

Les programmes pour délinquants violents

par **Ralph C. Serin** et **Denise L. Preston**¹
Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada

La préoccupation relative aux délinquants violents s'est accentuée à la suite de l'insistance qu'on a mise sur l'évaluation du risque au cours des dix dernières années. Il ne faut donc pas s'étonner que, en plus des changements apportés aux peines et aux politiques, les administrations correctionnelles veillent maintenant au traitement et à la gestion des délinquants à risque élevé et des délinquants violents. Dans cet article, nous fixons notre attention sur les interventions et les programmes pour délinquants violents qui visent à réduire la récidive et qui peuvent être liés aux besoins particuliers de ces délinquants en matière de traitement plutôt qu'à la criminalité en général.

Définition des délinquants violents

Un des principaux obstacles dans le traitement des délinquants violents réside dans la confusion qui règne quant à la façon de les définir. En effet, on les décrit habituellement dans des termes qui ne leur appartiennent pas exclusivement, notamment lorsqu'il est question de condamnations criminelles (ex. : voies de fait), d'attitudes (ex.:hostilité), d'émotions (ex.: colère) et d'infractions dirigées contre des personnes particulières (ex. : voies de fait contre la conjointe). L'absence de délimitations claires entre les différents types de délinquants violents brouille la reconnaissance des besoins en matière de traitement et, ainsi, trouble la recherche sur l'efficacité des programmes.² Par exemple, les délinquants dont la violence est surtout instrumentale ne sont guère susceptibles de tirer profit d'un programme de maîtrise de la colère qui se fonde sur la gestion de la stimulation. Par ailleurs, même si l'on observe des changements mesurables chez un délinquant, comme l'apprentissage des principes de gestion de la colère, il se peut que ces changements ne soient pas à l'origine de réductions des comportements violents, et ce, simplement parce qu'ils ne touchent pas à un facteur criminogène du délinquant en question. Dans le cadre de l'évaluation, un tel programme pourrait être jugé inefficace, alors qu'il ne devrait être considéré inefficace que pour certains types de délinquants violents.

Besoins et objectifs en matière de traitement

Dans la documentation qui porte sur les facteurs de risque chez les délinquants à comportement violent ou agressif chronique, on mentionne notamment les problèmes suivants :

- hostilité;
- impulsivité;
- toxicomanie;
- troubles mentaux importants assortis de symptômes aigus;

- personnalité antisociale ou psychopathique;
- lacunes sur le plan du traitement de l'information sociale;
- mauvais soins donnés par les parents;
- négligence subie pendant l'enfance.

Objets du traitement, ces facteurs peuvent être répartis en différentes catégories et confrontés aux divers types de délinquants violents, de façon à faire ressortir la nécessité d'assortir le contenu des programmes aux besoins des délinquants en matière de traitement. Les cinq catégories en question peuvent être liées à l'expression ou à l'inhibition de la colère, ce sont :

- les habiletés (aptitudes sociales et empathie);
- la stimulation (colère);
- le schéma de pensée (croyances pro-agressivité et attribution aux autres d'intentions hostiles);
- l'autorégulation (impulsivité);
- l'anxiété (névrosisme).

Tolan et Guerra distinguent quatre types de délinquants violents, à savoir les types prédateur, relationnel, situationnel et psychopathologique.³ Étant donné cette diversité de profils, il est évident qu'un seul programme de traitement ne peut répondre adéquatement aux besoins de tous les délinquants violents. Par exemple, chez les délinquants dits prédateurs, comme ceux qui commettent des vols qualifiés, on remarque des lacunes en ce qui concerne les habiletés, le schéma de pensée et l'autocontrôle, mais pas sur le plan de la stimulation ni de l'anxiété. Par conséquent, il ne faudrait pas s'attendre à ce qu'une amélioration de la gestion de la stimulation et de l'anxiété chez ces délinquants ait pour résultat l'inhibition de la violence. En effet, selon ce modèle, une intervention visant la gestion de la colère chez les délinquants prédateurs ne réduirait pas la récidive violente parce que la stimulation et l'anxiété n'influencent pas leur recours à la violence. Un tel modèle théorique demande néanmoins à être validé.

