

**L'utilité des évaluations cliniques et actuarielles du risque
dans le cas de délinquants ayant fait l'objet
d'une évaluation psychiatrique prélibératoire**

Ralph C. Serin et Donna L. Mailloux

Direction de la recherche,
Service correctionnel du Canada

Steve Hucker

Université McMaster

Décembre 2000

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les psychiatres de l'Institut psychiatrique Clarke, qui ont participé aux évaluations et qui nous ont aidés à avoir accès aux données. Nous adressons également nos remerciements à Mark Nafekh, qui nous a fourni les données de suivi.

SOMMAIRE

En 1989 et 1990, 260 délinquants violents ont fait l'objet d'une évaluation psychiatrique prélibératoire. La présente étude a porté sur trois résultats concernant des délinquants qui avaient risqué de récidiver pendant 7 ou 8 ans : 1) la récidive selon le genre de résultat (crime de violence par rapport à d'autres infractions non violentes); 2) récidive selon le genre de mise en liberté (libération conditionnelle par rapport à mise en liberté d'office); 3) effets uniques et effets additifs des stratégies d'évaluation clinique et actuarielle du risque pour la prédiction de la récidive. Dans l'ensemble, 55,1 % des délinquants de l'échantillon ont récidivé, dont 37,2 % ont commis un «premier crime de violence» comme des voies de fait, un vol avec une arme, un vol qualifié et des menaces. Le taux de récidive violente a doublé pendant la période de suivi («autre récidive violente», 66,4 %). Les délinquants en liberté d'office ont récidivé de façon générale et avec violence plus souvent que les délinquants en liberté conditionnelle. De plus, l'analyse de survie a montré que les délinquants en liberté d'office ont récidivé plus rapidement, qu'il s'agisse de récidive générale, de première récidive ou d'autre récidive violente. Les effets additifs des mesures cliniques et actuarielles ont été partiellement corroborés. Ces résultats font ressortir l'importance des jugements cliniques, mais ils montrent également que ces jugements ne devraient pas remplacer des instruments d'évaluation du risque entièrement validés.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----|
| REMERCIEMENTS..... | II |
| SOMMAIRE | III |
| TABLE DES MATIÈRES | IV |
| LISTE DES TABLEAUX | V |
| LISTE DES GRAPHIQUES | V |
| INTRODUCTION | 1 |
| MÉTHODE..... | 3 |
| Participants | 3 |
| Mesures..... | 3 |
| <i>Évaluation globale du risque</i> | 3 |
| <i>Score clinique combiné</i> | 4 |
| <i>Échelles actuarielles</i> | 4 |
| <i>Données sur les résultats</i> | 5 |
| Procédure | 5 |
| RÉSULTATS..... | 6 |
| Récidive selon le genre de résultat..... | 6 |
| Récidive selon le genre de mise en liberté..... | 6 |
| RÉCIDIVE GÉNÉRALE..... | 7 |
| PREMIÈRE RÉCIDIVE VIOLENTE..... | 7 |
| AUTRE RÉCIDIVE VIOLENTE..... | 7 |
| Évaluation clinique du risque..... | 10 |
| Évaluation actuarielle du risque..... | 12 |
| Intercorrélations..... | 12 |
| Prédiction de la récidive | 13 |
| ANALYSE | 15 |
| BIBLIOGRAPHIE | 17 |

LISTE DES TABLEAUX

| | | |
|-----------|--|----|
| Tableau 1 | Genre de récurrence selon le genre de mise en liberté | 7 |
| Tableau 2 | Matrice de corrélation des éléments cliniques et actuariels avec la récurrence | 11 |
| Tableau 3 | Intercorrélations entre les échelles actuarielle et clinique | 13 |

LISTE DES GRAPHIQUES

| | | |
|-------------|---|----|
| Graphique 1 | Période écoulée avant la «récurrence générale» selon le genre de mise en liberté | 8 |
| Graphique 2 | Période écoulée avant la «première récurrence violente» selon le genre de mise en liberté | 9 |
| Graphique 3 | Période écoulée avant une «autre récurrence violente» selon le genre de mise en liberté | 10 |

INTRODUCTION

La prédiction exacte de la récidive violente demeure un concept assez vague – il s’agit d’une notion qui repose sur la capacité des professionnels de la santé mentale d’intégrer les jugements cliniques du risque aux estimations statistiques obtenues à partir d’instruments d’évaluation actuarielle du risque (Serin, 1995). Un point important à prendre en considération est le risque de récidive générale ou violente d’un individu. Par conséquent, aux termes de la loi en vigueur au Canada, les délinquants reconnus coupables d’une infraction visée à l’Annexe I (crime de violence ou infraction sexuelle) doivent faire l’objet d’une évaluation du risque qu’ils présentent avant la tenue d’audiences sur leur mise en liberté discrétionnaire. Les tribunaux, les commissions de libération conditionnelle et le personnel correctionnel ont recours à ces renseignements avant de prendre des décisions à des stades clés du processus de justice pénale. En raison de l’incidence de ces décisions sur le délinquant et la société en général, il est essentiel que les évaluations soient fiables et valides. La validité prédictive des instruments d’évaluation du risque et des protocoles cliniques suscite un vif intérêt.

