risque afin que les délinquants qui posent un risque de récidive prononcé bénéficient d'une surveillance plus étroite et de soins, à la fois comme condition de libération et comme condition de maintien de la libération⁽¹⁶⁾. En revanche, il a déjà été prouvé qu'il est néfaste de fournir sans justification un traitement aux délinquants qui posent un faible risque de récidive⁽¹⁷⁾. La recherche évoquée ici souligne les avantages d'adopter des pratiques de libération conservatrices lorsque le risque qu'un délinquant récidive est très réel et de faire valoir la faiblesse du risque de récidive estimé pour intervenir avec davantage d'efficacité au regard de la libération en temps voulu du délinquant.

(1) Serin (Ralph), psychologue, établissement de Joyceville C.P. 880, Route 15, Kingston (Ontario) K7L 4X9.

(2) Barbaree (Howard), département de psychologie, Queen's University, Kingston (Ontario) K7L 3N6.

(3) Nuffield, (J.) Parole Decision-Making in Canada: Research Towards Decision Guidelines, Ottawa, Solliciteur général du Canada, 1982.

(4) Ibid.

(5) Andrews, (D.A.) The Level of Supervision Inventory (LSI), Toronto, ministère des Services correctionnels de l'Ontario, 1982.

(6) Bonta (J.) et Motiuk (L.L.), «Utilization of an Interview-Based Classification Instrument», Criminal Justice and Behavior, 12, 1985, p. 333-352.

(7) Motiuk (L. L.), communication personnelle.

(8) Hare, (R.D.) Manual for the Revised Psychopathy Checklist, Ontario, Multi-Health Systems, Inc., 1991.

(9) Harris (G.T.), Rice (M.E.) et Cormier (C.A.), «Psychopathy and Violent Recidivism», Law and Human Behavior, 15, 1991, p. 625-637. Voir aussi Hart (E.D.), Kropp (P.R.) et Hare (R.D.), «Performance of

Male Psychopaths Following Conditional Release From Prison», Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 1988, p. 227-232. Et voir Serin (R.C.), Peters (R. DeV.) et Barbaree (H.E.), «Predictors of Psychopathy and Release Outcome in a Criminal Population», Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2, 1990, p. 419-422. Et voir Serin (R. C.), «Violent Recidivism in Criminal Psychopaths», Law and Human Behavior, en cours d'impression.

(10) Serin, «Violent Recidivism in Criminal Psychopaths».

(11) Des résultats comparables ont été obtenus avec trois autres échelles d'évaluation du risque.

(12) Hare, Manual for the Revised Psychopathy Checklist.

(13) Gottfredson (D.M.), Wilkins (L. T.) et Hoffman (P.B.), Guidelines for Parole and Sentencing: A Policy Control Method, Toronto, Lexington Books, 1978. Voir aussi Harris (G.T.), Rice (M.E.) et Quinsey (V.L.), «Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders», Research Report, IX, 1, Penetang, Ontario, Penetanguishene Mental Health Centre, 1992. Et voir Serin (R.C.), «A Clinical Model for the Assessment of Dangerousness in Prisoners». Document présenté pour publication, 1992.

(14) Harris, Rice et Quinsey, «Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders».

(15) Quinsey (V.L.) et Walker (W.D.), «Dealing With Dangerousness: Community Risk Management Strategies With Violent Offenders» dans Peters (R. DeV.), McMahon (R.J.) et Quinsey (V.L.) (éd.), Aggression and Violence Throughout the Lifespan, Newbury Park, Californie, Sage, en cours d'impression.

(16) Harris, Rice et Quinsey, «Violent Recidivism of Mentally Disordered Offenders».

(17) Andrews (D.A.), Bonta (J.) et Hoge (R.D.), «Classification of offenders for Effective Rehabilitation: Rediscovering Psychology», Criminal Justice and Behavior, 17, 1990, p. 19-52.