En général, le traitement des délinquants violents met l'accent sur la maîtrise de la colère. Selon cette approche, la violence résulte de l'incapacité du délinquant à reconnaître et à gérer sa colère. Récemment, la mesure de l'état de préparation au traitement, du schéma cognitif consistant en l'attribution erronée d'intentions hostiles, de l'aptitude à la résolution des problèmes de relations humaines, ainsi que des connaissances et des habiletés nécessaires pour prévenir les rechutes, a été intégrée aux évaluations des délinquants violents.⁴

Intensité du traitement

La stratégie visant à déterminer l'intensité du traitement à offrir aux délinquants violents n'est pas bien définie. Il s'agit de maintenir un équilibre entre la fréquence et la durée des séances et l'intégrité du programme. La force morale et la santé mentale des cliniciens doivent aussi être considérées, vu les difficultés particulières qu'ils rencontrent auprès de ce groupe de délinquants. Le milieu dans lequel le traitement est offert complique également la question puisqu'il est beaucoup plus difficile de mettre en œuvre des programmes très intensifs dans la collectivité que dans les établissements ou les centres résidentiels.

La diversité et la sévérité des besoins en matière de traitement, et non les condamnations criminelles, devraient déterminer la durée idéale d'un programme pour délinquants violents. À l'heure actuelle, ces programmes durent de 4 à 6 mois et comprennent un minimum de 135 heures de traitement, bien que certains comptent 240 heures de traitement individuel et de traitement en groupe.

Comparaison entre les programmes offerts dans les établissements et dans la collectivité

Le manque d'assiduité est une préoccupation majeure pour les interventions dans la collectivité. La mise en œuvre de traitements plus intensifs se révélerait donc problématique dans ce milieu. Les programmes en établissement, quant à eux, permettent aux cliniciens d'avoir plus de maîtrise sur les délinquants et d'obtenir d'eux une plus grande adhésion, l'assiduité et la ponctualité étant toutefois bien loin de la perfection. De plus, les programmes sont offerts avec plus de souplesse, notamment dans le cas des longs programmes, de ceux qui nécessitent des séances fréquentes ou de ceux qui doivent être offerts le matin ou en après-midi. Enfin, les programmes en établissement semblent insister davantage sur la manière de reconnaître les situations à risque élevé et d'y faire face comme un aspect important du traitement.

Programmes de traitement

À présent, il devrait être clair que les interventions auprès des délinquants à comportement violent chronique doivent faire appel à plusieurs méthodes et comporter plusieurs volets. Passons donc en revue les programmes tertiaires d'interventions pharmacologiques et psychologiques.

Interventions pharmacologiques

À l'heure actuelle, aucun médicament n'a encore été mis au point ou approuvé spécialement pour le traitement des comportements violents. Plusieurs classes de psychotropes ont cependant été utilisées avec un certain succès pour des types particuliers d'individus violents.

Bien que les rapports au sujet de l'effet des médicaments sur les comportements violents soient encourageants, les recherches comportent de nombreuses faiblesses méthodologiques, y compris des échantillons trop petits, l'absence de groupes témoins, le manque d'essais à double insu, le non respect du protocole expérimental et l'inexactitude des diagnostics. En outre, bien que les médicaments aient une incidence sur certaines causes biologiques des comportements violents, à eux seuls, ils parviennent rarement à réduire la violence à long terme.

Interventions psychologiques

La psychothérapie et le service social individualisé ne se sont pas révélés efficaces pour diminuer les comportements antisociaux.⁵ Dans les recherches portant sur les jeunes, ce sont les programmes multidimensionnels, comme ceux qui font appel à des systèmes familiaux, qui ont donné les meilleurs résultats. De façon implicite, la multiplication des programmes de maîtrise de la colère sous-entend que la colère ressentie par les délinquants violents dépasse le niveau de la colère qu'éprouvent les délinquants non violents. Ainsi, en diminuant le niveau de la colère, on pourrait s'attendre à une baisse optimale de la fréquence et de l'intensité des comportements violents. Or, il s'agit là d'une notion bien curieuse compte tenu du fait que la violence est relativement peu fréquente, qu'elle ne peut être mesurée avec fiabilité et qu'elle semble souvent motivée par d'autres raisons que la colère.⁶ Dans les plus récents programmes, on inclut maintenant la pratique d'habiletés telles que les aptitudes sociales, l'affirmation de soi, la résolution de problèmes et l'empathie.