Dans l’ensemble, les prédictions cliniques du risque ont constamment été faibles (Menzies, Webster & Sepejak, 1985; Pollock, McBain & Webster, 1989). Par exemple, les opinions de spécialistes de diverses disciplines (psychiatres, travailleurs sociaux, psychologues, agents de correction et personnel infirmier) au sujet du risque ne concordent pas (Sepejak, Menzies, Webster & Jensen, 1983). En outre, les prédictions des cliniciens concernant la violence étaient semblables aux prédictions faites par ceux qui ont codé les données (Menzies, Webster, McMains, Staley & Scaglione, 1994).

Les instruments actuariels ont montré qu’ils avaient une efficacité prédictive relativement bonne pour la récidive générale et la récidive violente. L’Échelle de psychopathie révisée (Échelle de Hare, 1991) classe correctement 77 % des délinquants violents (Harris, Rice & Cormier, 1991) et elle est aussi efficace pour la prédiction de la violence chez les personnes souffrant de troubles psychiques comme la schizophrénie (Rice & Harris, 1992). L’Échelle d’information statistique sur la récidive (Échelle d’ISR; Nuffield, 1982), a montré qu’elle avait une aussi bonne efficacité prédictive pour la récidive générale (Bonta, Harman, Hann & Cormier, 1996), mais qu’elle était moins efficace pour prédire la récidive violente (Bonta & Hanson, 1995; Serin, 1996).

La combinaison des résultats des évaluations actuarielles du risque et des jugements cliniques peut aider à prédire le risque de récidive que présente un délinquant (Serin, 1995). À la discrétion du clinicien, le cadre de prédiction de la violence (Webster, Harris, Rice, Cormier & Quinsey, 1994) par exemple, comprend la possibilité de modifier de 10 % les résultats actuariels, dans un sens ou dans l'autre.

Les travaux de recherche visaient deux objectifs : déterminer le résultat des décisions de mise en liberté dans le cas des délinquants violents et comparer l'efficacité des évaluations cliniques et actuarielles pour la prédiction de la récidive générale et violente. Cette étude est unique à plusieurs égards. En premier lieu, les cliniciens étaient des psychiatres légistes ayant une vaste expérience du travail avec des délinquants. En deuxième lieu, ils sont entrés en contact avec les délinquants pour évaluer le risque que ceux-ci présentaient. En troisième lieu, ils ont procédé à des évaluations complètes comprenant des renseignements détaillés sur le dossier, des échelles actuarielles et des entrevues semi-structurées. En quatrième lieu, les évaluations faisaient partie d'activités opérationnelles qui n'étaient pas assujetties aux règles de confidentialité inhérentes à la recherche. Enfin, tous les délinquants évalués ont été jugés potentiellement dangereux parce qu'ils avaient commis un crime de violence désigné. L'échantillon devrait donc permettre d'obtenir un taux de base élevé de récidive violente par rapport à l'échantillon aléatoire de délinquants mis en liberté.

En 1989 et 1990, 260 délinquants ont fait l'objet d'une évaluation psychiatrique prélibératoire. En décembre 1997, cet échantillon avait risqué de récidiver pendant une période de 7 ou 8 ans. L'étude a porté sur trois résultats : la récidive selon le genre de résultat (crime de violence par rapport à d'autres infractions); la récidive selon le genre de mise en liberté (libération conditionnelle par rapport à mise en liberté d'office); les effets uniques et les effets additifs des stratégies d'évaluation clinique et actuarielle du risque pour la prédiction de la récidive. On a émis l'hypothèse que les délinquants en liberté conditionnelle afficheraient des taux de récidive plus faibles et commettraient des crimes moins graves que les délinquants en liberté d'office. De plus, on a supposé que les instruments actuariels étaient supérieurs aux jugements cliniques quant à leur utilité pour la prédiction de la récidive.

METHODE

Les évaluations psychiatriques ont été effectuées par les psychiatres de l'Institut psychiatrique Clarke à Toronto (Ontario). Tous les délinquants ayant commis une infraction visée à l'Annexe I qui ont demandé un examen prélibératoire en 1989 et 1990 font partie de la présente étude. L'évaluation visait à déterminer la stabilité émotionnelle actuelle des délinquants et le risque de récidive qu'ils présentaient et à formuler des recommandations sur la façon de réduire au minimum ou de gérer ce risque. Le risque a été déterminé au moyen de trois méthodes : 1) une évaluation globale du risque traduisant la perception clinique du risque aux yeux des psychiatres; 2) un score clinique combiné comprenant de nombreux indicateurs cliniques; 3) deux instruments d'évaluation actuarielle du risque.

Participants

L'étude a porté sur 260 délinquants violents incarcérés dans la région de l'Ontario en 1989 et 1990 qui ont fait l'objet d'une évaluation prélibératoire à l'Institut psychiatrique Clarke. Les infractions désignées allaient des voies de fait au meurtre. La majorité des membres de l'échantillon étaient célibataires (61,8 %). La composition raciale était la suivante : Blancs (83,3 %), Noirs (8,2 %), Autochtones (6 %) et Asiatiques (1,3 %).

Mesures

Évaluation globale du risque

Les psychiatres ont évalué les délinquants sur une échelle de 0 à 5, qui indique la probabilité qu'ils récidivent après leur mise en liberté. Les résultats ont été interprétés de la façon suivante : 0 signifiait «aucun risque pour la collectivité»; 1, «risque minime pour la collectivité»; 2, «aucune contre-indication psychiatrique à la mise en liberté progressive prévue»; 3, «gestion dans la collectivité minime et probablement difficile»; 4, «aucun optimisme concernant sa capacité de ne pas récidiver»; 5, «forte préoccupation au sujet du risque qu'il commette de nouveau un crime de violence».

Score clinique combiné

Neuf éléments considérés comme traduisant en grande partie les impressions cliniques ont été choisis à partir d'une liste de variables codées tirées des dossiers cliniques des psychiatres. La présence ou l'absence de ces éléments a été codée sur une échelle de deux points, où 0 signifiait l'absence et 1 la présence de l'élément. Les résultats pour ces éléments ont été additionnés pour permettre d'obtenir un score clinique combiné global. Un résultat élevé sur cette échelle indiquait un risque élevé. Voici les éléments :

1. psychopathologie générale dans l'établissement (excellente, piètre)
2. attitude générale dans l'établissement (excellente, piètre)
3. attitude récente (s'améliore, se détériore)
4. considéré comme préoccupé par les armes, les arts martiaux ou les médias préconisant la violence (oui/non)
5. propension au crime relevée (oui/non)
6. manque d'introspection relevé (oui/non)
7. empathie ou remords exprimé (oui/non)
8. personnalité antisociale (oui/non)
9. autre opinion professionnelle (positive, négative)

Échelles actuarielles

L'Échelle d'ISR (Nuffield, 1982) est une échelle actuarielle de 15 éléments fondée sur des facteurs de risque passifs qui est utilisée pour évaluer le risque de récidive. Les scores totaux varient de -27 à +30, les scores les plus faibles traduisant un risque plus élevé de récidive. L'Échelle de psychopathie révisée (PCL-R; Hare, 1991) mesure le degré auquel une personne affiche les caractéristiques types d'un psychopathe décrites par Cleckley (1941). La PCL-R est une échelle de 20 éléments consistant en deux facteurs, l'un représentant un mode de vie antisocial et irresponsable et l'autre, un mode affectif et interpersonnel. Normalement, la PCL-R est établie après un examen du dossier et une entrevue semi-structurée. Cependant, après la formation sur la PCL-R, les cliniciens portent un jugement clinique sur le degré auquel ils croient que ces personnes présentent

les caractéristiques psychopathiques (estimation de la PCL) au lieu d'utiliser la version entièrement validée de la PCL-R. Chaque délinquant a été évalué par les psychiatres sur une échelle de 7 points allant de 0 (aucune psychopathie relevée) à 6 (psychopathie définie relevée).

Données sur les résultats

La récidive dans cette étude a été évaluée de trois façons :

1. «récidive générale» : violente ou non violente;
2. «première récidive violente» : premier nouveau crime de violence;
3. «autre récidive violente» : condamnation à la suite d'un crime de violence pendant la période de suivi.

Pour cette étude, la violence a été définie comme toute condamnation ayant fait suite à des préjudices, ou à la possibilité de préjudices, causés à une autre personne, y compris un vol qualifié. Pour déterminer si cet échantillon de délinquants violents a commis un acte de violence à un moment donné pendant la période de suivi (et non le premier crime de violence), toute condamnation à la suite d'un crime de violence a été codée comme «autre récidive violente». Même si cette variable ne tient pas compte de la période d'incarcération attribuable à d'autres condamnations, elle indique approximativement si le délinquant a commis un nouveau crime de violence. La principale source de données sur les résultats était le Service des empreintes digitales de la Gendarmerie royale du Canada (GRC). Le Système de gestion des détenus (SGD) du Service correctionnel du Canada a été consulté pour obtenir des précisions sur le genre de mise en liberté.

Procédure

L'Institut psychiatrique Clarke a fourni le numéro de série des empreintes digitales. Ces numéros ont été appariés aux bases de données de la GRC et du SGD pour permettre d'obtenir des renseignements sur les décisions en matière de mise en liberté et les nouvelles condamnations. Toute infraction pour laquelle le délinquant a été incarcéré de nouveau (y compris les manquements aux conditions de la libération) a été codée comme un échec et la période (en mois) de la mise en liberté à la perpétration de l'infraction a été établie. Cette infraction a ensuite été classée comme violente ou non violente.

RESULTATS

Récidive selon le genre de résultat

Sur les 260 délinquants ayant fait l'objet de la présente étude, il y en avait 27 dont le numéro SED n'a pas pu être obtenu, 94 ont bénéficié d'une forme ou d'une autre de libération conditionnelle, 110 ont été mis en liberté à la date de mise en liberté d'office, 1 a été maintenu en incarcération jusqu'à la date d'expiration du mandat et 28 étaient toujours détenus au moment du suivi. Sur les 205 délinquants qui risquaient de récidiver, 55,1 % ($n = 113$) ont récidivé et 44,9 % n'ont pas récidivé ($n = 92$). Dans l'ensemble, 32,7 % de ceux qui ont récidivé ($n = 37$) ont d'abord commis un crime de violence, notamment des voies de fait (51,4 %), la possession d'armes (18,9 %), un vol qualifié (13,5 %) et des menaces (8,1 %). L'incidence de la violence double (66,4 %) lorsque la récidive est mesurée comme étant une «autre récidive violente», dont la plupart des cas étaient des voies de fait (53,3 %), des vols qualifiés (18,7 %) ou la possession d'armes (10,7 %).