L'approche de la thérapie rationnelle du comportement insiste plus particulièrement sur le rôle des cognitions, notamment des pensées irrationnelles, dans la stimulation de la colère et le maintien de son niveau. On apprend aux délinquants que leurs pensées irrationnelles contribuent à stimuler davantage la colère et, ainsi, à précipiter les comportements agressifs. L'intervention vise le rapport entre les pensées et les sentiments et encourage les délinquants à réfuter les pensées irrationnelles, ce qui permet vraisemblablement de réduire les risques de comportements violents.

Efficacité des programmes

Plusieurs études ont eu pour objet d'examiner l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales à l'intention des délinquants adultes à comportement agressif. Hunter⁷ a offert un programme de gestion de la colère d'une durée de 10 semaines à 28 détenus qui manifestaient une tendance à la violence interpersonnelle. Un groupe témoin de 27 détenus a été utilisé dans cette recherche. La méthode d'intervention comprenait la relaxation, la gestion du stress, la résolution de conflits et la thérapie cognitive, cette dernière visant les schémas de pensée erronés (pensées hostiles ou agressives), les croyances irrationnelles et les dialogues intérieurs à caractère

négatif. Hunter a constaté que les délinquants qui avaient reçu le traitement avaient bénéficié d'effets significatifs, grâce à des autoévaluations de leurs comportements, par rapport aux délinquants du groupe témoin.

Hughes⁸ a, pour sa part, offert un programme de gestion de la colère d'une durée de 12 semaines à 52 détenus adultes. Ces derniers ont été comparés à un groupe témoin composé de 27 délinquants qui avaient abandonné le programme après une ou deux séances ou qui, pour une raison ou une autre, avaient choisi de ne pas y participer. Ce programme, décrit à la fois comme éducatif et expérimental, incluait la relaxation, la formation en matière d'affirmation de soi, la résolution de problèmes et la thérapie rationnelle-émotive. Hughes a constaté que les délinquants qui avaient reçu le traitement en avaient tiré des effets bénéfiques quant à leur niveau de colère et leurs croyances irrationnelles, ainsi que dans les séances de jeux de rôles. Aucune différence n'a toutefois été notée entre le taux de récidive du groupe traité et celui du groupe témoin.

En utilisant un échantillon de 37 détenus adultes, Kennedy⁹ a comparé l'efficacité relative d'un traitement d'immunisation contre le stress avec un traitement d'habiletés comportementales. Les délinquants ont dû remplir plusieurs questionnaires d'auto-évaluation avant et après le traitement. De plus, la chercheuse a procédé aux évaluations pré-traitement et post-traitement des comportements observés dans le cadre de jeux de rôles structurés. Elle a aussi examiné les dossiers des délinquants, à la recherche de rapports d'incident pertinents. Elle a constaté qu'à la suite du traitement les délinquants avaient ressenti des effets bénéfiques à plusieurs points de vue. Elle a également fait une évaluation intérimaire des effets positifs du traitement, ce qui lui a permis de remarquer que l'ordre de présentation des différents volets du traitement n'influait pas sur ces effets. Les plus grands progrès ont été réalisés au cours de la première étape du traitement, peu importe la nature du traitement.

L'intervention de Guerra et Slaby¹⁰ consistait à répartir aléatoirement un échantillon de 120 adolescents à comportement agressif, divisé également entre les deux sexes, entre un groupe qui suivrait une formation cognitive sur la médiation d'une durée de 12 semaines, un groupe qui ferait l'objet d'une attention sans pour autant recevoir de traitement, et un groupe témoin. Les évaluations pré-traitement et post-traitement incluaient l'évaluation des cognitions sociales et des comportements, ainsi que des autoévaluations. Les effets positifs post-traitement manifestés par le groupe traité consistaient en l'amélioration des habiletés de résolution des problèmes de relations humaines, la baisse de l'adhésion aux croyances pro-agressivité et la diminution des comportements agressifs. La période de suivi en vue de l'analyse de la récidive était de 24 mois. À la suite de cette recherche, les chercheurs ont conclu que les facteurs sociocognitifs influencent les comportements agressifs. Or, le taux de récidive des sujets traités, quoique inférieur, ne présentait pourtant

pas une différence significative par rapport aux taux des deux autres groupes.

Le Service correctionnel du Canada a commencé l'évaluation de son Programme de gestion de la colère et des émotions. Les données recueillies au sujet de la récidive chez 110 délinquants ayant suivi le Programme, échantillon choisi en fonction de leur niveau de risque, de leur âge et de l'infraction à l'origine de leur incarcération, révèlent qu'il est efficace. Ce sont les délinquants à haut risque qui en ont le plus bénéficié (diminution de 69 % de la récidive violente et baisse de 86 % de la récidive non violente), les deux groupes présentant cependant une différence quant à l'intervalle d'exposition au risque.¹¹ De plus, les notes relatives aux changements qui figuraient dans plusieurs auto-évaluations étaient liées de façon importante aux effets post-traitement. Les analyses ultérieures¹² ont révélé que ceux qui ont abandonné le programme ont huit fois le taux de récidive violente des délinquants qui ont suivi le traitement en entier (40 % au lieu de 5 %) et deux fois celui du groupe témoin (40 % au lieu de 17 %). On a par ailleurs remarqué une corrélation significative entre un facteur de mesure de l'efficacité des programmes nouvellement créé et le taux de récidive ($r=0,32$; $p < 0,01$), et une analyse de régression a fait apparaître une corrélation proche de la signification statistique. Finalement, une comparaison de 41 paires de délinquants, appariés en fonction de leur âge, de leur niveau de risque et de leur participation antérieure à des programmes, a permis de constater que le taux de récidive du groupe témoin était trois fois supérieur à celui des délinquants qui avaient reçu le traitement. Cette différence n'était cependant pas statistiquement significative.

Enfin, en 1996, le Service correctionnel du Canada a élaboré un programme pilote de traitement intensif à l'intention des détenus adultes à comportement violent chronique.¹³ Ce programme comprend quatre séances de groupe et une séance individuelle par semaine, pour une durée de 16 semaines. Le traitement est offert par deux membres du personnel, soit un psychologue agréé, titulaire d'un doctorat, et un thérapeute, diplômé au niveau du baccalauréat. Fondés sur l'examen de la documentation existante en la matière, les objectifs du traitement visent la motivation du délinquant à suivre le traitement et à changer ses comportements, les croyances pro-agressivité, les distorsions cognitives, la gestion de la stimulation, l'impulsivité, la résolution de conflits, la résolution de problèmes, l'affirmation de soi, l'amélioration de l'empathie et la prévention de la rechute. Un protocole d'évaluation exhaustif multiméthodes a été élaboré et les données préliminaires¹⁴ confirment les modestes effets positifs mesurés par la batterie de tests et les évaluations de comportement. Des analyses plus détaillées des résultats seront effectuées prochainement. Le programme a été accrédité par un panel extérieur en 1999 et son cadre conceptuel a été adapté à des fins de mise en œuvre, sous l'égide du Programme de prévention de la violence,¹⁵ dans un grand nombre d'unités opérationnelles du Service.

Orientations futures

Malgré la préoccupation à l'égard des délinquants violents, on s'étonne qu'il existe si peu de documentation sur les traitements efficaces à leur intention, particulièrement lorsqu'on fait la comparaison avec d'autres groupes, comme les délinquants sexuels et ceux qui ont commis des actes de violence conjugale. La plupart des études rapportent des effets positifs post-traitement, mais ceux-ci ont surtout été enregistrés dans les autoévaluations, sans se traduire par une amélioration des taux de récidive. Jusqu'à présent, l'évaluation de l'efficacité des traitements a été brouillée par la trop grande confiance accordée aux questionnaires d'autoévaluation, l'absence de groupes témoins et la difficulté à définir les délinquants violents.

La multiplication des programmes pour délinquants violents repose implicitement sur l'espoir que ces programmes entraîneront une diminution de la récidive violente. Les résultats des programmes déjà mis en œuvre sont encourageants, sans pour autant être entièrement probants. Mais les délinquants qui terminent les programmes paraissent néanmoins plus susceptibles de réussir. Les études les plus impressionnantes quant aux méthodes utilisées et aux résultats obtenus concernent des programmes qui s'adressaient aux jeunes et qui comportaient une approche multisystémique. Il faudrait donc s'efforcer de mieux intégrer les pratiques exemplaires tirées de ces programmes dans les programmes de traitement pour les délinquants violents adultes. Les programmes destinés aux jeunes insistent davantage sur l'acquisition d'habiletés relatives à la dynamique familiale et à la résolution de problèmes, comparativement aux programmes pour adultes qui, eux, sont axés sur

la maîtrise de la stimulation de la colère. Mais cette formule est en train de changer. En effet, les modèles conceptuels qui intègrent la stimulation, l'autocontrôle et le schéma cognitif s'avéreront peut-être fort utiles aux cliniciens qui s'efforcent d'offrir des programmes adaptés à un éventail de types de délinquants violents. Il s'agit là de la direction vers laquelle les administrations correctionnelles semblent vouloir s'orienter, c'est-à-dire accroître la diversité des programmes offerts.