Récidive selon le genre de mise en liberté

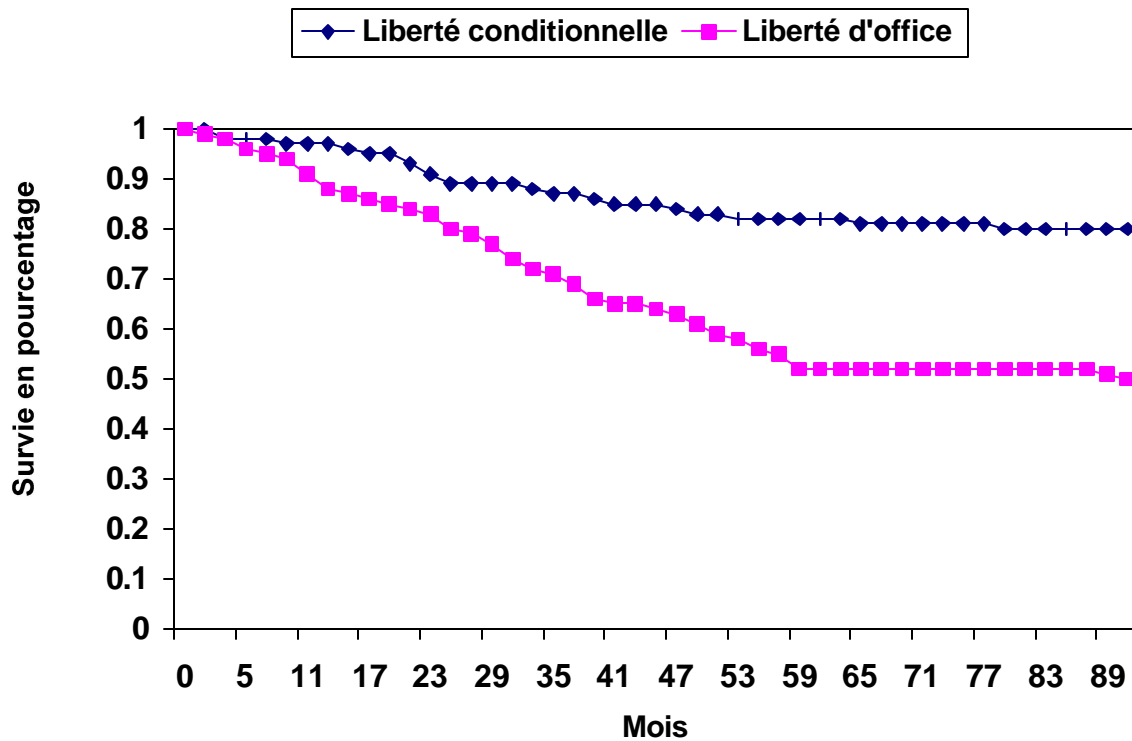
Selon le tableau 1, les délinquants en liberté conditionnelle ont récidivé beaucoup moins que les délinquants en liberté d'office ($\chi^2 = 17,00$, $p < 0,001$). Même si les délinquants en liberté d'office n'ont pas commis plus de crimes de violence dans le cadre de leur première récidive ($\chi^2 = 0,15$, ns), ils ont perpétré beaucoup plus d'autres crimes de violence pendant leur période de mise en liberté ($\chi^2 = 5,34$, $p < 0,05$).

Tableau 1 Genre de récidive selon le genre de mise en liberté

| | Récidive | |
|-----------------------------------|-------------|-------------|
| | Oui | Non |
| Récidive générale | 112 | 92 |
| Liberté conditionnelle | 37 (18,14%) | 57 (27,94%) |
| Liberté d'office | 75 (36,76%) | 35 (17,16%) |
| Première récidive violente | 36 | 76 |
| Liberté conditionnelle | 11 (9,82%) | 26 (23,21%) |
| Liberté d'office | 25 (22,32%) | 50 (44,64%) |
| Autre récidive violente | 74 | 38 |
| Liberté conditionnelle | 19 (19,96%) | 18 (16,07%) |
| Liberté d'office | 55 (49,11%) | 20 (17,86%) |

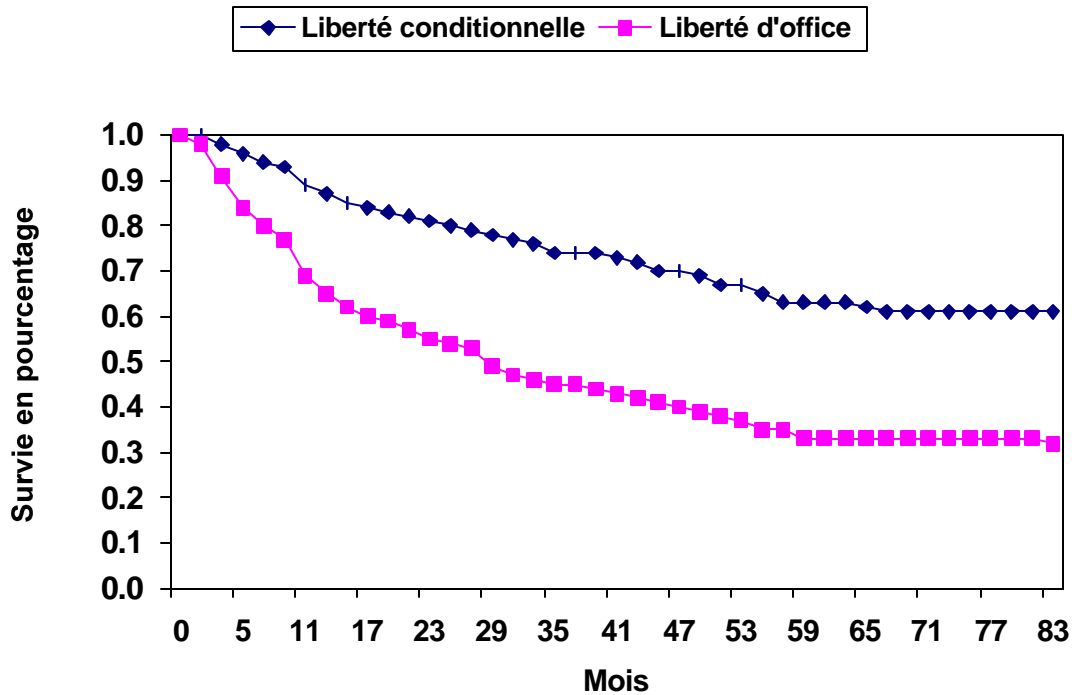
Pour déterminer si le taux de récidive des délinquants en liberté d'office différait de celui des délinquants en liberté conditionnelle, on a procédé à une analyse de survie. Cette technique statistique a servi à déterminer la période moyenne passée dans la collectivité avant la récidive, compte tenu de certaines variables explicatives et de la période de référence inégale. La méthode Kaplan-Meier a servi à obtenir les courbes de survie, et le test Mantel-Haenzel a servi à vérifier l'écart entre les courbes. Dans cette analyse, trois courbes de survie ont été tracées.

Graphique 1 Période écoulée avant la «récidive générale» selon le genre de mise en liberté



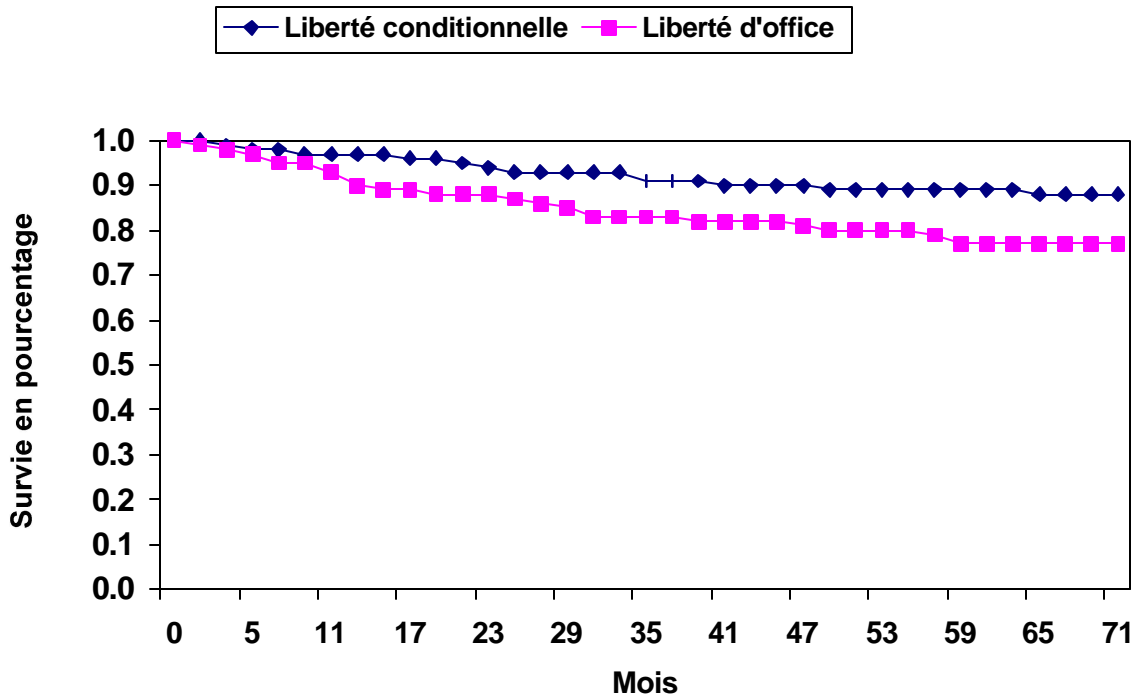
Selon le Graphique 1, les délinquants en liberté d'office ont obtenu moins de succès que les délinquants en liberté conditionnelle dans le cas de la «récidive générale» ($\chi^2 = 20,07$, $p < 0,0001$). La période de survie moyenne en mois était de 51 ($SE = 2$) pour les délinquants en liberté conditionnelle et de 40 ($SE = 3$) pour les délinquants en liberté d'office.

Graphique 2 Période écoulée avant la «première récidive violente» selon le genre de mise en liberté



Même si les groupes ne différaient pas en fonction du nombre de délinquants dont la première récidive était violente («première récidive violente»), ils différaient selon la période écoulée avant la récidive. Les délinquants en liberté d'office ont commis un crime de violence plus rapidement que les délinquants en liberté conditionnelle ($\chi^2 = 4,23, p < 0,05$; voir le Graphique 2). La période de survie moyenne pour les délinquants en liberté conditionnelle était de 61 ($SE = 2$) et pour les délinquants en liberté d'office, elle était de 51 ($SE = 2$).

Graphique 3 Période écoulée avant une «autre récidive violente» selon le genre de mise en liberté



Il y avait une tendance semblable lorsque le comportement violent à un moment donné après la mise en liberté servait à mesurer le résultat («autre récidive violente»). Les délinquants en liberté d'office ont récidivé plus rapidement que les délinquants en liberté conditionnelle ($\chi^2 = 18,80$, $p < 0,0001$; voir la figure 3), la période de survie moyenne pour les délinquants en liberté conditionnelle ($M = 69$; $SE = 2$) était plus longue que celle des délinquants en liberté d'office ($M = 62$; $SE = 3$).