Quelle est l'incidence de l'intégration du traitement aux stratégies de gestion du risque dans le cas des délinquants violents ? Dans les programmes visant la prévention de la rechute, le cycle de délinquance fournit un mécanisme permettant de découvrir les antécédents ou les facteurs proximaux relatifs à l'usage que fait le délinquant de la violence. De plus, dans les programmes comportant des évaluations du risque détaillées, le traitement donne l'occasion de formuler des commentaires au sujet de la nature et de l'intensité de l'aide postpénale et de la surveillance dans la collectivité. Des règles explicites relatives aux décisions, pour protéger les cliniciens de leur optimisme sans bornes, pourraient favoriser l'intégration de traitements efficaces dans les stratégies de gestion du risque.

On constate un consensus grandissant concernant les « bonnes » composantes d'un programme de traitement, les façons de résoudre le problème de la résistance au traitement et les méthodes permettant de démontrer l'efficacité d'un programme de traitement et les effets positifs qui en résultent. Tout aussi importants les uns que les autres, ces différents moyens sont de plus en plus appliqués à l'objectif de réduction de la délinquance violente. ■

¹ 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

² SERIN, R. C. *Le traitement des délinquants violents : examen des pratiques actuelles*, Rapport de recherche R-38, 1994, Ottawa, Service correctionnel du Canada.

³ TOLAN, P. et GUERRA, N. *What works in reducing adolescent violence: An empirical review of the field*, Boulder, CO, Centre for the study and prevention of violence, Institute for behavioral sciences, University of Colorado, 1994.

⁴ SERIN, R. C. et PRESTON, D. L. «Managing and treating violent offenders», dans J. B. Ashford, B. D. Sales et W. Reid, *Treating adult and juvenile offenders with special needs*, Washington, DC, American Psychological Association, sous presse.

⁵ KAZDIN, A. E. «Treatment of conduct disorder: Progress and directions in psychotherapy research», *Development and Psychopathology*, vol. 5, 1993, p.277-310. Voir aussi QUINSEY, V. L., HARRIS, G. T., RICE, M. E. et CORMIER, C. A. *Violent offenders: Appraising and managing risk*, Washington, DC, American Psychological Association, 1998.

⁶ HENDERSON, M. «Prison inmates' explanations for interpersonal violence: Accounts and attributions», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 52, 1984, p.789-794.

⁷ HUNTER, D. «Les programmes de maîtrise de la colère: une évaluation», *Forum — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 5, n° 1, 1993, p.3-5.

⁸ HUGHES, G. V. «Les résultats d'un programme de maîtrise de la colère fondé sur le modèle cognitiviste», *Forum — Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol.5, n° 1, 1993, p.5-9.

⁹ KENNEDY, S. M. *Anger management training with adult prisoners*, 1990, non publié.

¹⁰ GUERRA, N. G. et SLABY, R. G. «Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: Intervention», *Developmental Psychology*, vol. 26, 1990, p.269-277.

¹¹ DOWDEN, C., BLANCHETTE, K. et SERIN, R. C. *Les programmes de maîtrise de la colère à l'intention des détenus sous responsabilité fédérale : une intervention efficace*, Rapport de recherche R-82, 1999, Ottawa, Service correctionnel du Canada.

¹² DOWDEN, C., SERIN, R. C. et BLANCHETTE, K. *A follow-up evaluation of the CSC anger management program for federal male inmate: Dropouts*, sous presse.

¹³ SERIN, R. C. *Délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique : proposition de programme*, Rapport de recherche R-42, 1995, Ottawa, Service correctionnel du Canada.

¹⁴ PRESTON, D. L. et SERIN, R. C. *Programme de traitement des délinquants (non sexuels) à comportement violent chronique – dossier à évaluer*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1999.

¹⁵ BETTMAN, M. D., YAZAR, R. et ROVE, R. *Manuel du programme de prévention de la violence*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1998.