Évaluation clinique du risque

On a établi une corrélation indépendante entre les éléments cliniques qui figurent au Tableau 2 et les mesures des résultats. Alors que très peu étaient en corrélation avec la récidive générale, aucun n'était en corrélation avec la récidive violente («première» et «autre»). On a calculé le score clinique combiné en additionnant des éléments cliniques.

Le score clinique combiné moyen était de 3,88 (ET = 1,21). Même si ce score était en corrélation avec la «récidive générale» ($r = 0,24$), il était sans corrélation avec la «première récidive violente» ($r = -0,06$) ou une «autre récidive violente» ($r = 0,13$).

Pour renforcer la relation clinique avec les mesures des résultats, un score clinique combiné révisé a été établi au moyen des seuls éléments qui étaient fortement en corrélation avec la mesure du résultat (trouble de la personnalité antisociale, attitude récente et autre opinion professionnelle). Le score moyen pour cette mesure révisée était de 1,89, et l'écart type était de 0,83. Même si cette révision a renforcé la relation avec la récidive générale ($r = 0,29$), elle n'a eu aucun effet sur la relation avec la récidive violente.

Tableau 2 Matrice de corrélation des éléments cliniques et actuariels avec la récidive

| | Récidive générale | Première récidive violente | Autre récidive violente |
|-------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------------|
| Éléments cliniques | | | |
| Psychopathologie générale | 0,02 | -0,01 | 0,17 |
| Attitude générale | 0,06 | -0,06 | 0,01 |
| Attitude récente | 0,18* | 0,00 | 0,01 |
| Préoccupation | -0,05 | -0,03 | 0,03 |
| Pensées criminelles | 0,11 | -0,11 | -0,11 |
| Aucune introspection | -0,06 | -0,10 | 0,11 |
| Remords | 0,10 | -0,05 | 0,05 |
| TPAS | 0,24** | 0,06 | 0,05 |
| Autre opinion professionnelle | 0,14* | 0,01 | 0,08 |
| Score clinique combiné | 0,24** | -0,06 | 0,13 |
| Combiné – révisé | 0,29** | 0,05 | 0,09 |
| Énoncé du risque | 0,07 | 0,00 | 0,08 |
| Actuariels | | | |
| Échelle d'ISR | -0,36** | 0,08 | -0,11 |
| Estimation de la PCL | 0,14* | -0,01 | 0,16 |

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

On a établi une corrélation entre la cote globale des cliniciens concernant le risque et les mesures des résultats pour déterminer si leurs impressions étaient exactes. Le score moyen de l'énoncé du risque était de 2,41 ($ET = 1,96$) et était sans corrélation avec l'une ou l'autre des mesures des résultats. D'après cette évaluation globale du risque, les cliniciens n'ont pas prédit le résultat avec précision.

Évaluation actuarielle du risque

Le score moyen de l'échelle d'ISR pour cet échantillon était de 0,13 ($ET = 9,22$; fourchette des scores allant de -22 à 25). L'Échelle d'ISR était en forte corrélation avec la «récidive générale» ($r = -0,36$; voir le Tableau 2); cependant, elle était sans corrélation avec les deux mesures de la récidive violente.

Il convient de noter que la méthode libérale de mesure de la récidive violente («autre récidive violente») a modifié la corrélation avec l'Échelle d'ISR dans le sens prévu (de 0,08 à $-0,11$).

L'estimation moyenne de la PCL était de 3,11, et l'écart type de 1,00 (fourchette des scores de 0 à 6).¹ L'estimation de la PCL (-) était en forte corrélation avec la récidive générale ($r = 0,14$), mais sans corrélation avec les deux mesures de la récidive violente. Par conséquent, les évaluations actuarielles, semblables au score clinique combiné, étaient en corrélation avec la récidive générale, mais non avec la récidive violente.

Intercorrélations

Pour déterminer si les évaluations actuarielles et les évaluations cliniques étaient indépendantes, on a établi une intercorrélation avec les échelles. Selon le Tableau 3, sauf la relation entre le score combiné révisé et l'estimation de la PCL et l'énoncé du risque, toutes les mesures du risque étaient en forte intercorrélation. Cela donne à penser que les mesures sont assez uniformes, mais qu'il ne s'agit pas d'éléments d'information indépendants. Cela était en fait prévu, car des éléments précis (p. ex. l'absence de remords ou d'introspection) pourraient contribuer à plus d'une des mesures.

L'intercorrélation réduite avec l'utilisation du score combiné révisé donne à penser qu'elle pourrait être mieux en mesure de prédire le résultat lorsqu'elle est combinée à d'autres mesures du risque.

Tableau 3 Intercorrélations entre les échelles actuarielle et clinique

| | Échelle d'ISR | Estimation de la PCL | Énoncé du risque | Combiné |
|----------------------|---------------|----------------------|------------------|---------|
| Échelle d'ISR | 1,00 | | | |
| Estimation de la PCL | -,37** | 1,00 | | |
| Énoncé du risque | -,30** | ,15* | 1,00 | |
| Score combiné | -,43** | ,29** | ,33** | 1,00 |
| Score combiné révisé | -,26** | ,13 | ,13 | ,62** |

* $p < 0,05$, ** $p < 0,0001$

Prédiction de la récidive

Les mesures du risque qui étaient indépendantes jusqu'à un certain point ont été intégrées à une régression logistique pour déterminer leur capacité indépendante et additive de prédire la «récidive générale». Cette procédure n'a pas été utilisée pour prédire la récidive violente, car les prédicteurs étaient sans corrélation avec ces mesures des résultats. Par conséquent, les variables suivantes ont été prises en compte : énoncé du risque, score clinique combiné révisé, Échelle d'ISR et estimation de la PCL.

Pour évaluer la capacité des prédicteurs cliniques proprement dits (énoncé du risque et score combiné révisé) de prédire la récidive générale, on a procédé à une analyse de régression logistique. Le score clinique combiné révisé était la seule variable permettant de prédire la récidive générale ($c^2 = 19,39$, $p < 0,0001$), le ratio d'incidence approché étant de 2,27. La capacité du modèle qui ne comprenait que le score clinique combiné révisé de prédire avec exactitude la récidive était de 53,2 %.

¹ Les cliniciens ont considéré deux des 260 délinquants comme ayant des caractéristiques psychopathiques importantes.

Pour évaluer la capacité des instruments actuariels proprement dits (Échelle d'ISR et estimation de la PCL) de prédire la récurrence générale, on a procédé à une analyse de régression logistique. L'Échelle d'ISR était la seule variable permettant de prédire la récurrence générale ($\chi^2 = 26,38$, $p < 0,0001$), le ratio d'incidence approché étant de 0,92. La capacité du modèle qui ne comprenait que le score de l'Échelle d'ISR de prédire la récurrence était de 68,3 %, soit un pourcentage plus élevé que le score clinique combiné révisé.

Pour déterminer la nature additive des mesures cliniques et actuarielles du risque, on a intégré celles-ci simultanément dans une analyse de régression logistique. Les résultats montrent que l'Échelle d'ISR et le score clinique combiné révisé étaient des prédicteurs importants de la récurrence générale. L'Échelle d'ISR a été intégrée la première ($c^2 = 25,67$, $p < 0,0001$), le ratio d'incidence approché étant de 0,93, suivie de l'addition du score clinique combiné révisé ($c^2 = 11,67$, $p < 0,001$), le rapport d'incidence approché étant de 1,95. L'exactitude de la prédiction de la récurrence au moyen du modèle comprenant ces deux variables était de 74,2 %. Par conséquent, la combinaison d'un instrument actuariel et d'une estimation approximative des impressions cliniques était plus précise pour la prédiction de la récurrence que l'un ou l'autre de ces deux moyens seuls.

ANALYSE

À l'instar d'autres ouvrages sur la récidive et le genre de mise en liberté (Grant, 1996; Motiuk, Belcourt & Bonta, 1995; Larocque, 1998), les résultats de la présente étude donnent à penser que les délinquants en liberté conditionnelle récidivent moins souvent (qu'il s'agisse de récidive générale ou violente) que les délinquants en liberté d'office. Ces résultats confirment la pratique consistant à maintenir en incarcération les individus à risque élevé jusqu'à leur libération d'office et à accorder la libération conditionnelle aux délinquants à risque moins élevé. Ce genre d'analyse ne permet pas de déterminer si ces résultats sont inhérents au genre de mise en liberté dont bénéficie le délinquant ou au délinquant lui-même. Cependant, c'est probablement l'interaction entre le genre de mise en liberté et une autre caractéristique de la personnalité ou du mode de vie du délinquant qui détermine le genre de mise en liberté qu'il obtient et la probabilité de ne pas récidiver.

Un peu plus de la moitié de cet échantillon de délinquants violents et à risque élevé a récidivé pendant la période de suivi de sept ans. La première récidive du tiers de l'échantillon était des crimes de violence, tandis que les deux tiers des délinquants de l'échantillon ont commis un autre crime de violence à un moment donné pendant la période de suivi. De toute évidence, cet échantillon d'hommes présente un risque extrêmement élevé non seulement de récidiver, mais aussi de commettre un crime de violence à l'avenir.

Comme on reproche souvent aux cliniciens leur incapacité de prédire avec précision la récidive, la présente étude visait à comparer deux méthodes que peut utiliser le clinicien pour déterminer le risque. La première consistait à recourir à une évaluation globale du risque que les cliniciens ont évalué sur une échelle de 0 à 5. Cette méthode a été comparée à la deuxième méthode, qui consistait à établir un score clinique combiné à partir de plusieurs éléments cliniques codés provenant des dossiers cliniques des psychiatres. Les résultats ont montré que pour la prédiction de la récidive générale, le score combiné révisé était plus efficace que l'énoncé général du risque. Cependant, le faible niveau de concordance donne à penser que cette méthode ne permet pas de prédire avec précision la récidive générale.

En ce qui concerne la prédiction de la «récidive générale», l'Échelle d'ISR a obtenu de meilleurs résultats que l'estimation de la PCL. Ce résultat inhabituel fait ressortir un problème fondamental quant au mode d'évaluation de la psychopathie, et il est corroboré par deux résultats contre-intuitifs. Le premier était la faible corrélation entre l'estimation de la PCL et tant la récidive générale que la récidive violente. Des recherches poussées (voir Hare, 1998, pour un examen) ont montré de façon constante qu'il y a une forte corrélation entre la PCL-R et la récidive générale et violente. Deuxièmement, étant donné le taux de violence de base élevé dans cet échantillon, un taux de psychopathie de base tout aussi élevé devrait être relevé. Toutefois, les cliniciens ont estimé que seulement deux délinquants présentaient des caractéristiques psychopathiques très marquées alors que selon les taux de base (20-30 %) (Hare, 1998), au moins 52 à 78 délinquants répondaient à ce critère. Les psychiatres ont fortement sous-estimé la prévalence de la psychopathie en utilisant un raccourci, d'où la précision moindre de la prédiction. Par conséquent, les résultats montrent qu'il ne faut pas utiliser les impressions cliniques concernant la psychopathie pour remplacer l'évaluation entièrement validée et uniformisée de la PCL-R.

Selon les résultats de l'analyse de prédiction, s'il fallait utiliser seulement l'évaluation clinique ou uniquement l'évaluation actuarielle, l'Échelle d'ISR serait en fait le meilleur choix en raison de sa précision supérieure. Toutefois, les résultats montrent également que les jugements cliniques peuvent améliorer la prédiction de la récidive générale d'une façon significative lorsqu'ils sont combinés à l'Échelle d'ISR. Deux résultats le corroborent : 1) le score clinique combiné révisé a été intégré à l'analyse de régression logistique après l'Échelle d'ISR; 2) la précision de la prédiction s'est accrue de 6 % par rapport à l'Échelle d'ISR seule, et les taux de discordance ont diminué de 3 %.

Compte tenu du fait que l'objet premier des évaluations cliniques n'est pas la prédiction exacte de la dangerosité (Monohan, 1996), la présente étude a cherché à déterminer dans quelle mesure les évaluations cliniques peuvent compléter les instruments actuariels pour la prédiction du risque. Même si les évaluations actuarielles du risque continuent de donner de meilleurs résultats que les évaluations cliniques seules, la présente étude fait ressortir l'importance de combiner les deux méthodes pour augmenter la précision. Les travaux de recherche futurs devraient porter sur l'incidence des jugements cliniques sur la prédiction de la violence lorsqu'ils sont comparés à des instruments actuariels entièrement validés.

BIBLIOGRAPHIE

- Bonta, J. & Hanson, R. K. «*Violent recidivism of men released from prison*», document présenté lors de la convention de l'American Psychological Association. New York, NY, août 1995.
- Bonta, J., Harman, W. G., Hann, R. G. & Cormier, R. B. «*The prediction of recidivism among federally sentenced offenders: A re-validation of the SIR scale*», *Canadian Journal of Criminology*, vol. 38, 1996, 61-79.
- Ceckley, H. «*The Mask of Sanity*», Saint Louis, MI, The C.V. Mosby Company, 1941.
- Grant, B. A. «*Les délinquants dont le cas est renvoyé en vue d'un examen de maintien en incarcération (1989-1990) à (1993-1994) : Analyse comparative*», rapport de recherche n° R-45, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1996.
- Hare, R. D. *Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto, ON, Multi-Health Systems, 1991.
- Hare, R. D. (1998). «Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice system» dans *Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behavior*, T. M. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith et R. Davis (Eds.), New York, NY, Guilford, 1998, p. 188-212.
- Harris, G. T., Rice, M. E. et Cormier, C. A. «Psychopathy and violent recidivism», *Law and Human Behavior*, vol. 15, 1991, 625-637.
- Larocque, B. «Tendances au niveau fédéral et résultats de la mise en liberté sous condition», *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 10, n° 2, 1998, 18-22.
- Menzies, R. J., Webster, C. D. et Sepejak, D. S. «The dimensions of dangerousness: Evaluating the accuracy of psychometric predictors of violence among forensic patients», *Law and Human Behavior*, vol. 9, 1985, 35-56.
- Menzies, R. J., Webster, C. D., McMain, S., Staley, S. et Scaglione, R. «The dimensions of dangerousness, revisited: Assessing forensic prediction about violence», *Law and Human Behavior*, vol. 18, 1994, 1-28.
- Monohan, J. «Violence prediction: The past twenty and the next twenty years», *Criminal Justice and Behavior*, vol. 23, 1996, 107-120.
- Motiuk, L. L., Belcourt, R. L. et Bonta, J. *La gestion des délinquants à risque élevé : suivi après le maintien en incarcération*. Rapport de recherche n° R-39, Ottawa, ON, Service correctionnel du Canada, 1995.
- Nuffield, J. *La libération conditionnelle au Canada : recherches en vue d'une normalisation des décisions*. Ottawa, ON, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1982.
- Pollock, N., McBain, I. et Webster, C. D. «Clinical decision making and the assessment of dangerousness» dans *Clinical approaches to violence*, K. Howells et C. R. Hollin (Eds.), Chichester, UK, Wiley, 1989.

- Rice, M. E. et Harris, G. E. «A comparison of criminal recidivism among schizophrenic and nonschizophrenic offenders», *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 15, 1992, 397-412.
- Serin, R. C. «Aptitude des criminels psychopathes à répondre au traitement», *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 7, n° 3, 1995, 23-26.
- Serin, R. C. (1996). Violent recidivism in criminal psychopaths. *Law and Human Behavior*, 20, 207-217.
- Sepejak, D. S., Menzies, R. J., Webster, C. D. et Jensen, F. A. S. «Clinical predictions of dangerousness: Two-year follow-up of 408 pretrial forensic cases», *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, vol. 11, 1983, 171-181.
- Webster, C. D., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. & Quinsey, V. L. *The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men*. Toronto, ON, Center of Criminology, 1994.